

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 7 - 2012 ◦ ÅRGANG 41

NR. 8: Julenummer, eget bilag inne i bladet

INNHold:

LEDER: Lys på de mørke. AV JESPER BLINKENBERG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Råflink raddis med bredt spekter. SVERR RØRTVEIT INTERVJUET AV JESPER BLINKENBERG	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Vitamin D-mangel i allmennpraksis. AV KIRSTEN VALEBJØRG KNUTSEN	6
Folkehelse i Fredrikstad – ny lov, nye muligheter. AV SOFIE LUND DANIELSEN OG BENT OLAV OLSEN	10
Folkehelseprofilene og Kommunehelsa statistikkbank. AV M. HAGLE, N. HEYERDAHL, J. MEISFJORD OG E.K. GRØHOLT	15
Grep for å møte samhandlings- reformen i Moss kommune. AV LISE WANGBERG STORHAUG OG KNUT MICHELSEN	18
Rusfri start på livet. AV JOFRID SATREVIK	23
'Den Gud giver et embede...' PMUs HOVEDFORELSNING AV ELISABETH SWENSEN	27
PMU 2012 skapte begeistring og engasjement. RAPPORT AV MONA SØNDENÅ, TOVE RUTLE OG TOM SUNDAR	30
Presentasjon av sammendragene fra Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke 2012. REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD OG SABINE RUTHS	33
Priser under PMU 2012.	40
Ukas pasient. AV ANNE DAVIDSEN	41
Lettelse – men hvorfor gikk det så galt? AV GISLE ROKSUND	42
Faste spalter	45

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: Tom Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Aurskog

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

Lys på de mørke

Her er min beste Fretexopplevelse: På vei hjem fra jobb skulle jeg innom Fretex. Bilen var full til randen av fravokste klær og arvegreier som har fylt opp kjelleren i årevis. Det er alltid en lettelse å bli kvitt slikt. «Kast alle papirene» – som de Lillo synger. Det var sommerettermiddag og strålende sol, jeg var svett og stresset. Feriebemannings på kontoret og vanskelig å komme seg ut av døren. Ville jeg rekke det før stengetid? Kjø og eksos. Og jeg som hadde fått buksert den gamle sengen på taket og alt...

Jeg rakk det, og ble møtt av to Fretex-ansatte, en lys med kortbukse og tatoveringer og en mørk med kjortel og turban, begge voksne menn, kanskje i 40-årene. De pekte og viste meg hvor jeg skulle sette alle de gamle tingene, men nøt mest solen på godt brukte Fretexstoler. De hadde en samtale gående som jeg ikke var en del av, men som jeg ikke kunne unngå å høre. Den lyse snakket mest.

«Du Ahrmed, solen den er viktig.»

«Ja.»

«Solen gir oss viktig næring, D-vitamin. Uten D-vitamin blir vi slappe og syke.»

«Ja.»

«Men her oppe i nord er jo ikke solen så sterk. Vi må ta for oss av det vi kan få. Der du kommer fra er det annerledes, der er det rikelig, nesten i meste laget.»

«Ja.»

«Vi lyse nordmenn, vi får lett nok D-vitamin, for solen stråler rett inn, men dere som er så mørke trenger mye sol på kroppen. Du må passe på familien din, Ahrmed. Du som er mann må passe på at kvinnene og jentene i familien får nok sol på kroppen. D-vitamin, -livskraft fra solen.»

«Hmm.»

Det var en varme, respekt og åpenhet i samtalen mellom disse to mennene. De var kommet like langt i livet, men var fra to forskjellige verdener. En fra en verden med mye sol og mye klær, en fra en med lite sol og lite klær. Men de snakket om det – rett frem. Selv om det handlet om hud og sol og kultur og nakenhet, uten å trø for nære. Omtanken for kvinnene i Ahrmeds familie var rørende. Historien vekker varme følelser og tanker, – det er håp for menneskene på jorden. Slike tanker vi forbinder med julen, – det andre adventslyset og så videre, enten vi er allmennreligiøse eller ei.

Dette nummeret av Utposten inneholder en artikkel om hjelp til de svakeste, de mest hjelpeløse som ikke kan hjelpe seg selv, de med dårligst odds av alle, – rusmisbrukernes ufødte barn. Hvem skal passe på barna når mor ikke klarer det? Og når barnet er i mors liv er det ingen barnevakter som strekker til. Da må mor støttes, styrkes og alle ressurser mobiliseres. Prosjektet «Rusfri start» kan melde om resultater der få mødre trenger tvangsinnleggelse i institusjon for å stoppe rusingen og de fleste kvinnene i prosjektet føder friske barn til termin, uten behandlingstrende abstinenser. Det er julesving over denne artikkelen også. Og teamet bak prosjektet ønsker å utvide tilbudet til ikke bare å gjelde mor og barn, men også inkludere far. En frisk og rusfri far styrker grunnmuren i familien og gir den et mer solid fundament å bygge den nye tilværelsen på, som en familie.

Utpostenredaksjonen går også over i en ny tilværelse. Vi er fire redaktører, Esperanza Diaz, Ann-Kristin Stokke, Ole Andreas Hovda og jeg, som gir oss til nyttår etter fem år i redaksjonen. Vi takker for oss og ønsker den nye redaksjonen og Utposten lykke til videre.

Jesper Blinkenberg

Råflink reddis m

Sverre Rørtveit
INTERVJUET AV JESPER BLINKENBERG

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



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

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

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

UTPOSTEN: Hvorfor jobbe i distrikt?

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

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

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

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

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

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

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

ed bredt spekter



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

Sverre Rørtveit i akuttmedisinsk teamtrening.



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

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

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

UTPOSTEN: Tror du de lukrative vaktstasjonene med mange pasienter og 24 i hopetall lokker legevaktlegene bort fra akuttmedisinen?

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

UTPOSTEN: Du har også vært engasjert i smittevern.

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UTPOSTEN: Har du noen nye språkprosjekter?

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

Allmennmedisinske utfordringer

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

Vitamin D-mangel i allmennpraksis

■ KIRSTEN VALEBJØRG KNUSEN *fastlege Romsås legesenter, Oslo og stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, UiO*

De siste 10 årene har flere observasjonsstudier vist at vitamin D-mangel er assosiert med negative helseutfall for sykdommer som kreft, immunologiske sykdommer og hjertekarsykdom, og rekvirering av blodprøveanalyser for vitamin D-status er sterkt økende. Allmennpraktikere som har begynt å måle vitamin D hos sine pasienter oppdager at mange ligger under nedre anbefalte nivå. Hva vet vi egentlig om helsekonsekvenser av vitamin D-mangel? Er et normalt vitamin D-nivå bare en markør for andre viktige faktorer som et sunt kosthold og variert fysisk aktivitet? Skal vi fortsette med å rekvirere vitamin D-analyser og hvis ja – på hvilke indikasjoner? Hva er anbefalt vitamin D-nivå og hvordan behandler vi vitamin D-mangel i allmennpraksis? Denne oversikten vil prøve å besvare noen av disse spørsmålene.

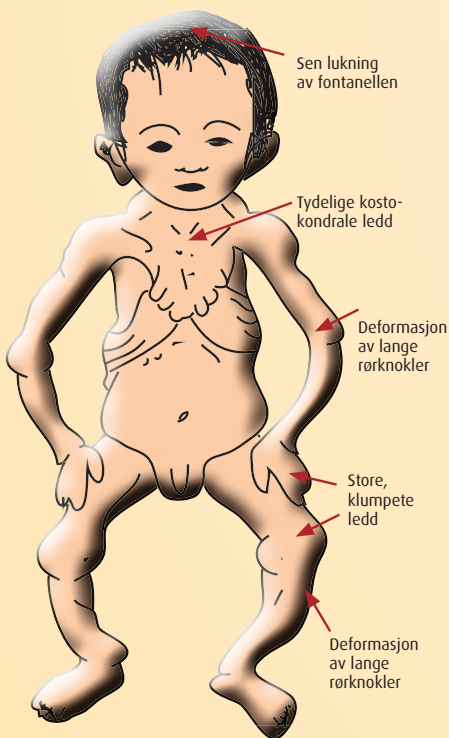
Bakgrunn og historie

Fra siste halvdel av 1600-tallet og frem til begynnelsen av 1900-tallet, under den industrielle revolusjon, så man at opptil 90 prosent av barn i byene utviklet en sykdom som gav skjelettdeformiteter (rakitt). Disse barna hadde en betydelig økt mortalitet. Infeksjoner var den hyppigste dødsårsaken. I 1822 så den polske legen Sniadeci at barn som bodde på landet, utenfor Warszawa by, sjelden hadde bendeformiteter. Han oppdaget at bybarna ble bedre etter opphold på landet og mente at sollys kunne kurere og forebygge rakitt. I det vitenskapelige miljø var det ingen aksept for at sollys kunne virke på skjelettet. Først etter første verdenskrig ble det gjort systematiske forsøk som viste at soleksponering, tran eller UV-lampebestråling av mat og kropp kunne både kurere og forebygge rakitt. På 1930-tallet greide man å isolere vitamin D. Dette vitaminet kunne forklare sammenhengen mellom skjeletthelse, fiskeolje og soleksponering. Etter andre verdenskrig var rakitt nærmest utryddet i den vestlige verden, og i enkelte land ble det gitt høye daglige doser vitamin D for å unngå rakitt. På 1960-tallet kom det bekymringsfulle rapporter om barn med hyperkalsemi. Hos noen få spebarn var dette kombinert med andre misdannelser, Williams

syndrom er et slikt eksempel. Først i 1993 oppdaget man at Williams syndrom var en medfødt kromosomdefekt der dannelsen av aktivt vitamin D var ute av kontroll. Selv om den gravide som fødte barn med Williams syndrom ikke hadde tatt vitamin D-tilskudd i svangerskapet, ble vitamin D mistenkt for å være teratogent, på bakgrunn av megatilskudd i dyrestudier. Det ble også avdekket mangelfull kontroll med vitamin D-tilsetning i melk i enkelte land, et par meierier hadde ved en feil tilsatt altfor store doser vitamin D. Etter dette ble myndighetene mer forsiktige med å gi vitamin D-tilskudd. I Norge fortsatte man med vitamin D-tilskudd i form av tran, Sanasol, Biovit og multivitamin tabletter i vinterhalvåret (måneder med r i seg). I løpet av sommerhalvåret fikk de fleste også fylt opp vitamin D-lagret ved å være ut i solen. I den senere tid har smør, margarin og noen melketyper blitt vitamin D-beriket. De siste 20 årene har det igjen kommet rapporter om barn med rakitt, nesten samtlige med innvandrerbakgrunn.

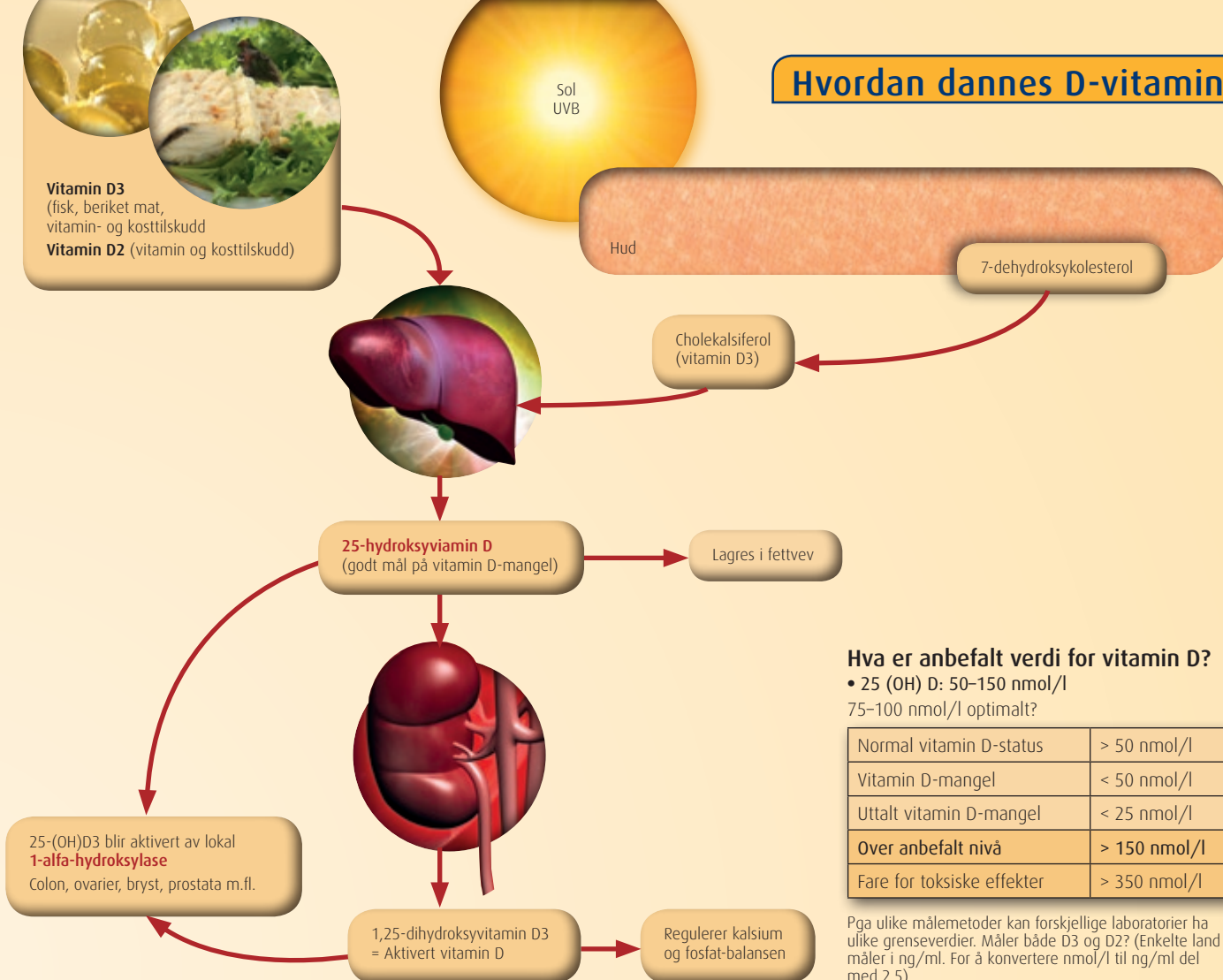
Vitamin D-metabolismen og hva vi måler i blodprøver

Kilder til vitamin D: Vitamin D₂ (ergokalsiferol) dannes ved bestråling av gjæret sopp og



Tegn på rakitt.

Hvordan dannes D-vitamin?



Hva er anbefalt verdi for vitamin D?

- 25 (OH) D: 50–150 nmol/l
75–100 nmol/l optimalt?

Normal vitamin D-status	> 50 nmol/l
Vitamin D-mangel	< 50 nmol/l
Uttalt vitamin D-mangel	< 25 nmol/l
Over anbefalt nivå	> 150 nmol/l
Fare for toksiske effekter	> 350 nmol/l

Pga ulike målemetoder kan forskjellige laboratorier ha ulike grenseverdier. Måler både D3 og D2? (Enkelte land måler i ng/ml. For å konvertere nmol/l til ng/ml del med 2,5)

er tilsatt noen matvarer (ikke i Norge) og i Afi-D2 forte kapsler (reseptpliktig, eneste indikasjon er hypoparathyroid tetani). Vitamin D3 (cholekalsiferol) finnes naturlig i fet fisk som ørret, laks, sild og makrell. Vitamin D3 tilsettes for å berike noen matvarer som melk, smør og margarin og som tilskudd i vitamin D-tabletter, kapsler, dråper og miksturer. Solbestråling er menneskets viktigste vitamin D3-kilde, men i vinterhalvåret står solen for lavt på himmelen i Norge til at UVB-strålene kan danne vitamin D i eksponert hud (ingen endogen D-vitaminproduksjon i fire måneder i Kristiansand og seks måneder i Hammerfest). Vi finner derfor betydelig sesongvariasjoner i vitamin D-nivået og inntak via kost og tilskudd er viktig for de som bor i Nord-Europa. I sommerhalvåret blir vitamin D3 dannet når 7-dehydrokolesterol i huden utsettes for solens UVB-bestråling (med bølgelengde 280–320 nm). Vitamin D (cholekalsiferol) transporteres til lever, der det hydroksyleres til 25 (OH)D ved hjelp av CYP-enzymet. Dette er lagringsformen for vitamin D og er et godt mål for vitamin D-status. I nyrene dannes aktivt vitamin D, 1,25 (OH)2D, ved hjelp av CYP enzymet 1-alfa-hydroksylase. Aktivt vitamin D måles bare ved atypisk rakitt, gendefekter og ved nyresvikt. 1,25

(OH)2D er ikke et godt mål på vitamin D-status fordi vitamin D-mangel og/eller kalsiummangel gir økningen av PTH som igjen stimulerer til økt dannelse av aktivt vitamin D. De mange mulige ekstra-renale effektene av vitamin D er knyttet til at man de siste årene har oppdaget vitamin D-reseptorer (VDR) på en rekke celler i mange vev, samtidig har forskere også funnet CYP-enzymet 1-alfa-hydroksylase i disse cellene som lokalt kan danne aktivt vitamin D.

Anbefalt vitamin D-nivå er bedømt ut fra effekt på helse og når PTH faller/flater ut. Anbefalte verdier kan variere noe fra laboratorier til laboratorier på grunn av ulike målemetoder. Ikke alle laboratoriemetoder skiller mellom D3 og D2.

Vitamin D som tilskudd

Vitamin D-tilskudd angis i microgram (mcg) eller internasjonale enheter (IU eller IE) og 10 mcg = 400 IE = 1 barneskje tran (5 ml) = 5 dråper D-vitamin til barn.

- Uten resept får man, på apotek og i matvarebutikker, kjøpt vitamin D3 tabletter og tyggetabletter på 10 og 20 mcg, D3-vitamin dråper til barn. I tran, drankapsler, mange

multivitaminer og vitaminmiksturer finner vi også vitamin D3-tilskudd. Det kan være nyttig å skrive vitamin D-tablettene på resept hos pasienter med vitamin D-mangel for å bedre compliance. Mange tabletter er uten gelatin (det vil si inneholder ikke svineprodukter).

- Vitamin D3-preparater på resept: Detremin dråper (16,7 mcg/dråpe, obs dyrt), Vitamin D 10-20 mcg i kombinasjon med kalsium som tyggetabletter med ulik smak.
- Matvarer som er beriket med vitamin D3-tilskudd i Norge: Smør og margarin er tilsatt 8 mcg pr 100 g, ekstra lettmeik og laktoseredusert melk er tilsatt 0,4 mcg pr 100 g. I tillegg er morsmelkerstatning og barnegrøter tilsatt vitamin D3.

Anbefalt daglig inntak av vitamin D (Helse-direktoratet 2011)

- I kostholdet
 - 10 mcg/dag fra 6–23 måneders alder og for de eldre enn 60 år.
 - For barn og voksne fra to år opp til 60 års alder er anbefalingen 7,5 mcg/dag.
- Som tilskudd
 - Det anbefales at spedbarn som fullammes får tilskudd med 10 mcg vitamin D/dag fra fire ukers alder.



Behandling av vitamin D-mangel

Gi vitamin D3 som daglig dose

- 25–50 nmol/l: 20–30 µl (800–1200 IE) pr. dag
 - tilsvarende 2–3 tab. D3 à 10 µl (400 IE)
 - 10 µg eller 20 µg tabletter, reseptfrie eller på resept
 - Alt. tyggetabletter med kalsium
- < 25 nmol/l: 30–60 µg (1200–2400 IE) pr. dag
 - tilsvarende 3–6 tab. D3 à 10 µg (400 IE)
 - kontroll kalsium og evt. gi kalsiumtilskudd
 - Kontroll etter 1 mnd.
- Når normalisert vitamin D-nivå, fortsette med lavere dose
- Compliance! Bedre hvis pasienten får resept. Svelge- eller tyggetabletter, dråper?
- Ikke dobbel dose tran – gir for mye vitamin A!

- Eldre personer som er lite ute i dagslys bør få tilskudd med 10 mcg vitamin D/ dag i tillegg til inntaket fra kostholdet.

Eldre over 70 år bør innta minimum 20 mcg vitamin D daglig for å redusere risiko for fall og frakturer viser resultater fra flere studier. Inntak av en årlig megadose vitamin D hos eldre øker risiko for fall og brudd.

Institute of Medicine (IOM) USA og Canada, 2010, anbefaler 15 mcg vitamin D for gravide og personer mellom ett og 70 år, og 20 mcg for de over 70 år.

Øvre tolerabelt inntaksnivå representerer et daglig inntak folk flest kan ha hele livet uten at det oppstår risiko for helseskade (EFSA, European Food Safety Authority).

- Dette er for vitamin D3 satt til:
 - 50 mcg/dag for barn (1–10 år)
 - 100 mcg/dag for ungdom og voksne

Utsatte grupper

INNVANDRERE: Vitamin D-status varierer mellom ulike innvandergrupper, men det er spesielt hos personer med bakgrunn fra Midt-Østen, Sør-Asia og Afrika at vi finner de laveste verdier. Kvinnene i disse populasjonene har ofte svært lave verdier (<25 nmol/l). Årsaken til dette kan være kulturelle tradisjoner med tildekking, at de unngår soleksponering og har lite inntak av matvarer som er beriket med vitamin D. Grad av hudpigmentering ser i mindre grad enn tidligere antatt ut til å påvirke vitamin D-produksjonen i hud ved soleksponering. De siste 20 årene har det igjen kommet rapporter om barn med rakitt, nesten samtlige med innvanderbakgrunn.

UNGDOM: Gutter og jenter i tenårene har ofte lavt inntak av vitamin D-holdig mat og kosttilskudd. I en studie fant man at 87 prosent av 13 år gamle jenter inntar mindre enn anbefalt daglige dose vitamin D. Det er også en vekst-

spurt i ungdomsårene og da er tilstrekkelig vitamin D-inntak viktig.

ELDRE: Eldre på institusjon og hjemmeboende eldre med lavt funksjonsnivå kan ha lav vitamin D-status. Vitamin D-syntesen i huden ved soleksponering avtar med økende alder, samtidig som mange eldre også får kortere soleksponering pga reduserte utendørs aktiviteter, matinntaket reduseres og kosten kan være mangelfull.

GRAVIDE: En god vitamin D-status i svangerskapet syntes å være viktig for barnets senere helse. Men vi trenger flere studier for å få kunnskap om andre helseeffekter for barnet av god vitamin D-status hos mor, for eksempel om det gir redusert risiko for å utvikle diabetes. Vi mangler i dag retningslinjer for behandling av gravide med vitamin D-mangel.

ANDRE: Pasienter med inflammatorisk tarm sykdom kan ha redusert opptak av fettløselige vitaminer. Pasientgrupper som bruker medisiner som interfererer med vitamin D-metabolismen, for eksempel antiepileptika, steroider og tiazider er også utsatt for vitamin D-mangel.

Hvilke helseplager gir vitamin D-mangel?

RAKITT: Vi vet at barn i vekst utvikler rakitt ved vedvarende lave vitamin D-verdier (25(OH)D <25 nmol/l). Vitamin D-mangel hemmer mineraliseringen av ben og er vanligst fra seks måneders alder til to år. Vi ser deformasjon av de lange rørknokler (på grunn av mineraliseringsdefekt av osteoid) og forandring i rygg ved belastning og utvidelse av epifyse-skivene (på grunn av defekt i chondrocyttenes modning), hyppigst i håndledd, ankler og ribbebruskovergangene. Barna kan også ha diffuse bensmerter, økt irritabilitet, muskelsvakhet og kramper. Kommer man tidlig til

med behandling er forandringene reversible. Vi kan også se rakitt hos skolebarn og ved vekstspurt i puberteten. Da er muskelsvakhet, vaggende stiv gange, krumming av lange rørknokler i ben, smerter i ben og rygg de mest vanlige symptomer. Større barn har færre og mer diffuse symptomer og økt risiko for ikke å bli diagnostisert.

OSTEOMALASI: Hovedsykdommen hos voksne med vitamin D-mangel er osteomalasi. Det er en forsinket mineralisering av osteoid og kan bare diagnostiseres histologisk. Sammen med kalkmangel kan det gi en sekundære hyperparathyroidisme og hypofosfatemi.

OSTEOPOROSE, FALLTENDENS OG BRUDD: Vitamin D-mangel kan hindre barn og ungdom i å nå sin genetisk programmerte høyde og bentetthet. Et vitamin D-inntak på 20 mcg/dag er nødvendig hos eldre for å forebygge falltendens og brudd. Et adekvat vitamin D-nivå i kombinasjon med kalk er nødvendig for å beskytte mot osteoporose og styrke bentettheten.

