

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 5 – 2013 ◦ ÅRGANG 42

INNHold:

LEDER: Noko som er større enn deg sjølv. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Fastlegen er legevaktens bærebjelke. ANTON GIÆVER INTERVJUET AV ANNE GRETHE OLSEN	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Fastlegen si rolle når barn er pårørande. AV FRØYDIS GULLBRÅ OG MARIT HAFTING	6
Legevakt – fortsatt en utfordring i små kommuner. AV LARS NESJE	10
En ganske alminnelig vakt. AV PETER PRYDZ	12
Tungpust på Bugøynes. En historie fra den tid vi kjørte legevakt. AV HARALD G. SUNDE	13
ENQUETE: Ultralyd i allmennpraksis. AV BADBONI EL-SAFADI	14
Depresjon hos demente – en diagnostisk og terapeutisk nøtt. AV OLE HENRIK KRAT BJØRKHOLT OG JØRUND STRAAND	17
Lave vitamin D-verdier hos innvandrerkvinner. AV MANA SALAMAN OG SOMAYE DARVISHI	21
Legemiddelutprøvinger i allmennpraksis. AV ANJA MARIA BRÆND	25
Alternativbransjen – fargerik, men farefull? AV PERNILLE NYLEHN	28
REISEBREV: 'Promoting partnership with our patients'. AV LISBETH HOMLONG	32
AF 75 år – fagforening og fagleg forening. AV STEINAR HUNSKÅR	34
Telefontilgjengelighet hos fastlegene i Trondheim. AV TORGEIR FJERMESTAD OG SONJA HANDBERG NIELSEN	36
Samhandlingsreform. Rådmannens grønne visjon. AV HARALD SUNDBY	38
Legemidler fra utlandet – hva sier vi når pasienter spør? AV RUNAR EGGEN	39
BOKANMELDELSE: Alkohol – en fråga för oss i vården. ANMELDT AV TORGEIR GILJE LID	41
Faste spalter	42

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**

Sognsvn. 52

0857 Oslo

MOBIL: 905 53 513

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

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: Mikael Damkier/z. OMSL.: Ida Myklebust Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media - 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media - 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no

Noko som er større enn deg sjølv

Noreg er blitt til eit land der vi skulle ta litt frå dei rike og gi til dei fattige, til å bli eit land der alle skal bli rike, skreiv forfattar Jan Kjærstad i ein kronikk i Aftenposten like før stortingsvalet den 9. september. Vi har gått frå DNA til DNB. Frå å vere eit samfunn, er vi no eit firma, vi er ikkje lenger borgarar, vi er kundar. Spissformulert, ja, men uavhengig av politisk ståstad meiner eg at vi må kunne diskutere denne banktankegangen som etterkvart har sett sitt preg på staten Noreg – helsevesenet inkludert. Kva gjer det med oss?

I skrivande stund er sommaren definitivt forbi, septembersola varmar framleis, men lufta er skarp og blada på trea utanfor vindauget har byrja å bli gyldne. Heldigvis kan eg sjå tilbake på ein nydeleg sommar. I løpet av fire korte, varme ferieveker rakk eg å lese tre romanar som i utgangspunktet såg ganske så forskjellige ut. «Leve posthornet!» av Vigdis Hjort utkom i fjor og er ein roman som tek utgangspunkt i – av alle ting – innføringa av EUs tredje postdirektiv. Det er ein politisk roman – men også ei kjærleikshistorie. Boka handlar om Ellinor, ein kommunikasjonsrådgjevar i 30-åra, som kjenner på at tilveret er tomt og inautentisk. Pga omstende på jobben må ho overta jobben ein kollega hadde for Postkom, dei postilsette si fagforeining, der ho skal bistå dei postilsette i kampen mot innføringa av postdirektivet. I det Ellinor skal sette seg inn problematikken rundt dette, skjer det noko med henne og med innstillinga til livet. Det heile kulminerer under Arbeiderpartiet sitt landsmøte i 2011 då postdirektivet vart stemt ned.

Den andre boka eg leste, var «Laksefiske i Jemen» av den britiske forfattaren Paul Torday frå 2007. Romanen handlar om den trauste, middelaldrande Alfred Jones som er forskar ved Nasjonal forskningscenter for forvaltning av fiskeressursar i London. Han lever i eit fornuftsbasert, ganske så traurig og barnlaust ekteskap med ein streng økonom. Ein dag får han på vegne

av ein jemenittisk sjeik i oppgåve å utgreie muligheiter for å tilrettelegge for laksefiske i Jemen. Eit tilsynelatande umogleg prosjekt. Men Jones vert etter kvart fenga av ideen og kastar seg inn i prosjektet med entusiasme og glede. Det er fleire skjer i sjøen undervegs – Taliban blandar seg inn, politikarar på toppnivå engasjerer seg, det britiske byråkratiet får kjørt seg. Korleis det endar til slutt, skal eg ikkje avsløre her. Men boka er vittig, lesverdig og tankevekkande.

Romanen «Shantaram» er ein murstein på over 900 sider. Eit uoverkomeleg prosjekt, tenkte eg først om denne internasjonale bestseljaren. Romanen er basert på forfattaren Gregory David Roberts sitt eige liv. Protagonen Lin er på rømmen frå eit høg sikkerheitsfengsel i Australia, der han sat inne for fleire væpna ran. Han endar opp i Bombay, India. Etterkvart søker han tilflukt i slummen der han startar opp ein klinikk for 25 000 sluminnbyggjarar, som sjølvlært «doktor». Historia tek mange vendingar, via Bombays tøffe mafiamiljø til geriljakrig i Afghanistan. «Shantaram» er ein forrykande røverroman som umiddelbart fengjar. Den handlar om å gripe dagen, ta dei mulighetene som byr seg, fordi du må – og om prisen for å leve i fridom. Trass i enorme belastningar både fysisk og mentalt, gjennom tortur, fattigdom, krig, lever Lin vidare, aldri tenker han at han skal gi opp, gi seg over. Han berre lever. Eg undrar meg ofte undervegs over kva som driver han.

«Leve posthornet» og «Laksefiske i Jemen» handlar om å finne noko utanfor seg sjølv å engasjere seg i, å kjenne seg som ein del av noko

– som har betydning i ein større samanheng. Eg trur at ein del moderne helseplager og auken av mentale lidningar i vårt vestlege overflodssamfunn kan ha samanheng med meningstap og mangel på ei slik overordna kjensle av å høyre til, å vere ein del av noko større. Og i det store og heile så trur eg ikkje at løysinga på desse problema ligg innanfor helsevesenet. På den andre sida av velstands-Noreg, finst ei anna røynd. Sjølv om avstanden til slummen i Bombay er lang, så finst det fattigdom og lidning i Noreg også. Og sosial ulikskap fører i aukande grad til uhelse. For mange som fell utanfor handlar det mest av alt om å klare seg frå ein dag til den neste – og som legar har vi eit sosialt og etisk ansvar for å prioritere ressursane våre mot dei som treng oss mest.

Lisbeth Homlong



Utpostens
dobbeltime

Anton Giæver
INTERVJUET AV ANNE GRETHE OLSEN

Fastlegen

er legevaktens bærebjelke

«Det er viktig for pasientene og medarbeiderne våre at de erfarne allmennlegene også har legevakter. Det er jo den samme jobben vi gjør på dagtid. Legevakt bør inngå som en naturlig del i ansvaret man har for en pasientpopulasjon.»

Mange norske fastleger deltar ikke i legevaktarbeidet i kommunen de jobber i. Anton Giæver, overlege på legevakta i Tromsø, skjønner ikke hvorfor. For vel fem år siden gjennomførte legevakta sammen med de tilknyttede i kommunen, en omorganisering av legevaktordningen i Tromsø. Alle allmennlegene som tidligere hadde fått innvilget fritak på uklare «indikasjoner» og med oversett tidsbegrensning, måtte søke på nytt. Resultatet var at mange erfarne allmennleger kom tilbake i legevaktordningen. For å få dette til hadde de en årelang diskusjon og prosess, der også vaktturnusene ble lagt om. Den ble endret til kortere vakter og færre vakter, siden flere deltok i ordningen. Vaktbelastningen ble derfor lettere for legene.

– I Tromsø så man at flere og flere allmennleger sluttet å ha legevakt, og at mange av legevaktene derfor ble tatt av universitetsansatte leger og sykehusleger. Dette var ingen optimal løsning, og reglene for fritak ble derfor grundig diskutert i allmennlegeforumet i kommunen. Dette skapte uro i primærlegekorpsen i starten, men ny ordning ble etablert, og det gikk veldig bra etter hvert.

En undersøkelse fra 2008 viste at 53 prosent av fastlegene deltok i legevakt (1). Fastle-

gene var eldre enn andre vaktleger (44 år versus 34 år), og det var en lavere andel kvinner (33 prosent versus 44 prosent). Vakt deltakelsen avtok med fastlegenes alder, med økende listelengde og med økende sentralitet¹.

Legevaktssentralene må ha en plass i studentundervisningen

Legevaktsoverlegen mener også at legevaktene i universitetsbyene, kan ha en større plass i studentundervisningen. – Medisinstudentene som følger med allmennleger på legevakt, kan lære mye og bli tryggere når de kommer ut i praksis og skal takle akutt sykdom hos pasientene helt alene. Dessuten vil de få god trening i å behandle helt vanlige tilstander, som jo også det er flest av på legevakta. Det er også en bedre arena for å lære akuttmedisin enn på allmennlegekontorene i byene.

UTPOSTEN: Er det ikke vanlig at allmennlegekontorene har medisinstudenter i praksis?

– Selv om Tromsø er en universitetsby og har mange medisinstudenter, så er det mange allmennleger som aldri veileder studenter på kontoret sitt. Det er muligens fordi man ser på det som tidkrevende, men da må man ikke glemme at det også er givende og lærerikt for allmennlegen selv. Legeyrket er et erfaringsyrke, og vi har alle

lært faget av våre eldre kolleger. Derfor er allmennmedisin ikke bare en livslang «learning» men også «teaching». Jeg mener også at allmennleger i større grad bør bruke hverandre som faglige diskusjonspartnere. Der har vi noe å lære av sykehuslegene, som nok har et bedre faglig samarbeid enn vi har på allmennlegekontorene. Faglige diskusjoner rundt enkeltpasienter er ofte spennende og kan kanskje også redusere antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Populært akuttmedisinkurs

UTPOSTEN: Akuttmedisinkursene som du som praksiskonsulent er med på å arrangere, er populære. Hvorfor tror du kursdeltagerne gir så gode tilbakemeldinger?

– Jeg synes det er påfallende at mange kurs for allmennleger stort sett har foredragsholdere fra sykehusene. Vi bør være flinkere til å påta oss forpliktelser med kursorganisering selv. Dessuten er det ofte snålt å sitte på kurs

Jeg tror alle allmennleger har mye på hjertet, meg inkludert.



1. Hvilke fastleger deltar i legevakt, Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E, Tidsskr Nor Legerforen 2012; 132: 2277–80



Det er et problem at allmennlegene får stadig mer skjermtid og mindre tid til pasientene.

med kanskje 50 erfarne kolleger som er brakt til total taushet, mens en foredragsholder forteller hvordan vi skal bedrive vårt fag. Jeg håper at vi i framtida i større grad kan lage opplæringsarenaer lokalt, der kollegabasert læring er viktigere enn kateterforedrag. Akuttkurset vi organiserte var et samarbeid mellom spesialister på UNN, (Universitetssykehuset i Nord-Norge) medisinstudenter og allmennleger. Dessuten la vi stor vekt på trening i grupper uten alt for mye «fancy» utstyr. Det sosiale aspektet er også viktig når leger møtes, og man må føle seg velkommen!

(Intervjuer kan bekrefte at hun følte seg velkommen på akuttkurset i Tromsø i 2012. Intervjuobjektet stilte med kaffe og fersk hjembakst til kursdeltakerne tidlig på morgenkysten; en særdeles hyggelig opplevelse og en flott start på kurset!)

Anton Gæver er 54 år, født og oppvokst i Lyngen i Troms, skilt, ingen barn, men har likevel en stor familie. Han har studert i Tromsø og er fastlege på Skansen legekontor i Tromsø. Han brenner for legevakta, for overgrepsmottaket og for pasientene. Han er praksiskonsulent på UNN og skulle ønske at han hadde enda større innflytelse på samhandlingen mellom UNN og primærlegene enn det han føler at han har.

Psykiatri og sykkelstier

UTPOSTEN: Hvor mener du skoen trykker mest i samhandlingen mellom helseforetaket og kommunen?

– For tiden i psykiatrien. Det er noe som ikke stemmer når pasientene blir avvist med bakgrunn i henvisningen fra fastlegen. Jeg sy-

nes det er rart at helseforetakene kan avvise pasientene, spesielt psykiatriske pasienter, med begrunnelse i at de ikke er i behov av psykisk helsehjelp i spesialisthelsetjenesten uten å ha undersøkt pasienten. Har de lov til det? Pasienten har jo rett til en vurdering. Kan man da avvise bare med bakgrunn i det som står i henvisningen? Er det en vurdering? Jeg fikk nettopp en et brev fra BUP om at en av mine pasienter ikke kunne få time der, fordi de mente at pasienten ikke hadde behov for det. Brevet ble sendt med kopi til pasienten. Hvordan reagerer pasienter på å få brev i posten om at problemene deres ikke er alvorlige nok til at de kan få behandling, når man i diskusjon med fastlegen har kommet til det motsatte. Jeg synes det er ille at pasienter avvises på denne måten, uten at man har diskutert alternative tiltak for å hjelpe en syk pasient. Er dette lov? Er det god samhandling?

Utposten intervjuet avtroppende helseminister Jonas Gahr Støre i forrige nummer av Utposten, vi snakket både om samhandlingsreformen og om hva som må til for å styrke allmennlegetjenesten.

UTPOSTEN: Hva mener du den påtroppende helseministeren bør ta tak i for at samhandlingsreformen skal bli vellykket?

– Samhandlingsreformen legger jo vekt på at sykdom skal forebygges, så da vil jeg slå et slag for sykkelstier. Sykling holder folk i god fysisk form og sparer miljøet, under forutsetning av at man kan sykle trygt og komme vel fram; i Nord-Norge betyr det på en brøytet sykkelsti! Han kan jo starte med Tromsø. Her er det stadige konflikter mellom bilister og sy-

klistere og mange ulykker og nestenulykker, som ender opp på legevakta. Jeg tror flere ville ha syklet til jobben hvis det hadde vært trygt og enkelt å komme seg fram, inkludert meg selv!

Overgrepsmottak – en allmennlegejobb

UTPOSTEN: Er det noe mer du ville sagt til den påtroppende statsråden?

– Jeg tror alle allmennlegene har mye på hjertet, meg inkludert. Jeg lurer på hvorfor man har valgt å pålegge helseforetakene å opprette overgrepsmottak, når det finnes mange velfungerende kommunale overgrepsmottak? Mange kommuner og fagpersoner har lagt ned et betydelig arbeid i å opprette mottak, og det virker besynderlig at dette nå skal tilbake til sykehusene. Overgrepsmottakene skal nå ligge under helseforetakene, antagelig fordi det er lettere for departementet å pålegge foretakene å gjøre jobben, og ikke fordi det nødvendigvis er den beste løsningen for pasientene. Her på legevakta i Tromsø har vi et overgrepsmottak som fungerer godt, og vi vet at det ikke bare er jenter som utsettes for overgrep. Dermed helseforetakene legger overgrepsmottakene til de gynekologiske avdelingene, så vil det være grupper som blir uten et tilbud. Dessuten kan vold i nære relasjoner være så mangt og ramme både kvinner og menn. Jeg tror allmennlegene er de beste til å håndtere dette, men det må være dedikerte allmennleger, som skolerer seg i dette. De må ha fokus både på god anamnese, riktige undersøkelsesteknikker og god sporsikring. Undersøkelse og anamnese kan være avgjørende i en eventuell rettsak og må derfor gjøres på korrekt måte.

I stortingsmelding nr. 15 (2012–2013) Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner, «Det handler om å leve», er det foreslått at ansvaret for vold i nære relasjoner skal legges til kommunchelsetjenesten, mens overgrepsmottakene skal legges til Helseforetakene. Regjeringen har foreslått at tjenestene til voksne utsatt for seksuelle overgrep skal forankres i spesialisthelsetjenesten fra senest 2015. Dette mener de vil sikre et mer likeverdig tilbud, god beredskap gjennom hele døgnet og mulighet til å bygge opp kompetanse i undersøkelse og sporsikring. De største mottakene som i dag er lokalisert ved kommunale legevakter vil kunne fortsette gjennom avtaler med helseforetak, dersom helseforetakene ønsker dette

– Jeg ville også ha opplyst helseministeren om at det er et problem at allmennlegene får stadig mer skjermtid og mindre tid til pasientene. Elektroniske resepter, elektroniske sykemeldinger, elektroniske skjemaer til NAV, elektroniske meldinger, dialogmeldinger osv. letter hverdagen for samarbeidspartnerne våre, men de stjeler tid fra både allmennlegen og pasienten. Det er et paradoks at de gode pasientsamtalene blir kortere med innføringen av stadig flere elektroniske løsninger. De burde jo egentlig være tidsbesparende, men er det foreløpig ikke. Driften av alle disse elektroniske løsningene har vært og er en kostbar utfordring for allmennlegekontorene.

Øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene – et risikoprojekt?

UTPOSTEN: Har du som legevaktsoverlege merket noe til konsekvensene av samhandlingsreformen?

– Jeg har jo vært med i diskusjonene om øyeblikkelig hjelp-senger i kommunen. Jeg mener øyeblikkelig hjelp-senger på legevakta kan være uheldig hvis man ikke har tilstrekkelig tid og ressurser til å drive dem. Det virker dessuten meningsløst å skaffe til veie lokaliteter og avansert diagnostisk utstyr på legevakta, når sykehuset ligger i samme bygg. Her må man bruke fornuften og lage løsninger som er gode og trygge for pasientene.

Livet som allmennlege er som en sentrifuge

– Livet som allmennlege er som en sentrifuge: den starter når du kommer inn døra på jobben og slås av når du går hjem. Jeg savner mer tid til lengre konsultasjoner, felles konsultasjoner med kolleger eller andre fagpersoner, kvalitetskontroller, undervisning, forskning og tid til toalettbesøk av og til! Dersom vi ikke stopper opp og tenker litt på hvordan arbeidshverdagen skal være og diskuterer dette



Anton Giæver henter energi i Lyngsalpene.

med kollegaer og hjelpepersonell i legepraksisen, så kan sentrifugalkraften brenne oss ut. Arbeidsbetingelsene i allmennpraksis er for tøffe, vi jobber for lange dager og jeg tror mange av oss får for liten tid til indre refleksjon og rekreasjon sammen med familie og venner. Jeg synes at allmennmedisinere skulle kunne arbeide mer tverrfaglig omkring de utfordrende pasientene. Jeg skulle gjerne ha sett at jeg kunne ha fått betaling for å ha sam-

arbeidsmøte med en kollega på kontoret eller på sykehuset omkring en vanskelig pasient, ikke bare når vi er på møte med NAV eller hjemmetjenesten.

...men likevel «Det gode liv»

UTPOSTEN: Du tar ofte vakante legevakter som andre ikke vil ha, du har en travel fastlegepraksis, driver veiledningsgruppe, deltar i



fagforennsarbeid, du bruker av din tid for at overgrepsutsatte skal ha et sted å henvende seg, du engasjerer deg for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og du «kastes ut av sentrifugen» utpå ettermiddagen eller etter en vakt, men likevel kan du ikke tenke deg en annen jobb. Hvilken kode er det du har knekket, som gjør at du lever et godt liv som allmennlege?

– Jeg har ikke noe godt svar på det. Vi er

heldige som bor i Norge! Jeg har aldri angret på mitt yrkesvalg, hver dag som allmennlege er spennende og utfordrende, vi har et fantastisk givende arbeid der vi møter mange mennesker på et nært mellommenneskelig plan. Det er i seg selv energigivende. Jeg vil gjerne ha god tid, i hvertfall av og til, til mine pasienter og har derfor en av byens korteste pasientlister. Jeg droppet å se på TV for 10 år siden, så jeg får litt ekstra tid til overs her.

Ellers vil jeg anbefale seiling for alle som har anledning til det. Jeg er med i en litteraturgruppe med noen kolleger, som tvinger meg til å være litt kulturell. Av mer riskofylt aktivitet er jeg henfallen til skikjøring i Lyngsplatene hvor jeg er oppvokst. Å av og til kunne avslutte dagen med selvlagd mat med fete sauser og god vin, gjerne med en Wagneropera som bakgrunnsmusikk, det er et godt liv!

Allmenntmedisinske utfordringer

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

Fastlegen si rolle når barn er pårørende

■ **FRØYDIS GULLBRÅ** • fastlege i Modalen og PhD-stipendiat ved allmenntmedisinsk forskningsenhet/Uni Helse i Bergen

MARIT HAFTING • barne- og ungdomspsykiater, BUP Voss og forsker ved RKBV Vest – Regionalt kunnskapssenter for barn og unge – Uni helse

Når ei mor eller ein far opplever sjukdom, ulukke eller har rusproblem, kan det gå ut over den omsorg og oppfølging dei kan gi til sine barn. Mange av desse barna klarer seg godt, dei har nettverk og får den oppfølging dei treng. Men fleire av dei har eit vanskeleg liv. Dei kan få ekstra omsorgsoppgåver, oppleve belastningar og dei kan bære på bekymringar. Dersom slike ekstra-byrder varer over tid, kan det gå ut over barnet si eiga helse.

Vi får stadig meir forskning som viser at barn som er utsette for slike byrder tidleg i livet har auka risiko for eigne helseplager og psykososiale vanskar, både på kort og lang sikt (1–4). Fleire nyheitsoppslag i norske aviser i seinare tid aktualiserer problemstillinga og viser oss at helsepersonell og samfunnet har svikta mange av desse barna (5, 6). Så mange som 115 000 barn i Norge har foreldre med alvorleg psykisk lidning. 30 000 barn lever med foreldre med alvorleg rusmisbruk (7). 3500 barn opplever årleg at mor eller far får kreft (8). Omfanget er altså stort.

Ein fastlege med liste på 1200 personer, har i gjennomsnitt 39 av desse barna på si liste. Dette er altså noko som angår dei aller fleste



Mange barn med sjuke eller rusbrukande foreldre har blitt oversett og har hatt det meir vanskeleg enn dei burde. Kanskje også fastlegane kan bidra litt meir slik at fleire blir sett og kan få hjelp? FOTO: INGUNN L. GULLBRÅ

fastlegar. I møte med den sjuke og lidande kan det likevel vere vanskeleg å tenke på at barna til den sjuke også kan ha behov for hjelp.

For å betre oppfølginga av barn som pårørende, oppretta Helse- og omsorgsdepartementet i 2007 «BarnsBeste – eit nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende» (9). BarnsBeste har som oppgåve å samle og systematisere kunnskap og erfaringar i arbeid med barn som pårørende, og formidle dette til aktuelle aktørar. Dei tek også initiativ til fagutvikling, forskning og nettverksbygging (www.barnsbeste.no). Nye lovparagrafer vart også innført i Norge i 2010, i helsepersonellova (10) og spesialisthelsetenestelova (11).

Desse skal sikre barna sin rett til informasjon og oppfølging på samtykke frå foreldra, samstundes som helsepersonell har fått ei plikt til å yte denne hjelp.

Kva er då ein fastlege sine oppgåver? Treng alle desse barna oppfølging frå fastlegen? Neppe. Men det gjeld å finne dei som treng hjelp. Ein fastlege har same plikter etter lova som anna helsepersonell, men er kanskje i ein betre posisjon enn mange til å bidra. Det er ofte fastlegekontoret som blir fyrst kontakta når sjukdom eller helseplager oppstår. Dette er altså eit godt utgangspunkt for å kome tidleg inn. Fastlegen følgjer pasient og familiar over tid, og kjenner også nettverk rundt barn og familiar. Ein fastlege har mange opp-



Framsider og nettartikler frå Bergens Tidende 8.des 2012 og 15.juni 2013



gåver, og praksisar er ulike, både i kva oppgåver ein prioriterer og kva pasientgrupper ein har. Det kjem stadig nye retningslinjer på ulike medisinske felt ein skal handle etter og det kan vere lett for at noko glipp. Barn som pårørende er ei sårbar gruppe der fastlegen kan bety ein forskjell, men diverre ser det ut for mange av desse ikkje får den oppfølging dei har krav på. Etter helsepersonellova er det tre hovudoppgåver som er pålagt, og med litt organisering og tanke på dette, treng det ikkje å bety mykje ekstra arbeid for legen.

Oppgåver kan systematiserast slik:

1. Har pasienten barn?

Det viktigaste og første fastlegen må gjere er og hugse på desse barna. For alle pasientar med alvorleg somatisk sjukdom, rusmisbruk eller psykisk sjukdom må det kartleggjast om dei har barn. Spør pasienten din om du ikkje veit noko om dette på førehand. Informasjon kan også hentast hjå partner eller i folkeregisteret. Informasjon om pasienten har barn, alder på barna og evt. namn på andre omsorgspersoner skal dokumenterast i pasienten sin journal (12). Dei fleste elektroniske journalar har oversiktsbilde som dette kan skrivast i.

