

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 3 - 2013 ◦ ÅRGANG 42

INNHOOLD:

LEDER: Allmennlegeforeningen 75 år. AV TOM SUNDAR	1
ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Bruk og tolkning av urinprøver på sykehjem. VED NOKLUS	2
TEMA: ALLMENNLEGEFORENINGEN 75 ÅR Skal fastlegen si nei? Prioriteringer i en fastlegepraksis. AV MARTE WALSTAD	5
Kvinner og menn i norsk allmennmedisin - fordeling og rekruttering. AV TOM SUNDAR	9
Allmennlegevakten - allmennmedisinens arvesølv. AV STÅLE ONGÅRD SAGABRÅTEN	11
Ledelse i allmennmedisin. AV KARIN FRYDENBERG OG KJELL MAARTMANN-MOE	15
Allmennlegen og medarbeideren. AV TOVE RUTLE	19
Allmennlegen i kommunehelsetjenesten 1988-2013. AV ANNE GRETHE OLSEN	22
Allmennmedisin - fortida og framtida - frå ein medisinstudents perspektiv. AV BJØRG BAKKE	25
Når avmakt er hugget i stein. AV HARALD SUNDBY	28
Tørre øyne. AV OLA M. RYGH, TOR PAASKE UTHEIM OG STEN RÆDER	30
Risiko- og sårbarhetsanalyser gir tryggere arbeidsplasser. AV SISILIE GRØSTAD	34
Interkommunalt samarbeid i samfunnsmedisin - utfordringer og overveielser. AV H. LUND, Å. I. BORGOS, H. SPÆREN HENNINGSEN OG T. SUNDAR	37
BOKANMELDelse: Almen medicin. ANMELDT AV ANNEMARIE UHRENHOLT	42
Faste spalter	44

Utposten

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com**Mona S. Søndenå**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**Badboni El-Safadi**

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com**Sigurd Høye**

Tjurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no**FORSIDE / 2. OMSLAGSSIDE:**

Elena Elisseeva

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media - 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media - 07.no

07Du finner Utposten på
www.utposten.no

Allmennlegeforeningen 75 år

Desember 1938: En gruppe leger i hovedstaden innkaller sine kolleger til et konstituerende møte i Det Norske Medicinske Selskab, der man beslutter å stifte *Oslo almindelig praktiserende lægers forening* (1). Foreningens formål er «å fremme medlemmenes dugelighet i praktisk og sosial medisin, utdype de kollegiale forhold og ivareta medlemmenes tarv». Det velges et fagutvalg på fem og et råd på tre medlemmer. 50 leger tegner seg til foreningens medlemsliste. I tiden som følger rekrutteres stadig flere, inntil det nazistiske legeforbundet på tampen av 1940 nedlegger møteforbud for foreningens 129 medlemmer. Destruerende krefter knebler faglig og kollegial entusiasme – men effekten er heldigvis kortvarig. Etter krigen gjenoppstår *Alment praktiserende lægers forening* (ApLf) – forløperen til Allmennlegeforeningen – med en ny giv, en nasjonal profil og etter hvert et landsdekkende tillitsvalgtapparat.

Dette bladet utgis samtidig med markeringen av Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum under Våruka i Bodø. *Utposten* gratulerer jubilanten, og benytter anledningen til å reflektere over hvordan foreningen har utnyttet sine 75 år – og hvilke utfordringer dens tillitsvalgte står overfor.

Målene og verdiene som ApLf forfektet da foreningen ble etablert, finner vi igjen i dagens vedtekter for Allmennlegeforeningen: å fremme gode rammebetingelser for allmennmedisinsk virksomhet, opplæring av tillitsvalgte, spesialistutdanning, forskning, kvalitetsutvikling, undervisning og ledelse – samt fremme gode kollegiale forhold, rekruttere unge leger til allmennmedisin og ivareta medlemmenes økonomiske interesser. «De tillitsvalgte skal representere medlemmene overfor arbeidsgivere og kontraktsmotparter, innad i Legeforeningen og utad i samfunnet.»

Det er et mildt sagt et stort ansvar. Men Allmennlegeforeningen (AF) har innfridd forventningene som stilles til en seriøs fagforening, fordi dens legitimitet bestandig har vært tuftet på *faget*. Ledere og tillitsvalgte har arbeidet utrettelig for å utvikle og profilere sitt fag og håndverk, bedre arbeidsforholdene for medlemmene samt styrke rekrutteringen til allmennme-

disin – i dialog og forhandlinger med myndigheter, beslutningstakere og ulike fag- og yrkesgrupper.

Går man tilbake til 1950-årene, var det 8–900 privatpraktiserende sololeger og ca. 450 distriktsleger som drev allmennpraksis her i landet (2). De hadde et enormt arbeidspress. De fleste jobbet alene, uten kontorstøtte. I mange distrikter hadde legene kontinuerlig vakt, uten mulighet for kollegial avløsning. Så sent som i 1970- og 80-årene, da allmennpraktikerne begynte å etablere seg i gruppepraksiser og behovet for kvalifisert hjelp ble åpenbart, gjorde helsesekretærene sitt inntog i legekantorene – og avlastet legene på ulike arbeidsområder.

1950- og 60-årene blir ofte betegnet som en krisetid for norsk primærmedisin. Allmennlegene ble marginalisert fordi ressurser ensidig ble tilført sykehussektoren. Faget allmennmedisin strevde med å tilkjempe seg en plass innen Legeforeningens spesialitetsstruktur og universitetenes akademiske medisin. I 1960-årene ble ApLf en viktig pådriver for å bedre allmennlegenes arbeidsforhold og muligheter for fagutvikling. Ildsjelene i ApLf klarte å overbevise moderforeningen om at noe måtte gjøres – og Legeforeningen fulgte opp. Noen milepæler og utviklingstrekk må nevnes: I 1967 ble fondet for legers etter- og videreutdanning etablert. I 1969 bevilget Legeforeningen midler til landets første institutt for allmennmedisin, med tilhørende professorat, ved Universitetet i Oslo. I 1970-årene ble det opprettet en sertifiseringsordning for allmennpraktikere og i 1985 kom spesialiteten i allmennmedisin.

1980- og 1990-årene var en brytnings-tid for norsk allmennmedisin (3). Ulike tilknytningsformer for legevirksomhet ble prøvd ut, fra graderte driftstilskuddsavtaler til fastlønn. Spørsmålet om hvordan allmennlegetjenesten skulle organiseres, ble en het politisk potet. Staten ville ha kontroll på kostnadsveksten og kommunene ville ha kontroll på legene. Stortingsmeldinger tok til orde for å styrke båndene mellom pasient og lege – og få legene til å levere flere tjenester. ApLf og NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) arbeidet for å

tydeliggjøre allmennlegens rolle som behandler, forebygger og koordinator av helsetjenester. Sammenfallende agendaer hos de ulike aktørene førte til at fastlegeforsøket ble iverksatt i 1993. Med det innledet vi et nytt kapittel i norsk helsestell: fastlegeordningen, som ble etablert i 2001. Fortjenestefull innsats fra ApLf/AF har bidratt til at ordningen har fungert i tråd med hovedintensjonen: å bedre kvaliteten i og tilgjengeligheten til allmennlegetjenesten.

Tar vi spranget til 2013, er det nesten besnærende å registrere at AF står overfor de samme grunnleggende utfordringene som i ApLfs første levetid: å styrke faget, bedre rekrutteringen til allmennpraksis og kjempe for medlemmenes kår. Forskjellen er at Helse-Norge har endret seg radikalt – og det bare på noen tiår. AF beveger seg i et mer krevende terreng enn før: Større kompleksitet i helsetjenesten, økt arbeidspress for fastlegene, ekspansiv byråkratisering av helseforvaltningen og NAV samt et innfløkt regelverk innen helse- og velferdsområdene, er noen av stikkordene som beskriver dagens landskapsbilde.

Samtidig er legepopulasjonen i rask endring. Det mye omtalte gubbeveldet i norsk allmennmedisin vil om noen år være historie. De nye legene – med kvinner i flertall og i spissen – ønsker seg regulert arbeidstid, mindre vaktbelastning, mer veiledning og strukturerte utdanningsløp. God fastlønn foretrekkes stadig oftere fremfor selvstendig næringsdrift. Dette er trender og realiteter som Allmennlegeforeningen må ta på alvor i en fremtid der rekruttering av nye leger til en underdimensjonert fastlegeordning kan by på utfordringer. Derfor trenger vi foreningsfolk som inntar sine førerposter med klar tanke og rak rygg.

Vår oppfordring til lesere og kolleger ved Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum er enkel og klar: Ta vare på de tillitsvalgte!

Tom Sundar

LITTERATUR

- Harlem OK, Østensen AI. Foreningens start og utvikling. Tidsskr Nor Lægeforen 1988 (29B); 108: 2573–6.
- Christie F, Westin S. Allmennmedisin som fag. Tidsskr Nor Lægeforen 1988 (29B); 108: 2581–5.
- Kristoffersen JE. Fastlegeordningen – «Don't Think Twice, It's All Right»? Utposten 2011; Nr. 4: 10–13.



Allmenntedisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmenntedisinen 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.

Bruk og tolkning av urinprøver på sykehjem

■ NOKLUS ved Aart Huurnink, Svein Ivar Fylkesnes, Geir Thue, Kari van den Berg, Siri Fouli Munkerud og Sverre Sandberg

I samarbeid med NOKLUS – Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus – publiserer *Utposten* to kasuistikker om bruk og tolkning av urinanalyser i sykehjem. 531 leger ved 375 sykehjem (41% av alle sykehjem) svarte på kasuistikkene. Tilbakemeldingene etter hver kasuistikk viser hvordan sykehjemslegene svarte. Til slutt følger nyttige råd for bruk og tolkning av urinprøver på sykehjem.



PASIENTHISTORIE 1

Anna Christensen er 86 år gammel og har Alzheimers demens. Hun er nylig blitt enke og greier seg ikke så bra hjemme lenger. Hun har god forlighet og virker ikke deprimert. Ellers er hun frisk, og hun er stort sett kontinent for urin og bruker ikke truseinnlegg.

Hun har nå fått et opphold på sykehjemmets korttidsavdeling for å vurdere hjelpebehovet. Ved innleggelsen er hun i god allmenntilstand og gir ikke uttrykk for spesielle plager. Det er normale funn ved den somatiske undersøkelsen.

Rutinemessig blir det tatt en urinprøve. Urinstrimmelen viser leukocytter 3+, nitritt negativ, protein spor, negativ på glukose og blod.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

A. Basert på sykehistorien og strimmelfunnet, hvor sannsynlig mener du det er at Anna har:

	ANTALL	SVÆRT SANNSYNLIG	GANSKE SANNSYNLIG	MULIG	LITE SANNSYNLIG	SVÆRT USANNSYNLIG	DINE SVAR:
		%	%	%	%	%	
Strimmelfunn som uttrykk for forurensning	469	38	31	23	7	1	
Asymptomatisk bakteriuri	453	14	19	43	19	6	
Cystitt	438	1	2	19	55	24	
Symptomfattig pyelonefritt	435	0	0	3	31	66	
Annen tilstand	369	1	2	18	44	36	

Tabellen viser totalt antall som svarte og prosentandelen som valgte de ulike sannsynlighetsnivåene. Av de 62 prosent (av 369) som anga at en annen tilstand var mulig eller lite sannsynlig, var det få som hadde konkrete forslag, – oftest underlivsproblemer / vaginitt, mens enkelte tenkte på nyresykdom pga en viss proteinuri.

B. Ville du, basert på sykehistorien og strimmelfunnet, gi Anna et antibiotikum?

98 prosent av sykehjemlegene ville ikke gi et antibiotikum

C. Uavhengig av om du velger å behandle eller ei – bør Anna undersøkes nærmere for å avklare om hun har en urinveisinfeksjon?

ALTERNATIVE SVAR:

Nei Ja, det bør:

- a) tas bakteriologisk undersøkelse av urinen
- b) tas blodprøver; hvilke:
- c) gjøres andre tiltak; hvilke:

Totalt svarte 161 leger (33 prosent av deltakerne) ja, dvs. at de ønsket å undersøke Anna nærmere. Av de 159 deltakerne som spesifiserte hva de ønsket å gjøre, ville 82 prosent tatt en bakteriologisk undersøkelse av urinen, 28 prosent ønsket andre tiltak – særlig en ny urinprøve og grundigere anamnese med hensyn til urinveisplager, mens 10 prosent foreslo å ta blodprøver, i hovedsak CRP.

Kommentar

Anna Christensen har fått opphold i en korttidsavdeling der det er rutine for å ta urinprøve ved innleggelse. 158 av de 375 sykehjemmene i denne undersøkelsen svarte at det vanligvis tas urinprøve ved innleggelse. Det er imidlertid ikke dokumentasjon som viser at det er nyttig med urinstrimmelunder-

søkelse som screening hos eldre, verken med tanke på urinveisinfeksjon, hematuri, proteinuri eller glukosuri. Dersom du arbeider ved et sykehjem som gjør screening med urinstrimmel, kan det være rimelig å se på nytten av strimmelfunn en periode og vurdere om dere bør slutte med denne rutinen.

Asymptomatisk bakteriuri (ABU) sees hos 10 prosent av hjemmeboende kvinner i alderen 70–80 år. I sykehjem sees ABU hos 25–50 prosent hos begge kjønn. Pyuri er også et vanlig funn, særlig hos inkontinente, som følge av tilblending av vaginalsekret. Etter vår vurdering er forurensning og ABU de mest sannsynlige årsaker til strimmelfunnet hos Anna. Hun skal ikke ha antibiotika. Men som flere har bemerket, vil det være nyttig med en grundig og gjentatt anamnese for bedre å få fram eventuelle plager på grunn av Annas kognitive svikt.

Bakteriologisk undersøkelse eller blodprøver vil ikke være av verdi dersom det ikke fremkommer nye symptomer eller funn. Bakteriologi kan støtte antagelsen om forurensning («blandingsflora») eller ABU (ofte E. coli i høy konsentrasjon), men i tilfelle Anna skulle få en urinveisinfeksjon under oppholdet kan den godt være forårsaket av andre bakterier. CRP er uspesifikk og kan være lett forhøyet av en rekke ulike årsaker. Med denne sykehistorien synes vi ikke det er indisert å rekvirere CRP.



Pyuri er et vanlig funn, særlig hos inkontinente personer.



PASIENTHISTORIE 2

Bjarte Valen er en 79 år gammel enkemann med fast plass på sykehjemmet etter et slag for ett års tid siden som førte til lammelse i venstre bein og nedsatt førlighet i venstre arm. I tillegg har han metastaserende prostatakreft med urinretensjon. Urolog har iverksatt behandling med permanent kateter som byttes greit hver 4. uke. Han er ellers godt smertelindret og klar og orientert.

Til vanlig er urinen i posen klar, men siden i går har den vært «grumsete», ifølge sykepleier, som også har tatt en urinstrimmel. Han føler seg helt «som vanlig», og det er ikke bemerket symptomer av noen art ellers. Kateteret ble skiftet for to uker siden.

Urinstrimmelen viser leukocytter 3+, nitritt positiv, protein 1+, blod og glukose negativ.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

A. Basert på sykehistorien og strimmelfunnet, hvor sannsynlig mener du det er at Bjarte har:

	ANTALL	SVÆRT SANNSYNLIG	GANSKE SANNSYNLIG	MULIG	LITE SANNSYNLIG	SVÆRT USANNSYNLIG	DINE SVAR:
		%	%	%	%	%	
Asymptomatisk bakteriuri	465	48	27	19	4	2	
Cystitt	452	12	26	38	19	4	
Symptomfattig pyelonefritt	432	1	1	19	50	30	
Annen tilstand	331	3	3	17	44	34	

Tabellen viser dine svar, antall som svarte og prosentandelen som valgte de ulike sannsynlighetsnivåene. Av de 61 prosent (av 331) som anga at annen tilstand var mulig eller lite sannsynlig, var det få som hadde konkrete forslag – og da oftest forurensing forårsaket av kateteret.

B. Ville du, basert på sykehistorien og strimmelfunnet, gitt Bjarte et antibiotikum?

ALTERNATIVE SVAR:

- a) Nei, ville sett an uten andre tiltak
 b) Nei, men ville iverksatt følgende tiltak:
 () blæreskylling () kateterbytte
 (andre tiltak – se C)
 c) Ja, angi hvilket antibiotikum og behandlingsslengde i dager:

SVARFORDELING: 33 prosent av legene ville sett an uten andre tiltak. 51 prosent ville iverksatt tiltak, men ikke gitt antibiotika. Av de 208 deltakerne som spesifiserte hva de da ville gjøre, krysset 57 prosent av på blæreskylling, 27 prosent på bytte av kateter mens 16 prosent ville gjort begge deler. 16 prosent ville behandlet Bjarte med et antibiotikum (i hovedsak pivmecillinam / Selexid)

C. Uavhengig av om du velger å behandle eller ei – bør Bjarte undersøkes nærmere for å avklare om han har en urinveisinfeksjon?

ALTERNATIVE SVAR: Nei

Ja, det bør:

- a) tas bakteriologisk undersøkelse av urinen
 b) tas blodprøver; hvilke:
 c) gjøres andre tiltak; hvilke:

På dette spørsmålet svarte 58 prosent ja; dvs. at Bjarte burde undersøkes nærmere. Av de 273 deltakerne som spesifiserte hvordan de ønsket å undersøke Bjarte, ville 89 prosent tatt en bakteriologisk undersøkelse av urinen; 32 prosent tatt blodprøver, i hovedsak CRP, 18 prosent gjort andre tiltak, stort sett videre observasjon av Bjarte med blodtrykk, puls, allmenntilstand og temperaturmåling. I tillegg foreslo noen ny bakteriologisk undersøkelse eller urinstrimmel, men først etter kateterbytte.

legg foreslo noen ny bakteriologisk undersøkelse eller urinstrimmel, men først etter kateterbytte.

Kommentar

Bjarte Valen er immobil og bruker permanent kateter. Det kan diskuteres om han heller skulle vært RIK'et, men sykehjemmet har valgt å fortsette med permanent kateter. Det er vist at alle med permanent kateter får bakteriuri etter tre til fire uker, gjerne med grumset urin. Bjarte har ingen kognitiv svikt og kan gjøre rede for sykdomsfølelse og ubehag. Etter vår vurdering burde «grumset urin» derfor strengt tatt ikke medføre tiltak av noen art, heller ikke strimmelundersøkelse. I den praktiske hverdag vil nok denne undersøkelsen ofte bli gjort uten at lege involveres, og strimmelfunnet er som forventet ved asymptomatisk bakteriuri, som er den mest sannsynlige diagnosen siden Bjarte ikke har symptomer som tyder på urinveisinfeksjon. Ofte er det umulig å skille cystitt fra ABU hos pasienter med kateter, både klinisk og bakteriologisk. Kateterbruk medfører gjerne irritasjonssymptomer i seg selv.

Verken blæreskylling eller kateterbytte vil være nyttig; et nytt kateter vil raskt bli kolonisert og kateterbytte innebærer alltid en viss infeksjonsfare. Blæreskylling bør bare brukes dersom kateteret er tett eller i ferd med å gå tett. Overgang til RIK'ing er eneste virksomme infeksjonsforebyggende tiltak.

Etter vår vurdering bør Bjarte bare følges opp klinisk, men uten at det iverksettes spesielle tiltak. Dersom han føler seg slapp/trett, orker mindre, virker forvirret eller får feber, må han raskt utredes. Mistenkt infeksjonsfokus i urinveiene utredes med CRP og urin til bakteriologi. Andre infeksjonsfokus bør også utredes. Funn av mikrober i urin har usikker klinisk betydning, og infeksjon i urinveiene hos pasienter med permanent kateter blir ofte

en eksklusjonsdiagnose. Han er infeksjonsutsatt på grunn av kreftsykdom, alder, permanent kateter og immobilitet.

Det er viktig med korrekt prøvetaking både til strimmelundersøkelse og til bakteriologi. Poseurin (som sykepleieren kanskje brukte her) er helt uegnet på grunn av kolonisering med flere ulike bakterier. Prøve skal tas ved bruk av steril kanyle via kateterets prøvetakingssted (for kateter med membran) eller ved punksjon av kateteret like nedenfor forgreningen. Punksjonsstedet desinfiseres med 70 prosent sprit og prøve tas etter at kateteret har vært avstengt i to til fire timer. Rekvisisjonen må påføres at det er kateterurin (KAD), hvor lenge kateteret har vært avstengt og begrunnelse for at det tas prøve fra permanent kateter. Dersom prøvetaking skjer ved kateterbytte, kan prøve alternativt tas fra den midterste delen av den første urinporjonen som kommer etter innleggelsen, før pose tilkobles.

Begge kasuistikkene illustrerer et vesentlig poeng mht. laboratorieanalyser. Det er viktig å være bevisst hvilke konsekvenser prøvesvaret kan få før analysen rekvireres. Ofte er kostnadene ved prøvetaking og analysering små, men de kan lett bli langt større dersom svarene leder til tiltak der den medisinske nytten er liten.

REFERANSER

- Norsk Geriatrik forening: Offisiell metodebok/Urinveisinfeksjon. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-geriatrikforening/Geriatrik-test-og-undervisningsmaterieill/>
- Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP): Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/antibiotikaretningslinjer>
- FHI: Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Strategimøte nr. 21, 2007. <http://www.fhi.no/dav/fb5bf18b04.pdf>
- Helse Bergen: Hygieneperm for sykehjem og langtidsinstitusjoner. Kap. 7 Urinveisinfeksjoner. <http://www.helsebergen.no/omoss/avdelinger/sykehushygiene/Documents/Hygiene>
- Regionalt kompetansesenter for smittevern Helse Sør-Øst: Infeksjonskontroll.no. <http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll>
- European Urinalysis Guidelines, Scand J Clin Invest-Vol. 60-Supplement 231, 2000.
- Asymptomatic Bacteriuria in the Nursing Home, Timothy J. Benton, MD, Rodney B. Young, MD, and Stephanie C. Leeper, MD, FACP Annals of Long-Term Care: Clinical Care and Aging 2006; 14[7]:17-22
- Wyller TB; Geriatri i en medisinsk lærebok. Gyldendal 2011. Kapittel 40.

Temabolken på syv artikler på side 5 til 27 i denne utgaven av *Utposten* publiseres i forbindelse med Allmennlegeforeningen 75-årsjubileum. Den inngår i en artikkelsamling som belyser foreningens historikk samt bredden og utviklingen i norsk allmennmedisin: «Festskrift til Allmennlegeforeningens 75 års jubileum». Oslo: Allmennlegeforeningen, 2013 (www.legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen). RED. ANM.

Skal fastlegen si nei?

Prioriteringer i en fastlegepraksis

■ MARTE WALSTAD



- Fastlege. Spesialist i allmennmedisin.
- Medlem av Fagutvalget i Aplf 2002-06
- Styremedlem i Norsk selskap for allmennmedisin 2003-06

- Medlem i Sentralstyret 2005-09
- Lokalt tillitsvalgt for AF i Trondheim, medlem av LSU fra 2009
- Leder i Sør-Trøndelag lægeforening fra 2011

Ranheim legesenter, onsdag kl 1045:

«Takk for i dag, da sees vi igjen om tre måneder», sier jeg og slipper ut fru Normann. Fru Normann hadde riktig mange spørsmål på lista i dag, og jeg ser at jeg allerede er 15 minutter forsinket. Telefonen ringer og helsesekretæren sier: «Ville bare gi beskjed om at jeg har satt inn to nye pasienter på avtaleboka utenom time. På skiftetua er det et barn som har falt og slått seg i barnehagen. Barnet har ikke fastlege her, men jeg kunne ikke avise

dem da barnet blødde mye fra et kutt i hodet. Dessuten er det fru Hansen som har tatt feil av dagen og kommet i dag istedenfor i morgen. Hun har tatt drosje hit med ledsager og derfor kan vi ikke be dem komme tilbake i morgen. Forresten så har hjemmesykepleien ringt om et hjemmebesøk til herr Madsen i dag, da de mener han muligens har hatt et lite drypp. Ringer du dem og avtaler? Siste beskjed er at NAV har ringt og bedt om et dialogmøte innen to uker, jeg har lagt en lapp i hylla di.»



Uten mulighet til å prioritere de sykeste foran de friske og gi mest til de som trenger det mest, vil fastlegene miste sin faglige integritet og befolkningens tillit. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helsevesenet, mandag kl 10:45:

Rådet diskuterer behovet for utbygging av PET-scan i alle deler av landet. Leder minner om Rådets mandat (1), som er å behandle:

1. Prinsipper for prioriteringsprosesser, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten
2. Spørsmål knyttet til om det utvikler seg eventuelle uakseptable forskjeller i tjenestetilbudet på tvers av fagområder, geografi eller sosiale grupper og gi råd om hvordan slike forskjeller kan motvirkes
3. Spørsmål knyttet til innføring av ny og kostbar teknologi/legemidler i helse- og omsorgstjenesten
4. Spørsmål knyttet til fordeling og bruk av nasjonale tjenester i spesialist- og primærhelsetjenesten
5. Spørsmål knyttet til utvikling av nasjonale retningslinjer på særlige områder for å ivareta et likeverdig helsetilbud av god faglig kvalitet
6. Spørsmål knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, herunder forebygging, folkehelse, omsorgstjenester og behandlingsformer som påvirker kvalitet, arbeidsdeling og dermed prioritering, ressurs- og kompetansefordeling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten
7. Rådet skal delta i vurderingen av befolkningsrettede tiltak som screening og vaksiner
8. Rådet skal gi råd om prioritering av offentlig initierte kliniske studier

To scenarier som omhandler valg – i tilsynelatende stor kontrast:

- Fastlegen oppfattes ofte som en ekspeditør av uprioriterte oppdrag fra pasienter, hjemmesykepleie, NAV og mange andre
- Nasjonalt Råd arbeider for rettferdig fordeling av helsetjenestene, og skal bidra til å bedre kvalitet, kostnadseffektivitet og arbeidsdeling i helsetjenesten

Har Nasjonalt Råds mandat gyldighet ned i fastlegehverdagen? Det skal jeg drøfte i denne artikkelen.

Er det nødvendig for fastlegen å prioritere?

Fastlegen vil ha et behov og et ansvar for å prioritere sitt pasientarbeid når det gjelder ressurser og tilgjengelighet. Dersom legen skal være tilgjengelig for alle til enhver tid vil hun i realiteten kun være tilgjengelig for de som roper høyest. Legen må først og fremst være tilgjengelig for pasientene (2).

Helsedirektoratet har anbefalt at prioriteringsbegrepet forbeholdes beslutninger som bidrar til at en avgrenset ressursmengde fordeles på tiltak slik at det som anses som viktigst utføres først eller i større grad, sett i forhold til behovet (2).



Fastlegen må først og fremst være tilgjengelig for pasientene. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

Etterspørselen etter helsetjenester vil alltid være større enn behovet så lenge vi må forholde oss til ressurser og budsjetter. Det er grunn til å tro at budsjetter og personellressurser i helsesektoren vil bli ytterligere utfordret i framtida med flere hjelpetrengende eldre, større forventninger fra befolkningen, sterkere pasientrettigheter og teknologiske og medisinske nyvinninger som både fagfolk og befolkning vil ønske å ta i bruk (1, 2).

Hva skal legges til grunn for fastlegens prioriteringer?

Utgangspunktet for prioriteringer må være etiske prinsipper som er nedfelt i vår helsetjeneste: Rettferdig fordeling, forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp og informert medbestemmelse. Dessuten *primum non nocere* – vårt første bud er ikke å skade pasienten.

Prioriteringsforskriften som gjelder for sykehustjenester, forankret i prioriteringsutvalgene Lønning I (3) og Lønning II (4), oppgir hvilke kriterier som er gyldige ved prioritering av nødvendig helsehjelp (1). De alvorlige lidelsene som påvirker liv og død, livskvalitet og smerte skal settes før de mindre alvorlige, behandlingene skal være nyttig og kostnadene skal oppveies av at behandlingene gir tilstrekkelig nytte for pasientene.