INFEKSJONER, IMMUNOLOGISKE SYKDOMMER, CANCER, DEMENS OG HJERTEKARSYKDOM: Det er påvist vitamin D-reseptorer og lokale enzymer som kan danne aktivt vitamin D i mange vev som rammes av disse sykdommene. Videre forskning på vitamin D's basale cellulære funksjoner vil hjelpe oss til å forstå mekanismene. Flere epidemiologiske studier har vist økt sykkelighet og dårligere prognose hos pasienter med lave vitamin D-verdier sammenlignet med pasienter med høyere, anbefalte verdier. Resultatene fra intervensjonsstudier er sparsomme og ikke konklusive. Vi mangler større, godt planlagte, randomiserte, kontrollerte studier for å se om vitamin D har forebyggende effekt eller kan behandle noen av disse sykdommene. Mange slike studier er i gang og vi vil sannsynligvis i løpet av få år få avklart en del av disse spørsmålene. Så langt, har vi manglende evidens for å kunne anbefale vitamin D-tilskudd i den hensikt å forebygge eller behandle disse ikke skjelett-relaterte sykdommene. I følge Institute of Medicine (IOM) kan vi foreløpig kun dokumentere effekt av vitamin D på helse.

Behandling og oppfølging av vitamin D-mangel

Ved påvist vitamin D-mangel ved måling av 25(OH)D <50 nmol/l, vil behandlingen avhenge av grad av vitamin D-mangel, alder og årsak til pasientens lave verdier. Skyldes vitamin D-mangelen vitamin D-fattig kosthold og livsstil vil ofte flere familiemedlemmer ha lave vitamin D-nivåer.

Behandlingen med 20–60 mcg vitamin D3 daglig i en måned vil ofte normalisere vitamin D-nivået.

De fleste pasientene vil ha normale kalsi-

umverdier (og albuminkorrigert kalsium). Men hvis pasienten har svært lavt kalsiuminntak kan vitamin D-behandlingen kombineres med kalsiumtilskudd. Pasienter med nedsatt nyrefunksjon må følges godt opp, likeledes pasienter med granulomatøse sykdommer, fordi de kan ha en ukontrollert dannelse av aktivt vitamin D og derved få induisert en hyperkalsemi. $25(\text{OH})\text{D}_3$ -nivået hos pasienter med for eksempel sarkoidose bør ligge rundt 50 nmol/l .

Ellers er det svært, svært sjelden vi ser hyperkalsemi i allmennpraksis ved daglig dosering med D_3 -preparat.

Ved påvist hyperkalsemi og høye verdier totalvitamin D, har pasienten ofte blitt behandlet med høydose D_2 eller han har inntatt et uregistert D_3 -preparat i megadoser.

Det kan være fornuftig å velge et vitamin D-preparat til behandlingen som pasienten kan bruke som profylaktisk behandling etterpå.

For de få pasientene som trenger behandling med aktivt vitamin D_3 , kalsitriol, er dette en spesialistoppgave. Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon kan kreve slik spesialisert behandling.

Ved vitamin D-mangel vil ofte PTH og ALP være forhøyet og det kan ta tid før PTH blir normalisert etter behandling for vitamin D-mangel.

I sommerhalvåret kan lett soling i 10–15 minutter (unngå å bli solbrent) tre til fire ganger i uken også være effektivt for å fylle opp vitamin D-lagret. 20 minutters soleksponering av ansikt og underarmer midt på dagen vil danne omtrent 50 mcg vitamin D_3 .

Vitamin D-mangel er for store grupper en «livsstilssykdom». I allmennpraksis følger vi ofte pasienten over lang tid og er lege for hele familien. Vi har derfor mulighet for å gi tilpassede råd. Det er ulike meninger i vårt samfunn om hvor stor andel av maten som skal berikes med vitamin D – og det er derfor viktig at utsatte grupper tar det tilskudd de trenger på individuelt grunnlag.

LITTERATUR

- D-vitamin Opdatering af videnskabelig evidens for sygdomsforebyggelse og anbefalinger. 2010. Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet.
- Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen. Nasjonalt råd for ernæring. 2006.
- Diagnosis and management of vitamin D deficiency. Simon H S Pearce, Tim D Cheetham BMJ, 16th january 2010, volume 340.
- A review of the health consequences of the vitamin D deficiency pandemic.
- Harald Dobnig. 2012. Journal of the Neurological Sciences 311 (2011) 15–18.

Folkehelse i Fredrikstad

– ny lov, nye muligheter

■ **SOFIE LUND DANIELSEN** *kommuneoverlege, Fredrikstad kommune*

■ **BENT OLAV OLSEN** *folkehelsekoordinator, Fredrikstad kommune*

Ny Folkehelselov har gitt kommunene større utfordringer, men også en anledning til å etablere et mer effektivt folkehelsearbeid. Her følger noen erfaringer fra arbeidet med Kommunedelplan for folkehelse i Fredrikstad kommune.

Stor kommune med store utfordringer

Fredrikstad er Østfolds største kommune med 75 000 innbyggere. Kommunen består av et kommunesentrum og mindre lokalsamfunn i omlandet. Fredrikstad var tidligere et industri-samfunn med Fredrikstad Mekaniske Verksted som en dominerende bedrift. I dag er Fredrikstad et typisk postindustrielt samfunn med de utfordringene som følger med. For eksempel er arbeidsløsheten større enn landsgjennomsnittet og både utdanningsnivået og gjennomsnittlig inntekt ligger under landsgjennomsnittet. Disse og andre bakenforliggende faktorer er med på å forklare at Fredrikstad blant annet har høyere drop-out fra videregående skole, dårligere leseferdigheter og lavere levealder enn gjennomsnittet for landet.

På den positive siden finner vi i kommune-helseprofilen fra Folkehelseinstituttet blant annet at kommunens 10.-klassinger trives bedre på skolen enn landsgjennomsnittet. Kan hende skal vi putte inn en positiv ting til fra FHI-profilen her? Kommunen har også som fortrinn en flott beliggenhet ved Glommas utløp, med Nordens best bevarte festningsby (Gamlebyen) som hovedattraksjon, og med den fantastiske skjærgården til Fredrikstad og Hvaler som en viktig friluftss- og rekreasjonsressurs.

Fredrikstad kommune

GRUNNLAGT: år 1567 (Gamlebyen)

FYLKE: Østfold

INNBYGGERTALL: 76 246 (størst i fylket)

ANDEL INNVANDRERE: 13,5 prosent

AREAL: 288 kvkm

INTERNETTID: www.fredrikstad.kommune.no



Sommerstemning i Fredrikstad.

Reform, lov og forskrift

Samhandlingsreformen ble lansert med mange gode mål for helsetjenesten og med tre hovedtiltak; oppgaveoverføring til kommunene, bedre koordinerte tjenester og større innsats på folkehelse og forebygging. Sistnevnte har ikke vært direkte økonomisk stimulerende (som andre deler av reformen), men Fredrikstad kommune valgte å innlemme folkehelse/forebygging som en del av Samhandlingsreformprosjektet fra høsten 2010. Grunnen til dette var hovedsakelig todelt. Delvis manglet det en oversikt over hva reformen kom til å innebære konkret og kommunen valgte derfor å starte bredt. Viktigere var at administrasjonen så Samhandlingsreformen som en strategisk viktig mulighet for å sette større fokus på folkehelsearbeidet. Med den oppmerksomheten det har vært rundt Samhandlingsreformen i kommunen, så har dette vært med på å forankre folkehelseetankengangen i hele organisasjonen.

Med Folkehelseloven i 2011 og forskrift i 2012, kom utvidede og mer omfattende plikter for kommunen. Som alle andre kommuner har Fredrikstad drevet folkehelsearbeid lenge før 2011, både det tradisjonelle folke-

helsearbeidet knyttet til skolehelsetjenesten, miljørettet helsevern, helsesøstertjenesten og smittevern, og det «nyere» – som innsatsen for å få flere til å gjennomføre skolen og skolefruktordninger. Men kommunen manglet et godt fundament for helhetlig og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Fraværet av en kommunal folkehelsepolitikk ble enda tydeligere da lovens utvidede krav til oversikt og systematikk kom. Og behovet for bedre folkehelse i Fredrikstad har lenge vært åpenbart. Det er et klart misforhold i Fredrikstad mellom (lav) verdiskaping og (høyt) behov for offentlige tjenester. Administrasjonen tok derfor til seg Folkehelseloven med en gang, som en mulighet til å gjøre noe med situasjonen. Begrunnet i lokale kunnskaper og erfaringer ble en tverrsektoriell kommunedelplan vurdert å være den beste veien å gå for å få en overordnet folkehelsepolitikk. En slik plan skaper politisk oppmerksomhet og er underlagt plan- og bygningslovens bestemmelser, blant annet om medvirkning og høring. Dette ble sett på som en hjelp til å kunne drive bred informasjons-spredning og involvering under utarbeidelsen av planen.

Levekårskartlegging

Igangsetting av folkehelseplanprosessen var ikke det eneste, eller det første, initiativet i Fredrikstad for et systematisk levekår- og folkehelsearbeid. I 2011 vedtok politikerne at kommunen skulle starte arbeidet med en levekårskartlegging på sonenivå. Basert på data fra SSB og med inspirasjon fra Stavanger ble det utarbeidet detaljerte levekårsdata for 40 soner i løpet av 2011/2012. Levekårskartleggingen for Fredrikstad ble utgitt våren 2012 og viste at det er store lokale variasjoner i levekårene i Fredrikstad.

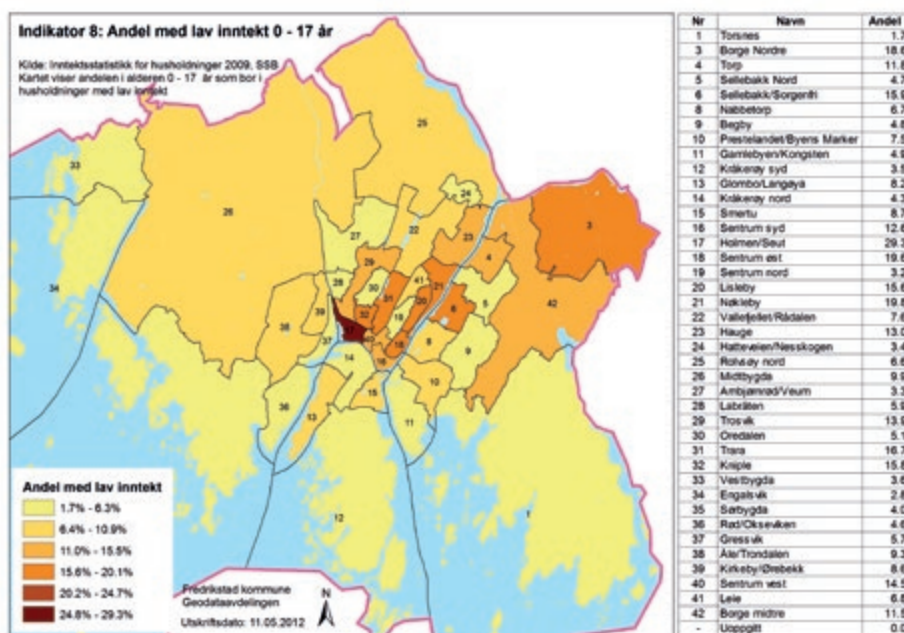
Vi har blant annet på sonenivå en barnefattigdomsandel som varierer mellom 1,7 prosent og 29,3 prosent, en arbeidsledighetsandel som varierer mellom 1,8 prosent og 8,3 prosent og en andel med grunnskole som høyeste fullførte utdanning mellom 20,5 prosent og 43,7 prosent.

Arbeidet med levekårskartleggingen og informasjonen rundt dette var også med på å berede grunnen for kommunedelplanarbeidet. I tillegg vil kartleggingen selvfølgelig også være en informasjonskilde i folkehelsearbeidet.

Begge disse initiativene, folkehelseplanarbeidet og levekårskartleggingen, har oppstått i en kommuneplanperiode der et av målene i samfunnsdelen er: «Folkehelse og levekår er kraftig forbedret».

Kommunedelplan for folkehelse 2014-2018/26 (Folkehelseplanen)

Den første milepælen i planarbeidet kom høsten 2011, i form av et bredt, tverrfaglig møte med folkehelseplan som tema og med overskriften «Helse i alt vi gjør». Med på møtet var også Arne Marius Fosse, Helse- og omsorgsdepartementet, som holdt innlegg om viktigheten av folkehelsearbeid på tvers. På dette oppstartsmøtet ble kommunalsjefene utfordret på å presentere sin seksjon (Regulering og teknisk drift, Kultur, osv) som en fol-



Kart over barnefattigdomsandel i ulike deler av Fredrikstad kommune.

kehelseseksjon: «Hvordan påvirker dere folkehelsen i Fredrikstad?» Med dette grepet opplevde vi at seksjonene allerede fra start «eide» temaet og planen. En tidlig tilnærming til «Helse i alt».

Å fremme at alle føler eierskap til planen har vi opplevd som viktig i prosessen så langt. Et annet grep som har vært fruktbart har vært helt fra start å formidle dette prosjektet som noe stort, tverrfaglig, positivt og viktig. Vi bestemte med en gang at dette skulle være «en mulighet til virkelig å skape forandring». Det har skapt entusiasme og engasjement.

Rent praktisk ble det etter det første møtet bestemt at det skulle nedsettes en interimgruppe. Denne bestod av representanter fra alle seksjoner og mandatet var å lage en prosjektplan for et kommunedelplanarbeid. På denne bakgrunn satte administrativ ledelse av ressurser til et toårig arbeid, og en prosjektgruppe ble nedsatt med alle seksjoner repre-

sentert. Prosjektgruppa fikk rett før sommeren planprogrammet for Kommunedelplan for folkehelse ut på høring og endelig planprogram er nå vedtatt i formannskapet (oktober).

Planprogrammet beskriver tidsavgrænsning for planarbeidet (til første del av 2014), bakgrunn og føringer, og formålet med planarbeidet: å arbeide for utjevning av sosial ulikhet i helse og bedre folkehelse gjennom å lage en god plan og å øke bevissthets- og kunnskapsnivået om folkehelse i kommuneorganisasjonen og befolkningen. I tillegg gir planprogrammet oversikt over organisering, prosess og medvirkning. Det gir også en statusbeskrivelse ut fra den statistikken prosjektet hadde tilgjengelig pr mai 2012, og ut fra dette de temaene planen med sikkerhet kommer til å omhandle. Hvilke tema planen skal ta for seg, vil bli sluttført når det endelige utfordringsbildet for Fredrikstad kommunen

Ved Borredalsdammen i Fredrikstad er det gode muligheter for rekreasjon og friluftsliv for innbyggerne i kommunen.



Folkehelseloven

- Trådte i kraft 1.1.2012.
- Omhandler stat, fylkeskommune og kommune.

Kommunen skal:

- Bruke hele sin organisasjon og alt sitt virke i folkehelsearbeidet
- Legge til rette for samarbeid med frivillig sektor
- Ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og over faktorer som kan påvirke denne, basert på
 - Opplysninger fra stat og fylkeskommune
 - Kunnskap fra kommunale helse- og omsorgstjenester
 - Kunnskap fra lokalsamfunn
- Oversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi
- Fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet (med utgangspunkt i oversikten) i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven
- Iverksette nødvendige og målrettede tiltak
- Gi informasjon om hva den enkelte og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom
- Bestemmelsene om miljørettet helsevern er stort sett flyttet uendret over til Folkehelseloven.
- Kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse for å ivareta oppgaver etter loven her, herunder epidemiologiske analyser.

Folkehelseforskriften

- Trådte i kraft 1.7.2012
- Krav til oversiktens innhold og at det skal gjøres vurderinger og analyser. Temaene er:
 - Befolkningssammensetning
 - Oppvekst- og levekårsforhold
 - Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
 - Skader og ulykker
 - Helserelatert atferd
 - Helsetilstand

Oversikten skal være løpende.

Krav til dokumentasjon:

- Den løpende oversikten skal dokumenteres hensiktsmessig og som del av ordinær virksomhet
- Hvert fjerde år skal det utarbeides en samlet oversikt som grunnlag for det langsiktige folkehelsearbeidet og kommunens planstrategiarbeid

Kommunen skal tilrettelegge for medvirkning.



Gamlebyen i Fredrikstad.

er utarbeidet og analysert, men mange tema er gitt ut fra kjent status, utfordringer og mål. Disse er:

- fysisk aktivitet
- kosthold
- skader og ulykker
- tobakk
- rus, inkludert alkohol
- psykisk helse
- seksuell helse

I tillegg nevner planprogrammet spesielt noen perspektiver som skal hensyntas i alt videre arbeid der dette kan inngå:

- stimulere utdanningsløpet
- støtte til egenmestring
- utjevne sosial ulikhet
- fremme integrering
- universell utforming
- frivillig innsats
- kultur
- utemiljø og møteplasser

I planprogrammet er det definert at vi med folkehelsearbeid mener helsefremmende og forebyggende arbeid, og at sistnevnte innbefatter primærforebygging og det sekundærforebyggende arbeidet som gjøres i symptomfri fase og som tidlig intervensjon ved faresignaler.

Litt mer om organisering: Siden vi arbeider med en kommunedelplan er formannskapet formell styringsgruppe. Rådmannens ledergruppe, med alle kommunalsjefene, er praktisk styringsgruppe. I tillegg til en representant fra hver seksjon, ledes prosjektgruppa av forfatterne, altså en folkehelsekoordinator

og en kommuneoverlege. Vi to har tilhørighet i kommunens seksjon for miljø og samfunnsutvikling. Arbeidet er planlagt i faser, med hovedinndelingen; planlegging – informasjonshenting – definisjon hovedtema – arbeidsgrupper/analyse – tiltaksutforming – endelig plan.

Mye tid det første halvåret har vært brukt på å holde innlegg (og dialog) om folkehelse og folkehelseplanen. Alle politiske utvalg har fått en presentasjon, likeledes ungdomsrådet, alle seksjonene og administrativ ledelse, samt at det har blitt formidlet informasjon via kommunens nettsider og lokalavisa. Denne kompetansehevingen på tema folkehelse ser vi som et viktig grunnlag for den erfaringsinnhenting vi nå skal i gang med, men også som et viktig folkehelseiltak i seg selv. I planprogrammet har vi definert to hovedmål for planprosessen;

- 1 – å produsere en kommunedelplan som svarer på lovens krav og kommunens behov og som blir et godt lokalpolitisk styringsverktøy, og
- 2 – å bruke prosessen til å skape økt bevissthet og kunnskap om folkehelse, både i kommuneorganisasjonen og i befolkningen for øvrig.

I høst har det vært møter med en rekke nøkkelpersoner fra alle seksjoner for å innhente informasjon og erfaringer fra tjenestene. Nå skal vi gjennomføre tilsvarende dialogmøter i befolkningen. Sammen med statistikk fra levekårskartleggingen (Fredrikstad kommune), folkehelseprofilen (Folkehelseinstituttet) og

helse- og miljøundersøkelsen 2011 (Østfold-helsa) har vi da et godt utfordringsbilde for Fredrikstad, og et godt grunnlag for å definere hvilke tema folkehelseplanen bør ta for seg.

Over nyttår starter analysefasen. Det skal da nedsettes arbeidsgrupper fra kommuneorganisasjonen og det sivile samfunn til å analysere og vurdere hovedtemaene med tanke på årsakssammenhenger, innsatsområder og tiltaksforslag.

Tett samarbeid med rådmannens ledergruppe samt politiske orienteringer, vil være vesentlig i hele prosessen. Det er viktig at ledelse og politikere hele tiden vet hvordan terrenget ser ut, spesielt med tanke på prioriteringene som kommer. Å formidle kunnskap underveis, både om utfordringer, sammenhenger og løsningsalternativer (og ressursutnyttelse) er en viktig oppgave for oss som jobber med dette.

Noen kommentarer, og erfaringer så langt

Å være en stor kommune har sine fordeler, blant annet i form av å ha 100 prosent folke-

helsekoordinator- ressurs og flere kommuneoverleger. Med avsatte 75 + 50 prosent stillinger til ledelse av planarbeidet og definert innsats fra alle seksjoner med 5–10 prosent stillinger over to år, har Fredrikstad kommune et godt utgangspunkt for å kunne ta tak i folkehelse temaet på en relativt grundig måte.

Vi mener selv at vi som prosjekt har gjort noen riktige grep i form av involvering og det å tydeliggjøre arbeidet som tverrfaglig og tverrsektorielt. At alle inviteres inn, kjenner eierskap til planen og arbeidet, og får et godt kunnskapsgrunnlag, er et godt utgangspunkt for å lykkes med planprosessen og for å få til reelle endringer blant annet ved å tenke «helse i alt vi gjør».

For virkelig å få til endringer på befolkningsnivå er vi også avhengige av å få folkehelsearbeidet systematisert og organisert med tanke på permanent innsats. Den delen kan vi som fagfolk bidra til, men den er avhengig av god administrativ og politisk forankring og vilje til å prioritere. Det kreves mye kunnskap, dokumentasjon og vilje for å prioritere ressurser til et folkehelsearbeid som gir avkastning om 10, 20 eller 30 år og som ikke

støttes økonomisk av staten. Planarbeidet har fått en god start, og pr i dag oppleves det som prioriteringsviljen er der. Men folkehelsearbeidet er selvfølgelig avhengig av at dette prioriteres kontinuerlig i årene fremover for å oppnå de resultatene vi ønsker.

Siden lanseringen av samhandlingsreformen og ny Folkehelselov har det vært snakk om å støtte kommunene med gode eksempler og hjelpemateriale. Vi savner fortsatt støtte fra sentralt hold som viser gode eksempler på virkelig effektivt, bredt folkehelsearbeid, og argumenter som kan overbevise politikerne. Vi vet at det er gjort gode innsatser på dette i andre land og slik kunnskap hadde unektelig vært en god hjelp.

I mellomtiden jobber vi videre med den viktige oppgaven dette er.

REFERANSE

FOR MER INFORMASJON: <http://www.fredrikstad.kommune.no/no/Tjenester/Helse/Folkehelse/>



sold@fredrikstad.kommune.no

Folkehelseprofilene og Kommunehelsa statistikkbank

■ MARIE HAGLE • NORA HEYERDAHL • JØRGEN MEISFJORD • ELSE-KARIN GRØHOLT

Avdeling for helsestatistikk, Nasjonalt folkehelseinstitutt

I folkehelseloven som trådte i kraft i år gis kommuner og fylkeskommuner ansvar for å utarbeide oversikter over befolkningens helsetilstand og faktorer som virker inn på denne. Folkehelseprofilene og Kommunehelsa statistikkbank er to av «verktøyene» kommunene kan bruke i oversiktsarbeidet. I denne artikkelen vil disse verktøyene presenteres.