2. Har barna behov for informasjon eller oppfølging?

Undersøk om barna har behov for informasjon eller oppfølging. Dette er i utgangspunkt

et friske barn! Det er foreldra som er sjuke. Kva situasjon er barna i, kva nettverk har dei rundt seg og kva behov er det? Kor mykje går foreldra sin sjukdom/tilstand ut over barna sin kvardag? Har barna behov for informasjon utover det foreldra har gitt? Dette er spørsmål fastlegar skal prøve finne svar på. I dei fleste tilfelle har ein litt tid på seg, men av og til haster det. Pasienten er oftast beste kjelde til informasjon, men ein kan også høyre med partner, barna eller andre fagpersoner. Pasienten må gi samtykke til at informasjon kan hentast inn.

Nødvendige tiltak

Ut frå kva ein finn av behov under kartlegginga, skal aktuelle tiltak setjast i verk. Primært er målsetjinga med lovverket at helsepersonell skal hjelpe foreldra til sjølv å informere og ta vare på barna sine. Kanskje treng ein ikkje anna enn å følgje familien over tid. Her kan også fastlegen bruke andre til hjelp.

I vurdering av kva tiltak som kan vere aktuelle, kan det vere ei hjelp å kategorisere etter hastegrader/ responsar (13, 14).

- a. GRØN RESPONS: Barn er ivaretatt og pasienten samarbeider. Legen treng på dette tidspunkt ikkje setje i verk noko tiltak.
- b. GUL RESPONS: Barna kan ha behov for informasjon, eller kan ha vist teikn på eigne problem. Der foreldre kan ha vanskar med

å innsjå konsekvens av eigen sjukdom for barna. Her bør barnet sikrast oppfølging, av legen eller via andre.

- c. RAUD RESPONS: Vurderinga tilseier at barna ikkje er godt nok ivaretatt. Rusmisbruk hjå begge foreldre, vald i familien eller manglande samarbeid hjå foreldre kan vere årsak. Her må legen sørgje for at akutte tiltak vert sett i verk. Ofte er det aktuelt med melding til barnevernet.

Samarbeidspartnarar

Fastlegane har mange samarbeidspartnarar som kan brukast i oppfølging. Det kan vere tilvising til andre instansar om barnet sjølv har fått plager eller symptom som følgjer av foreldre sin sjukdom. Helsesøstret kjenner ofte barn godt, og kan vere ein god støttespear. Skule eller barnehage kan vere til hjelp. Vidare er det ulike tilbod for barn som pårørende i mange kommunar. Psykisk helseteneste i kommunane kan ha gruppetilbod. Kreftforeninga har grupper for barn av kreftsjuke foreldre i mange byar. Det fins også fleire ulike tilbod for barn/ungdom som har rusmisbrukande foreldre. Her gjeld det å halde seg orientert om lokale forhold. Der som ein opplever at barn lir overlast kan det vere aktuelt å kontakte barnevern. Om sjuk forelder er innlagt i helseinstitusjon/sjukehus,

skal alle avdelingar ha barneansvarlege som oftast tek seg av informasjon og oppfølging av barn til sjuke den tida dei er innlagt (11).

Både kartlegging, tiltak og informasjon skal gjerast innafor taushetsplikta. Pasienten, altså mor eller far, må gi sitt samtykke til at informasjon blir delt og hjelp blir gitt. Det er difor avgjerande å ha god dialog med pasientane om barna, helst frå starten av eit sjukdomsforløp.

Andre oppgaver

Fastlegen kan i mange tilfelle gjere mykje for barn som har sjuke foreldre. Eit pågåande forskingsprosjekt undersøker no dette nærare. Det er eit samarbeidsprosjekt mellom RKBV Vest (Regionalt kunnskapssenter for barn og unge) og allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen. Prosjektet har som mål å finne ut kva dei involverte meiner fastlegen kan bidra med. Det inneheld intervju av fastlegar, barn som har sjuke foreldre, og sjuke foreldre sjølv. Målet er å kome fram til råd eller verktøy som fastlegane kan nytte i sitt arbeid med barn som pårørende.

Foreldre kan ha mykje dårleg samvit for barna sine, og det kan vere naturleg for ein fastlege å samtale med foreldra om barna, og støtte og rådgje på ulikt vis. Fastleger kan også ha samtaler direkte med barn eller ung-

dom, eller familien samla. Det å kunne følgje pasientar og familiar over tid, er ein stor fordel som fastlegar har. Her trengs ikkje alt taktast i fyrste konsultasjon. Dersom det er klarlagt at ikkje barnet lir overlast og treng akutte tiltak, kan ein bruke tid og vurdere situasjon og behov etterkvart. For mange er fastlegen ein trygg person å oppsøkje.

Til hjelp i dette arbeidet med barn som pårørende har no BarnsBeste i samarbeid med psykolog og fastlegar laga nytt kapittel «Barn som pårørende» i Norsk elektronisk legehåndbok, NEL (14). Her kan fastlegar få tips både i høve kartlegging og tiltak. På nettsiden www.barnsbeste.no ligg også mange ressursar til bruk i arbeid med barn som pårørende.

REFERANSER

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*. 1998; 14 (4): 245–58. Epub 1998/06/23.
2. Solis JM, Shadur JM, Burns AR, Hussong AM. Understanding the diverse needs of children whose parents abuse substances. *Current drug abuse reviews*. 2012 Jun; 5 (2): 135–47. PubMed PMID: 22455509. Pubmed Central PMCID: PMC3676900. Epub 2012/03/30. eng.
3. Christoffersen MN, Sothill K. The long-term consequences of parental alcohol abuse: a cohort study of children in Denmark. *Journal of substance abuse treatment*. 2003; 25 (2): 107–16. Epub 2003/11/25.

4. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget, 2009.
5. Bergens Tidende (2013). «De møter stadig skjebner som Janne». Reportasje 24.6.2013. <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Janne-saken/De-moter-stadig-nye-skjebner-som-Janne-2920784.html#UdPgBRKJsSU>
6. Bergens Tidende (2012). «Nå blir Cathrine pensum». Reportasje 8.12.2012 <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/cathrine-saken/Na-blir-Cathrine-pensum-2811732.html#UeZUirkJsSU>
7. Torvik FA, Rognmo K. Barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. The Norwegian Institute of Public Health 2011. Report No.: Contract No.: 50070161
8. Gustavsen K, Grønningseter AB, Fløtten T, Nielsen R, Syse J, Torp S. Barn og unge i kreftrammede familier (Children and adolescents in families with cancer). Oslo: Fafo-rapport, 2008. Contract No.: 2008: 38.
9. BarnsBeste. www.sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/Sider/side.aspx (26.5.2013).
10. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven). § 10a, § 25. LOV-1999-07-02-64.
11. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven). § 3-7a. LOV-1999-07-02-61.
12. Forskrift om pasientjournal. §8. FOR 2000-12-21 nr 1385.
13. Mjølstad B. Barn i blindsonen. Tidsskrift for den norske legeforening, nettgave 18.5.2013 <http://tidsskriftet.no/article/3025529>
14. Thorsen E, Romedal S, Raknes S et al. Barn som pårørende. Norsk Elektronisk Legehåndbok. <http://legehandboka.no/generelt/symptomer-og-tegn/pasientens-barn-barn-som-paerørende-39310.html> (26.5.2013).

frogull@online.no / marit.hafting@uni.no

Aktuelle lover/forskrifter for fastlegar

Helsepersonell-lova § 10.a

Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet:

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor

rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale

- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Helsepersonell-lova § 25

Opplysninger til samarbeidende personell

3. ledd: Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven § 10 a.

Forskrift om pasientjournal § 8

(Krav til journalens innhold)

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige...

- t) Opplysninger om hvorvidt pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn.

Legeevakt

– fortsatt en utfordring i små kommuner

■ LARS NESJE *kommuneoverlege og fastlege i Salangen kommune*



Etter 30 år med legevakt er det mange hendelser å se tilbake på. Erfaringene har bidratt til mestringsfølelse og en mindre bekymret holdning til hva en neste vakt kan inneholde. Det har vært tragiske hendelser, ofte knyttet til trafikk eller rus, men også suksesshistorier der egen innsats bidro til et lykkelig utfall.

Vårt aktuelle vakt-distrikt i indre Troms

Fra lang tid tilbake da vakt var en rent kollegial ordning har kommunene Bardu, Salangen og Lavangen i Indre Sør-Troms samarbeidet om legevakt. Lenge var det sju leger på en befolkning på om lag 7000 innbyggere og man hadde hvilende hjemmevakt der publikum henvendte seg direkte til legen. Ved fravær kunne sju-delt vakt bli til tre-delt. Helgevakt i kombinasjon med dagarbeid gav en beredskap som varte fra fredag morgen til mandag kveld. De senere år har vi hatt bemannet legevaktsentral på Troms militære Sykehus med fast sykepleierbemannet vakttelefon og tilstedevakt for legene. Med inkludering av Målselv ble innbyggertallet og den geografiske utstrekning doblet. Svekket tilgang på militærleger gjør at flere tusen soldater kan bli et anliggende for den sivile legevakten. I dagens vakt-distrikt med 23 legestillinger der flere har fritak fra vakt, er vaktplanen om lag 15-delt og helgene deles opp. Skulle flere leger være tilgjengelig, eksempel-

vis med fast bakvakt-ordning eller dersom døgnnet ble delt i kortere vakter, ville den enkelte lege få mye hyppigere vakt.

Tilgjengelig utstyr

Å pakke sammen den gamle akutt-kofferten i hard plast var en utfordring. Den har blitt erstattet med nylonsekker med moderne utstyr. Mobiltelefonen er krympet til en vekt på nær en prosent av den første mobile telefonen. Den er supplert med helseradio som nok har teknologiske løsninger fra tidligere tid, men er et fungerende alternativ. Nytt behandlingsutstyr har kommet til, her er defibrillator med skop og utstyr for prehospital trombolyse. Det foreligger behandlingsmuligheter i situasjoner der vi tidligere var hjelpeløse.

Samarbeid med ambulansetjenesten

Vi har blitt langt flere leger i vårt vakt-distrikt – som riktignok også har økt utbredelse og folkemengde – ettersom flere kommuner

samarbeider. Tidligere dro legen ut alene. Dersom ambulansetransport var nødvendig, ventet man hos pasienten til ambulansesjåføren dukket opp. Han kom i regelen alene. Med kjørestrekning på 100–200 km måtte legen iblant bli med til sykehus, og distriktet var da uten vaktlege. I dag har legene tilstedevakt på legevaktsentral med sykepleierbetjent vakttelefon. Ambulansen er tomannsbetjent med kompetente ambulansefagarbeidere. Legebemannet helikopter med kort utryknings-tid har tilkommet. Ofte er det ambulansen som drar ut til pasienten først, legen bidrar ved behov. Vi har siling, sykepleiere ved legevaktsentralen prioriterer ut fra hastegradskriteriene i Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

Ideen om det lokale akuttmedisinske team bestående av ambulansetjeneste og leger, er en naturlig følge av denne kapasitetsoppbyggingen og økte forventninger til behandlingsresultat. Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus forutsetter i § 4 også trening i samhandling mellom disse aktørene. I reelle situasjoner er det et problem at helseforetakenes flåtestyring – som også omfatter prioritering av personell ut fra lønnsomkostninger – medfører at nærmeste og kjente ambulanse ikke nødvendigvis mottar oppdraget, men erstattes med en annen ambulanse som kan være ukjent personlig og geografisk.

Utfordringer

Iblant gruet man seg til vakt, spesielt var nattlige irrelevante henvendelser problematisk når ordinær jobb ventet neste morgen. Men bekymringen satt ikke så lenge i med hyppige vakter. Nå er vaktene sjeldnere og rammene rundt vaktlegen mye tryggere. Likevel er mange kolleger bekymret, de ser vaktene som en belastning og gruer seg til vakt.

Hva skal til for at legevakt ikke oppleves som belastning eller sur plikt? Tre forhold synes vesentlige.

1. Mestring av vaktens innhold
2. En akseptabel total arbeidsbelastning
3. Kompensasjon for hvile etter vakt.

Ekstra-utstyr ved legevakt

På en av mine første legevakter som turnuslege ble en hundeeier jaktatt liggende livløs i skogen. Vi vadet elva der den var bred, og derfor mindre dyp, medbringende mobiltelefon over en skulder og Lærdals akutt-koffert over den andre, for så å bli advart av en sportsfisker som fra sitt tilfluktsted ropte at hunden nok var angrepsvillig når den viste tenner. Man tøyer ikke med en Rotweiler. Det ble retur over elva i påvente av bevæpnet lensmannsbetjent. Når hunden så var uskadeliggjort og elva var vadet for tredje gang, kunne jeg konstatere at legen ikke kunne utrette noe for mannen og vadet derfor etterhvert elva for fjerde gang tilbake til bilen. De neste årene hadde jeg utstyr egnet for å vade elver liggende i bilen. Det kom aldri til anvendelse.



Mestring av vaktens innhold

Det må foreligge strategier, utstyr og kompetanse for å håndtere vanlige hendelser, men også strategi for de hendelser som ikke kan mestres innenfor normal kapasitet.

Fungerende bakvaktordning forutsetter et større antall leger, men er nødvendig når nye leger skal inn i legevaktarbeid og likeledes for å ta belastningen når legens kapasitetsgrense overskrides.

En akseptabel total arbeidsbelastning

Om natten må legevaktens arbeidsfelt være medisinsk nødhjelp. Telefonen bør besvares som medisinsk nødtelefon og samtalen håndteres likt på legevaktsentraler og AMK-sentraler. Rene serviceoppgaver må utsettes til dagtid eller håndteres av fastlege neste arbeidsdag.

Det er ikke uten videre greit at ustabile pasienter i samhandlingsreformens navn skrives ut med beskjed om å kontakte legevakt umiddelbart ved symptomoppblussing.

Kompensasjon for hvile etter vakt

Legevaktene må gi en reell inntekt som også kompenserer for risiko og ubekvem arbeidstid. I dag vil næringsdrivende leger som tar fri dagen etter vakt, tape mer enn vaktens normale inntekt. Unntaket kan være enkelte svært travle vaktområder, der vakten i seg selv gir betydelig inntekt, slik at fri etter vakt lar seg forsvare.

I små distrikt der nattlige henvendelser er sjeldne, vil mange planlegge å gå på jobb neste dag. Det kan være akseptabelt, men gir risiko for overbelastning dersom vakten likevel blir travel.

60+ Hvorfor ikke fortsette?

Hva skal til for at erfarne leger etter 60 års alder skal fortsette i primærvaktskiktet?

Ny forskrift om fastlegeordning innførte forskriftsfestet rett til fritak fra vakt fra 55 år, nå 60 år. Med en gjennomsnittlig arbeidsuke på nærmere 50 timer, er vakt i tillegg til dette en åpenbar belastning. Økonomisk gevinst som motiv blekner noe med tiden og forventningen om nye kliniske impulser likeså. Særlig avtalens bestemmelser om kompensasjon for fri etter vakt vil kunne bety noe, og man kan håpe at myndighetene ser verdien i å legge forholdene godt til rette. Fortsatt etterspør vi den betydelige styrking av primærhelsetjenesten som samhandlingsreformens forkjemper annonserer. De 2000 nye fastlegene har vi sett lite til.

lnesje@online.no



Legevaktbil på 1920-tallet

Det er to høyst ikke-medisinske oppfinnelser som revolusjonerte akuttmedisinen i årtiene rundt 1900, og her kommer et bilde av den ene av dem.

Telefonen kom til Norge nokså øyeblikkelig etter at den var oppfunnet, og etter at vi hadde fått de første telefonsentralene i 1880, var det en helt annen verden som åpnet seg for folk som trengte å tilkalle hjelp. Litt senere kom *bilen*, og norske leger var tidlig ute med å skaffe seg bil. Telefon og bil økte tilgjengelighet og kapasitet dramatisk.

Ordet *legevakt* har flere betydninger. For dagens leger betyr det oftest å *ha* vakt, å delta i en vaktordning med kolleger for å kunne yte hjelp. Men i allmennhetens bevissthet er vel Legevakten mer assosiert med en institusjon som både sender ut akutthjelp og et legekontor man kan komme med sine skader og plager.

I Oslo har Legevakten hatt en slik status siden den ble opprettet 1. februar 1900. Byen vokste kraftig i siste halvdel av 1800-tallet, og leger ble det også ganske mange av. Men hvordan få fatt på en av dem når noe skjedde? Det var begrunnelsen for den beskjedne oppstarten i lokaler tilhørende Kroghsstøtten Sykehus.

Dette bildet av legevaktbilen med sine to trauste sjåfører tilhører museet ved Kroghsstøtten Sykehus. Det er udatert, men både bilmodellen og det faktum at byen fortsatt heter Kristiania, tyder på at det er fra 1920-tallets første år.

Øivind Larsen

LITTERATUR

- Larsen Ø. *Legevakten. Oslo kommunale legevakt 1900–2000*. Oslo: Oslo kommune, 2000.

En ganske alminnelig vakt

■ PETER PRYDZ *fastlege i Hammerfest*

Klokka er 23, og det er en alminnelig vakt i et nokså alminnelig distrikt. Jeg sitter i en liten nordnorsk by og har ansvar for byen og omlandet. Det strekker seg faktisk 10 mil av gårde, men det er svært sjelden vi hører noe fra ytterdistriktene. Jeg har ikke vært overlessa med arbeid, men den siste timen har det vært litt å gjøre, jeg har nettopp lagt inn to pasienter.

Så ber sykepleieren meg komme i telefonen. «Dette høres ut som det haster litt». En kvinne fra en annen kommune er på linja. Hun forteller at en god venninne av henne, en kvinne i 30-årene bosatt i ytterkanten av mitt vakt-distrikt, har ringt henne og sagt at hun regner med å ta sitt liv snart. Hodet og ryggmargen er straks på hugget. «Dette er spennende. Her står mye på spill. Her kan jeg gjøre noe, og dette kan jeg.» Jeg samler opplysninger om kvinnen, som jeg ikke kjenner. Hun er aleine med to barn i skolealder. Hun har antakelig kjærlighetssorg. Hun har hatt kontakt med sin fastlege om psykiske problemer. Hun betraktes som ressurssterk. Hun har et krevende arbeid. Jeg takker kvinnen som ringte for at hun tok kontakt og for opplysningene.

Så ringer jeg den omtalte kvinnen. Jeg presenterer meg og forteller hvem som har kontaktet meg. Jeg sier at dette høres ut som en alvorlig situasjon. Hun høres umiddelbart litt oppgitt ut – «Jeg skjønnte vel at hun ikke klarer å la være å ringe dere». «Det skjønner jeg også», sier jeg. «Ingen kan la noe sånt passere uten å prøve å hindre det.» Jeg lar henne fortelle om sin situasjon. Hun har i lang tid følt seg sliten av en sum av belastninger som hver for seg er betydelige. Det verste synes hun, er at hun bare fungerer for halv maskin som mor for sine barn. Dette klarer hun ikke å holde ut med i lengden, så nå syntes hun det fikk være nok.

«Nesten ingen problemer er uløselige» sier jeg. «Det meste går an å ordne opp i, men ofte trenger man hjelp av andre til å sortere problemene fra hverandre. Dette kan du også få hjelp med. Den hjelpen må du ta imot, det skylder du alle som er glad i deg. I ettertid vil dine barn kunne leve greit med at mora har fungert for halv maskin i en periode. Men tenk på hvilken katastrofe det vil være for dem om deres mor dør i sjømord! Tenk på hvilken skyldfølelse de vil sitte igjen med!»

Dette er hun med på. Disse tankene har

nok ikke vært langt unna, men det høres ut som om det hjelper å høre det fra en annen. Vi er i alle fall enige om at dette ikke er rette tid for selvmord. Jeg spør om hun har noen i nærheten som hun stoler på, og hun har en pålitelig nabo. Jeg får lov til å ringe ham og legge fram situasjonen. Han sier seg villig til å være i huset over natta og ta henne med til fastlegen i morgen tidlig. Jeg slår en alvorlig fleip: «Dette får du lønn for i himmelen». Han tar fleipen og ler – «Det spørres vel». Jeg ringer tilbake til kvinnen, og hun er fornøyd med løsningen. Jeg gir henne ros for at hun ringte sin venninne, og jeg lover å informere hennes fastlege i morgen tidlig.

Dette gikk etter oppskriften, tenker jeg. Rutinene satt. Men så kommer en ny runde med ettertanke. Går det an å la dette bli «rutine»? Går det an å gjøre det fullkomment meningsløse – at et menneske vil ende sitt liv for egen hånd – til et spørsmål om rutiner, flytskjema, prosedyrer og kvalitetssikring? Hva er det egentlig som foregår når vi «reparerer tanker» på denne måten?

Denne teksten skreiv jeg første gang for mange år siden. På forespørsel deler jeg den med Utposten sine lesere.

 peterpr@online.no



Tungpust på Bugøynes

En historie fra den tid vi kjørte legevakt



■ HARALD G. SUNDE *fagsjef i Helse Finnmark, tidligere fastlege i Sør-Varanger kommune*

Det heter fortsatt «å kjøre legevakt», selv om vi nå mest sitter. Begrepet kommer fra den tida vi kjørte i sykebesøk og i all vesentlighet oppsøkte pasientene i deres hjem. For pasientene var dette kanskje bekvemt, men for legene kunne det ofte være slitsomt. Vi kunne ha opptil ti sykebesøk på en ettermiddag, og da gikk tida og det ble seine kvelder. Kvaliteten på arbeidet var dessuten begrenset, ved at vi ikke hadde tilgang på verken laboratorie- eller røntgenstøtte i noe av det arbeidet vi gjorde. Men det gikk nå stort sett bra likevel.

I dag tar legevakta imot de aller fleste av legevakt pasientene i gode, hensiktsmessige lokaler i mottakelsesavdelingen på Kirkenes sykehus og så vel leger som pasienter er godt fornøyd med ordningen!

Men tilbake til tida da vi kjørte legevakt, en episode som utspant seg en natt til lørdag på 1980-tallet. Det var på forsommeren. Jeg hadde på torsdagen hatt utekontordag i Pasvikdalen, og dette var en av de dagene der vi hadde hatt kontordag på Vaggetem, noe vi hadde en dag per måned. Vaggetem ligger lengst sør i Pasvikdalen, 10 mil fra Kirkenes, så jeg hadde altså kjørt 20 mil dagen før den legevakta som nå skal beskrives.

På ettermiddagen denne fredagen ble jeg bedt om å komme i sykebesøk til Grense Jakobselv. Dette var en uvanlig bestilling. Bortsett fra en grensestasjon for militæret var det kun noen få fastboende der. Jeg kjørte de seks milene østover til den lille bygda ved

grenseelva mot Sovjetunionen, og gjorde unna sykebesøket der.

Etter at resten av vaktarbeidet var unnagjort, og det var tid for å få seg litt søvn, tenkte jeg stille at jeg på to døgn hadde vært på to av kommunens ytterpunkter; 20 mil tur-retur Vaggetem i sør og 12 mil tur-retur Grense Jakobselv i øst. Hva om de ringer fra Bugøynes i vest? Da får jeg «full pott», alle kommunens ytterpunkter i embeds medfør på to døgn!

Dette burde jeg selvfølgelig ikke ha tenkt. For kl 02 ble jeg oppringt nettopp fra Bugøynes, der var det en gjeng ungdommer på fest. Til tross for at innringer var langt fra edru, ble det beskrevet veldig tydelig at en ung kvinne sleit med voldsom tungpust. Jeg så ingen annen råd enn å sette meg i bilen og begynne på de ti milene mot Bugøynes. Kunne det være astma eller annen farlig sykdom?

Da jeg ankom bygda etter en drøye times kjøring, fant jeg stedet som var beskrevet. Jeg snakket med noen ungdommer, men det tok tid før noen klarte å hjelpe meg med å finne pasienten; det virket som om de færreste hadde anelse om at legen var budsendt pga en syk person. Når jeg så beskrev sykdomsbildet; «en ung kvinne med tung pust» fikk jeg etter hvert napp hos en kar. «Ho e i den hytta der» sa han og pekte på en campinghytte. Jeg banket på og gikk inn.

Jeg ble, for å si det mildt, lett overrasket over det som møtte meg i hytta. Riktig nok var det en ung kvinne der, og hun pustet både

raskt og tungt. Men det som var overraskende var at det også var en mann der, og han pustet på samme vis.

Og han lå oppå henne.

Og ingen av dem hadde klær på.

«Unnskyld», prøvde jeg meg mens jeg banket forsiktig på veggen, «var det her det var sendt bud etter lege?»

Aktiviteten på sofaen fikk seg en brå stopp, og ble erstattet av noen uartikulerte lyder.

Takket være en unik kombinasjon av skarp observasjonsevne, klinisk teft og mannlig intuisjon fikk jeg en ganske klar følelse av a) å være uønsket i situasjonen og

b) at pasienten etter forholdene hadde kommet seg bra på den drøye timen det hadde tatt før jeg hadde innfunnet meg på dette fiskeværet ytterst mot Varangerfjorden.

Midnattssola hadde tydeligvis satt i gang en del hormonell aktivitet som gjorde legehjelp unødvendig denne natta.

Så jeg kunne pakke ned stetoskopet, sette meg i bilen med latteren i halsen, og kjøre hjemover mot Kirkenes med veien opplyst av den røde morgensolen.

NB! Jeg har aldri slått rekorden som ble satt de to dagene; 52 mil sykebesøkkjøring på to døgn!

haral-su@online.no

Ultralyd i allmennpraksis

■ BADBONI E-SAFADI fastlege i Bergen

Stadig flere fastleger skaffer seg ultralydutstyr til bruk i egen praksis. Normaltariffen har tatt høyde for dette og inkludert egne takster til ultralydundersøkelser. I årets 3. utgave av Utposten kunne vi lese synspunktene til Morten Glasø, en av de mest engasjerte allmennlegene for bruk av ultralyd (UL) i allmennpraksis. I samme nummer kunne vi lese argumentene mot bruken av ultralyd i allmennpraksis representert av Tor Austad, en radiolog med sterke synspunkter på dette temaet.