Spørsmål om hva som skal prioriteres er en debatt som verken kan eller bør overlates til fagpersoner og eksperter alene. Verdier og prinsipper for fordeling av helsetjenester må ha allmenn legitimitet. De må forankres og ha oppslutning i befolkningen. Å finne måter for involvering av befolkningen og pasienter har vært en viktig del av prioriteringsarbeidet (2). På fastlegekontoret innbærer dette at brukeren må komme til orde gjennom daglig dialog og gjennom organiserte valide brukerundersøkelser (5).

Bør prioriteringsforskriften også omfatte kommunehelsetjenesten?

Fastleger møter ofte de tidlige pasientforløp og de uavklarte lidelsene. Det blir en utfordring å skulle dekke dette i en prioriteringsveileder (6). Men det er behov for en faglig konsensus om prioritering også i allmennhelsetjenesten. Den må dekke diagnostikk, valg av behandling og henvisning til 2.-linjen. Det bør utarbeides nye faglige veiledere som i størst mulig grad retter seg mot riktig prioritert pasientforløp og omfatter både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (7).

Hvilke verktøy har fastlegen for å prioritere?

At fastlegene bør gi mest til de som trenger det mest, er det ikke vanskelig å være enig i. Samtidig medfører pasientrettighetene at alle må få anledning til å presentere sine behov for fastlegen, dvs. ingen kan avvises før fastlegen har vurdert om de har behov for helsehjelp og hvor raskt denne bør gis. Utgangspunktet for all prioritering må være at alle kan få tilgang til en medisinsk vurdering, slik at det kan tas en beslutning om hvorvidt offentlig finansiert behandling skal tilbys eller ei (2, 7).

Skal fastlegen ha en reell mulighet til å prioritere tida si må listestørrelsen til den enkelte være tilpasset den arbeidstid og arbeidskapasitet fastlegen rår over. Deretter må fastlegen gjøre seg kjent med behovene til pasientene for til enhver tid å kunne avgjøre hvem som bør prioriteres først, få mest tid og mest ressurser. Det siste innebærer at ferske fastleger må bruke mye tid på å bli kjent med pasientene sine og at alle fastleger må sørge for at pasientene får presentert sine behov for fastlegekontoret.

Det finnes en rekke verktøy fastlegen kan ta i bruk for å øke tilgjengeligheten:

- God telefontilgjengelighet innebærer lang nok åpningstid på telefonen, tilstrekkelig med telefonlinjer og nok helsesekretærer til å besvare innkomne telefoner
- Få flere pasienter til å bruke SMS-bestilling eller internettbestilling ved behov for tjenester. Det gir økt tilgjengelighet for de som velger disse tjenestene og avlaster telefonen

- «Drop-in» på time og kveldsåpent vil gjøre det lettere for ungdom og andre som har vanskelig for å bestille time
- Avtaleboka bør være innrettet slik at det er fleksibilitet til å ta pasienter på haste- eller øyeblikkelighjelp time ved behov

Legesenteret må ha felles prioriteringskriterier som er kjent for alle slik at helsesekretærene til en hver tid vet hvem som skal ha fortrinnsrett på time ut i fra medisinske eller psykososiale hensyn.

Hva og hvem bør fastlegen prioritere?

De sykeste må komme først

Akuttsymptomer på alvorlige sykdom som hjertesykdommer, hjernesykdommer, kreftsykdommer, infeksjonssykdommer eller alvorlige psykiske lidelser må gi pasienten tilgang til umiddelbar diagnostikk, behandling, ivaretagelse og eventuell viderehenvisning (2). Pasienter med alvorlige kroniske somatiske og psykiatriske lidelser må sikres tilgang til tjenester innen kort tid. Pasienter med akutte somatiske og psykiske tilstander som ikke er alvorlige, men som medfører stort lidelsestrykk for pasienten i form av smerter, angst og depresjon må sikres tilgang til fastlegjetjenester uten unødvendig venting.

Svake grupper må hjelpes fram i køen

Erfaringsmessig vil eldre pasienter, kronisk syke, psykisk syke, rusmisbrukere, innvandrere, demente og pasienter fra lavere sosial lag i samfunnet ofte komme senere til fastlegen, og det kan medføre feil prioritering (2, 9). Det kan være hindringer som at pasientene er avhengig av at pårørende eller hjemmesykepleien bestiller time og følger dem, at de har vanskelig for å hevde sine rettigheter, at de uteblir oftere til time pga glemsel eller mangel på penger til egenandeler eller andre språk- og kulturbarrierer. Her kan legekantoret hjelpe til med innkallinger, prioritering på snarlig time, påminnelser, dra på hjemmebesøk ved behov og sørge for at tolk er tilstede.

Kvalitet i pasientarbeidet må prioriteres

Fra 2012 er det en lovfestet plikt for alle i helsetjenesten å inkludere kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i sitt daglige arbeid (10). I framtida vil fastlegene i større grad bli målt på kvalitet i tjenestene sine. Det viktig å finne de riktige kvalitetsindikatorerne slik at fastlegkontoret faktisk blir målt på kvalitet som er viktig for pasientene og som sikrer trygge tjenester. Myndighetene må følge Legeforeningens klare anbefaling om å kreve at alle fastleger bør bli spesialister i allmennmedisin. Allmennmedisinsk forskning må få rammer slik at vi kan få dokumentert hva som er best

behandling og praksis. Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) må få rammer for sammen med fastlegene å utvikle kunnskap og kvalitetsverktøy som er gyldig og hensiktsmessig i en allmennmedisinsk hverdag. Fastlegene må få tid og rammer til å ta i bruk dokumentert kunnskap og kvalitetsverktøy slik at kvalitetsutvikling blir en naturlig del av fastlegehverdagen. Takst og finansieringsmåter må støtte opp under god faglig praksis (8).

Fastlegen skal som portner følge prioriteringsforskriften

Som portner har fastlegen et stort ansvar for å hjelpe pasienter som har behov for det videre i behandlingkjeden. Hvem skal videre, hvor skal de og hvem skal prioriteres? Prioriteringsforskriften er nøkkelen ved innleggelse i spesialisthelsetjenesten. Fastlegens portneransvar bør også kunne omfatte innleggelse av pasienter i kommunale helse- og omsorgsinstitusjoner (2, 7, 8). Kommunene arbeider i dag med å utvikle øyeblikkelig-hjelp døgntilbud og her må fastlegen bli en viktig portner.

Fastlegen skal være en medisinsk-faglig koordinator for pasienten

Som koordinator av pasientenes utredninger og mottak av helsetjenester har fastlegene i dag et vidtrekkende ansvar. Forslaget til revidert fastlegeforskrift som kom i desember 2011 foreslo å pålegge fastlegen å skaffe seg oversikt over alle helse- og omsorgstjenester hos pasientene på lista (11). I dag har ikke fastlegene verktøy som skal til for å skaffe en slik fullstendig oversikt, og det er ikke hensiktsmessig for fastlegene å bruke tid og ressurser på å koordinere kommunens omsorgstjenester. Fastlegens koordinatorfunksjon bør begrenses til å være en medisinsk-faglig koordinator for pasienten (8).

Hva skal fastlegen ikke prioritere?

Risikoforebygging skal ikke prioriteres dersom det stjeler tid fra de syke, sykeliggjør friske og er dårlig dokumentert

Fastlegene blir oppfordret til å finne og behandle individer med risikofaktorer for sykdom på en rekke områder. Dersom retningslinjene skulle følges fullt ut ville store deler av arbeidstiden gå med til dette. Følgen kan bli at legens ressurser for å ta imot og behandle syke, blir små. Dersom fastlegen skal prioritere risikoforebygging må det være dokumentert at tiltakene gir økt overlevelse og ikke skader. I risikomedisinen er medikalisering og sykeliggjøring sterkt til stede. Det er en pedagogisk utfordring å forklare personer som blir satt på flere ulike medisiner med mulige plagsomme bivirkninger, at de egentlig er friske.

Forebyggende tiltak har beste effekt på befolkningsnivå og skal i begrenset grad drives på fastlegekontoret

Fastlegene overstrømmes av retningslinjer for forebygging og livsstilsendringer som det forventes at fastlegene skal ta opp i pasientmøtene. Røykeslutt, kostholdsveiledning, trening/mosjonsveiledning osv. De fleste av disse faktorene ivaretas best med samfunnsmessige tiltak på befolkningsnivå hvor man kan legge til rette for at enkeltindiver tar sunne valg (12). Det innebærer lavere pris på sunn mat, utbygging av gang- og sykkelstier, høye priser og dårlig tilgjengelighet på alkohol, røykelov, en time fysisk aktivitet daglig for grunnskoleelever etc.. For å kunne bruke av fastlegens tid til forebyggende tiltak trenger vi kunnskap om hvilke tiltak som gir dokumentert effekt på helse og overlevelse.

Fastlegen skal avslå krav om utredninger og behandlinger med dårlig dokumentert nytte

Fastlegene møter i økende grad forventninger fra pasienter om utredninger av symptomer med lav risiko og lite plager. Forestillinger om perfekte kropp og liv uten smerte underbygges av media og reklame. Angst for ukjente og potensielt dødelige sykdommer er også lett å pådra seg i møtet med ensidige og unyanserte oppslag i media og navigering på internett. Å skulle avslå krav om eller avslutte utredninger krever god faglig innsikt, godt kjennskap til pasienten og en god pedagogisk tilnærming. Men det er nødvendig å si nei (2). Er fastlegen i tvil bør hun diskutere situasjonen med en erfaren kollega i allmennpraksis eller på lokalsykehuset før henvisningen sendes.

Fastlegen bør si nei til møter hvor hennes tilstedeværelse ikke er viktig

Fastlegers arbeidsdager blir i økende grad belagt med møter på og utenfor fastlegekontoret. NAV, arbeidsgiver, hjelpetjenesten, hjemmesykepleien etc. har i økende grad innkalt fastlegen til møter rundt arbeidstakere og pasienter. Det kan resultere i at fastlegen blir utlignelig for andre pasienter store deler av arbeidsdagen med opparbeidelse av økt ventetid på konsultasjoner og mindre tilgjengelighet på telefonen. Fastlegen har det endelige ansvaret for sin tilgjengelighet og dermed også for sine prioriteringer av tida. Det betyr at fastlegen må si nei til møter hvor hun har lite å bidra med. Hun må også vurdere om hennes bidrag kan gjøres per brev eller telefon for å unngå samtidighetskonflikter med annet arbeid.

Fastlegen bør si nei til å utføre andres oppgaver

Med dagens klare adresse til hvem som er fastlege synes det som om mange aktører mis-

forstår fastlegens oppgaver og mandat. Fastleger får i epikriser fra sykehuset beskjed om å henvise pasienter til sykehuslegens kollegaer, eller skrive ut rekvisisjoner og resepter som faller inn under sykehuslegens oppgave som behandlende lege. Pasienter ber fastlegen ordne opp med trykdepapirer, søknader etc. som pasientene selv skulle fylt ut. Med det ansvar fastlegen har for prioritering av egen tid for å dekke pasientens behov må fastlegen avvisse oppgaver som tilhører andre tjenesteaktører eller som pasientene selv forventes å utføre.

Fastlegen må ikke la listeansvaret gå utover personvernet

Forslaget til revidert fastlegeforskrift som kom i desember 2011 foreslo at fastlegene skal kartlegge, kalle inn og oppsøke de pasientene som er underforbrukere av fastlegens tjenester (11). Det er flere betenkeligheter med et slikt pålegg. I dag mangler fastlegene journalverktøy for kartlegging av slike grupper av pasienter. Det viktigste ankepunktet er allikevel personvern hensyn. Har vi rett til å overvåke og påføre pasienter helsetjenester de selv ikke har valgt? Er det dokumentert at de har gevinst av det? Er det riktig prioritering av begrensede helseressurser?

Har fastlegene kapasitet til å prioritere det vi pålegges?

Vi har fått ny lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene, ny lov om folkehelse, en ny nasjonal helseplan og venter på en ny fastlegeforskrift. Flere oppgaver skal overføres kommunene og fastlegene.

Fastlegens avtalebøker er fulle, arbeidsdagene er lange, gjennomsnittsalderen på fastlegene øker og rekruttering til utlyste hjemler har blitt dårligere. Blir det nok fastleger til å kunne tilby pasientene prioriterte tjenester?

Fastlegens prioriteringer i framtida

Samhandlingsreformen har budskap som kan gi store endringer i hver enkelt fastlegepraksis. Staten og kommunene vil ha styring. Hvor går grensen for hva fastlegene vil gi fra seg styring og råderett over? Et av svarene vil være prioriteringsverktøyene. Uten mulighet til å prioritere de sykeste foran de friske og gi mest til de som trenger det mest vil fastlegene miste sin faglige integritet og befolkningens tillit og legitimitet.

Men det er behov for mer kunnskap om god praksis, bedre verktøy, bedre rammer for fastlegepraksis og åpne diskusjoner for å kunne gjøre prioriteringer av fastlegens tjenester bedre i framtida (7).

REFERANSER

1. Helsedirektoratet 2012: Prioriteringer i helsesektoren. Verdigrunnlag, status og utfordringer.
2. Sosial- og helsedirektoratet 2007: Prioriteringer i kommunehelsetjenesten – Utvalgte tema.
3. norsk helsetjeneste (Lønning I).
4. NOU 1997:18 Prioritering på ny. Gjennomgang av retningslinjer for prioritering innen norsk helsetjeneste (Lønning II).
5. Nor-PEP, Norsk forening for allmennmedisin: Praktisk kvalitetsarbeid.
6. Helsedirektoratets prioriteringsveiledere: www.helsedirektoratet.no
7. Den norske legeforening 2007: «Lang, lang rekkehvem skal vente, hvem skal få?»
8. Den norske legeforening 2010: «Tillit – trygghet – tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisinen og fastlegeordningen fram mot 2020.»
9. Allmennpraktiserende legers forening: Prioritering og tilgjengelighet i allmennmedisinen. Helsepolitisk debattskrift nr. 3, 2006.
10. LOV 2011-06-24 nr 30: Lov om Kommunale helse- og omsorgstjenester.
11. HOD: Revidert fastlegeforskrift: www.regjeringen.no
12. Den norske legeforening 2012: «Pulsen opp for bedre helse. Forebyggende og helsefremmende arbeid.»

 mwalstad@online.no

Kvinner og menn i norsk allmennmedisin – fordeling og rekruttering

■ TOM SUNDAR



- Spesialist i allmennmedisin
- Kommunelege i Rendalen, Hedmark
- Leder for Legeforeningens likestillingsutvalg 2006–08
- Leder for hovedkomiteen for Primærmedisinsk uke 2010–14

• Nettredaktør for *fastlegen.no* fra 2010

Det sies ofte at forgubbing preger fastlegeordningen og faget allmennmedisin. Det er en sannhet med modifikasjoner. De fleste allmennleger over 50 år er menn, men de utgjør under halvparten av landets fastleger. I de yngre aldersklassene, derimot, dominerer kvinnene. Hvilke trender gjør seg gjeldende for fremtiden?

Før 1990 kunne legelauget med rette kalles en mannsbastion. Senere har den kvinnelige legepopulasjonen i Norge økt suksessivt, på samme måte som i andre vestlige land (1). Mot slutten av 1980-årene ble det balanse i kjønnsfordelingen på medisinstudiet ved norske universiteter. I dag er 60–70 prosent av medisinstudentene kvinner.

Per januar 2013 er 46,5 prosent av Legeforeningens medlemmer kvinner (2). Medisinstudentene trekker kvinneandelen nesten like mye opp som alderspensjonistene trekker den ned. Blant yrkesaktive leger under 70 år er kvinneandelen omtrent den samme. Det forventes kjønnsbalanse i Legeforeningens yrkesaktive medlemsmasse i 2016.

Trender i spesialitetsvalg

En tredel av dagens legespesialister er kvinner. Det er en tredobling siden 1980. Tallet skjuler imidlertid store variasjoner i kvinneandelen



Om noen år vil gubbeveldet i norsk allmennmedisin være historie. ILLUSTRASJONSFOTO: HELDER ALMEIDA

mellom ulike spesialiteter. Ytterpunktene er barne- og ungdomspsykiatri hvor 70 prosent av spesialistene er kvinner, og thoraxkirurgi hvor seks prosent av spesialistene er kvinner. I allmennmedisin er 32 prosent av spesialistene kvinner. Kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger innen alle spesialiteter har gått opp de siste 10–15 årene og er nå om lag 43 prosent.

Kvinnelige legers valg av spesialitet har så langt vist et annet mønster enn for menn (3, 4). Kvinnenes preferanse har gått i retning av spesialiteter med lav vaktbelastning eller spesialiteter hvor kvinneandelen er høy fra før, som innen kvinnesykdommer og fødselshjelp, pediatri, laboratoriefag og psykiatri. Allmennmedisin har tradisjonelt rekruttert flest menn. Imidlertid har andelen kvinnelige allmennleger vært stabil gjennom mange år, og nye tall viser at denne andelen er økende. Over 50 prosent av dagens allmennleger i spesialisering er kvinner (5).

Kjønnsfordeling blant fastleger

Gjennomsnittsalderen blant fastleger er 49,6 år for menn og 43,5 år for kvinner (2). 45 prosent av fastlegene er menn over 50 år. Over en

tredel av fastlegene er over 55 år – en andel som er fordoblet de ti siste årene og som er dominert av menn. Likevel er det misvisende å karakterisere fastlegeordningen og spesialiteten allmennmedisin som et «gubbevelde». For det første har det vært en økning i andelen fastleger av begge kjønn i alderssegmentet under 40 år, fra 24 prosent i 2001 til 27 prosent i dag. For det annet er rekrutteringen av kvinnelige fastleger styrket de siste årene. Nesten 40 prosent av dagens fastleger er kvinner. I alderssegmentet under 35 år er 55 prosent av fastlegene kvinner.

Dette rekrutteringsmønsteret – som preges av unge kvinnelige fastleger – kombinert med et økende antall nye hjemler, er med på å forklare en observert nedgang i andel spesialister i allmennmedisin de siste årene. Det kan også forklare at veksten i gjennomsnittsalder er mindre enn det man burde forvente ut fra at andelen eldre fastleger øker (2).

Kjønnsfordeling i Allmennlegeforeningen

Allmennlegeforeningen (AF) har over 5500

ALDER	ANTALL
< 30 år	146
30–34 år	748
35–39 år	789
40–44 år	641
45–49 år	517
50–54 år	630
55–59 år	761
60–64 år	596
65–66 år	156
67–69 år	195
> 70 år	342
Sum	5521

TABELL. Medlemmer i Allmennlegeforeningen (AF) fordelt på aldersintervaller.

medlemmer (TABELL 1), hvorav 40 prosent er kvinner. Også her finner vi et klart alder-kjønn-mønster (FIGUR 1). Det er små diskrepanser i kvinneandelen innenfor alderssegmentet 35–49 år. I segmentet under 35 år er kvinnene i flertall – et uttrykk for økt kvinneverkrettering i årene etter 2005.

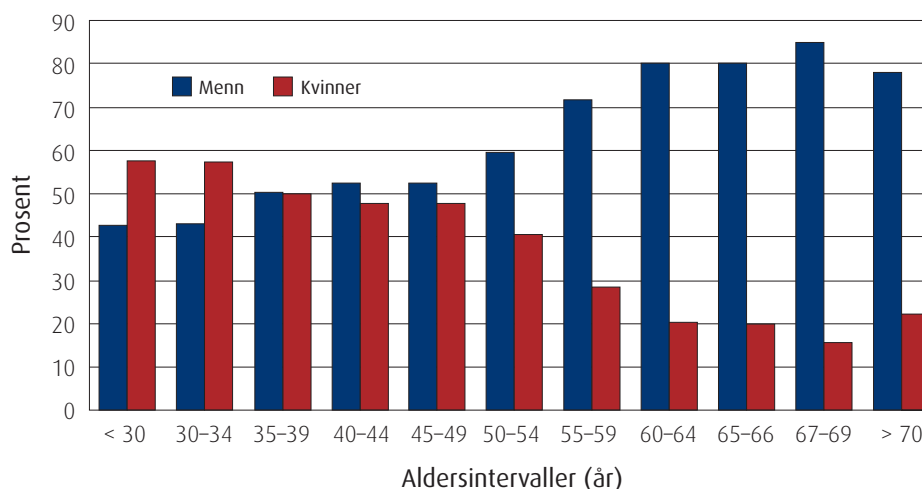
Kjønns sammensetningen i AFs styre de siste 25 år gjenspeiler utviklingen i medlemsmassen. Kvinneandelen blant styremedlemmer har økt fra én av syv i den første delen av perioden til tre av syv i årene etter 2005.

Trenger vi kjønnsbalanse?

En viss skjevfordeling av kvinnelige og mannlige legespesialister er uunngåelig og langt på vei naturlig. Imidlertid er det gode argumenter for å stimulere en balansert kjønnsfordeling. Kjønnsbalanse bidrar trolig til dynamikk og synergi i fagutviklingen og til å skape større bredde i medisinsk forskningstematikk. Fremfor alt er det et spørsmål om likeverdige helsetjenester for pasientene: Befolkningen trenger ikke bare kvinnelige psykiatere, pediatere eller gynekologer, men også kvinnelige kirurger, kardiologer og fastleger. Vice versa kan man argumentere for økt mannsrekruttering til kvinne-dominerte spesialiteter.

Rekrutteringsfaktorer

I 2009 arrangerte Legeforeningens likestillingsutvalg et seminar med tittelen *Fra mannsbastion til kvinnefront – rekruttering for fremtiden*. Seminaret belyste faktorer som fremmer eller hemmer rekrutteringen til ulike spesialiteter (6). For allmennmedisin ble følgende forutsetninger for å rekruttere kvinner så vel som menn fremhevet:



FIGUR 1. Alders- og kjønnsfordeling av Allmennlegeforeningens medlemmer i 2012 (n = 5521). Det ses en suksessiv økning av andelen menn med økende alder og vice versa for kvinner. KILDE: A. TARALDSET, DNLF

- Gode rollemodeller
- En positiv kultur for karriereveiledning, tilbakemelding og konstruktiv kritikk
- Trygghet på vakt og lettelse i vaktbelastning
- Strukturerte utdanningsløp med prosedyreveiledning og rekrutteringsstillinger
- Alternative inntekts- og tilknytningsformer til selvstendig næringsdrift
- Fleksibilitet i arbeidstid og spesialiseringsløp

Når det gjelder faktorer som hemmer rekruttering, ble det påpekt at kvinner oftere enn menn anser privat praksis og næringsdrift som mer risikabelt og uforutsigbart enn fastlønn i en etableringsfase av livet. Mange kvinner frykter økonomisk usikkerhet knyttet til svangerskap, fødsel og sykefravær. Både menn og kvinner angir høy vaktbelastning som en rekrutteringshemmende faktor.

Legeforeningens policydokument *Rekruttering og kjønnsbalanse i spesialitetene* fra 2011 tar til orde for å tenke nytt rundt organisering av spesialistutdanning og å utvikle målrettede tiltak for rekruttering. Problematikken kan tilnærmes ved å identifisere og styrke faktorer som virker fremmende for det underrepresenterte kjønn. I denne sammenheng er det viktig å fremme veilednings- og mentorordninger samt faglige nettverk. Ettersom vaktordningenes innhold og organisering kan påvirke kjønnsfordelingen, bør disse evalueres med tanke på en mer balansert rekruttering. Andre understøttende tiltak som kan vurderes er tilbud om barnehageplass, del-

tidsarbeid i perioder under spesialisering samt mulighet for legearbeid i kombinasjon med forskning.

Rekruttering for fremtiden

Legens kjønn påvirker dialogen med pasienten og den felles forståelsen av kjønnsspesifikke forhold i medisinen. I allmennmedisinen er det viktig at særtrekkene for de to kjønnenes yrkesutøvelse kommer til uttrykk, og at pasientene har anledning til å velge mannlig eller kvinnelig fastlege. En jevnere representasjon av begge kjønn er dessuten positivt for kunnskapsutviklingen i faget.

Ettersom andelen eldre fastleger er høy, vil det være et stort behov for yngre fastleger i årene som kommer. Vi skal erstatte dem som går av med pensjon og samtidig øke kapasiteten i fastlegeordningen. Dagens tall og trender gir grunn til en viss optimisme når det gjelder rekruttering av unge leger generelt og kvinner spesielt. Med en sterkere relativ vekst blant allmennleger enn i resten av legepopulasjonen samt et vedvarende tilslag av unge kvinner, kan rekrutteringen til allmennmedisin sikres og kjønnsbalanse oppnås rundt 2020. Forutsetningen for at dette skjer, er at man klarer å beholde kvinnene i allmennpraksis. Da må man tilrettelegge for både fastlønnede stillinger og næringsdrift.

tom.sundar@gmail.com

REFERANSER

1. Allen I. Women doctors and their careers: what now? *BMJ* 2005; 331: 569–571.
2. Taraldset A. Om leger i Norge – legestatistikk. Den norske legeforening, 2013. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>
3. Aasland OG, Røvik JO, Wiers-Jensen J. Legers motiver for valg av spesialitet under og etter studiet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 1833–7.
4. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. *Soc Sci & Med* 2002; 54: 591–605.
5. Nilsen L. Kvinne-dominans i spesialisering. *Dagens Medisin* 14.11.2011.
6. Shuha A. Rekruttering for fremtiden. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 2686.

Allmennlegevakten

– allmennmedisinens arvesølv

■ STÅLE ONGÅRD SAGABRÅTEN



- Spesialist i allmennmedisin
- Fastlege i Nes kommune i Buskerud
- Nestleder i Allmennlegeforeningen, 2009–2011

– Så det bor en treskjærer her, kommenterte jeg i det jeg tok av meg skoene i gangen. Mengder av forseggjort treskrud både ute og innomhus gjorde slutningen lett å trekke, da jeg ble ønsket velkommen inn i den velholdte villaen oppe i dalsida i bygda. Kona hadde tidligere på ettermiddagen ringt legevakten og bedt meg se til mannen som var tett i pusten. Han hadde knapt vært ute hele vinteren. Nå orket han ikke engang å gå ned i kjelleren. Jeg hadde høflig forsøkt å forklare at jeg gjerne kunne se til ham, men at jeg foretrakk at han kom til kontoret slik at jeg bedre kunne vurdere tilstanden. Kona hadde da forklart at ektemannen på 76 år ikke hadde vært til lege på 70 år. At dette skyldtes legeangst var unødvendig å si. Kona hadde nå bearbeidet mannen og fått lov å ringe meg.

Da gjaldt det å utnytte det gylne øyeblikket, gjøre et unntak fra praksisen med å ta pasientene til kontoret og se bort fra at dette var et helseproblem som kunne vente til neste dag.

Kommentaren om treskjæringen og kaffepraten som fulgte, gjorde at pasienten la den mangeårige legevegringen til side. Han fortalte om hvordan hans sosiale angst hadde preget hans liv og medført at hans og konas aksjonsradius var sterkt innskrenket, slik at de stort sett holdt seg hjemme. Nå hadde KOLS gjort at han heller ikke klarte å bevege seg på sin egen eiendom. Hjemmebesøket på denne legevakten ble et vendepunkt, ikke bare for pasienten, som raskt fikk et nytt liv med inhalasjonsmedisiner og angstdempende behandling, men også for kona som nå kunne få med mannen ut på tur – og igjen få oppleve å spise ute på kafé.

Forsømt tema

Få ting vekker til live så mange følelser for allmennlegen, som legevakt. Episoden beskrevet over kan stå som en påminnelse om at legevakt kan gi minnerike og gode opplevelser til faglig berikelse. På sett og vis representerer det omtalte sykebesøket en slags anakronisme: Sykebesøk under legevakt gjøres knapt lenger, verken i Hallingdal eller andre steder. For meg står dette sykebesøket som et eksempel på hvordan vi av og til kan bety en stor forskjell, selv om det ikke dreier seg om livreddende tiltak på vakt. Dersom vi forvalter legevakten på en god måte, kan vi gripe

slike muligheter – og komme til i avgjørende øyeblikk med vår erfaring og kompetanse. Legevakten er allmennmedisinens arvesølv og må ikke skules bort.