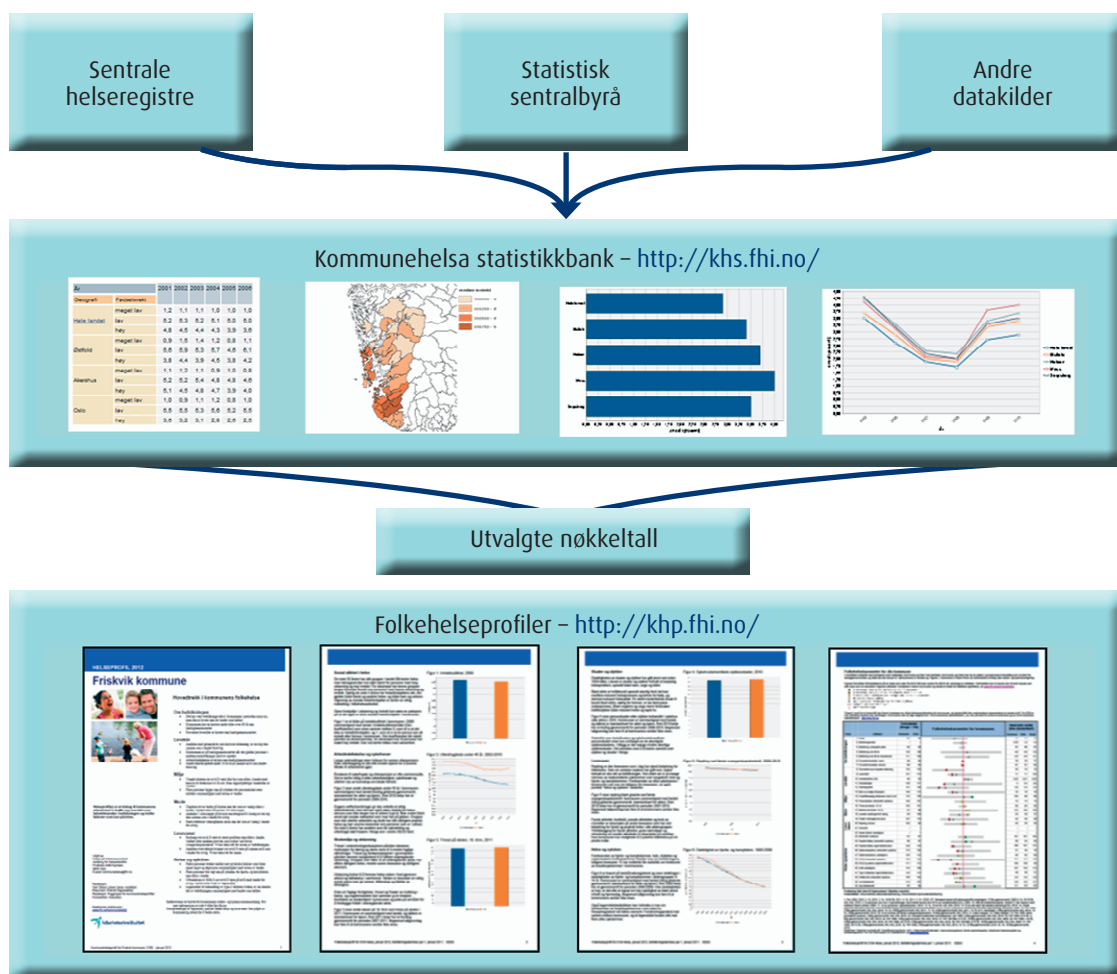
Folkehelseloven

I januar i år trådte lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i kraft. I denne loven har landets kommuner og fylkeskommuner fått ansvar for å utarbeide en oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen. Oversikten skal baseres på informasjon fra ulike kilder. Nasjonalt folkehelseinstitutt har som ledd i dette arbeidet fått i oppdrag å gjøre tilgjengelig statistikk fra sentrale helseregistre og andre relevante datakilder. Dette skal sammen med informasjon fra helse- og omsorgstjenesten og kunnskap om lokale forhold inngå i kommunenes oversiktsarbeid. Oversikten skal ligge til grunn for det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunen.

Statistikken fra Nasjonalt folkehelseinstitutt blir tilgjengeliggjort i form av en folkehelseprofil for hver kommune og en nettbasert statistikkbank. Figuren nedenfor viser sammenhengen mellom datakilder, Kommunehelsa statistikkbank og folkehelseprofilene.

Datakilder

Utgangspunktet for statistikken er data fra flere sentrale helseregistre, blant annet Dødsårsaksregisteret, Medisinsk fødselsregister, Reseptregisteret og Norsk pasientregister. I tillegg inngår statistikk fra registre i Statistisk sentralbyrå, Arbeids- og velferdsetaten (NAV) og Utdanningsdirektoratet. I fremtidige pro-



FIGUR 1. Sammenhengen mellom datakilder, Kommunehelsa statistikkbank og folkehelseprofilene.

filer er det et ønske om også å inkludere statistikk fra blant annet Krefregisteret, Forsvarets helseregister og data fra primærhelsetjenesten.

En folkehelseprofil for hver kommune

Folkehelseprofilene er en unik rapport for hver kommune, herunder fylkeskommuner. Profilene presenterer noen hovedtrekk i kommunens folkehelse og gir et oversiktsbilde på helsetilstanden og påvirkningsfaktorer i kommunen. Folkehelseprofilene er per i dag en firesiders rapport hvor man finner nøkkeltall knyttet til befolkning, levekår, miljø, skole, levevaner, helse og sykdom. Nøkkeltallene er valgt ut i fra et forebyggingspotensial og kjente folkehelseutfordringer.

Firesiders folkehelseprofiler

På første side i folkehelseprofilen finner man noen hovedtrekk i kommunens folkehelse knyttet til de seks temaområdene. På side 2 og 3 beskrives noen utvalgte folkehelseutfordringer med fokus på sammenhengen mellom helse, sykdom og påvirkningsfaktorer. Hvordan kommunen ligger an i forhold til landet på de utvalgte områdene illustreres grafisk. Statistikk på helse og sykdom kan gi viktig informasjon om befolkningens levevaner, og hvordan levevaner i sin tur er formet av fysiske og psykososiale forhold i miljøet (som f.eks. skole-, arbeids- og nærmiljø).

Side 4 i profilen inneholder et folkehelsebarometer med tilhørende tabeller. Her presenteres 34 nøkkellindikatorer med tall for kommune, fylke og Norge som helhet. Talle-

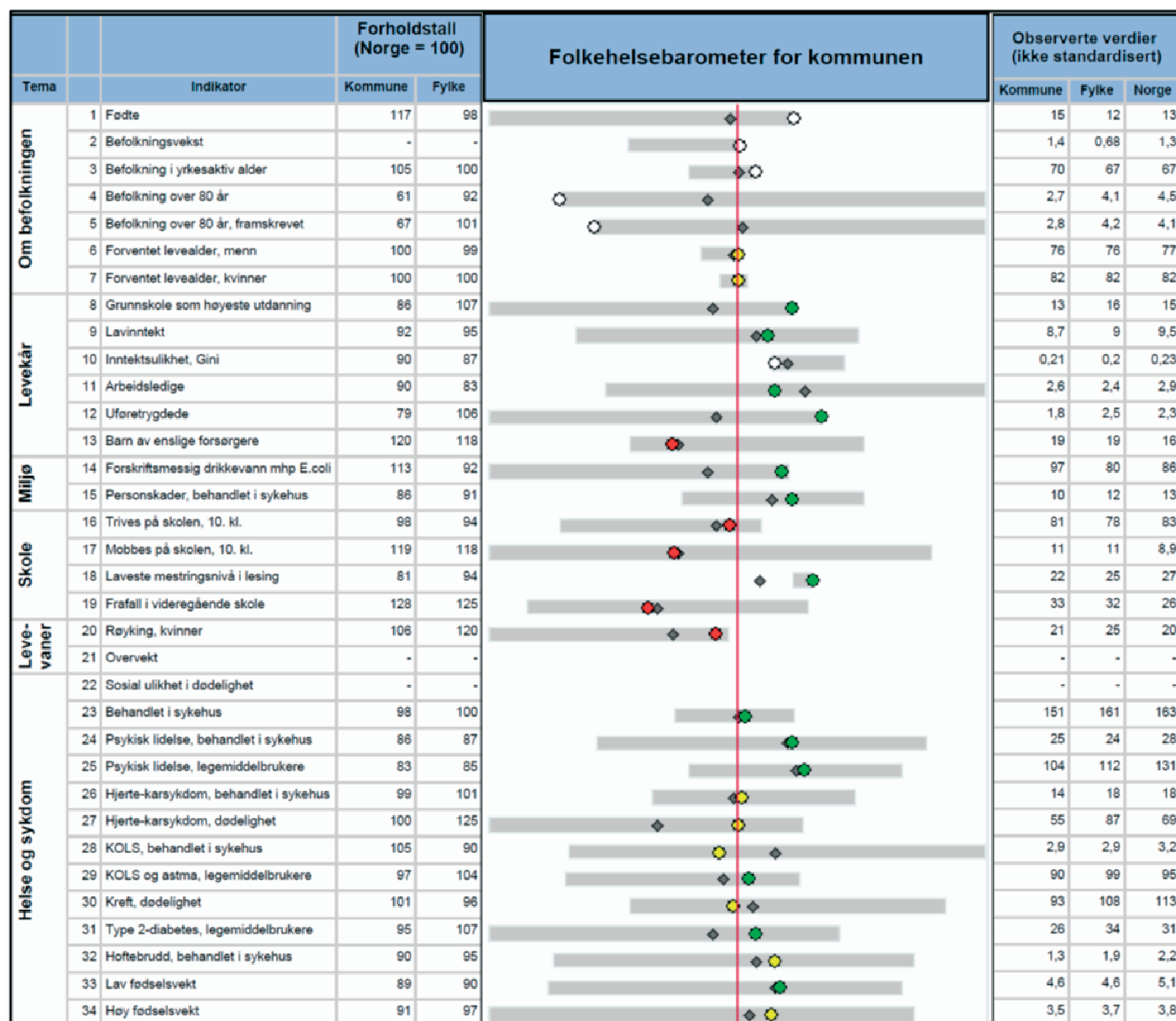
ne i kolonnene til høyre for figuren (folkehelsebarometeret) viser det reelle omfanget av en helseutfordring, mens tallene i kolonnene til venstre for figuren gir et estimat på hvordan kommune og fylke ligger an sammenlignet med landet som helhet.

Folkehelseprofilene er et utviklingsprosjekt, og det arbeides med å forbedre presentasjonsformen og brukervennligheten i kommende utgivelser.

Grønne, røde og gule prikker i folkehelsebarometeret

For å illustrere hvordan kommunene ligger an i forhold til landsnivået på de ulike indikatorene benyttes grønne, røde og gule prikker, og en loddrett, rød strek som representerer

FIGUR 2. Folkehelsebarometer med tilhørende tabeller.



landsnivået. De fargede prikkene er et resultat av signifikanstester.

En grønn prikk betyr at man med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger bedre an enn landet for øvrig. At kommunen får en grønn prikk kan likevel innebære en viktig folkehelseutfordring for kommunen. Frafall i videregående skole og type 2-diabetes er eksempler på dette. En rød prikk betyr at man med høy grad av sikkerhet kan si at kommunen ligger dårligere an enn landet for øvrig. En rød prikk er et signal om at dette temaet bør undersøkes nærmere for å vurdere om det er en reell utfordring i kommunen. En gul prikk forteller at man ikke kan si om kommunen ligger dårligere eller bedre an enn forventet. Dette kan enten bety at avviket fra landsnivået er for lite, altså at kommunen ligger på nivå med landet, eller det kan bety at tallgrunnlaget er så lite at den statistiske testen ikke gir utslag.

For at også mindre kommuner skal finne statistikk har det (for noen indikatorer) vært nødvendig å slå sammen tall for begge kjønn, flere aldersgrupper og lage gjennomsnitt over flere år. For de aller minste kommunene blir tallgrunnlaget som regel likevel for spinkelt til at det gir utslag på de statistiske testene.

Hva begrenser valg av indikatorer?

Valg av indikatorer under de ulike temaområdene er preget av hvilke data som er tilgjengelig i de sentrale registrene. Helseregistrene inneholder i stor grad data på sykkelighet og dødelighet. Levevaner er et av temaområdene hvor det finnes lite eller ingen statistikk på kommunenivå. Slike data kan eventuelt samles inn gjennom egne helseundersøkelser.

Juridiske forhold vanskeliggjør i dag data-tilgangen på kommunenivå, herunder data på sosial ulikhet i helse. Å finne løsninger på dette er høyt prioritert.

Hvem skal bruke statistikken?

Folkehelseloven legger opp til at folkehelsearbeidet skal være sektorovergripende. Profilene er ment å skulle brukes i planarbeid i kommunen generelt og dermed også av personer uten helsefaglig bakgrunn. I utviklingen av folkehelseprofilene har det derfor vært



Dette er åpningsvinduet til KommuneHelse statistikkbank, <http://khs.fhi.no>.

fokus på å gjøre profilene lett forståelige for alle sektorer, uten at det skal gå på bekostning av faglighet og nytteverdi for kommunen. Inspirasjon til folkehelseprofilene er blant annet hentet fra England og National Health Observatories sine helseprofiler, spesielt den grafiske fremstillingen.

KommuneHelse statistikkbank

For mer detaljert statistikk oppfordres kommunene til å benytte KommuneHelse statistikkbank, som ligger til grunn for både kommunenes og fylkenes folkehelseprofiler. I statistikkbanken kan man gjøre egne valg med hensyn til hvilke indikatorer man er interessert i, man kan gjøre andre valg for kjønn og aldersgrupper, og tabelloppsettet er fleksibelt. En annen viktig funksjon er muligheten til å fremstille utviklingen av den enkelte indikatoren over tid. Statistikken kan vises i form av tabeller eller diagram (søylediagram, linjediagram eller kart). På lands- og fylkesnivå finnes også statistikk i Norgeshelse statistikkbank. Her er datagrunnlaget større, noe som gjør at flere indikatorer kan brytes ned på kjønn og aldersgrupper.

Folkehelseinstituttet gir råd og veiledning

En viktig del av arbeidet med å tilgjengeliggjøre statistikken er å bistå og veilede kommunene. Det har i 2012 blitt gjennomført kurs for kommuneansatte som skal benytte statistikken i oversiktsarbeidet. Et viktig budskap på disse kursene er at tallene som tilgjengeliggjøres skal tolkes i lys av lokale forhold. Informasjon fra kommunenes helse- og omsorgstjeneste, lokale undersøkelser og generell kunnskap om lokalsamfunnet skal inngå i oversiktsarbeidet.

Hvor finner man folkehelseprofilene?

Folkehelseprofilene kan lastes ned fra internett og skrives ut på <http://khp.fhi.no/>. KommuneHelse statistikkbank finnes på <http://khs.fhi.no>. På FHI's nettside «KommuneHelse», www.fhi.no/kommuneHelse, finnes det også en del tips og informasjon. Det vil bli årlige oppdateringer av folkehelseprofilene og statistikkbanken. Folkehelseprofilene og KommuneHelse statistikkbank vil utvikles videre i takt med at datatilgangen på kommunenivå forventes å bli bedre.

mariehelen.hagle@fhi.no
nora.heyerdahl@fhi.no
jorgenrajan.meisfjord@fhi.no

UTPOSTEN
 - en viktig arena for
 utvikling av primærmedisinen

Grep for å møte samhandling

■ LISE WANGBERG STORHAUG • KNUT MICHELSEN *kommuneoverleger, Moss kommune*

Samhandlingsreformen trådte i kraft 01.01.12, og medfører blant annet at flere oppgaver skal løses i kommunehelsetjenesten. Kommunene skal utvide sine tilbud innen forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas på beste effektive omsorgsnivå (BEON). En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutvikling hindres eller utsettes er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Det er meningen at kommunene skal få større innflytelse på den totale helsetjenesten, og at vi skal få økonomiske midler for å utvikle tilpassede tjenester.

I Moss kommune har vi gjennomført mange grep for å møte samhandlingsreformens visjoner. I denne oversikten beskriver vi de erfaringene vi har så langt i 2012.



Kommunen har i mange år hatt et godt samarbeid med Sykehuset Østfold Moss. FOTO: SYKEHUSET ØSTFOLD



gsreformen i Moss kommune



Moss kanal med fontenen og byen i bakgrunnen.

FOTO: EINAR BOG



Møllebyen er ansett som byens vugge og tyngdepunkt for industriell utvikling. I dag fremstår Møllebyen som en prisbelønnet bydel for bl.a. sine arkitektoniske og miljømessige løsninger. FOTO: ULF LARSEN



Mossefossen. FOTO: ULF LARSEN

Kommuneoverlegefunksjonen ble fra februar 2012 styrket med en 100 prosent stilling (fordobling), blant annet for å ivareta systemtankegang, kvalitet i tjenestene, økte rådgiveroppgaver og utredningsbehov etter at samhandlingsreformen trådte i kraft.

Avtalene med Sykehuset Østfold HF (SØ)

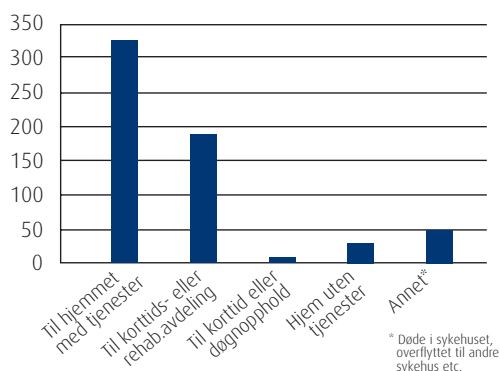
I Østfold har kommunene over mange år hatt et godt samarbeid med SØ, så da vi skulle etablere de lovpålagte samarbeidsavtalene hadde vi et godt grunnlag både i teori og praksis. I administrativt samarbeidsutvalg representeres kommunene av mange erfarne kommuneoverleger, dette førte til at kommunenes syn ble godt ivaretatt i avtalene (1).

Intern oppfølging i Moss

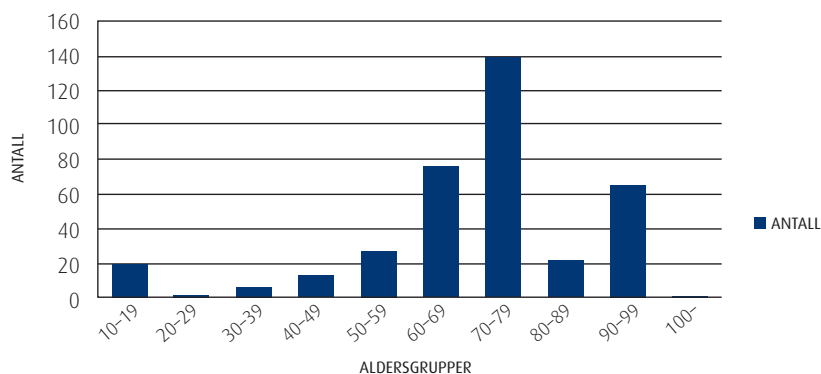
Internt i Moss kommune hadde vi det første halvåret av 2012 ukentlige møter i et «samhandlingsforum» for å følge situasjonen og utfordringene vi møtte på. Deltagere var kommunens samhandlingskoordinator, aktuelle virksomhetsledere, pasientkoordinator (se under), kommuneoverlege og økonomirådgiver. Formålet var å holde fokus og oversikt over utskrivningsklare pasienter, samarbeidet med SØ, utfordringer knyttet til virksomhetene og samhandlingsreformen generelt. Ulike utfordrende pasientkasuistikker ble drøftet i dette forumet og da med fokus på kontinuerlig forbedring. Avvik grunnet brudd på samarbeidsavtalen med sykehuset ble også behandlet i denne gruppen. Vi fører statistikk over pasienter som meldes utskrivningsklare fra SØ.

Utskrivningsklare pasienter

Moss kommune opprettet fra 15. januar 2012 en 100 prosent stilling som pasientkoordinator. Denne stillingen er omtalt i Utposten 2/12. Pasientkoordinator skal sikre raskere, tryggere og sømløse overføringer av pasientene fra sykehuset til kommunehelsetjenesten, og bidra til at pasientene skrives ut til riktig omsorgsnivå i kommunen. Dette er en svært krevende stilling og vi har måttet styrke den med 20 prosent foreløpig. Fra 31.1 til 11.9.12 ble 608 av 610 pasienter med behov for kommunale tjenester tatt i mot på utskrivningsklar dato. Dette er mye «bedre» enn forventet, og den samme trenden ser vi i alle østfoldkommunene. Kommunen ønsker nå å betale for noen flere liggedøgn i sykehuset da det er bedre for enkelte pasienter som ellers må innom enda en institusjon før de kan



GRAF 1. Tjenester fra Moss kommune etter utskrivelser fra sykehus 21.1 til 11.9.2012.



GRAF 2. Aldersfordeling utskrevne pasienter til Moss.

komme hjem. Vi tror også at dette på sikt vil være lønnsomt for kommunen, en del pasienter trenger store ressurser i kommunen de første et til to døgnene etter utskriving.

Pasienter som ble meldt fra sykehuset med behov for kommunale tjenester etter utskrivelse har mottatt tjenester som vist i graf 1. Aldersfordelingen av disse pasientene blir vist i graf 2.

Et av tiltakene for å kunne ta i mot utskrivningsklare pasienter fra dag en har vært å om-disponere tre ordinære korttidsenger til å ta i mot pasienter fra sykehuset. Disse benyttes dersom det på utskrivningsklar dato er vanskelig å vurdere hva pasienten har behov for av tjenester fra kommunen. Da antall pasienter som utskrives fra sykehuset varierer fra dag til dag har vi etter hvert utviklet en mer fleksibel praksis der flere ledige korttidsplaser kan brukes ved behov. Disse oppholdene for avklaring av omsorgsnivå gjøres så korte som mulig og innenfor to uker slik at man ikke må fatte kommunale vedtak.

Øyeblikkelig hjelp-enhet

Mossregionen består av kommunene Rygge, Råde, Våler og Moss, med til sammen ca 57 000 innbyggere. Disse har vedtatt å samarbeide om øyeblikkelig hjelp-sengene med Moss som vertskommune. Vi har fra før et velutviklet samarbeid i regionen på en rekke områder som felles kommuneplan, miljørettet helsevern og interkommunal legevakt. Dessverre fikk vi ikke tildelt penger for oppstart med sju senger i 2012. Prosjektet ble dermed forsinket og vi starter i stedet opp i februar 2013. Fra 2016 blir tiltaket lovpålagt for alle kommuner. Kommunene i regionssamarbeidet ønsket å samle disse sengene i nåværende Peer Gynt helsehus, som er et topp moderne sykehjem bygget og utviklet for fremtidens helsetjeneste. Dette helsehuset er bygget opp som et kompetansesenter for Moss

kommune, og inneholder allerede en flott palliativ avdeling, en veldrevet rehabiliteringsavdeling og mange korttidsplaser. Sykehjemmet ble i 2012 styrket med en 60 prosent stilling for sykehjemslege. Fra nyttår vil sykehjemmet/helsehuset ha legedekning etter Dnlfs norm der de interkommunale øyeblikkelig hjelp-sengene har legedekning tilsvarende legeföreningens norm for en palliativ enhet.

Kompetanseutvikling

Etter inspirasjon fra Sarpsborg og Fredrikstad kommuner har vi ansatt en undervisningssykepleier i 100 prosent stilling for å drive kompetanseheving i kommunehelsetjenesten i hele mossregionen. Ansatte i kommunehelsetjenesten opplever at pasientene de nå skal ha ansvar for krever tettere medisinsk oppfølging enn de gjorde før samhandlingsreformen trådte i kraft, og ønsker derfor utvidet kompetanse til å håndtere dette. Undervisningssykepleieren skal også kunne bistå ved praktiske prosedyrer hjemme hos brukere og på sykehjem, samt gi telefonveiledning ved behov. Pasienter som får raskt funksjonstap kan i noen tilfeller oppfattes av pleiepersonell som å ha et behov for mer pleie og omsorg, mens det i virkeligheten kan være tegn på bakenforliggende sykdom. Ved å fokusere på det kliniske blikket og bedre observasjonskompetanse tenker vi oss at pasienter kan få adekvat hjelp tidligere, og før de utvikler alvorlig sykdom og må innlegges i sykehus.

Meldingsløftet

I løpet av høsten 2012 innfører vi elektronisk meldingsutveksling over helsenettet mellom fastlegene og våre omsorgstjenester. Dette har vært svært etterlenget og tas godt i mot av fastlegene og resten av kommunehelsetjenesten. Denne typen meldingsutveksling mulig-

gjør en tettere kommunikasjon mellom fastlegen og pleiepersonell som ser pasienten daglig, og fastlegen kan få rask beskjed og epikrise ved utskriving fra korttidsopphold i institusjon. Slik bedres pasientsikkerheten, og er spesielt viktig i forhold til medikamentendringer. En tett dialog mellom ulike tjenesteytere i kommunen er viktigere enn noen gang siden pasientene kommer raskt hjem fra sykehusopphold, og kommunen har fått et større ansvar.

Økonomi

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunen skal være med å betale for sine innbyggers forbruk av spesialisthelsetjenester. Vi betaler nå 2,5 millioner kroner til Sykehuset Østfold hver måned. Moss kommune har i 2012 avsatt 36 millioner kroner til samhandlingsreformen som er i tråd med KS sine prognoseberegninger. Foreløpig ser det ut til at vi får et merforbruk på medfinansiering, mens vi har brukt betydelig mindre enn budsjettet i forbindelse med betalingsansvar for utskrivningsklare pasienter.

Budsjettet for øyeblikkelig hjelp-senger er stramt, men med god planlegging og struktur for å sikre en hensiktsmessig pasientflyt bør det være mulig å løse økonomisk.