I dette nummeret har vi snakket med allmennleger som har valgt å ta i bruk ultralyd i sin praksis, for å høre hvilke erfaringer de har gjort seg.

- 1 Hvor lenge har du tatt i bruk UL i din allmennpraksis?
- 2 Hvordan har innføringen av UL forandret din praksis?
- 3 Kan du nevne en kasuistikk som har endret utfallet grunnet UL diagnostikk?
- 4 Hvordan kan man lettere gjøre det mulig for andre allmennleger å ta i bruk dette verktøyet?
- 5 Har du anbefaling til hvordan gå frem for å skaffe seg UL i allmennpraksis?



Marius Christensen • 32 ÅR

MARIUS.CHRISTENSEN@GMAIL.COM

Spesialist i allmennmedisin. Jobber ved Tjeldsund legekontor i Nordland fylke. Har rundt 18–20 konsultasjoner per dag. Det blir gjort ultralydundersøkelser i 2–5 konsultasjoner daglig.

- 1 Jeg har brukt UL i min allmennpraksis i tre år.
- 2 For meg har det å innføre UL i min praksis vært et paradigmeskifte. Jeg føler at jeg har kunnet ta viktige deler av det medisinske faget tilbake. Jeg har blitt mer faglig nysgjerrig, føler en større personlig utvikling som lege og hverdagen er så utrolig mye mer morsom.
- 3 Jeg har flere interessante kasuistikker der utfallet har endret seg grunnet UL-undersøkelsen. Men det er kanskje et tilfelle som skiller seg spesielt ut. En gang hadde jeg en gravid kvinne i 30-årene som kom inn for rutinesjekk i uke 32. Alt så tilsynelatende greit ut, hadde normale vitalia. Kjente godt med liv, men ungen sparket ikke like mye som

før. Kunne forklares med at det begynte å bli trangt. Gjorde en UL for å se etter vitalitet hos fosteret og fant en baby full av ascites (barn med ascites i svangerskap har økt dødelighet). Sendte pasienten til Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) Tromsø, barnet ble forløst, ascitestappet og gitt assistert ventilasjon. Denne kasuistikken ble lansert i BMJ (British Medical Journal)!

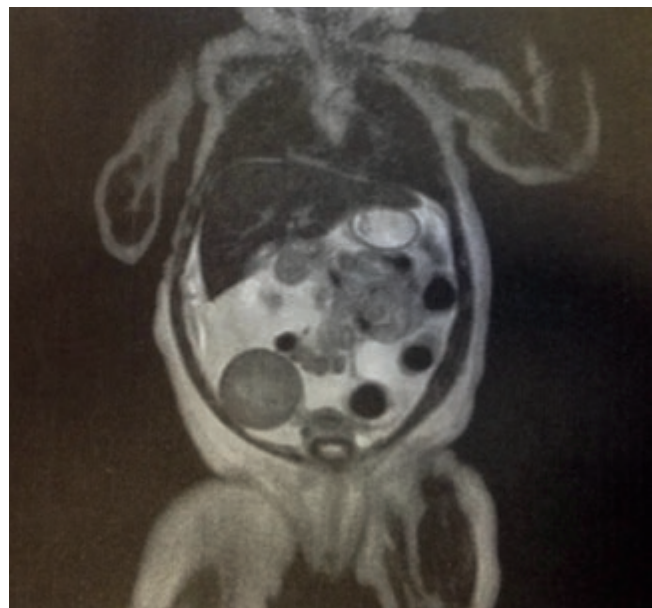
4 Mitt råd ville vært å integrere det i utdanningen til medisinerstudenter, slik de gjør i andre land. Det er sikkert mange i FUA (Forening for Ultralyd i Allmennpraksis) som kunne vært ressurspersoner for universitetene for å legge opp et slikt opplegg.

5 Meld deg på kurs hos FUA, kjøp deg apparat like etter du har vært på grunnkurs.

FIGUR 1: Ultralydbilde: Bilde tatt i siste trimester av barn i mors liv. Snitt igjennom abdomen hvor man ser svær ascites.



FIGUR 2: MR bilde: Ovarialtumor hos barnet, viste seg senere å gå helt i regress uten behandling.




Kan Shanker • 51 ÅR

SHANKER@SHANKER.NO

Jobber som fastlege i Bremanger Kommune i Sogn og Fjordane. Har spesiell interesse for muskel- og skjellett lidelser (MSK). Bruker UL som supplement til kliniske undersøkelser i diagnostikk av MSK lidelser. Har om lag 20–30 konsultasjoner daglig, av disse varierer antall UL undersøkelser fra dag til dag. Men har en kveldspraksis der det utføres 10–15 undersøkelser i uken.

- 1 Jeg har brukt UL i litt over 2,5 år.
- 2 Etter at jeg innførte UL i min praksis har jeg fått en annen hverdag mht forståelse av MSK relaterte problemer og diagnostikken. Har også lært hvor fort en kan bli villedet av et MR svar dersom en stoler blindt på det. Kliniske undersøkelser og UL som supplement har gitt en god diagnostikk og økt terapeutisk treffsikkerhet.
- 3 Det er en ung mann som ble henvist til annenlinjetjeneste grunnet anterior knesmerter etter langvarig belastning av patellarsene. Annenlinjetjeneste bestilte MR som i første omgang viste synoviale plicae og det ble gjort arthroskopi som ikke førte til bedring av symptomene – tvert imot fikk han blodpropp som komplikasjon. Etter 11 måneder vurderte jeg kneet hans med ultralyd. Klinikken og UL undersøkelsen ga klar diagnose om skade


Karoline van der Hagen • 47 ÅR

KDHAGEN@ONLINE.NO

Bor på Kråkerøy utenfor Fredrikstad, jobber på Sentrum Legekontor i Østfold. Har mellom 15 og 20 konsultasjoner per dag. Dagene varierer mye i forhold til ultralydbruk, men jeg bruker det i snitt fire ganger/dag.

- 1 Siden 2001, begynte etter å ha hatt sideutdannelse på gynekologisk avdeling.



FIGUR 3

i hans patellarsene. Pasienten ble dessverre feilbehandlet en rekke ganger før man omsider kom frem til at det ikke var noen intraartikulær patologi. En tidlig ultralyd på sykehus eller i allmennpraksis kunne ha avdekket dette på et tidligere tidspunkt.

Ultralyd har med andre ord en betydelig verdi når det gjelder ekstraartikulære problemstillinger som rammer ekstremiteter.

- 4 UL-skanning av MSK gjøres i dag i utstrakt grad også av fysioterapeuter og kiropraktorer i Norge. Det er veldig bra. Det er tallrik dokumentasjon på fordelene en har

ved å anvende UL-undersøkelse i MSK lidelser i primærhelsetjeneste for rask og mer korrekt håndtering av pasienter.

- 5 Det er viktig å skaffe seg et godt apparat og en god serviceavtale. Vil også nevne at jeg synes det er viktig at spesialisthelsetjenesten anser allmennlegene som bruker UL som en ressurs og ikke som en trussel. UL brukes allerede av en rekke forskjellige spesialister og det viktigste er at vi får en kvalitetssikret tjeneste slik at de som er opplært til det kan få bruke UL som et supplement for å styrke den diagnostiske treffsikkerhet.

- 2 Ultralyd hjelper meg ofte i mine diagnostiske vurderinger. Klinikken er selvsagt viktigst og må alltid komme først. Ultralyd gir økt arbeids glede og det er mer tilfredsstillende å kunne komme lenger i diagnostikken på kontoret slik at pasientforløpet blir smidigere og ofte raskere.

- 3 En fersk kasuistikk vil jeg gjerne nevne, men har dessverre ikke bilder av den.

Det var en kvinne i 50-årene som hadde blitt behandlet av Naprapat i noen uker pga smerter i nakken og i høyre skulder. Da hun ikke ble bedre og begynte å få mer smerter utover i armen og hånden ønsket naprapaten en MR-undersøkelse av nakken og hun oppsøkte meg for å få en henvisning. Ved klinisk undersøkelse fant jeg normale forhold i skulder og nakke bortsett fra litt myalgi. Smertene i hånden beskrev hun som varierende, men stort sett bare i første til tredje finger. Jeg tenkte derfor at problemet kanskje kunne sitte i håndleddet og gjorde en ultralydundersøkelse av nervus medianus. Undersøkelsen viste sikker sideforskjell der høyre medianus økte i areal ut mot retinakelet, dvs ga

tydelig mistanke om carpaltunnelsyndrom. Jeg gjorde Phalens test som også var positiv og rekvirerte derfor ikke MR slik bestillingen var, men utredet i stedet videre med nevrografi grunnet noe uvanlig klinikk.

- 4 Vi trenger flere muligheter for å lære ultralyddiagnostikk tilrettelagt allmennmedisinsk hverdag. Vi trenger også mye øvelse og jeg tenker det ideelle er smågruppeundervisning. Det eksisterer allerede i dag, men de gir ikke tellende timer da slik undervisning er avhengig av velvillig utlån av utstyr og lokaler fra leverandører. Vi har begrenset med tid og jeg synes slike smågrupper burde få tellende timer noe jeg tror ville hjelpe oss i stor grad.

- 5 Jeg tror det beste er å snakke med en kollega som allerede har begynt med ultralyd slik at en får informasjon på denne måten. Kurs er helt nødvendig og mange gleder seg over kursene som er tilrettelagt våre problemstillinger og ikke problemstillingene sykehusene sitter med. Ellers kan man gå inn på nettsiden www.fuanorge.no der det allerede ligger mange nyttige forslag til hvordan man skal gå frem.



Svein Lunde • 65 ÅR

LUNDE1@ONLINE.NO

Spesialist i allmennmedisin i Os (Hordaland). Alle leger har eget ultralydapparat i vår praksis. Har om lag 20 pasienter daglig av disse gjennomføres det fire til åtte ultralyd undersøkelser hver dag.

- ❶ Jeg deltok i ultralydkurs for allmennleger på Oppdal vinteren 1999 og kjøpte UL-kort tid etter det.
- ❷ Det er den beste investering i min praksis jeg kunne ha gjort. Arbeidet ble mer spennende og jeg ble en sikrere kliniker. Ultralydbruk er årsak til at jeg fortsatt trives godt i arbeidet og tør påstå at utbrenthet ikke eksisterer blant allmennleger med ultralyd.
- ❸ Jeg har diagnostisert 26 pasienter med abdominalt aorta aneurisme i min praksis.

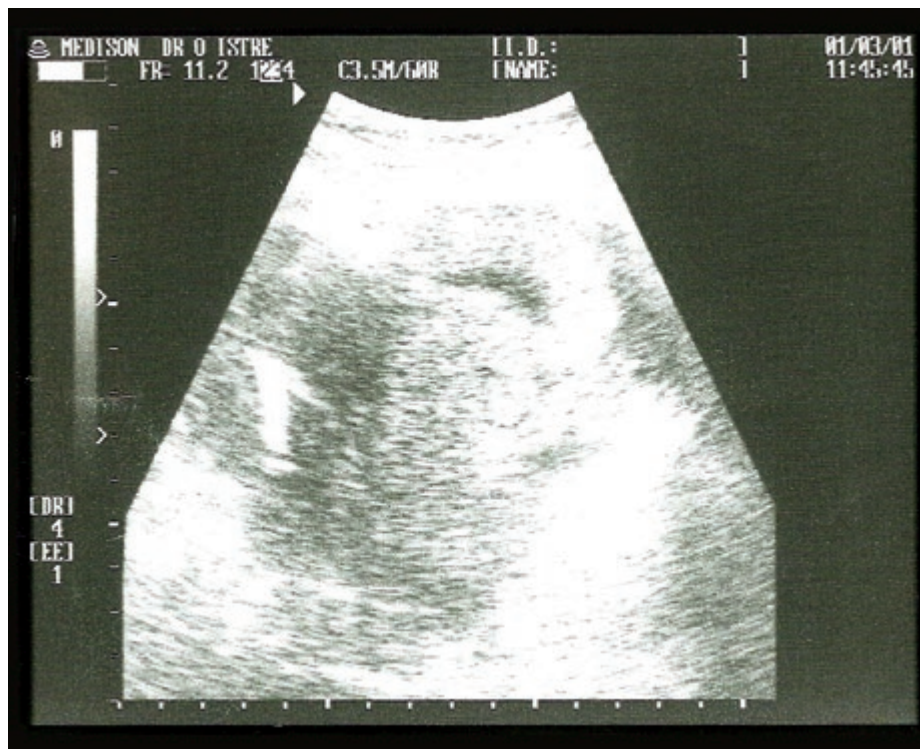
Velger et kasus fra mitt første år med ultralyd. Billedkvaliteten var helt annerledes den gangen. En 29 år gammel kvinne kom fordi hun var sliten, kvalm og hadde vondt i høyre gluteal region. Hun hadde kjent dobbel uterus (didelfus). Pga problemer med prevensjon hadde hun vært på kvinneklinikken året før og fått sterilisert høyre tube og satt inn IUD i venstre livmor. Ved u.s. så jeg straks gestasjonssekk (FIGUR 4) i venstre livmor og IUD i høyre livmor. Gynekologen hadde lagt IUD på den siden hun var sterilisert!

Graviditeten ble fullført etter at IUD var fjernet. For kort tid siden oppsøkte moren meg med sin datter. Der fant jeg en oppklaring som presset mot urin blære. Det viste seg å være hematokolpos, lokalisert i høyre livmor. Datter hadde og en dobbel uterus og sannsynligvis en dobbel vagina. Hun ble henvist til videre utredning og operert kort tid etter det.

Klarheten i bildet viser utviklingen mht billedkvalitet fra 2000 og til i dag.

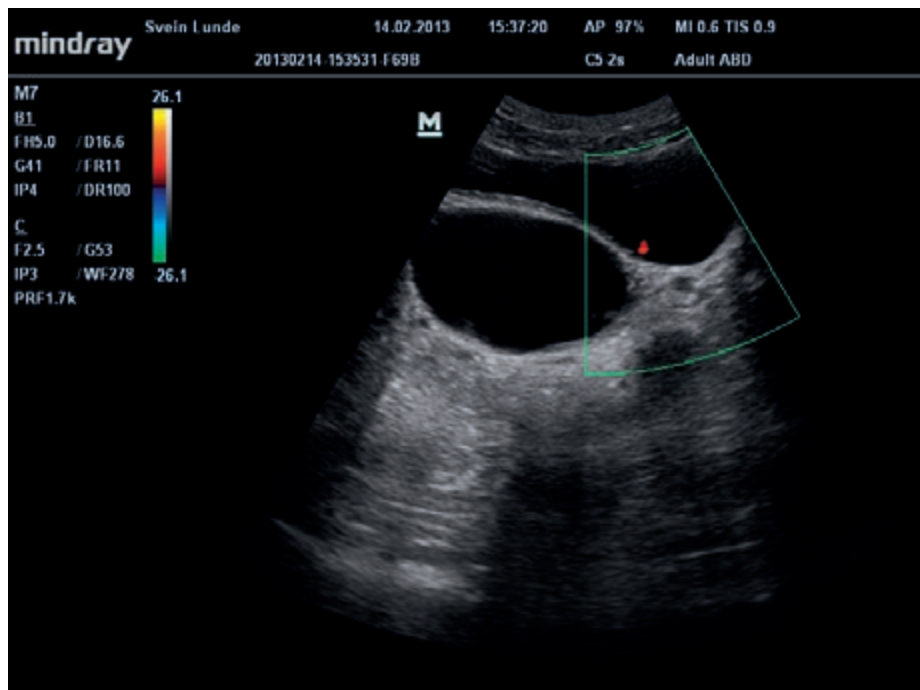
❹ Vi dannet i 2006 «Forening for Ultralyd i Allmennpraksis». Siden da har vi hvert år hatt to grunnkurs og kurs for viderekomne. Kursene finner du på foreningens nettside FUAnorge.no. Der finner du også linker til videreutdanning via nettet der du gratis kan få alle de «foredrag» du ønsker rett hjem på din egen PC.

❺ Det finnes en del brukte apparater til en rimelig pris. De har nok ikke samme kvalitet



FIGUR 4: Gestasjonssekk sees som en mørk halvmåne omgitt av en hvitere uterus (venstre) mens man kan se IUD som en bred hvit strek i høyre uterus.

FIGUR 5: Urinblæren øverst. I sektor ses en liten rød jettstråle fra venstre ureter. Den ovale oppfylling under er blodansamling i pasientens høyre uterus. Den doble uterus ble ikke fremstilt på dette bilde.



som de nye. Nybegynnere ser best detaljer på de nyeste apparatene.

Min visjon er et «klima» der spesialisthelsetjenesten og primærlegene jobber sammen for en faglig og forsvarlig diagnostisering til fordel for pasientene. Jeg påstår ikke at alt

kan diagnostiseres med UL, men mener at ultralyd er et fantastisk supplement som hjelper oss for å treffe en tentativ diagnose eller innimellom kanskje utelukke en tentativ diagnose i forhold til KLINIKKEN innen rimelig tid.

Depresjon hos demente

– en diagnostisk og terapeutisk nøtt

■ OLE HENRIK KRAT BJØRKHOLT *fastlege i Drammen*

■ JØRUND STRAAND *professor i allmennmedisin, Universitetet i Oslo*

Demens er en av de vanligste og mest invalidiserende sykdommer hos eldre, og antallet demente forventes å stige betydelig i de kommende årene. Det finnes ingen kurativ behandling. Om lag 20 prosent av demente har alvorlig depresjon, og disse kan ha nytte av SSRI-behandling. Tall viser en betydelig grad av overbehandling, da rundt 40 prosent av demente bruker SSRI. Dette er ikke ufarlig, og bivirkninger er vanligere enn mange tror – særlig hos eldre. Det er derfor viktig å målrette SSRI-behandlingen av demente til dem som forventes å ha effekt av den. En grundig diagnostisering er viktig, og Cornell depresjonsskala er et svært nyttig verktøy.

Forekomst/prevalens

En av de aller vanligste sykdomstilstandene vi ser i allmennmedisin generelt, særlig på sykehjem, er demens. Det er i dag rundt 70 000 personer i Norge med demens, hvorav Alzheimers sykdom (60 prosent) og vaskulær demens (15 prosent), samt blandingstilstander av disse, er langt de vanligste (1). I og med at demens hovedsakelig er en sykdom som rammer eldre mennesker, er det grunn til å anta at antallet demente i Norge, så vel som resten av den vestlige verden, vil stige markant de kommende årene i takt med eldrebølgen. Riktig håndtering av disse pasientene er derfor et avgjørende bidrag til bedre livskvalitet hos en stadig økende del av befolkningen, og vi som allmennleger kommer til å få hovedansvaret for dette.



Om demens

Demens er et kronisk, invalidiserende syndrom som preges av kognitiv svekkelse, endringer i personlighet og adferd (nevropsykiatriske symptomer – NPS) og redusert funksjonsevne. Per i dag kjenner vi ikke patogenesisene for de fleste demenssykdommer, og det finnes ingen «helbredende» medikamentell behandling for demens. De fire legemidlene som finnes på markedet i dag (donepezil, rivastigmin, galantamin og memantin) gir i beste fall symptomlette og noe forsinket sykdomsprogresjon. Vi er derfor nødt til å fokusere bredt ved behandling av demente pasienter, både hva gjelder medikamentell og ikke-medikamentell behandling. Medikamentelt kan det, især i senere stadier av demens, bli aktuelt med symptomatisk behandling av NPS (psykose, apati, affektive symptomer og agitasjon). Hvorvidt og hvordan disse symptomene skal behandles medikamentelt, er omstridt. Blant annet er det ting som kan tyde på at depresjon hos demente pasienter er annerledes enn depresjon hos ikke-demente, både rent genotypisk og fenotypisk. Jeg skal i denne artikkelen fokusere på en av de vanligste medikamentgruppene som brukes overfor demente pasienter – nemlig SSRI.

SSRI-behandling av demente

Det bor i dag rundt 40 000 mennesker på norske sykehjem, og omlag 80 prosent av disse er demente. Omtrent 40 prosent av demente ved norske sykehjem behandles med antidepressiva, og SSRI utgjør 65 prosent av disse (2 og 3). Indikasjonene er ofte vage, og det foreligger ofte mangelfull eller ingen diagnostisk utredning for depresjon i forkant, delvis grunnet praktiske vanskeligheter ved å stille symptomdiagnoser hos en pasientgruppe som ofte mangler kommunikative evner, men også fordi dette ikke er prioritert av helsevesenet. I en del tilfeller forskrives SSRI mot uro etter påtrykk fra pleiepersonell ved sykehjemmene. En stor norsk studie publisert i *British Medical Journal* i 2012 viste at kun rundt 30 prosent av demente sykehjemsbeboere som stod på SSRI, fikk det verre da dette ble seponert (4). Dette indikerer at forskrivningen er langt over det den bør være.

Evidensen for bruk av antidepressive medikamenter (bl.a. SSRI) mot alvorlig depresjon er god. Videre er det brukbar dokumentasjon for effekt ved moderate depresjoner samt generalisert angst, panikkangst og Obsessiv-kompulsiv lidelse. SSRI er derimot ikke en behandling av demens i seg selv – og kun hvis en av overnevnte tilstander foreligger, må SSRI antas å kunne være nyttig – også hos demente.

Bildet er imidlertid ikke så enkelt. Forskning viser at selv om rundt 50 prosent av demente har depressive symptomer, er det kun ca. 20 prosent som tilfredsstiller ICD-10-kriteriene for depresjon. Det er dessuten mye som tyder på at depresjon hos demente pasienter arter seg annerledes enn hos ikke-demente, og at «standardbehandling» ikke nødvendigvis er like effektiv. Mange mener også at det dreier seg om en helt annen hjerneorganisk lidelse. Bildet kompliseres ytterligere av at demens og depresjon har flere sammenfallende symptomer (hukommelsessvikt, apati) og at depresjonssykdom tidligere i livet ser ut til å øke risikoen for demens senere i livet.

Bivirkninger ved SSRI-behandling

Det er viktig å presisere at SSRI ikke er et helt ufarlig medikament uten bivirkninger, og at det derfor er svært viktig å utrede pasientene grundig før de settes på denne typen behandling. Vanlige bivirkninger hos voksne er kvalme (22 prosent), munntørrhet (21 prosent), hodepine (17 prosent), nervøsitet (15 prosent), agitasjon (14 prosent), svimmelhet (13 prosent), diaré (13 prosent), angst (13 prosent), insomni (12 prosent) og forstoppelse (10 prosent) (5). Man ser også relativt ofte alvorlige bivirkninger, slik som hyponatremi og økt blødnings-tendens. Eldre pasienter vil ha hyppigere forekomst av alle bivirkningene, blant annet grunnet multifarmasi og aldersbetingede endringer i metabolisme og nyrefunksjon.

Depresjon hos demente

Når demente pasienter skal utredes for depresjon, er det ofte vanskelig eller umulig å benytte tradisjonelle screeningsverktøy, slik som MADRS. Dette fordi pasientene i mange tilfeller verken verbalt eller intellektuelt er i stand til å svare adekvat på spørsmålene. Imidlertid er det utviklet et velegnet og validert diagnostisk verktøy, nemlig Cornell skala for depresjon ved demens. Dette er en kartlegging av ulike symptomer hos pasienten, slik det tolkes av den som observerer pasienten jevnlig (pleiepersonalet ved sykehjemmet, pårørende ell.). En Cornell-score på 7–10 indikerer depressive symptomer eller mild depresjon, mens Cornell-score på 11 eller mer indikerer alvorlig depresjon (6).

Det er etter hvert konsensus i fagmiljøene globalt om at antidepressiv behandling av demente pasienter trolig er nyttig og bør forsøkes til de ca. 20 prosent av pasientene som har en alvorlig depresjon (Cornellscore på 11 eller mer). I disse tilfellene bør SSRI foretrekkes. Hos denne pasientgruppen gjelder i høyeste grad prinsippet «start low, go slow». Behand-

lingen må følges opp klinisk, evt. supplert med serummålinger. Dersom det oppstår betydelige bivirkninger, eller medikamentet ikke har påvisbar effekt (for eksempel lavere Cornellscore) etter tre måneder, bør medikamentet seponeres. Bråseponering bør, hvis mulig, unngås, og nedtrapping over flere uker er å foretrekke.

SSRI bør ikke være en «quickfix» mot plagsomme og urolige demente, uten at depresjon antas å ligge til grunn for uroen. Uro kan skyldes mange andre ting, slik som smerter, som krever en helt annen type behandling.

Oppsummering

- » SSRI kan forsøkes til behandling av alvorlig depresjon (for eksempel diagnostisert ved Cornellscore på 11 eller mer).
- » Ved SSRI-behandling, gjelder prinsippet om «start low go slow», samt seponer alltid ved betydelige bivirkninger og/eller uteblitt effekt etter tre måneder.
- » SSRI er ikke indisert ved uro per se, med mindre uroen er forårsaket av depresjon.
- » SSRI er ikke ufarlig og er ikke uten bivirkninger.
- » Ved uro og/eller apati hos demente, kan dette skyldes mange andre ting enn depresjon.
- » Det er stort behov for mer forskning på dette feltet.