En velfungerende allmennlegevakt er en sentral del av primærhelsetjenesten. Den sikrer alle som oppholder seg i kommunen nødvendig helsehjelp døgnet rundt. Likevel har ikke legevaktstjenesten alltid fått den oppmerksomheten den fortjener, verken fra Legeforeningen eller fra helsemyndighetene. Da Alment praktiserende lægers forening (Aplf) i 1988 markerte sine 50 første år gjennom et spesialnummer av *Tidsskrift for Den norske legeforening* (1), var temaet legevakt knapt berørt. Ivrig forkjempere for legevakt i Aplfs styre sørget i 1996 for å utgi et eget hefte, hvor legevakt ble gjennomgått i stor bredde og hvor Aplfs mål for legevakt ble utmeislet. I tobindsverket som ble utgitt i forbindelse med det offentlige helsevesenets 400-årsjubileum (2), er temaet legevakt ikke å finne – og ordet glimrer med sitt fravær i innholdsfortegnelsen. Heldigvis har institusjoner som Oslo kommunale legevakt fått skrevet sin historie (3).

Allmennleger og legevakt

Et kollegium av pliktoppfyllende leger har kanskje delvis seg selv å takke for at både be-



folkning og helsemyndigheter har tatt allmennlegevakten for gitt. Ut over interkommunale vaksamarbeidsavtaler og legevaktsentraler har det knapt vært noe organisatorisk og kvalitetsmessig utvikling av allmennlegevakten på de snart 30 årene som har gått siden kommunene ble gitt ansvaret for allmennlegevakten. Oppslutningen omkring legevakt er ikke lenger like stor blant allmennleger som den var for en del år siden. Yngre kolleger med familieforpliktelser ønsker mer fritid. Siden de økonomiske sidene ved legevakt ikke oppleves som gunstige, er det stadig flere som overlater vaktene til andre. Flere enn undertegnede har kanskje undret seg over at drosjesjåføren som kjører en pasient til og fra legevakten, sitter igjen med et større honorar enn legen som behandler pasienten. Det finnes en rekke lokale tilpasninger for økonomisk kompensasjon for legevakt, men dersom en skal følge takstene for timeavlønning ved interkommunal legevakt, vil legen lide et økonomisk tap på å ta en nattevakt dersom han eller hun tar seg fri fra kurativt privatpraksis dagen etter.

Gjennom sin breddekompetanse, kontinuitet og innsikt i lokale forhold er fastlegene i stand til å løse akutte helseproblemer på en kostnadseffektiv og god måte, uten å måtte ty til unødvendige og dyre sykehusinnleggelse for sikkerhets skyld. Selv om deltakelse i legevakt er en plikt for fastlegene, sto de for under 40 prosent av legevaktkontaktene i 2011. Resten ivaretas av andre: heltidsansatte vaktleger, vikarleger, turnusleger, sykehusleger og stipendiater. Dette er en uheldig utvikling, både for faget og befolkningen.

Legeforeningen argumenterer i sine forhandlinger med stat og kommune at arbeidsforhold og økonomi ved legevakt må bedres slik at rekrutteringen kan styrkes. Etter mange år uten vesentlige forbedringer i avtaleverket rundt legevakt, oppnådde Legeforeningen i 2010 et viktig gjennomslag ved at KS aksepterte kravet om fri fra individrettet, kurativt arbeid etter vakt – uten trekk i lønn eller basistilskudd og med utbetaling av praksiskompensasjon for de som kvalifiserte til det.¹ Foreløpig gis fri bare til kl 12 påfølgende dag og med et beskjedent beløp i kompensasjon, men et prinsipp er knesatt. Hovedargumentet fra Legeforeningen – utover at nattarbeid skal kompenseres økonomisk – er hensynet til kvalitet i helsetjenesten: Alle pasienter fortjener å møte en opplagt og uthvilt lege på dagtid. Fastlegeforskriften som gjelder fra 2013 inkluderer legens rett til fritak fra vakt etter fylte 55 år (Legeforeningen støt-

ter dette punktet, men ønsket at det skulle avtales lokalt). Med en gjennomsnittsalder på norske allmennleger som nærmer seg 50 år, står staten overfor en formidabel utfordring: å rekruttere mange nok allmennleger til fremtidens legevakt.

Det er behov for forbedringer i allmennlegevakttjenesten. Helsetilsynets rapport om legevakttjenesten fra 2006 drøftet kapasitetsproblemer knyttet til størrelse, kompetanse og systemansvar (4). Kommunal legevakt sviktet i flere ledd. Legevaksordningen var utdatert og i ferd med å bli en nødetat i bakleksa. På oppdrag fra Helsedirektoratet, utarbeidet Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i 2009 et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakttjenesten (5). Planen tar til orde for en ny organisering og et faglig løft for legevakttjenesten. Siden handlingsplanen ble lansert har det skjedd lite. Ved innføringen av ny fastlegeforskrift har imidlertid Helse- og omdorgsdepartementet gitt signaler om satsing på levevakt i 2013.

Legevakt for folket

I takt med samfunnsendringene og befolkningens krav, har innholdet i allmennlegevakten endret seg mye. I tidligere tider var legevakt uløselig knyttet til legestillinger. Leger i distrikt måtte være i beredskap til en hver tid på døgnet. «Lækjarpraksis for 30–40 år siden var på ymse måtar annleis enn no», skrev tidligere distriktslege Birger Lærum (f. 1906) i et tilbakeblikk (6). «Ein måtte meir prøve å klara seg sjølv ute i marka. Å senda pengar og det var heller ikkje vanleg å senda pasientane til spesialist slik som no. Difor laut ein ha godt med utstyr i kofferten og freista å klara seg med einfelde midlar. Pasientar med langtkomne sjukdommar, pleiepasientar, låg ikkje sjeldan heime i den tida dei hadde att. På grunn av at so mange sjuke vart handsama i heimen, måtte lækjarane reisa mykje i sjukevitting.»

Etter hvert som det ble flere leger til å dele på ansvaret, ble det etablert kollegiale og forutsigbare vaktturnuser som også sikret legene fritid. Tidligere fantes det stasjonære legevakter bare i de store byene, men i 1970-årene ble stasjonære legevakter opprettet i mange mindre byer og tettsteder. Selv etter at kommunene i 1984 – gjennom Lov om helsetjenester i kommunene – fikk ansvaret for å organisere allmennlegevakten, har legene selv tatt styringen over vaktberedskapen.

Da Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i 2012 gjorde opp status (7), hadde det vært liten endring av kommunale og interkommunale legevaktdordninger fra forrige gjennomgang i 2009. I 2012 var 84 lege-

vakter (41 prosent) kommunale mens 89 (44 prosent) var interkommunale. 85 prosent av legevaktene hadde kun én lege på vakt. I 2011 var det 1,83 millioner pasientkontakter på legevakt. Knapt 75 prosent av disse kontaktene var konsultasjoner, i underkant av fire prosent var sykebesøk. Telefonkontakter utgjorde 20 prosent. Om lag hver sjuende innbygger er innom legevakt hvert år. Omtrent halvparten av alle barn under 10 år og eldre over 80 år, har kontakt med legevakt hvert år. Sykebesøk er stort sett forbeholdt eldre pasienter. Ved årtusenskiftet ble det utført 357 000 legebesøk under vakt, men i 2011 var dette tallet redusert til 69 000. Utviklingen skyldes utbygging av interkommunale, stasjonære legevaktmottak med bedre muligheter for diagnostikk og behandling. For å oppveie nedgangen i de akutte sykebesøkene, legger den nye fastlegeforskriften til rette for en økning i antall planlagte hjemmebesøk til syke og skrøpelige som har vansker med å komme seg til legekontoret. Det sies at en lege ikke kjenner sine pasienter før han eller hun har vært hjemme hos dem. Hjemmeforholdene gir ekstra kunnskap om pasientenes liv og helse.

Legevakt skal ivareta befolkningens behov for legetjenester ved akutt og alvorlig sykdom eller skade der diagnostikk og behandling ikke kan vente til neste dag. Mange steder har legevakten dessverre utviklet seg i retning av en døgnåpen allmennlegetjeneste dominert av halvøyeblikkelige og mindre alvorlige tilstander. Dette flytter fokuset bort fra den akuttmedisinske beredskapen som tjenesten skal ivareta. Bare halvparten av vaktlegene bærer helseadio slik de er pålagt. Mange steder har AMK sluttet å kalle opp den vakthavende allmennlegen siden vedkommende sjelden svarer eller stiller opp ved akutte, alvorlige tilstander. Dette er et faglig selvskudd for allmennmedisinen.

Beredskap og kompetanse

Det er viktig å være beredt. Å holde seg oppdatert innen akuttmedisin er allmennlegens beste vern mot vaktangst og faglig forvitring. Akuttmedisinske tilstander opptrer med en viss hyppighet. Erkjennelsen av dette har ført til kravet om et obligatorisk kurs i akuttmedisin i spesialistutdanningen og ved fornyelse av spesialiteten hvert femte år. En undersøkelse publisert i *Tidsskriftet* i 2009 viste at det i en utkantkommune oppstår 27 alvorlige akuttmedisinske hendelser per 1000 innbyggere per år (8). 84 prosent av hendelsene var akutt sykdom og 16 prosent var skader. Det er 2,5 ganger så høy frekvens av slike hendelser som man tidligere har trodd, noe som kan ha sammenheng med at den kommunale legevakt-

¹ Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen i perioden 2010–12.



Akuttmedisinske tilstander opptrer med en viss hyppighet. Erkjennelsen av dette har ført til kravet om et obligatorisk kurs i akuttmedisin i spesialistutdanningen og ved fornyelse av spesialiteten hvert femte år. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR

tjenesten var utgangspunkt for registreringene, og ikke AMK slik som i tidligere studier.

Allmennlegene og befolkningen har tilgang til kompetent ambulansepersonell med kunnskap om prosedyrer og symptombehandling. I akuttmedisin trengs også allmennmedisinsk breddekompetanse. Gjennom forskrift er leger pålagt å trene jevnlig sammen med andrelinjetjenesten. Dersom det utarbeides gode planer for beredskap og øvelser, kan kommunene komme godt ut av det selv når større katastrofer rammer, slik en så i Hole og Ringerike i forbindelse med hendelsene på Utøya 22. juli 2011. Evalueringene i ettertid har fremhevet helsepersonellens innsats.

Det er grunn til å anta at den manglende interessen for å reformere norsk allmennlegevakt skyldes økonomi. De samlede kostnadene til legevakttjenesten ble i 2008 beregnet til om lag 2,4 milliarder kroner – en relativt lav sum. Oppgradering av legevakt vil medføre ekstra kostnader, men det vil være vel anvendte penger. Det har vært få protester mot at ambulansetjenesten de 10 siste årene har gått fra å være en transporttjeneste til å bli en høyt spesialisert tjeneste med to ambu-

lansearbeidere med fagutdanning på hver bil i døgnskuttmedisinsk vakt. Dersom allmennlegevakten kan bli oppgradert på samme måte, hvor en tar hensyn til lokale forhold som befolkningstetthet, geografi og nærhet til sykehus, vil befolkningen få den helsetjenesten den fortjener – også utenfor legekontoets åpningstider. Sentrale grep må da være at førstehjelp ved behov for legehjelp skjer per telefon for kompetent siling, trygge vaktordninger med minst to leger på vakt og bruk av hjelpepersonell i vaktentral. Det vil måtte innebære organisering i større vakt-distrikter, men med mulighet for lokale tilpasninger.

Allmennmedisinen må ta vare på legevakt som et sentralt allmennmedisinsk arbeidsfelt. Den erfarne allmennlegen Anne Mathilde Hanstad har i et intervju om primærlegen som akuttmedisiner – gjengitt i *Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin* – oppsummert poenget slik:

Både pasienten og jeg taper, hvis ikke jeg vil ha noe med vaktarbeidet å gjøre. Og når jeg bruker ordet katastrofe, tenker jeg ikke minst på de «alminnelige» katastrofene – som når ektemannen stuper død om ute i hagen... Etter mange år i praksis vet jeg at slike «katastrofer»

genererer pasienter: familie, naboer, venner som identifiserer seg... Det er jeg og ikke helikopterlegen som har sett pasienten før han døde, og det er jeg som ser kona etterpå.

REFERANSER

1. Alment praktiserende lægers forening 1938–88. Tidsskr Nor Lægeforen 1988: 29B.
2. Schiøtz A, Skaset M. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003. Bind 2. Folkets helse – landets helse 1850–2003. Oslo: Universitetsforlaget, 2003.
3. Larsen Ø. Legevakten – Oslo kommunale legevakt, 1900–2000. Oslo: Oslo kommunale legevakt, 2000.
4. Kommunale legevakter – Helsetilsynets funn og vurderinger. Oslo: Statens helsetilsyn, 2006.
5. ...er hjelpa nærmast! Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1–2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2009.
6. Lærum B. Minne frå lækjarpraksis og helsestell. Særtrykk av Gamalt frå Voss. Voss bygdeboknemnd, 1981.
7. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2011. Rapport nr. 5–2012. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, 2012.
8. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 738–42.

stale.sagabraten@gmail.com

Ledelse i allmennmedisin

Artikkelen handler om legekantoret som bedrift, legekantoret i kommunen, hvordan ledelse i allmenmedisin har utviklet seg frem til i dag, og hva som er viktig i fremtiden.

■ KARIN FRYDENBERG

KJELL MAARTMANN-MOE ■



- Fastlege Skreia Legesenter
- Spesialist i allmennmedisin
- Tidligere medlem i Aplfs styre og Utpostenredaksjonen

- Seniorrådgiver, avdeling allmennhelsetjenester Helsedirektoratet
- Spesialist i allmennmedisin, dr. med.
- Leder Aplf 2002–2005



Ledelse påvirkes av strukturene den virker i. Allmennlegekontorene er små bedrifter med tre til fem leger, like mange medarbeidere og et omfattende samspill med helsetjenesten, NAV og samfunnet forøvrig. I fremtiden ser vi for oss flere større, tverrfaglige sentre der også ledelsesutfordringen vil endres. I et samfunnsperspektiv handler ledelse av allmennlegetjenesten om å lede 1700 små kunnskapsbedrifter (fastlegekontor) i 429 kommuner med kommunale allmennlegeoppgaver i sykehjem, helsestasjoner, skolehelsetjeneste og fengsel.

Historisk var 1984 et viktig år og et vendepunkt for ledelse i norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Den nye kommunehelseloven reduserte fra da av distriktslegen fra å være helserådsordfører med makt og myndighet over kommunenes helsestell, til å bli rådgiver for kommunens helsesjef.

Leger hadde ikke lenger makt og ledelse bare i kraft av sin profesjonsutdanning. Allmennlegene og kommunelegene måtte heretter aktivt ta ledelse i egne bedrifter, helsetjenesten i kommunene, i utviklingen av fastlegeordningen og i lokale og nasjonale samarbeidsordninger for å få innflytelse.

Ledelse, team og mål

Ledere er i økende grad de siste 25 årene, blitt en del av et team der ledelse handler om å sette opp og følge mål for virksomheten. Målene må forankres hos dem som deltar i arbeidet for å nå målene, det være seg pasienter, medarbeidere i praksisen eller samarbeidspartnere i kommune og helseforetak. I allmennmedisinen skal ledelse bidra til å trygge faglig gode utrednings- og behandlingsløp for pasientene og få fastlegenes kompetanse- og servicebedrifter til å fungere optimalt når det gjelder denne kjerneoppgaven. Å legge til rette for faglig utvikling i alle ledd i legesenteret er derfor også et ledelsesansvar. Allmennmedisinsk ledelse handler også om å se fastlegekontorene og fastlegeordningen i en større sammenheng – i forhold til kommunehelsetjeneste, kommune, spesialisthelsetjeneste, NAV og andre samarbeidspartnere.

God ledelse handler om personlig engasjement, synlighet og offervilje når det trengs. Ledelse er et særskilt arbeidsfelt som krever bevissthet, ressurser, tid, kunnskap og ferdigheter. Ledelse handler om «å nå mål gjennom andre» (1).

Ledelse og pasient-lege-forholdet

Interaksjonen mellom pasient og lege kan sees i et ledelsesperspektiv der legen er pasientens rådgiver, mens pasienten er fri til å følge eller ikke følge rådene. Legens ideelle oppgave er å legge frem mulighetene for pasienten på en slik måte at pasienten kan ta valg som passer for den enkelte. I denne dynamikken kan legen oppnå å få til god behandling bare «ved å gjøre pasienten god». Men her eksisterer fortsatt store forskjeller i stil og ledelsesfilosofi, fra legen som veileder, til legen som beslutter hva pasienten skal gjøre. Når



ÅR	ETTER SENTRALITET ¹	I ALT	DRIFTSTILSKUDD	FASTLØNN	TURNUS	UTEN AVTALE
1988	Alle	2935 ²	1535 (52%)	1044 (36%)	223	133
	0	614	133	347	115	19
	1	248	121	94	29	4
	2	688	467	172	33	16
	3	1385	815	431	45	94
1994	Alle	3264	1826	1061	187	191
	0	633	147	380	101	6
	1	270	145	95	26	4
	2	778	514	194	28	43
	3	1582	1020	392	32	138
2001	Alle	4109	3010	646	341	112
	0	746	326	265	144	11
	1	323	213	66	43	1
	2	983	779	119	64	22
	3	2057	1692	196	91	78
2010	Alle	4748	3468 (73%)	693 (15%)	447	140
	0	609	266	212	126	4
	1	334	220	64	50	0
	2	814	649	74	74	17
	3	2991	2333	342	198	118

1 Sentralitet: 0=< 5000 innb., 1=5000-15 000 innb., 2=15 000-50 000 innb., 3=>50 000 innb. Definisjonen tar også opp i seg avstand fra større sentrum.

2 Tall fra 1988 og 1994 inneholder ikke årsverk fra institusjoner for eldre. Det var i 1988 ca 200 og i 1994 193.

TABELL 1. Legeårsverk i kommunen etter driftsform og sentralitet. KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ

det gjelder ledelse, er det viktig å søke å finne et felles mål ved først å kartlegge hva som er pasientens mål. For den gode lederen er det viktig å gå skrittene sammen med den en skal lede, og ikke bestemme dem for ham eller henne.

Ledelse på fastlegekontoret handler også om at legene selv er ansvarlige for å utvikle og vedlikeholde sin allmennmedisinske kompetanse, først og fremst gjennom spesialiteten i allmennmedisin med resertifisering hvert femte år.

Legesenteret som bedrift

I 1988 var det 2935 legeårsverk i kommunehelsetjenesten. I 2010 var det 4748, men denne økningen har nesten utelukkende funnet sted i byer med over 50 000 innbyggere og nærområdene til disse (TABELL 1). Antall fastlønnede legeårsverk har i samme periode gått ned fra 1044 (36 prosent) til 693 (15 prosent).

For 25 år siden arbeidet allmennleger ofte i solopraksis. Nå er kun 10 prosent av fastlegene i solopraksis (2). Fastlegekontorene har fra én til 15 leger og gjennomsnittet er tre leger (FIGUR 1). Hver lege har i gjennomsnitt tilknyttet 0,8 medarbeider, men flere har deltidsstillinger. Derfor er gjennomsnittskontoret en arbeidsplass med tilsammen syv til åtte leger og medarbeidere.

Fastlegekontorene er små service- og kunnskapsbedrifter som krever trygg fagledelse, gode prosedyrer og internkontroll, gjennomarbeidede mål for arbeidet og strategi mot publikum, godt samarbeid innad og mot alle andre samarbeidspartnere. Målene for legesenteret må være tydelige for legene, ansatte og kommune – og ikke minst pasientene. Hvordan målene skal nås må avklares med tålmodighet slik at alle er med i prosessen og kan bruke sin positive motivasjon for å gjøre godt arbeid. Siden må strategien for å nå

målene være åpen og evalueres med jevne mellomrom. Eksempler på mål for god praksis er:

- regelmessige styre- og personalmøter
- god logistikk for mottak av akutt og kronisk syke pasienter
- faglig god behandling og oppfølging av pasientene
- tilfredsstillende utstyr for å oppnå dette
- godt nok verktøy for dokumentasjon
- gode IT-verktøy for samarbeid med andre deler av helsevesenet og samfunnet
- gode kvalitets- og internkontrollsystemer
- godt fungerende samarbeid i legegruppen og mellom leger og medarbeidere
- en tydelig faglig ledelse og bevisst utviklet teamarbeid

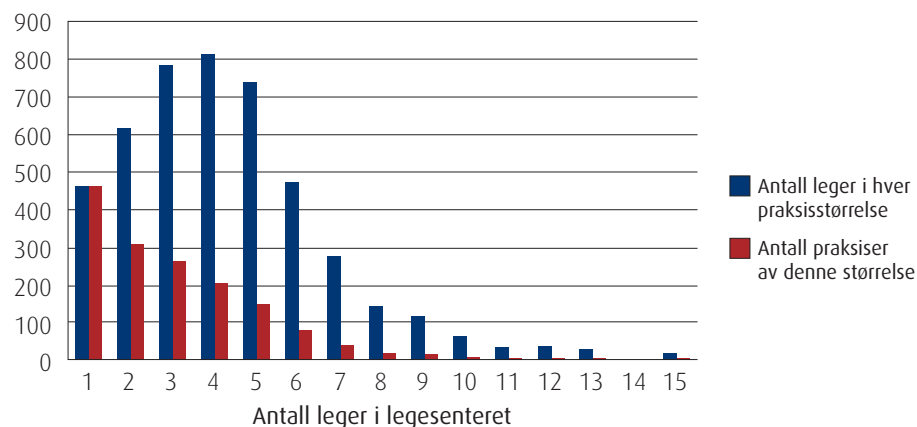
Privatpraktiserende fastleger har vanligvis arbeidsgiveransvar for medarbeiderne, men noen kommuner er arbeidsgivere og leier ut kontorer og medarbeidere til legene. Lederoppgavene er likevel stort sett de samme. Stedlig ledelse må ta ansvar for mål og prosess. Imidlertid vil kommunal ansettelse av medarbeiderne gi lederen på legesenteret noe mindre handlingsrom overfor dem, og kanskje gi ham/henne mindre status som sjef. På den annen side kan det gjøre forholdene mer likeverdig mellom medarbeidere og leger i en praksis og derigjennom styrke teamfølelsen.

Ledelse og drift arter seg forskjellig i solopraksis og fler-legesentre. I legesentre er det vanlig å dele ledelsesoppgavene mellom legene. Noen store legesentre har ansatt egen daglig leder som ikke nødvendigvis er lege.

Ledelsesoppgavene kan for eksempel være delt i

- arbeidsgiveransvar/personalansvar
- utvikling og vedlikehold av IT og data
- fagutvikling, fagmøter, internkontroll og personalutvikling
- forvaltning av økonomi og eiendom
- kvalitets- og internkontroll

FIGUR 1. Praksisstørrelse og legefördeling. KILDE: ANDERS TARALDSET, DEN NORSKE LEGEFØRENING 30.03.2012.



ÅR	I ALT	DIAGNOSE, BEHANDLING OG REHABILITERING	MILJØRETET HELSEVERN	HELSESTASJON/SKOLE	ANNET FOREBYGG	INSTITUSJON FOR ELDERE OG FUNKSJONSHEMMEDE	ADM OG ANNET
1994	3457	2760	-	210	-	193	294
2001	4109	3376	80	231	80	249	93
2010	4748	3899	66	206	84	404	89

TABELL 2. Legeårverk i kommunen etter virkeområde. KILDE: STATISTISK SENTRALBYRÅ

Legesentre er små arbeidsplasser med særskilte arbeidsmiljøutfordringer. Det er ofte stabilt personale som jobber tett sammen over mange år med krevende oppgaver på ulike plan. Dette kan medføre slitasje over tid. Samtidig kjenner man hverandres styrker og svakheter og kan ta hensyn til det. For å bygge et godt legekontor fordres det at ledelsen ser hvilke styrker de forskjellige legene og medarbeiderne har, bygger opp under disse og samtidig respekterer deres grenser. Det er en lederoppgave å legge til rette for arbeidsmiljøtiltak gjennom trening på vanskelige situasjoner, og gjennom å skape gode relasjoner i teamarbeidet og felles møtearenaer. Arbeidsmiljøet kan også slites av fravær, og det krever god planlegging og mulighet for fleksibel arbeidsdeling og logistikk.

Ledelse av legekontorets ansatte

Den som har personalansvar har et overordnet ansvar for – i samarbeid med de ansatte – å sørge for individuelle utviklingsmuligheter, personalmøter, medarbeidersamtaler, videreutdanning og internundervisning. Legekontorer er forpliktet etter arbeidsmiljøloven til å ha et system for helse, miljø og sikkerhet. Med fordel kan dette utvikles i samarbeid mellom leger og ansatte. Det finnes flere hjelpemidler i dette arbeidet, også elektronisk lagt til rette for legekontorer. Et eksempel er Trinnvis som er et elektronisk kartotek og kvalitetssikringsverktøy for internkontroll ved legekontor.

Ledelse av legesamarbeidet på fastlegekontoret

Internavtalen og legemøter er legenes viktigste redskap i ledelse av legene på legekontoret. Noen formaliserer legemøtene som styremøter. Å lede leger i allmennpraksis er en spesiell utfordring fordi de vanligvis er selvstendig næringsdrivende med høy selvbevissthet og ønske om faglig og organisatorisk autonomi. Lege/styremøtene bør drøfte grunnleggende ideer, prinsipper og visjoner som legekontoret skal styres etter og ta medarbeiderne med i prosessen og i overveielene som blir gjort. Slike diskusjoner kan også gjøres i samarbeid med andre legekontor og i allmennlegeutvalget. Diskusjonene bør ta høyde for faglige uenigheter og personlige motsetninger.

Legekontoret bør også ha en policy som gjør det mulig at legene kan være tillitsvalgte og som legger til rette for undervisning og veiledning av studenter, turnusleger, EØS-leger og leger under spesialisering i allmennmedisin.

Ledelse av fastlegene og fastlegeordningen i kommunen

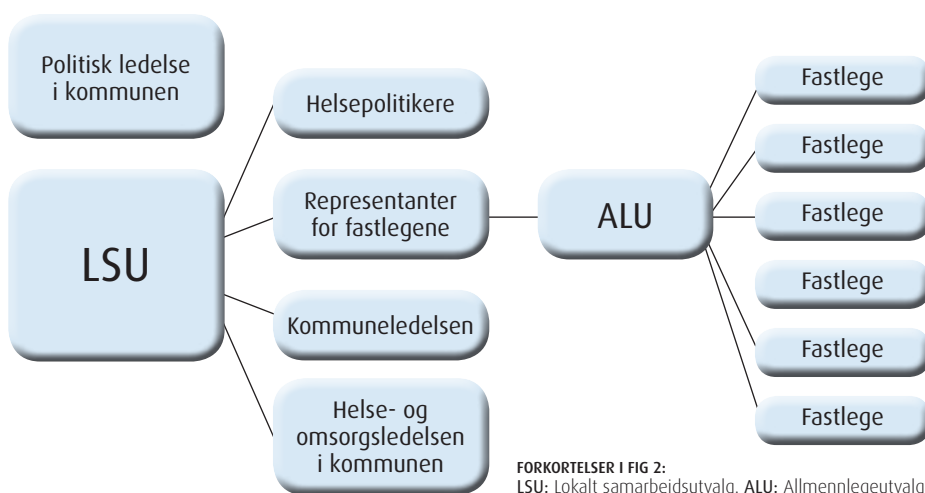
Helserådsordførerembetet ble avvirket med kommunehelsesloven som trådte i kraft i 1984. Den nye helserådgiveren – kommunelegen/kommuneoverlegen – har en posisjon med mye ansvar og mindre myndighet og etter manges syn lavere anseelse enn tidligere. Det har tatt tid for den nye samfunnsmedisineren

i kommunen å finne sin plass som kommuneoverlege og medisinsk faglig rådgiver, ofte uten noen formell lederstilling. Medisinsk faglige rådgivere og ledere er sentrale i planleggingen og oppbyggingen av fastlegeordningen og kommunepsykiatrien, i det forebyggende arbeidet blant barn og unge og i økende grad i oppbyggingen av godt medisinske faglig tilbud på sykehjemmene. Legeårverkene i sykehjem har økt fra 193 i 1994 til 404 i 2010 (TABELL 2). Denne tendensen vil fortsette og behovene vil i de neste årene forsterkes av den demografiske utviklingen og samhandlingsreformens krav. Hittil har oftest pleie- og omsorgstjenesten ledet sykehjemmene, men i fremtidens og samhandlingsreformens sykehjem er en faglig styrking nødvendig for å ivareta sykere pasientgrupper og kommunenes plikt til å tilby døgnbasert øyeblikkelig hjelp til noen pasientgrupper. Derfor må sykehjemslegene og det medisinsk faglige perspektivet med i ledelsen.

