

Utposten

7 2013
ÅRGANG 42

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



INTERVJU

Kari Sollien

- Ny leder i allmennlegeforeningen

Hvordan møte selvskadende ungdom?

Bruk av hemoglobin i sykehjem

Rapport fra Nidaroskongressen

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

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no

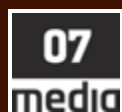
FORSIDE/2. OMSLAGSSIDE: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

INNHold

1 LEDER: Nye koster

Badboni El-Safadi

2 UTPOSTENS DOBBELTIME: Traust totning med tæl

Kari Sollien intervjuet av Lisbeth Homlong

6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Medisinsk øyeblikkelig hjelp i Helse Nord i et samhandlingsperspektiv

Ina Heiberg og Trine Magnus

10 Akuttmedisinsk trening i kommune – korleis kan ein gjere det?

Jan Helge Dalland

14 'Det gode pasientforløp' – sett fra fastlegekontoret

Marit Hermansen

17 Selvskadende ungdom: Hvordan møter vi dem?

PRESENTASJON AV EN KVALITATIV STUDIE I ALLMENNPRAKSIS

Lene Dæhlen Selnes

20 Ansvarsgruppe for Velferd-Norge

ET ESSAY OM VELFERDSSTATENS STATUS

Harald Sundby

24 Bruk av hemoglobin i sykehjem

Noklus

29 Naproxen nå?

Alexander Wahl

30 Alvorlig bevissthetsforstyrrelse etter ervervet hjerneskade – hvor skal den lokale helsetjeneste søke spisskompetanse?

Solveig Læg Reid Hauger, Frank Becker og Marianne Løvstad

34 Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Krefregisteret

36 Nidaroskongressen – årets primærmedisinske myldreplass

Tom Sundar

40 Prisvinnerne under Nidaroskongressen i 2013

42 BOKANMELDelse: Klinisk dermatologi og venerologi

Anmeldt av Anja Brænd

42 BOKANMELDelse: Endokronologi – en medisinsk lærebok

Anmeldt av Mona Søndena

43 LESERBREV: De fleste hypotyreosepasienter fungerer godt

Sara Hammerstad og Lars Omdal

44 FASTE SPALTER

LYRIKKSTAFETTEN 44

KVALITETSSTAFETTEN 45

RELIS 46

HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN 48





Nye koster

Det blir veldig interessant å se hvordan helsestatsrådets sko skal fylles og føles av Bent Høie – som tidligere bare har hatt muligheten til å stille kritiske spørsmål fra opposisjon, men nå faktisk skal gå mange mil med de samme skoene. Det er også et spennende mannskap som skal hjelpe ham å løse skuten trygt gjennom landets mange helseskjær. Noen ville kanskje vært fristet til å etterspørre en fagdifferensiert stab, mens andre ville ha rost nettopp dette dristige valget av sterke støttespillere. At det er nok utfordringer å ta tak i, er det i alle fall liten tvil om.

En av flokene er øyeblikkelig hjelp-senger, som ikke lenger skal være sykehusets enerett. Alle kommuner skal innen 2016 ha på plass et døgn tilbud til sine innbyggere, med mulighet for oppfølging av medisinsk personell, nesten som en sykehus-«light»-variant. Men hvilke pasienter som skal legges inn på slike øyeblikkelig hjelp-senger og hvordan dette skal organiseres, er det foreløpig ikke så lett å finne ut av. I en undersøkelse fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE), utført i Helse Nord, har Ina Heiberg og Trine Magnus sett på aktuelle pasientgrupper og potensielle problemstillinger. De uttrykker en velbegrunnet skepsis mot å overføre innleggelser for medisinsk ø-hjelp fra sykehus til kommunale døgnenheter. Artikkelen kan du lese i dette nummeret av *Utposten*.