REFERANSER

1. Hva er demens? Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse og Hukommelsesklinikken Oslo Universitetssykehus, Ullevål, 4.rev. utg. 2009. og Engedal K og Haugen PK (2005) «Demens – Fakta og utfordringer» Forlaget Aldring og helse
2. Selbaek et al., Int. J. Geriatr. Psychiatry 2007 «The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes».
3. www.reseptregisteret.no, tall for 2010, målt i DDD.
4. Bergh S, Selbaek G, Engedal K. «Discontinuation of antidepressants in people with dementia and neuropsychiatric symptoms (DESEP study): double blind, randomised, parallel group, placebo controlled trial.» *BMJ*. 2012 Mar 9;344:e1566. doi: 10.1136/bmj.e1566.
5. Andrea Cipriani, Corrado Barbui, Rob Butler, Simon Hatcher and John Geddes. *Clinical Evidence* june 2009 «Depression in adults: drug and physical treatments».
6. Barca ML, Engedal K, Selbaek G. «A reliability and validity study of the cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria.» *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010;29(5):438-47. Epub 2010 May 25.

dr.olehenrik@gmail.no

forund.straand@medisin.uio.no

Lave vitamin D-verdier hos innvandrerkvinner

Refleksjoner over barrierer og tiltak for å motvirke vitamin D-mangel

■ MANA SALAMAN *Stud. med, UiB*
■ SOMAYE DARVISHI *Stud. med, UiB*

Vi vil her oppsummere en studie vi har gjennomført som medisinerstudenter ved Universitetet i Oslo som omhandler innvandrerkvinner med lave vitamin D-verdier. Målsettingen var å komme i kontakt med disse kvinnene for å få en idé om subjektive opplevelser og tanker rundt denne hyppige problemstillingen. Studien er innlevert som prosjektoppgave ved Avdeling for allmenntilleggsmedisin, Institutt for helse og samfunn, veiledet av Per Lagerløv.

Omfattende helseplager som følge av vitamin D-mangel

Vitamin D-mangel er et utbredt problem blant mange innvandrerkvinner i Norge, noe som utgjør en stor helseutfordring ettersom innvandrere står for en ikke ubetydelig del av landets befolkning (1, 2). I følge tall fra SSB utgjør innvandrere 23 prosent av befolkningen i Oslo. Studier har vist at immigranter har bedre vitamin D-status i hjemlandet sammenlignet med verdier etter lengre opphold i nordlige land (2, 3).

Det er funnet en korrelasjon mellom lavt vitamin D-nivå og depresjon, muskel- og skjelettsmerter, multipl sklerose, cancer og diabetes (1). En nyere norsk studie har vist at i en pasientgruppe med uspesifikke muskel- og skjelettsmerter, hodepine eller tretthet hadde 83 prosent av mørkhudede innvandre-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

re i Oslo vitamin D-nivå under 50 nmol/l, noe som sammenlignet med etniske nordmenn kun forekom hos 35 prosent (4).

Vi vet lite om hvordan innvandrerkvinner som har fått påvist lave vitamin D-verdier opplever denne beskjeden og sitt møte med fastlegen. Dessuten vet vi lite om hvilke barrierer som foreligger for råd de ofte mottar. Da vi selv har innvandrerbakgrunn (fra Iran og Afghanistan) tenker vi at det er her vi har den største utfordringen når disse kvinnene skal hjelpes. Vi ønsket å spørre kvinnene om deres egne tanker om lavt vitamin D-nivå, og hvordan de selv ser på mulighetene for endring.

Nyttige diskusjoner

Totalt deltok 13 kvinner i studien. Den ene gruppen bestod av seks deltakere mellom 23 til 63 år fra henholdsvis Kosovo, Iran, Pakistan og Tyrkia. I den andre gruppen var deltakerne mellom 32 til 67 år og de syv kvinnene kom fra Afghanistan, Pakistan, Syria og Tyrkia. En kvinne i den første gruppen og to kvinner i den siste gruppen brukte hijab.

Reaksjoner på budskapet om deres lave vitamin D-nivå

Alle deltakerne fastslo at de hadde fått umiddelbare tanker rundt årsak til at de hadde fått påvist lave verdier, men reaksjonene ble rap-



portert som ulike. Noen ga uttrykk for at de tok det som en selvfølge, ettersom de har en mørkere hudfarge og bor i et land med relativt få soldager. Andre mente det var forbau-sende da dette var en ny problemstilling som de ikke var kjent med fra deres tidligere hjemland. Samtidig oppga noen at det var en lettelse å få påvist mangel og endelig få en diagnose, ettersom de over lengre tid hadde merket uspesifikke symptomer som blant annet mangel på energi. Også noen oppga at de ble overrasket fordi de til tross for et riktig og variert kosthold hadde utviklet mangel.

Hvilke tanker hadde kvinnene om deres vitamin D-mangel?

Ved spørsmål om hvorfor kvinnene hadde utviklet vitamin D-mangel kom de fleste årsaker frem; både solekspnering og nordisk klima, bekledding, kosthold og mangel på vitamintilskudd ble nevnt. Overraskende nok var det kun få som visste at den økte pigmenteringen i deres hud gjør det vanskelig å utnytte UV-stråling. Videre ble det påpekt at kulturelle idealer også er en årsak til at mange kvier seg for å bli solekspnert. I mange kulturer blir lys hud assosiert med det å være mer velstående, ha bedre helse og er dessuten relatert til skjønnhet. Som en siste årsaksfaktor ble arv nevnt, ettersom enkelte av deltakerne til tross for relevante tiltak gang på gang hadde fått påvist mangel på vitaminet. Av den grunn hadde de satt dette i relasjon til en mulig sammenheng med genetik, da deres mangel ellers i deres øyne var uforklarlig.

Det har vært diskutert om vitamin D-mangel kan være et resultat av flere faktorer. En oversiktsartikkel oppdatert i 2013 viser at ytterligere mekanismer enn de kjente faktorene som blant annet kost og hudekspnering kan spille en rolle, blant annet svekket nyrefunksjon og bruk av visse medikamenter (5). Dermis kan vitamin D-mangel være et resultat av et sammensatt bilde der flere årsaksfaktorer spiller inn, noe som er viktig å ha i mente i det kliniske møtet med en pasient med vitamin D-mangel.

Forslag til tiltak

Nesten alle deltakerne foreslo trantilskudd som det viktigste tiltak mot vitamin D-mangel. Også solekspnering og et kosthold rikt på melkeprodukter og fisk ble nevnt. Det ble samtidig presisert at dette var «enklere sagt enn gjort». Noen av deltakerne mente det var nødvendig med ytterligere informasjon og ikke minst eget initiativ. Én av kvinnene på-

pekte at det ikke nødvendigvis er hvor lenge man har bodd i Norge som er av betydning, men heller hvor observant man er på de nye utfordringer som oppstår i møtet med det nye livet i Norge. Et annet forslag som ble nevnt var trening, noe de mente ville styrke skjelettet og forhindre frakturer.

Hvilken effekt mener kvinnene at deres egen helse har på familien?

Når det gjelder egen helse og dens påvirkning på familien kom det tydelig frem at kvinnene er av den oppfatning at god helse hos dem selv har positiv innvirkning på familien, særlig på barna. Det ble også angitt at mange innvandrere i Norge ikke har noe særlig familienettverk, noe som setter dem i en sårbar posisjon ved sykdom. Flere av kvinnene mente dessuten at vitamin D-mangel kan føre til nedsatt psykisk helse, noe som igjen kan ramme familien. Enkelte av kvinnene uttrykte bekymring for at deres egne kostvaner kunne gå i arv. En deltaker presiserte at gode vaner må inkorporeres fra barna er små for at de skal kunne bli varige. En annen ung deltaker uttrykte bekymring for at hennes lave vitamin D-status kunne forårsake rakitt hos hennes barn.

Barrierer for tiltak

I vår studie kom følgende temaer frem som barrierer for at de selv kunne forbedre sitt vitamin D-nivå:

I følge kvinnene gjør ulike mattradisjoner og smaksvaner det vanskelig å legge til kostholdet, og dessuten inngår fisk i svært liten grad i deres matkultur. I tillegg ble laktoseintoleranse nevnt som en ytterligere faktor som vanskeliggjør kostomlegging. En deltaker ønsket å understreke denne utfordringen med endring av middagsvaner, da hun så på det som særlig problematisk ettersom det var lite aksept av smaksforandring i hennes familie (spesielt hos ektemannen). Det ble foreslått å tilberede to retter, en for ektemannen og en for resten av familien. Hos enkelte var dette en reel løsning, men hos flertallet var dette av naturlige årsaker vanskelig gjennomførbart.

Vitamin D-mangel kan være et resultat av et sammensatt bilde der flere årsaksfaktorer deriblant mattradisjoner, spiller inn. Dette er det viktig å ta i betraktning i behandlerens møte med pasienter med vitamin D-mangel.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Til tross for at alle våre deltakere var klar over at innføringen av fisk i kostholdet er en sentral og viktig faktor for å bedre vitamin D-nivået, ga de fleste uttrykk for at dette kom i direkte konflikt med egne mattradisjoner og smaksvaner. Kvinnenes middagsvalg baserer seg ofte på familiens preferanser. Dette blir også belyst i en norsk studie fra 2010 som oppsummerer at de viktigste barrierer for en sunn kostholdsomlegging blant norsk-pakistanske kvinner er preferanser fra barna og andre familiemedlemmer. Videre påpeker studien at innvandrerfamilier ofte har sosiale sammenkomster, der visse forventninger blant deltakerne utgjør en ytterligere barriere (6).

Solekspnering ble av flere foreslått som en løsning på vitamin D-problemet, noe som ikke er uproblematisk da klestradisjoner og hijab skaper en barriere for at huden blir solekspnert.

Flere studier har vist at en hud med høy grad av pigmentering krever større dose UV-stråler for å oppnå et adekvat vitamin D-nivå (3, 4, 7). Det ble påpekt av kvinnene at selv om mange ikke bruker hijab gjør kulturelle normer det likevel vanskelig å vise for mye hud. Dessuten har de gjerne en annen klestradisjon enn etnisk norske, uavhengig om kvinnen bærer hijab eller ikke. Enkelte av deltakerne foreslo soling på terrassen eller i hagen som et alternativ til offentlige steder, men noen av kvinnene fremhevet problemet med innsyn. Videre kom det frem at mange innvandrere har en annen måte å forholde seg til varme og solrike dager på, da de ofte holder seg innendørs på solfylte dager, hovedsakelig fordi dette er en kultur de bærer med seg fra hjemlandet.

Som et siste hinder ble det av enkelte presisert at de var misfornøyde med leger som spurte om deres synspunkter og hva de selv kunne gjøre med situasjonen sin. Dessuten oppfattet de bruken av de vanlige, åpne spørsmål under legekonsultasjonen, kombinert med legens lite autoritære stil som lite tillitsvekkende faktorer. Denne tillitsmangelen

kom frem som en av årsakene til dårlig compliance blant enkelte når det gjelder tilskudd.

Vi kan tenke oss at fordommer hos helsepersonell og ikke minst den kulturelle forskjellen helsevesenet i Norge viser i forhold til deres eget hjemland spiller vesentlige roller til tillitsmangelen. I Norge er vi opptatt av en pasientsentrert kommunikasjon, der pasienten spiller en sentral og delaktig rolle i diagnostikk og behandling. I en slik kommunikasjon er det flere momenter som inngår og det å dele makt og ansvar mellom lege og pasient er ett av disse momentene (8). Det presiseres i en norsk oversiktsartikkel fra 2010 at det finnes få studier rundt dette tema og det foreslås at fremtidige studier bør fokusere på å identifisere særlige behov og barrierer hos innvandrere når det

gjelder primærhelsetjenesten (9). Våre erfaringer som ikke-vestlige innvandrerkvinner har vist oss at denne ansvarsfordelingen kan stå i strid med de vaner og erfaringer innvandrere har gjort i møtet med helsevesenet i sine tidligere hjemland, der legen fremdeles har en rolle som en autoritær lærd som står i en selvstendig maktposisjon. Dermed er det legen som står for all diagnostisering og behandling, og pasienten spiller en lite delaktig rolle. Spørsmål som «hva tror du selv at det er?» og «hva tror du kan hjelpe deg?» er dermed lite akseptable, ettersom det heller gir inntrykk av manglende faglig kunnskap.

Enkelte av kvinnene mente dessuten at mange av dagens leger har for lite kunnskap om innvandrermedisin. En deltaker mente at hijab ikke sjeldent anses av helsepersonell som hovedårsak til vitamin D-mangel, og at hijab ofte fører til fordommer hos mange leger, noe hun mente ga stopp for ytterligere problemløsning og samarbeid. En annen faktor som kvinnene mente vanskeliggjorde samarbeidet med fastlegen var språkvansker, noe de mente kunne påvirke samarbeidet og tillitsforholdet med legen.

I møtet mellom den ikke-vestlige pasienten og legen fremstår kommunikasjon som en helt kritisk faktor. Gode språkkunnskaper hos innvandrere er imidlertid ofte manglende og dermed blir det nødvendig å justere konsultasjonen, blant annet ved bruk av tolk og lengre seanser (10). Dette blir til en viss grad gjort, men kanskje ikke i tilstrekkelig grad. Dessuten kan det nevnes at innvandreres helsebehov ofte skiller seg fra den etnisk norske, noe som forsterker behovet for tilpasning av helsetilbud til innvandrere (9). En norsk studie fra 2011 viser at verken skriftlig eller muntlig informasjon til innvandrerkvinner alene er tilstrekkelig for å bedre deres vitamin D-nivå (11). Vi tenker dermed at det mest effektive tiltak vil være god og tilstrekkelig muntlig informasjon (helst med bruk av profesjonell tolk), i tillegg til skriftlig informasjon.

Konsekvenser for praksis

Vitamin D spiller en sentral rolle for god helse i befolkningen. Imidlertid har studier vist at vitamin D-mangel er et utbredt problem blant ikke-vestlige innvandrerkvinner i Norge. Våre funn har vist oss at en rekke barrierer hos denne pasientgruppen påvirker egeninnsats for tiltak. Dette inkluderer blant annet mattradisjoner og hindringer for soleksponering. Ettersom kostholdsomlegging kan komme i konflikt med familietradisjoner, kan det være hensiktsmessig av legen å foreslå vitamin D-tilskudd som et hovedtiltak for deres mangeltilstand. Det er også viktig å huske på at mange innvandrerkvinner anser en blek ansiktshud som et skjønnhetsideal, og tips om at de skal sole ekstremiteter fremfor

generell soleksponering kan dermed være mer fruktbart.

Ytterligere har vi funnet at kommunikasjonsdelen med den ikke-vestlige innvandrerpatienten kan by på utfordringer i allmennpraksis. I Norge er vi opptatt av en pasientsentrert kommunikasjon, og som vi har diskutert i artikkelen kan dette ikke sjeldent by på problemer i møtet med den ikke-vestlige pasienten. Bruk av åpne spørsmål kan bli oppfattet som usikkerhet hos legen. Et forslag mot dette er at legen i høyere grad forsøker å være konkret uten å være belærende når han eller hun ønsker å gi råd til pasienten. Trolig kan bruk av tolk også bidra til å løse en rekke problemer. Videre kan det være av sentral betydning å påminne om at hijab som regel ikke er eneste årsak til lave vitamin D-verdier, og legen bør derfor være beredt til å tenke at lave verdier kan skyldes andre årsaker enn klesdrakt og lite soleksponering.

REFERANSER

1. Meyer H, Brunvald L, Brustad M, Holvik K, Johansson L, Paulsen J. Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen. Nasjonalt råd for ernæring, Sosial- og helsedirektoratet IS-1408. November 2006.
2. Meyer HE, Holvik K, Lofthus CM, Tennakoon SU. Vitamin D status in Sri Lankas living in Sri Lanka and Norway. *Br J Nutr*. 2008; 99: 941–4.
3. Lips P. Vitamin D status and nutrition in Europe and Asia. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2007; 103: 620–5.
4. Knutsen KV, Brekke M, Gjestad S, Lagerløv P. Vitamin D status in patients with musculoskeletal pain, fatigue and headache: a cross sectional descriptive study in a multi-ethnic general practice in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 166–71.
5. Agus, Z.S, Drezner M.K. (2013) Causes of vitamin D deficiency and resistance. I C. Rosen (Ed.), *UpToDate*. Tilgjengelig via www.uptodate.com
6. Råberg Kjøllestad MK, Telle Hjellset V, Bjørge B, Holmboe-Ottesen G, Wandel M. Barriers to healthy eating among Norwegian-Pakistani women participating in a culturally adapted intervention. *Scand J Public Health* 2010; 38: 52–9.
7. Wicherts IS, Boeke AJ, van der Meer IM, van Schoor NM, Knol DL, Lips P. Sunlight exposure or vitamin D supplementation for vitamin D-deficient non-western immigrants: a randomized clinical trial. *Osteoporos Int* 2011; 22: 873–82.
8. Midtgarden T. Måling av pasientsentrert kommunikasjon *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 3133–5.
9. Abebe, D.S. Publication: Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A Research Review. NAKMI report 2/2010. <http://www.nakmi.no>
10. Papic O, Malak Z, Rosenberg E. Survey of family physicians' perspectives on management of immigrant patients: Attitudes, barriers, strategies, and training needs. *Patient Educ Couns* 2012; 86: 205–9.
11. Madar AA, Klepp KI, Meyer HE. The effect of tailor-made information on vitamin D status of immigrant mothers in Norway: a cluster randomized controlled trial. *Matern Child Nutr* 2011; 7: 92–9.

Soleksponering ble av flere foreslått som en løsning på vitamin D-problemet, men klestradisjoner og hijab hindrer at huden blir soleksponert.



mana.salaman@studmed.uio.no

somaye.darvishi@studmed.uio.no

Legemiddelutprøvinger i allmennpraksis

■ ANJA MARIA BRÆND *lege og PhD-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, HELSAM, UiO*

Legemidler bør prøves ut på pasienter som ligner på de som skal bruke medisinene, og de fleste resepter skrives ut i allmennpraksis. Vi har sett på klinisk utprøving av legemidler i allmennpraksis.

Klinisk forskning på legemidler

Legemiddelbehandling er den vanligste av alle medisinske intervensjoner, og forskning på legemidlers effekt er derfor et kjerneområde i klinisk forskning. Om lag 90 prosent av alle resepter skrives ut i allmennpraksis. Konklusjoner fra utprøvinger gjennomført hos selekterte pasienter i andre- eller tredjelinjetjenesten er ikke alltid overførbare til allmennpraksis. Det er derfor viktig at legemidler testes på samme pasientgrupper og i samme setting der de senere skal brukes. For en allmennpraktiker kan det være både interessant og lærerikt å delta i legemiddelutprøvinger. På den annen side er allmennpraktikere, som står for mesteparten av all reseptforordningen, potensiell målgruppe for studier med markedsføring av nye legemidler som primært formål, såkalte «seeding trials». De fleste allmennleger som deltar med rekruttering av pasienter til legemiddelutprøvinger, gjør dette trolig som del av sin kliniske praksis, mens enkelte har lagt opp til deltakelse i større skala gjennom etablering av en separat utprøvningsenhet i tilslutning til legepraksisen.

Utvikling av nye legemidler og klinisk utprøving av disse er svært ressurskrevende, er omfattet av et komplisert regelverk og foregår hovedsakelig i regi av internasjonal farmasøytisk industri. For at et legemiddel skal godkjennes, må effekt og sikkerhet dokumenteres gjennom bestemte typer studier omtalt som Fase I-III-studier (tekstboks til høyre). Fase IV-studier er slike som skjer etter at middelet er godkjent for markedsføring og handler blant annet om å etablere dokumentasjon for å søke godkjenning for nye behand-

lingsindikasjoner. De fleste forskerinitierte studier i allmennpraksis, det vil si studier som ikke er i regi av legemiddelindustri, er fase IV-studier. Disse kan komme opp med verdifull ny kunnskap med stor nytte for praktisk farmakoterapi. Mange har etterlyst flere uavhengige legemiddelutprøvinger i allmennpraksis, både for å sikre mer klinisk relevant forskning, og for å bidra til bedre kunnskap om trygg og effektiv bruk og om seponering av vanlige medikamenter.

Før en legemiddelutprøving kan settes i gang, må det foreligge godkjenning fra Statens legemiddelverk (SLV) og Regional etisk komité (REK). Det er fra 2004 et felles europeisk regelverk på legemiddelområdet, men det kreves godkjenning fra hver enkelt nasjonale myndighet der studien skal drives, det vil si SLV i Norge (1). Fra slutten av 1970-tallet og fram til rundt år 2000 var det i tillegg en frivillig, men vanlig brukt ordning for utprøvinger i allmennpraksis, der legemiddelindustrien også fikk forsøksprotokollene vurdert av Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) (2). AFU vurderte studienes kvalitet og allmennmedisinske relevans. For studier som ble funnet å ha høy kvalitet og relevans, anbefalte AFU at allmennleger deltok i forskningen. Foruten å være en viktig helsepolitisk markering, bidro AFU-vurderingene også til å fremme kvaliteten på forskningen. Etter at denne frivillige ordningen gradvis stoppet opp etter år 2000, har AFU ikke bare mistet innflytelse, men også oversikt over hva slags forskningsprosjekter allmennpraktikere inviteres til å delta i. Slik det er i dag, er det ingen instanser som spesielt vurderer den allmennmedisinske relevansen av en legemiddelutprøving.

I 1994 bortfalt kravet om at nye legemidler skulle ha dokumentert en bedre effekt enn (beste) eksisterende behandling for å bli godkjent for markedsføring («behovsparagrafen») (3). Det ble etter dette tilstrekkelig at legemiddelet viste bedre effekt enn placebo og at nytten overstiger risikoen ved bruk (4). Forskningsetisk er imidlertid hovednormen i henhold til Helsinkideklarasjonen at nye medikamenter bør prøves ut i sammenligning med (beste) eksisterende etablerte behandling.

Vi har gjort et manuelt søk i arkivet til SLV, der alle søknader om kliniske legemiddelutprøvinger er lagret. Arbeidet er finansiert av Allmennmedisinsk forskningsfond. Søknader fra 1998 til 2007 ble gjennomgått, totalt 2054 søknader om legemiddelutprøvinger i Norge. Totalt 196 studier var planlagt utført helt eller delvis i norsk allmennpraksis og fullført fra 1998 til 2012 (5). Figuren viser utprøvinger i allmennpraksis, både rene allmennpraksisstudier og kombinasjoner med andre spesialiteter. Generelt var det en nedgang i antall legemiddelstudier i Norge i denne perioden (1), som i flere andre vestlige land, men antallet allmennpraksisstudier viser ikke tilsvarende nedgang.

RESULTATER: Legemiddelforskning i norsk allmennpraksis

Av de 196 studiene var 93 prosent multinasjonale studier, 96 prosent drevet av legemiddelindustrien og 77 prosent var studier med pasienter både fra allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten. Bare to prosent av alle norske legemiddelutprøvinger var rene allmennpraksisstudier. Til sammen var 23 000 norske

FASE I: Humanfarmakologiske studier. Første utprøving på mennesker (ofte friske frivillige), undersøkelse av sikkerhet.

FASE II: Terapeutisk eksplorative studier. Undersøkelse av dose-respons hos små grupper pasienter. Ofte surrogatendepunkter.

FASE III: Terapeutisk bekreftende studier. Undersøkelse av effekt og sikkerhet og sammenligning med placebo eller standard behandling hos større pasientgrupper helst med harde endepunkter.

FASE IV: Terapeutisk bruk. Studier med nye problemstillinger og nye endepunkter på allerede godkjente legemidler hos større pasientgrupper.

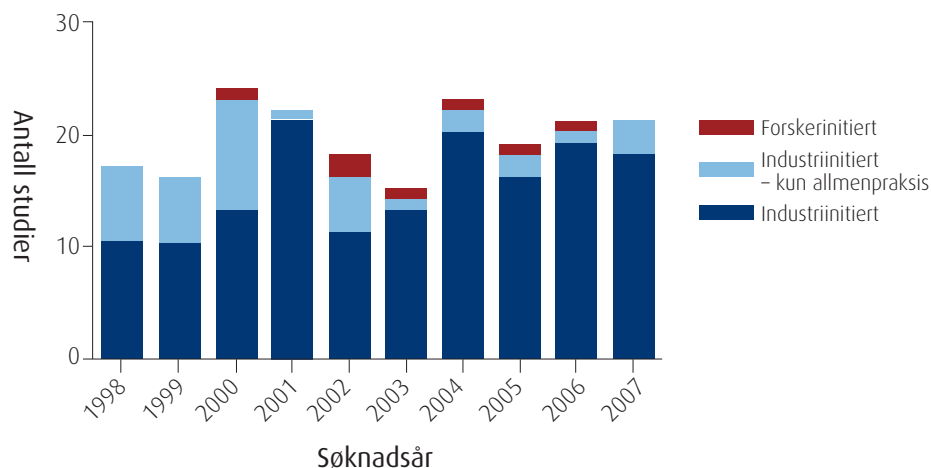


pasienter planlagt inkludert i disse studiene, fra åtte til 2500 pasienter i den enkelte studie, altså et stort spenn i størrelsen på studiene. Det er viktig at legemiddelutprøvinger ikke er så små at de ikke kan gi gyldige resultater, eller unødvendig store slik at pasienter deltar i forskning formålsløst. Det var også stor variasjon i hvor mange leger som var med i studiene, fra én til 402 leger. 831 allmennpraktikere var utprøver i en eller flere studier, det vil si omkring 20 prosent av norske allmennleger i 2002. De fleste var utprøver bare i en studie, mens noen få gjorde dette ofte, opp til 36 ganger i løpet av denne tiårsperioden. Bare 0,7 prosent av allmennpraktikerne var tilknyttet de allmennmedisinske universitetsmiljøene. Likeledes var det stor forskjell på betalingen (honorar og dekning av utgifter) til legene, fra ingen betaling til 108 000 kroner per pasient. Det var flest studier på diabetesmedisiner (21 prosent), fulgt av legemidler ved obstruktiv lungesykdom (12 prosent), midler med virkning på renin-angiotensinsystemet (10 prosent) og lipidmodifiserende legemidler (10 prosent).