Fastlegeordningen forskriftsfester at kommunen skal legge til rette for godt samarbeid. Her er allmennlegeutvalget (ALU) der alle fastlegene har møteplikt, og lokalt samarbeidsutvalg (LSU) viktige møtefora (FIGUR 2). I disse fora er det viktig at mål og strategier for legeledelse i kommunen og utvikling av fastlegeordningen i kommunen diskuteres og utformes. Samarbeidet innad i kommunen er vesentlig for helhetlig pasientbehandling og derfor bør det være et prioritert område for fastlegene. Selv om fastlegene ikke selv er ledere i kommunen, er de som leger med ansvar for en del av populasjonen og for sine praksiser, medansvarlige for å utvikle dette samarbeidet.

Kommuneoverlegen og virksomhetsleder har ansvar for utvikling av fastlegeordningen slik at den blir tilstrekkelig utbygd. En opptrappingsplan for flere fastleger er nødvendig. Styrking av veiledning og opplæring i praksis og etablering av utdanningshjemler/stillinger blir viktig for rekruttering av flere fastleger. Mange unge leger sier at de ønsker fastlønn i utdanningsstillingene. Fastlegene i kommunen må med i prosesser med klar strategi og mot felles mål for å videreutvikle fastlegeordningen. Her kan man bruke de samarbeidsarenaene fastlegeordningen gir.

FIGUR 2. Kommunalt samarbeid.



FORKORTELSER I FIG 2:
LSU: Lokalt samarbeidsutvalg. ALU: Allmennlegeutvalg

Eksternt samarbeid og praksiskonsulentordning

Tradisjonelt vil fastleger være sine egne ledere og ikke tvinges inn i aktiviteter som stjeler tid fra kurativ virksomhet og tilgjengelighet på kontoret. Derfor blir strukturert ledelse av samarbeidet med kommunehelsetjenesten, foretakshelsetjenesten og NAV – slik at det blir effektivt og fastlegene er med – en av kommuneoverlegens viktige lederoppgaver. Fastlegene må på sin side støtte opp om kommuneoverlegene.

Samhandlingsreformen avtalefester et samarbeid mellom kommunene og helseforetakene (3) (FIGUR 3), men det finnes ingen formelle ledere, samarbeidsorganer, avtaler eller arenaer mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten og helseforetakene. Praksiskonsulentordningen er foreløpig det mest konkrete bindeleddet vi har (4). Men praksiskonsulentene er ansatt i helseforetaket og er ikke fastlegenes representanter. Ordningen er dårlig forankret i kommunene.

Ledelse, forskning og kvalitetsforbedring

Det er et ledelsesansvar å legge til rette for forskning, kunnskapsformidling og undervisning. Kommunene burde ha like stort lovpålagt ansvar for dette som helseforetakene.

I 2002 tok Allmennelegeforeningens styre, sammen med de allmennelemisinske instituttene, initiativ for å gi allmennelemisinsk forskning vekstmuligheter. Fra 2007 kom det driftsmidler i statsbudsjettet til fire allmenne-

medisinske forskningsenheter og det ble i 2012 bevilget til sammen nesten 30 millioner til forskning og drift ved de allmennelemisinske forskningsenheter.

Den reviderte fastlegeforskrift sier ingen ting om rammebetingelser for forskning og undervisning i kommunene. Myndighetene etterspør mer forskning i allmennelemisin, men etterspørselen er så langt ikke fulgt opp med økte bevilgninger.

Utvikling av ledelseskompetanse

Samfunnsmedisinere og allmenneleger som skal lede, bør få bedre tilbud om lederutdanning på høyskole og universitetsnivå. Det må utvikles permisjonsmuligheter og romslige stipendordninger for næringsdrivende allmenneleger, slik at det blir økonomisk mulig å gjennomføre lederutdanning også for leger som ikke har en arbeidsgiver som dekker utgifter og betaler arbeidsinntekten under lederutdanningen.

Oppsummering

God ledelse gir en plattform for godt arbeidsmiljø, høy faglig standard og entusiasme. For å sikre effektiv og god faglig drift må fastlegepraksiser ledes målbevisst. Ledelse blir ikke alltid prioritert på legekantorene eller i primærhelsetjenesten for øvrig. Mange fastleger opplever at pasientbehandling, papirarbeid og møter tar så mye tid og krefter at de ikke prioriterer ledelse av virksomheten.

Ledelse må læres i teori og praksis. Det er viktig at AF fortsetter å tilby kurs i ledelse for

å øke interessen og kompetansen blant allmennelegen på området, men viktigst er det at samfunnsmedisinere og allmenneleger som skal lede allmennelegjetjenesten i kommunene får formell lederutdanning på universitets- og høyskolenivå.

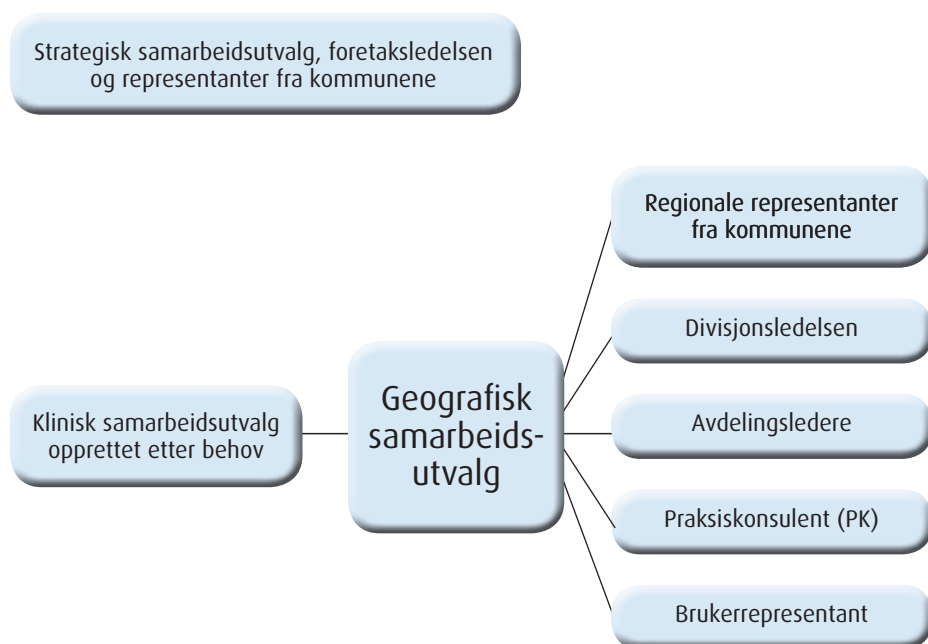
Fremtidens fastlegepraksiser vil få flere fastleger og flere faggrupper som kan samarbeide om pasientbehandlingen. Samhandlingsreformen handler blant annet om at mer av det som nå gjøres i spesialisthelsetjenesten skal foregå i kommunene. Det forutsetter økt kompetanse i kommunene og tettere samarbeid mellom fastlegene, kommunen og foretakene. Det er en ledelsesutfordring og fastlegene må være med i prosessene. Kommunene, spesialisthelsetjenesten og sentrale helsemyndigheter trenger fastlegenes faglige vurderinger av hvilke oppgaver som kan og bør overføres til kommunene. Godt samarbeid og gode samarbeidsstrukturer mellom nivåene blir avgjørende for fastlegeordningens og samhandlingsreformens fremtid.

Sentrale myndigheter ønsker at kommunene skal få bedre styring med fastlegene og stiller i den reviderte fastlegeforskriften av 29. august 2012 økte funksjons- og kvalitetskrav til fastlegene. Fastlegene må fortsatt være våkne å si fra om hvordan det er hensiktsmessig å lede og bli ledet.

REFERANSER

1. Professor Ole Berg. Institutt for helse og samfunn. Avdeling for helseøkonomi og helseledelse. Universitetet i Oslo
2. <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Legeforeningens-fastlegestatistikk---artikkel/Årstell>
3. Samhandlingsreformen – lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2012. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/kampanjer/samhandling/om-samhandlingsreformen/samarbeidsavtaler-mellom-kommune-og-syke.html?id=650125>. 2012
4. Praksiskonsulentordningen – Håndbok for praksiskonsulenter og praksiskoordinatorer. Oslo: Allmennelegeforeningen, 2004 (<https://legeforeningen.no/yf/Allmennelegeforeningen/Fra-foreningen/Debattskrift-handboker-og-rapporter/pko-handboka/>)
5. Roksund Gisle, red. Fastlegen. Praktiske råd for etablering og drift av allmennelegkontorer (Allmennepraktikererien). Oslo: Universitetsforlaget, 2002.
6. Maartmann-Moe K. Fastlegene i ledelsen. Utposten 2009; nr. 3: 31–4.

FIGUR 3. Samarbeid kommune – helseforetak.



maatma@online.no

fydrein@gmail.com

Allmennlegen og medarbeideren

■ TOVE RUTLE



- Helsesekretær gjennom 30 år
- Redaksjonsekretær i Utposten

Medarbeiderne ved landets legekontorer er en uensartet gruppe som består av personer med ulik helsefaglig bakgrunn. I 1970- og 80-årene var de fleste medarbeidere uten helsefaglig utdanning (1), men i løpet av de siste 25 årene har bildet endret seg totalt. I dag har de alle fleste medarbeidere helsefaglig utdanning. Helsesekretærer utgjør den desidert største gruppen. I 2010 var 83 prosent av ansatte ved legekantorene helsesekretærer (2). Jeg velger derfor å bruke fellesbenevnelsen helsesekretær om alle som jobber som medarbeidere på legekantor.

Helsesekretæren er voksen (2, 3), det vil mellom 36 og 55 år. Hun er kvinne med helsesekretæruddanning, men kan også ha bakgrunn som bioingeniør og sykepleier. Hun har jobbet gjennomsnittlig i 14 år på legekantor og trives godt i yrket. Helsesekretæren opplever sitt yrke som hektisk og stressende, men trives til tross for dette og misnøye med lav lønn, svært godt på allmennlegekontoret.

Fra medhjelper til sentral aktør

I «gamle dager» var allmennlegene vant til å jobbe alene i solopraksis, i beste fall med sin hustru som medhjelper. Da legene begynte å etablere seg i flerlegepraksiser i 1980-årene, økte behovet for strukturert og kvalifisert hjelp. Helsesekretærene gjorde sitt inntog i legekantorene og fikk etter hvert en sentral rolle. Det var en nødvendig utvikling. Dagens allmennleger kan ikke tenke seg å jobbe uten helsesekretær (4). Men «Forskjellen mellom den gode og dårlige medarbeider er som forskjellen mellom himmel og helvete», skrev lege Helge Worren i Utposten i 1997 (5).

For dagens helsesekretærer er det viktig å bli «sett» som en dyktig medarbeider. Vi ønsker å se helheten på allmennlegekontoret, fryde oss over det som er bra og på en fornuftig og åpen måte konfrontere det som kan gjøres bedre. Allmennlegen gjør klokt i å ha

Relasjonen mellom allmennlegen og medarbeideren kan med rette beskrives som et symbiotisk forhold. På allmennlegekontoret er vi begge avhengig av hverandre for at det skal være god kvalitet og effektiv virksomhet på kontoret. Begge er sentrale personer for pasientenes ve og vel.

respekt for at vi har mye å bidra med, og vi har det samme målet: et velfungerende legekantor til pasientenes beste.

I forbindelse med innføringen av fastlegeordningen i 2001, gikk de fleste legekantorene over til privat drift. Helsesekretærer som tidligere var kommunalt ansatt, ble nå ansatt av leger. Det skapte utfordringer for leger som ikke var kjent med arbeidsgiveransvar og alt det innebærer. Det var usikkerhet rundt både arbeidsgiverrollen og arbeidstakerrollen. Legene var nok heller ikke klar over hvor viktige oppgavene som knyttes til arbeidsgiveransvaret er for både driften og arbeidsmiljøet på legekantoret. Ledelse er på mange måter en kunst, og det er vanskeligere å utøve kunsten når arbeidsmiljøet er lite. Allmennlegekontoret er en liten produksjonsenhet hvor mennesker jobber med og for mennesker. Vi jobber for bedre helse for befolkningen, vi samarbeider med hverandre og vi har «det beste for pasientene» som felles mål. Leger og helsesekretærer jobber tett sammen og blir godt kjent med hverandre. Det er positivt fordi man kan jobbe effektivt og hensiktsmessig. Man er trygg på hverandres kvalifikasjoner og det er enkelt å ha felles forståelse for pasienthåndteringen. Utfordringene kommer når det oppstår problemer og eventuelt konflikter i et så tett og lite miljø.

Oversett gruppe?

Med fastlegeordningen har pasientenes forventninger til helsesekretærene og legene endret seg. Det er lavere terskel for å henvende seg til legekantoret og mindre akseptert at det ikke alltid er mulig å komme «rett inn til legen». Helsesekretærene må ofte håndtere publikums frustrasjon. Derfor er vår rolle i pasientmottaket ansvarsfull og viktig. Det er ikke nok å ha teoretisk faglig kompetanse; det må også stilles krav til personlig egnethet, og ikke minst evne til pasienthåndtering. Intuisjon,

taus kunnskap og forståelse for pasientene er nødvendig for at legekantoret skal fungere. Ingen kjede er sterkere enn det svakeste leddet.

Før fastlegeordningen var det også et stort press på førstelinjetjenesten ved allmennlegekontoret. Etter innføringen av ordningen, ble pasientkravene presentert i en mer direkte og aggressiv form. Dette har heldigvis stabilisert seg. Men utsagn om at det er «stort press på telefonen, køene bare vokser og vokser, det er folk over alt...» hører vi fremdeles.

Evalueringer av fastlegeordningen viser at publikum har stor tillit til fastlegene og til fastlegekantorene. Dette er svært gledelig, men jeg synes det er beklagelig at evalueringene har oversett helsesekretærens rolle. Hva ville fastlegepraksisene vært uten vår utrettelige innsats for å betjene publikum og drifte legekantorene? Vi kommer ikke utenom at helsesekretæren er den første fagpersonen som pasienten kommer i kontakt med ved legekantoret, og som regel den siste som ser pasienten vel av gårde etter konsultasjonen. For pasientene er det viktig at disse møtene er gode. Jeg mener det er viktig at både helsesekretærer og leger ser at dette er begynnelsen og avslutningen av konsultasjonen. Når dette fungerer bra, har det også gode positive ringvirkninger på arbeidsgleden og arbeidsmiljøet.

Styrket utdanning

Historisk sett er det interessant at det var Legeforeningen som i slutten av 1960-årene tok initiativ til en egen utdanning for legesekretærer. I dag er denne utdanningen integrert i den videregående skole. Den legger vekt på praktiske og laboratorietekniske oppgaver, kunnskap i anatomi og fysiologi samt sykdomslære. Psykologi og kommunikasjon er også pensum. Etter endt utdanning blir man offentlig godkjent helsesekretær. Det er viktig at leger er oppmerksom på at det finnes

andre tilbud om «helsesekretærutdanning» som ikke har det samme faglige innholdet og som mangler offentlig godkjent-stemplet.

I løpet av de siste 25 årene har det skjedd mye innen intern undervisning. De fleste legekantorene oppgir å ha intern undervisning (2). Norsk helsesekretærforbund (NHSF) arrangerer kurs for helsesekretærer i primærhelsetjenesten. Almentpraktiserende lægers forening (ApLf) hadde i mange år «Kurs for Leger og medarbeidere på legekantor». Mange beklager at dette tilbudet er borte.

NHSF og ApLf etablerte i begynnelsen av 1990-årene en etterutdanning for helsesekretærer. Det ble utdannet veiledere for helsesekretærer, veiledningsgrupper ble opprettet og mange helsesekretærer har fullført denne utdanningen som bygger på samme modell som allmennlegene har i sin etterutdanning. Denne etterutdanningen hadde stor betydning for yrkesgruppen men eksisterer dessverre heller ikke lenger, det var etter sigende ikke nok interresserte. I veiledningsgruppene var det fokus på både praktisk og teoretisk kunnskap, i tillegg til refleksjon over egen praksis. Både allmennlegene og helsesekretærene selv burde tatt vare på denne gyldne muligheten til ny kunnskap, innsikt og inspirasjon til glede for begge parter. I dag får helsesekretærene kurs i regi av NHSF og har årlige store konferanser, gjennom Primærmedisinsk uke og Nidaroskongressen, som har fagtilbud rettet direkte mot gruppen. Det arrangeres gode kurs gjennom kvalitetssikringsnettverket NOKLUS som er viktig for utvikling av gruppen og faget. I tillegg finnes mange kommersielle tilbud hvor kvalitet og utbytte neppe står i forhold til pris.

Nye tider og oppgaver

Mye har forandret seg på legekantoret. For eksempel kunne arkivet bestå av en A5-konvoluttjournal arkivert etter alfabetet: Epikriser, søknader, røntgen- og laboratorieresultater, sågar brev fra sykehuset om «utsatt pasienttime» kom på papir og ble arkivert. Journalene var så tykke at de revnet i kantene. «Arkivett» papirjournal som ble merket og arkivert på fødselsdato overtok, men også her var det mange papirvedlegg med oppbevaringsplikt i ti år. I ettertid er det lett å se feilkilder som fort kunne oppstå i begge systemene, særlig i lys av dagens elektroniske journaler som har utstrakte muligheter for kvalitetssikring. Når det gjelder laboratoriet, ble eksempelvis hemoglobiner verdien visuelt avlest på Sica-apparat på 1970-tallet. Vi hadde SR-rør til oppsuging av pasientens blod og vi talte hvite blodlegemer i tellekammer under mikroskop. I dag håndteres det meste i «lukkede systemer» på laboratoriet. Vi har kvalitetskontroller på alle oppgavene som utføres



XBRIFOTO © OJFENSGVALSTH

og alt vi gjør skal dokumenteres. Kvalitetskravene som stilles til de tekniske og praktiske oppgavene på allmennlekantoret i dag er viktige og krevende og gjør hverdagen spennende. Elektroniske løsninger gjør arbeidet enklere og kvalitetssikringen bedre.

Den første undersøkelsen om helsesekretærenes arbeidssituasjon viste at de færreste av dem hadde arbeidskontrakter og arbeidsbeskrivelser (1). I solopraksiser var det ofte bare muntlige avtaler mellom lege og helsesekretær. På dette området har det heldigvis vært store fremskritt. Det har riktignok tatt lang tid å få på plass gode arbeidsavtaler, stillingsbeskrivelser, medarbeidersamtaler og arbeidsmiljøtiltak som trykker legekantoret som arbeidsplass for både legen og helsesekretæren, men det har gått fremover. I dag hører det heldigvis til sjeldenhetene at disse forholdene ikke fungerer tilfredsstillende. I nyere undersøkelser om hjelpepersonell på legekantor er det påfallende likhet i konklusjonene når det gjelder helsesekretærenes arbeidssituasjon, trivsel, helse og etterutdanning (2, 3).

Hva med fremtiden?

Det er en kjensgjerning at arbeidsdagen på et legekantor er lang og hektisk. Både legene og helsesekretærene gir uttrykk for dette. Da er det et tankekors at man ikke makter å få gjort noe med det. Det handler om organisering, administrering og ledelse. Samhandlingsreformen stiller nye krav til allmennlegen og allmennlekantoret både på forebyggingsplan og etter at pasientene har vært sykehusinnlagt. Pasientene vil ha behov for oppfølging av fastlekantoret med andre problemer enn hva vi har sett tidligere. Også for vår yrkesgruppe vil dette bli interessant og spennende.

Dagens helsesekretærelever gir uttrykk for at det er for stressende og hektisk å jobbe på legekantor, de vil prioritere sykehus. De orker ikke «å ha så mange baller i lufta på en gang» eller opplever at de ikke har nok utfordringer på et legekantor. Trenden er dessverre også at mange dyktige helsesekretærer forlater legekantorene og starter med videreutdanning eller studier. Andre gir uttrykk for at jobben er ansvarsfull og viktig, men at lønn eller status

står ikke i forhold til ansvaret. Da søker de over i annen virksomhet. En helsesekretær begrunnet sin oppsigelse med at «jeg kan ikke være i en arbeidssituasjon hvor jeg føler at min arbeidsgiver behandler meg som et dyktig barn». Dette er viktige signaler som forteller oss det vi egentlig vet, nemlig at det dreier seg om en travel og hektisk hverdag med stort ansvar. Det er også misnøye når det gjelder mulighetene for å utvikle faget og oppgavene – og det er et tankekors at helsesekretæren ikke blir tatt helt på alvor.

Jeg tror tiden er inne for å tenke nytt om ledelse og administrasjon på allmennlekantoret. Noen av lederoppgavene som i dag deles mellom og rullerer blant legene, som for eksempel personalansvar, økonomi og dataansvar, kan med fordel overføres til helsesekretærene. Mange helsesekretærer har kompetanse og kan avlaste legene. Legekantorer som har prøvd dette er fornøyd (6). Kanskje er tiden inne for også å se på bemanningen av helsesekretærer? Tidligere anbefalte NHSF og Legeforeningen 1,2 medarbeider per lege. Dagens praksis er 0,9 medarbeider per lege (ubekreftet tall). Tidsbeparelser i forbindelse med diverse elektroniske løsninger har vært argumentet for å ha mindre personell. Men faktum er at denne tiden blir oppspist av nye og andre oppgaver.

Gjensidig forståelse for hverandres arbeidsoppgaver tror jeg er et godt bidrag til et kreativt og sunt arbeidsmiljø. En god symbiose må verdsettes.

REFERANSER

1. Mathisen R, Ruud A. En studie av hjelpepersonellets rolle i almenpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1979; 99: 479–81.
2. Reichborn-Kjennerud K. Faste grep om helsa i hektiske kontor. En undersøkelse om helsesekretærenes arbeidsforhold ved fastlekantor. AFL-notat 2010:14. Oslo: Arbeidsforskningsinstituttet, 2010.
3. Rutle T, Rutle O, Svarttjernet K. Medarbeiderprosjektet i allmennpraksis. Jessheim: T. Rutle, 1999.
4. Thesen J, Prestegaard K, Nyen B. Forventninger til medarbeidere på Team legekantor. Utposten 2011; nr. 5: 22–3.
5. Worren H. Medarbeideren i allmennpraksis – den for sømte ressurs. Utposten 1997; nr. 5 (leder).
6. Rutle T. Se oftere mot Nord. Utposten 2005; nr. 5: 35–8.

Allmennlegen i kommune

■ ANNE GRETHE OLSEN



- Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin
- Samhandlingsjef UNN
- Sentralstyret i Dnlf (2000-03)
- Styret i LSA (2000-01)

- Legeforeningens Regionsutvalg nord (2005-10)
- Leder i Finnmark legeforening i to perioder

Allmennlegens rolle er både å ivareta pasientens behov for helsetjenester og å fordele samfunnets helsetjenesterressurser på en fornuftig måte. Gjennom de siste 25 årene er denne rollen kommet stadig sterkere i fokus både grunnet kraftig vekst i utgiftene til spesialisthelsetjenester, kommunal medfinansiering i samhandlingsreformen og et sterkt engasjement fra NAV for å få ned sykemeldingsprosenten og medikamentutgiftene. Det stilles nå krav og forventninger til fastlegene fra mange hold, men pasientene er fornøyde og rangerer fastlegen høyere enn alle de andre kommunale tjenesteyterne.

Våren 1988 begynte jeg i en fastlønnet allmennlegestilling. Stillingen var lokalisert i en praksis med ti leger, i gamle og litt kummerlige kommunale lokaler. Det var en spennende jobb, og kollegaene mine var engasjerte og dyktige, så jeg tenkte ikke så mye på at lokalene var langt fra perfekte og at møblene hadde nostalgisk verdi. Legekontoret hadde elektronisk journalsystem, Balsfjordsystemet, og det var et stort framskritt sammenlignet med papirjournaler som fortsatt var vanlig på mange legekantor. Allmennlegene førte selv blodprøvesvar og en kortversjon av epikrisene inn i edb-journalen, og dette arbeidet ble ofte gjort om kveldene og i helgene. Nå er dette legekontoret blitt til tre enheter, og to av dem er i nye, velutstyrte og moderne kommunale lokaler. Antall allmennleger er nesten fordoblet.

Offentlige allmennmedisinske oppgaver

Min første offentlig allmennmedisinske oppgave var jobben som helsestasjonslege en dag i uka. I nært samarbeid med dyktige helsesøstre fikk jeg gleden av å undersøke en rekke «små-troll» og å snakke med både nybakte og erfarne mødre og fedre. De fleste ungene var heldigvis friske, men vi avdekket også alvorlig sykdom og funksjonssvikt. Jeg arbeidet også en periode som skolelege, hvor vi i tillegg til de lovpålagte kontrollene drev mye med undervisning. Undervisningsarbeidet, spesielt i ungdomsskolen, føltes meningsfullt. Også dette ble gjort i samarbeid med helsesøstrene, som jo er «krumtappene» i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Jeg har også hatt noe tilsynslegevirksomhet på sykehjem. Diagnostikk og

behandling av sykdom hos sykehjemspasienter er en faglig utfordring, som krever interesse og kunnskaper hos sykehjemslegene. Nå når samhandlingsreformen fører til at pasientene skrives tidligere ut fra sykehusene, er denne kompetansen desto viktigere.

«Akutten»

Legekontoret hadde en egen akuttlegestasjon («Akutten») i første etasje. Dit ble alle øyeblikkelig-hjelp-pasientene kanalisert på dagtid. Det var alltid nok å gjøre på «Akutten», og mandagene var spesielt travle. Da begynte pasientene å stille seg i kø en time før dørene åpnet for å sikre seg en kølapp med lavt nummer. Kølappene var av tre og hang på en krok på veggen. Kølapp nr. 1 ble stadig borte og sirkulerte sannsynligvis på byen. Balsfjordsystemet hadde ikke timebok. På «Akutten» hadde man derfor et system med gule lapper, hvor pasientens navn og fødselsdato sto på den ene siden og tentativ diagnose på den andre siden. Legen gikk inn bak skranken og hentet den øverste gule lappen for hver nye pasient. Pasientens navn ble ropt opp og det gikk stort sett greit, bortsett fra de gangene legen snudde lappen feil vei og ropte diagnosen ut på venterommet. En av de nye legene sto en gang lenge og ropte «Herpes» ute på venterommet, helt til sykepleier dro ham inn bak skranken og ba ham snu den gule lappen. «Akutten» ble lagt ned da fastlegereformen kom.

Legevaktene

Legevaktene var av og til rolige og greie, og andre ganger mer spennende og utfordrende.



helsetjenesten 1988–2013

Vi hadde ikke egne legevaktlokaler og heller ikke hjelpepersonell som besvarte telefonene. Legevaktlegen gjorde alt selv. De pasientene som ikke måtte bli undersøkt hjemme hos seg selv, ble undersøkt på «Akutten». Det kunne være utrygt å være alene på «Akutten» i helgene, spesielt når berusede pasienter ramlet inn døra. Av og til måtte vi låse døra og stenge pasienten ute, og en sjelden gang tilkalle politiet. Noen av turnuslegene grudde seg veldig til første vakt, og en av dem klarte å utsette den til to måneder ut i turnustjenesten. Da måtte han kaste seg ut i det for å få godkjent tjenesten. Vakten startet med dårlig vær, strømbrydd og hjertestans-alarm. I samarbeid med ambulanspersonellet gikk det bra, og frykten for å ha legevakter avtok. Nå er legevaktsentralen lokalisert på sykehuset og bemannet med sykepleiere fra mottagelsen.