Litt forebygging har vi også tatt oss råd til. Moss kommune startet egen Frisklivssentral våren 2012. Frisklivsarbeid er en del av det forebyggende og helsefremmende arbeidet i kommunen. Frisklivssentralen gir tjenester til de som har behov for og ønske om hjelp til å komme i gang med en endringsprosess innenfor fysisk aktivitet, kosthold og/eller tobakksbruk. Det gis tilbud gjennom gruppebasert trening, kurs i sunnere kosthold og røykesluttkurs. Sammen med trenings- og kurstilbudene vektlegges individuelle veiledninger som gis ved såkalte helsesamtaler. Lege, annet helsepersonell eller NAV kan

henvise ved en frisklivsresept, som varer tre til seks måneder. Man kan også oppsøke frisklivssentralen på eget initiativ for å få råd og veiledning om endring av levevaner. Kostholds kurs og røykeslutt kurs har en liten egenandel, de øvrige tilbudene er gratis.

Folkehelsearbeid og bedring av befolkningens levekår er arbeid som ikke først og fremst foregår i pleie- og omsorgssektoren. Det er nå gjort en kartlegging av kommunens prosjekter og tiltak for å bedre levekårene i en politisk besluttet «levetårgruppe». Vi har en del lokal statistikk som vi skal forsøke å sammenstille for å ha et godt grunnlag for videre planlegging og målretting av tiltak. Dette er spennende arbeid. Moss kommune har også innført vurdering av folkehelsekonsekvenser i alle politiske saker, og dette er et skritt på veien til forebygging og en bedre folkehelse.

Bekymringer

Det oppleves som en utfordring å ta i mot de utskrivningsklare pasientene fra sykehuset. Selv om de rent teknisk er ferdigbehandlet er mange svært dårlige, og har behov for omfattende medisinsk oppfølging videre. Og kan man kalle en pasient utskrivningsklar/ferdigbehandlet når antibiotikainfusjonen er hengt opp, men før man ser om behandlingen virker? Er en gammel, nyoperert ortopedisk pa-

sient utskrivningsklar før hun helt har kommet til seg selv etter inngrepet? Sykehuslegen har fått all makt i forhold til slike vurderinger. I forbindelse med et økt press på å ta i mot ressurskrevende pasienter fra sykehuset, ser vi at det tidvis kan være vanskeligere for hjemmeboende å få innvilget korttidsopphold. Man må for all del unngå en utvikling der eldre og omsorgstrengende må innlegges på sykehus for å få innvilget et korttidsopphold i kommunene.

Vi er også bekymret for hva pengene vi betaler inn som kommunal medfinansiering brukes til. Dette har vi ingen kontroll med, og kommunene har liten innflytelse på hvilke omlegginger og prioriteringer spesialisttjenesten gjennomfører. Legger de nå inn flere pasienter selv? Kontrollerer de pasientene på egne poliklinikker i stedet for å henvise dem tilbake til fastlegen?

Samhandlingsreformen innføres gjennom spredte prosjekter. Tjenestene vil bygges ut ulikt i hele landet, og hver enkelt kommune tar økonomiske risikoer som kan være tunge å leve med og som kan føre til lite hensiktsmessige prioriteringer. Kommunene har ennå ikke fått økonomiske insentiver til virkelig å kunne redusere forbruket av spesialisthelsetjenester. Det er en utfordring å dreie tjenestene fra behandling og sekundærforebygging til primærforebyggende tiltak. Selv om man

sannsynligvis kan få en større innsparing om noen år, må det fra sentralt hold trolig gjøres en større investering for å klare å snu utviklingen innen befolkningens behov for helse tjenester. Vi har sammen med fastlegene og andre kommunale tjenester utviklet mange gode ideer i forhold til forebygging og tidlige intervensjoner blant barn og unge. Det er frustrerende at slike gode ideer fremdeles må settes på vent, siden det ikke følger med penger i Samhandlingsreformen til en virkelig satsing på dette.

Det er spennende tider for samfunnsmedisinerne i kommunen. Vi har arbeidet oss gjennom alle de store ordene fra sentrale politikere og helsebyråkrater, og irritert oss over de økonomiske insentivene. Reformen er oversatt og forklart til alle som vil høre, fra menighetene til næringsliv og politikere. Og vi har vært med på å planlegge, bygge opp eller endre kommunale tjenester i en rasende fart.

Vi er i tvil om både virkemidler, effekter og økonomi, men morsomt er det!

REFERANSE

<http://www.sykehuset-ostfold.no/fagfolk/samhandling/samhandling-kommunehelsetjenesten/Sider/samarbeidsavtalen.aspx>

 lise.wangberg.storhaug@moss.kommune.no

Rusfri start på livet

■ JOFRID SÆTREVIK *jordmor, Bergen kommune. Koordinator for Rusfri start på livet*

Hos gravide rusmisbrukere kan manglende hjelp og oppfølging få alvorlige konsekvenser både for kvinnen, det ufødte barnet og familien som helhet. I Bergen finnes et tverrfaglig team som tilbyr tett og omfattende støtte over tid til denne sårbare gruppen.

Det tverrfaglige teamet «Rusfri start på livet» er et forsterket helsestasjonstilbud for gravide og småbarnsforeldre som har eller har hatt en rusavhengighet. Rusfri start følger den gravide gjennom svangerskapet, og familien videre frem til barnet er to år gammelt. Da overføres de fleste familiene til helsestasjonen i sitt nærmiljø. Vi vil i denne artikkelen gi en kort beskrivelse av tilbudet og fortelle om erfaringene så langt.

Hvem er målgruppen?

Målgruppen er gravide og småbarnsforeldre som har eller har hatt en rusavhengighet. Det er lav terskel for henvisninger til Rusfri start. Alle kan ta kontakt og det kreves ingen skriftlig henvisning. Den gravide selv, eller familien, kan ta kontakt direkte med helsestasjonen. De fleste henvises fra fastlegen eller NAV/sosialtjeneste, noen henvises fra jordmor og noen fra Barnevernstjenesten. Barn/familier kan henvises også etter at barnet er født.

Gravide og småbarnsforeldre som henvises Rusfri start er en heterogen gruppe. De kommer fra alle samfunnslag og alder kan være fra 16–40 år. Rusproblematikken kan variere fra de som oppgir at de ruser seg i forbindelse med helger/fester til tungt belastede rusavhengige. Noen av dem som får oppfølging fra teamet har vært i rusbehandling og var rusfrie før de ble gravide. Det er få som oppgir alkohol som eneste rusmiddel, det mest vanlige er blandingsmisbruk med flere ulike rusmidler. Vi opplever i økende grad henvisninger av gravide i LAR (legemiddelassistert rehabilitering). Mange har utfordringer med egen psykisk helse, i tillegg til rusavhengigheten. Diagnoser som ADHD, ADD, depresjon, angstproblematikk og personlighetsforstyrrelser er ikke uvanlig. Noen oppgir «selvmedisinering» som en årsak til at de begynte å



Helsesøster Grete Kulild, jordmor Jofrid Sætrevik, lege Arne Flataker, psykolog Turid Boge Lea. Barnevernspedagog Tove Årevik var ikke tilstede da bildet ble tatt.

ruse seg. Mange flere har vært utsatt for omsorgssvikt og overgrep i egen barndom og oppvekst enn det man ser i den ordinære svangerskapsomsorgen.

Tilbudet er frivillig, det omfatter hele Bergen kommune, og er lokalisert til Solheimsviken helsestasjon, nær Bergen sentrum.

Rusfri start – organisasjon og mål

Rusfri start på livet er et resultat av ruspolitisk strategi og handlingsplan som ble utarbeidet for Bergen kommune for årene 2002–2005. Det ble startet opp som et prosjekt i 2002, og fra 2005 ble tiltaket et fast tilbud. Tilbudet driftes av et tverrfaglig team som består av jordmor/koordinator, helsesøster, psykolog, lege og barnevernspedagog. En ressursgruppe, barnefysioterapeut og veileder er knyttet opp mot teamet.

Tiltaket har følgende hovedmål:

- støtte og bidra til rusfrihet under graviditeten og i tiden etter fødsel
- iverksette tiltak for å hindre og forebygge ytterligere fosterskade
- styrke mors/foreldrenes omsorgsevne
- trygge barnets oppvekstvilkår
- utvikle tverretattlig og tverrfaglig samarbeid
- drive kompetanseutvikling.

Det gis et ordinært, men forsterket tilbud som innebærer tett oppfølging av den gravide og barnet. Det settes fokus på tema som bidrar til å støtte kvinnen/familiens rusfrihet, for å hindre fosterskade og bidra til økt foreldrekomp-

petanse. Det gis også tilbud om støttesamtaler hos helsestasjonspsykologen med oppfølging etter behov. Alle i målgruppen får tilbud om samtale med barnevernspedagogen i teamet, som informerer om barnevernstjenesten og hva de kan bidra med av hjelpetiltak. Eventuelt oppsøker barnevernspedagogen barnevernet sammen med familien.

Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid er viktig, og vi ser det som en nødvendighet for å kunne gi rett og god tjeneste til de familiene som er tilknyttet tiltaket. Viktige samarbeidspartnere er fastlegene, NAV/sosialtjenesten, Barnevernstjenesten, Kvinneklinikken, Barnekliviken, Sped- og småbarns teamet v/ Barne- og Ungdomspsykiatrisk poliklinikk, BUP Sentrum, STRAX-huset, Stiftelsen Bergensklinikken, Bergen barn- og foreldresenter, og Forsterket Ruspost v/Rusmedisinsk avdeling, Helse Bergen. Rusfri start tar initiativ til samarbeid og deltar i ansvarsgrupper omkring hver enkelt kvinne/familie. Dersom barnet blir plassert i beredskapshjem/fosterhjem kan det være aktuelt at barnet følges opp ved tiltaket. Helsesøster og lege i teamet har opparbeidet seg bred erfaring og har kompetanse med tanke på oppfølging av barn som har vært eksponert for rusmidler i svangerskapet.

Hva består tilbudet av?

Alle følges tett med konsultasjoner hver 14. dag og man setter av god tid hver gang. I svangerskapet er det lege og jordmor som deler på konsultasjonene. De fleste gravide



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

tar urinprøver til rusmiddelanalyser i forbindelse med konsultasjonene. Sosialtjenesten/NAV er en viktig samarbeidspartner i svangerskapet. Alle gravide henvises til ruskonsulent for oppfølging og samarbeid med tanke på rusmiddelkontroll, egnet bolig, hjelp i økonomiske spørsmål, osv. Det har stor betydning at det blir ordnet opp i boligforhold, økonomi og diverse andre problemer som kan skape uro og bekymring hos de blivende foreldrene. Det vil da bli lettere å ha fokus på det ufødte barnet og på graviditeten, og forbedre seg til den nye rollen som foreldre. Sosialtjenesten har ansvar for alle gravide med rusproblemer som trenger mer hjelp og støtte enn det lege og jordmor kan gi, og der det er behov for institusjonsbehandling eller andre tiltak for å stoppe rusingen. Bekymringsmelding sendes etter Lov om helsepersonell §32.

Dersom man vurderer at tiltak fra barnevernet kan bli aktuelt etter at barnet er født, motiveres mor/far til kontakt med barnevernstjenesten og til å starte et frivillig samarbeid med barnevernet allerede i svangerskapet. Det kan dreie seg om søknad om plass ved foreldre-barn-senter, hjemmebaserte tiltak og lignende. Barnevernstjenesten kan allerede i svangerskapet starte en utredning

dersom den gravide samtykker til dette. Vår erfaring er at de fleste takker ja til frivillig samarbeid med Barnevernstjenesten.

Rusfri start har tilbud om etterkontroll hos legen i teamet etter fødsel. Alle får informasjon om prevensjon, og de som ønsker det får gratis prevensjon. I barnets første leveår følges familien fortsatt tett opp av helsesøster og lege i teamet. Alle familiene får tilbud om å delta i grupper der vi tar for oss ulike tema fra svangerskapet, fødselen, nyfødtp perioden, barnets behov, barnesykdommer osv. Rus og rusmestring kan også være tema i gruppene. Det er grupper en gang hver måned og det er frivillig om man vil delta eller ei. I svangerskapet deltar psykolog og jordmor, og når barnet er født, er det helsesøster og psykolog som leder gruppene. Helsesøster gir mye veiledning til foreldrene, både enkeltvis og i gruppene. Mange får i tillegg veiledning ved de ulike sentra for foreldreveiledning i bydelene.

Rusfri start gir ingen rusbehandling, men psykologen i teamet gir tilbud om oppfølgingsamtaler ved behov. Tilbudet hos psykologen er støttesamtaler til familiene, valgsamtaler der den gravide er usikker på om hun skal avbryte svangerskapet og oppfølgingsamtaler ved omsorgsovertakelser.

Sårbare, men motiverte familier

Familiene som er tilknyttet Rusfri start, er ofte sårbare foreldre med sårbare barn. Mange har hatt en langvarig rusavhengighet. Vi ser mange som allerede begynte å ruse seg så tidlig som i 13-års alderen. Noen har ruset seg over halve livet. De har gått glipp av mye av den naturlige modningen og de livserfaringer som er vanlig i tenårene og i ung voksen alder. De fleste er ikke i arbeid, og mange har ikke fullført videregående skole. Vi erfarer at mange har opparbeidet seg gjeld, de har heller ikke egnet bolig der de kan bo med et barn. Nettverket for mange består kun av venner fra rusmiljøet. Det tar ofte lang tid før de får opparbeidet seg et nytt og rusfritt nettverk, noe som kan føre til at de blir gående alene og føler seg ensomme. Vår erfaring med de gravide er at de er svært motiverte for endring og rusfrihet. Det er få som trenger tvangsinnleggelse i institusjon for å stoppe rusingen. De fleste føder friske barn til termin, uten behandlingstrengende abstinenser.

Rusfri start har flere tilbud for å hjelpe familiene med nettverksbygging. Hvert år arrangeres det juleverksted, som er blitt et populært og etterspurt arrangement. Det ser-

veres risengrynsgrot, frukt, kaffe og kaker. Det synges julesanger og julenissen kommer med små gaver til barna. Det lages fot- og håndavtrykk av de minste barna, og det er anledning til å lage julekranser og annen julepynt. Før sommeren arrangeres det utflukt med grilling. Vårt inntrykk er at dette er populære og nyttige tiltak for familiene som deltar. Rusfri start mener det er behov for, og viktig, med slike «treff-punkt» der de kan møte andre som er i en lignende situasjon, og også treffe teamet i en uformell sammenheng. Gjennom dette nettverksarbeidet får familiene erfaringer med hyggelige aktiviteter som kan gjøres sammen med barna.

For lite hjelp til barnefaren

Teamet opplever at også den blivende far er motivert for endring, og vi mener at dette er «gyldne anledninger» i livet som ikke blir godt nok utnyttet og ivaretatt. Rusfri start ser at barnefar ofte får lite eller ingen hjelp med sin rusavhengighet når paret venter barn. Han blir stående i samme behandlingsskø som alle andre. Far trenger hjelp for å finne fram i systemet, til å opprette kontakt med fastlege og med saksbehandler/ruskonsulent ved NAV/ sosialtjeneste. Av erfaring vet vi at rusavhengige er underforbrukere av helsetjenester. Rusfri start mener at dersom barnefar ikke blir rusfri, medfører dette en risiko for barnet med tanke på relasjonsbygging til en far som ruser seg, og for mor med tanke på fortsatt rusfrihet. Rusfri start ønsker å kunne tilby mer hjelp til rusfrihet for barnefar. Slik dagens situasjon er, har vi ikke ressurser til dette arbeidet. Rusfri start har søkt om, og fått innvilget midler fra fylkesmannen, og vi planlegger oppstart av et prosjekt rettet spesielt mot fedrene. Det kan være mye å vinne på å nå den vordende far og bygge opp et godt lavterskeltilbud til han. Barnefars problematikk må synliggjøres.

Erfaringer med barna

Mange av barna trenger vurdering, oppfølging og behandling av fysioterapeut. Hyppigste årsak til henvisning til fysioterapeut har vært asymmetri, økt eller nedsatt muskeltonus, forsinket motorisk utvikling og NAS (neonatal abstinens syndrom). Dette kan være en følge av ruseksponering i svangerskapet. Helsesøster rapporterer om flere barn som er motorisk understimulert, mens noen av barna er overstimulert. Det kan være mye uro rundt barna, lite fokus på rutiner og mange «unødvendige stimuli» fører til at de blir mindre mottakelig for den stimuleringen som er nødvendig for en normal utvikling. Helsesøster og fysioterapeut har ofte felles

konsultasjoner. Dette sikrer det tverrfaglige samarbeidet og forenkler fremmøte for foreldrene.

Tverrfaglighet og samarbeid

En av Rusfri start sine målsettinger er at vi skal ha god kompetanse på gravide, rus og barn av rusmisbrukere, slik at vi kan gi råd og veiledning til samarbeidspartnere. Det er derfor av stor betydning at teamet holder seg faglig à jour og oppdatert i forhold til ny kunnskap/forskning innen fagfeltet. Dette er viktig, særlig med tanke på rustrender og potensielle skadevirkninger, både for foreldre, det ufødte barnet, og for barn av rusavhengige foreldre. Teamet deltar hvert år ved den nordiske konferansen i Sandefjord, «Barnet & Rusen», arrangert av Borgestadklinikken i samarbeid med Helsedirektoratet.

Tverrfaglig og tverretattlig samarbeid rundt familiene våre kan ikke vektlegges nok! Et slikt samarbeid er viktig for at oppfølgingen skal bli god nok, og er en suksessfaktor når det fungerer godt. Det er en kontinuerlig prosess å arbeide for å utvikle et godt samarbeid i alle saker og rundt alle barn/familier som er tilknyttet tiltaket.

Kontinuitet, trygghet og tilgjengelighet er viktig. Foreldrene knytter seg til personene i teamet og det bygges tette relasjoner i løpet av den tiden de følges opp fra tiltaket. Det er viktig at de kan oppleve at de får støtte også når de har problemer, at de kan snakke om russug eller lignende. Teamet har kompetanse på, og er kjent med at russuget kan komme, og at mange opplever perioder der utfordringene med å holde seg rusfri blir ekstra store. Da er det viktig at de har noen å gå til og at hjelpetiltak kan settes inn for å unngå tilbakefall. Alle overganger er sårbare, og det aller beste hadde vært at foreldre/barn ble fulgt opp av de samme personene helt frem til barnets skolestart. I dag overføres barna til ordinær helsestasjon i den bydelen der mor bor når barnet er ca to år gammelt. Rusfri start har derfor utarbeidet prosedyrer for overføring til nærmiljøhelsestasjonen som skal sikre at familien får tett oppfølging videre. Når barnet fødes er foreldrene i en fase der motivasjonen er stor. Utfordringene kommer gjerne etter hvert som barnet blir eldre. Det er viktig at ikke alle hjelpeinstanser trekker seg ut når «ting» går bra! Mange ganger kan de gode tiltakene nettopp være grunnen til at det går så bra.

 jofrid.saetrevik@gmail.com



I sin hovedforelesning «Den Gud giver et embede...» rettet Elisabeth Swensen et kritisk blikk mot hvordan legene forvalter sitt samfunnsoppdrag og opptre i det offentlige rom. Overfor 700 tilhørere, understreket Swensen at norske fastleger har makt i kraft av fag, tillit og samfunnskontrakt – og hun drøftet dette aspektet på bakgrunn av debattene rundt fastlegeforskriften, reservasjonsrett og samvittighetsfritak samt reaksjonene mot nettstedet legelisten.no. Her følger et destillat av hovedforelesningen.

RED. ANM.

'Den Gud giver et embede...'

■ ELISABETH SWENSEN *kommunelege i Seljord*

Jeg vil bruke anledningen til å ytre meg om betydningen av grensesnitt: Dannelse, språk og regi. Hvordan ser de andre oss? Hvordan opptre fastlegene i den offentlige samtalen? Bakgrunnen er en stigende bekymring, etter hvert også skuffelse og sinne, over et kollegium som forvalter sin definisjonsmakt til å iscenesette seg selv som ofre, krenkede og forfulgte.

Selv snakker jeg fra 30 år i praksis, som offentlig ansatt distriktslege og senere kommunelege. Nesten like lenge har jeg vært en maktkritisk entusiast på fagets vegne, både nasjonalt og internasjonalt. I fjor ble jeg tildelt Løvetannprisen. En ugresspris. Den forplikter til å levere noe annet enn høflighetsfraser og smiger. Fastlegene har solt seg lenge nok i forutsigbare fornøydhetsundersøkelser.

«Den Gud giver et embede, giver Han også forstand». Slik tolkes ordtakene ofte. Det er feil. «...den give Han også forstand» er trolig originalversjonen. Forskjellen i betydning er potensielt katastrofal. Nei, det er ingen automatikk i at klokskap følger makt. Ordet «give» uttrykker et imperativ, en bønn, om at den som får en betrodd stilling også må få forstand. Jeg mener det blir for defensivt å vente på bønnensvar fra oven. Man får selv ta ansvar for å tilegne seg de kvalitetene som posisjonen krever.

Jeg kom til Vest-Telemark fra en radikal studietid på 70-tallet. Mine intensjoner var de beste. Med utslått hår, loppemarkedsklær (og uten bh) og et sterkt ønske om å tjene folket inntok jeg embetet som distriktslege. Det gikk raskt opp for meg at det kommunen og dens innbyggere ville ha, var en ansvarlig helserådsordfører og en garantist for befolkningens helse og sikkerhet. Jeg fikk et kræsjkurs i rollebegrepet.



Bruk av krigersk retorikk i offentlig debatt skaper fordommer og stereotyper som ikke alltid tjener sakens formål. Fra venstre statssekretær Robin M. Käss i Helse- og omsorgsdepartementet, tidligere helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og ekspedisjonssjef Petter Øgar i Kommune- og sosialdepartementet.

Rolle og makt

Den vanligste definisjonen på rolle er «summen av de normer og forventninger som knytter seg til en bestemt oppgave eller stilling i samfunnet». Samtidig bruker vi begrepet «å innta en rolle», altså å fylle posisjonen med oss selv. Poenget i denne sammenhengen er at rollen – i dette tilfelle som fastlege – i utgangspunktet blir tildelt oss av de andre. Vi kan ikke velge fritt hvordan vi skal bli oppfattet eller hva omgivelsene skal kunne forvente fra oss. Roller formes og endres i et dialogisk samspill mellom rolleinnhaveren og omgivelsene. Jeg har illustrert dette ved noen ordpar som beskriver fastlegens oppdrag sett «innenfra» og «utenfra». Den gode fastlege er hjelper og tjenesteyter, forvalter og

premissleverandør, innvidd og projeksjonsobjekt. Oppsummert betyr dette at vi har makt – formell makt i kraft av delegasjon og oppdragsdokumenter, ekspertmakt i kraft av vår nøkkelrolle mellom liv og død, uformell makt fordi vi forvalter så mange hemmeligheter og er en knagg som pasientene henger sine håp og sin frustrasjon på.

Makt forplikter. Også de kollegene som ikke erkjenner at de har makt utøver den. Makt som forvaltes klokt er et verktøy for å gjøre godt. Blind makt er dum og farlig. Å forvalte makt forutsetter at man har forstått sin rolle – i sin samtid og sitt samfunn. Å forvalte makt forutsetter at man anerkjenner assymetri – altså sin egen makt og den andres avmakt. «Maktens gode hensikt» gir

Hvordan forstå online-stjernevurdering



ingen legitimitet. Å forvalte makt forutsetter transparens – at man må tåle å bli kikket i kortene og at man må kunne redegjøre for seg.

Fastlegeaksjonen, reservasjonsretten og legelisten.no

Det siste året har vært preget av tre store, prinsipielle debatter blant fastlegene og mellom fastlegene og omverdenen: Aksjonen mot forslaget til revidert fastlegeforskrift, debatten om reservasjonsrett for fastleger, og reaksjonene på nettstedet legelisten.no der publikum kan legge inn anonyme vurderinger av fastlegen sin. Jeg vil bruke disse som utgangspunkt for en kritisk refleksjon rundt vår egen rolleforståelse og (manglende) forvaltning av makt. Antagelig er det betimelig å legge til «og verdighet».

Hvor ytrer fastlegene seg? Svaret er Eyr. Eyr er nettforumet som ble etablert av kollega Hogne Sadvik i regi av Institutt for samfunnsmedisin i Bergen i 1996, og som – ulikt alle andre forsøk på noe tilsvarende – har vokst til et levende, demokratisk torg der alle med en epostadresse kan melde seg inn. Eyr har i dag mer enn 2000 medlemmer. De aller fleste er allmennleger og samfunnsmedisinere, men forumet har også mange medlemmer i sentral helseforvaltning og følges av samtlige store medier, kommersielle aktører og enkelt-pasienter. Terskelen for å ytre seg på Eyr er lav. Det gjør også at forumet er interessant når man vil ta temperaturen på fastlegekorpset. Når jeg velger å synliggjøre innlegg fra

Eyr som eksempler på hvordan vi fremstår, er det også for å minne kollegene på at deres ytringer her er tilgjengelige for alle. Jeg har forsikret meg ved en liten ringerunde om at Eyr leses, eksempelvis i Helse- og omsorgsdepartementet, de store avisene og NRK.