Mer uavhengig legemiddel-forskning i norsk allmennpraksis?

Bare en titel av norske legemiddelstudier foregikk i allmennpraksis, og nesten alle var i regi av legemiddelindustrien uten involvering av allmennmedisinske universitetsmiljøer. Vi mener det bør gjøres mer legemiddelforskning i allmennpraksis, spesielt uavhengig forskning. Allmennmedisinsk forskningsfond ble etablert i 2007 og har økt mulighetene for uavhengig allmennmedisinsk forskning. En del andre europeiske land har velfungerende faste forskernettverk, der allmennleger opparbeider erfaring og har fasiliteter som gjør det lettere å inkludere pasienter i kliniske studier. For tiden arbeides det med en utredning om et mulig norsk allmennmedisinsk forskernettverk, blant annet basert på erfaringer fra Storbritannia og Nederland. Slike forskernettverk vil kunne gjøre det lettere å drive uavhengig legemiddelforskning i norsk allmennpraksis.

GRAF. Antall legemiddelutprøvinger med søknadsår 1998-2007 i norsk allmennpraksis. Industriinitierte studier som var planlagt i allmennpraksis sammen med andre spesialiteter er vist med mørkeblått, rene allmennpraksisstudier i lyseblått. Alle forskerinitierte studier foregikk bare i allmennpraksis.





SELEKTIV PUBLISERING AV FORSKNINGSRISULTATER: *Et internasjonalt problem*

Det er i Helsinkideklarasjonen krav om at forskningsresultater skal gjøres allment tilgjengelige. Systematiske litteraturoversikter har påpekt systematiske skjevheter ved industrifinansierte legemiddelstudier (6). Dette er spesielt knyttet til manglende og selektiv publisering av resultater og hyppigere rapportering av positive resultater sammenlignet

ICPC-DIAGNOSE	N	%	KUN AP
T90 Diabetes mellitus ikke-insulinavhengig	44	20.2	1
K86 Hypertensjon ukomplisert	22	10.1	7
R96 Astma	19	8.7	4
T93 Lipidstoffskifte forstyrrelse	18	8.3	2
R80 Influensa	11	5.0	7
L89 Hoftelddsartrose	7	3.2	2
L90 Kneleddsartrose	7	3.2	3
N89 Migrene	7	3.2	1
R95 Kronisk obstruktiv lungesykdom	6	2.8	2
P76 Depressiv lidelse	5	2.3	2
Andre diagnoser totalt	72	33	19

TABELL. De ti vanligste inklusjonsdiagnoser for kliniske studier med søknadsår 1998–2007 i norsk allmennpraksis.

med ikke-kommersielle studier. En konsekvens av selektiv publisering er skjevheter i kunnskapsoppsummeringer basert på publisert evidens (7). Når dette igjen nedfelles i kunnskapsbaserte kliniske retningslinjer, kan det til syvende og sist medføre at behandlingsbeslutninger for den enkelte pasient treffes på feil grunnlag, samtidig som legemiddelkostnadene for samfunnet blir unødvendig høye. Vi arbeider for tiden med å undersøke hvor mange av de norske allmennpraksisstudiene som har blitt publisert.

På tross av tiltak som påbudt forhåndsgistrering av kliniske studier fra 2005, er det generelt fortsatt mange studier der resultatene aldri blir offentlig tilgjengelig. For tiden pågår et internasjonalt arbeid for offentliggjøring av alle resultater fra kliniske studier, både nye og gamle. «All Trials Registered, All Results Reported», alltrials, er et initiativ fra flere organisasjoner og enkeltpersoner, bl.a. BMJ, James Lind Initiative, the Centre for Evidence-based Medicine, Sense About Science og Ben Goldacre. I løpet av 2013 har

- hvem, hva, hvordan?

Konnet (1-27966) er godkjent for følgende spesialiteter:

- ALLMENNMEDEISIN (klinisk emnekurs, 15 timer)
- GERIATRI (valgfritt kurs, 15 timer)
- PSYKIATRI (valgfritt kurs, 15 timer)
- KLINISK FARMAKOLOGI (valgfritt kurs, 15 timer)
- INDERMEDEISIN (valgfritt kurs, 15 timer)

For fullstendig program og påmelding,
se: www.nal.no/legemiddel

Hvilke plager for eldre?
Hvem skal behandles for hva
– og hvordan? Nyttige strategier
med polyfarmasi, dårlig
etterlevelse og støtte av om-
sørgende vil bli presentert,
og det vil bli anledning til spør-
smål og diskusjon. Kom gjerne for
de som kanskje du vil dele!

AllTrials All Trials Registered | All Results Reported

home why this matters comments organisations contact about news

Det er på tide at alle resultater fra kliniske studier blir rapportert. Pasienter, forskere, farmasøyer, leger og myndigheter overalt vil ha nytte av publiserte resultater fra kliniske studier. Uansett hvor i verden du befinner deg, vennligst skriv under på oppropet:

Tusenvis av kliniske studier har ikke rapportert sine resultater; noen har ikke en gang blitt registrert.

Informasjon om hva som var gjort og hva som ble runnet i disse studiene kan gå tapt for alltid for leger og forskere og lede til dårlige behandlingsbeslutninger, tapte muligheter for god klinisk praksis, og gjentakelse av studier.

Alle studier, tidligere og nåværende bør registreres, og de fullstendige metodene og resultatene bør rapporteres.

Vi ber regjeringer, myndigheter og forskningsinstitusjoner om å sette i verk tiltak for å oppnå dette.

Sign now

Sign the petition

First Name ** Last Name **

Email **

Country Occupation

I signed this because: (add your comment for the wall here)

de fått over 50000 underskrifter, og svært mange sentrale institusjoner har støttet arbeidet for at alle kliniske studier skal registreres og at alle resultater blir rapportert. De har fått myndigheter både i EU og USA på glid for å tvinge fram offentliggjøring av kliniske forskningsresultater, blant annet på legemidler, men målet er ennå ikke nådd.


Jeg oppfordrer alle til å støtte dette arbeidet. Se www.alltrials.net.

REFERANSER

1. Bjørnhaug E, Aaløkken I: Klinisk utprøving i Norge. Omfang og type utprøvinger de siste 10 årene. *Nor Farm Tidsskr* 2010; 12–14.
2. Holtedahl KA, Meland E: Drug trials in general practice: Time for a quality check before recruiting patients. *BMJ* 2007, 335: 7.
3. Woxholt S: Registrering av legemidler – prosedyrer og dokumentasjonskrav. *Nor Farm Tidsskr* 2009; 14–15.
4. St. meld. nr. 18 (2004–2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. (<http://www.regjeringen.no/nb/dep>

hod/dok/regpubl/stmeld/20042005/stmeld-nr-18-2004-2005-.html?id=406517)

5. Braend AM, Jensen KB, Klovning A, Straand J: Clinical drug trials in general practice: a 10-year overview of protocols. *Trials* 2013, 14: 162.
6. Lundh A, Sismondo S, Lexchin J, Busuioac OA, Bero L: Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database Syst Rev* 2012, 12:MR 000033.
7. Lehman R, Loder E: Missing clinical trial data. *BMJ* 2012, 344: d8158.

 a.m.brand@medisin-uio.no



Alternativbransjen – fargerik, men forefull?

■ PERNILLE NYLEHN *spesialist i allmennmedisin, Rehabilitering Vest, Haugesund*

Alternativ medisin er stadig på dagsorden, dels som mirakelreportasjer om folk som har blitt friske av alvorlige sykdommer, dels som kritikk fra skeptikere, noen få medisinere, og andre fagfolk. Programmet «Folkeopplysningen» på NRK i fjor vinter satte sinnene i kok i alternativleiren, mens motstanderne jublet.

I begynnelsen av 2013 gjennomførte Forbrukerombudet og Helsetilsynet en aksjon (1) hvor de gikk gjennom markedsføringen til ca. 100 alternativbehandlere. De fant lovbrudd, til dels alvorlige, hos en av fem, og bebudet mer kontroll framover. Forbrukerombudet ønsker i tillegg strengere lovverk. De har i ettertid lagt ut utfyllende informasjon om alternativ behandling på nettsidene sine (2).

Men hva vet vi om hvordan det står til i denne bransjen? Og hva sier egentlig lovverket?

Uoversiktlig marked

Det mest slående når man begynner å undersøke dette feltet, er at det er temmelig uoversiktlig. Det er ingen – verken bransjen selv, helsemyndighetene eller forbrukermyndighetene – som vet hvor mange behandlere som finnes, hva de driver med, hva slags kompetanse de har, eller om de følger lovverket. Et løselig anslag er at det finnes 10–15 000 behandlere, og bortimot 200 ulike behandlingsformer. De vanligste formene for behandling er massasje, akupunktur, soneterapi, healing og homeopati (3). I den rikholdige jungelen av andre retninger og teknikker (4) kan nevnes Bowenterapi, Tomatismetoden, kvantemedisin, singulett oksygenterapi, rolving, Feldenkraismetoden, primalterapi, Rosenterapi, biopati, ortomolekylær medisin, tarmskylling, kelatterapi og mange flere. Hva alle disse

behandlingsformene går ut på kan jeg ikke gjøre rede for. NIFAB (5), en offentlig finansiert informasjonsside om alternativ medisin, har brukbar informasjon om de mest brukte formene for alternativ behandling. Den er verdt et besøk for den som vil orientere seg i dette landskapet.

I tillegg til de mange alternativbehandlere, finnes det en mengde kosttilskudd, pulver, dråper, apparater og remedier som dels selges av behandlere, dels i helsekostbutikker, eller via ulike aktører på internett. Dette er et felt som er enda mindre oversiktlig, og det er ingen tvil om at noe av det som selges er potensielt skadelig. Det selges blant annet dråper med blekemiddel som skal virke mot alt fra flass til malaria, kosttilskudd som viser seg å inneholde biologisk aktive medikamenter, og såkalt naturmedisin som er forurenset av tungmetaller.

Undersøkelser fra Legemiddelverket viser at 22 prosent av befolkningen har kjøpt kosttilskudd på nettet (6). Dette markedet er så å si helt uregulert, selv om Mattilsynet og Legemiddelverket prøver å holde en viss oversikt og slå ned på de verste synderne.

Bruk av alternativ medisin i Norge

Det er ikke helt enkelt å finne ut hvor mange som har brukt eller bruker alternativ medisin. Ulike undersøkelser opererer med vidt forskjellige tall. NAFKAM (Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin) oppgir at 45 prosent av befolkningen har brukt alternativ medisin (7), mens SSB opererer med noe under 20 prosent (8). Bransjen selv oppgir at hele 50 prosent bruker alternativ medisin. Årsaken til de sprikende tallene er ulike definisjoner av alternativ medisin: NAFKAM regner med blant annet massasje, urter og selvhjelpsteknikker, noe SSB ikke gjør. Hvis man tar bort disse fra NAFKAMs undersøkelse, faller tallet til 20 prosent. Alle kildene er imidlertid enige om at bruken øker.

Det er klart mest kvinner som bruker alternativ behandling, ca dobbelt så mange som menn. Et viktig poeng er at brukerne av alternativ behandling ikke velger bort vanlige hel-

setjenester. Faktisk går de mer til lege enn gjennomsnittet av befolkningen. Det er kanskje uttrykk for at de er spesielt opptatt av helse, eller at de er mer syke.

Hvem er behandlerne?

Det er like stor variasjon mellom utøverne av alternativ behandling som metodene. Noen har mange års utdanning, noen har ulike kortere kurs, noen er helt selvlærte. Ingen titler er beskyttet, dermed kan man kalle seg for eksempel akupunktør etter å ha tatt noen helgekurs. Det er også en del helsepersonell – spesielt sykepleiere – som driver alternativ praksis.

Man får inntrykk av at mange av de alternative behandlerne bruker flere teknikker: en homeopat kan også drive med akupunktur, ørelysbehandling, mineralterapi, kvantemedisin og samtalebehandling. Fra forbrukerens perspektiv er det ikke lett å orientere seg, og man har ingen garanti for at behandleren faktisk har greie på det hun driver med. Det gir kanskje en viss trygghet om vedkommende er medlem av et forbund, da har de i det minste utdanning i én av retningene de driver med. Men siden det ikke finnes noen form for offentlig regelverk eller kvalitetssikring av fagutdannelsene, har man ingen garanti for at man er i kompetente hender. Om behandleren er sykepleier, vet hun jo en del om kroppen, men hun er ikke dermed automatisk kompetent til å utøve akupunktur, eller å gi råd om spesialdietter eller naturmedisin.

Dette sies ikke for å nedvurdere de mange alternativbehandlere som er seriøse og skikkelige, men man kan ikke stikke under stol at det finnes mange useriøse aktører i denne bransjen. Det er et problem både for forbrukerne og for bransjen selv.

Hva sier lovverket?

Alternativ behandling er regulert av lov om alternativ behandling av sykdom (9) som ble innført i 2003. Med sine 11 paragrafer er det en relativt spinkel lov (lov om helsepersonell har til sammenligning 77 paragrafer). Det fin-



nes også en forskrift om markedsføring (10) med omfattende merknader (11).

Det første som slår en når man leser lovteksten, er at den ikke definerer hva en alternativbehandler er, eller hvem som kan utøve alternativ medisin. En alternativbehandler er, ifølge loven, «den som tilbyr eller utøver alternativ behandling», altså en sirkeldefinisjon. Med andre ord: hvis jeg ønsker å kalle meg alternativbehandler, så er jeg det. Det finnes ingen lisens eller autorisasjon, heller ingen godkjenningsordning eller minstekrav om kompetanse. Det er ingenting som hindrer Snekker Hansen eller Frisør Anna i å åpne en klinikk på hjørnet og kalle seg sone-terapeut eller kvantemedisinere, eller for så vidt finne opp sin egen tittel og metode.

Man trenger heller ikke registrere seg eller melde fra til noen om at man har startet en virksomhet som alternativ behandler. Det finnes riktignok et register for alternativbehandlere, men ordningen er frivillig, og det er bare knapt 3000 utøvere som har registrert seg der. Noe som er litt underlig, siden registrering

gir momsfritak, så det gir både økonomisk gevinst og økt troverdighet ved å registrere seg.

Registreringen innebærer imidlertid ingen offentlig godkjenning. Kriteriet for å registrere seg er at man er medlem av en fagorganisasjon som oppfyller visse formelle krav: De må ha fagkrav til medlemmene, vedtekter, etiske regler og et klageorgan. Myndighetene foretar likevel ingen vurdering av det faglige innholdet, det er helt opp til organisasjonen selv hvilke faglige krav de skal stille. For å bli medlem i Healerforeningen må man fremvise 10 pasientevalueringer, og ha gjennomgått kurs i lovverk, etiske regler og kommunikasjon, noe som må sies å være relativt overkommelig. I rettferdighetens navn: De fleste organisasjonene stiller høyere formelle krav enn som så, men dette illustrerer at «registrert behandler» ikke er synonymt med «utdannet behandler».

Loven regulerer for øvrig taushetsplikt og forsvarlighet, og hva behandlerne har lov til å gjøre og ikke gjøre. De har ikke lov til å be-

handle alvorlig sykdom eller smittsomme sykdommer. Lovens forskrift sier faktisk klart at de ikke har lov til å behandle sykdom i det hele tatt, kun **symptomer** og plager. De har heller ikke lov til å gi inntrykk av at behandlingen deres virker, eller at den er dokumentert. Dette virker litt underlig, men samtidig er det logisk, siden alternativ behandling må defineres som behandling uten dokumentert effekt.

Det er på dette punktet mange synder. Tilsynet i 2013 viste at svært mange kommer med påstander om at de kan behandle konkrete sykdommer. En del sa de kunne behandle alvorlige sykdommer som kreft, MS, revmatiske sykdommer og alvorlige psykiske lidelser. Da de fikk påtale uttrykte mange undring over at de hadde gjort noe galt. De hadde altså ikke satt seg inn i regelverket.

Håndheving av loven

Lov om alternativ behandling er grei nok, hvis den bare ble håndhevet. Men det blir den



i liten grad. Forbrukerrådets og Helsetilsynets aksjon tidligere i år er, såvidt jeg vet, det første systematiske tilsynet som er ført med markedsføring av alternativ behandling siden loven ble innført i 2003. Og det føres intet tilsyn med det faglige innholdet eller selve behandlingen. Det er også uklart hvem som skal behandle melding/klage av for eksempel feilbehandling. Helsetilsynet har bare tilsyn med helsepersonell, og kommer bare inn i bildet hvis det er helsepersonell som har utført behandlingen, eller hvis det har skjedd alvorlige feil.

Forbrukerombudet har ansvar for å håndheve bestemmelsene om markedsføring, Mattilsynet har tilsyn med kosttilskudd og andre preparater. Ingen av disse har imidlertid øremerkede midler eller personell som gjør dem i stand til å føre effektivt tilsyn.

Dermed har vi den underlige situasjonen at vi som har utdannelse og kompetanse til å behandle sykdom, og plikt til å gi forsvarlig og dokumentert behandling, blir holdt under streng oppsikt, mens folk som har null eller liten utdannelse stort sett kan gjøre hva de vil – så lenge de ikke er helsepersonell. Forekommer det alvorlige feil, kan riktignok politiet og/eller Helsetilsynet være riktig adresse, men det er neppe mange saker som har kommet så langt. Jeg kjenner faktisk bare til én sak som har kommet opp for domstolen (12). Det gjaldt en healer som hadde gitt en pasient så mye kalium at hun fikk hjerte- og respirasjonsstans. Han ble idømt fengselsstraff og erstatningsansvar, og ble fradømt retten til å ta syke i kur. Om noen har ansvar for å følge

opp at han ikke begynner på igjen, vites ikke. Ryktene sier at han er i full gang igjen på Gran Canaria, og uttaler at han aldri kan huske å ha mislyktes.

Vi vet ikke hvor mange feil som forekommer i alternativ behandling. Det er grunn til å tro at det ikke er veldig mange, siden de fleste behandlingene tross alt er relativt ufarlige. Imidlertid kan det være farlig hvis behandleren ikke kjenner sin begrensning, og ikke ber en pasient med tegn på alvorlig sykdom om å gå til lege, eller anbefaler pasienter å slutte med livsnødvendige medisiner eller annen viktig behandling. Et tredje faremoment er at pasienter kan bli lokket til å bruke store summer på uvirksom behandling.

Vi vet rett og slett ikke hvor ofte slikt skjer, av den enkle grunn at ingen har oversikt over feltet, og ingen har meldeplikt. Bransjen selv fører heller ikke systematisk tilsyn eller oversikt med egne medlemmer.

Helsepersonell kan og bør melde fra hvis vi får vite om feilbehandling eller uforsvarlig virksomhet, men det forutsetter at vi får vite om dem. Pasienter forteller ikke uten videre til legen sin at de har brukt alternativ medisin. Det er en viss komikk i at både pasienter, pårørende og helsepersonell kan melde fra om bivirkninger av medikamenter, mens bare leger og apotekere kan melde bivirkninger av naturmidler eller helsekost.

Quo vadis?

Oppsummert: alternativ medisin er et felt som ingen riktig har oversikt over, og det lov-

verket som gjelder er like sovende som «Kvakkalverloven» var. Riktignok har deler av bransjen jobbet for å øke kvaliteten og den faglige bevisstheten blant sine medlemmer de siste åra, men det ser ut til å være en stor underskog av behandlere som lever sitt eget liv. Ut fra mine «forskningstokt» i denne jungelen virker det som det er ganske mange av behandlerne som ikke kjenner lovverket, eller som ikke bryr seg om det. De blir jo likevel ikke straffet med mindre de begår svært alvorlige feil.

Myndighetens holdning er tvetydig. Signalene da den nye loven kom var at man ville ha større kontroll med bransjen og bedre sikkerhet for pasientene, men i realiteten kan hvem som helst behandle hvem som helst for hva som helst, og pasientene står uten rettigheter hvis de blir lurt eller feilbehandlet.

Legers holdning til alternativbransjen er vanskelig å få tak på, det virker som mange helst ikke vil mene noe som helst. Legeforeningen har, såvidt jeg har fått med meg, ingen holdning til dette feltet. Det er noen få svaler, bl.a. allmennlege Jørgen Skavlan (13), kreftspesialist Stein Evensen, og biolog Kristian Gundersen, som nylig kom med boka Snåsakoden (14), som har vært aktive i debatten. Ellers er stillheten øredøvende på dette feltet, som berører i alle fall en femtedel av pasientene våre, mange med alvorlige og kroniske sykdommer.

REFERANSER

1. Pressemelding fra Forbrukerombudet. <http://www.forbrukerombudet.no/id/11042813.0>
2. http://www.forbrukerombudet.no/asset/4599/1/4599_1.pdf
3. NAFKAM-undersøkelsen2012. http://nifab.no/om_alternativ_behandling/tall_og_fakta/nafkam_undersokelsen_2012
4. <http://nifab.no/behandlingsformer>
5. <http://nifab.no/>
6. http://legemiddelverket.no/Nyheter/Andre/Sider/1-av-4-kj_prosentC3_prosentB8per-medisiner-eller-kosttilskudd-p_prosentC3_prosentA5-nett.aspx
7. http://www.nifab.no/om_alternativ_behandling/tall_og_fakta/nafkam_undersokelsen_2012
8. <http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/helse-flere-velger-alternativ>
9. <http://www.lovdato.no/all/hl-20030627-064.html>
10. <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20031211-1501-0.html>
11. <http://www.lovdato.no/for/sf/ho/to-20031211-1501-001.html>
12. <http://www.domstol.no/nn-NO/Enkelt-domstol/Noregs-Hogsterett/Avgjerder/Avgjerder-2006/Healer-virksomhet---straffutmaling-og-oppreising/>
13. <http://www.nrk.no/ytring/behandlingsbloffen-1.8302254>
14. Gundersen K: Snåsakoden. Aschehoug 2013. ISBN 9788203293887

pernille.nylehn@kleppnett.no

‘Promoting partnership

Eit aldri så lite reisebrev frå Tampere

■ LISBETH HOMLONG Redaktør og PhD stipendiat, Avdeling for allmennmedisin, HELSAM, UiO

Frå 21. til 24. august vart Nordisk kongress i allmennmedisin arrangert i Tampere, Finland. I nydeleg seinsommarver valfarta meir enn 1100 allmennlegar frå 20 ulike land til Finland for å delta på den 18. nordiske kongressen i allmennmedisin.

Her blei det nyaste innan primærmedisinsk forskning presentert og viktige røynsler frå klinisk praksis delt. Nordisk kongress i allmennmedisin er ein viktig fagleg og sosial møteplass for forskarar innanfor primærhelsetenesta, så vel som for vanlege allmennlegar. I år inkluderte det faglege programmet 55 workshops og symposier, og 26 vitenskaplege sesjonar og poster-presentasjonar, innan svært mange forskjellige primærmedisinske områder. I tillegg hadde kongressen eit rikholdig sosialt program, inkludert lunsj-cruise på ein av innsjøane, kyrkjekonsert, pub-kveld, sightseeing i byen og ein avsluttande bankett. Tema for årets kongress var følgjande: «Promoting partnership with our patients – a challenge and a chance for primary care».

Årets kongress hadde deltakarar frå 20 ulike land, inkludert tilreisande heilt frå Australia. Sjølv kongressen heldt til i flotte Tampere Hall, eit framifrå lokale for eit slikt arrangement. Og det meste gjekk knirkefritt undervegs, så vidt eg kunne sjå. Deltakinga var naturleg nok størst frå dei nordiske landa. Frå Noreg deltok ca 70 stykker, inkludert ein stor delegasjon frå min arbeidsplass, Avdeling for allmennmedisin på Universitetet i Oslo. Mange av oss presenterte resultat frå forskinga vår, frå ulike felt, under kongressen,

mellom anna om antibiotikabruk i primærhelsetenesta, forskrivning av vanedannande medikament til eldre, ungdomshelse og bruk av akupunktur mot ryggmerter.

Nordisk kongress vert arrangert anna kvart år og arrangementet går på omgang mellom dei nordiske landa. Og i år var det altså Finland sin tur. Tampere er Finland sin nest største by og Nordens største innlandsby, der den ligg mellom dei to innsjøane, Näsijärvi og Pyhäjärvi. Tampere vart grunnlagt av Gustav III av Sverige 1. oktober 1779. Den lokale vasskrafta gjorde at det var godt grunnlag for utvikling av industri i byen, og i løpet av 1800-talet vaks folketalet eksplisivt. Tampere blir gjerne kalla «the Manchester of Finland» på grunn av sin industrielle historie. Byen har i dag i overkant av 200 000 innbyggjarar.

I sitt val av tema for arrangementet peikar kongressleiinga på at allmennlegen og pasienten utgjer eit team som skal jobbe saman for å fremje pasienten sin situasjon og helse. Ofte kan også familie og nettverk vere involvert i teamet, på ulike måtar, saman med spesialisthelsetenesta og andre helsearbeidarar. Allmennlegen har ei viktig rolle som nettverksbyggjar: «Those networks, when acting properly, are based on mutual respect and understanding among the team members, including the patient. They are based on partnership.»