Spesialistutdanning i allmennmedisin

Jeg brukte ikke lang tid på å bestemme meg for at jeg ville satse på allmennmedisinen og ble med i en utdanningsgruppe i allmennmedisin i kommunen. Den nære pasientkontakten og tilliten fra pasientene var avgjørende for dette valget. Dessuten var det faglige miljøet på legekantoret svært godt, og den allmennmedisinske fanen var høyt hevet. Legene oppmuntret hverandre til å spesialisere seg i allmennmedisin. I tillegg til daglige morgenmøter med referat fra legevakten, kom vi etter hvert også i gang med regelmessige fagmøter. Fagmøtene dannet grunnlag for utarbeiding av lokale prosedyrebøker, etter initiativ fra en sterkt faglig engasjert kollega. Selv

om kommunen vår var vertskommune for lokalsykehuset, så var allmennlegene veldig opptatte av å utvikle egne faglige prosedyrer og henvisningsrutiner. Dette kunne skje i samarbeid med sykehuslegene, men på allmennlegenes premisser.

Legetjenester som et knapphetsgode

Forholdet mellom allmennlegene og befolkningen var på 1980- og 1990-tallet preget av at legetjenester ble sett på som et knapphetsgode. Ventetiden på legetime, dårlig telefontilgjengelighet både til resepsjonen og til legen, kølapp-systemet på «Akutten» og andre litt tungvinte ordninger skapte irritasjon i befolkningen og negative medieoppslag. Den lange ventetiden gjorde også at noen pasienter bestilte time i tilfelle de skulle ha behov for den og ikke fordi de nødvendigvis hadde behov for time der og da. Legene på sin side hadde alltid mer enn nok å gjøre på dagtid i tillegg til regelmessige legevakter, og det var vanskelig å se hvordan man kunne oppfylle befolkningens ønsker om bedre tilgjengelighet og kortere ventetider. For en kommune med 9500 innbyggere ble derfor fastlegeordningen et positivt vendepunkt.

Fastlegeordningen

Ventetidene på legetime ble nesten borte når fastlegeordningen kom våren 2001. Jeg tror det hadde noe med pasientlisteansvaret å gjøre, noe med finansieringsordningen å gjøre og også noe å gjøre med at kommunen da fikk besatt alle legestillingene sine. For oss som hadde jobbet i begge systemene, så var det en

lettelse når vi fikk et definert pasientlisteansvar. Det var også veldig behagelig å jobbe i et system med kortere ventetid. Antall telefonhenvendelser gikk ned, antall øyeblikkelig-hjelp-henvendelser gikk ned og antall røde lapper i legenes posthyller ble også betydelig redusert. Noen få leger opplevde nok at arbeidsmengden økte, med en opphopning av røde lapper, og de måtte bruke tid til å finne en måte å strukturere arbeidsdagen sin bedre på.

Kombilege

På 1990-tallet gikk jeg over fra å være bare allmennlege til å bli både kommuneoverlege og allmennlege (kombilege). For meg var det en stor fordel å ha kommuneoverlegestillingen forankret i en allmennpraksis. Informasjonen pasientene ga meg om livet i kommunen, om spesialisthelsetjenesten og om hvordan de øvrige kommunale tjenestene fungerte hadde stor verdi. Denne informasjonen tok jeg med meg inn i de kommunale møtene og de kommunale planene. Nå når samhandlingsreformen er over oss og den reviderte fastlegeforskriften er i anmarsj, er det enda viktigere at kommuneoverleger og fastleger har god kontakt.

Elektronisk samhandling

I perioden fra 1988 og fram til i dag har edb-journalene og den elektroniske samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten gitt gode og arbeidsbesparende løsninger, blant annet for prøvesvar, henvisninger og videokommunikasjon.



sjon. Men denne utviklingen har ikke gått raskt, og man ser at videre utvikling og implementering krever nasjonale føringer og gode finansieringsordninger. Timebestilling og reseptbestilling på nettet er arbeidsbesparende for allmennlegene og gir god service til de pasientene som kan benytte seg av det. Det bør derfor være enkelt og lønnsomt å ta i bruk. Felles medikamentlister, kjernejournal, har det vært snakket om i mange år, men det er sannsynligvis fortsatt lenge igjen før man klarer å få innført dette.

Allmennlegens rolle

Allmennlegens rolle er både å ivareta pasientens behov for helsetjenester og å fordele samfunnets helsetjenesterressurser på en fornuftig måte. Nå er denne rollen sterkt i fokus både grunnet veksten i utgiftene til spesialisthelsetjenester, den kommunale medfinansieringen i samhandlingsreformen og et sterkt engasjement fra NAV for å få ned sykemeldingsprosenten og medikamentutgiftene. Når det gjelder selve allmennlegegjerningen, er det nå mer fokus på å styrke pasientens egen mestringsevne framfor å ta på seg for mye ansvar for pasientens liv og helse. Forebyggingsfokus er også blitt sterkere gjennom årene, og det drives mye individuelt forebyggende arbeid i allmennlegekonsultasjonene. Fastlegens ord gjør ofte inntrykk på pasienten: «Du sa jo at jeg måtte slutte å røyke, så derfor sluttet jeg.»

Forholdet mellom fastlegen og kommunen

Mange allmennleger gikk som meg, over fra å være fastlønnet allmennlege til å drive privat legepraksis etter innføring av fastlegeordningen i 2001. Det er i ettertid hevdet at dette fratok kommunene styringsretten over allmennlegene, og at allmennlegene derfor har for mye fokus på kurativ praksis og for lite på møtevirksomhet og samarbeid med andre instanser. Allmennlegene selv mener at de deltar der det er viktig for pasienten at de er til stede. Det stemmer ikke at kommunene har mistet styringsretten, men styringsmulighetene ligger nå i lover, forskrifter, sentrale og lokale avtaler. Kommunene må derfor ha et gjennomtenkt forhold til hvordan fastlegeforskriften bør følges opp og hva som må inn i de lokale fastlegeavtalene.

Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Allmennlegenes samhandling med spesialisthelsetjenesten er som oftest knyttet til enkelt-pasienter. Kommunikasjonen foregår via henvisninger, epikriser og telefon. De siste årene også via internett, e-mail og videokommunikasjon. Utviklingen fra 1988 og fram til i dag har ført til en utjevning av forholdet mellom sykehusleger og allmennleger. Allmennlegens rolle som bestiller av helsetjenester for pasientene er blitt tydeligere, og valgmulighetene for både lege og pasient er blitt mange flere. Mange kommuner mener at helseforetakene etter foretaksreformen er blitt for «sterke», men allmennlegene forholder seg til sykehusene på nesten samme måte som før reformen. Samhandlingen med ambulansetjenesten er spesielt viktig, da ambulanspersonellet er gode støttespillere for allmennleger i akutte situasjoner.

Reformer som har påvirket allmennlegetjenesten i kommunene

Fastlegereformen, som kom i 2001, var vellykket i de mellomstore og store kommunene. Småkommuner med rekrutteringsproblemer opplevde neppe store endringer ved innføringen av reformen. Det at det nå ble mer attraktivt å jobbe som allmennlege i større kommuner, førte sannsynligvis heller til at rekrutteringen til de små kommunene ble litt dårligere.

Helseforetaksreformen (2002) førte spesielt i startfasen, til at ventetidene på behandling i spesialisthelsetjenesten gikk ned. Dette var positivt både for pasientene og for fastlegene. Dessuten førte den til bedre muligheter for å få oversikt over sykehusenes ventetider og kvalitetsindikatorer, og pasientene fikk en reell mulighet til fritt sykehusvalg.

NAV-reformen (2006) hvor befolkningen skulle få en instans å forholde seg til istedenfor tre: trygdekontor, arbeidskontor og sosialkontor, startet ikke som noen suksess. Det å slå sammen tre så omfattende tjenester krevde solide kunnskaper i førstelinjen, og dette leddet sviktet i mange tilfeller. Når saksbehandlingstiden i tillegg økte, ga det negative utslag for mange pasienter, og det resulterte i massiv kritikk mot NAV. Kritikken har ennå ikke stilnet helt, men noe har gått seg til.

Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012, og foreløpig har den ikke gitt store

utslag for allmennlegetjenesten. Men etter hvert som samhandlingsavtalene mellom kommunene og helseforetakene skal implementeres, må allmennlegene med i dette arbeidet. Mange oppgaver skal flyttes fra sykehusene og til kommunene, og allmennlegene bør ha en nøkkelrolle i dette arbeidet dersom samhandlingsreformen skal bli vellykket for pasientene.

Legeforeningens rolle for allmennlegene

De sentrale avtalene for allmennleger, både særavtalen og rammeavtalen, har etter min mening vært gode avtaler for allmennlegene. Det samme gjelder normaltariffen. Legeforeningen har også klart å ivareta allmennlegenes interesser både ved innføringen av fastlegeordningen og helseforetaksreformen. Det gjelder også i høringsarbeidet med forslaget til ny fastlegeforskrift. Dette arbeidet er viktig for god rekruttering av allmennleger, både til utkantene og til sentrale strøk av landet. Et tilstrekkelig antall og stabile allmennleger er en forutsetning for en god primærhelsetjeneste i kommunene.

Veien videre

Mye har forandret seg hva gjelder allmennlegens rolle i kommunehelsetjenesten i de siste 25 årene, men ønsket om å gjøre en god jobb for pasientene preger flertallet av allmennlegene nå som før. Den faglige fanen er høyt hevet og det er fokus både på kvalitet, innhold i og tilgjengelighet til tjenesten. Allmennlegens rolle som forvalter av viktige og kostnadskrevede samfunns-goder blir stadig synligere. Samfunnets utgifter i trygdesystemet, i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten avhenger mye av allmennlegenes prioriteringer og valg for pasientene. Dette bekrefter viktigheten av å være faglig oppdatert, av å holde seg orientert om de behandlingstilbudene som finnes og av å oppdatere seg i de til enhver tid gjeldende lover og forskrifter. Fastlegene gjør en god jobb. Det mener i hvert fall befolkningen, som rangerer fastlegen høyere enn alle de andre kommunale tjenesteyterne.

Allmennmedisin

- fortida og framtida -

frå ein medisinstudents perspektiv

■ BJØRG BAKKE



- Stud.med. ved Universitetet i Bergen
- Leder i Norsk medisinstudentforening fra 2012

Kva er det egentleg som gjer at nokre vel å bli allmennlegar, medan andre blir kirurgar eller hudlegar? Som medisinstudent er det ikkje alltid like lett å vite kva ein vil. Ein har ikkje prøva seg i yrkeslivet, ein veit ikkje kva som krevjast, men dei fleste av oss ynskjer å arbeide med menneske, friske som sjuke. Mange medisinstudentar ynskjer å gå inn i allmennmedisinen, men saknar informasjon rundt spesialiseringsmoglegheiter, økonomiske tilhøve og korleis livet som allmennlege faktisk er.

Til tider har medisinstudentar og legar problem med motivasjonen: Kvifor gjer eg dette? Er det verdt det? For å finne tilbake til denne opphavlege motivasjonen kan det vere lurt å sjå tilbake på legens rolle. Den gongen byråkratiet var mindre og det personlege ansvaret større. Dette for å bli minna på kva som faktisk er hovudelementet i helsevesenet vårt, og dermed kanskje kvar hovudfokuset i grunnutdanninga bør ligge.

Distriktslegen

Tiptippoldefar min heitte Andreas Bakke. Han utdanna seg ved Universitetet i København på slutten av 1830-åra og drog deretter tilbake til Noreg for å arbeide. På denne tida var det legemangel ute i distrikta. Distrikta

vart dermed dela inn i svært store områder som alle skulle ha ein ansvarleg lege. Smittsame sjukdommar, einsidig kosthald og store avstandar gjorde legens arbeid utfordrande. Samstundes hadde legen ei stor stilling i lokalsamfunnet. Ein hadde utdanning, god inntekt og ein sterk maktposisjon. Ein var lege, men også ein samfunnsaktør med moglegheit for å påverke samfunnsstruktur, ikkje minst betre befolkninga sine leveutsikter. Ein arbeidde i stor grad åleine, men ein hadde fridommen til å vere kreativ for å kome fram til gode løysingar med minimalt med ressursar.

Samfunnsansvaret legen hadde vart også illustrera gjennom lovar som sa at legen måtte yte helsehjelp til fattige utan vederlag samt drive vaksinasjon mot kopper. Helse var av

stadig større betydning og legen var hjørnesteinen i dei små lokalsamfunna rundt om i landet. Ettersom kunnskapen vart større, ressursane aukande, og kommunikasjonen betre, utvikla også helsesystemet vårt seg raskt. Frå einskilte legar spreidd over store områder, til eit meir gjennomtenkt og utvikla helsesystem.

Gjennom både gode og dårlege erfaringar har helsevesenet utvikla seg til ein svært spesialisera og ressurssterk sektor i samfunnet. Levealderen har auka til over 80 år, sjukdommar er kurative, kreft kan ein overleve og hjelpa er aldri meir enn minutt unna per telefon. Dette har førd til høgre krav blant befolkninga og dermed også ei sterkare styring frå myndighetane for å tilby lik behandling i alle delar av landet.



Essensen i primærhelsetenesta

I fortid og framtid vil allmenntidisin alltid ha ei viktig rolle. Det er her pasienten har sitt fyrste møte med helsevesenet. Det er her pasienten legg fram problema sine og gjer seg sårbar. Samstundes har helsesektoren endra seg. Helsevesenet er blitt komplisera å navigere i, både for pasientar og legar. Spesialisthelsetenesta er stor og stadig i vekst. Den trekkjer dermed også til seg fleire legar, som kanskje kunne nytta sine talent og interesser i allmenntidisin.

Allmenntidisin er essensen i primærhelsetenesta, og primærhelsetenesta bør vere hovudfokusert i helsesektoren. Gjennom god folkehelse og førebygging kan samfunnet spare store summer. Gjennom eit auka fokus på kosthald og aktivitet kan ein dermed førebyggje mange av livsstilssjukdommane som kjem til å koste samfunnet dyrt i tida framover. Dette fokuset kjem likevel ikkje av seg sjølv. For at primærhelsetenesta skal kunne bli eit enda viktigare fokusområde, må haldningane endrast og medisinstudiet må endrast. Dette må myndighetane gå i spissen for.

Likevel må også fagfeltet allmenntidisin synleggjere kor attraktivt det faktisk er. Det må promotere seg som eit statusfelt. Å vere allmenntidislege er viktig og blir stadig viktigare. Allmenntidilegane må fortsett ha fridom til å styre sin eigen arbeidsdag utifrå behova til det området ein arbeider i. Ein må kunne nytte mesteparten av tida si til pasienten, ikkje til lite effektive IKT-system eller til papirarbeid for NAV. Tida skal nyttast der ein har mest bruk for den – hos pasienten.

Spesialiststudiet

Medisinstudiet er seks år. I løpet av desse seks åra er store delar av studiet fokusera mot fagområder i spesialisthelsetenesta. Hovuddelen av førellesning og praksis skjer ved sjukehus. Utdanninga vår fokuserer i stor grad på det spesialisera, på det avansera – ikkje nødvendigvis på det vanlege. Dette medfører at medisinstudentar blir tryggare på det spesialisera enn det vanlege. Ein blir trygg på nettverket som finnst på sjukehusa. Eit kollegium, hjelpemiddel i form av CT, MR, PET og ei lang rekke av andre undersøkingar som kan gje deg ei diagnose på 1-2-3.

For at allmenntidisin skal styrkast blant framtidige legar må utdanninga endrast. Medisinstudentar må bli trygg på den rolla ein har som allmenntidislege. Ein må bli trygg på å nytte tida til hjelp. Ein må ha kunnskap om kva som faktisk er vanleg og kva som må sendast vidare til spesialisthelsetenesta. For å bli trygg i denne rolla må ein ha meir utplassering i allmenntidisin. Ein må ha forelesarar som sjølv har arbeidd eller arbeider i faget. Ein må i større grad kommunisere den viktige rolla allmenntidisin har i samfunnet.

Attraktive stillingar

I Canada og Australia har ein medisinske fakultet som tek utgangspunkt i primærhelsetenesta. Undervisninga er desentralisera for at studentane skal få inngåande kunnskap i nettopp det vanlege. Ein skal vite når ein lungebetennelse skal sendast vidare og når den ikkje treng det. Ein skal bli forma inn i ei rolle som klinisk. Ein skal kunne undersøkje pasientar utan å nytte dyre og avansera verktyg for å kunne stille ei diagnose og setje i gang ei behandling.

På denne måten blir studentar tettare følgd opp. Ein får møte pasientar tidleg i utdanninga, ein får tryggleik i rolla si og motivasjon og lyst til å gå inn i faget. Medisinstudentar blir forma av legane ein møter. Allmenntidisin og primærhelsetenesta lid under eit system som føretrekker spesialisthelsetenesta. Det må gjerast meir attraktivt å bli allmenntidislege. Allmenntidilegane må bli meir offensive for å vise kor bra fagområde ein arbeider med. Ein må ikkje vere redd for å krevje meir og samtidig ta meir plass. På den måten kan ein kanskje endre haldningane som nokre i spesialisthelsetenesta formidlar om allmenntidisin.

God løn, gode arbeidstider, liten vaktbelastning og eit godt arbeidsmiljø. Oppfølging av kjende pasientar, nye pasientar, born og vaksne. Allmenntidisin har alt. Ein får sjå utruleg mykje og ein har i tillegg mange goder som spesialisthelsetenesta ikkje kan tilby. Dette må synleggjerast.

Framtidis medisinstudentar

Rekruttering til allmenntidisin vil bli eit sentralt element i åra framover. Samhandlingsreforma og det auka kostnadsnivået i helsevese-

net vil tvinge fram eit auka fokus på primærhelsetenesta og førebyggjande behandling i folkehelsa. Dei økonomiske insentiva frå myndighetane bør også ta plass i utdanningsarenaene. Ved å ytterlegare å styrke faget allmenntidisin på medisinstudiet vil me få fleire allmenntidilegar. Studentane skal sjølvstendig fortsetje å ha klinisk praksis ved sjukehusa, men meir mot slutten av studiet. Ut-plassering vil også føre til at studentar får sjå korleis allmenntidilegen arbeider. Ein får tilknytning til staden ein har utplassering og det gjer det mogleg for distrikta å gjer seg attraktive for seinare tilsetjing.

Helsemyndighetane må også ta eit ansvar for rekrutteringa til allmenntidisin. Ein må gje legane nok fridom til å ha ansvar for sin eigen arbeidsdag. Kvar lege har sitt interesseområde og sitt fagfokus. Det må vere mogleg å få arbeide individuelt, samstundes som ein har eit felles grunnlag for kva som skal bli tilbode.

Pasientar framfor papir

Det er fristande å skulde på den auka byråkratiseringa i helsevesenet som årsak til den redusera rekrutteringa til allmenntidisin. Som medisinstudent har ein ofte ikkje kjennskap til kor stor del av kvardagen som faktisk gjeng med til papirarbeid og som dermed tek tid vekk frå pasientane. Motivasjonen for å studere medisin er ofte eit ynskje om å arbeide med menneske, ikkje drive med papirflytting. Dagens medisinstudentar treng ein auka visshet om at ei framtid innanfor primærhelsetenesta er fagleg utfordrande, økonomisk trygt og personleg givande. Allmenntidisin har kanskje fått eit omdømmeproblem blant framtidige legar, men dette kan endrast! Men då må allmenntidilegane ta større grep om medisinstudentane allereie frå byrjinga av.

For den norske befolkning er det viktig å sikre rekrutteringa til allmenntidisin. Det kan skje ved betre kommunikasjon, engasjerte allmenntidilegar, meir praksis og ein god plan for kva utdanninga vår skal gje oss. Dermed kan framtidis medisinarar også bli viktige samfunnsaktørar der me påverkar folkehelsa, samstundes som arbeidsdagen består av pasientar og ikkje papir.

bakkebjorg@gmail.com



Når avmakt er hugget i stein

■ HARALD SUNDBY fastlege, Kalvskinnets legesenter og universitetslektor, ISM, NTNU

Han het A, og kom fra Iran... Først kom han med smerter, og gjennom noen konsultasjoner kom han litt etter litt med sin historie:

Han var flyktning i 40-årene, ugift, ingen familie i Norge. Drev egen forretning. Mor og far levde i Iran. De hadde han ikke sett de siste 15 årene. Altså nokså ensomme rammevilkår. Far hadde vært ingeniør, og politisk progressiv. Familien syntes lite om sjahens regime, men da regimet ble styrtet så de raskt at det kunne bli enda verre med Khomeini. A var 16 år på den tiden, og engasjerte seg i en motstandsgruppe med venstreradikal ideologi.

Det varte ikke så lenge, han ble anholdt etter et drøyt år, han og mange andre. Noen ble henrettet nokså raskt, de andre ført i fengsel.

Her gjennomgikk de brutal tortur, også A. Mange, de fleste, døde etter hvert, som resultat av torturen, eller de ble henrettet. Når de var pumpet for informasjon. Etter syv år slapp han ut. Da var han 24, og hadde gjort seg brutale livserfaringer.

A fortalte at «jeg tror at jeg er ganske sterkt psykisk», og jeg syntes at dette stemte bra med slik han framstod. Hans integrasjonsprosess i Norge var preget av mestring, både språklig og arbeidsmessig. Han drev en egen liten virksomhet, med tre til fire ansatte. Dog ikke alltid helt lett å vite hvor man hadde ham. En følelse av at han ikke kunne eller ikke ville fortelle alt. Og det hadde tatt sin tid og sine konsultasjoner å få fram bakgrunshistorien. Et par tre år med uregelmessig kontakt.

Symptomene hans var først og fremst kroppslige smerter: under fotsålene, opplagt relatert til torturen. Hodepine og brystveggssmerter nå og da, dessuten nattesøvnsvanser. Sannsynlige stressymptomer. Kanskje posttraumatiske?

Så en dag sterke smerter i nakke med utstråling, opplagt relatert til en prolaps vi fant på MR. Til dels veldig sterke smerter. Det forsterket de andre plagene også. Smerte skaper smerte. Derav en lengre periode med sykmelding og så rehabiliteringspenger. Han la ned bedriften. A ble NAV-avhengig.

Men tiden kom da A ville tilbake til arbeidslivet. Til tross for sine helsemessige begrensninger.

Persisk sporhund

Det å være avhengig av hjelp fra den norske velferdsstaten, opplevde han som vanskelig å

tilpasse seg. Han så på seg selv som grunnleggende uavhengig, «jeg har til nå greid meg gjennom mye rart, for det meste helt alene. Jeg er en som overlever».

A hadde betydelige ressurser, også til «mentalisering» og liknende moderne kompetanser, uten at han hadde akkurat disse ordene på det. Der andre torturerte flyktninger kan bli permanent nedbrutt i dyp mistro til seg selv og andre, derav isolert, mange egentlig «ødelagt», finnes As type også. Overlevne. De er sporhunder i det mellommenneskelige kommunikasjonslandskapet. Lukter lunta med en gang. Hvis det dreier seg om f.eks. dobbeltkommunikasjon. De avslører det. Kompetanse utviklet i torturkjelleren. Men de kan også, i større grad enn den første gruppen, lete seg fram til relasjoner med tillit.

Eller en strategi med å beskytte og distansere seg. Tåle livet og menneskene som de er, og derfor fortsette et slags sosialt liv. Dette er muligens nettopp å være «sterk psykisk».

Mht. A fornemmet jeg det omtrent slik: At livets skole, om enn med et grenseløst brutalt pensum, hadde lært ham at «uansett hva som skjer så tåler jeg det». «Det verste som kan skje oss er jo tross alt bare at vi dør, er det ikke det da?»

Vi fortsatte et lite samarbeid om hans forhistorie og helsesituasjon, og på torturtraumatologi generelt. Det første var mitt fokus, A likte best å snakke om det siste. Tonen ble ganske åpen.

«Når det gjelder for eksempel deg, Dr. Harald, så kan jeg stole på deg. Det vet jeg. Jeg ser at du er kanskje litt naiv, men det er jo mange nordmenn. Jeg synes vi samarbeider bra.»

Lurt smil, med en slags lun respekt.

«Dessuten har du makt» smilte han videre, og tok, ikke så fleipete, opp stempelet mitt og gav meg det – «og litt av den makta trenger jeg nå, for nå har jeg fått problemer med NAV.»

NAV-makten

A hadde vært arbeidsufør i ca. 14–15 måneder, men nakkeprolapse var skrumpet og han var godt motivert for en ny start mot arbeidsliv. Men kanskje som ansatt et eller annet sted, og ikke med alt for mye ansvar for alt mulig?

Det hadde vært en del fellesmøter underveis. Og en håndfull saksbehandlere. Aldri den samme fra møte til møte. A syntes det var vanskelig å gjøre rede for helsa si og behovene mht. arbeidslivet selv.

«I NAV er det veldig få som forstår noe

som helst av tortur og sånn. Det er best at du blir med.»

Vi møtte forståelse, og hadde konstruktive møter der vi utviklet konkrete planer. A skulle bli kontaktet tilbake, men altså oftest «av den nye saksbehandleren din. For jeg skal over på et annet kontor neste måned.»

Det ble ikke så konstruktivt og konkret likevel. Tvert i mot, ingenting skjedde. Absolutt ingenting. Jo, forresten: Venting.

Jeg var utfordret på et samarbeid som måtte fortolkes som forpliktende.

Det var sånn sett hele rehabiliteringen som var satt i NAVmakt. Jeg har hatt mye positivt samarbeid med NAV gjennom årene, og mente vi kunne prøve en runde til. At vi bare hadde hatt uflaks. A mente ikke det. Han var blitt sint.

«NAV har veldig store problemer, doktor Harald. Jeg får penger og er takknemlig for det. Men hjelp til å komme meg i arbeid får jeg ikke. De bare beskytter seg selv. Og er redde for å gjøre feil. Og nå mener de at jeg er trygdesvindler.»

Hørt den før? Sutring og utålmodighet fra utlendinger som burde være takknemlige? Sitter man tett opp i en slik sak ser man at det kan ha sine årsaker.

Jeg fikk dette inntrykk: At vi faktisk hadde litt uflaks, men at A også gjorde seg autentiske sporhunderfaringer i systemet. Han lukket seg til at her var autonomiteten svært truet. Derfor tok han skjeen i egen hånd, og da begynte problemene for alvor. Til tross at han holdt saksbehandler løpende orientert.

Han skaffet seg praksisplass, i en møbelforretning, som var drevet som en familiebedrift. Det fungerte. Men det oppsto alvorlige familieproblemer i bedriften. Sønnen, medeier, begikk selvmord. A har nese for katastrofereaksjoner også, og tok mer og mer ansvar der faren etter hvert dekomponerte. A var vant til bedriftsansvar.

Av litt mystiske årsaker fikk A med to dagers varsel beskjed om å avslutte i bedriften av NAV. For han hadde startet der uten formell godkjenning fra dem ble det påstått. En del dokumentasjon beviste det motsatte. Det ble ikke tatt hensyn til. Dessuten hadde arbeidsgiveren rotet økonomien til. Ikke så uforståelig i sjokk og sorg.

Nå var NAV kommet på banen, tydeligvis med en eller annen svindelavsløringsinstruks. Mye uklar dynamikk, mye mistenkeligjøring. Vi innkalte til møter. Først med arbeidsgiveren, for å få litt oversikt. Jeg fikk inntrykk av at A hadde vurdert ham rett. Han var positivt innstilt, men virket sorgtung på

grensen til apatisk. Og ville ikke innvie NAV i familietragedien.

Saksbehandlers profil betyr mye når godt skjønner er påkrevet. A sin var av ganske regelryttersk støpning... Og vi fornemmet at det bak saksbehandleren var et enda mer etterforskningspreget nivå, høyere oppe i systemet. Man fikk følelsen av at informasjon om hva som foregikk ble tilbakeholdt. Saksbehandleren kom under mer systempress og ble mer stresset og respektløs. Deretter noe A opplevde som spesielt vanskelig. To andre fikk praksisplass i samme bedrift.

A ble rimeligvis mer stresset, sint og skuffet. Men mest av alt ble han åpenbart redd for hva som nå ville skjje.

Mistenkeligjøring er ikke så sunt for alvorlig krenkede. Det er en trigger for reaktivering. Samspillet minner for mye om stemningen for eksempel i torturkjelleren. A ble ganske dårlig. Han ble mer lukket, og uteble fra noen av timene. Han ba om sovetabletter.

«Det der trodde jeg at jeg aldri ville ha bruk for.»

Strukturell tortur?

Jeg misliker sterkt at rehabiliteringer forvirrer og havarerer på denne måten. Frustrasjonen i slike situasjoner smitter. Det er lett å gå i roller som «ryddegutt». Fastlege og en slags fast - bistandsadvokat. Nytteløs prosedering i dette tilfellet.