Helsesekretæren, ambulanspersonell og (legevaks)legen danner en enhet som kommuniserer og tjenestegjør sammen. Alle forventer at samarbeidet skal fungere knirkefritt. Men kan man gå ut fra at akuttmedisinske team fungerer som de skal uten trening og øvelse? BEST (BEDre & Systematisk Traumebehandling) er en treningsmetode og filosofi der man i tverrfaglige grupper forsøker å ha øvelser, som skal være mest mulig lik akutte situasjoner man kan komme ut for. BEST har blitt implementert på ulike nivåer, og i dette bladet får vi en liten smakebit

fra Kvinnherad på hvordan slik trening kan organiseres i en kommune.

Som lege skal man forsøke å passe på blodtrykk, kolesterol og gjerne «redde liv». Men i sistnevnte ligger det ikke noe entydig krav til somatiske symptomer og objektive funn. Essayet «Se meg, doktor» minner oss om at vi jobber med mennesker, og at hvert eneste møte kan være det som gjør en forskjell i en annens liv.

Det er besværlig når papirarbeidet begynner å hope seg opp, kanskje lunsjen måtte skippes den dagen, og så spør sekretæren om det er mulig å ta en akutt samtale etter en bekymringsmelding fra helse-søster på slutten av dagen... Mulig at det er nettopp denne pasienten som trenger litt ekstra omsorg, kanskje han/hun har en for-trolighet som man må bruke tid for å finne ut av. Hvordan kan vi som allmennleger hjelpe unge som skader seg selv? Selvska-ding blant unge er forholdsvis utbredt og en delikat problemstilling. Fastlegen Lene Dæhlen Selnes har snakket med kolleger og deler erfaringene deres med *Utposten*.

Like viktig som det er at man ikke dømmes en bok kun på det fine, eller det litt slitne omslaget, er det viktig for oss å se hele mennesket. Den persisk-fødte dikteren, filosofen, forfatteren og sufi-mystikeren Moulana Jalalod-din Balkhi Mohammad Rumi (1207–1273) har inspirert mange av verdens mest kjente musikere, kunstnere og lærde med sine flotte verk. Hans anerkjennelse vokser den dag i dag og han hedres over store deler av verden fortsatt. Rumi hadde fokus på en rekke temaer allerede på 1300-tallet som er like aktuelle den dag i dag:

I am not this hair, I am not this skin,
I am the soul that lives within.

Med disse fine ordene ønsker jeg, på vegne av redaksjonen, velkommen til dette nummeret av *Utposten*, som kommer i ny, tidsmessig drakt.

BADBONI EL-SAFADI

Traust totning

Kari Sollien ■ INTERVJUET AV LISBETH HOMLONG

Handlekraftig, uthaldande og med stålkontroll på tal og reknestykke er ord som vert brukt om vår fremste tillitskvinne. Dessutan bærer ho gjerne stein, hogger ved og har fagkunnskap om alt frå fingerhekling til avanserte broderiteknikkar.



Den 43 år gamle totningen Kari Sollien vart i vår samrøystes valt som ny leiar i Allmennlegeforeningen. Ho har allereie lang fartstid som tillitsvalt, etter ti år i organisasjonen, dei to siste åra som nestleiar og skulle dermed vere godt rusta for oppgåva.

Den sindige opplendigen tek imot meg på Legenes hus på Christiania torv der ho loser meg trygt oppover korridorane opp til kontoret sitt i tredje etasje. Eg synast eg kan ane ein viss nervøsitet, men ho vert raskt varm i trøya, når dei politiske sakene kjem på dagsorden.

Vil gjerne bestemme

Kva likar du best med foreiningsarbeid?

– Du meiner å spørre kva gevinsten er? Ho ser tenksomt ut vindaug. – Det har eg tenkt mykje på i samband med at eg stilte meg til disposisjon for å bli leiar. Eg opplever at det er gevinstar på mange plan. Eg har eit ønskje om å mobilisere dei tillitsvalte på grasrota, det er viktig for meg. Det er også ein gevinst i å vere med og påverke og bestemme viktige rammevilkår for yrket vårt. Eg har nok ein driv etter å få vere med på å bestemme. Eg vann også på det personlege planet. Eg møter mange kjekke folk, det er utruleg lærerikt, og eg får oppleve mykje.