Først om Fastlegeaksjonen, som ble tildelt Allmennlegeprisen 2012 for sitt spontane og kraftfulle engasjement. Aksjonen startet som et opprop mot et dårlig forslag til revidert fastlegeforskrift. Brevet som ble oversendt helseministeren samlet nesten 3000 underskrifter under parolen: Ja til forbedring av fastlegeordningen – nei til detaljstyring gjennom forskrift. Jeg skrev selv under. Imidlertid endret aksjonen karakter i løpet av ukene som fulgte. Fastlegeaksjonen ble et sted å være for kolleger med aversjon mot styring og oppdragsdokumenter og en eksplisitt forakt for politikere og helsebyråkrater. På Eyr vrimlet det bokstavelig talt av kryptymetaforer og krigsretorikk. Kolleger som jobbet med forskriften i helse- og omsorgsdepartementet ble stemplet som «overløpere» der det ble levnet liten tvil om hva man pleier å gjøre med dem.

Debatten om reservasjonsrett for helsepersonell blusset opp etter at Helse- og omsorgsdepartementet sendte ut et rundskriv der det ble presisert at fastleger ikke kan reservere seg mot oppgaver som pasienter har en lovfestet rett til. En aksjonsgruppe blant fastleger organiserte et opprop under overskriften «Helsepersonells reservasjonsrett i etisk omstridte saker» der man stilte krav om en generell reservasjonsrett. I oppropet heter det blant annet: «Ved å frata legen mulighet til å praktisere samvittighetsfritak gjennom reservasjonsretten og utsettes for yrkesforbud, er det legen som nå blir diskriminert». Et stort flertall av innleggene fra kolleger på Eyr og ellers i den offentlige debatten var preget av indignasjon over myndighetene som ved sitt rundskriv krenker samvittighetsfulle legers integritet. Innlegg som problematiserte en slik reserva-

sjonspraksis på vegne av pasientene ble møtt med henvisninger til nazismen og totalitære regimer. I den grad tilhengerne av reservasjonsrett i det hele tatt drøftet pasientperspektivet, var løsningen å be pasienten henvende seg rett på sykehuset, altså utenom fastlegen. Helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen ønsket å kartlegge omfanget av leger som reserverer seg. Utspillet ble møtt med en storm av protester. «Det virker som om helseministeren har en vendetta imot norske leger. Forslaget gir meg assosiasjoner til DDR's Stasi» skrev en kollega på Eyr. Det er vanskelig å forstå kollegenes reaksjoner som annet enn et forsvar for retten til ikke å redegjøre for seg.

Til slutt litt om legelisten.no, et tidstypisk nettfenomen der publikum kan legge igjen anonyme vurderinger av sin fastlege med tilhørende tildeling av stjerner på en skala fra én til seks. Kollegiet var i harnisk. Påstander om svertetekampanjer, injurierende beskyldninger og grusomme anklager florerte. Indignerte fastleger som mente seg hengt ut fikk støtteklæringer på Eyr fra kolleger som a priori og uten annen informasjon enn legens egen beretning antok at legen hadde rett og pasienten implisitt feil om forhold som hadde utspilt seg i et lukket konsultasjonsrom. En kollega gikk så langt som til å åpent anklage en lett identifiserbar person – sammen med private opplysninger om vedkommende – som «svertegenerator». Også dette høstet sympatierklæringer på Eyr fra kolleger som bare kjente saken fra den krenkedes egen fremstilling.

Selv og andre

Et slående fellestrekk i fastlegenes argumentasjon i debatten om fastlegeforskriften, reservasjonsrett og legelisten.no har vært retorikken: Vi Er Krenket. Krenkelsen av legene hjemlet i sin tur de mest hatefulle angrep på staten så vel som meningsmotstandere utenfor og i kollegiet. Noe av det som opprørte

Å forvalte makt

- **Rolleforståelse**
 - samfunn og samtid
- **Anerkjenne asymmetri**
 - egen makt og den andres avmakt
 - «den gode hensikt» gir ingen legitimitet
- **Transparens**
 - tåle å bli eksponert
 - ytringsansvar



I foredraget brukte Swensen de tre store prinsipielle debattene om fastlegeaksjonen, reservasjonsretten og legelisten.no som utgangspunkt for en kritisk refleksjon rundt fastlegenes egen rolleforståelse og forvaltning av makt. MANIPULERT ILLUSTRASJONSFOTO

meg selv mest var forsøkene på å rekruttere pasientene inn i egne rekker, et slags «vi og pasientene våre» mot «de andre». Fastlegeaksjonen sendte ut plakater til oppslag på legenes venterom og reklamerte for aksjonen på venteromsskjermen «Hvilepuls». Til og med i debatten om reservasjonsrett argumenter tilhengerne med at en slik samvittighetspraksis egentlig er i pasientenes interesse – samtidig som man forsvarer å unnlate å redegjøre for seg utad. Forstå det den som vil. Det er legitimt å slåss for egne profesjonsinteresser og gjerne argumentere med helsepolitiske konsekvenser slik vi oppfatter dem. Det er ikke legitimt å ta pasientene til inntekt for vårt eget syn.

«Å bli fastlege er å trekke vinnerloddet i helsevesenet» skrev VGs debattredaktør i mars 2012. Hun begrunnet dette med vår trygge samfunnskontrakt og forutsigbart høye inntekt fra fellesskapet. Under overskriften «Fastlege med begrensninger» skrev Aftenpostens kommentator Inger Anne Olsen i oktober i år følgende:

«Hensikten med fastlegeordningen var å gi alle pasienter et stabilt og trygt forhold til én lege (...) men når vi blir tildelt (eller selv velger) denne fastlegen, opplyses det ingen steder hvem som ikke utfører alle legeplikter. Det finner man først ut når man sitter der som pasient i en hudløs situasjon».

Mange blant publikum har ønsket legelisten.no velkommen, stort sett begrunnet med ønske

om et beslutningsgrunnlag når man skal velge fastlege. Det er grunn til å tro at disse utsegnene uttrykker en holdning som har allminnelig tilslutning blant store deler av det norske folk. Det er ikke synd på fastlegene. I den grad noen blir kasteballer for uforutsigbarhet, er det pasientene og ikke legene.

Norsk kundebarometers rangering av fastlegene som «mest populære» har vært brukt for alt den er verd – og mer. Der sier 81 prosent at de er fornøyd med fastlegen, mens eksempelvis ligningskontoret og NAV kommer dårlig ut. Pasientfornøydhet sier noe om tilliten til institusjonen, men er en ubrukelig kvalitetsindikator. Ligningskontoret og NAV (og trafikketaten!) er selvsagt dømt til dårligere «fornøydhet» fordi tjenestene deres per definisjon er mindre populære, men også fordi de ikke rår over noen av de populistiske verktøyene som fastlegene kan benytte på en dårlig dag. Det viser seg i store studier i land med velfungerende offentlige helsetjenester at pasientfornøydhet kun påvirkes negativt når noe «extremely bad» inntreffer. Alt annet enn «veldig fornøyd» fra publikum bør bekymre oss. Av den grunn bør vi snarere lytte interessert til de negative tilbakemeldingene enn å reagere med en paranoid ryggmargsrefleks.

A Fortunate Man

For mange år siden fikk jeg i gave fra en venn og kollega boken «A Fortunate Man» av John

Berger og Jean Mohr. Den skildrer en engelske allmennlege som vier livet sitt til legegjerningen blant befolkningen i et fattig distrikt. Til tross for slit, tvil og tunge stunder oppsummerer legen seg som en heldig mann. Selvbildet er den fortellingen om oss selv som vi gir autoritet, skrev kollega John Nessa en gang. Språk skaper virkelighet.

Jeg har opplevd mitt legeliv som del av en stor og høy og bred fortelling som jeg har vært stolt over å formidle videre til yngre kolleger. Norsk selskap for allmennmedisin, vårt eget college, var arnestedet for mine egne bidrag til den fortellingen. Norsk allmennmedisin har en stolt tradisjon som tenketank og fagutviklingsarena. Vi har hatt flaks med tid og sted, i en framskreden veldferdsstat med olje. Dertil har vi en usedvanlig god offentlig kontrakt.

Fastlegene må ta ansvar for hvordan de oppfattes i den offentlige samtalen. Jeg har forsøkt å synliggjøre og utfordre de som måtte mene at norske fastleger er ofre for overgrep fra sine oppdragsgivere og som tror at legenes profesjonsinteresser per definisjon er sammenfallende med pasientens behov. Videutvikling av kvalitet – som altså er noe annet og mer enn banal pasientfornøydhet – fordrer evne hos legene til å lytte til kritikk og utøve selvkritikk.

Å bli fastlege er å trekke vinnerloddet. Ikke skrap så hardt på det at gevinsten går tapt. Gratulerer til oss alle.

PMU 2012 skapte begeistring

■ MONA SØNDENÅ • TOVE RUTLE • TOM SUNDAR

Over 1500 deltakere og kursledere gjorde Primærmedisinsk uke til årets «happening» for leger og medarbeidere i primærhelsetjenesten. Under mottoet *Vår beste dag* innfridde PMU forventningene om å være en sentral møteplass for faglig påfyll samt sosiale, musikalske og kulturelle opplevelser. Den tradisjonstunge kurskongressen ble arrangert i Oslo den siste uken i oktober.



Tre av de over 1500 deltakerne på Primærmedisinsk uke 2012 utveksler tanker og meninger.

Kom og lytt til lyset når det gryr av dag, synger Erik Bye (1926–2004) i sin vakre sang som han har gitt navnet *Vår beste dag*. Dette var også mottoet for Primærmedisinsk uke som gikk av stabelen 22.–26. oktober i Oslo, med Radisson Blu Scandinavia Hotel som hovedarena. Denne kurskongressen holdes annethvert år i regi av Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og Norsk samfunnsmedisinsk forening.

Med Erik Byes sang i hodet, satt vi forventningsfulle under åpningsseremonien 22. oktober og ventet på hilsningsordene fra en nylig oppnevnt helseminister Jonas Gahr Støre. Vi gledet oss også til å høre Per Fugellis beretninger og til å nyte ulike kulturinnslag. Programmet for åpningen lovet godt – som alltid.

Støre om sosiale ulikheter og helsepolitikk

Helseministeren valgte å åpne med en strofe fra en sang: «Ein farfar i livet bør alle ha» –

som han omskrev til «Ein fastlege i livet bør alle ha». Dette falt i god jord hos de 700 fremmøtte. Hans omtale av fastlegen som en rygggrad i Helse-Norge utløste applaus. Støre gjorde et poeng av at fastlegene kjenner summen av alle enkeltmenneskers behov, og ved det vet mye om folkehelsen her i landet. Han glemte heller ikke å nevne at fastlegene er populære og nyter stor tillit, og han minnet tilhørerne om at tillit må fortjenest; tillit er ingen selvfølge.

Statsråden snakket videre om at også Norge har betydelige sosiale ulikheter og han understreket betydningen av god integrering i samfunnet. Det forebygger uhelse. Også dårlig nettverk øker sannsynligheten for uhelse. Støre minnet oss om viktigheten av god sosial kapital og han minnet seg selv om at en god fordelingspolitikk er god helsepolitikk. Avslutningsvis slo han nok en gang fast allmennlegens rolle som hjørnesteinen i helsetjenesten, men oppfordret oss til å tenke på at også vi må tilpasse oss et samfunn i rask endring.

Fugelli trollbandt tilhørerne

Støres innledning skapte begeistring, men høydepunktet under åpninger var professor Per Fugellis personlige, berørende og klartenkte budskap som han meddelte under titelen «Allmennmedisinens grunnstoffer – deres natur og halveringstid». Fugelli tok oss med på en reise med den afrikanske medisinnmannen «professor Good Enough» og viste oss hvordan professoren satt grenser som lege, hvordan han lærte menneskene som kom til ham at livet er meningsfylt og at vi må godta vår smerte, endre det vi kan og le av resten. Fugelli påpekte at legen og pasienten møtes som to eksperter, men på hvert sitt tema; på medisin og på seg selv. Videre fortalte han om grunnstoffene medfølelse og stillhet, om personlig legekunst, om kontinuitet og om «nok-punktet». Vi må finne «nok-punktet» understreket Per, og han fortalte hvordan professor Good Enough klarte nettopp dette. «Dere», sa han: «Dere leger og medarbeidere er velferdsstatens smykker, og dere forvalter medi-

Helse- og omsorgsminister Jonas Gahr Støre.



Harald Sunde fra Kalveskinnet legesenter i Trondheim fikk Løvetannprisen.



ng og engasjement



PMU 2012



Per Fugelli holdt et personlig og klartenkt foredrag som begeistret og rørte tilhørerne.

sinens grunnstoffer som har uendelig halveringstid.»

Salen vibrerte av stillhet mens Per snakket, og han berørte oss så sterkt med sine ord at det ble stille også da han hadde avsluttet. Han fikk stående applaus, og flere måtte tørke noen tårer fra øyekroken. Åpningen av årets PMU ble et fint møte med vår nye helseminister, men ikke minst et meget sterkt møte med en kollega så rik på refleksjoner over vår gjerning og vår rolle at han trollbandt sine tilhørere. Dette ble et øyeblikk vi sent kommer til å glemme.

Flere høydepunkter

Onsdag kveld 24. oktober var professor i allmennmedisin Johann August Sigurdsson fra Island gjesteforeleser ved PMU. Temaet var personfokustert sykdomsforebygging i allmennpraksis, og foredraget bar tittelen «Die another day» – hentet fra en James Bond-film. Sigurdsson redegjorde for hvordan dagens allmennmedisin legger til grunn en individbasert tilnærming til forebyggende helsearbeid – og viste hvordan denne tilnærmingen integrerer biomedisinsk og biografisk kunnskap.

Torsdag 25. oktober var nok en begivenhetsrik dag, med ukens hovedforelesning «Den Gud gir et embete», holdt av kommunelege Elisabeth Swensen (se side 27–29) etter et musikalsk innslag ved Christiania mannskor. Samme kveld var det – tradisjonen tro – festmiddag med prisutdelinger, taler, underholdningsinnslag og sist, men ikke minst danse musikk med Sandvika Storband.

Primærmedisinsk kulturuke

Et varemerke for PMU er kulturprogrammet, Primærmedisinsk kulturuke, som også denne gang innfridde forventningene. Trubaduren Ole Paus var på plass hver morgen med kåserier og sang. Paus er kjent for sine underfundige og humoristiske betraktninger om forholdet til fastlegen, men han går heller ikke av veien for å komme med helsepolitiske innspill. Foruten Paus, fikk vi daglig servert musikk- og underholdningsinnslag i form av «pop up»-konserter og «kulturhalvtimen». Artister og utøvere som Håvard Gimse, Stig Nilsson, Sveinung Bjelland, Ola Kvernberg Trio, You and me Alfred, Oslo kammerkor, Anne Marit Jacobsen, Olaf Mundal og Julie Kleive bidro til å gjøre PMU til et uforglemmelig høydepunkt i 2012.

Vel blåst!

Ole Paus gledet deltakerne med sang og muntre kåserier hver morgen.



Bente Rusten ønsker deltakerne velkommen til festmiddag.



Legeforeningens president Hege Gjessing stod for den offisielle åpningen av PMU.



Toril Bogen fra Legehuset i Hokksund fikk Medarbeiderprisen på PMU.

Presentasjon av sammendragene fra **FORSKNINGSDAGEN** på Primærmedisinsk uke, 25. oktober 2012

REDIGERT AV ELIN OLAUG ROSVOLD¹ OG SABINE RUTHS²

1. Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

2. Allmennmedisinsk forskningsenhet, UNI Helse, Bergen, og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Forskningsdagen på Primærmedisinsk uke (PMU) gir allmennlegene mulighet til å bli oppdatert på siste nytt innen primærmedisinsk forskning i Norge. I år var det i alt 17 påmeldte foredrag. Noen forskere var ferske i faget og andre hadde forsket en stund og var i gang med en doktorgrad. Foredragene omfattet mange ulike temaer – fra risiko for skiskader i norske alpinanlegg, via akupunktur for akutte korsryggsmerter, til hvordan man snakker med foreldre om fedme hos barna deres. I tillegg til de frie foredragene var det også presentasjon av tre av de siste allmennmedisinske doktorgradene.

De som deltok med frie foredrag konkurrerte om den allmennmedisinske forskningsprisen som deles ut av Allmennmedisinsk fors-

kningsutvalg (AFU). Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen (Af) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) bidrar med prispengene på 15 000 kroner. Årets vinner var Nilam Shakeel fra Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Hun forsker på forekomst og prediktorer for svangerskapsdepresjon i en multietnisk befolkning, og har blant annet funnet at forekomsten av depresjon hos gravide ikke-vestlige etniske minoriteter er hyppigere enn hos vestlige.

I dette nummeret av Utposten presenterer vi sammendragene av alle foredragene fra forskningsdagen på PMU, i tillegg til et prosjekt som ble presentert på forskningskurset som ble holdt dagen før.

Forekomst av og prediktorer for svangerskapsdepresjon i en multietnisk befolkning

Vinner av Forskningsprisen 2012 fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU)

NILAM SHAKEEL¹, MALIN EBERHARD-GRAN², EGIL W. MARTINSEN³, KARI SLINNING⁴, ANNE KAREN JENUM¹

1 Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

2 Divisjon for psykisk helse, Nasjonalt folkehelseinstitutt

3 Oslo Universitetssykehus Aker og Institutt for Klinisk Medisin, Universitetet i Oslo

4 Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP Øst og Sør)

BAKGRUNN

Depresjon i svangerskapet øker risikoen for komplikasjoner for mor og barn, som preterm fødsel og lav fødselsvekt. Få studier er gjort i ikke-vestlige populasjoner.

FORMÅL

Kartlegge forekomst og prediktorer for svangerskapsdepresjon i en multietnisk befolkning.

METODE

Befolkningsbasert kohorteundersøkelse av gravide som gikk til svangerskapskontroll ved helsestasjoner i bydelene Bjerke, Stovner og Grorud i Oslo 2008–2010. Totalt 823 gravide (74 prosent av inviterte), 59 prosent etniske minoriteter, ble inkludert. Frafallsårsaker er registrert.

Kvinnene ble intervjuet av jordmødre, og alt materiale ble oversatt til åtte andre språk.

Depresjon er målt ved Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i svangerskapsuke 28, definert som score ≥ 10 (spenn 0–30).

En validert norsk oversettelse med god sensitivitet/spesifisitet, målt mot DSM-IV kriterier for alvorlig depresjon, er brukt, samt offisielle oversettelser til ytterligere syv språk. Ved inklusjon (svangerskapsuke <20) ble demografiske, sosioøkonomiske faktorer og øvrige risikofaktorer for svangerskaps/barseldepresjon kartlagt, samt selvrapportert helse og etnisk bakgrunn. Antallet belastende livshendelser fra tre mnd. før svangerskapet og til uke 28 er registrert.

FORELØPIGE RESULTATER/KONKLUSJON

Vi har EPDS data på 749 (91 prosent av inkluderte). Forekomsten av depresjon hos gravide ikke-vestlige etniske minoriteter er hyppigere enn hos vestlige. De foreløpige resultatene tyder på at det er store forskjeller mellom vestlige og ikke vestlige etniske minoriteter når det gjelder sosioøkonomi. Vi ser i tillegg på hvordan tidligere «life-events», tidligere psykiske symptomer og selvpålevd helse påvirker depresjon.

Funksjon, institusjonalisering, død og kostnadsanalyse 18 måneder etter rehabilitering av eldre i to ulike modeller i primærhelsetjenesten

INGER JOHANSEN¹, MORTEN LINDBÆK¹, JOHAN K. STANGHELLE², METTE BREKKE¹

1 Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

2 Sunnaas Universitetssykehus, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Stadig flere eldre utskrives fra sykehus eller bor hjemme med funksjonssvikt og behov for hjelp. Vi vet lite om langtidseffektene av rehabilitering av eldre i primærhelsetjenesten.

FORMÅL

Studere effektvariabler og prediktorer for funksjon inntil 18 måneder etter rehabilitering av eldre i primærhelsetjenesten innenfor to ulike rehabiliteringsmodeller.

METODE

Oppfølgingsstudie etter en åpen, prospektiv sammenliknende studie av effekten av tverrfaglig rehabilitering av eldre i primærhelsetjenesten i en dedikert, døgnbasert enhet (Modell 1=M1, n=202), sammenliknet med i korttidsplasser i sykehjem (Modell 2=M2, n=100). Pasientene var >65 år, vurdert til å ha rehabiliteringspotensial. Effektmål: Sunnaas ADL Index

(SI), antall dager i sykehus og korttids sykehjemsopphold, boforhold og død. Kognitiv (MMSE) og psykisk (SCL10) status. Kostnadsanalyser pr pasient for rehabiliteringen, hjemmetjenestene, opphold i sykehus og korttids sykehjemsopphold. Statistikk: T-tester, Pearson's 2, Multippel lineær regresjonsanalyse.

RESULTATER

SI-skår hos M1 pasientene var statistisk og klinisk signifikant høyere sammenliknet med M2 pasientene. Kognitiv status predikerte SI-skår positivt i begge modeller. M1 pasientene som hadde korttidsopphold på sykehjem, hadde signifikant færre dager enn M2 pasientene. Andelen M1 pasienter som bodde i omsorgsleilighet eller i sykehjem var uforandret, men doblet hos M2 pasientene. Det var ingen statistisk signifikant forskjell i mortalitet mellom modellene. Kostnadene pr M1 pasient for rehabiliteringen og hjemmetjenestene var signifikant lavere enn pr M2 pasient.

KONKLUSJON

Pasientene i M1 opprettholdt høyere funksjonsnivå, hadde færre korttidsdager i sykehjem og andelen bosatt i institusjon var uforandret. Kostnadene for rehabiliteringen og hjemmetjenestene var markert lavere. Flere kommuner bør vurdere rehabilitering av eldre i tråd med M1.

Depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter

KRISTINA RIIS IDEN¹, STEFAN HJØRLEIFSSON², KNUT ENGEDAL³, SABINE RUTHS^{1,2}

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, UNI Helse, Bergen,
² Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen,
³ Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Oslo

BAKGRUNN

Forekomst av depresjon og forskrivning av antidepressiva i sykehjem er omfattende. Tidligere studier tyder på at behandling med antidepressiva ofte initieres og vedlikeholdes etter tilfeldig diagnostikk.

FORMÅL

Kartlegge depresjon hos nyinnlagte pasienter i sykehjem ved hjelp av klinisk vurdering og screening ved hjelp av enkle tester, og sammenholde dette med opplysninger i pasientjournal om eventuell depresjonsdiagnose og behandling.

METODE

Deskriptiv studie. I perioden mai 2011 til mai 2012 ble 100 pasienter inkludert fortløpende ved innleggelse på langtids plass i 11 sykehjem. Vi registrerte demografiske opplysninger, diagnoser, bruk av legemidler, diagnostikk og behandling av depresjon, og gjennomførte enkle diagnostiske tester basert på sykepleiernes

observasjoner (hukommelsesfunksjon, psykisk helse, evnen til å klare seg i dagliglivet). I tillegg gjennomførte vi en samtale med hver enkelt pasient for å stille diagnosen depresjon.

RESULTATER

100 pasienter ble inkludert, 62 prosent kvinner, median alder 87 år. De fleste ble innlagt fra korttidsavdelinger. Depresjon er vanlig. Hos flertallet av de deprimerede var diagnosen ikke dokumentert i journalen.

KONKLUSJON

Depresjon er vanlig hos nyinnlagte pasienter i sykehjem. Det er sparsomt med dokumentert diagnostisk arbeid rundt depresjon.

Hva skjer i møtene mellom allmennlegen og pasienter med alvorlig spiseforstyrrelse?