Urettferdighet hadde A opplevd overdoser av tidligere. Jeg sonderte litt rundt reaktiveringsmuligheten:

«Er det kanskje noe av dette som minner om Iran, A, og det du opplevde der?»

«Selvfølgelig. Alt jeg sier, blir visst brukt mot meg her også. Men dette synes jeg er verre på en måte. For disse folkene er ansatt i et hjelpesystem. I fengselet i Teheran *visste* jeg at alle ville meg vondt. Det fortalte de meg hele tiden.»

Kunne dette stemme? At NAV-kalamitene ble opplevd som verre enn torturkjelleren? Jeg merket at det var litt vanskelig å forstå. Men at det i det hele tatt minnet var mer enn nok til å skamme på vegne av hjelpesystemet.

Prosessen, der A så ut til å være kommet i en Josef K-posisjon, tok måneder, bort i mot et år. Den endte med «frifinnelse». A var velkommen til å gjenoppta praksis i bedriften. Men A takket nei og søkte om å bli ufør etter en stund.

Han hadde mistet motivasjon for å få til noe i retning av yrkesaktivitet. Han gled litt

inn i pasientrollen. Hans overbevisende traumescore, smerter og psykologiske kartlegging var enkelt vedtaksgrunnlag for rådgivende lege og NAV forvaltning. Noen måneder senere var han blitt uførepensjonert.

Persisk lenkejeng

Vi hadde nye konsultasjoner. Jeg fikk inntrykk av at overlever A hadde kommet seg igjennom dette også. Han blåste litt av det hele.

«Jeg er vant til litt av hvert. Det er bare her i Norge dere tror på rettferdigheten. La meg fortelle en liten iransk fortelling om akkurat det.»

En isolert liten iransk landsby, ganske langt til fjells, levde under denne forbannelsen: At alle landsbyens innbyggere var bundet sammen. Med tykke lenker av kjetting. De var helt umulig å kutte. Det var en avhengighet som gjorde livet vanskelig for dem alle. Ingen frihet. Alle bevegelser og gjøremål måtte koordineres og samarbeides om. Arbeidsdeling var nesten umulig. Oftest gikk det helt i stå. Men markene var usedvanlig fruktbare. De led ingen materiell nød.

Utmattet av denne evigvarende gruppedans med kjetting, greide de å organisere seg til å oppsøke en vismann, noen daler og åser unna. De ba ham om et råd i fortvilelsen: hvordan befri seg fra lenkens åk?

«Det finnes *én* løsning», mente vismannen, «men den er svært krevende»

Lenkejengen fra landsbyen lot seg ikke skremme. Alt var bedre enn kjettingskjebnen.

Og dette var løsningen: De måtte ta seg vei, adskillige dagsmarsjer, til oppunder det høyeste fjellet i fjellkjeden nord i landet. Der, like under toppen, befant det seg en stein, på toppen av et fjellspir. På denne steinen sto skrevet oppskriften som kunne løse dem fra forbannelsen.

Landsbyen kronglet seg av gårde, og etter flere uker nådde de fjellet, fant fjellspiret som beskrevet, og så steinen på toppen. Med nød og neppe greidde de å mobilisere seg så høyt at de kunne sende en mann helt opp.

«Hva står det, hva står det?»

Lett å forstå at spenningen var stor og utålmodigheten større. Det stod: «Snu steinen».

Skuffelse, men fortsatt håp. Steinen var stor, blytung, og det tok en ny uke å tenke ut hvordan snu den. Men de fant det ut, og fikk snudd steinen.

A stoppet der. Kunstpause. Jeg ventet i spenning. Iransk eventyrstund for fastleger.

«Ja, hva stod det?»

«Du får gjette» sa A.

«Gir opp, aner ikke» sa jeg.

«Snu steinen stod det. På baksiden også.»

Respektresept

Jeg merket litt luftsigg ut av min egen ballong. Ingen happy end, nei. Intet halvt kongerike. Tenkepause, litt galgenhumoristisk fnising.

«Så, altså: uansett hvordan man snur og vender på det, A, så nytter det ikke?»

«Vi iranere ser det slik».

Nå gikk det et drag over ansiktet til A. Det galgenhumoristiske skjeve smilet forsvant, og man kunne skimte en utsigelig fortvilelse der inne et sted.

Som de fleste leger tåler jeg ikke avmakt så godt. Denne presentasjonen av avmektigheten som eksistensiell grunnbetingelse kunne jeg ikke så godt leve med. Heller ikke den ensomme fortvilelsen som var dukket opp i rommet.

Hjernen min begynte, nesten litt desperat, å lete etter løsninger.

«Med all respekt, det der går jeg ikke med på, A»

Uten at jeg helt vet hvorfor, tok jeg fram et ark, og forsøkte å omskrive betingelsene.

«Respekt for A!» skrev jeg med ganske stor skrift. «og snu arket»

På baksiden de samme: «Respekt for A. Og snu arket».

Denne lappen gav jeg til min pasient. Han snudde og vendte på den. En gang og to ganger og tre ganger. Han så på meg, skeivt smil igjen. Jeg fornemmet en eller annen gjensidighet. Vi merket at vi på sett og vis hadde brutt koden litt. Lenkelåsen litt åpnet? Respekt begge veier. Det hjalp oss litt. Eller ganske mye.

Noe helt revolusjonerende nytt kan man vel dog ikke kalle dette respekt-reseptbelagte behandlingsprinsippet. Det finnes en god gammel formulering som jeg tror kan regnes som synonymprodukt.

Dobbel dose Hippokrates.

Den formulering er ikke alltid like lett å huske. Dessuten krever den respekt på et litt dypere nivå. Det igjen krever grundig og helst narrativ anamnese, men da dukker den oftest opp av seg selv. Men det krever oftest litt tid.

har-su2@online.no

Tørre øyne

■ **OLA M. RYGH** • Spesialist i øyesykdommer, PhD • Tørreøyneklivnikken, Oslo • Overlege, Øyeseksjonen, Sykehuset i Vestfold • Jessheim Øyelegekontor

TOR PAASKE UTHEIM • Spesialist i øyesykdommer, PhD • Avdeling for medisinsk biokjemi, Oslo universitetssykehus, Ullevål • Schepens Eye Research Institute, Harvard Medical School, Boston, USA • Tørreøyneklivnikken Oslo og Tromsø

STEN RÆDER • Spesialist i øyesykdommer, PhD • Tørreøyneklivnikken Oslo og Tromsø • Syns-Laser, Oslo

Innledning

Tørre øyne er en tilstand som allmennpraktikere ofte møter i sin praksis. Ulike studier angir en forekomst av tørre øyne i befolkningen som varierer fra fem til 35 prosent. Mange pasienter med tørre øyne kan oppnå bedring med enkle tiltak og tårevæskesubstitutter. Likevel er det ikke sjelden at man ikke kommer helt til målet med dette, og en grundigere undersøkelse er da på sin plass. Øyetørtheten kan for eksempel være et symptom på en systemsykdom.

De senere år har interessen for tørre øyne innen det medisinske miljø økt betydelig. I 2007 ble det holdt en internasjonal konsensus-konferanse (Dry Eye Workshop, DEWS) (1) som resulterte i en konsensusrapport for inndeling, diagnostikk og behandling av tørre øyne. I 2011 kom også en konsensusrapport om diagnostikk og behandling av MGD (meibomian gland dysfunction) (2). Interessen er dessuten stor hos legemiddelindustrien, og det er i dag en rekke tårevæskesubstitutter på markedet. Det er i tillegg en rekke nye legemidler med nye virkningsmekanismer i anmarsj. Fremover vil det følgelig bli et stort behov for komparative studier for å avklare det beste behandlingsalternativet for den heterogene gruppen av pasienter som forenklet rubriseres som tørre øyne. Også innen diagnostikk har det vært en rivende utvikling de senere år.

Øyets overflate

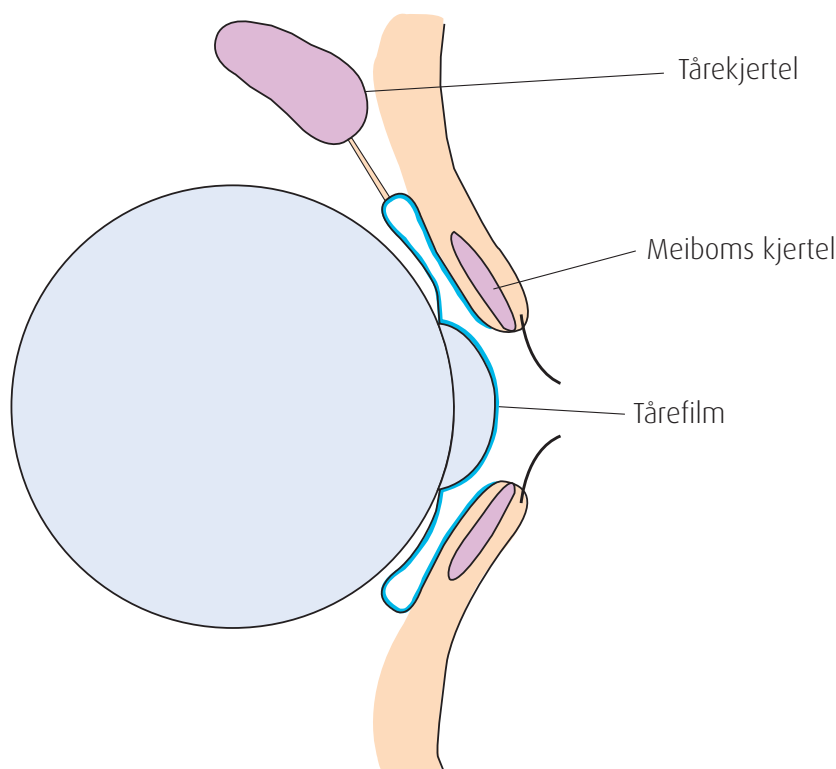
Øyets overflate er avgjørende for godt syn ved å opprettholde en jevn refraktiv (lysbrytende)

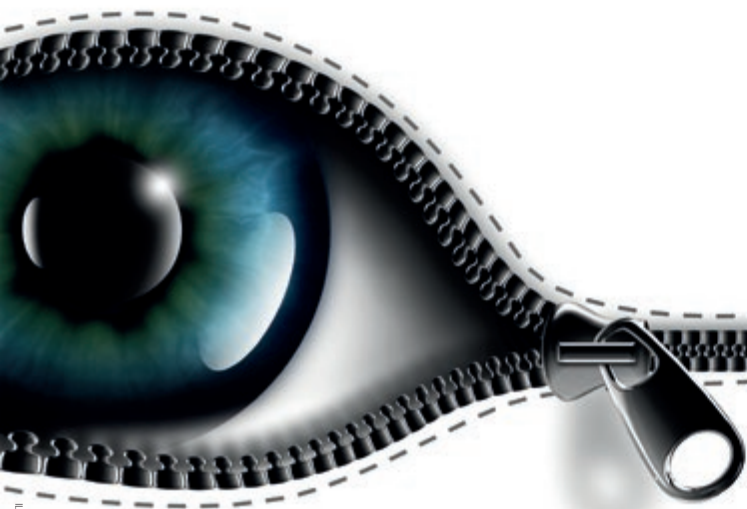
overflate og en klar hornhinne. Øyets overflate består av øyelokk med meibomske kjertler (og kjertler av Moll og Zeis), konjunktiva, tårekjertler, aksessoriske tårekjertler, tårefilm, tårekanaler og hornhinne med sensoriske nerver (blunkerefleks). Øyets overflate begynner med øyelokkskanten (margo) og her finner man utførselsganger for kjertler som sitter i øyelokket. De meibomske kjertler sitter i øyelokkets tarsalplate og produserer et oljeaktig sekret som utgjør en liten, men helt sentral komponent ytterst i tårefilmen. Kjertlene bidrar til å stabilisere og redusere fordampning av tårefilmen. Nitti prosent av tårevæsken består av en vandig komponent som produseres av tårekjertlene. Den tredje og innerste komponenten i tårevæsken er et mukøst sjikt som secernerer fra gobletceller (mucinproduserende celler) i konjunktiva. Tårefilmen fornyes ved hvert blunk og varer normalt i minst 10 sekunder før den brytes opp ved fordampning. Sensoriske nerver i hornhinnens overflate registrerer dette og det resulterer i at man blunker på nytt (blunkerefleks). Imidlertid vil de fleste blunke før tårefilmen bryter opp, hvilket gir god beskyttelse av øyets overflate.

Inndeling av tørre øyne

Tørre øyne kan inndeles i to hovedgrupper: Tørt øyesyndrom på grunn av nedsatt tåreproduksjon («aqueous deficient») og tørt øye på grunn av økt fordampning av tårevæsken («evaporative»). Blant tilstander med tørt øye på grunn av nedsatt tåreproduksjon utgjør aldersrelatert nedsatt tårevæskeproduksjon den største gruppen. Sjøgrens syndrom hører også hjemme her. Blant tilstander med økt fordampning av tårefilmen finner vi dysfunksjon av meibomske kjertler («Meibomian Gland Dysfunction»-MGD). Her er lipidkomponenten i tårefilmen forstyrret og dette fører til økt fordampning og uttørring. En annen årsak til økt fordampning er malposisjon av øyelokk (for eksempel ektropion).

Diagnostikken tar sikte på å finne årsaken til hvorfor pasienten har tørre øyne og velge behandling ut ifra dette. I mange tilfeller vil man finne flere komponenter som bidrar til tørt øye hos en pasient, og da vil behandlingen bli en kombinasjonsbehandling der man tar hensyn til hver komponent.





Risikofaktorer

Kvinner er oftere rammet enn menn, og prevalensen øker med alderen. Andre risikofaktorer er kontaktlinsebruk og tidligere øyekirurgi. Også mye tid foran dataskjerm og lav luftfuktighet i hjemmet eller på arbeidsplassen er assosiert med tørre øyne. En rekke legemidler kan påvirke tårevæsken og redusere tårevæskeproduksjonen. Ikke minst predisponerer øyedråper, for eksempel en del medikamenter som brukes ved grønn stær, for tørre øyne. Som regel er det konserveringsmidlet i øyedråpene som er årsaken. Tørre øyne er dessuten en velkjent bivirkning av systemiske og lokale antihistaminer. Dette gjelder også betablokkere, noen antidepressiva og ikke minst isotretionin.

Diagnostikk

Anamnese

En god anamnese er viktig også for tørre øyne pasienter. Sentrale spørsmål i anamnesen er: hyppighet, varighet og variasjon av symptomer (SE EGEN FAKTABOKS). Tidligere sykdommer hører med, spesielt hudsykdommer, reumatoid artritt og thyroideasykdommer. Om pasienten bruker medikamenter som kan gi tørre øyne, må det avklares. Kontaktlinsebruk og tidligere øyekirurgi er viktige opplysninger. Miljøfaktorer må det kartlegges, både i hjemmet og på arbeidsplassen. Dette gjelder for eksempel bruk av varmepumper, aircondition, vedfyring og arbeid foran PC-skjerm. Tidligere behandling av tilstanden, som bruk av tårevæskesubstitutter, er også viktig å få med.

Det er utarbeidet standardiserte spørreskjema for tørre øyne, og noen av disse er validerte. Et standardisert spørreskjema kan være et nyttig supplement, og kan brukes som screening eller for å evaluere effekten av behandlingstiltak.

Objektive tester

Det finnes en rekke objektive tester for tørre øyne. Schirmers test er antagelig den best kjente og kan utføres i allmennpraksis. Schirmers test kan gjøres med (Schirmer I) eller

DRY EYE SEVERITY LEVEL	KLINIKK	BEHANDLING
1	Milde episodiske symptomer Lite eller intet opptak ved farging. Blekt øye. Normal TFBUT. Variabel eller normal Schirmer.	Råd om miljøfaktorer og kosthold. Eliminere medikamenter som kan gi tørre øyne Kunstig tårevæske. Øyelokkshygiene om nødvendig.
2	Moderate symptomer. Variabelt opptak ved farging. Blekt øye. TFBUT 10 sek. Schirmer 10 mm / 5 min.	Legg til: Kortikosteroider. Cyclosporin A Tetrasykliner Tårepunktsplugg
3	Alvorlige/hyppige symptomer Tåkesyn Moderat til uttalt fargeopptak Konjunktival injeksjon TFBUT 5 sek. Schirmer 5 mm / 5 min.	Legg til: Autologt serum øyedråper Bandasjelinse Permanent tårepunktsokklusjon
4	Alvorlige/konstante symptomer Tåkesyn Uttalt fargeopptak Konjunktival injeksjon TFBUT umiddelbar Schirmer 2 mm / 5 min.	Legg til: Systemiske kortokosteroider Kirurgi (tarsoraf, amnionhinnetransplantasjon)

TABELL. Forenklet oversikt over symptomer og funn og behandling etter alvorlighetsnivå av tørt øye.

uten (Schirmer II) lokal anestesi. Schirmer I utføres ved å feste en 5 x 35 mm strimmel med filterpapir på innsiden av nedre øyelokk. Etter fem minutter leser man av hvor mye av filterpapiret som har trukket opp væske. Testen måler både basal og reflektorisk tåresekretasjon, og et resultat på mindre enn fem mm regnes for patologisk.

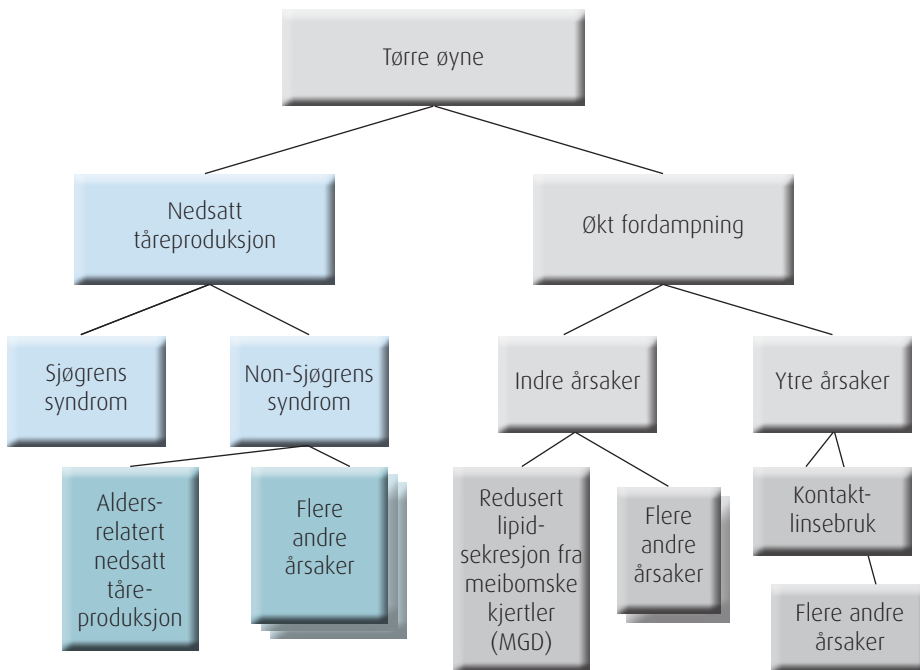
Stabiliteten av tårefilmen måles ved å tilsette fluorescein til tårefilmen og be pasienten om å blunke for deretter å la være å blunke. Man inspiserer tårefilmen i spaltelampemikroskop med koboltblått filter og ser etter brudd av tårefilmen som ofte fremkommer som mørke striper («breaks») i tårefilmen. TFBUT («Tear Film Break Up Time») er tiden fra siste blunk til første brudd i tårefilmen. Det er vanlig å ta gjennomsnittet av tre målinger og en verdi under 10 sekunder regnes som patologisk.

Inspeksjon av øyeoverflaten i spaltelampemikroskop er også en viktig del av diagnostikken. Det finnes flere skjemaer for gradering av funn, f.eks. Oxford-systemet (3), hvor

enten fluorescein eller lissamin grønn farge tilsettes tårevæsken. Disse fargestoffene fester seg der det er overflateskade og graden av farging eller «staining» gis en tallverdi på en skala fra 0–15, der null er normalt og 15 er det alvorligste. Små punktvis fargeopptak ved bruk av fargestoffer er karakteristisk ved tørre øyne.

Vurdering av sekret fra de meibomske kjertlene har også en viktig plass i diagnostikken, for å avgjøre om det forekommer MGD. Dette gjøres ved spaltelampemikroskopi av øyelokkskanten samtidig som man gjør forsøk på å presse ut sekret fra de meibomske kjertler ved å øve et trykk på øyelokkskanten. Funn av endret sekret og/eller tilstoppede utførsels ganger peker i retning av MGD. Ved MGD er sekretet fra de meibomske kjertler endret fra det normale transparente matoljelignende sekretet til et blakket, tykflytende sekret. I uttalle tilfeller minner sekretet om tannpasta.

Ved spesialiserte klinikker vil man også kunne gjøre osmolaritetsmåling av tårevæske,



GRAF. Diagnostisk flytdiagram for tørre øyne. GRAF. 07 MEDIA AS

OCT (optisk koherens tomografi) av øyets overflate med eksakt måling av tåremeniskken, og konfokal mikroskopi. Osmolaritetsmåling av tårevæsken har vist seg å være en spesielt god diagnostisk test og en måling som ligger betydelig over normalverdien på ca 300 mOsmol/L (en vanlig cut-off er 316 mOsmol/L) er en sterk indikasjon på tørre øyne.

Etter anamnese og objektive tester er det naturlig å oppsummere pasientens symptomer og funn. Det finnes graderingsskjemaer for alvorlighetsgrad av tørre øyne. Dry Eye Severity Level (DESL) er et eksempel, som graderes fra én (lett grad av øyetørrhet) til fire (mest alvorlig form). Alvorlighetsgraden har betydning for hvilken behandling man skal velge.

Behandling

Valg av behandling avhenger av alvorlighetsgrad og om tilstanden skyldes nedsatt tårevæskeproduksjon eller økt fordampning (for eksempel MGD). DEWS-rapportene fra 2007

og 2011 inneholder retningslinjer for behandling etter alvorlighetsgrad basert på trappetrinnsprinsippet. Det er viktig at pasienten har, eventuelt gis, realistiske forventninger, og god pasientinformasjon er nøkkelen til vellykket behandling. Tørre øyne og MGD kan være kroniske tilstander. I slike tilfeller er målet for behandlingen symptomlindring og forhindre forverring. Behandlingen kan bli livslang.

TRINN 1: Råd om miljøfaktorer og kosthold. Dette kan for eksempel innebære redusert bruk av varmepump og aircondition i hjemmet og på arbeidsplassen. Når det gjelder kosthold, er økt inntak av omega-3 vist å bedre tilstanden hos pasienter med tørre øyne. Man må vurdere å eliminere

medikamenter som kan gi tørre øyne. Man kan ta i bruk et tårevæske substitutt, og eventuelt en øyesalve til kvelden. Øyelokkshygiene (se omtalt i avsnittet lenger ned i spalten) dersom det foreligger MGD.

TRINN 2: Tillegg av lokale steroider og/eller cyclosporin. En kur med perorale tetrasykliner er vist å kunne bedre tilstanden ved MGD. Midlertidig okklusjon av tårepunktene med plugger.

De neste to trinnene er aktuelle for pasienter med de alvorligste former for tørre øyne og er spesialisert behandling:

TRINN 3: Autologe serumøvedråper, bandasjelinse, permanent tårepunktokklusjon.

TRINN 4: Systemiske kortikosteroider, kirurgiske prosedyrer, for eksempel tarsoraffi eller amnionhinnetransplantasjon.

Pasienter med MGD får råd om øyelokkshygiene. Dette er en egenbehandling som består av tre trinn. Først legges varme omslag på øyelokkene, noe som vil gjøre at lipidene i de meibomske kjertlene smelter. Deretter masseres øyelokkene forsiktig ved å stryke med fingeren 10–15 ganger langs øvre og nedre øyelokk. Dette vil kunne presse sekret ut av de meibomske kjertlene på grunn av forbehandlingen. Til slutt kommer rengjøring av øyelokkskantene med Q-tips og babyshampoo eller en pH-nøytral shampoo. Det er nylig utviklet spesialbriller for pasienter med MGD som gir oppvarming av øyelokk, og som er vist seg å være meget effektive i behandlingen av MGD.

Spørsmål om symptomer på tørre øyne:

- Har du ofte sårhet, tørrhet, brenning eller ruskfølelse i øynene?
- Er øynene irriterte når du våkner?
- Opplever du tretthetsfølelse i øynene?
- Opplever du tørrhet i andre slimhinner?
- Er øynene overfølsomme for lys?
- Opplever du tåkesyn?



Fastlegens rolle

Tørre øyne i milde former kan behandles i allmennpraksis. Dersom man ikke kommer til målet med enkle tiltak som tårevæskesubstitutter og generelle råd, kan det være aktuelt å henvise. En spesialist i øyesykdommer vil gjøre en grundigere undersøkelse enn det man har mulighet for i allmennpraksis. Det finnes nå også en privat øyeklinikk i Norge som utelukkende fokuserer på diagnostikk og behandling av tørre øyne. Tørreøyneklinikken ([HTTP://TORREOYNEKLINIKKEN.NO](http://TORREOYNEKLINIKKEN.NO)) er den første i Norden i sitt slag og benytter avansert diagnostisk utstyr (osmolaritetsmålinger, OCT og in vivo konfokalmikroskopi). Utenfor Norden finnes flere slike klinikker og antallet er økende. Dersom utredningen for tørre øyne etter henvisning indikerer systemisk sykdom, for eksempel reumatoid artritt og Sjøgrens syndrom, vil fastlegen kunne følge opp dette ved å rekvirere blodprøver og andre utredninger. Ved oppstart av en kur med lavdoserte tetracycliner er det aktuelt å ta lever- og nyreprøver for å monitorere behandlingen.

Fremtiden innen tørre øyne

Pasienter med tørre øyne vil i fremtiden få tilbud om bedre og mer avansert diagnostikk og dermed i større grad få skreddersydd behandlingen. Dette vil være et stort fremskritt da tørre øyne er en samlebetegnelse for en multifaktoriell og kompleks lidelse hvor det er en rekke undergrupper. Nyere forskning har funnet holdepunkter for at tørre øyne i flere tilfeller representerer en immunmediert sykdom. Dette har ført til utvikling av flere nye medikamenter som ventes å komme på markedet de kommende årene. Med en rekke nye diagnostiske hjelpemidler og behandlingsstrategier vil det trolig bli økt bevissthet omkring tørre øyne. Vårt håp er at økt kunnskap blant fastleger vil komme disse pasientene til nytte ved at unødvendige daglige plager over år, unngås ved å sørge for best mulig diagnostikk og behandling.

REFERANSER

1. «2007 report of the international Dry Eye Workshop (DEWS)». *Ocul Surf.* 2007; 5 (2): Special issue. 69–202.
2. «The international workshop on meibomian gland dysfunction». *Investigative Ophthalmology & Visual Science* 52.4 (2011): Special issue. 1917–2085.
3. Bron, Anthony J, Victoria E Evans, and Janine A Smith. «Grading of corneal and conjunctival staining in the context of other dry eye tests.» *Cornea* 22.7 (2003): 640–650.

 damrygh@gmail.com



ILLUSTRASJONSFOTO: IDA SUNDAR MYKLEBUST

Risiko- og sårbarhetsanalyser

■ SISILIE GRØSTAD *aut. helsesekretær, Trekanten legesenter i Asker*

Vet du hvor skoen trykker og hvor risikoen er størst? Hvilken rekkefølge skal ting settes i og hva må prioriteres? Hvem gjør hva og hva gjør du? Utfordringen i helsevesenet er å organisere virksomheter på en måte som oppfyller befolkningens forventninger så vel som faglige krav. Ved hjelp av ROS-analyser kan vi få enda bedre oversikt over helse, miljø og sikkerhet på arbeidsplassen.

ROS-analyse står for risiko- og sårbarhetsanalyse. Ved å kartlegge sannsynlighet og konsekvenser av kritiske og uønskede hendelser, som for eksempel hjertestans, anafylaktisk sjokk og voldsepisoder, kan man prioritere og planlegge tiltak for å forhindre dem eller redusere skadeomfanget dersom de oppstår. Det skal virke som et verktøy for å skaffe seg oversikt over farer, risikoer og sårbarhet i en virksomhet. Kunnskap om farer og risiko-områder må ligge til grunn for kartleggingen. Det kan dreie seg om virksomhetsfarer, menneskeskapte farer og natur- eller miljøforhold med farepotensial.