Professor ved Ghent University i Belgia, Jan De Maeseneer, heldt den første felles førelisinga på kongressen, «Person- and people-centredness: challenges for general practice». Hovudbodskapet hans var at vi hos den multimorbide pasienten, treng ein målorientert medisin, heller enn ei problemorientert vinkling; «Treat the patient, not the target». Å oppnå retningslinjedefinererte mål for blod-sukkerkontroll og blodtrykksseinking hos ein del av desse pasientane er ofte vanskeleg – og

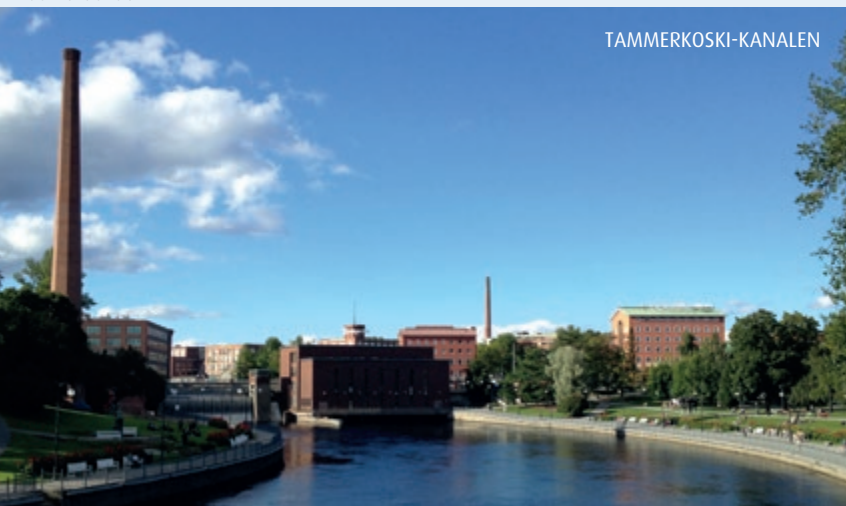
ikkje alltid til det beste for pasienten. Maeseneer trakk fram eit sitat frå Isaac Newton som kan vere verd å leggje seg bak øyret i denne samanhengen: «Not everything that is countable counts. Not everything that counts is countable». Den belgiske professoren er vidare opp-tatt av aukande sosial ulikskap i helse, der vi har opplevd ei negativ utvikling i seinare år. For å snu dette, må vi også våge å tenke annleis. Maeseneer trekk fram såkalla «Community Oriented Primary Care» (COPC) som ein viktig strategi for å snu denne trenden.

Vår eigen Kirsti Malterud, professor ved Universitetet i Bergen, heldt felles førelising nummer to: «Voices from the margins – knowledge about strength and vulnerability in general practice». Vi har mykje å lære av pasientar som ikkje er like oss sjølve, var hennar bodskap. Vi er gjerne best på dei problema som gjeld majoritetsbefolkninga og veit ikkje alltid kvar vi skal leite når vi møter dei som befinn seg i randsonene.

Professor i filosofi Martyn Evans frå Durham University i England avslutta kongressen laurdag 24. august med eit lite dykk ned i den humanistiske sida av medisinen; «Medicine, the body and an invitation to wonder» – for kva plass har eigentleg humanvitenskapen i medisinen? Kva plass har det subjektive perspektivet i medisinen? Kva gjer vi når pasienten møter oss med eit problem som grensar opp mot meir eksistensielle forhold, når vi som legar har ein ekspertise som hovudsakleg dreiar seg om det konkrete og materielle. Evans argumenter for at døden og det at livet er forgjengeleg, er ei underkommunisert kjelde til forståing i lege-pasientforholdet, men at allmennlegen gjennom sin kontinuitet i lege-pasientforholdet, har ein unik posisjon til å kunne utnytte denne kjelda til kunnskap.

Sjølv om det faglege er i fokus når ein er på

FOTO: TRYGVE SKONNØRD



TAMMERKOSKI-KANALEN



TAMPERE KUNSTMUSEUM MED MUMMI-DALEN KUNSTMUSEUM

with our patients'



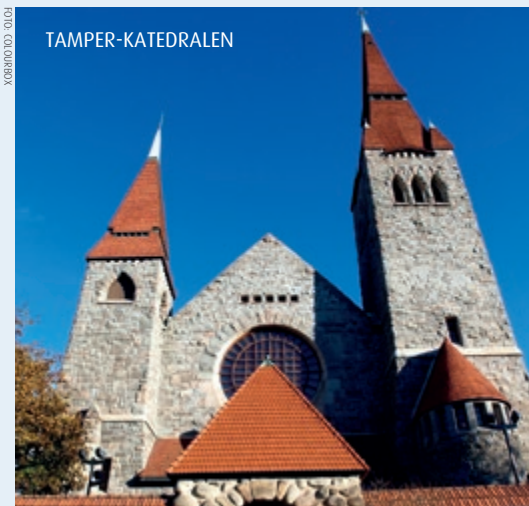
En glad gjeng frå Avdeling for allmenmedisin ved Universitetet i Oslo. FOTO: HASSE MELBYE

kongress, er det også kjekt å sjå seg litt om. Særleg når dei seine augustdagane kunne by på eit snev av «Indian summer». Tampere by er vel ikkje førsteval for nordmenn når vi skal velge reisemål for ein storbyweekend, men om du tilfeldigvis skulle hamne der likevel, så kan det vere verdt å merke seg at Tampere kan skilte med verdas aller siste Lenin-museum. Dette kan kanskje verke noko underleg, men historisk interesserte veit kanskje at Lenin budde i Tampere frå 1905 og to år fram-

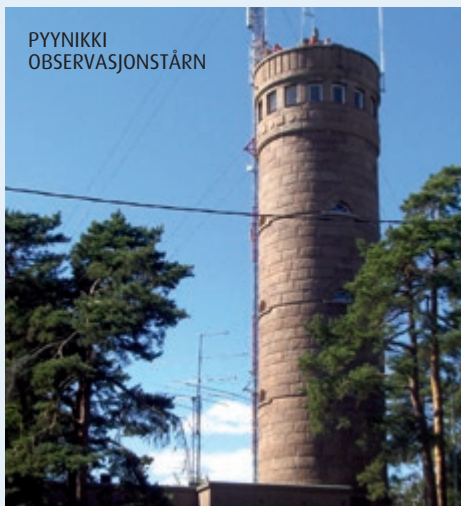
over. Det var mellom anna her han traff Stalin for første gong, under ein Bolshevik-konferanse i byen. Lenin måtte så flykte frå Tampere i november 1907, då han vart jakta av det russiske sikringpolitiet, Ohkrana. Lenin returnerte ikkje til Russland før i 1917 då revolusjonen starta. Dessverre rakk eg ikkje å besøke denne attraksjonen. Det får bli ved neste høve.

Andre interessante sjåverdigheter for turistar er Tampereen tuomiokirkko, eller Tampere-katedralen – ei arkitektonisk perle

med nydelege fresker av symbolisten Hugo Simber, Mummi-dalen kunstmuseum er populær mellom barnefamilier, mykje av Tove Janssons kunst er utstilt der, og «Ishockey hall of fame» som ligg i museumskomplekset Vapriikki, for dei som måtte ha interesse i den retning. I tillegg byr Tampere på eit stort skogs- og rekreasjonsområde like nord for sentrum. Området er ideelt for løping og tur-gåing. Observasjonstårnet i Pyynikki-parken er også verdt eit besøk.



TAMPER-KATEDRALEN



PYYNIKKI OBSERVASJONSTÅRN



AF 75 år

– fagforening og fagleg forening

■ STEINAR HUNSKÅR • professor

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Eit tidsperspektiv på 75 år, åra sidan 1938, er eigentleg inga lang historisk tid for ei foreining, men likevel for lenge til at ein kan ha personlege erfaringar om alt. Mi markering er nokre refleksjonar over foreininga, historia og allmenntilstanden, slik eg har opplevd det.

Lyrikaren Olav H Hauge (1–10) har i eit dikt omtala danninga av Aplf (Alment praktiserende lægers forening), no Allmennlegeforening, slik:

Ei svart prestekone
er komi uventa til gard.
Og ein gul ulv.

Det er eit gamalt munnhell at legeforeninga ikkje er ein eigentleg organisasjon, men ein samansvergelse. Og som dermed berre har til oppgåve å beskytte medlemmene sine interesser, og elles skape uhygge og angripe verda utanfor. Sterk profesjonsidentitet med vekt på kollegialitet og intern justis vert trekt fram som noko negativt. Men nettopp dette er laugget sitt sentrale kjennemerke. Arven frå bartskjærarane si tid kan vi trygt vedkjenne oss og vere stolte av, dersom den vert utøvd med klokskap og respekt for spelereglane.

Bakgrunnen for mi frimodige tolking av Olav H Hauge sitt dikt har opphav i mitt einaste personlege møte med han, i 1973, då eg intervjuar han for skuleavisa. Dette var like etter folkeavstemminga om norsk EF-medlemskap, og i ei tid der Hauge var eit ikon for radikale grupper i kulturlivet. Unge Hunskaar stilte med T-skjorte frå Folkebevegelsen mot norsk medlemskap i EEC. Da eg spurte Hauge om kven den svarte prestekona og den gule ulven var, såg han på meg og sa: Det må sjølv-sagt vere opp til lesaren. Men i ditt tilfelle må det vel vere EEC! Så i dag er det difor Allmennlegeforening!

I mi jakt etter å gje refleksjonane mine åndeleg innhald, har eg leita etter fleire passande utsegn i Huges skrifter. Og for dei som ikkje er heilt oppdatert på norsk litteraturhistorie: Olav H Hauge er ein særmerkt lyrikar, og kanskje den fremste norske modernisten. Han var fødd i 1908 og levde som gartner og fruktbonde i Ulvik i Hardanger heile sitt liv til han døydd 85 år gammal i 1994. Hauge gav ut seks diktsamlingar, og laga også ein ABC saman med kona Bodil Cappelen. Han

kunne engelsk, tysk og fransk, og gav ut fleire bøker med gjendiktingar av utanlandske poetar. Etter hans død kom det fram at han skreiv dagbøker i 70 år, frå 1924 til 1994, i alt 4000 sider, utgitt i fem bind i år 2000. God lesnad!

I ei fagforening er det medlemmene som er grunnlaget for all framgang og aktivitet. I eit historisk perspektiv er det likevel ikkje alle enkeltmedlemmene, men den samla krafta som er det sentrale, det å løfte i flokk over tid. Som Hauge seier det:

Det munar ikkje mykje
Um fuglen pikkar fjell
Og musa mig i havet.
Men meininga var der lell.

Og ein annan stad:
Skogen stend, men han skifter sine tre.

Det er dei tillitsvalte og alle som engasjerer seg, som gir grunnlag for innverknad og suksess. Og der har allmennlegeforeninga vore heldig. Gjennom alle år har den hatt flotte, markerte og viktige leiarar som gjennom langsiktig arbeid, harde forhandlingar og gode strategiar har ført faget og yrket framover. Det har ikkje alltid vore like enkelt, mange har vel oppfatta leiaroppgåva som å gjete kongens harar. Men kanskje er ikkje allmennlegane dei verste like vel. Høyr berre kva Hauge seier om primærprodusenten og spesialisten:

Kan du gjera eit vers
som ein bonde tykkjer mun i,
skal du vera fornøgd.
Ein smed vert du aldri klok på.
Verst å gjera til lags er ein snikkar.

Skal ein nå fram med synspunkta sine, må ein søke makt. Det er der politikken og vedtaka vert endeleg utforma. Først internt i legeforeninga, dernest i forhandlingar med partar og styresmakter. I moderne tid har allmennlegane hatt to slike viktige personar, Hans Kristian Bakke som var president i legeforeninga og heilt sentral i innføring av fastlegeordninga, og no Trond Egil Hansen som visepresident med betydeleg ansvar for kompromissa i balansen mellom styring og autonomi. Dette er det Hauge omtalar som modige maur, under bokstaven M i ABC-boka si:

RED. ANM. Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum ble offisielt markert under Våruka i Bodø 22.–26. april med utgivelse av eget festskrift og jubileumsmiddag. Steinar Hunskaar, forskningsleder ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og professor i allmennmedisin i Bergen, holdt festtalen 24. april. Utposten har fått hans tillatelse til å trykke talen slik at enda flere kan få muligheten til å lese og glede seg over den.

Ein modig maur
kraup oppover ein staur
og ville sjå seg om i verda.
Kvar staur har ein topp.
Der vart det stopp,
og då han ikkje hadde venger
kom han ikkje lenger.
Men han var ein modig maur,
han kraup ned at
og fann seg ein annan staur.

Begge desse leiarane og mange andre før dei, har kjempa for fag og rettar, berre få gonger har det blitt konflikt, sjølv om grasrota har vore i opprør eller til og med berre måteleg einig med leiinga, jamfør fastlegeordninga og no sist fastlegeaksjonen og ny fastlegeforskrift. Hugs då at tunge våpen har sin største misjon ved sin eksistens, ikkje ved øydeleggende bruk:

Eg er berre ei sleggje.
Eg stend der no.
Eg lyt berre til når det røyner på.

Gjennom etablering av omfattande vidare- og etterutdanning har Allmennlegeforeninga tatt eit ansvar få andre fagforeningar kan vise til. På same måte som laugget måtte godkjenne den nye meisteren, var legeforeninga fagleg garantist for at spesialistane hadde den naudsynte kompetansen. Kampen for spesialiteten i allmenntilstanden var ein tung kamp som Aplf først måtte vinne internt, og som så moderforeninga førte eksternt, til slutt med hell. Overraskande og paradoksalt nok har Hauge tilsynelatande lite til overs for formalkunnskap og kompetanse:

År ut og år inn har du site bøygd
yver bøkene,
du har samla deg meir kunnskap enn
du treng til ni liv.
Når det kjem til stykket, er det so lite
som skal til,
og det vesle har hjarta alltid visst.
I Egypt hadde guden for lærdom
hovud som ei ape.

Vegen til å vite går i Norge, og kanskje typisk i allmenntilstanden, tradisjonelt gjennom det praktiske handlaget og erfart klokskap, det hjarta alltid har visst, som Hauge uttrykte det. På godt og vondt er den allmenntilstandsforskinga i samliv med ein slik kultur, og skal



Det er dei tillitsvalte og alle som engasjerer seg, som gir grunnlag for innverknad og suksess, skriver artikkelforfatteren. Bildet er frå AFs årsmøte i Bodø. FOTO: TOM SUNDAR

akademiske institusjonar bli tatt alvorleg, kan dei ikkje gløyme det. Det har vore, og er framleis, mange antiakademiske krefter blant allmennlegane. Og dei får støtte av Hauge:

All vitskap er vøv. Berre å flytta på drit.
Og så rekna på kor langt det er millom
dungane.

Likevel er historias dom over allmennlegeforeininga at den har vore heilt avgjerande for framveksten av eit allmennmedisinsk akademi, av undervisning, forskning og utgjeving av faglitteratur. Det gjeld gjennom etablering og finansiering av dei allmennmedisinske institutta, ved faglitteratur, gjennom Allmennpraktikarstipend, allmennmedisinske forskingseiningar og no sist Allmennmedisinsk forskingsfond.

Produkta av slik verksemd er oftast skriftleg materiale. Vi treng allmennlegar som skriv forskingspublikasjonar, rapportar, fagbøker, vurderingar, høyringsuttalar, strategidokument og grunngevingar. Mykje av det akademiske er eigentleg heilt naudsynt trening i å formulere og framføre dei gode sakene på allmennmedisinens vegne. Vi skal takke alle dei som tek seg tid til slikt arbeid i alle deler av foreininga, og eg har sjølv hatt gleda av å skrive eit kapittel om dette i jubileumsboka som kom i dag.

Sjølve *skrivninga* hadde jo Hauge stor sans for, han verdset ein god tekst, og understreka at det ikkje berre er enkelt å formulere seg godt, jamfør kunsten å skrive spontane forslag for votering under landsrådsmøter:

Desse små versi kan då ikkje ha kosta deg stort?
Berre nokre papirlappar, og litt blekk,
– dei små ordi kjem då av seg sjølv?
At du ikkje prøver sjølv då – med vers?

Olav H Hauge levde einsleg i 68 år før det kom ei kvinne og bokstaveleg talt tvinga seg innpå han; bilettevaren Bodil Cappelen, som er 83 år. Først sambuarar og deretter som gifte, til saman i 19 år. Eg veit at samanlikninga haltar, men verken eit samliv på 19 eller ein samlevnad på 23 år kan kallast eller utelatst som eit intermeso. Eg må difor omtale tilhøvet mellom Aplf og NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin), som vart starta i 1983

utan Aplf si støtte, med utspring i dei akademiske allmennmedisinnmiljøa. Det handla om børs og katedral, fagforeining og fagleg foreining, avhengighet og uavhengighet.

Etter om lag 20 år med splid, mistru og konkurrerende aktivitetar, starta prosessen med å sameine kreftene, godt understøtta av den allmenne organisasjonsprosessen i legeforeininga med oppdeling i yrkesforeining og fagleg foreining frå 2006. Allereie no kan vi konkludere med at grepet vart ein historisk suksess, med sterkare organisasjonar, med godt gjennomslag for sakene på begge frontar. For i moderne tid handlar det nok ikkje om å bestemme sjølv eller å ha forvaltningsansvar, men å påverke. Ja, høyr berre kor godt det kan refererast frå årsmøta i 2006:

Elvane møtest, kvar frå sitt fjell.
Grip kvarandre i hendene.
Blandar sin song og sitt blod.
Held fram einige, sterkare,
snåvar ikkje so lett i steinane:
turrskodd skal ingen vassa oss no!

Men dette slitet med organisasjon og fag: Kvifor gjer vi det? Eigentleg?

Eg håpar framleis svaret er: For pasienten! Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Desse orda må ha reelt innhald, også på pasientane sine premisser, sjølv om det betyr fleire heimebesøk, lengre opningstider og krav til vente- og svartider. Vi må gå framfor, ikkje verte innhenta av overmodne samfunnskrav og framstå som bakstrevarar:

Katten sit i tunet når du kjem.
Snakk litt med katten.
Det er han som er varast i garden.

Som allmennlegar skal vi legge avgjerande vekt på pasienten si forståing av situasjonen, og gje mest til dei som treng mest. Dette skal allmenlegen kunne. Ofte kan det vere så lite som kan vere avgjerande, men det må prioriterast:

Det var lite for deg,
men mykje for meg:
Eit smil då det galdt
og eit handtrykk var alt

Olav H Hauge hadde psykiske problem frå ungdommen av og var tvangsinnlagt fleire gongar på Valen psykiatriske sjukehus. Det kan vere nyttig å høyre pasienterfaringane hans:

Eg tek vanvit som den store nåden den er, og takka for det eg fekk sjå og høyra. ... Dei fyrste åri eg var sjuk var ei herleg tid, full av syner og rus, gledesferder til framande klotar, gjestingar av gudar og gudinner... Dei seinare gongane eg har gjenge yver dørstokken og kome i slik tilstand, var mindre forvitneleg, eg skriv det til all medisinen og all sjokkinga som doktorane no driv med; det tener til å dra dei attende til gråe kvardagen att, det vil segja til «normale», gråe, kjedelege menneske.

Og eg vil påstå at Hauge går Kierkegaard ein høg gang når han minner oss om at informasjonen skal tilpassast person, tid, stad og situasjon:

Kom ikkje med heile sanningi,
kom ikkje med havet for min torste,
kom ikkje med himmelen når eg bed om ljøs,
men kom med ein glimt, ei dogg, eit fjom,
slik fuglane ber med seg vassdropar frå lauget
og vinden eit korn av salt.

Kva har dei første 75 år lært oss? Det må vere at det nyttar å løfte i flokk. Og at ein må stå på vidare. Som Hauge seier i dagboka:

Det me eig er fortida og framtida. Notida er me aldri herre over.

75 år er ingen alder for foreiningsarbeid. Som oppfordring til fortsatt godt arbeid, avsluttar eg med eit utdrag frå dagboka i 1975:

I eit blad har Bodil nett lese um ei dansk etterrøking; Det viser seg, seier vitskapsmennene, at mannfolk kan vere seksuelt aktive til dei er 90, um dei elles er friske. Så ho er optimistisk! Ho trur eg kan halda på å pula henne til eg er 90, skynar eg. Ja, ja, det er ikkje meg i mot, men det skal vel godt gjerast. Me er no ein gong byrja på hjonskapen, og so fær me sjå etter kvart kor lenge me held ut!

Gratulerer med dei første 75 år og lukke til med arbeidet dei neste!

REFERANSAR

1. Cappelen B, Hauge OH. ABC. Oslo: Samlaget, 1986.
2. Cappelen B, Spaans R. Tid å hausta inn: 31 forfattarar om Olav H. Hauge. Oslo: Samlaget, 2008.
3. Hauge OH. Dikt i samling. 9. utg. Oslo: Samlaget, 2010.
4. Hauge OH. Tusvik S (red). Dagbok 1924-1994: utval. Oslo: Samlaget, 2011.
5. Hauge OH, Cappelen B. Brev 1970 - 1975. Oslo: Samlaget, 2011.
6. Hauge OH. Dagbok 1924-1994. Bd. 1-5. Oslo: Samlaget, 2000.
7. Hauge OH. Dikt i umsetjing. 4. utg. Oslo: Samlaget, 2009.
8. Skjervan A, Bergo SI, Olav H. Hauge og bygda. Oslo: Samlaget, 2008.
9. Vold JE. Under Hauges ord. Essays, samtalar, brev, dikt, fotos. Oslo: Samlaget, 1994.
10. Åmås KO. Mitt liv var draum. Ein biografi om Olav H Hauge. Oslo: Samlaget, 2004.

Steinar.hunskar@igs.uib.no

Telefontilgjengelighet hos fastlegene i Trondheim

■ TORGEIR FJERMESTAD • Overlege Trondheim kommune og fastlege Ranheim legesenter

■ SONJA HANDBERG NIELSEN • leder Enhet for legetjenester Trondheim kommune 1999–2012

Undersøkelsen på telefontilgjengelighet ved de 39 fastlegekontorene i Trondheim som ble gjennomført høsten 2012 viste store forskjeller. Den faktoren som hadde størst betydning for god tilgjengelighet, var hvor mange timer i uka telefonen var åpen. Listelengde, antall årsverk medarbeidere, nett- og sms-tilgang viste seg å ikke ha sammenheng med telefontilgjengeligheten. Mye tyder på at hvert legesenters vektlegging av tilgjengelighet har stor betydning, samt at senteret har en overordnet vilje til å yte god service på dette området. Dette uttrykkes ved at man setter temaet på dagsorden, for eksempel i personalmøter, analyserer og drøfter bruk av telefon og har vilje til å gjennomføre tiltak som reduserer pasientenes bruk av telefon.

Bakgrunn

Den nye fastlegeforskriften gjeldende fra 1.1.13 fastslår at minst 80 prosent av alle som ringer til legekontoret skal komme fram innen 2 minutter. Trondheim kommune ønsket å kartlegge hvordan situasjonen var høsten 2012, i forkant av den nye forskriften, og gjennomførte en undersøkelse av tilgjengeligheten på legesentrene i kommunen. Ved å få tilgang til egne tall, kunne hvert legesenter se om noe burde gjøres for å fylle forskriftens krav.

Metode

Trondheim kommune har gjennomført tilsvarende undersøkelser to ganger tidligere, sist i 2004. Tellingen i 2012 ble utført ved hjelp av manuelle opprigninger. På forhånd ble telefonens åpningstid kartlagt for hvert legesenter, og om det var mulig å bruke internett eller sms for timebestilling. Tre personer fordelte de 38 legesentrene seg imellom, og det ble det ringt en gang hver time i telefontiden,

hver dag, i en hel uke. På forhånd ble det informert at det skulle gjennomføres en undersøkelse, men ingen fikk vite hvilken uke.

Antall sekunder før oppnådd kontakt ble registrert, og dersom man ikke fikk kontakt etter fem minutter, ble opprigningen avsluttet. Ved opptattsignal, ringte man flere ganger. Alle tall ble lagt inn og bearbejdet i Excel. Legesentrene øverst på listen ble i ettertid spurt om hva de mente kunne forklare deres resultater.

Resultater

Tabell 1 under er et eksempel på en registrering en uke for ett legesenter

Tabell 2 på neste side viser resultatene for alle legesentrene, rangert og anonymisert, samt resultatene fra 2004 med rangering. Kolonnen til høyre viser antall timer telefonen er åpen i løpet av uka.

For å vurdere enkelte variabler som kan ha sammenheng med tilgjengeligheten, er det laget en sammenligning mellom de øverst og

de nederst på listen. Dette er gjort mellom sentre med tre eller flere leger og siden fire av de 11 som holder forskriftskravet på minst 80 prosent er solo eller 2-legesenter står en igjen med syv sentre, Gruppe A. Disse sammenlignes med de syv nederst på listen, Gruppe B. Ett av de syv nederst er ikke tatt med i denne analysen fordi senteret flyttet denne uken og var i en helt ekstraordinær situasjon.

Det er i tillegg hentet inn data på listelengde, antall leger og antall årsverk medarbeidere, alt dette fremkommer i tabell 3 på neste side.

Gruppe A har et snitt på 4,0 leger per senter mens Gruppe B er litt større med 4,6.

Gruppe A har snitt listelengde på 1329 mens Gruppe B har 1352. Men stillingsandelen er litt bedre i Gruppe B med snitt 0,60 (0,42–0,77) årsverk per tusen på listen mot Gruppe A 0,57 (0,48–0,66) per tusen på listen.