En studie om pasientenes erfaringer i møte med allmennlegen

TORI FLAATTEN HALVORSEN¹, OLE RIKARD HAAVET², ELIN OLAUG ROSVOLD²

¹ Studenthelsetjenesten ved Studentsamskipnaden i Oslo, og Spesialpoliklinikk for spiseforstyrrelser, Oslo Universitetssykehus Gaustad
² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

En fastlege i Norge har i gjennomsnitt ti behandlingstrengende pasienter med spiseforstyrrelse på sin fastlegeliste. Mortalitet hos pasienter med spiseforstyrrelse er 1–20 prosent. Pasienter med spiseforstyrrelser oppsøker allmennlegen hyppigere enn resten av befolkningen. Somatiske plager forårsaket av spiseforstyrrelsen presenteres som et problem, og plagene utredes uten at pasienten og/eller legen oppdager eller erkjenner grunnsykdommen. Benektning og skam over egen sykdom, samt ambivalens til det å bli frisk, er typiske trekk ved sykdomsbildet. Nasjonale retningslinjer for behandling av alvorlige spiseforstyrrelser understreker allmennleges unikke mulighet for å identifisere pasienter, pålegger allmennlegene ansvaret for somatisk utredning og poengterer viktigheten av tverrfaglig samarbeid for denne pasientgruppen.

FORMÅL

Vi har gjennomført en kartleggingsstudie for å identifisere konkrete forbedringspunkter for hvordan helsevesenet kan tilrettelegge for at pasienter med spiseforstyrrelser benytter helsevesenet ut fra deres faktiske behov.

METODE

Studien er en anonym kvantitativ undersøkelse der 114 pasienter med alvorlig spiseforstyrrelser som startet i spesialisert behandling, besvarte et spørreskjema utarbeidet av forskningsgruppen. Skjemaet inneholdt spørsmål

om sykdomsvarighet, spiseforstyrrelses-symptomer, vektparametere, somatiske plager samt behandlingserfaring. Videre kartla vi følgende aspekter; hyppighet av konsultasjoner der spiseforstyrrelsen ble snakket om, veiing og blodprøvetaking, samt om pasientene diskuterte symptombildet, påfølgende plager, behov for sykmelding og sykdommens konsekvens i hverdagen med legen. Pasientens vurdering av legen som støttespiller og tilfredshet med legen ble etterspurt. De som ikke hadde egen lege, ble bedt om å angi årsaken til det.

Hva vet fastlegen om sine pasienter som personer?

BENTE MJØLSTAD¹, ANNA LUISE KIRKENG¹, LINN GETZ¹, IRENE HETLEVIK¹

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU.

BAKGRUNN OG FORMÅL

Det er økende dokumentasjon for at livshendelser kan være utslagsgivende for helsa til folk, noe vi i dag kan forstå bl.a. ved hjelp av moderne kunnskap om stressfysiologi. Den nye fagkunnskapen tilsier at biografisk og personrelatert kunnskap om pasienten er medisinsk relevant, men slik kunnskap har tradisjonelt blitt lite vektlagt innenfor biomedisinen som er den dominerende forståelsesrammen for dagens medisinske praksis. Formålet med denne studien var å utforske i hvilken grad fastleger har slik personrelatert kunnskap om sine pasienter.

MATERIALE OG METODE

Ni fastleger ble telefonintervjuet om deres pasienter som nylig hadde blitt innlagt på en rehabiliteringsavdeling på et sykehjem. Informasjonen fra telefonintervjuene ble sammenlignet med det pasientene selv kunne fortelle om sin livshistorie i individuelle dybdeintervjuer.

RESULTATER/ FORTOLKNING

De fleste fastlegene var i stand til å gi en adekvat beskrivelse av pasientens personlighet, og de hadde mye kunnskap om pasientenes yrkesliv og nære relasjoner (partner, barn). Fastlegene hadde mindre kunnskap om pasientens interesser (hobbyer, fritidsaktiviteter), sosialt nettverk og relasjoner til foreldre og søsken. Fastlegene hadde lite eller ingen kunnskap om pasientenes barndom, oppvekst vilkår og betydningsfulle livshendelser. Noen av fastlegene ble overrasket over hvor lite de egentlig visste om pasienter som de hadde kjent i mange år (gjennomsnitt varighet av lege-pasient forhold var 15 år).

REFERANSE

Mjølstad BP, Kirkengen AL, Getz L, Hetlevik I. (2012). What Do GPs Actually Know About Their Patients As Persons? The International Journal of Person Centered Medicine (in press).

Akupunktur for akutte korsryggsmerter – en randomisert, kontrollert multisenterstudie i allmennpraksis – ACUBACK-studien

TRYGVE SKONNORD¹, HOLGEIR SKJEIE¹,
METTE BREKKE¹, MARGRETH GROTE,
IRENE LUND, ARNE FETVEIT¹.

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling
for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Ryggsmerter er en vanlig lidelse med store konsekvenser for den enkelte pasient og for samfunnet. Nasjonale kliniske retningslinjer for korsryggsmerter har som mål for behandlingen å sikre tidlig og god smertelindring for raskt å gjenoppta normale aktiviteter. Noen allmennleger har god klinisk erfaring med å behandle akutte korsryggsmerter med akupunktur, til tross for manglende dokumentasjon av effekt for denne behandlingsmetoden.

FORMÅL

Målet med denne studien er å evaluere om en enkelt behandling med akupunktur kan redusere tid til tilfriskning for akutte uspesifikke korsryggsmerter når det brukes i tillegg til standard ryggbehandling i henhold til nasjonale retningslinjer. Vi vil også vurdere andre effektmål for bedring av tilstanden som global bedring, ryggfunksjon, sykefravær og bruk av medisiner. I tillegg vil vi gjøre analyser av prognostiske faktorer for tilfriskning og kostnadseffektivitet av behandlingen.

METODE

I denne randomiserte, kontrollerte, multisenterstudien i allmennpraksis i Sør-Norge, vil 270 pasienter bli fordelt til en av to behandlingsgrupper, ved hjelp av et web-basert program. Utfallsmål vil bli blindet. Kontrollgruppen vil bare få standard behandling, mens intervensjonsgruppen i tillegg får akupunkturbehandling. Ulike fastleger behandler de to gruppene. Voksne i alderen 20–55 år som kontakter sitt fastlegekontor på grunn av akutte korsryggsmerter, vil bli inkludert. Pasienter med nerverotsaffeksjon, «røde flagg», graviditet, tidligere sykmeldt mer enn 14 dager og uførepensjon vil bli ekskludert. Primært resultatmål er median tid til tilfriskning (dager). De sekundære målene er smerteintensitet, egenvurdert global bedring, ryggspesifikk funksjonell status, sykefravær, medisiner, legebesøk og bivirkninger. En pilotstudie vil bli gjennomført for å se hvordan design og logistikk fungerer.

PUBLIKASJON

Skonnord T, Skjeie H, Brekke M, et al. Acupuncture for acute non-specific low back pain: a protocol for a randomised, controlled multicentre intervention study in general practice—the Acuback Study. *BMJ Open* 2012; 2.

Medisinsk uforklarte symptomer i allmennpraksis – et komplekst fenomen

HEDDA TSCHUDI-MADSEN¹, MONA KJELDSBERG¹, BÅRD NATVIG¹, CAMILLA IHLEBAEK²,
INGVILD DALEN¹, JØRUND STRAAND¹,
DAG BRUUSGAARD³

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse
og samfunn, Universitetet i Oslo

² Universitetet for miljø- og biovitenskap, Ås

³ Avdeling for samfunnsmedisin, Institutt for helse
og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Symptomer uten en sikker medisinsk forklaring (medisinsk uforklarte symptomer, MUS), representerer en stor medisinsk utfordring, spesielt i allmennpraksis. Det foreligger ikke enighet om en definisjon av fenomenet. Det er blitt foreslått å basere diagnostiske kriterier på antall symptomer pasienten rapporterer, uten å skille mellom medisinsk forklarte og uforklarte symptomer.

FORMÅL

Vi beskriver multisymptomatologi og medisinsk uforklarte symptomer i allmennpraksis. I denne delstudien sammenlikner vi hvorledes allmennleger evaluerer multisymptomatologi og MUS hos sine pasienter. Videre undersøker vi i hvilken grad antall pasientrapporterte symptomer er assosiert med legens evalueringer.

METODE

En multisenter, lege-pasient koplet tverrsnittstudie i allmennpraksis. Allmennleger vurderte fortløpende pasienter langs to skalaer som representerer multisymptomatologi og MUS, rangert fra «0 (ikke i det hele tatt)» til «10 (i meget stor grad)». Pasientene besvarte blant annet spørsmål om symptomer foregående uke (totalt 38). 866 koplede spørreskjemaer er analysert.

RESULTATER

Allmennlegene benyttet skalaene fullt ut og rangerte kun et mindretall pasienter som «0 (ikke i det hele tatt)». De to skalaene var sterkt overlappende ($r = 0,80$ og kvadratisk vektet kapp $0,73$). Derimot skilte skalaene seg noe med hensyn på alder og kjønnsfordeling. Mens det var stort sammenfall i yngre aldersgrupper, ble multisymptomatologi oftere presentert enn MUS hos de eldre. Antall pasientrapporterte symptomer var moderat korrelert med de to legeskalaene.

KONKLUSJON

I allmennlegers kliniske evalueringer øker tendensen til å vurdere symptomer som medisinsk uforklarte markant med økende antall symptomer legene blir presentert for, men de to fenomenene er ikke sammenfallende. Pasientrapporterte symptomer synes å være et mindre egnet mål for MUS.

«Kan det stemme at ungen min er for tjukk?»

Foreldres erfaringer med at helsepersonell tar opp bekymring for overvekt hos førskolebarnet deres

INGUN TOFTMO¹, PER LAGERLØV²
OG KARI GLAVIN³

¹ Toppen legesenter, Lillehammer

² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse
og samfunn, Universitetet i Oslo

³ Høgskolen Diakonova og Høgskolen i Oslo

BAKGRUNN

Prevalensen av overvekt og fedme hos norske barn har økt betydelig de siste tiår. For å forebygge varig overvekt er det viktig å starte prosessen tidlig. Foreldrenes forståelse for at barnet deres er overvektig er imidlertid overraskende liten. Dette fikk helsestasjonen på Lillehammer erfare da vi i 2011 ikke klarte å skape interesse for et gruppebasert veiledningstilbud for foreldre med overvektige fireåringer.

FORMÅL

Formålet med undersøkelsen er å skaffe kunnskap som kan gi helsepersonell innsikt i hvordan de på et tidlig tidspunkt kan bevisstgjøre foreldre på overvekt hos barnet, og få dem motivert for tiltak.

METODE

Kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer av foreldrene til 10 barn i alderen 2,5–5,5 år som har en iso-BMI over 25.

RESULTATER

Resultatene av undersøkelsen er ennå ikke klare. Temaene vi er i ferd med å jobbe videre med i analysen er blant annet foreldrenes bekymring for at barnet skal få med seg samtaalen på helsestasjonen, engstelse for framtidig spiseforstyrrelse hos barnet, og at foreldrene spontant snakket om erfaringer med egen vekt.

Er det mulig å forbedre allmennlegers forskrivning av antibiotika ved akutte luftveisinfeksjoner?

En randomisert, kontrollert studie
(Kollegabasert terapiveiledning)

SVEIN GJELSTAD¹, JØRUND STRAAND¹
OG MORTEN LINDBÆK²

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling for
allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

² Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling
for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn,
Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Mer enn halvparten av all antibiotika i allmennpraksis er utskrevet for luftveisinfeksjo-

ner, til tross for overbevisende dokumentasjon på at mange av disse infeksjonene er forårsaket av virus.

FORMÅL

Målet med dette prosjektet var å teste en modell for å bedre legenes forskrivningspraksis med en intervensjon omfattet av gruppebasert, industriuavhengig legemiddelutdanning rettet mot eksisterende etterutdanningsgrupper i allmennmedisin. Denne studien representerer en av to armer i prosjektet Kollega-basert terapiveiledning (KTV-prosjektet).

METODE/DESIGN

Evalueringen av KTV-modellen ble gjennomført som en intervensjonsstudie basert på cluster-randomisering (en etterutdanningsgruppe representerte et cluster). En gruppe spesialister i allmennmedisin, kollegakonsulenter (KoKo-er), ble opplært i intervensjonens tema, i kommunikasjon og pedagogiske ferdigheter. Hver KoKo betjente tre etterutdanningsgrupper. 40 grupper ble randomisert til intervensjon for riktigere bruk av antibiotika ved luftveisinfeksjoner, 41 grupper ble randomisert til en annen intervensjon (riktigere bruk av potensielt uheldige legemidler til eldre). De to gruppene fungerte som kontroll for hverandre. Data fra hver deltakers elektroniske journalsystem ble samlet inn, og resultatene brukt til å utarbeide individuelle forskrivningsrapporter til legene. Gruppearbeidet besto av å diskutere de enkelte rapportene i forhold til nasjonale retningslinjer. Hver gruppe hadde to økter viet til intervensjon, etterfulgt av en dags regional workshop etter noen måneder. Etter ett år ble det utført en ny datafangst fra deltagernes journalsystem for å gjenspeile endringer i forskrivningspraksis.

RESULTATER

Foreløpige resultater viser forbedring i intervensjonsgruppene sammenlignet med kontrollgruppene med hensyn til både forskrivningsrater og bruk av bredspektrede antibiotika.

Kunnskap om kronisk obstruktiv lungesykdom hos norske allmennleger

ANDERS ØSTREM¹, SVEIN HØEGH HENRICHSEN¹, PER LAGERLØV¹, ELIN OLAUG ROSVOLD¹

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) er en stor sykdomsgruppe i allmennpraksis. Spirometri er sentralt i diagnose og stadieinndeling av kols. Fra 2006 ble det et krav om spirometri som grunnlag for diagnosen ved forskrivning av medisiner på blå resept.

METODE

Helse- og omsorgsdepartementet bevilget i 2009 midler til opplæring innen kols og spirometri. I forbindelse med åtte kliniske emnekurs ble allmennleger invitert til å delta i en undersøkelse om kunnskap om kols før og tre måneder etter kurset. Kunnskapen ble kartlagt ved hjelp av et spørreskjema. Resultatene av kunnskapen før opplæringen blir presentert her.

RESULTATER

191 av 279 leger (68 prosent) besvarte spørreskjemaet, av disse var 45 prosent kvinner, 63 prosent spesialister i allmennmedisin. 96 prosent av legene hadde utstyr for å måle spirometri på kontoret. Det ble påvist mangler i kunnskap om både diagnose og behandling av kols, samt tolking og utførelse av spirometri. Hjelpepersonell utfører flertallet av undersøkelsene på legekontorene.

FORTOLKNING

Kunnskapstest om kols og diagnostikk med spirometri viste et betydelig forbedringspotensial. Dette potensialet var like stort for leger med som uten spesialitet i allmennmedisin. Implementering av kunnskap om spirometri og kols både til leger og til hjelpepersonell er et viktig ledd i omsorgen for pasienter med kols. I løpet av høsten 2012 kommer det nye norske retningslinjer for behandling av kols. Det er betenkelig at disse ikke innholder en plan for implementering.

Forverring av KOLS og astma i primærhelsetjenesten (PEXACO prosjektet)

SALWAN AL-ANI¹, MARK SPIGT¹, HASSE MELBYE¹

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Universitetet i Tromsø

FORMÅL

Undersøke forekomsten av KOLS- og astma forverring i primærhelsetjenesten i løpet av ett år, og identifisere risikofaktorer for slike hendelser.

METODE

Studien ble utført ved syv allmennlegekontorer i Norge. Blant 18 931 pasienter som er oppført på disse kontorene i alderen 40 år eller mer, hadde 1784 (9,4 prosent) diagnosen astma eller KOLS (eller begge) i løpet av de fem foregående årene. Av disse ble 380 pasienter inkludert. I en baselineundersøkelse ble det foretatt spirometri, og spørreskjemaer om symptomer og livskvalitet ble besvart. Delta-kerne ble bedt om å konsultere fastlegen under forverring de følgende 12 måneder og besvare et spørreskjema om forverring i samme periode etter et år.

RESULTATER

Vi fikk data om forverring fra 340 pasienter, 132 (38,8 prosent) hadde KOLS. 159 (46,8 prosent) opplevde én forverring eller mer. Dette var tilfellet for 49,1 prosent av kvinnene og 42,9 prosent av mennene. Forverring ble oftere registrert i aldersgruppen 65 år eller mer (53,1 prosent) enn blant yngre pasienter (42,1 prosent), $p = 0,04$. Pasienter som hadde vært behandlet eller vært innlagt på grunn av en forverring året før baseline ($n = 88$), hadde en høyere risiko for å få en forverring i løpet av påfølgende år (80,7 prosent sammenlignet med 34,9 prosent blant de resterende pasientene, $p < 0,001$).

KONKLUSJON

Studien bekrefter det som har blitt rapportert fra spesialisthelsetjenesten, at tidligere forverring gir økt risiko for fremtidige forverring hos pasienter med KOLS eller astma. Overraskende kunne nye forverring ikke bli forutsett på grunnlag av FEV1-verdien.

Kunsten å ri to hester –

Begrepsforståelse og forklaringsmodeller hos norske allmennleger som anvender akupunktur i daglig klinisk praksis – en kvalitativ studie

HOLGEIR SKJEIE¹, METTE BREKKE¹, ARNE FETVEIT¹, GRY SAGLI²

¹ Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
² Norges Helsehøyskole-Campus Kristiania, Oslo

BAKGRUNN

Behandlingseffekt av akupunktur forklares på ulike måter. Allmennleger som anvender akupunktur, beveger seg begrepsmessig i en svært fremmedartet modell, og i et landskap hvor rationalet for behandlingsvalg ofte er i strid med grunnlaget for evidensbasert medisin og det naturvitenskapelige resonnement. Dette betyr imidlertid ikke nødvendigvis at disse utøverne har vendt ryggen til skolemedisins forståelse. Det er mulig at legene bruker begreper fra kinesisk akupunktur og skolemedisin komplementært og parallelt. Det kan også tenkes at legene bruker det kinesiske begrepsapparatet til å bygge broer eller lagge hybrider mellom de to forklaringsmodellene.

FORMÅL

Det er forskningsfaglig interessant å se hvordan allmennleger som bruker holistisk metodikk parallelt med lineær reduksjonistisk naturvitenskapelig modell, forklarer de tilsynelatende paradokser som dette innebærer. Det er en del av den større diskusjonen om hvorfor vi gjør det vi gjør i allmennmedisin, og hvordan vi forstår det vi gjør.

METODE

Vi vil i studien fokusere på erfarne allmennleger som har integrert akupunktur som behandlingsmetode i sin ordinære praksis. Det vil bli brukt kvalitativ metode i form av semi-strukturerte dybdeintervjuer. Studien er eksplorativ, og vil fokusere på legenes forståelse og praksisanvendelse av akupunktur. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd, deretter transkribert og analysert i henhold til prinsippene om systematisk tekstkondensering.

Use of hormone therapy (HT) in a Norwegian Cohort of healthy women

Factors associated with HT use and prevalence of symptoms after treatment cessation

BJØRN GJELSVIK¹, INGVILD DALEN¹, STEINAR HUNSKAAR², JØRUND STRAAND¹, ELIN O. ROSVOLD¹

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

² Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, Uni Helse/Uni Research

BACKGROUND

During the 1990's, an increase in hormone therapy (HT) use took place among Norwegian women. Since then, guidelines for prescription of HT have been changed and a decrease in use has taken place. In a survey among Norwegian GP's in 2004, the risks and benefits of HT were fairly well known, but HT use among female GP's was still high. Studies of women who have stopped using HT have shown that symptoms reappear after cessation of treatment, and that many women restart HT.

AIMS

To describe use of HT in a representative Cohort of Norwegian women during the menopausal transition.

MATERIAL AND METHODS

2229 women aged 40-44 years at inclusion, randomly selected from a national health survey in Hordaland County, and followed with seven postal questionnaires 1997-2009. Data for 2002 women (90 prosent) were eligible for analysis. The dependent variable was use of HT. Point prevalence of use, frequency of new users (incidence), treatment duration, and start of HT is reported. Possible risk factors for HT were analyzed, as well as socio-economic and clinical factors. To answer the question of reappearance of symptoms after discontinuation of HT, we applied a «case-control» substudy model based on propensity scores. Doing this, we wanted to compare users and non-users taking care of earlier HT use, symptoms and menopausal stage, and analyze differences in symptoms in later waves.

RESULTS

Some preliminary results are presented at PMU.

Risiko for skiskade i norske alpinanlegg – kjenner vi den?

JONAS CARSTEN JEPPESEN^{1,2}, HARALD LYSTAD³, PEDER HALVORSEN², OVE TALSNES⁴

¹ Trysil Helsecenter, Trysil

² Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø

³ Hemsedal Helsecenter, Hemsedal

⁴ Ortopedkirurgisk avdeling, Sykehuset Innlandet Elverum

BAKGRUNN

Skiskader er vanlige hendelser i norske alpinanlegg. Her er tale om skade oppstått under bruk av alpinski, snowboard, telemark eller snowblade. Alvorlig skade defineres som skade henvist til legevurdering. I Norge registreres skiskader via skipatroljene. Ut fra deres data har man beregnet at samlet risiko for skade er 1.35 pr 1000 skidager, mens risiko for alvorlig skade er 0.75 pr 1000 skidager. Studier i andre land har vist samlet risiko på henholdsvis 1.9, 2.5 og 3.7 pr 1000 skidager i Vermont/USA, Frankrike og Skottland. Vår hypotese er at det er en underestimert risiko for skiskade. De som henvender seg direkte til lege, utenom skipatroljen, blir ikke registrert systematisk.

FORMÅL

Formålet med denne studien var å beregne skaderisiko basert på skader registrert hos henholdsvis skipatrolje og lege i Trysil.

METODE

Ved Trysil helsecenter ble det etablert et skiskaderregister i 2008. Registeret inneholder data fra pasientskadeskjema og journalnotat. For sesongen 2010/2011 ble alle registrerte skader gjennomgått og sammenholdt med skipatroljens register.

RESULTATER

Foreløpige analyser fra undersøkelsen blir presentert på forskningsdagen på PMU.

Over- og underbehandling av type 2 diabetes i allmennpraksis

ANH THI TRAN¹, JØRUND STRAAND¹, ANNE KAREN JENUM^{1,2}

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

² Fakultetet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akerhus

BAKGRUNN

Pasienter med type 2 diabetes (T2DM) har økt risiko for hjerte- og karsykdommer som kan reduseres med optimal preventiv medikamentell behandling.

MÅL

Kartlegge medikamentell behandling og behandlingsintensitet for T2DM pasienter i allmennpraksis.

MATERIALE OG METODE

Data om diabetesbehandling i 2005 ble samlet inn fra 11 legesentre i Groruddalen. Behandling av hyperglykemi inkluderte antidiabetika og/eller insulin, hypertensjonsbehandling (ett eller flere midler) og statiner ved hyperlipidemi. Behandlingsmål var HbA1c $\leq$ 7,5 prosent, SBT $\leq$ 140 mmHg, total kolesterol/HDL kolesterol $<$ 4.

RESULTATER

Av 1273 inkluderte pasienter (53 prosent kvinner; gjennomsnittsalder 60,1 år) fikk 75 prosent medikamentell behandling for hyperglykemi, 55 prosent for hypertensjon og 32 prosent statiner. Blant de som fikk antidiabetika, fikk 43 prosent duo- eller trippelterapi, 30 prosent oppnådde ikke behandlingsmålet, mens 9 prosent hadde HbA1c $<$ 6 prosent. Av de hypertensjonsbehandlede fikk 59 prosent to eller flere medikamenter, 30 prosent hadde SBT $>$ 140 mmHg, mens 23 prosent hadde SBT $<$ 130 mmHg. 50 prosent av de på statiner oppnådde ikke behandlingsmålet. Blant pasientene som ikke fikk medikamentell behandling, hadde henholdsvis 5 prosent, 11 prosent og 19 prosent risikonivå over terapigrænse for hyperglykemi, hypertensjon og hyperlipidemi.

KONKLUSJON

Medikamentell behandling av T2DM pasienter har forbedringspotensial siden mange ikke nådde anbefalte behandlingsmål. Fastlegene må også være oppmerksom på potensiell overbehandling.

Antibiotikaforskrivning i sykehjem i et område med lav prevalens av antibiotikaresistens: I tråd med nasjonale retningslinjer?

MARK FAGAN¹, MARTHE MÆHLEN², MORTEN LINDBÆK³ OG DAG BERILD⁴

¹ Tromøy legesenter

² Avdeling for medisinsk genetikk, Oslo universitetssykehus Ullevål, Universitetet i Oslo

³ Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

⁴ Avdeling for infeksjonsmedisin, Oslo universitetssykehus Ullevål, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Eldre er aldersgruppen med høyest prevalens av antibiotikabruk. I Norge er det omtrent 40 000 sykehjemsbeboere. Befolkningen over 80 år har doblet seg i de siste 30 år og vil fortsette å øke i de kommende 20 år. Det er viktig å kartlegge antibiotika-forskrivning blant disse pasientene.