ROS-analyse er i hovedsak en kvalitativ risikovurdering, bygd på faglig skjønn og erfaring. Det har vist seg å være et effektivt verktøy for å definere forbedringsområder. Å kalkulere risiko og sette ting i system, øker oppmerksomheten rundt ulike sårbarhetsfaktorer. Økt oppmerksomhet bidrar til å skape trygghet. Legger man til repetering samt terping på å håndtere risikofylte hendelser, har man straks bedre beredskap.

Vi som jobber i helsevesenet og – i mitt tilfelle – på legekontor, opplever en rekke hendelser hver dag. Noen av disse trenger vi ikke å gjøre noe med, mens andre er mer utfordrende og krevende. Vi jobber med mennesker. For pasienter og pårørende er trygghet det aller viktigste når det står om livet eller når andre akutte situasjoner oppstår. Trygghet er vanskelig å måle og opplevd trygghet er ikke alltid reell. Vissheten om at man

blir tatt raskt hånd om av kyndige fagfolk hvis akutt eller livstruende sykdom eller skade rammer, har stor betydning for den enkeltes livskvalitet.

Hva brukes ROS-analyse til?

Svaret er enkelt: kvalitetsforbedring. Vi reduserer uønskede hendelser og omfanget av dem. Ved å gjennomføre ROS-analyser oppfyller vi en rekke lover og forskrifter som stiller system- og kvalitetskrav når det gjelder beredskap. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten skal bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og at helse- og omsorgslovgivningen oppfylles gjennom krav til systematisk styring og kontinuerlig forbedringsarbeid i tjenestene. Forskriftens §3 definerer internkontroll som:

«systematiske tiltak som skal sikre at virksomhetens aktiviteter planlegges, organiseres, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.»

Risiko og sårbarhet kan true liv, helse, miljø, viktig infrastruktur og materielle verdier. Å forebygge uønskede hendelser krever derfor årvåkenhet og ansvarfølelse hos ledelsen i en virksomhet. Det må utarbeides en risiko- og sårbarhetsanalyse som legges til grunn for hele virksomheten. Analysen bør omfatte områder som allerede er utbygd, dersom disse områdene tidligere ikke er analysert. Alle ansatte må bevisstgjøres, først da styrkes virksomheten.



gir tryggere arbeidsplasser



ROS-analyse i korte trekk

1. Definer en kritisk eller uønsket hendelse, for eksempel hjertestans på legekontor. Involver flest mulig som kan bli berørt – for best mulig kartlegging. Spesifiser konsekvensene.
1. Gjør en analyse av hendelsen:
 - a. Hva kan årsaken være?
 - b. Hvor ofte skjer hendelsen?
 - c. Konsekvensen av hendelsen – fra ulike synsvinkler (pasient, pårørende, personell)
 - d. Beredskapsplan – eksisterende og nye mulige tiltak.
 - e. Gjør en risikovurdering av hendelsen. Bruk gjerne en tabell med poengskåre 1–4, hvor 4 betyr «katastrofal» og 1 betyr «lite farlig». Det samme gjøres med sannsynlighet: 4 er «svært sannsynlig» og 1 er «lite sannsynlig».Skår for konsekvens og sannsynlighet summeres. Summen forteller om risikoen er høy eller lav – og indikerer hvilke tiltak som må gjøres: Krevs det strakstiltak eller kan tiltakene iverksettes over tid? Vi får oversikt over hva som skal prioriteres i hvilken rekkefølge.
3. Beredskapen skal organiseres. Vurder eksisterende handlingsplaner, eventuelt lag nye: Hvem gjør hva til hvilken tid?
4. Øv på beredskap! Det er nøkkelen til trygghet.
5. Avklar ansvar, for eksempel hvem sørger for oppdatering og vedlikehold?

Organisering av ROS-arbeidet

ROS-analysen bør fremstilles av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe. I mindre bedrifter er det en stor fordel at alle ansatte er med i prosessen. Det kan være nødvendig å trekke inn flere ressurser, som for eksempel ambulans- og brannpersonell, som har kunnskaper om spesifikke, lokale risikoforhold.

Generelle spørsmål i kartleggingen

- Hva er en kritisk eller uønsket hendelse? (f.eks. hjertestans)
- Er virksomheten i stand til å møte påkjenninger for liv, helse og samfunnsviktige funksjoner ved en uønsket hendelse?
- Er det farer som truer ansatte eller miljøet rundt?
- Er det områder og tjenester i virksomheten som er sårbare ved uønskede hendelser?
- Er det forhold som bør revurderes på grunn av endringer? (f.eks. nytt utstyr eller endret planløsning)

- Er det farer for personer eller for virksomheten som må vurderes og tas hensyn til ved bruk av arealer og driftssystemer?

Vurdering av årsaker og sannsynlighet

For å kunne si noe om sannsynligheten for at en hendelse kan inntreffe, er det nødvendig å vurdere potensielle årsaker. Årsaksanalysen trenger ikke være omfattende eller avansert. På generelt grunnlag vet vi at hendelser utløses av:

- Menneskelig eller organisatorisk svikt
- Teknisk svikt
- Ytre påvirkning

En hendelse utløses ofte av et sett eller en kjede av årsaker

Potensielle årsaker til faresituasjoner ved et legekontor kan for eksempel være forhold på venteværelset. En svært syk pasient vil skape

uro hos andre som oppholder seg i lokalet; en aggressiv og truende rusmisbruker vil virke skremmende – ikke minst for barn – og kan føre til en kjedereaksjon av hendelser. En annen potensiell årsaksfaktor kan være fysiske og arealmessige forhold, som at pasienter i rullestol har vansker med å manøvrere på grunn av dårlige planløsninger.

Sannsynlighetsvurderinger

Sannsynligheten for at en hendelse skal inntreffe påvirkes ofte av en kombinasjon av ulike årsaker, eller årsakskjeder. Vurderingen må bygge på historiske data (for eksempel fare for gjentakelse), lokal kunnskap, statistikk, ekspertuttalelser og annen relevant informasjon.

Konsekvensvurdering

Etter at årsaker og sannsynligheter er vurdert, er neste trinn å vurdere hvilke conse-

kvenser en eventuell hendelse kan få. Det skal vurderes om hendelsen får konsekvenser for:

- liv og helse
- materielle og økonomiske verdier
- miljø
- samfunnsviktige funksjoner

Sårbarhet: I tillegg til å ramme liv og helse eller materielle verdier, kan en hendelse direkte føre til vanskeligheter for kommunikasjon

Risiko uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensene av uønskede hendelser. Det kan ofte være hensiktsmessig å bruke en risikomatrix med poengskåre, for å vurdere og prioritere oppfølgingstiltak (SE TABELL 1):

TABELL 1. Sannsynligheten for og konsekvensene av uønskede hendelser kan fremstilles i en risikomatrix som er et hjelpeverktøy for å prioritere oppfølgingstiltak.

NAVN PÅ HENDELSE	LITE FARLIG	FARLIG	KRITISK	KATASTROFALT
Svært sannsynlig	5	6	7	8
Meget sannsynlig	4	5	6	7
Sannsynlig	3	4	5	6
Lite sannsynlig	2	3	4	5

Konsekvens

- katastrofal skåre = 4
- kritisk skåre = 3
- farlig skåre = 2
- lite farlig skåre = 1

Sannsynlighet

- **svært sannsynlig** (hendelsen inntreffer flere ganger hvert år) skåre = 4
- **meget sannsynlig** (hendelsen inntreffer årlig eller sjeldnere) skåre = 3
- **sannsynlig** (hendelsen inntreffer en gang pr 10 år eller sjeldnere) skåre = 2
- **lite sannsynlig** (hendelsen inntreffer en gang per 50 år eller sjeldnere) skåre = 1

Skårene for konsekvens og sannsynlighet summeres – og tolkes som følger:

- **6–8 (rød farge): Høy risiko.** Anses som uakseptabelt og vil som oftest kreve straks-tiltak

- **4–5 (gul farge): Middels risiko.** Risikoreducerende tiltak skal vurderes/bør innføres; dette kan skje over litt tid
- **2–3 (grønn farge): Liten risiko.** Ofte er det ikke nødvendig å iverksette risikoreducerende tiltak, så fremt krav i lov og forskrift er oppfylt – for eksempel via deltakelse i Noklus, når det gjelder arbeid som utføres ved et legekantors laboratorium

Tiltak og oppfølging

Det er viktig at virksomheten utfører ROS-analyser og tolker risikomatrixer i henhold til egne interesser. Dette sikrer best mulig resultat og størst mulig nytteverdi.

Oppfølgingen av en analyse dreier seg om å vurdere hvordan funnene best kan håndteres. Det tas sikte på å redusere risikoen for kritiske eller uheldige hendelser ved å fjerne potensielle årsaker eller sette inn skadebegrensende tiltak. For å lykkes med kvalitets- og beredskapsarbeid, trengs det praktisk øvelse som simulerer reelle situasjoner. Gjennom øvelse skapes det rutiner som igjen gir trygghet.

sisilie@hotmail.com

Det er menneskene som skaper trygghet i akuttituasjoner. Utstyret er et fantastisk hjelpemiddel.

Interkommunalt samarbeid i samfunnsmedisin

– utfordringer og overveielser

■ **HELGE LUND** • *kommuneoverlege i Os, Røros og Holtålen*

ÅSE INGEBORG BORGOS • *kommuneoverlege i Tynset*

HÅKON SPÆREN HENNINGSEN • *kommunelege 1, Alvdal*

TOM SUNDAR • *kommunelege 1, Rendalen*

Samfunnsmedisinen i distriktskommuner er ofte preget av sårbarhet og varierende kvalitet på grunn av små fagmiljøer, lav stabilitet i stillingene og mangelfull fraværdekning ved ferie og permisjoner. For å løse lovpålagte oppgaver innen smittevern og miljørettet helsevern, må små kommuner samarbeide. Denne artikkelen drøfter ulike spørsmål og organisatoriske løsninger rundt samfunnsmedisinsk samarbeid – basert på et prosjektarbeid i Nord-Østerdal.

Kommunene Alvdal, Folldal, Os, Rendalen, Tolga og Tynset i Hedmark, og Holtålen og Røros i Sør-Trøndelag, utgjør en geografisk enhet betegnet som «Fjellregionen». Med ca. 23 000 innbyggere kan regionen i folketall sammenliknes med en mindre norsk by (TABELL 1), mens de åtte kommunenes samlede areal er større enn Rogaland og bare litt mindre enn Buskerud. Spredt bosetting og store avstander skaper en rekke utfordringer for utøvelse og organisering av helsetjenester – også innen samfunnsmedisin.

Fjellregionen har to sentre, Tynset og Røros, med hvert sitt sykehus tilhørende ulike helseforetak – henholdsvis Sykehuset Innlandet og St. Olavs hospital. Trass i fylkes- og foretaksgrenser, samarbeider kommunene i regionen på flere områder: Røros og Holtålen har felles intermediæravdeling ved Røros sykehus. Røros, Holtålen og Os har interkommunal legevakt med base på Røros. De øvrige kommunene i Fjellregionen har interkommunal legevakt med Tynset som base. Mattilsynet på Tynset dekker Hedmarks-

kommunene, mens Mattilsynet på Røros dekker de to Trøndelagskommunene.

I fjor initierte Fjellregionen et prosjekt for å utrede interkommunalt samarbeid om samfunnsmedisinske tjenester. En arbeidsgruppe bestående av kommuneleger – deriblant artikkelforfatterne – fikk i oppdrag å kartlegge behovet for felles kommuneoverlege og synliggjøre fordeler og ulemper ved en fler-/interkommunal løsning. Gruppen leverte nylig sin innstilling der vi tar til orde for å ansette felles kommuneoverlege, etablere et eller



TABELL 1. Kommuner i Fjellregionen

KOMMUNE	INNBYGGERTALL*
Folldal	1 647
Alvdal	2 450
Tynset	5 572
Rendalen	1 936
Tolga	1 671
Os	2 025
Røros	5 593
Holtålen	2 021
Samlet	22 915

*Per 1.10.2012

«Tynset-regionen» 13 275 innbyggere

«Røros-regionen» 9 639 innbyggere

to «samfunnsmedisinske kraftsentre» samt oppnevne lokale faglige «brohoder», dvs. leger i 20 prosent samfunnsmedisinsk stilling i hver enkelt kommune. Vi kommer tilbake til forslagene senere i artikkelen. Først, la oss se på noen premisser.

Lovhjemlede samfunnsmedisinske oppgaver

Opgavene som tilligger stillingen som kommuneoverlege (kommunelege 1) er blitt mer komplekse de siste årene (SE FAKTABOKS). Kvaliteten i det faglige arbeidet varierer fra kommune til kommune, ofte avhengig av hvem som innehar stillingen som kommuneoverlege/kommunelege 1. Noen kommuner opplever rekrutteringssvikt i samfunnsmedisin og må nedprioritere smittevern og miljørettet helsevern, trass i at dette er lovpålagte oppgaver.

Det samfunnsmedisinske arbeidsfeltet er vidtrekkende og er beskrevet og regulert i en rekke lover, forskrifter og offentlige meldinger: *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelse-loven) og *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (helse- og omsorgstjenesteloven), som begge trådte i kraft i 2012, gir kommunene ansvar for et mer omfattende folkehelsearbeid enn tidligere – med stor vekt på forebyggende tiltak. Også samhandlingsreformen fremhever kommunenes ansvar for helsefremmende og forebyggende arbeid.

Folkehelse-lovens § 27 tilplikter kommunen å ha en eller flere (over)leger i stilling som medisinsk faglig rådgiver og som – på kommunens vegne – treffer avgjørelser i hastesaker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap. Flere kommuner kan



Samfunnsmedisinske oppgaver som tilligger kommuneoverlege

- Lokal helsemyndighet
- Medisinsk faglig rådgiver
- Forebyggende og helsefremmende arbeid
- Helseovervåking
- Planarbeid
- Samarbeid med helseforetak og statlige myndigheter
- Fremme kontakt mellom kommunene og 2.-linjetjenesten
- Miljørettet helsevern
- Smittevern
- Helsemessig beredskap
- Kvalitetssikring og tilsyn
- Samarbeid med fastlegene og legevaktjennesten
- Administrative oppgaver

samarbeide om ansettelse av kommuneoverlege for å ivareta samfunnsmedisinske oppgaver.

Helse- og omsorgstjenesteloven tydeliggjør kommunens ansvar for å tilby helse- og omsorgstjenester, samtidig som kommunene gis større frihet til å organisere og tilpasse tilbudet i samsvar med lokale behov. Smittevernloven pålegger kommunene å ha smittevernlege med ansvar for å utarbeide forslag til smittevernplan som vedtas av kommunestyret.

Miljørettet helsevern er et sentralt samfunnsmedisinsk arbeidsfelt, omtalt i folkehelse-loven samt i egen forskrift. Kommunene pålegges å *føre tilsyn med de faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen*. Miljørettet helsevern krever samarbeid med teknisk etat, da det finnes bestemmelser om meldeplikt for virksomheter, gransking, konsekvensutredninger osv. Imidlertid blir mye viktig og lovpålagt arbeid forsømt å grunn av manglende

stillingshjemler eller kompetanse, så som tilsyn med barnehager, skoler, svømmehall, campingplasser, solarier m.m.

«Marginal samfunnsmedisin i småkommuner»

Stadig flere kommuner velger fler-/interkommunale ordninger for å løse sine oppgaver innen samfunnsmedisin og miljørettet helsevern. I Nord-Gudbrandsdal har Sjøk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja gått sammen om én koordinator (www.nglms.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse). Interkommunale løsninger er etablert eller under utprøving i Østfold, Hallingdal, Værnesregionen, Vestfold, Rogaland og Midt-Troms.

Hesledirektoratets rapport *IS-1633 Gjennomgang av miljørettet helsevern i kommunene* fra 2009, påpeker i kapittel 3.1:

«Det benyttes for lite ressurser i miljørettet helsevern i forhold til utfordringer og oppga-

Spredt bosetting og store avstander i distriktskommuner skaper utfordringer for utøvelse og organisering av helsetjenester – også innen samfunnsmedisin. Bildet er fra Rendalen i Hedmark. FOTO: TOM SUNDAR



ver. Særlig er det for lav kompetanse innen miljørettet helsevern i de små kommunene. Rapportens generelle funn er at miljørettet helseverntjenesten fungerer dårlig i de minste kommunene, dette funnet bekreftes av at mange av de små kommunene heller ikke har klart å svare på undersøkelsen. Dette er også et uttrykk for en marginal samfunnsmedisin i småkommunene. Undersøkelsen er relativt entydig på at oppbyggingen av miljørettet helseverntjenesten de siste årene i hovedsak har foregått i de store kommunene og i interkommunale samarbeid. I små kommuner som står utenfor interkommunale samarbeid har tjenesten mange steder blitt bygget ned. Dette er et funn som bør være aktuelt å vurdere ved utvelgelse av hvilke kommuner det bør føres tilsyn med.»

Altså er det en ønsket utvikling, både politisk og medisinskfaglig, at det opprettes samarbeidsløsninger for miljørettet helsevern og samfunnsmedisinske oppgaver slik at kommunen kan løse lovpålagte oppgaver på en

faglig og samfunnsmessig tilfredsstillende måte. Følgende avsnitt er hentet fra en prosjektrapport i Indre Østfold:

«Kommunene må på bakgrunn av dette (les: nytt regelverk/folkehelselov/helse- og omsorgstjenestelov) styrke sin medisinskfaglige kompetanse og kapasitet. Særlig vil det være viktig å ha oversikt over helsetilstanden i egen befolkning og hvilke helsetjenester det er behov for. Kommunenes politiske og administrative ledelse må ha et faglig godt beslutningsgrunnlag for å styre ressursbruken effektivt og med nødvendige prioriteringer.

Kommunene skal også medfinansiere pasientbehandling i spesialisthelsetjenesten. Det blir derfor viktig at kommunene har oversikt over hvordan disse midlene brukes, samtidig som kommunens egen helsetjeneste og spesialisthelsetjenesten samarbeider godt. Både i samhandlingsreformen og i forarbeidene til lovverket understrekes det at en styrking av kommuneoverlegefunksjonen er en viktig forutsetning for at kommunene skal kunne løse pålagte oppgaver innen helsesektoren.

Kommuneoverlegene i alle kommunene får et betydelig ansvarsområde og krevende oppgaver. Mange av disse oppgavene vil være ganske like i den enkelte kommune. Prosjektgruppen mener at det vil gi klare fordeler både faglig og ressursmessig om det etableres et godt og forpliktende samarbeid mellom kommuneoverlegene i Indre Østfold.»

Bakgrunnen for interkommunalt samarbeid er – som det fremgår over – at de lovpålagte oppgavene som tilligger kommuneoverlegefunksjonen, er blitt så omfattende at de ikke lenger kan løses godt nok av leger i samfunnsmedisinske bistillinger i den enkelte kommune. Dette gjelder ikke bare distriktskommuner, men også kommuner i sentrale strøk.

Hvordan løse oppgavene?

Denne erkjennelsen øker behovet for samfunnsmedisinske samhandlingsarenaer. Det er ulike former for samarbeid og samhand-

ALTERNATIV	OMRÅDE	SAMARBEIDENDE KOMMUNER	FORDELER	ULEMPER
1	Hele Fjellregionen	Alle i Fjellregionen	Samlet kompetanse i én enhet	For store avstander fysisk og «mentalt»; må forholde seg til to fylkeslegeembeter og helseregioner. Det må være to hele stillinger
2	Tynset	Tynset, Rendalen, Tolga, Follidal, Alvdal	Naturlig enhet med felles legevakt/distrikt i dag	Få
	Røros	Røros, Os, Holtålen	Felles kommuneoverlege og legevakt i dag	Må forholde seg til to mattilsyn, to fylkesleger og to helseregioner
3	Tynset	Tynset, Rendalen, Tolga, Follidal, Alvdal, Os	Én fylkeslege, én helseregion og ett mattilsyn å forholde seg til	Os i annet vakt-distrikt i dag. Os har tradisjon for å samarbeide nordover, har felles kommuneoverlege med Røros og Holtålen i dag
	Røros	Røros, Holtålen	Én fylkeslege, én helseregion og ett mattilsyn å forholde seg til Felles legevakt og kommuneoverlege i dag	Denne enheten blir liten dersom man legger til grunn anbefalingen om én hel stilling som kommuneoverlege per 10000 innbyggere

TABELL 2. Alternativer for samfunnsmedisinsk samarbeid i Fjellregionen.

ling, men det finnes ingen enkel oppskrift fra sentrale helsemyndigheter på hvordan arbeidet skal organiseres.

Behovet for fler-/interkommunale kommuneoverleger synes berettiget. Dette bør være *faglige stillinger* konsentrert rundt miljørettet helsevern, smittevern, beredskapsplanlegging og teknisk hygiene – stillinger som i størst mulig grad er fritatt for budsjett- og personalansvar. Kommuneoverlegen er en faglig premissleverandør i utformingen av allmennlegetjenesten og i alle spørsmål som angår kommunehelsetjenesten. Kommuneoverlegen må trekkes med i relevant planarbeid slik at lovverkets intensjoner blir ivarettatt. Ansvaret for legevakt og akutt-

medisinsk samarbeid via AMK er betydelig, og kan med fordel delegeres til annen lege.

Medisinskfaglig rådgiving og folkehelsearbeid

Noen vil hevde at interkommunalt samarbeid er en måte å unngå kommunesammenslåing på, ettersom samarbeidsutredninger ofte beskriver delegering av myndighet og ulike former for politisk styring av samarbeidet (politiske nemnder etc.). Fra et distriktfaglig ståsted, mener vi det ikke er tilstrekkelig for samarbeidende kommuner å opprette stillingshjemer for felles kommuneoverlege.

Kommunene må også etablere «samfunnsmedisinske kraftsentre». Med det mener vi enheter som ivaretar tverrfaglighet og sikrer en operativ forankring for legene og annet fagpersonell. Naturlige samarbeidspartnere i slike interkommunale enheter vil være kommuneoverlege, folkehelsekoordinator, mattilsyn og helsekonsulent/teknisk hygieniker. Stillingsstørrelsene justeres avhengig av størrelsen på regionen som skal betjenes. Skjematisk vil en samfunnsmedisinsk enhet omfatte følgende faggrupper:

Kommuneoverlege	Helsekonsulent / Teknisk hygiene
Mattilsyn	Folkehelsekoordinator

Nærhet til Mattilsynet – som finnes på Tynset og Røros – er viktig for å skape samfunnsmedisinske kraftsentre.



Helsekonsulentens arbeidsområder vil omfatte miljørettet helsevern, primært tilsynsoppgaver: for eksempel tilsyn med drikkevann i samarbeid med Mattilsynet; tilsyn med badeanlegg, campingplasser, overnattings- og serveringssteder, skoler og barnehager, frisørsalonger, solarier og utesteder (hygiene, røykeforbud). Folkehelsekoordinatorens oppgaver vil omfatte forebyggende helsearbeid og drift av tiltak for å bedre folkehelsen, for eksempel etablering av frisklivssentraler.

Samarbeidsformer

Det finnes en rekke modeller for samfunnsmedisinsk samarbeid. De mest kjente er kjøp av tjenester kommuner imellom; samarbeid etter kommuneloven § 27 – eget styre; interkommunalt selskap; aksjeselskap; stiftelser; samkommune og vertskommunemodell. Vi går ikke inn på de enkelte modellene her, men nevner at vertskommunemodellen er den mest vanlige samarbeidsformen (personlig meddelelse ved Anders Smith, Helsedirektoratet). Modellen går ut på at en kommune overlater visse oppgaver med dertil hørende beslutningsmyndighet til en annen kommune, vertskommunen. Dette innebærer et avtalebasert samarbeid mellom to eller flere kommu-

ner – men ikke etablering av en egen juridisk person. Modellen ivaretar delegering av myndighet innen miljørettet helsevern som innbefatter smittevern og beredskapsplanlegging.

Samarbeidsmodell med lokale «brohode-leger»

Arbeidsgruppen for samfunnsmedisinsk samarbeid i Nord-Østerdal/Fjellregionen har vurdert flere alternativer for organisering (TABELL 2). Vi tar til orde for å opprette to kommuneoverlegehjemler i denne regionen, hver med tilknytning til et samfunnsmedisinsk kraftsentrum. To stillingshjemler anses nødvendig for å betjene åtte kommuner i det som geografisk sett er en stor region. I diskusjonen om antall stillinger viser vi også til et policydokument fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA), som sier:

«Kommuneoverlegestillingen bør ikke være mindre enn 19 timer, og i kommuner med flere enn 10 000 innbyggere, bør det være full stilling. Det er behov for å styrke kompetanse og timetall for kommuneoverlegefunksjonene.»

Videre mener arbeidsgruppen at hver av de samarbeidende kommunene bør ha én lege i 20 prosent samfunnsmedisinsk stilling, dvs. en lege som fungerer som et «brohode» mel-

lom det interkommunale samfunnsmedisinske kraftsentrum og den enkelte kommune. Denne legen vil også kunne ivareta samfunnsmedisinske oppgaver lokalt når interkommunal kommuneoverlege har fravær. «Brohode-legene» vil dessuten oppfylle stillingskrav for spesialisering i samfunnsmedisin – noe som antas å virke rekrutterende i vårt distrikt.

Nærhet til Mattilsynet – som finnes på Tynset og Røros – er viktig for å skape samfunnsmedisinske kraftsentre. Til hvert av disse sentrene knyttes en helsekonsulent og folkehelsekoordinator. Vårt standpunkt bygger også på det faktum at Fjellregionen innehar to likeverdige store handelssentre som på flere områder konkurrerer om å være ledende. Det er en realitet som vil prege lokaliseringdebatten om hvor en felles kommuneoverlege skal ha sete. Hadde det vært ett senter i regionen, ville nok anbefalingen gått i retning av å etablere ett samfunnsmedisinsk kraftsentrum hvor kommuneoverlegen hadde sin arbeidsplass.

De faglige innspillene er levert. Nå gjenstår en politisk saksprosess som blir spennende å følge i tiden som kommer.

 Helge.Lund@os.kommune.no



Pedagogisk innføring i dansk allmennmedisin

Bo Christensen, Ivar Østergaard,
John Sahl Andersen, Klaus Witt,
Niels Damsbo, Torsten Lauritzen (red.)
Almen medicin, 3. utgave
Munksgaard forlag, 2012
376 sider

Tittelen på boken er på den ene side litt misvisende, idet det lett kan oppfattes som en fullstendig innføring i alt innen allmennmedisin. På den annen side er bokens innhold i tråd med tittelen; en beskrivelse av dansk allmennmedisinsk teori og praksis, slik den utføres av de praktiserende leger i deres kliniske hverdag.

Den arketypiske leseren er medisinstudent. Denne tredje utgivelsen har dybde nok til å fremstå som en god og oppdatert introduksjonsbok innen dansk allmennmedisin, men neppe for de som har bevandret faget gjennom mange år.

Boken er høyst overkommelig i sin størrelse med sine 376 sider i A5-format. Den fremstår delikat, og både tekst og figurer er lett lesbare. Boken er påkostet med godt papir og innbinding, mens fargene på tabeller og figurer fremstår som litt kjedelige og sammenfallende.

Den er skrevet på dansk av danske leger, og er tilpasset danske forhold. I alt 22 forfattere har bidratt, de fleste praktiserende leger. De er rekruttert fra hele landet, hovedsakelig fra de tre største byene; København, Århus og Odense. Seks av de 22 forfattere er professo-

rer og syv er lektorer. Læreboken er således solid tuftet på allmennmedisinske forskning og erfaring.