To av legesentrene i Gruppe A og to i Gruppe B har gitt tilbakemelding at det var fravær av medarbeider deler av uka det ble

UKEDAG/TID	08.00–09.00	09.00–10.00	10.00–11.00	11.00–12.00	12.00–13.00	13.00–14.00	14.00–15.00	Gj.snitt.	Maks	Min
MANDAG	0:01:17	0:01:02	0:00:24	0:00:10	0:01:54	0:02:11	0:00:06	0:01:01	0:02:11	0:00:06
TIRSDAG	0:01:32	0:00:29	0:00:08	0:01:02	0:00:09	0:00:25	0:00:24	0:00:36	0:01:32	0:00:08
ONSDAG	0:01:18	0:00:12	S	0:00:17	0:01:54	0:00:20	0:00:28	0:00:45	0:01:54	0:00:12
TORS DAG	0:03:23	0:00:21	0:00:09	0:00:10	0:00:43	0:00:29	0:00:17	0:00:47	0:03:23	0:00:09
FREDAG	0:00:56	0:00:23	0:00:09	0:00:17	0:00:11	0:00:12	0:01:12	0:00:29	0:01:12	0:00:09
Gj.snitt	0:01:41	0:00:29	0:00:12	0:00:23	0:00:58	0:00:43	0:00:29			
Maks	0:03:23	0:01:02	0:00:24	0:01:02	0:01:54	0:02:11	0:01:12			
Min	0:00:56	0:00:12	0:00:08	0:00:10	0:00:09	0:00:12	0:00:06			
Ant. Cut-off	0	0	0	0	0	0	0			
I = CUT-OFF Pga opptatt S= stengt		Ant Tlf: 34 % < 2 min 94,1								

TABELL 1. Eksempel på en registrering en uke for ett legesenter.

RANGE-RING	LEGESENTER	% <2 MIN 2012	% <2 MIN 2004	RAN-GERING 2004	ANT. TIMER TLF I UKA
1		94	85	5	34
1		94	71	13	18
3		91	95	1	23
4		88	84	7	24
5		87	68	14	30
6		86	89	2	35
6		86	44	30	28
6		86			28
9		83	75	11	35
9		83	77	9	24
9		83	87	3	30
12		79	48	26	29
13		77		1	30
14		76	87	3	33
15		74	60	19	23
16		71	84	7	28
16		71	48	26	24
18		68	65	16	25
19		67	72	12	30
20		66	44	30	29
21		64	85	5	33
22		60	54	22	35
22		60	44	30	30
22		60	51	25	20
25		56			25
26		55	54	22	22
27		52	36	33	33
28		50	48	26	26
29		48	66	15	29
30		47	58	20	34
31		41	54	22	29
32		39	55	21	28
33		38			21
34		36	62	18	25
35		33	64	17	18
36		32	48	26	22
37		21	76	10	24
38		9	35	34	23

TABELL 2. Resultater for alle legesentrene.

GRUPPE A	ANTALL LEGER	ANTALL PÅ LISTEN	ANTALL ÅRS-VERK MEDARB.	ANSATT PR 1000 LISTE	ANT. TIMER TLF. ÅPEN	% KONTAKT < 2MIN	NETT	SMS
1	4	4962	3,2	0,64	34	94	ja	nei
2	5	6509	3,15	0,48	30	87	ja	ja
3	3	5062	2,8	0,55	35	86	ja	nei
4	4	5841	3	0,51	28	86	ja	nei
5	4	4576	3	0,66	28	86	ja	ja
6	4	5442	3	0,55	35	83	ja	ja
7	4	4829	3	0,62	30	83	ja	ja
GRUPPE A								
1	4	5695	4,4	0,77	29	41	ja	ja
2	3	4516	2,5	0,55	28	39	ja	ja
3	4	4769	2	0,42	21	38	ja	ja
4	5	8316	4	0,48	25	36	ja	ja
5	4	4208	3	0,71	18	33	ja	ja
6	6	8209	6,1	0,74	22	32	nei	ja
7	5	7563	4,2	0,56	23	9	ja	ja

TABELL 2. Diverse data fordelt etter grupper.

registrert. Det er ikke innhentet systematisk data på dette for alle sentrene. Variablen *årsverk ansatte per tusen på liste* tar ikke hensyn til aktuelle fravær denne uka.

Tabell 3 viser at Gruppe B har litt større muligheter til timebestilling på nett eller sms men forskjellen er liten.

Sammenligner en resultatene i 2012 med 2004 ser en at 14 av de 19 som utgjør beste halvdel i 2012 også var blant beste halvdel i 2004.

Diskusjon

Siste par år har flere andre kommuner gjort tilsvarende undersøkelser med samme metodikk, b.la. Ålesund (1). En mulig svakhet med metoden er at sentrene med best tilgjengelighet oppdager at undersøkelsen pågår, ved at de får gjentatte oppringinger av denne typen. Dette kan tenkes å skjerpe oppmerksomheten på telefonservice resten av uka, som da gir et bedre resultat. De fleste sentrene har organisert svar på telefon slik at flere medarbeidere gjør dette, noe som bidrar til å forsinke kjennskapen til at undersøkelsen pågår. Vi tror ikke at metoden har påvirket resultatene i større omfang.

Av de faktorer som er kartlagt er det bare antall timer åpen telefon som helt klart skiller de to gruppene idet Gruppe A har her et snitt på 31,4 timer per uke mens Gruppe B har 24 timer.

Faktoren medarbeiderårsverk ser ut å ha liten betydning, og muligheter for time på sms eller nett kan heller ikke forklare de store forskjellene.

Gruppe B har i snitt litt lenger liste, men forskjellen her er liten. Sentrene i Gruppe B er litt større med snitt 4,6 leger mens Gruppe A har 4,0. Det er usikkert om dette bidrar til forskjellene i tilgjengelighet.

Legesentrene i Gruppe A ble spurt hva de mente kunne bidra til at de gjør dette så bra. Av tilbakemeldingene vi fikk var følgende:

- Telefongjengeligheheten er tatt opp regelmessig på personalmøter og at det er en faglig føring at dette skal gis høy prioritet i medarbeidernes hverdag. Alle sekretærer skal prioritere dette og ikke bare den som sitter på sentralbordet, og en skal tilstrebe korte samtaler.
- Ett av sentrene praktiserer «dansk modell» med at legene har telefontid kl 08 til ni hver morgen.
- Å ha god tilgang på timer for konsultasjon på kort varsel vil bidra mye til korte telefonsamtaler, fordi medarbeideren da slipper å bruke mye tid på å kartlegge riktig prioritering, samt å håndtere pasienter som er misfornøyd.

Vi har imidlertid ikke kartlagt ventetid og tilgjengelighet på time på de aktuelle legesentrene i denne undersøkelsen.

Vi har heller ikke registrert typer sentralbord og antall linjer. Med moderne telefoni er antall linjer mindre viktig og det er et klart inntrykk at det er antallet personer som betjener telefonen som er begrensende og ikke antall linjer.

I fastlegeordningen vil antall telefoner være begrenset av at det er bare de som står på legesenterets liste som kan ringe. Denne rammen gir bedre forutsetninger for å kunne kartlegge og planlegge tjenesten, selv om en må regne at også med fast pasientpopulasjon vil god tilgjengelighet øke antallet telefoner. Kjell Nordby i Molde laget i 1994 heftet «Telefontilgjengelighet i allmennpraksis», i legeførenings serie om kvalitetssikring (2). Her viser han til en metode for å kartlegge typer henven-

deler på telefon. Selv om dette ble laget før fastlegereformen er dette fortsatt et godt grunnlag for forbedringsarbeid. Og minst ett av legesentrene som holder forskriftskravet, brukte dette allerede på 90-tallet. Når eksempelvis en slik kartlegging viser at 18 prosent av alle telefonene består av spørsmål om prøvesvar, vil en prosedyre at pasienten får beskjed bare hvis noe skal følges opp, redusere denne typen telefoner betydelig (3). Et annet eksempel viste at 20 prosent av telefonene gjelder timebestilling. Da bør i hvert fall alle kronikere med behov for faste kontrollintervall få med seg neste time ved avslutning av konsultasjonen, i stedet for at en ber de ringe om x antall måneder. Det finnes flere andre eksempler på ganske enkle tiltak som kan redusere antallet telefoner inn til legesenteret og derved gjøre tilgjengeligheten lettere.

Flere av sentrene med lavest tilgjengelighet på telefon har tatt kontakt og uttrykt overraskelse over så dårlige resultat, samt misnøye med dette. Noen har allerede iverksatt tiltak for å forbedre situasjonen.

Videre oppfølging: Kommunen vil følge opp med å etterspørre tiltak hos de som ikke oppfylte kravene i dagens forskrift. Dette gjøres ved at denne rapporten distribueres sammen med følgende spørsmål til de under 80 prosent:

1. Hva mener legesenteret er forklaringene på eget resultat? Med dette belyses om det f.eks var fravær blant medarbeidere denne uka, og om det har vært drevet systematisk arbeid på området?
2. Hvilke tiltak planlegges for å bedre tilgjengeligheten på telefon slik at denne fyller forskriftens krav på minst 80 prosent kontakt innen to minutter?

REFERANSER

1. Kartlegging av telefontilgjengelighet ved fastlegekontor i Ålesund kommune september-oktober 2011. Samfunnsmedisinsk oppgave. Stud.med. Ingvill Isaksen og stud.med. Sigurd Holen, NTNU.
2. Nordby Kjell. Telefontilgjengelighet i allmennpraksis. Legeforeningens skriftserie om kvalitetssikring. 1994
3. Sandvik H, Hunskaar S. Telefontilgjengeligheten hos fastlegen. Tidsskr Nor Legeforen 2005; 125: 182-85
4. Fjermestad T. Hvordan måle tilgjengeligheten på telefon? Utposten Nr. 5 1996

torgeirf@online.no

Helg-nie@online.no

Samhandlingsreform

En norsk kommune har tilpasset seg, og vedtok: At antall sykehusinnleggelse må 15 prosent ned. Når du målet kommer du i grønn kategori, fortsetter du som før blir du rød. Av slikt oppstår New Poetic Management. Svart på hvitt.

Rådmannens grønne visjon

I en halvstor kommune, litt nord for Enger
Så man svart på prisen for sykehussenger
Rådmannen rådspurt; pønske ut en god
metode!

Budsjettstyringsprinsippet ble: rød/grønn
farge-syke-kode

Kommunestyret enstemmig, «Supert forslag,
jammen!

La oss vedta dette : at fastlegene må ta seg
sammen

RØDmalt blir den som ikke følger normen
I respekt for budsjettet vårt, og Samhand-
lingsreformen»

Grunnen da redet for en helvetesvisjon :
Der dr. Gissel Snellen blir hovedperson
I birolle 1 : Rådmann Filister, Tor
I birolle 2: Rådmannens mor

Rådmannens mor var gammel, men sprek
De siste dager dog svimmel og blek
Enkelt vurdert mer og mer skral
Det endte med et innendørs fall

Lege kontaktet samme kvelden
Og hvem var på vakt? Dr. Snellen
Han kom samtidig med syke mors sønn
En rådmann som holdt sin kommune grønn

Dr. Snellen var kjent for å kunne sitt fag
Og hadde vært ute en vinterdag
– Pulsen er svak, hun er ustabil
Her må det skaffes en sykebil

Da mørknet blikket til Rådmann Filister
Han tok for seg Snellen, og ble ganske bister
– Slik får vi slett ikke tall til å stemme .
Jeg vedtar behandling av moren min
hjemme

Og Statistikken BLE grønn, og ikke rød
Men neste morgen var fru Filister død
Og straks hun slik trakk sitt siste sukk
Begynte jakten på en syndebukk

Dr. Gissel Snellen fikk seg en på trynet
Filister meldte ham til Helsetilsynet
Det følte urimelig, baker for smed!
Det måtte vel selv en Fylkeslege se?

«Jeg fulgte bare streng ordre fra oven
Rådmannen kalte det Kommnehelseloven»
Snellens prosedyre ble dessverre ikke hørt
For Filisters kommando var ikke journalført

– Din praksis kan ikke regnes som forsvarlig
Tvert i mot framstår du som slurvete og
farlig
Vi håper du ser hva som kan bli konsekven-
sen
At neste gang mister du legisenssen

Dr. Snellen ble sykmeldt i mere enn et år
Startet opp med piller, det er ofte slik det går
Karrieren som kliniker lot han gladelig seile
det virket mye tryggere å se de andre feile

Han kom seg omsider over smellen
Og skiftet navn fra Snellen til Fellen
Gissel Fellen tok så det smarte steget
Nå er han assisterende fylkeslege.

Engang de syke og svakes beskytter
endte han slik opp som en regelrytter
Men hva med Filister, etter morens siste
stønn?
Gleder seg fortsatt over at kommunen er
grønn!

Til slutt et vink til vår Helseminister
Du kan likne litt mye på Tor Filister
Er du enig med oss i at koden virker gal?
Så la oss sammen hindre at den gjøres
nasjonal

Eller kanskje er målet ditt å bli like grønn
som Tor?
Da sliter vi litt alle her, og mest av alt din
mor.

Harald Sundby
© Lovetannlyrikk 2013

Legemidler fra utlandet

– hva sier vi når pasienter spør?

■ RUNAR EGGEN *seniorrådgiver, Helsebiblioteket*

Etter ferietiden er det mange som kommer hjem med medisiner de har fått forskrevet i utlandet. Kan de fortsette å ta disse medisinene etter at de har kommet hjem? Hvordan kan legen finne ut hva de egentlig har fått?

De fleste leger har nok opplevd at pasienter har med seg medisiner fra utlandet og lurer på om de bør fortsette å ta dem. Med oppslagsverket Lexicomp kan du enkelt finne ut hva et preparat inneholder.

Tilsvarende preparater i Norge?

La oss ta et eksempel: Rudolf (62) har høyt blodtrykk og høyt kolesterolinnhold i blodet. Under et opphold i Thailand fikk han forskrevet *Bestatin*. Er dette forsvarlig behandling, og finnes det tilsvarende preparater å få kjøpt i norske apotek?

Helsebiblioteket.no har frikjøpt oppslagsverket *Lexicomp med Martindale* for alle i Norge. Oppslagsverket finnes på Helsebibliotekets hovedside.

I søkefeltet der skriver du inn *bestatin*. Da får du svar fra både *Lexicomp* og *Martindale*, og svarene er merket med landkoder i parentes. Det viser seg da at preparatnavnet *Bestatin* er brukt om preparater med høyst forskjellig innhold i forskjellige land:

- I Filippinene inneholder det atorvastatin og brukes for å forebygge hjertesykdom og redusere kolesterolinnhold i blodet. Tilsvarende preparat i Norge er *Lipitor*.
- I Thailand inneholder det simvastatin, et statin som brukes for å redusere kolesterolinnhold i blodet. Dette tilsvarende *Zocor* i Norge, ifølge *Lexicomp*.
- I Tsjekkia og Japan inneholder det ubenimex, et peptid som brukes i behandling av akutt myeloid leukemi.

Det spiller med andre ord en viktig rolle hvor Rudolf har vært og kjøpt medisinene sine. Hvis vi istedenfor å bruke *Lexicomp* og *Martindale*, bare hadde googlet *Bestatin*, ville vi risikert bare å finne virkestoffet *ubenimex*.

Sjekk virkestoff og preparatnavn

Eksemplet med *Bestatin* er neppe unikt. Sjekk derfor alltid virkestoffet og ikke bare preparatnavnet. Dette vil stå på pakningen, men er ikke den tilgjengelig, kan *Lexicomp* og *Martindale* være gode løsninger. Disse oppslagsverkene har også bilder av et stort antall preparater.

Finn norske preparatnavn

Et lite praktisk tips til slutt: Når du har søkt opp et legemiddel i *Lexicomp* og har klikket på lenken til preparatnavnet («brand name»), får du opp en monografi for virkestoffet («active substance»), omtrent som i den norske *Felleskatalogen*. Helt nederst i denne monografien ser du en liste over hvilke preparatnavn som er brukt for virkestoffet i de forskjellige land. De norske preparatnavnene er listet øverst sammen med de nordamerikanske.

runar.eggen@helsebiblioteket.no



PREPARATINNHOLO:
Atorvastatin
TILSV. PREPARAT NORGE:
Lipitor





Pasienter må selv forstå sin alkoholproblematikk

Sven Wåhlin

Alkohol – en fråga för oss i världen

Studentlitteratur, Malmö 2012

Heftet, 248 sider

Denne lille boken har jeg hatt stor glede av. Den gir en god innføring både historisk og kulturelt om alkohol, men det viktigste er at den fokuserer på sammenhengen mellom helseplagene og lidelsene vi ofte møter, og at den gir praktisk rettede råd om det å snakke om alkohol i sammenheng med de plagene pasientene faktisk har. Etter mange år med forsøk fra helsemyndigheter (og til og med fra Legeforeningen) på å få allmennleger til å bruke strukturerte spørreskjema som AUDIT, er det godt å lese en bok som ikke gjør det å snakke om alkohol vanskeligere enn det trenger å være. Ekstra gledelig er det for undertegnede å konstatere at strategiene i boken passer godt med våre egne funn om hva som får norske fastleger til å snakke om alkohol og hvordan de gjør det.

Men bakteppet er viktig nok; alkoholforbruket i Norge har i løpet av en generasjon økt fra fire til fem liter til nesten syv liter ren alkohol i året. Alkohol er vårt vanligste rusmiddel, både vi og våre pasienter bruker det i økende

grad. Eksempler på helseproblemer hvor alkoholforbruket kan ha betydning er søvnproblemer, angst- og depresjonsplager, samlivsproblemer og problem på arbeidsplassen, akutte skader og fysiske symptomer som hypertensjon eller fordøyelsesplager. Men alkoholforbruket er også relevant for mange kroniske lidelser, både som mulig medvirkende årsak og som kompliserende faktor. Tar vi med skade på andre enn brukeren, er alkohol også vårt farligste rusmiddel. Dette er særlig viktig å huske på der pasienten har ansvar for barn.

Forfatteren tar utgangspunkt i tre ulike sammenhenger hvor en snakker om alkohol. Den første og viktigste er i sammenheng med det helseproblemet pasienten har, dernest når pasienten selv har en bekymring for sitt eget forbruk, og til slutt som del av myndighetsutøvelse, for eksempel ved førerkortattest. De to sistnevnte er enklest, det mest utfordrende er å snakke om alkohol når pasienten kommer med et helseproblem og ikke selv planla å snakke om alkohol.

Forfatteren understreker betydningen av å utforske problemstillingen sammen med pasienten på en åpen måte. Dette gjøres ved å betone helseproblemets multifaktorielle ge-

nese, og ikke fokusere på misbruk eller avhengighet, men på mulig risikabelt drikke-mønster. Det viktigste er å få fram pasientens egne tanker.

Forfatteren poengterer at det ikke er viktig å spørre om hvor mye pasienten drikker. Hovedpoenget er å introdusere tanken at det kan være en sammenheng mellom alkoholforbruk og helseplagene, og hvis pasienten allerede har tenkt tanken selv er det et godt utgangspunkt for å utforske videre. Hvis en ikke kommer videre, kan det godt være at pasienten reflekterer videre selv, hvis legen har spurt på en åpen måte. Pasientens egen forståelse er viktigere enn doktors forståelse. Legen skal fokusere på å gjøre sitt beste for at det skal bli en god og åpen samtale, i stedet for å fokusere på hvor mye pasienten drikker.

I tillegg til å beskrive mer strukturerte opplegg for tettere oppfølging over tid, inkludert bruk av motiverende samtale, foreslår også forfatteren et enkelt og praktisk opplegg for endringsstøtte. Utgangspunktet også her er pasientens eget mål for sitt framtidige alkoholforbruk og egne tanker for hvordan målet skal nås. Forfatteren understreker behovet for ekstra støtte når pasienten, etter en hvit periode, skal begynne å drikke igjen med måtehold. Pasienten bør også støttes i å gjøre andre endringer samtidig når en er motivert for det, for eksempel å slutte å røyke eller bli mer aktiv. De fleste leserne vil vite fra eget liv at det er lettere å gjøre en endring livet når en allerede er i gang med annen endring.

Denne boken kan varmt anbefales, og mange av de praktiske rådene er svært relevante også for andre samtaler i allmennpraksis. Forfatterens hovedbudskap er at det vanskelige på mange måter er ganske enkelt.

REFERANSE

1. Lid TG, Malterud K: General practitioners' strategies to identify alcohol problems: A focus group study. *SJPHC* 2012; 30: 64–69

Torgeir Gilje Lid
Fastlege og PhD-stipendiat



Livet er sansebasert ...

Det er jo slik at det opplevde livet er en sansebasert og emosjonell opplevelse. Vår opplevelse av enkelthendelser gir oss erfaringer som er avgjørende for hvordan vi opplever oss selv i verden, og egen helse for den saks skyld. Som leger er vi opplært i en skolemedisinsk tradisjon og det forventes at vi utøver vårt yrke kunnskapsbasert og rasjonelt i en tro på at rasjonelle tiltak bedrer liv og helse. Det er mulig det hjelper på statistisk overlevelse og morbiditet, men det opplevde livet og helsen til den enkelte, er en individuell opplevelse hvor jeg ofte opplever at det er helt andre faktorer som bidrar enn det jeg formidler gjennom reseptblokk eller faglige veiledere. Livet er i det hele tatt en mer irrasjonell størrelse enn hva mange forholder seg til. Og det er vel først når vi som mennesker har erkjent den irrasjonelle dimensjonen, at vi greier å leve med den og kan la oss berikes.

Dette verset av Andre Bjerke tatt fra diktet «Oppdageren» som kom i samlingen *Fakkeltog* i 1942. Diktet gir en beskrivelse

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

av de sansede sterke opplevelsene som er med på å forme oss som mennesker gjennom de emosjoner de skaper. Og verken hendelsen eller emosjonene har for vane å være rasjonelt tuftet eller beregnet.

*«Og hvis det hender at du engang stanser ved det du ser
Og lammet, som slått av lynet, kan føle tingen treffe deg
i synet og som et sjokk i dine sanser,
da vet du hva ingen andre vet,
da har du sett tingens hemmelighet.
Da er din vandring blitt oppdagerferden.
Da er du den som gjenoppdager verden.»*

Jeg sender stafettspinnen videre til kollega Per Walter Tynæs i Båtsfjord/Hamar som jeg er sikker på kan øse av sin lyriske skattekasse til glede for Utpostens lesere.

Bjørn B. Hansen



HbA1c ved diabetesdiagnostikk

Nye nasjonale retningslinjer anbefaler HbA1c som diagnostisk kriterium ved diabetes type 2. I den forbindelse har Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, på oppdrag fra Helsedirektoratet, vurdert kunnskapsgrunnlaget for anbefalingen.

HbA1c (glykosylert hemoglobin A1c) indikerer gjennomsnittlig blodsukker de siste seks til åtte ukene før prøven er tatt. Ved å bruke HbA1c unngår man problemer forbundet med daglige variasjoner i glukoseverdier, i tillegg til at man ikke trenger å faste før blodprøvetaking.

Kunnskapssenteret har vurdert to systematiske oversikter (1): Den ene er Verdens helseorganisasjon (WHO) sin anbefaling fra 2011 om HbA1c som diagnostisk kriterium for diabetes, og den andre er National Institute for Health and Care Excellence (NICE) sin anbefaling fra 2012 om bruk av HbA1c i risikovurdering for å forebygge diabetes type 2 eller påvise såkalt «prediabetes».

God treffsikkerhet

Her er Kunnskapssenterets hovedkonklusjoner etter gjennomgangen:

- HbA1c med en terskelverdi på 6,5 prosent har en treffsikkerhet for påvisning av mikrovaskulære komplikasjoner (retinopati) som er sammenlignbar med oral glukosetoleransetest og test av fastende blodsukker, men det er usikkerhet knyttet til resultatene fra de enkelte studiene.
- HbA1c med en terskelverdi på 5,8 prosent for europeere og 6,0 prosent for asiater har en relativ god treffsikkerhet med hensyn til å identifisere «prediabetes» eller økt risiko for å utvikle diabetes type 2.
- Treffsikkerheten ved bruk av HbA1c er sammenlignbar med test av fastende blodsukker for å påvise «prediabetes».
 - Ingen konklusjoner kan trekkes med hensyn til bruk av HbA1c alene for å diagnostisere «prediabetes», men usikkerheten reduseres ved at risikofaktorer fastslås først (alder, blodtrykk, midjesteørelse osv.), videre fulgt av mål av HbA1c-nivå (eller fastende blodsukker eller oral glukosetoleransetest).

Helsedirektoratet anbefaler at HbA1c \geq 6,5 prosent bør brukes som det primære diagnostiske kriterium for diabetes i Norge.

Fastende blodsukker og blodsukker etter glukosebelastning kan fremdeles brukes for å stille diagnosen diabetes i spesielle situasjoner. HbA1c kan ikke brukes til diagnostikk av svangerskapsdiabetes.