FORMÅL

Å undersøke antibiotikaforskrivning i sykehjem og i hvilken grad forskrivning var i samsvar med de nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikaforskrivning.

METODE

Retrospektiv undersøkelse av antibiotika forskrevet i perioden 01.mars 2007 til og med 28. februar 2008. Populasjon: Pasienter bosatt i sykehjemmene i Arendal. Det som ble målt: Valg av antibiotika i forhold til anbefalingene i de nasjonale faglige retningslinjene for antibiotikaforskrivning.

RESULTATER

714 antibiotikakurer ble forskrevet til 327 pasienter, hvilket gir en prevalens på 6,6 prosent. Forskrivning i tråd med retningslinjer var 77 prosent for urinveisinfeksjoner (UVI), 79 prosent for luftveisinfeksjoner (LVI) og 76 prosent for hud- og bløtdeinfeksjoner. Ciprofloksacin var ansvarlig for 63 prosent av forskrivningene som ikke var i tråd med retningslinjene. På korttidsavdelinger var det en høyere totalforskrivning, forskrivning som var ikke i tråd med retningslinjene og forskrivning foretatt av leger ansatt ved det lokale sykehuset.

KONKLUSJON

Arbeidet med å forbedre antibiotikaforskrivning i sykehjem må rettes mot både sykehjemsleger og sykehusleger.

Doktorgrad ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU) 2012

The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice

HALFDAN PETURSSON

Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), Institutt for samfunnsmedisin (ISM), Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

BAKGRUNN

I Norge/Norden er det først og fremst allmennlegene som arbeider med forebygging av hjerte- og karsykdom (HKS) på individuelt nivå. Kliniske retningslinjer skal formidle nødvendige oppdatert kunnskap og fungere som et middel til klinisk kvalitetsforbedring. Retningslinjer legger føringer for hva som regnes som forsvarlig klinisk praksis og kan også bli styringsverktøy for helsemyndighetene, med mulighet for sanksjoner dersom de ikke følges. Flere studier har vist at allmennleger i beskjeden grad følger retningslinjer for forebygging av HKS, og at an-

befalte behandlingsmål ofte ikke oppnås. Enkelte vil forklare dette med at allmennlegene gjør en dårlig jobb, mens andre har pekt på svakheter ved retningslinjenes grunnlag.

FORMÅL

- Å analysere validitet og relevans av autoritative, internasjonale retningslinjer for forebygging av HKS i allmennpraksis. Mer spesifikt:
- Å dokumentere HKS-risikoprofilen til en generell befolkning, gitt de gjeldende risikodefinsjonene i retningslinjene.
- Å estimere arbeidsbyrden for allmennlegene dersom retningslinjene tas i bruk i en gitt populasjon.
- Å identifisere mulige årsaker til at retningslinjene synes å overestimere HKS-risiko, med utgangspunkt i analyse av to isolerte risikofaktorer: Total-kolesterol og kroppsmasseindeks (KMI).

METODE

Avhandlingen bygger på analyser (bl.a. Cox-regresjon) av data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT 2) med over 65 000 deltakere.

RESULTATER

Majoriteten av befolkningen hadde en risiko-profil for HKS som ut fra retningslinjene tilsa behov for regelmessig oppfølging i helse-tjenesten. Implementering av retningslinjene i norsk allmennpraksis vil dermed kunne destabilisere fastlegjetjenesten. Total-kolesterol viste seg å ikke være en så entydig prediktiv markør for dødelighet som generelt antatt. Måten kolesterol betraktes på ble dermed identifisert som en mulig svakhet ved retningslinjene. Våre funn kan tyde på at anbefalingene knyttet til kolesterol bør revideres. KMI er i dag den mest anvendte og anbefalte metoden for å måle kroppssammensetning og definere fedme. KMI viste seg i vår analyse å være en dårligere prediktor for dødelighet enn waist-to-hip ratio (WHR), waist-to-height ratio (WHtR), eller kun livvidden. På bakgrunn av dagens kunnskap virker det rimelig å anbefale WHR for å måle kroppssammensetning med tanke på sykdomsforebygging. I avhandlingen identifiseres og diskuteres også andre faktorer som potensielt kan begrense retningslinjenes validitet og relevans.

KONKLUSJON

Samlet dokumenterer avhandlingens fire delstudier vesentlige problemer med retningslinjene, både med relevans for klinisk praksis, ressursbruk og planlegging av helsetjenester. I praksis overestimerer retningslinjene HKS

risiko, og de hjelper dermed ikke allmennlegene til å gjøre en god og målrettet jobb. Avhandlingen inneholder noen forslag til hvordan man kan starte arbeidet med å forbedre retningslinjene.

Doktorgrad ved Universitetet i Bergen 2012

Lesbisk selvtilitt – lesbisk helse. utfordringer og mestringsstrategier hos lesbiske kvinner

MARI BJØRKMANN

Forskningsgruppen for allmennmedisin, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen

Lesbiske kvinner utgjør en minoritet i det norske samfunnet. Minoritetsstress er den tilleggsbelastningen individer fra stigmatiserte grupper utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon. Hvordan den enkelte mestrer stress påvirker helse og identitet. For å mestre minoritetsstress på en god måte er det viktig å ha lesbisk selvtilitt: Trygghet på at det er naturlig og godt å elske og begjære noen av eget kjønn, og at en lesbisk orientering er likeverdig med en heterofil orientering.

Arbeidet baserer seg på fokusgruppeintervju med lesbiske kvinner og historier som lesbiske kvinner har skrevet og sendt inn via prosjektets hjemmeside på internett.

Studien viser at også i dagens Norge opplever lesbiske kvinner minoritetsstress. Både i møtet med helsevesenet og i samfunnet generelt er spørsmålet om åpenhet og det å møte negativitet store utfordringer. Deltakerne formidler at det er viktig å fortelle legen sin at man er lesbisk for å bli sett som den man er, for å kunne forklare omstendigheter og fordi det kan være medisinsk relevant. Lesbiske kvinner møter et stort spekter av reaksjoner innen helsevesenet, fra svært positive til svært negative. For å være en god lege for lesbiske pasienter bør legen unngå å ta for gitt at alle nye pasienter er heterofile, hun bør ha en positiv holdning til det å være lesbisk og hun bør ha noe kunnskap om helseforhold som er spesifikke for lesbiske kvinner.

Doktorgradsarbeidet viser at lesbiske kvinner hele tiden må forholde seg til hvorvidt og hvordan den lesbiske orienteringen skal fremstilles overfor omverdenen. Åpenhetskompetanse kan bedre lesbiske kvinners mestringsstrategier av dette. Videre må lesbiske kvinner hele tiden motta og forholde seg til omverdenens reaksjoner. Verdighet kan bevares i alle situasjoner ved å opprettholde og kommunisere lesbisk selvtilitt, også der kvinnen møter negativitet overfor sin seksuelle orientering. Lesbisk selvtilitt kan styrke kvinnenes motstandskraft mot minoritetsstress.

Doktorgrad ved Universitetet i Tromsø 2012

A doctor close at hand: A qualitative analysis of GPs' work in cancer care

MAY-LILL JOHANSEN

Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø

BAKGRUNN

Avhandlingen tar utgangspunkt i at kjernen i medisin, selv høyspesialisert og teknologisk avansert medisin, er et møte mellom mennesker: Noen som søker råd om sin helbred, og noen som antas å ha relevant kunnskap og erfaring

FORMÅL

Avhandlingen undersøker hvordan mistanken om kreft kan oppstå i et slikt møte, hva fastleger kan bidra med når folk får kreft og hvilke utfordringer de ser ved å følge noen med langkommet kreft mot livets slutt.

METODE

Kvalitativ studie basert på 25 semistrukturerte intervjuer med norske allmennleger. De fortalte om pasienter med kreft de hadde fulgt gjennom et sykdomsforløp. Tre ulike analytiske tilnærmeringer ble brukt: Innholdsanalyse, narrativ analyse og fenomenografi.

RESULTATER

Tanken på mulig kreft kunne vekkes på fire måter i en konsultasjon: Basal legekunnskap: «det vi lærte på studiet», mellommenneskelig åpenhet: «disse små hintene», intuisjon: «en følelse av uro» og frykt for kreft: «tenker på det hele tiden».

I allmennlegenes arbeid ved kreft var det tre aspekter: Det praktiske – allmennlegen som helsevesenets alt-mulig-mann, det formidlende – allmennlegen som fleksibel brobygger mellom pasient og sykehus, og det personlige – allmennlegen som berørt ledsager.

Det å kjenne pasienten, og gjerne også familien, ble sett på som en forutsetning for å være en god lege. Fra sykehusets side kunne fastlegens nærkunnskap om pasienten bli oppfattet som mindre viktig enn systemets rutiner og kriterier. Det kunne føre til lojalitetskonflikter for allmennlegene.

Noe av det vanskeligste for legene var samtaler med pasienter som var redde for å dø. Her kunne de komme til grensene for sin kompetanse. Legene lette etter en profesjonell identitet midt i følelsesmessige opplevelser knyttet til å være med folk som skulle dø. Eksistensielle og medisinske aspekter ved pasientens lidelse var ofte vevd sammen i legenes fortellinger. Lege-pasientforholdets dobbelte karakter av å være både en profesjonell og en personlig relasjon kom fram i spørsmålet om hvordan relasjonen skulle avsluttes.

KONKLUSJON

Når pasientene fikk kreft, så allmennlegene fortsatt på seg selv som den nærmeste legen. De kurative og de omsorgsfulle sidene ved legeyrket virket å være integrerte i det daglige arbeidet. Ved diagnostikk av kreft var lege-pasientforholdet og legens fortolkning viktig. Gjennom å arbeide nært sine pasienter erfarte allmennlegene at kroppslig og eksistensiell lidelse var sammenvevd; en erkjennelse som fortsatt savner forankring i biomedisinsk teori.

REFERANSER

1. Johansen, M.-L., K. A. Holtedahl, et al. (2010). «A doctor close at hand: How GPs view their role in cancer care.» *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 28(4): 249–255.
2. Johansen, M.-L., K. A. Holtedahl, et al. (2012). «'I Deal With the Small Things': The Doctor–Patient Relationship and Professional Identity in GPs' Stories of Cancer Care.» *Health: London (Early Online March 7)*
3. Johansen, M.-L., K. A. Holtedahl, et al. (2012). «How does the thought of cancer arise in a general practice consultation? Interviews with GPs.» *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 30(3): 135–140.

Prosjektpresentasjon på forskerkurset på PMU 2012

Vent-og-se-resept – en effektiv og akseptabel strategi for å senke antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis?

SIGURD HØYE

Antibiotikaserteret for primærhelsetjenesten, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Unødvendig antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis er et problem, ettersom bruk av antibiotika fremmer resistensutvikling og gir bivirkninger. Vent-og-se-resept – en antibiotikaresept som gis sammen med et råd om kun å starte behandlingen ved forverring eller manglende bedring etter en fastsatt tidsperiode – er i kontrollerte studier vist å kunne redusere antibiotikabruken.

FORMÅL

Vi ønsket å undersøke hva norske allmennleger synes om å bruke vent-og-se-resept, om en slik strategi er effektiv i vanlig praksis, og om det lar seg gjøre å påvirke leger til å benytte strategien.

METODE

Tre forskjellige studier er gjennomført:

1. **Fokusgruppeundersøkelse:** Fem fokusgrupper med 33 leger ble spurt om fordeler og ulemper ved bruk av vent-og-se-resept, egen erfaring med strategien, og i hvilke sammenhenger den kan brukes.
2. **Spørreskjemaundersøkelse:** 49 allmennleger gav et spørreskjema til pasienter som

mottok vent-og-se-resept, og svarte også selv på et spørreskjema. Pasientene ble spurt om forventninger, symptomer og hvorfor/hvorfor ikke resepten ble brukt. Legene ble spurt om diagnose og om årsak til å gi vent-og-se-resept.

3. **Kontrollert studie:** Innenfor en stor kvalitetsforbedringsstudie i norsk allmennpraksis (Kollegabasert Terapiveiledning) gjennomførte vi en studie der effekten av en pop-up-påminner om bruk av vent-og-se-resept ble undersøkt. Ved bruk av både forskrivningsdata fra journalsystemet og uthentingsdata fra Reseptregisteret kunne uthentingsrater beregnes.

RESULTATER

Fokusgruppeundersøkelsen: Ikke alle allmennleger synes vent-og-se-resept er en nyttig strategi. Leger som liker strategien, vektlegger muligheten for å undervise pasienten, mens negative leger bruker strategien når de føler seg presset til å gi antibiotika. Milde tilstander med en mulig bakteriell etiologi, slik som sinusitt og otitt, ble sett på som velegnet for strategien.

Spørreskjemaundersøkelsen: 304 spørreskjema-par ble mottatt. Legene gav hyppigst vent-og-se-resept ved sinusitt (33 prosent) og otitt (21 prosent). 46 prosent av pasientene brukte medisinen, og 89 prosent av pasientene ønsket å få vent-og-se-resept igjen ved et tilsvarende sykdomstilfelle. Ved 69 prosent av forskrivningene syntes legen det var svært fornuftig med vent-og-se-resept, hyppigst ved otitt (79 prosent) og sjeldnest ved bronkitt (49 prosent).

Kontrollert studie. I kontrollgruppen ble 92,4 prosent av antibiotikareseptene hentet ut fra apoteket, i intervensjonsgruppen 90,2 prosent. Justert odds ratio for reseptuthenting i intervensjonsgruppen var 0,72 (0,60–0,86). Legene forskrev vent-og-se-resept i 11 prosent av tilfellene der antibiotika ble gitt for luftveisinfeksjoner, og 59,2 prosent av disse reseptene ble hentet ut.

KONKLUSJON

Vent-og-se-resept har en naturlig, men beskjeden plass i allmennlegenes verktøykasse, og brukes særlig ved sinusitt og otitt. Stadig påminnelse om strategien gir en liten reduksjon i pasientenes reseptuthenting. Vent-og-se-resept bør høre med i kvalitetsforbedringsprosjekter, og reseptuthenting er et fornuftig mål for effekt.

REFERANSER

1. Høye S, Frich JC, Lindbæk M. Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections: a questionnaire survey. *BMC Fam Pract.* 2011 May 18;12:34.
2. Høye S, Frich JC, Lindbæk M. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections: a qualitative study of GPs' views and experiences *Br J Gen Pract* 2010; 60: 907–12.

Priser under PMU 2012

Medarbeiderprisen ble tildelt Toril Bogen ved Legehuset i Høksund. Hun har gjennom 34 år som helsesekretær hatt et inspirerende engasjement både på Legehuset og overfor andre kolleger. Hun har både tatt tillægsutdanning i administrasjon og ledelse og er utdannet veileder. Hun har sammen med «sin lege» Sten Erik Hessling turnert landet med foredrag, blant annet om hvordan vi kan gi god omsorg for alvorlig syke og døende pasienter, og også andre aktuelle temaer omkring hverdagen på legekontolet.

Hovedkomiteen for Primærmedisinsk uke deler ut Medarbeiderprisen, og har satt følgende kriterier kandidaten som skal motta prisen: Vedkommende må ha en reflektert holdning til sin rolle og arbeidsplass, må se legekontolet og oppgavene der som en helhet, og verdsette samarbeid. Medarbeideren må ha respekt for kolleger og pasienter, ta ansvar i kvalitetsarbeidet og skape motivasjon for oppgavene på legekontolet. Dessuten på en eller annen måte ha vært en inspirator for andre medarbeidere utenfor eget legekontolet. Gratulerer, Toril Bogen.



Toril Bogen ble overrakt medarbeiderprisen 2012 av Tove Rutle fra PMUs hovedkomité.

Harald Sundby ble tildelt årets Løvetannpris.

Årets Løvetannpris gikk til Harald Sundby. I begrunnelsen fremheves Sundby som en mann som er der – kanskje særlig for de som trenger en lege aller mest: Mennesker med mange sykdommer, mye lidelse, rusproblemer, flykninge- og asylantbakgrunn. Han våger å kjenne på, og stå for, hva det vil si å være et menneske. Videre fremheves Sundbys genuine forståelse av begrepene *dialog* og *samhandling*, egenskaper som er avgjørende for allmennlegens samspill med verden. I tillegg

er Harald Sundby et viktig forbilde for yngre kollegaer. «En rekke unge kolleger sier de 'oppdaget' faget allmennmedisin etter å ha møtt Harald Sundby som lærer i studietiden», heter det i begrunnelsen.

Løvetannprisen deles ut av NFA til en allmennlege som har gjort en innsats for faget. I statuttene heter det at «innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk». Gratulerer, Harald Sundby.

Anders Forsdahls minnepris er tildelt Eivind Vestbø. Fra 1974 har han vært distriktslege, kommunelege 1 og fastlege i Finnøy i Rogaland.

Han har uvanlig stor arbeidskapasitet og et stort engasjement for allmenn- og samfunnsmedisin i alle disse årene. Han er universitetslektor i Bergen, har undervist studenter en årrekke, og også vært redaktør av Utposten.

I en tid hvor fastlegens arbeid søkes detaljregulert i en tro på at kontroll og styring er det vesentlige for å sikre faglig kvalitet, fremstår Eivind Vestbøs virke som et eksempel på hvordan personlig integritet, ansvarsfølelse og dedikasjon til sitt yrke blir grunnelementer for et helsetilbud av høy kvalitet preget av kontinuitet, engasjement og høy faglig kvalitet.

Eivind Vestbø er en særdeles verdig vinner av årets minnepris, og han gratuleres varmt!

Eivind Vestbø var en verdig vinner av Anders Forsdahls minnepris.





Forskningsprisen 2012 gikk til Nilam Shakeel (bildet), for prosjektet: «Forekomst av og prediktorer for svangerskapsdepresjon i en multietnisk befolkning».

Komiteén har lagt følgende kriterier til grunn for tildelingen: Nilam Shakeel har tatt sin egen undring i faget på alvor og ikke funnet et tilfredsstillende svar i faglige fora og kunnskapskilder. Hun har tatt den kontekstuelle dimensjonen, det vil si sin egen faglige virkelighet, med inn i sitt prosjekts idé som etter komitéens vurdering er original. Prosjektet har allmennmedisinsk relevans og er konkretisert i et forskningsspørsmål. Dette spørsmålet søkes også besvart gjennom en adekvat metode.

Forskningsprisen fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) er et spleiselag mellom Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for samfunnsmedisin. Den skal stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant primærleger som har liten forskningserfaring fra før.

NFAs skribentpris gikk i år til Dagfinn Haarr ved Sentrum legesenter i Kristiansand for hans bidrag i Utposten nr 8, 2011.

Nominasjonskomiteén sier:

«Fortellingen om Magne og Celina er skrevet med varmt hjerte og formidler engasjement og optimisme fra en lege som har valgt å bruke mesteparten av sin arbeidsinnsats på LAR-pasienter.»

Skribentprisen deles ut av NFA og går til en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget.

Gratulerer til Dagfinn Haarr (bildet).



Ukas pasient

Ja, da var første uke i femteårs praksis over. Etter fire år med nesen plantet ned i diverse litteratur, så skal man plutselig ut å møte mennesker. Det var i hvert fall slik jeg følte det natt til mandag da jeg lå fra 22.00–01.00 og ikke fikk sove. Diverse katastrofetanker svirret rundt i hodet: «Du kommer til å drepe noen!», «du kommer til å spy». Da de verste tankene var over, så kom det: «Hvordan var det nå egentlig man brukte et oftalmoskop? Hvordan i svarte var nå HLR sløyfa igjen? Du husker ingenting. Flott.» Jo mer jeg tenkte, jo mer glemte jeg. Det er ingen litteratur i verden som kan hjelpe deg første dagen du skal på legekontoret, og tro meg, jeg har lest! Alle de tusen sidene i Lehninger kommer til ingen nytte. Alle ukene med psykiske forbedelser kommer til ingen nytte. Bare å «drite» i det. Det nytter ikke å stikke stortåa i havet før man skal bade. Man må bare hoppe rett ut og satse på at mageplasket uteblir.

Jeg sov ingenting den natten. Ikke spiste jeg noe den dagen. Var på legekontoret en halvtime før de åpnet slik at jeg var 100 prosent sikker på at jeg ikke kom for sent. Var så kvalm at jeg dagdrømte om Afipran. Når dagen var over, følte jeg at det gikk som alle hadde sagt: «Det kommer til å gå så fint så!». Dagen gikk veldig bra, utrolig flink veileder og veldig hyggelige og koselige folk på legekontoret. Følte meg veldig godt mottatt.

Hele uken kan beskrives med ett ord: fantastisk. Det har vært, for det første, veldig lærerikt. Læringskurven har vært så bratt at man får nesten høydeskrekk. Det har vært spennende, overraskende, artig, trist, skummelt og tusen ting til. Alt jeg har opplevd har vært nytt, derfor syns jeg det er veldig vanskelig å plukke ut én pasient til «ukas pasient». Det er mange ting jeg blir å huske i lang tid. Kunne valgt han som ringte inn og lurte på om vi kunne gjøre noe med all dueskiten som lå på verandaen hans eller det «sinnsykt» stilige kuttet jeg fikk lov å bedøve og sy helt alene. Kunne valgt han snille, gamle mannen som satt og så på meg på laben første dagen da jeg bare skulle observere, så sier han «skal du bare sitte å se på? Da lærer du jo ingenting! Kom hit å stikk meg!». Kunne valgt den mulige lungeembolien eller den søtteste ungen med øyebetennelse som satt på fanget mitt under hele konsultasjon. Kunne valgt møte med barnevernet eller en av de 15 ungene på helsestasjon som gjorde meg både svett og ør! Kunne valgt hun livredde unge jenta som spør «har du tatt blodprøve før?», så sier jeg «Ja selvfølgelig, cirka én gang før». Alt er nytt, alt blir jeg å huske.



Hvis jeg absolutt skal velge ut én pasient, så blir det en litt eldre dame som var veldig lei seg. Det var mye som hadde skjedd og mange hadde hun mistet. Hun var depriment og hadde angst. Satt lenge og snakket med henne og avtalte en ny dobbelttime. Skal da gå igjennom MADRS og ta det derfra.

Pasienten var veldig lei seg, men fortalte at nå trengte hun hjelp. Hun klarte ikke å hjelpe seg selv lengre. Hun ville ikke bli liggende i sengen hele dagen. Hun ville ikke være lei seg resten av livet. Fikk hun ikke hjelp, var det jo nemlig det som kunne skje. Hun hadde barn og barnebarn. Hun ville være sammen med dem. Depresjon kan ende opp med alt fra at man ikke klarer å komme seg ut av sengen til selvmord. Sistnevnte var ikke en tanke for pasienten. Men at familien til syvende å sist kunne sperres helt ute, var ikke å utelukke. Jeg skulle gjennomføre en MADRS på henne, og håpet at det ikke var så alvorlig, både for pasienten sin del, men også for min del. En mild depresjon kan behandles hos fastlegen. Jeg håpet at hun ville fortsette å komme til meg, så kunne jeg hjelpe henne. Det var en god erfaring som kommer godt med videre i utdanningen.

Det jeg blir å huske spesielt, var da hun skulle gå. Da kom hun å ga meg en klem og sa hvor godt det var å snakke med meg. Da tenkte jeg: «For en fin jobb jeg kommer til å få!»

Hva jeg konkret lærte av hendelsen, er litt vanskelig å si. Å håndtere psykiske lidelser er noe man ikke kan lese seg til synes nå jeg. Her kommer medmenneskelighet og erfaring mer til nytte. Det er de vanskelige spørsmålene som er tunge å spørre om. Det er lett å unngå de, men det er de viktigste. Det jeg kunne gjort bedre, var nemlig å være flinkere å spørre de vanskelige spørsmålene.

Mitt mål for fremtiden er rett og slett å bli flinkere. Bedre til å spørre, bedre til å svare. Man kan ikke være god første gang man gjør noe. Spesielt når det gjelder psykiske lidelser. Alle pasientene er så forskjellige. Jeg følte jeg gjorde mitt beste og jeg følte det gikk veldig bra. Kanskje om noen år når jeg har gjort det samme flere hundre ganger, så er det lettere å se tilbake og tenke hva man kunne gjort bedre. Én ting vet jeg at jeg kan bli bedre til, nemlig å disponere tiden bedre så jeg slipper å spurte til NAV i dialogmøte som begynte for 10 minutter siden. Men jeg har lært denne uken at det er faktisk den typiske hverdagen til en allmennpraktiserende lege.