Boken begynner med en kort introduksjon. Deretter er den inndelt i 17 kapitler og bakerst er et stikkordregister. Fem av de 17 kapitlene omhandler faglige kliniske håndtering av pasienter i en gjennomsnittlig dansk allmennpraksis og favner de hyppigst forekommende tilstander som diabetes, KOLS, hjerte-lunge-sykdommer, psykiatri, barnesykdommer og gynekologi. Forfatterne holder det de lover når det gjelder å være kunnskapsbasert og pedagogisk, idet hvert kapittel inneholder utallige «stopp og tenk»-bokser og faktarammer. I starten av hvert kapittel får man ved hjelp av noen spørsmål og et kort resymé inntrykk av hva kapitlet inneholder. Etter hvert kapittel angir forfatteren forslag til supplerende lesning.

De øvrige kapitlene beskriver elegant og presist de utallige og mange andre aspekter i allmennpraktikernes hverdag, blant annet samarbeidet i og utenfor praksis, etterutdannelsen, kvalitetsutvikling og forskning. Konsultasjonsprosessen, konsultasjonsformer og den diagnostiske prosessen – som ofte gir hodebry – blir presentert på en pedagogisk og inspirerende måte.

Summa summarum: Perspektivet er klinisk og gjenspeiler det virkelige liv og gjøres hos en allment praktiserende lege. Boken

dekker både det teoretiske og det praktiske grunnlaget for legens oppgaver i det moderne helsevesen. De enkelte kapitlene er godt skrevet, språket er homogent og man merker ikke at forskjellige forfattere har vært involvert. En rekke illustrasjoner, tabeller og figurer bidrar til å formidle budskapet klart og overskuelig. De fleste viktige temaer er belyst. Til tross for at boken tar utgangspunkt i dansk allmennpraksis, kan den fint anvendes i alle de nordiske og anglosaksiske land – hvis man ser bort fra kapittel 12 og 13 som omhandler henholdsvis spesialistutdanningen og organisasjon/drift av praksis (som naturligvis vil være forskjellig fra land til land).

Og så endelig, i nest siste kapittel, finner redaksjonen av boken det naturlig at studentene lærer å bruke de samme redskaper som fastlegene i praksis. Derfor oppfordres man til å logge seg på nettet og bruke www.laegahaandbogen.dk. Forløsende å lese!

En solid bok som denne gir – sammen med nettbaserte oppslagsverker – en glimrende innføring i den allmennmedisinske verdenen og kan anbefales for norske medisinstudenter, turnusleger og øvrig helsepersonell med interesse i klinisk legearbeid.

Den bør absolutt være obligatorisk på alle legekontorer, hvor en turnuslege er i praksis.

Annemarie Uhrenholt
Bråset legesenter

Fredagspuls

I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes til en av redaktørene, vær vennlig å se kontaktinfo, 2. omslagsside.

Kast dere frampå, folkens!

Det var fredag og den første praksisveka gjekk mot slutten. Eg syntes eg hadde blitt teke godt imot på legekantoret og var nøgd med at det hadde vore ei innholdsrik og spennande første veke. Særlig denne dagen hadde vore hektisk og proppfull av inntrykk. Praksisrettleiaren min hadde legevakt og ifølge sekretæren hans var det godt over gjennomsnittet travelt. Timeboka hadde vore rimeleg full i utgangspunktet, og legevaktsradioen var på veg til å gå varm. Tre gonger i løpet av føremiddagen meldte AMK at ambulansen ville kome med pasientar som trengde undersøking. Ambulansen parkerte på baksida av kontorbygget, i ein bakgard som låg eit par etasjar ned. Beklagande nikk til pasientane på venterommet. Raske skritt ned trappa og ut til ambulansen. Rettleiaren først – og eg etter. Vurderingane måtte gå raskt no. Ei eldre kvinne hadde falt i heimen. Ho kikka opp på oss med forvirra blick der ho låg fastspent på båra. Ikkje dei beste føresetnadane for ei pasientsentrert anamnese, tenkte eg. Den kliniske undersøkinga var heller mangelfull. Få funn. Innleggingskriv skrible ned på eit ark. Trave opp på kontoret igjen. Fleire pasientar. Reseptar, sjukemeldingar, taksting. Ny ambulanse på døra. Me låg langt bak skjema. Eg byrja å tenke på om planen min om ein tidleg fredag på 14.30-toget kom til å ryke.

Grunna mangel på ekstra kontor hadde eg ikkje fått høve til å ha egne pasientar endå. Men praksisen bestod av to legar, og denne dagen var den andre legen borte. Til no hadde det skjedd så mykje at eg ikkje hadde tenkt over moglegheita, eingong. Då legen foreslo at eg kunne ta eigne konsultasjonar, var eg meir enn nøgd. Læringskurva steig berre ved tanken. Perfekt avslutning på veka, smilte eg for meg sjølv.

Det starta bra. Førarkortattest, det kjendes som ein mjuk start. Klassisk lumbago utan utstråling, den var grei. Ung jente med openlys akneproblematikk var også overkommeleg. Dobbeltsejke på NEL. I overkant detaljrik journalføring. E-resept sendt og signert. Rettleiaren blei konferert og var einig. Det var jo ok å kjenne seg til nytte, no bidrog eg jo trass alt til å ta unna frå det overfylte venterommet.

Mot slutten av dagen bankar sekretæren på døra. Det er kome ein ØH-pasient. Ei gravid kvinne med kløe nedentil. «Eg tek imot ho

straks», sa eg og registrerte ein forbipasserande, spontan tanke om bruken av Canesten i graviditet. Journalen var glissen. Eg las at kvinna var 26 år og frå eit lite land i Sør-Asia. Ho hadde vore her til svangerskapskontroll tidlegare, men det var ei god stund sidan no.

På venterommet sit ei ung kvinne saman med mannen sin. Ho er svært kort og ganske brei. Magen er stor og rørslene treige. Kroppspråket til mannen er raskare, han verkar litt urolig. Han støttar henne når ho reiser seg frå stolen. Inne på kontoret går det opp for meg at kvinna ikkje forstår verken norsk eller engelsk. Mannen snakkar heldigvis greit engelsk. Han fortel at kvinna har hatt utflod og kløe nedentil. Han ser bekymra ut og spør om det kan vera farleg for barnet. Dei opne spørsmål mine forsvinn som dogg for sola og eg går direkte på spørsmål om varighet av plagene, utflodens farge, lukt og cottage cheese. Spørjande auge. Åh, kva er klumpar på engelsk? Lumps? Kind of... eh, thicker? Innser at engelsken ikkje held mål.

Det bankar på døra. Sekretæren står i døra med beskjed om at resultatet på u-stix er klart. Det er 3+ på protein. Oi. Alarmlampa blinkar. I det same går døra på det andre kontoret brått opp. Rettleiaren min kjem ut i gangen og seier at han må rykke ut med ambulansen no med det same, han har fått melding om akutte brystmerter. Bilen ventar nede allereie. «Skal du vere med?» seier han idet han forsvinn ut. Eg kikkar på den gravide og bort på mannen hennar. Deretter ser eg spørjande på sekretæren. Eg kan vel ikkje la ein slik sjanse gå frå meg? Eg reiser meg og seier kort til paret at eg må gå, men at eg kjem tilbake. Dei skjønar sjølvstilt ingenting, og eg har ikkje tid til å forklare. Eg set min lit til sekretæren og flyg ut. Medan eg rasar ned trappene, argumenterer eg for meg sjølv: Hadde legen vore aleine i dag, så måtte han jo ha forlate dei han også, måtte han ikkje det? Ute i bakgarden er det ingen ambulanse. Åh, han må ha meint på framsida av bygget – eg halsar opp og ut og rekk akkurat å skimte bakenden på ein gul ambulanse som forsvinn oppover gata. Søren.

På kontoret ventar pasienten min. Dei ser forvirra ut. Eg beklagar mi vesle forsvinning og tek opp tråden der vi slapp. Utflod, ja. Pulsen min er fortsatt høg. Stikk av dårleg samvit. Eg burde ikkje gått

frå dei på den måten. Fram med terminhjul. 36+4 veker på veg. Mannen fortel at dei har vore i Noreg i seks månader. Ingen anna familie i landet. Begge jobbar på ein skofabrikk i nabokommunen. «Hard work». Eg forsøker å snakke direkte til kvinna. Ho smiler forsiktig, men ser usikkert på mannen. Mannen fortel at han har undersøkt kona nedentil. Tanken slår brått ned i meg på nytt: 3+ på protein! Kriterier for preeklampsi. Fokuset mitt er endra. Han snakkar om rødt og hovent underliv, medan eg tar blodtrykket og tenker på ødemer. Er ikkje forresten armene ganske hovne? Blodtrykket er i vertfall normalt. Eg spør korleis det står til med magen? Kjenner ho bra med liv? Nei. Ho ser ned. Ho har ikkje kjend liv på 20 dagar. Eg støkk til. Eg må konsentrera meg for ikkje å måpa. Inni meg ropar eg: «Og dét seier de først no?!» Eg kjenner at stresspumpa slår seg på. Eg forsikrar meg om at eg har høyrd riktig. Prøver å verke roleg. Må ikkje gi dei meir skuldkjensel. På helsekortet les eg at forgje kontroll var i veke 28: «Bra med spark og liv». Dei har tilsynelatande gått glipp av kontrollen i veke 32. Eg undersøker beina til kvinna. Ødemene er massive og går til langt over knea. Eg forsøker å finne fosterlyden med Doppler over den store magen. Eg forventar ikkje å finne lyd, og gjev raskt opp. Dette er ikkje vits å bruke tid på. Dei må inn uansett.

Eg forklarar kort at eg ønskjer at dei skal få ein sjekk på sjukehuset sidan kvinna ikkje har kjend liv på så lang tid, men også fordi ho har kraftige hevelsar og protein i urinen. «Det er viktig at de får ein skikkelig sjekk med UL», seier eg. Eg leiter opp nummeret til føde-gyn-avdelinga. Forsøker å legge fram situasjonen på ein sakleg måte, men utan spesielt vellykka resultat. Jordmora stiller trygge, relevante spørsmål. Eg gir ustrukturerte svar og høyrer at stemma er litt skjelven. Forståing i andre enden. I sidesynet ser eg sekretæren som står i døra med jakka på. Det er fredag og klokka er allereie over kontortid. Tidleg fredag er «bygones», men det betyr ingenting for meg no. Eg vil berre få dette gjort på beste mulige måte – og helst ikkje mutters aleine. Vær så snill, ikkje gå, tenker eg. Ho les tankane mine og set frå seg veska, om ikkje anna så for den moralske støtta.

Saka er for så vidt avklart no; pasienten skal inn til observasjon. Men eg har framleis tusen

spørsmål svirrande: Er barnet i magen dødt? Proteinuri og ødemer utan hypertensjon? Kvar finn eg innleggingsskrivet i journalsystemet? Innleggingsdiagnose? Korleis skal dei koma seg til sjukehuset? Avstanden er kort, men eg kan vel ikkje la dei gå. Taxi har dei neppe råd til. Sekretæren rekvirerer ambulanse.

Det unge paret sit der stille på kvar sin stol og ser nærmast apatiske ut. Er det min skuld? Eg tenker at eg må snakke med dei, eg vil jo gjerne forklare og roe dei så godt det lar seg gjere. Dei kom jo hit med spørsmål om utflod og kløe – og før dei veit ord av det sit dei her med ein billett til sjukehuset. Burde eg ha inspisert henne nedentil? Det var jo difor dei kom. Kanskje dei ikkje har forstått eit ord av det eg har sagt? Medan eg hamrar ned på tastaturet det vesle eg har av informasjon om denne unge kvinna, tenker eg på korleis eg skal avslutte konsultasjonen på ein verdig måte.

Men det rekk eg aldri, for plutselig står ambulanspersonalet midt inne på kontoret, klare til å transportere pasienten. Eg unnskyl- dar meg for at dei må vente og skriv så fort eg kan. Alle ventar i stillhet. Fekk eg med det viktigaste? Print. Eg stotrar fram noko om at eg håpar alt går fint med dei. Det var det. Pasienten og mannen hennar forsvinn ut døra.

Tilbake står eg og er letta over at dei skal bli tatt hand om, men skuffa over at eg ikkje klarte å bruke meir tid på å snakke med dei på ein ordentlig måte.

Idealet om god pasientkommunikasjon står sterkt hos meg. At det er langt meir utfordrande enn det kan høyrast ut som, hadde eg nok hatt erfaringar med før. Men kor vanskeleg kan det vere, då? Ein må jo berre ta seg tid når situasjonen krev det, hadde eg tenkt før. Dette var første gongen eg fekk kjenne på at samsvaret mellom holdning og handling kom så til dei grader skeivt ut. Det unge paret var aleine i eit nytt land. Dei forstod ikkje språket og hadde sannsynligvis lite innsikt i korleis helsesystemet og svangerskapsomsorga fungerer her i Norge. Dei hadde verkeleg hatt behov for god informasjon og ikkje minst støtte i ein svært usikker og alvorleg situasjon.

Det einaste konstruktive som kan kome ut av denne hendinga, er at eg tenkjer gjennom kva eg kan gjera annleis neste gong eg havnar i ein liknande situasjon: Eg burde ikkje ha forlate dei til fordel for ein gullkanta, action-fylt ambulansetur. Sannsynlegvis ville det gitt meir ro og flyt i konsultasjonen om eg ikkje hadde forsvunne ut. Og kanskje ville det blitt tid til betre kommunikasjon og forklaring. I etter-

kant er eg veldig glad for at eg aldri rakk den ambulansen. Kor lenge måtte dei ha venta då? Det er naturleg at konsultasjonen var prega av ekstra utfordringar for meg som student. Det var tilfeldig at dette paret kom rett før rettleiar- en min forsvann på utrykking. Eg kjende også på usikkerhet når det kom til den faglege avgjerdsla, effektiv handtering av journalsys- temet og manglande kunnskap om vanleg praksis ved transport og hastegrad. Men slike forstyrrende element vil vel alltid vera til stades i større eller mindre grad, og kan ikkje stå i ve- gen for at ein lege får eit minimum av innsikt i pasienten si oppfatning av situasjonen. Eg bur- de tatt meg tid til å sjekke om dei hadde for- stått informasjonen og gjerne fått tak i deira førestillingar om kva som skulle skje, og opp- klara eventuelle misforståingar. Så fekk heller ambulanspersonalet venta to minuttar ekstra på gangen. Dersom eg var litt meir tolmogig og litt mindre førehandsbestemt under Dopp- ler-undersøkinga ville eg kanskje ha avslørt at barnet var i live, og redusert det tragiske ele- mentet i situasjonen – både for det kommande foreldreparet, men også for legen.

Ryktet på bygda sa at nemleg at kvinna var blitt transportert vidare frå lokalsjukehuset til Haukeland og at ei lita jente var kome til ver- da med keisarsnitt.

Yngvil S. Husum



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

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

www.rells.no

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

Spørsmål til RELIS

En lege har i forbindelse med prevensjonsveiledning til ungdom ut fra et kristent verdigrunnlag fått flere henvendelser om hvor sikkert det er at kombinasjons-p-piller (p-piller) er ovulasjonshemmende. Enkelte ser det som etisk helt avgjørende at et prevensjonsmiddel hindrer befruktning og ikke fører til utstøtning av befruktete egg.

Legen kjenner til at samtlige produsenter oppgir hemming av egglosning som hovedmekanisme, men at det i tillegg skjer endringer i cervix-slimhinnen og endometriet som kan redusere sannsynligheten for implantasjon av befruktet egg.

Finnes det noen vitenskapelig dokumentasjon på hvor sikker den ovulasjonshemmende effekten er? Eventuelt hvor ofte befruktete egg statistisk vil utstøtes for en kvinne som bruker p-piller? Er det i tilfelle noen dokumentasjon på forskjell mellom ulike typer p-piller? Legen ber om tilsvarende dokumentasjon for minipillen Cerazette (desogestrel 75 µg).

Noen mener at risikoen for manglende hemming av egglosning kan reduseres ved å forkorte de hormonfrie periodene. Finnes det vitenskapelig grunnlag for å hevde dette?

Prevensjon og livssyn: Kan p-piller forhindre

Spørsmålene som stilles er vanskelige å gi nøyaktige og objektive svar på, blant annet fordi det av etiske og praktiske grunner ikke er mulig å gjennomføre endelig avklarende kliniske studier med nødvendig randomisering, placebobehandling og blinding. Tilgjengelig litteratur kan også være utfordrende å vurdere fordi den ofte springer ut fra produsenter av prevensjonsmidler, organisasjoner med politisk eller religiøst baserte oppfatninger av problemstillingen, eller fra myndigheter som ikke alltid kan oppfattes som nøytrale i familieplanleggingsspørsmål.

Ulike prevensjonsmidler har ulike virkningsmekanismer som på grunn av livssyn kan være av prinsipiell betydning for enkelte. Noen kvinner ønsker av overbevisningsgrunner ikke å benytte metoder som kan defineres som svangerskapsavbrudd. Hva som defineres som når svangerskapet starter varierer. Enkelte (som den katolske kirke) har ment at enhver form for prevensjon, til og med kondom, ikke kan aksepteres. Andre mener at metoder som hindrer at egget blir befruktet er akseptable, mens metoder som virker etter befruktningen har funnet sted ikke kan benyttes. I en amerikansk studie utført i et område med høy andel konservativt kristne og mormonere, svarte 44 prosent av de spurte kvinnene at de ikke ville benytte prevensjonsmetoder hvor det var en liten teoretisk mulighet for at metoden kan virke ved å forhindre implantasjon av befruktet embryo (1). 69 prosent av kvinnene i den samme studien sa at de ikke ville benytte metoder som virket svangerskapshekkende ved effekter på implantert befruktet embryo. I en spansk spørreundersøkelse ville 40 prosent av kvinnene ikke vurdere å bruke metoder som virker etter befruktning men før implantasjon (2).

Virkningsmekanismer

Metoder som virker før befruktning, har som mål at kontakt mellom eggcelle og sædcelle

ikke blir mulig. Kondom eller pessar er mekaniske metoder som stenger sædcellene ute. Hormonelle prevensjonsmidler som inneholder progestagener bidrar til en tilsvarende barriere ved å bidra til at det dannes en ugjennomtrengelig slimpropp i cervix. Den viktigste virkningsmekanismen for minipiller og p-piller er likevel å forhindre egglosning. Dette skjer ved at tilførsel av østrogen og/eller progesterin hemmer utskillelsen av follikelstimulerende hormon (FSH) og luteiniserende hormon (LH) fra hypofysen. Ved bruk av p-piller bidrar redusert nivå av FSH til at follikkelmodningen i eggstokkene hemmes, og at LH-toppen som gir signal til selve egglosningen uteblir.

Follikkelmodning og egglosning, såkalt gjennombruddsegglosning (breakthrough ovulation) med påfølgende befruktning og svangerskap kan finne sted selv ved absolutt perfekt bruk av alle prevensjonsmidler, også p-piller. Siden transport av sædceller frem til egget er hemmet ved bruk av p-piller, er sannsynligheten for befruktning etter gjennombruddsegglosning betydelig redusert. Et viktig moment er at selv under helt normale omstendigheter uten bruk av prevensjonsmidler, vil befruktete egg i et flertall av tilfellene ikke implanteres i livmoren. Anslagsvis vil 75 prosent av befruktete egg gå til grunne (3).

Antatte virkningsmekanismer for hormonell prevensjon etter befruktning har funnet sted er endringer i transporten gjennom egglederne og biokjemiske eller strukturelle endringer i endometriet som hindrer implantasjon av embryo. Etter implantasjon av embryo vil hemming av corpus luteum og endringer i endometriet kunne bidra til at svangerskapet avbrytes (4).

Effekt etter befruktning?

Det er uavklart om embryo som er resultat av befruktning etter gjennombruddsegglosning ved bruk av p-piller vil ha mindre sannsyn-

lighet for å implanteres i livmoren. Bruk av p-piller fører til et tynnere endometrium (4), men det er motstridende dokumentasjon på om dette i seg selv reduserer sannsynligheten for at embryo skal implanteres. En studie hvor 343 forsøk på in-vitro-fertilisering ble undersøkt viste at en endometrietykkelse på over 9 mm gav signifikant økt sannsynlighet for vellykket implantasjon (5). En annen studie fant ingen forskjell i gjennomsnittlig endometrietykkelse i ved vellykket implantasjon sammenlignet med de ikke-vellykkede IVF-forsøk (6).

unngå blødninger av bekvemmelighetshensyn. I en randomisert klinisk studie ble 36 kvinner i alderen 18 til 35 år randomisert til kontinuerlig eller tradisjonell bruk av p-piller over en tidsperiode tilsvarende tre sykluser. Aktiviteten i eggstokkene ble undersøkt med transvaginal ultralyd. Færre follikler på > 4 mm utviklet seg, og det ble ikke sett noen dominante follikler hos kvinnene som fikk kontinuerlige p-piller. Blant kvinnene som brukte p-piller på tradisjonell måte, ble det observert åtte dominante follikler, alle oppstod i den hormonfrie perioden (9). Dette kan

befruktning i noen svært sjeldne tilfeller forhindrer vellykket svangerskap. RELIS har ikke grunnlag for å anslå hvor ofte dette forekommer.

Preliminære resultater kan tyde på at follikkelmodning ser ut til å forekomme hyppigere i de hormonfrie periodene, noe som kan tyde på at sannsynligheten for gjennombruddseggløsning er mindre ved kontinuerlig bruk av monofasiske p-piller.

Det er også holdepunkt for at gjennombruddseggløsning er mer sannsynlig ved bruk av p-piller og minipiller med de laveste hor-

implantasjon av befruktet egg?

RELIS har ikke kunnet identifisere nøytral forskning som gir gode nok anslag på hvor stor risikoen er for at et egg som resultat av gjennombruddseggløsning befruktet til tross for bruk av p-piller, og i hvor stor grad p-piller bidrar til at embryo ikke implanteres.

Mye av dokumentasjonen omkring det aktuelle tema stammer fra et forskermiljø ved universitetet i Utah. En av de mest fremtredende forskerne som har gjort mest for å formidle at hormonelle prevensjonsmidler har svangerskaphemmende effekter etter befruktning er professor Joseph B. Stanford. Han tilhører Jesu Kristi Kirke av Siste Dagers Hellige (mormonerne) og argumenterer mot bruk av hormonelle prevensjonsmidler både ut fra faglig og religiøst ståsted. På en nettside med prevensjonsveiledning for mormonere (7), kommer han med egne anslag over hvor mange embryo per 100 kvinner per år som ikke lykkes å implanteres *på grunn av* ulike prevensjonsmetoder (7). For p-piller varierer anslagene fra 5,5 til 9,7 og for minipiller fra 5,4 til 29,4 embryo per 100 kvinner per år. Det er uklart for RELIS hvordan Stanford har kommet frem til disse resultatene, og vi vurderer at det er stor usikkerhet knyttet til tallene. Det er uansett svært høye anslag som står i sterk kontrast til den vanlige oppfatningen om at andre effekter enn ovulasjonshemming og mekanismer som hemmer spermie-transport nærmest bare har akademisk interesse og kan ses bort fra (8).

Hormonfrie perioder

For vanlige minipiller og p-piller er det vanlig med et opphold av hormontilskudd i syv dager hver fjerde uke. Dette for å etterligne «naturlige» hormonsvingninger, noe som blant annet resulterer i en menstruasjonslignende blødning. I de senere år har det blitt mer vanlig med kontinuerlig bruk av p-piller, både ved behandling av endometriose og for å

tolkes som at kontinuerlig bruk av monofasiske p-piller gir redusert risiko for gjennombruddseggløsninger. Dette trengs imidlertid å bekrefte i ytterligere studier med bedre metodologisk kvalitet.

Lavdoserte p-piller og minipiller

På grunn av fare for alvorlige bivirkninger har det kommet nye hormonelle prevensjonsmidler med stadig lavere doser. Det er vist at lavere dose av progestin gir økt forekomst av eggløsning (10). For eksempel hemmer levonorgestrel 30 µg bare om lag 40 prosent av eggløsningene. Desogestrel 75 µg (Cerazette) har imidlertid vist seg å hemme eggløsning mer effektivt enn tradisjonelle minipiller. I en studie hvor desogestrel 75 µg ble sammenlignet med levonorgestrel 30 µg, ble det observert ovulasjon i én av 59 sykluser med desogestrel mot 16 av 57 med levonorgestrel (11).

I tillegg er compliance en vesentlig faktor. Dersom et prevensjonsregime har høy risiko for dårlig compliance, er det grunn til å tro at det er en større risikofaktor for gjennombruddseggløsning enn preparatets farmakologiske egenskaper skulle tilsi.

Konklusjon

Kombinasjons-p-piller har som hovedvirkningsmekanisme å hemme befruktning ved å undertrykke eggløsning og å hindre transport av sædceller frem til eventuelt egg. Selv om gjennombruddseggløsning noen ganger likevel finner sted ved bruk av p-piller, vil sannsynligheten for befruktning være lav blant annet på grunn av slimbarrieren i cervix. Uten bruk av prevensjonsmidler vil befruktete egg i mange tilfeller uansett ikke implanteres. Antallet embryo som ikke implanteres i livmoren på grunn av hormonelle prevensjonsmidler er derfor svært lavt. Det kan likevel ikke utelukkes at effekter etter

mondosene. Dårlig compliance vil også bidra til økt fare for gjennombruddseggløsning. Desogestrel 75 µg (Cerazette) gir bedre hemming av eggløsning enn tradisjonelle minipiller.

Guttorm Raknes
Soveig Vorren

REFERANSER

1. Dye HM, Stanford JB et al. Women and postfertilization effects of birth control: consistency of beliefs, intentions and reported use. *BMC Womens Health* 2005; 5: 11.
2. de Irala J, Lopez del Burgo et al. Women's attitudes towards mechanisms of action of family planning methods: survey in primary health centres in Pamplona, Spain. *BMC Womens Health*. 2007; 27: 10.
3. Norwitz ER, Schust DJ et al. Implantation and the survival of early pregnancy. *N Engl J Med* 2001; 345: 1400–8.
4. Larimore WL, Stanford JB. Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and Their Relationship to Informed Consent. *Arch Fam Med*. 2000; 9: 126–33.
5. Noyes N, Hampton BS et al. Factors useful in predicting the success of oocyte donation: a 3-year retrospective analysis. *Fertil Steril*. 2001; 76: 92–7.
6. Schild RL, Knobloch C et al. Endometrial receptivity in an in vitro fertilization program as assessed by spiral artery blood flow, endometrial thickness, endometrial volume, and uterine artery blood flow. *Fertil Steril* 2001; 75: 361–6.
7. Stanford JB. *Fertility Respect*. SquareTwo 2011; 4: No. 1. (<http://squaretwo.org/Sq2ArticleStanfordNFP.html>) (Lest 22. januar 2013)
8. Hatcher RA, Trussell J et al. *Contraceptive technology* (20th revised ed.). New York: Ardent Media. 249–341.
9. Birtch RL, Olatunbosun OA et al. Ovarian follicular dynamics during conventional vs. continuous oral contraceptive use. *Contraception* 2006; 73: 235–43.
10. Klipping C, Duijkers I et al. Ovulation-inhibiting effects of dienogest in a randomized, dose-controlled pharmacodynamic trial of healthy women. *J Clin Pharmacol* 2012; 52: 1704–13.
11. Rice CF, Killick SR et al. A comparison of the inhibition of ovulation achieved by desogestrel 75 micrograms and levonorgestrel 30 micrograms daily. *Hum Reprod* 1999; 14: 982–5.

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



Da eg fekk denne lyriske stafettpinnen var Halldis Moren Vesaas' dikt «Ord over grind» det fyrste diktet som dukka opp hos meg. Det er noko av det varaste og vakraste eg har lese om møte mellom menneske. Det illustrerer for meg den balanse-kunsten det er å vera nær og tilstades, og samtidig respektere «den andres grind».

Jeg har sendt stafettpinnen til Stefan Martens, fastlege på Lillehammer.

Turid Svindland

Ord over grind

Du går fram til mi inste grind,
og eg går òg fram til di.
Innanfor den er kvar av oss einsam,
og det skal vi alltid bli.

Aldri trengje seg lenger fram,
var lova som gjalt oss to.
Anten vi møttest tidt eller sjeldan
var møtet tillit og ro.

Står du der ikkje ein dag eg kjem
felle det meg lett å snu
når eg har stått litt og sett mot huset
og tenkt på at der bur du.

Så lenge eg veit du vil koma i blant
som no over knastande grus
og smile glad når du ser meg stå her,
skal eg ha ein heim i mitt hus.