Kva saker brenn du for?

– Før eg fekk dei sentrale verva, så engasjerte eg meg i arbeidet med legevaktstene-sta lokalt. Den interkommunale legevakta på Gjøvik er min baby. Den opna i februar 2005 etter ein lang prosess der saka hadde gått gjennom ei omfattande utgreiing og til slutt vedtak i sju forskjellige kommunestyre. Dette var ein svær lokal prosess som trengte forankring både i fagmiljø og på det politiske planet. Og vi fekk det til! Eg lærte mykje av dette, spesielt om korleis kommuner fungerer.

Legevakt er ei sak som står høgt oppe på dagsorden, og i den nye regjeringserklæringa er det ei klar målsetning at legevakta skal satsast på. Kva tenkjer du om det?

– Ja, det har dei sagt! – Vi får sjå, legg ho til med eit talande smil. – Eg tenkjer at det

trengst! Og eg håper at satsinga får eit innhald. At det ikkje berre vert ord og fagre løfter. Når det er sagt; legevakta er den delen av den kommunale legetenesta som strevar mest, så her trengst det eit omfattande arbeid.

Kva gjer foreininga i høve til den saka no?

– Vi jobbar på fleire frontar. Det viktigaste er avtalen vi har med Kommunenes sentralforbund (KS). Der er det no brot i forhandlingane om rammeavtalen rundt legevakt i kommunene. Avtalen regulerer mellom anna arbeidsvilkår på legevakt, arbeidstid og vernebestemmingar. Vi ventar no på nemndbehandling. Elles er det også eit satsingsområde for Legeforeningens sentralstyre. Her handlar det meir om påverknad på politisk plan, å påverke politikarane til å bruke pengar på feltet.

Er det mogleg å få til forsvarlege arbeidskår i alle avkrokar rundt omkring i landet?

– Vi bør i alle fall få til at det skal vere støttepersonell til stades på alle legevakter. Framleis er det sånn mange stadar at legen står åleine og gjer alt sjølv, inkludert å ta telefonen. Her må ein satse på ei strukturell opptrapping, for å betre støtten rundt legevaktstene-sta.

Det spørs om kommunene finn pengar i sine budsjett til å få dette til. Trur du ikkje det må politisk vilje på eit overordna plan for å få det til?

– No når det vert etablert kommunale akutte døgnseger rundt omkring, som skal vere eit alternativ til sjukehusinnlegging, så er det eit håp om at kommunene vert meir merksame på det som skjer på legevakta. Hovuddelen av akuttinnleggingar til sjukehus frå primærhelsetenesta skjer på legevakt. Derfor bør det vere naturleg for kommunene å satse på legevaktstene-sta.

Sollien medgir at det er ei fare at legevaktstene-sta mange stader vil få større ansvar og ei meirbelastning i samband med akuttsegerne, dersom det er dei same legane som skal gjere dette arbeidet. Ho er klar på at det pr. i dag ikkje er kapasitet i legevaktstene-sta til å ta på seg dette arbeidet.

med tæl

– Ikkje den legevaktstenesta eg kjenner, i alle fall, legg ho lakonisk til. – Eigentleg har legevaktstenesta for dårleg kapasitet slik det er i dag. Eg håper at vi framover kan få synergieffekter. At kommunene får eit incitament til å utvikle både eit godt døgntilbod og ei god legevakt.

Kvantitet og kvalitet

Er det andre saker som du – eller dykk – er spesielt opptatt av?