Anne Davidsen

Lettelse

– men hvorfor gikk det så galt?

■ GISLE ROKSUND fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

Staten har vedtatt en fastlegeforskrift som Legeforeningen aksepterte. I realiteten ble de enige om innhold og formuleringer. Det er jeg veldig glad for. Ikke spesielt på legenes vegne, men først og fremst av hensyn til pasientene. En god allmennlegetjeneste er et viktig fundament for den samlede helsetjenesten. Det har vi god internasjonal dokumentasjon på.

Teksten i den nye forskriften er i det store og hele preget av det selvsagte; at legene skal bruke sitt faglige skjønn, og prioritere pasientene ut fra haste- og alvorlighetsgrad. Sånn må det være.

Redaktør Magne Lerø skrev følgende i Ukeavisen 30. august:

«I denne saken er det de (Legeforeningen) som har representert fornuften. Det var et bomskudd for staten å ville pøse på med nye administrative oppgaver samtidig som en bestiller bedre tilgjengelighet og mer pasientbehandling. Det er legene som har den faglige kompetansen. Det er de som må prioritere».

Det er gjort betydelige endringer fra det opprinnelige forslaget: Bl.a. er det gjort omfattende endringer i ansvarsbestemmelser, ubegrensede pålegg om oppgaver utenfor praksis er fjernet, tilgjengelighetskravet er endret, fastlegen får den nødvendige rett og plikt til å gjøre individuelle prioriteringer og vurderinger, sanksjonsbestemmelser er overført til avtaleinstituttet, krav til oppsøkende virksomhet er vesentlig endret, plikt til offentlig allmennmedisinsk arbeid likeså.

Og med det håpløse utgangspunktet som kom i forslaget datert 22.12.11, er jeg altså lettet. Den nye forskriften ble ikke så ille som jeg fryktet. Den vil i seg selv ikke ødelegge Fastlegeordningen.

Rom for faglig skjønn og kunnskap

Men jeg tar meg i at dette er en nokså defensiv holdning. At en forskrift ikke vil gjøre skade. Det store spørsmålet er; peker den framover?

Jeg mener det. Den knesetter klart og utvetydig at fastlegen fortsatt skal prioritere personene på sin liste foran andre, med unntak av lovpålagte øyeblikkelig hjelp-henvendelser. Det borger for kontinuitet i lege – pasient forholdet. Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Det er helt avgjørende for å kunne drive en fornuftig praksis. Jeg mener avsnittet om at fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer, er fornuftig og balansert, «oppdatert kunnskap» må også

gjelde såkalt taus kunnskap og kunnskap om den enkelte person/pasient. Jeg finner fornuftige formuleringer hva gjelder oppfølging og medisinsk faglig koordinering. Videre er forebyggingsavsnittet etter min oppfatning fornuftig formulert: «Fastlegen skal, basert på en medisinsk vurdering av behov, tilby forebyggende tiltak til personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling eller forverring av sykdom eller funksjonssvikt. De helsemessige risikofaktorene skal kartlegges av legen ut fra hva som er relevant for den kliniske problemstillingen». Formuleringene om telefonresponstid og ventetid til konsultasjon, er noen små kameler for oss, men har vært presentert som forbedringer for pasientene, og derfor viktig for ministeren og pasientforeningene.

Fastlegen gis med andre ord i forskrift form klart rom for å bruke sitt faglige skjønn og kunnskap om den enkelte. I vår tid med målstyring, politisk og administrativ styringsiver og New Public Management som regjerende tanke sett, samt et hopetall av sentrale retningslinjer, er det godt å se dette klart og tydelig.

Veien videre

Men vi må selvsagt ikke stoppe opp her. Fastlegeordningen må med utgangspunkt i den nye forskriften videreutvikles og forbedres. For det første trenger vi en forpliktende opptrappingsplan for fastlegeordningen. Å bli fastleger må bli attraktivt for unge leger. Vi må få på plass utdanningsstillinger/utdanningshjemler (eller burde vi heller kalle det rekrutteringsstillinger/rekrutteringshjemler?), et kvalitetssystem (SAK), økte bevilgninger til allmennmedisinsk forskning, bedre legevaktfunksjoner, og mye mer, jfr Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Og jeg må si jeg er mer enn spent på hvordan den sentrale helseforvaltningen stiller seg til dette nå når forskriften omsider er et faktum.

I min tid som leder i NFA, lot det til å være en felles forståelse mellom myndigheter og forening når det gjaldt hvor viktige fastlegene er som fundament i helsetjenesten. Det lot også til at det var enighet om at fastlegeord-

ningen måtte styrkes både med hensyn til kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet. Dette var omtalt en rekke steder fra statens side i forbindelse med samhandlingsreformen. Men på tross av denne enigheten, klarte altså Helse- og omsorgsdepartementet før jul i fjor det kunststykke å komme med et forslag til forskriftstekst som var så horribelt at det ville føre til det motsatte av hva myndighetene selv sa de ønsket. Dette førte til et fastlegeopprør som vi ikke har sett maken til tidligere. Det må ha gjort et stort inntrykk på helseministeren da fastlegene etter en rask og spontan grasrotaksjon, leverte en protest med 2700 underskrifter til henne i mars.

Etter dette tok Anne-Grete Strøm-Erichsen tak og begynte å snakke med foreningen. Det har vært en god dialog, for å bruke et forslitt uttrykk. Daværende helseminister gjennomførte en reell høring som hun lovte. Det skal hun ha kreditt for. Resultatet er altså blitt en forskrift som etter min oppfatning kan danne grunnlag for en god videreutvikling av fastlegeordningen.

Hva gikk galt?

Så er det store spørsmålet: hvordan i all verden kunne det gå så galt? Ekspedisjonssjefen sa på åpningsdagen av Nidaroskongressen så sent som et par måneder før forslaget kom i fjor høst, at legene ikke hadde noe å frykte. Han viste til Norsk forening for allmennmedisins prinsipp- og arbeidsprogram, hvor han var svært enig med foreningen om målene. Men resultatet var altså en pervertert utgave av dette. Og vi sitter igjen med en situasjon hvor det er oppstått en alvorlig mistillit blant fastlegene til den sentrale helseforvaltningen.

Jeg har gjort meg noen enkle observasjoner som muligens kan forklare fadeseen. Det finnes knapt noen allmennmedisinsk kompetanse i den aktuelle avdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet. Ledelsen har knapt satt sine ben i allmennpraksis, i hvert fall ikke i moderne tid. De aner ikke hvordan det står til der ute. Likevel råder det en kultur hvor byråkratene mener de vet best, og at det ikke var behov for innspill fra fotfolket eller representanter for dem i forbindelse med forskriftsarbeidet. De lukket døra da de skulle skrive forskriften.

En minister vil alltid være avhengig av sine rådgivere i administrasjonen og byråkratiet. Den vil vet best-holdningen som er kommet til syne, kunne torpedert hele fastlegeordningen.

Men får det noen konsekvenser?

REFERANSER

1. <http://bostonreview.net/BR30.6/starfield.php>
2. http://www.regjeringen.no/pages/38018415/forskrift_fastlegeordning_290812.pdf
3. http://www.ukeavisenledelse.no/meninger/redaktorens_mening/helseministeren-ga-opp/
4. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Senter-for-allmennmedisinsk-kvalitet1/>
5. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Styret/Sentrale-fagpolitiske-dokumenter/Tillit-trygghet-tilgjengelighet-Legeforenings-dokument-om-allmennmedisin-2009/>
6. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Styret/Sentrale-fagpolitiske-dokumenter/Tillit-trygghet-tilgjengelighet-Legeforenings-dokument-om-allmennmedisin-2009/>

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

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Kvalitetsarbeid er spennende og bidrar til økt engasjement

Senjalegen avdeling Silsand ivaretar allmennlegetjenesten for Torsken, Tranøy og Berg kommune.

Etter mange år med store rekrutteringsvansker og mange vikarleger, inngikk Berg, Torsken og Tranøy kommune fra 1.9.2009 et samarbeid med Lenvik kommune om allmennlegetjenesten. Dette for å øke kvaliteten og stabiliteten på det allmennmedisinske tilbudet, og dermed gi befolkningen i kommunene et bedre tilbud. Senjalegen avd. Silsand er interkommunalt organisert, med Lenvik kommune som vertskommune. Det er satset på gode rammer for å kunne gi befolkningen et stabilt allmennlegetilbud av høy kvalitet, samtidig som det legges til rette for å rekruttere unge leger som ønsker å spesialisere seg innen allmennmedisin.

Vi har deltatt i et nettverksarbeid sammen med to kontor i Tromsø, Nordbyen legesenter og Langnes legesenter. Det er veldig inspirerende for oss som er et «relativt ungt» legekantor å kunne samarbeide med legekantor som har jobbet målrettet med kvalitetsarbeid over år.

Vi startet med å kartlegge legekantoret ved hjelp av Maturity Matrix. Det var mange ting vi ønsket å ta tak i, men innså at vi ikke kunne gjøre alt på en gang.

Vi valgte å starte med å gjennomføre en brukerundersøkelse. Målet var at brukerundersøkelsen skulle være faglig inspirerende og nyttig ift. å forbedre tilbudet til våre listepasienter.

Vi valgte å bruke NORPEP skjema. Vi vurderte fordelene med å bruke et standardisert og validert spørreskjema, med at vi ikke trengte å bruke tid på spørsmålsformulering, og det å kunne sammenligne egne resultater med andres.

NorPEP gir hvert spørsmål svar på egen problemstilling i tillegg er spørsmålene gruppet som indikator for ulike dimensjoner ved legetjenesten.

Resultatene viste at vi måtte begynne å jobbe med vår tilgjengelighet på telefon.

Vi har fått byttet sentralbordløsning. Dette gjør at vi enklere kan hente ut statistikk ift. ventetid på telefon, og vurdere hvordan vi skal bruke ressursene.

E-resept blir innført i løpet av høsten, i tillegg til elektronisk bestilling av time og resept.

Brakerundersøkelse er et nyttig verktøy for å få tilbakemeldinger fra pasienten, for å kunne gjøre forbedringer. Det setter i gang prosesser hvor man blir bevisstgjort hvordan

legekantoret fungerer. I tillegg er det flott å få tilbakemeldinger om hva pasienten synes fungerer bra.

I løpet av det siste året har vi også jobbet mye med kvalitetssikring av faglige og administrative rutiner. Dette både ift. laboratoriet, skadestue og resepsjon.

Legene har begynt å jobbe med Medrave, og vil ha det som satsingsområde fremover.

Det er mange utfordringer med et hovedkontor og fire utekontor. Informasjonsflyten er nå bedret med at alle bruker e-mail. Fra alle kontorene kan personalet gå inn på fellesserver og hente prosedyrer, skjema, telefonlister etc.

Deltagelse i nettverksarbeid har bidratt til at vi har jobbet mere aktivt med kvalitetsforbedring. Vi har sett at det har bidratt til mere deltagelse fra både hjelpepersonell og leger. Vi har hatt større fokus på kvalitetsarbeid og har blitt bedre til å sette av tid til det.

Vi har hatt mange faglige gode diskusjoner, ser at vi forbedrer vår praksis og bedrer tilbudet for våre pasienter.

Anita Ustad

FOR MER INFO SE:

<http://www.nsdsm.no/senjalegen>

Tettstedet Silsand ligger på Senja i Lenvik kommune i Troms.

Tettstedet har 1372 innbyggere per 1. januar 2012, og ligger like ved byen Finnsnes i samme kommune.





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

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

www.relis.no

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

Behandling av gastroparese

Spørsmål til RELIS

Spørsmålsstiller ønsker informasjon om behandlingsalternativer ved gastroparese i forbindelse med at produksjonen av cisaprid (Prepulsid) har opphørt. Den aktuelle pasienten har diabetisk gastroparese, og det ønskes en vurdering av om azitromycin kan være et alternativ.

Gastroparese

Diabetisk gastroparese (DGP) er en tilstand som kjennetegnes ved forsinket ventrikeltømming hvor mekanisk skade kan utelukkes som årsak. Dette antas hovedsaklig å være forårsaket av skade på vagusnerven som kontrollerer bevegelsen av mat gjennom fordøyelseskanalen (1, 2). Forstyrrelser i gastrointestinale hormoner (motilin og gastrin) og inhibitoriske nitrogenoksidholdige nerver, skader på Cajals interstitielle celler samt dysfunksjon i glatt muskulatur medvirker imidlertid også i patogenesen av DGP (2). Tilstanden gir gjerne uspesifikke gastrointestinale symptomer som tidlig metthetsfølelse, oppfylthet og ubehag i mellomgulvet. Forekomsten av gastroparese hos pasienter med diabetes er høy og gastroparese assosieres derfor ofte med diabetes. Vedvarende høye nivåer av blodglukose fører til forstyrret vaguskontroll og forhindrer tømming av magesekken.

Ikke-medikamentelle tiltak

Hos pasienter med DGP er det primære målet å kontrollere blodsukkernivået samt å unngå dehydrering og underernæring. Glukosenivået bør ligge under 180 mg/dl for å opprettholde normal vaguskontroll. Stabilt glukosenivå er spesielt viktig med tanke på at hyperglykemi hemmer virkningen av legemidler brukt i behandling av DGP, deriblant erytromycin (2). Det anbefales å spise små hyppige måltider samt å unngå mat med høyt fettinnhold.

Legemidler i behandling av gastroparese

Cisaprid (Prepulsid) var tidligere godkjent til behandling av gastroparese, men ble trukket fra markedet i Norge i 2004 på grunn av risiko for alvorlige hjerte bivirkninger som lang QT-tid og hjerterytmeforstyrrelser. Preparatet har vært tilgjengelig ved søknad om godkjenningfritak, men er nå trukket fra mar-

kedet i hele Europa og produksjonen har opphørt (3). I Norge er det i dag metoklopramid og erytromycin som er godkjent for behandling av gastroparese. Domperidon brukes også som et alternativ, men er ikke registrert i Norge.

Dopaminantagonister; metoklopramid og domperidon

Effekten av metoklopramid på gastrointestinale traktus er kompleks, men skyldes muligens en potensering av acetylkolin (4). Både metoklopramid og domperidon har antiemetisk og prokinetisk effekt (påskynder ventrikeltømming og øker gastrointestinal motilitet). I likhet med cisaprid har imidlertid domperidon vist å øke risikoen for alvorlige hjerte bivirkninger (1).

Makrolider; erytromycin og azitromycin

Både erytromycin og azitromycin brukes i behandling av gastroparese, men kun erytromycin har dette som godkjent indikasjon. Erytromycin og azitromycin virker prokinetisk ved å utøve agonistisk effekt på motilin-reseptorer (5). Kraftige ventrikkelkontraksjoner medfører at innholdet i magesekken effektivt tømmes over i tynntarmen. Det antas at makrolidene er de mest potente legemidlene hva gjelder effekt på ventrikeltømming (5, 6, 7). Intravenøs administrering av makrolider er mer effektiv enn peroral administrering (6).

Av makrolidene er erytromycin mest studert, men to nyere studier konkluderer med at azitromycin er mer effektiv enn erytromycin i behandling av pasienter med gastroparese (5, 8). En case-control studie med 120 pasienter viste imidlertid ingen forskjell i prokinetisk effekt ved bruk av erytromycin kontra azitromycin (9).

Erytromycin er imidlertid i mye større grad enn azitromycin assosiert med problemer knyttet til interaksjoner og compliance. Erytromycin er både et substrat for og en kraftig hemmer av CYP 1A2 og CYP 3A4, noe som medfører interaksjonsproblematikk. Erytro-



mycin har i tillegg betydelig kortere halveringstid sammenlignet med azitromycin, og krever hyppigere dosering (4b-c, 5, 8).

Legemidler under utprøving

En rekke 5HT₄-reseptoragonister er under utvikling og har vist lovende resultater i behandling av gastroparese. Ghrelinagonister og motilinstimulerende peptider har i dyrestudier vist prokinetisk effekt. I en nyere kohortstudie har oral formulering av ghrelinagonisten unimorelin vist prokinetisk effekt samt reduksjon av øvre GI-symptomer hos pasienter med diabetisk gastroparese (7). Det kreves imidlertid flere studier for å avklare dens rolle i behandling av gastroparese.

Vurdering

Det finnes ikke noe entydig svar på hva som er optimal behandling av gastroparese. I Norge er metoklopramid og erytromycin godkjent behandling. Azitromycin har i nyere studier vist lovende prokinetisk effekt og synes å være et godt alternativ i tilfeller hvor behandling med metoklopramid eller erytromycin ikke har ført frem, eller som et alternativ til erytromycin i tilfeller med interaksjons- eller compliance-problematikk.

Ingvild Brenne

rådgiver, mester i farmasi, Relis Vest,
Haukeland universitetssjukehus

REFERANSER

1. Dansk lægehåndbok. Diabetes, gastrointestinale kompl. <http://www.laeghaandbogen.dk/> (Sist oppdatert 28. mars 2012).
2. Ajumobi AB, Griffin RA. Diabetic Gastroparesis: Evaluation and Management. Hospital Physician 2008; pp. 27–35.
3. Statens legemiddelverk. Cisaprid og domperidon – risiko for alvorlige hjertebivirkninger. <http://www.legemiddelverket.no/> (Sist gjennomgått: 24. november 2011).
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Afipran (Sist endret: 28. januar 2000), b) Azitromax (Sist endret: 23. mars 2012), c) Ery-max (Sist endret: 12. september 2011). <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok>.
5. Chini P, Toskes PP et al. Effect of azithromycin on small bowel motility in patients with gastrointestinal dysmotility. Scand J Gastroenterol. 2012; 47 (4): 422–7.
6. Michael Camilleri. Treatment of delayed gastric emptying. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 22. august 2012).
7. Hejazi RA, McCallum RW et al. Prokinetics in diabetic gastroparesis. Curr Gastroenterol Rep. 2012; 14 (4): 297–305.
8. Moshiree B, McDonald R et al. Comparison of the effect of azithromycin versus erythromycin on antroduodenal pressure profiles of patients with chronic functional gastrointestinal pain and gastroparesis. Dig Dis Sci. 2010; 55 (3): 675–83.
9. Larson JM, Tavakkoli A et al. Advantages of azithromycin over erythromycin in improving the gastric emptying half-time in adult patients with gastroparesis. J Neurogastroenterol Motil. 2010; 16 (4): 407–13.

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

Jeg har valgt følgende dikt av Rolf Jacobsen:

Signaler

Det er ikke
bilhulets smatt over regnvåt asfalt
som er byens signaler.

Det er ikke
melkevognens gniss mot fortauskanten
i overskyede morgener. Pilende tog.

Det er ikke
lysreklamenes stille flam-flam
over de levende elver
eller buelampenes glitrende perlebånd.

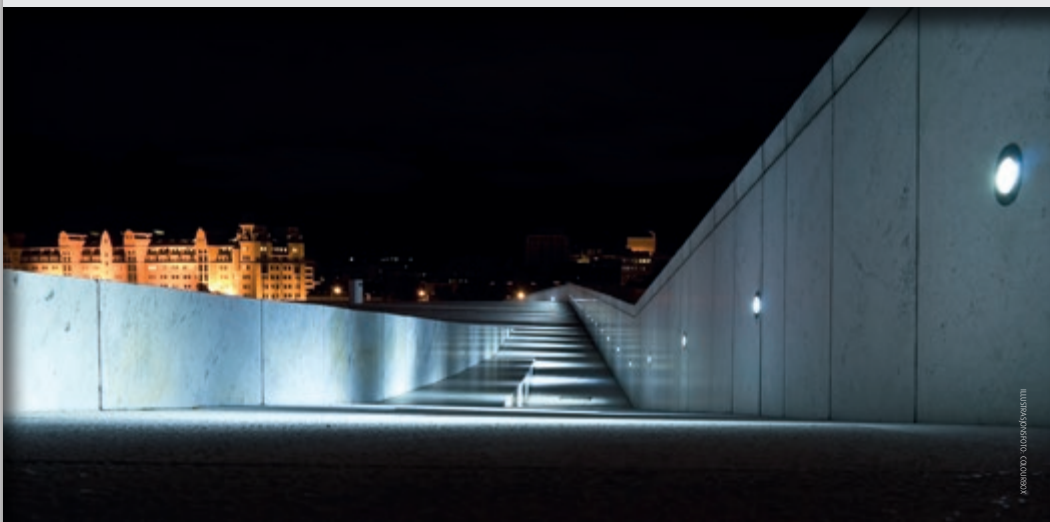
Ikke glassets klirr
i store larmende restauranter.
Dampskibenes rå tut på havnen,
to korte og et langt, to korte og et langt.

Det er ikke natt-trikkenes
døvende sang mot gater du ikke kjenner.
Saksofonen i femte etasje.

Nei –
Byens signaler,
byens jagende pulsslag
vil du fornemme en natt: –
den natt
du første gang
går ensom og uten håp, –
stige som gjaldende hån bak dig
fra gatenes sten:
– Dine egne klaprende fottrinn.

Jeg synes det er passende å presentere et ordentlig bydikt. Min kollega Ailin Harlem har tatt utfordringen og bidrar til lyrikkspaltens første utgave 2013.

Halvor H. Lund



En hverdagshistorie



Etter mange år som lege har jeg fått en god del ros, noe ris, mens de fleste pasienter kommer med lite tilbakemeldinger. Responsen vi får står ikke alltid i forhold til hva vi selv synes vi har hjulpet pasientene med. Noen av de som klager mest føler vi at vi har gjort mye for. Andre ganger synes vi ikke at vi har gjort så mye, men får likevel takk. Jeg skal fortelle en slik historie som jeg opplevde for mange år siden.

Hulda kom første gang til meg som 77 åring. Hun var en pen gammel dame, alltid vel antrukket, i hvert fall når hun skulle til legen. Legen nytte stor respekt og tillit i hennes øyne. Hulda hadde vært hos meg et par ganger før, blant annet til blodtrykkskontroll.

En høstdag kom hun og fortalte om vekt-tap på omtrent 10 kg i løpet av et år, dessuten hadde hun avføringsendringer. Sykehistorien vekket utredningstrang hos legen. Imidlertid følte Hulda seg i fin form, og hun virket ikke urolig. Vi ble enige om utredning som innebar både blod- og avføringsprøver, i tillegg ble radiologiske undersøkelser rekvirert. Hun fikk time til oppfølging, og utredningen fort-

satte hos meg og senere hos kollega pga egen permisjon. Det meste var normalt, damen var fortsatt i fin form. Etter ca ni måneder viste ultralyd abdomen tumor i caput pancreatis. Hun ble operert kort tid etterpå. Til tross for høy alder kom hun seg utrolig raskt.

Første gang hun kom til kontroll til meg etter operasjonen, tenkte jeg at hun ville stille spørsmål ved lang utredningstid. Jeg syntes at denne diagnosen burde vært stilt tidligere. Men tvert imot, damen kom og takket. Hun var strålende fornøyd med vårt legekontor og sykehuset som behandlet henne. Og jammen levde hun i mange år, hun inviterte legen i sin 80-årsdag, og døde av helt andre ting enn pancreascancer.

Man kan tenke mye rundt en slik historie. Er det noe vi kan lære?

Vi kan selvsagt ta faglig lærdom av at utredningene kunne vært gjort raskere og annerledes. Hun var imidlertid ikke noen pådriver til rask utredning, og dette kan påvirke oss.

Men det jeg vil formidle med denne lille historien er hva vi skal gjøre med tilbakemel-

dingene vi får. Hva skal vi gjøre når vi føler at de ikke er fortjente, verken de som er positive eller negative?

Min oppskrift her er veldig enkel. Det gjelder å ta vare på rosen og takken, samme hva vi måtte føle. Det gjør oss bedre rustet til å ta imot det som måtte komme av negative tilbakemeldinger. De hører også hjemme i en fastlege-hverdag.

Tilslutt en fornøyd liten historie fra vårt legekontor der vi var flere som klødde oss i hodet. Pasienten var en 61 år gammel psykisk utviklingshemmet kvinne. Hun kunne i liten grad gjøre rede for seg. Hun var nærmest over natten blitt blå både på over og underkremitteter. Vakthavende lege funderte over hva dette kunne være, og mistenkte en alvorlig tilstand og hun ble innlagt på sykehus med spørsmål om cyanose. Etter et døgn ble hun utskrevet med diagnose: nytt, blått sengetøy.

Allmennpraksis er så mye, men kjedelig er det ikke.

Kristin Øygard Skodvin