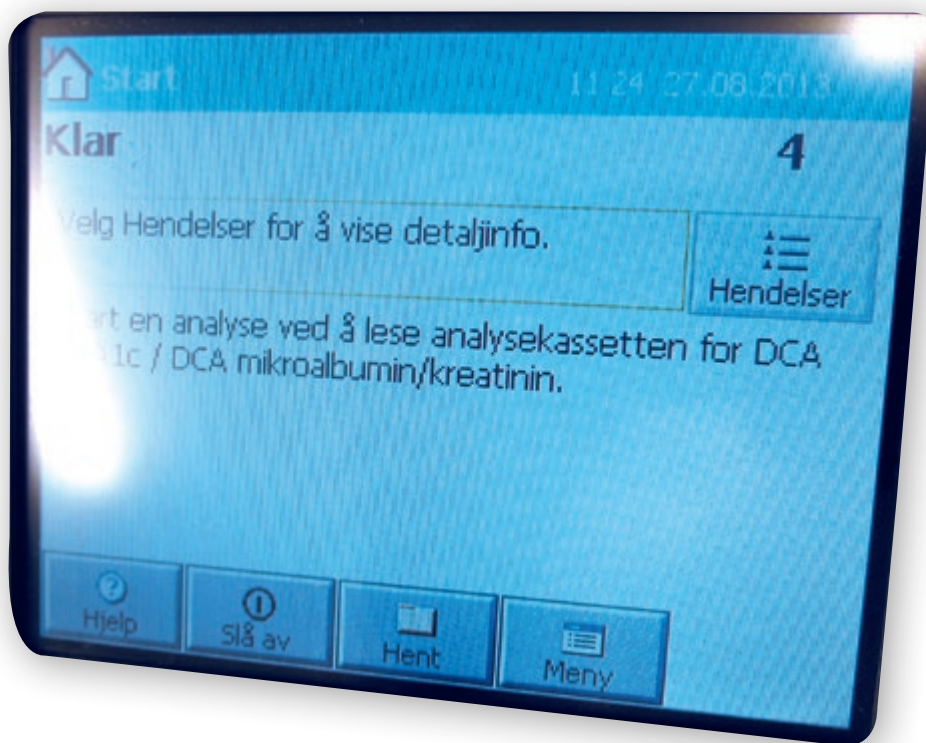
Både i sykehus og i primærhelsetjenesten kan HbA1c-analyser brukes til å stille diagnosen diabetes. Det stilles imidlertid analytiske krav for at analysen skal kunne brukes diagnostisk. Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) vil følge opp analysekvaliteten både i primærhelsetjenesten og på sykehus og gi råd om hvilke tiltak som bør settes i gang for at man skal kunne oppnå den ønskede analysekvaliteten.

Mer informasjon finnes på Helsedirektoratets og Kunnskapssenterets nettsider.

REFERANSE

1. Frønsdal KB, Lauvrak V, Fure B. HbA1c in the diagnosis of type 2 diabetes. Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

Utpostens redaksjon v/Tom Sundar



Avskjed

«DET TAR BARE ET PAR KORTE TIMER Å GÅ FRA FAGERHEIM TIL KRÆKKJA».

Jeg skvatt til, mistet avisen jeg leste i, og holdt på å rive ned druen som lå på nattbordet hennes.

«Er du våken?»

Kanskje ikke det mest intelligente spørsmålet, men jeg satt ved sykesengen til en eldre slektning som hadde sovnet mens vi pratet for noen minutter siden. Jeg var i sykebesøk. Sykebesøk synes jeg ikke noe om. Det gjør sikkert ikke så mange andre heller, men det er en slags plikt å gå i sykebesøk. Og så har man med seg druer. Hvorfor gir vi druer til dem som er for syke til å være hjemme hos seg selv? Når man gir syke mennesker druer må det bety at utsiktene er svært dårlige. Om de er hjemme og pusler om seg selv gir man dem ikke druer.

Men jeg liker altså ikke å gå i sykebesøk. Det er noe passivt over det å sitte ved en høy sykehusseng med druer på nattbordet. Temaene blir brukt opp.

«Hvordan går det?»

«Jo, takk, det går en vei. Dette dør jeg snart av».

Nei, hun sa ikke det nå, men vi visste det begge to. Og jeg kan ikke gjøre noe.

Det er det som plager meg. Om jeg besøker syke mennesker så er det for å konstatere om de er syke, deretter forsøke å finne ut hva som er i veien, eventuelt sende dem videre til noen som kan ta seg av dem. Jeg er lege, og skal handle. Gjøre noe. Ta rede på problemet. Derfor liker jeg ikke å sitte hos en slektning, som en slektning, og vente. For det er det man gjør i sykebesøk. Venter på at tiden går.

Hva var det hun hadde sagt om Krækkja, av alle steder? Jeg spurte henne hva det var hun mente, og hun gjentok at det var et par timers tur fra Fagerheim til Krækkja.

Det er kanskje nødvendig med en liten presentasjon av henne for det er ikke Fagerheim og Krækkja som er poenget i denne historien. Hun er en generasjon eldre enn meg, og hun synes hun har levd et godt liv. Ingen andre kan i virkeligheten bedømme det. Hva hun mener er jeg ikke sikker på. Hun har hatt sorger, tap og gleder i denne tilmålte ti-

den mellom to evigheter. Tilmålt? Levetiden kan like gjerne sees som det endelige resultatet av en rekke tilfeldige uavhengige hendelser som til slutt resulterer i liv som varer fra et øyeblikk til et annet.

Hun var datter av en kvinne som demonstrerte for kvinners stemmerett i Norge, og en mann som slåss for nynorsk. Man kan vel si at moren hadde størst hell med seg. Kvinnenes politiske rolle har stadig blitt sterkere, mens nynorsk er på vikende front. Hun både fikk og tok en utdanning som satte henne i stand til å klare seg alene uten en som skulle forsørge henne. Det var uvanlig. Og så giftet hun seg. Det var ikke uvanlig. Men ektemannen var tretti år eldre. De var gift i ti år. De beste i mitt liv sa hun.

«Du tror det er kjedelig å ligge her og vente?»

Det var ikke så mye å svare til det. Hun var i samme situasjon som mange andre mennesker i dette øyeblikket. De visste de snart skulle dø, og kunne bare vente. Det er likt for oss alle. Bare veien til døden er forskjellig.

«Jeg går alle fjellturene jeg har vært med på. For å få tiden til å gå», sa hun.

«Hvor rute tar jeg nå på nytt. Forestiller meg hvor langt det var mellom hyttene og hvordan terrenget så ut. Om det var lett eller tungt. Disse turene tar gjerne flere dager, og jeg må se ned for ikke å snuble, dessuten er kreftene ikke som før. Det går langsomt.»

Hun ser ikke så godt lenger, så mitt forundrete ansiktsuttrykk fikk hun ikke med seg, men hun ante min forbauselse.

«Du tror ikke jeg er blitt gal?»

«Nei, selvfølgelig ikke, men litt overrasket må jeg innrømme.»

«Jeg forsøkte først å huske bøker jeg har lest, eller teaterstykker.»

Hun ventet litt og fikk pusten tilbake. Lange setninger var anstrengende. Det ble for lite luft.

«Kanskje helst Ibsen. Hans stykker jeg har sett flest ganger. Men det ble for vanskelig, så jeg bestemte meg for turene.»

Jo nærmere man kommer døden, jo mer er det fortiden som gir mening. Å tenke på det som er uavvendelig er irrasjonelt. Man kan selvsagt late som det er noen andre problemer som dukker opp i mellomtiden. Det er ikke



ILLUSTRASJONSFOTO: SUPRIJONO SUHARJOTO

vanskelig å finne noe å bekymre seg over. Først på globalt nivå, for eksempel atomkraft, miljøkatastrofer og alminnelig forurensning. Deretter det allmenne moralske forfallet, at menneskene ikke er så snille som de var mot hverandre i tidligere tider. Det siste var kanskje å ta i. Jeg tror folk verken var snillere eller verre før. Vår moralske kodeks ligger fortsatt ganske nær de ti bud, og de kom i hvert fall ikke i går. Tar vi bort dette med å ha andre guder enn meg så er resten av budene ganske fornuftige og en etterlevelse av de ni ville nok redusere både behovet for en velutbygget kriminalomsorg, og bedre omgangstonen mellom menneskene.

Nå var det mine tanker som svevet uten påtrengende kontakt med den verden vi lever i, mens hun hadde gått inn i en døs igjen. Lå med lukkede øyne. Huden i ansiktet var rynkete, og hun virket uttørret. Jeg så på væskedryppet som sto ved sengen, leste av tidspunktet for når det var satt opp, og kontrollerte dråpetakten. Det så riktig ut, men hun var tørr. Det var ikke jeg som skulle mene noe eller ta et initiativ i hennes tilfelle, men det var vanskelig ikke å kontrollere om alt gikk etter planen. Jeg ringte på klokken, for å varsle om hva jeg mente. Hun skulle ikke tørste i hjel.

Hva skulle hun så dø av? Man hadde lettet på hennes plager ved å tappe ut væske fra lungesekken. Det var hun meget takknemlig for. Det er ikke godt å kjenne at man kveles sa hun. Jeg vil helst sovne inn uten egentlig å kjenne noe.

Etter hvert ville samspillet mellom alle kroppsfunksjonene som vi kaller liv gå fra hverandre, og alt opphøre. Denne prosessen var i gang, og hadde gjort seg gjeldende i noen måneder nå. Hun var ikke redd sa hun, og jeg trodde henne.

Vi snakket ikke om religion eller tro. Jeg husker at hun gikk i kirken tidligere, men i voksen alder ga hun meg et ganske innbarket rasjonelt inntrykk, samtidig som hun med

vennlighet hadde tatt hånd om oss i barndom og ungdom.

Det gikk noen minutter før en sykepleier kom inn. Jeg sa hva jeg mente, at hun kanskje var noe uttørret, og trengte mer væske. Sykepleieren var en forståelsesfull person som var vant med at pårørende leger kunne blande seg i behandlingen, og tok innblanding med profesjonell ro. Det ble gjort visse justeringer, og jeg tok opp avisen som jeg hadde mistet på gulvet da hun plutselig befant seg mellom Fagerheim og Krækkja. Den strekningen var tydeligvis nok til at hun skulle sove en stund, og jeg bestemte meg for at sykebesøket var over for denne gang. Jeg sa noen ord til farvel og på gjensyn, men det kom ikke noe svar.

Det skulle gå litt over en uke før jeg så henne igjen. Etter mitt siste besøk gikk hun inn i en langvarig døs. Våknet av og til, men ble stadig mer fjern. En dag ringte hennes mann og sa at nå lå hun i koma, og man regnet med at hun kunne dø når som helst. Om jeg vil se henne før hun døde, måtte jeg komme med en gang. Jeg spurte om han fikk noen som helst kontakt med henne. Han svarte unnvikende at han trodde det, men at legene ikke var sikre på om hun oppfattet noe. Hen-

nes bror ringte meg også, og sa at det var ikke noe poeng å kjøre de trettifem milene for å treffe henne. Han sto på legenes side.

«Hun oppfatter ikke noe. Det er bortkastet for deg å dra hit», sa han.

Jeg ringte hennes mann igjen, og sa at jeg kan komme om et døgn. Samtidig ba jeg ham si til henne at jeg ville være der neste dag omtrent på denne tiden. Han hørtes takknemlig ut, og lovet at det skulle han gjøre med en gang.

Dagen etter, da jeg skulle kjøre de trettifem milene, skjedde det noe som kom i veien. Jeg husker ikke nå hva det var, kanskje noe med et barn. I hvert fall måtte jeg utsette avreisen ett døgn. Jeg ringte hennes mann, og forklarte situasjonen. Hun var fortsatt i live, men ikke kontaktbar. Han skulle si til henne at jeg ikke kunne komme nå, men derimot dagen etter.

Neste dag var en klar høstdag. Jeg var på vei til noe viktig, men ikke farlig. Sørgelig, men ikke tragisk. Trærne var høstgule. Det gikk mot vinter og dvale. Jeg kjørte ikke fort. Jeg skulle frem, men det hastet ikke. Jeg hadde sagt jeg skulle komme.

Ektemannen var i rommet da jeg kom inn. Han gikk bort til henne og sa høyt,

«Nå er han kommet. Han har kjørt i mange timer.»

Hvorfor la han til at jeg hadde kjørt mange timer? Hun skulle dø. Det var en lengre reise. Jeg husker jeg ble irritert, men angret meg med en gang.

Jeg gikk bort til sengen, tok henne i hånden, klemte den forsiktig, spurte om hun fikk gått videre fra Krækkja, og hvor hun nå skulle hen. Det gikk en trekning over ansiktet hennes, jeg kjente et tydelig trykk i hånden og så sluttet hun å puste. En kort stund, kanskje et par minutter etter at åndedrettet hadde opphørt, var hun fortsatt til stede i rommet. Så ble hun borte.

Mannen hennes tok rundt meg,

«Hun ventet til du kom. Deretter kunne hun forlate oss.»

Historien du nettopp har lest inngår i en samling med tretten noveller. Noen svært korte glimt av tilsynelatende bagateller, andre mer reflekterende over egne ambisjoner og moralske konflikter. Samlingen har fått tittelen «Møter mellom mennesker», og er utgitt på Kolofon forlag 2013, ISBN 978-82-300-1033-4.

Dag Thelle

Professor i epidemiologi, UiO



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

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

www.relis.no

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

Augmentasjon ved behandling

Pasienter med rastløse ben (restless legs) rapporterer ofte om augmentasjon/økende symptomtrykk og «rebound»-effekter under nedtrapping av behandling med legemidler som pramipreksol (Sifrol), ropinirol (Adartrel) og levodopa (Sinemet). RELIS omtaler her aktuelle retningslinjer for behandling av denne pasientgruppen og strategier for håndtering av augmentasjon og tilbakefallssymptomer.

I følge norsk elektronisk legehåndbok (NEL) betraktes dopaminerge stoffer som pramipreksol, ropinirol og levodopa som førstevalg ved behov for medikamentell behandling av rastløse ben. Det angis at disse gir god symptomlindring hos en stor andel av pasientene. Bivirkningsrisikoen tilsier likevel noe tilbakeholdenhet. Alle medikamentene kan føre til forsterkning av symptomer og spredning av symptomene til andre kroppsdeler. Dette fenomenet kalles augmentasjon - og er en viktig grunn til kritisk indikasjonsstilling og lavest mulig dose. Augmentasjon defineres i UpToDate som generell symptomforverring med symptomer som debuterer tidligere på dagen etter inntak av kveldsdose av et dopaminergt legemiddel, kortere latenstid ved hvile, økt intensitet og spredning av symptomer til andre kroppsdeler, som armer eller bryst. Risikoen for augmentasjon ser ut til å være høyere for levodopa enn for dopaminagonistene, men også for pramipreksol er det rapportert at opp til en tredjedel av pasientene opplever augmentasjon i løpet av to års behandling. Risikoen øker med høyere daglige doser og lengre tids bruk. Intermitterende bruk av dopaminerge legemidler gir kanskje lavere risiko for augmentasjon enn fast bruk, men dette er mangelfullt undersøkt (1, 2). Seponering gir tilbakefallssymptomer som ofte er verst de første 48 timene for så å avta over fire til syv dager (1).

Dersom man ikke kommer til målet med dopaminerge midler er opioidanalgetika, alternativt antiepileptika aktuelt. I Norsk legehåndbok foreslås både kodein og tramadol i lave doser. Det advares mot tilvenningsfaren (1). Generelle ulemper ved bruk av kodeinpreparater er tidligere omtalt i Tidsskrift for Den norske lægeforening og tilsier at disse preparatene ikke bør anbefales på den aktuelle indikasjonen (3). Av antiepileptika kan forsøkes karbamazepin i en startdose på 100

mg om kvelden, dosen økes etter terapeutisk respons med dagers mellomrom inntil 400 mg, ved behov for høyere dose bør halve dosen gis på ettermiddagen. Gabapentin er også et alternativ (1).

Strategier for håndtering av augmentasjon er ikke systematisk studert, men følgende alternativer foreslås (2):

En ekstra dose legemiddel tidligere på dagen kan redusere intensiteten av plagene, men det er da viktig å påse at den totale døgn-dosen ikke blir for høy.

Enkelte pasienter kan ha nytte av å skifte legemiddel, for eksempel fra pramipreksol til ropinirol eller motsatt, ettersom utvikling av augmentasjon på en dopaminagonist ikke nødvendigvis predikerer augmentasjon på en annen. Likeledes kan også et bytte til rotigotinplaster vurderes.

Om augmentasjon oppstår på to ulike dopaminagonister bør man vurdere en annen legemiddelgruppe eksempelvis et antiepileptikum.

Den internasjonale studiegruppen for rastløse ben (IRLSSG) publiserte i juli 2013 evidensbaserte retningslinjer og klinisk konsensus anbefalinger for langvarig behandling av rastløse ben (4). Disse retningslinjene åpner i noe større grad for at alfa-2-delta-kalsiumkanalligander som gabapentin også kan benyttes som førstevalgsmidler. Dette begrunnes nettopp med at augmentasjonsproblemene ved langtids bruk av dopaminerge legemidler er så store. Alfa-2-delta-kalsiumkanalligander bør først og fremst vurderes hos pasienter med komorbiditet som også kan dra nytte av slik behandling, for eksempel søvnforstyrrelser, angst- og smertetilstander. Retningslinjene antyder også at lengre virkende dopaminreseptoragonister som rotigotin kan være mindre assosiert med augmentasjon, og således et alternativ til de mer korttidsvirkende agonistene pramipreksol og ropinirol.



for rastløse ben

Benzodiazepiner

UpToDate angir at benzodiazepiner kan ha en plass i behandling av rastløse ben. Diazepam har vært brukt på denne indikasjonen i en årrekke, men det foreligger ingen kontrollerte studier. De fleste studier er blitt gjort med klonazepam. Begge disse legemidlene har imidlertid lang virketid og medfører derfor større risiko for sløvhhet og «hang-over»-effekter neste dag. Det er i utgangspunktet ingen grunn til å anta at effekten på rastløse ben skulle være forskjellig mellom ulike benzodiazepiner forutsatt at de gis i ekvipotente doser. Toleranseutvikling gjør benzodiazepiner uegnet for lang tids vedlikeholdsbehandling, og benzodiazepiner er derfor forbeholdt pasienter som klarer seg med intermitterende behandling, eller som kortvarig tilleggsbehandling hos pasienter med refraktære plager (2).

Opioider

UpToDate angir at også opioider kan være effektiv behandling, spesielt hos pasienter som ikke responderer på annen terapi. En lang rekke ulike opioider har vært forsøkt, og som for benzodiazepiner er det i utgangspunktet ingen grunn til å anta at effekten på rastløse ben skulle være forskjellig mellom ulike opioider forutsatt at de gis i ekvipotente doser. Toleranseutvikling og tilvenningsfare gjør også opioider lite egnet for lang tids vedlikeholdsbehandling og opioider er derfor gjerne forbeholdt pasienter som

klarar seg med intermitterende behandling, eller ikke responderer på verken dopaminerge legemidler eller benzodiazepiner (2). I rapporten fra IRLSSG angis forøvrig at augmentasjon også er rapportert ved bruk av tramadol (4).

Konklusjon

Både augmentasjon og tilbakefallssymptomer ved seponering er vanlige bivirkninger ved bruk av dopaminerge stoffer. Risikoen øker ved høye doser og lang tids bruk. Ved augmentasjon på en dopaminagonist kan man forsøke bytte til et annet legemiddel i samme gruppe. Ved augmentasjon på to ulike dopaminagonister anbefales bytte til en annen legemiddelgruppe, for eksempel et antiepileptikum som karbamazepin eller gabapentin. Kombinasjon av en dopaminagonist og en alfa-2-delta kalsiumkanal ligand kan også overveies hos pasienter som ikke oppnår symptomlindring ved monoterapi av en av legemiddelgruppene. Benzodiazepiner og opioider kan være effektive hos pasienter med refraktære plager, men toleranseutvikling og tilvenningsfare gjør preparatene lite egnet for langtidsbehandling. Tilbakefallssymptomer etter seponering av en dopaminagonist er gjerne verst de første

48 timene, men avtar så over fire til syv dager. Intermitterende bruk av andre legemiddelgrupper i denne fasen kan kanskje dempe symptomene, men dette er ikke systematisk undersøkt.

REFERANSER

1. Norsk elektronisk legehåndbok. Rastløse ben. <http://www.legehandboka.no/> (Sist revidert: 10. september 2012).
2. Tarsy D. Treatment of restless legs syndrome in adults. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 23. juli 2013)
3. Helland A, Spigset O et al. Problem forte – er kombinasjonen paracetamol og kodein rasjonell? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2084–7.
4. Garcia-Borreguero D, Kohnen R et al. The long-term treatment of restless legs syndrome/Willis-Ekbom disease: evidence-based guidelines and clinical consensus best practice guidance: a report from the International Restless Legs Syndrome Study Group. Sleep Med 2013; 14(7): 675–84.

Erlend Aa, cand. pharm
Arne Reimers, overlege
 RELIS Midt-Norge,
 Avdeling for klinisk farmakologi,
 St. Olavs Hospital



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

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Journalens «førsteside» – til læring og praktisk bruk

Ved Rådhusgaten legegruppe i Strand kommune ser vi på vår arbeidsplass som en arena for kontinuerlig læring. I denne artikkelen vil jeg dele våre erfaringer fra et nettverks-samarbeid med to legekantor i Stavanger – vårt nærområde.

Rådhusgaten legegruppe er et 2-legekantor med turnuslege og tre stabile medarbeidere. I 2013 har vi dertil en ung kollega i 40 prosentstilling. Vi er ett av tre legekantor i Strand kommune utenfor Stavanger; på ekte vis «på landet» – og rekruttering er vanskelig.

Rammene for det allmenntjenestearbeidet i kommunen er svekket det siste tiåret. Kommunen bruker tid og krefter og penger på å rekruttere til det kommunale legesenteret, men oppleves i liten grad å «se» de to fastlegekantorene som har vært og er stabile; og som jobber langt ut over det avtalene krever.

Nylig meldte vi oss på et tilsvarende nettverkssamarbeid slik Senjalegene beskrev i Utposten i fjor (1). Nettverket bestod av de to («private») legekantorene i kommunen og to legekantor i Stavanger. Kontorene hadde ulike prosjekt for praktisk forbedring av hverdagsdriften, og hadde felles møter med leger og medarbeidere for å drøfte framdrift.

Vi startet med å kartlegge legekantoret ved hjelp av *Maturity Matrix* (MM) (2). Våre to halvdagsseminarer med hele kontoret og veileder fra MM-prosjektet skjøt langt over mål, læringsmessig sett. Det ble en «opptur» med både fellessamlinger for to medarbeidere og en lege, og mange spennende internundervisningsmøter. En begeistret turnuslege (Ida

Færden) representerte en flott ressurs i arbeidet.

Min «hang up» har lenge vært journalens førsteside. Daværende turnuslege Ida hadde sterke synspunkter på hvor viktig den var/er for leger som kommer inn i praksisen og ikke kjenner pasientene.

Vi startet med å utvikle et skjema med rom for nødvendige opplysninger fra pasientene, spesielt tilpasset Rådhusgaten legegruppe. Primært kjørte vi en «pilot» med 20 skjema for hver leges pasienter. Det var nyttig.

Eksempler på spørsmål som viste seg vanskelige å svare på, er:

«Hva heter egentlig arbeidsgiveren min?»

«Hva betyr *nærmeste pårørende*?»

«Jeg husker aldri mobiltelefonnummer.»

Skjemaet skulle fylles ut av mange aldersgrupper, og har lært oss mye om utfordringer i forhold til det som kan være selvsagt for oss. Rent praktisk ble skjemaene levert ut fortløpende til pasientene (av medarbeiderne). Pasientene ble bedt om å besvare mens de ventet på time/lab. Foreldre svarte for barn. De som «ikke visste», tok skjemaet med seg hjem og leverte det neste gang de kom til time. Medarbeiderne tok ansvar for å samle inn, legge i bakke, og skrive inn opplysninger i journalene.

Deltagelse i nettverkssamarbeidet har bidratt til at vi har følt forpliktelse til å fortsette prosjektet. Vi har – alle sammen – satt fokus på oppdateringer av førstesida i journalen. Leser man epikriser, går man straks inn på sykdomsoversikt og skriver inn viktige opplysninger.

Siden prosjektet har vi fått en ny fastlegeforskrift som forplikter til å sette fokus på fastmedisinliste. Vi har også – ved innføring av «Helserespons» – behov for oppdaterte mobiltelefonnumre. Ved å oppføre pårørende med deres mobiltelefonnumre har vi mulig-

het til å kontakte dem ved behov. En hyggelig «bivirkning» er at vi får nye og bedre oversikter over hvem som hører sammen i pasientpopulasjonen vår.

Førstesida kan også nyttes som utskrift og vedlegg til sykehjem/innleggelse i sykehus og kommunikasjon med samarbeidspartnere (samtykkebetingelse). Ikke minst er førstesida velegnet til henvisningsbruk; ved papir eller e-henvisning. Da kommer opplysningene inn på riktig plass, og man kan stryke eller beholde dem etter behov. Dette letter hverdagsarbeidet – og har et faglig repetisjonspotensial for oss eldste samt et læringspotensial (om pasientenes historie og relasjoner) for turnuslegene!

For oss har dette vært, og er, et godt og viktig prosjekt. Vi forsøker å jobbe systematisk med kvalitetsarbeid. Men i likhet med andre, overmannes vi av detaljnivåene, og det er lett å «miste pusten».

Dette prosjektet er jevnlig tema for internerundervisning. Blant annet knyttet det seg stor spenning til hvordan det ville gå med førstesida, da vi i mars 2013 konverterte fra Winmed til Infodoc Plenario: Men førstesida funket – slik vi håpet på!

Dette er en fortløpende kvalitetssak vi må ha «på spinalen» så den ikke eldes, men vedvarer og bidrar til best mulige journaler og henvisninger. Vi tror det blir viktigere og viktigere, sett i et samhandlingsperspektiv. Vi sender ideen om «førstesida» videre – i en «e-verden» er den gull verd!

Anne Mathilde Hanstad

REFERANSE

1. Ustad A. Kvalitetsarbeid er spennende og bidrar til økt engasjement Kvalitetsstafett. Utposten 2012; Nr. 7: 45.
2. Brudvik M, Thesen J. Kvalitetsverktøy på allmennlegekantoret. Utposten 2011; Nr. 5: 15–17.