– Det er litt uvant dette med «vi meiner dette», og ikkje «eg meiner», men det må eg vel venne meg til, ler ho. – Men, uansett; opptrappingsplanen for fastlegeordninga er den andre store hovudsaka vi fokuserer på. Kapasiteten i fastlegeordninga må bli betre. Og kvaliteten. Men eit problem er at vi veit for lite om kvaliteten på tenesta vi tilbyr, utover at folk oppgir at dei er fornøgde.

Er ikkje det eit for grovt mål på kvalitet?

– I vårt samfunn er det eit viktig mål, men elles manglar vi instrument for å måle kvaliteten, medgir Sollien.

Har du tankar om korleis vi kan gjere dette betre?

– Vi har no fått igjennom at eit senter for allmennmedisinsk kvalitet, SAK, skal opprettast. Ei arbeidsoppgåve for SAK kan vere å utarbeide kvalitetsmål, og verkty for å måle og følge opp desse. Slike typer verkty finst allereie og vi må bruke dei meir systematisk enn i dag. Både for lokal kvalitetsforbetring ute på ulike legesentra, som det har vore mest fokus på, men også aggregerte data på eit overordna plan.

Men då treng vi også ressursar for å få dei implementert, innvender *Utpostens* utsendte. Og ressurstilgangen er allereie eit problem. Når eg snakkar med allmennlegar rundt omkring, så er folk generelt misnøgde med rammevilkåra, inkludert den dårleg lønsutviklinga og dei aukande kostnadene til drift. Kva gjer foreininga med dette?

– Vi er opptatt av det heile tida, understreker foreiningsleiaren, – og avtalane våre vert reforhandla regelmessig. Det vik-

tigaste verktøyet vi har i den samanheng, er inntekts- og kostnadsundersøkinga. Der strever vi med dårleg svarsprosent. Vi har ikkje fått den endelege rapporten for i år, men det ser ut til at vi får rundt 20 prosent oppslutnad. Sett i lys av at dette er det viktigaste forhandlingskortet vårt, skulle eg ønskja meg betre oppslutnad. Det er ikkje samsvar mellom dette og at folk klager over rammevilkåra. Vi må sjå på om vi kan endre undersøkinga på ein måte som gjer det enklare å svare.

Bekymring for framtida

Sjølvsynast eg at det har blitt tyngre å vere allmennlege i løpet av dei åra eg har jobba som fastlege. Og eg er bekymra for korleis det skal bli i framtida. Både eg og mange andre opplever det slik. Korleis skal det gå med entusiasmen for faget?

– Eg har også opplevd det sånn. Vi får det travlare og travlare. Dette er ei utvikling som ikkje kan halde fram. Då vil det i verste fall bli slutt på heile fastlegeordninga. Opptrappingsplanen for fastlegeordninga er eit viktig tiltak i så måte. Det må endringar til både på kapasitets- og kvalitetssida.

Kva konkrete tiltak er det som ligg i opptrappingsplanen?

– Dokumentet er utarbeida av AF og NFA i samarbeid. Den er konkret både på mål og verkemiddel, med tanke på rekruttering, vekst og for å halde på folk. Det er ikkje nok å rekruttere dei unge inn, vi må også halde på dei gode folka. Derfor ser vi på verkemiddel både i starten og slutten av ei fastlegekarriere.

Det er mange som gir seg, også i den eldre delen av fastlegekorpset. Kvifor er det slik?

– Det er vel eit uttrykk for at du ikkje orkar å ha det så intenst travelt, kanskje. Og at det er dårleg med retrettmuligheiter. Ingen seniorordningar.

Kva med delelisteordninga?

– I den delen av karrieren då ein har mykje kunnskap som ein kunne ha utnytta, så er det ikkje ei ålreit løysing at det einaste

Opprusting av legevakta og opptrappingsplanen for fastlegeordninga er saker som står på dagsorden for den nye AF-leiaren.



valet du har er å trappe ned, og samtidig gå ned i inntekt. Dårlege pensjonsordningar er også ei utfordring. At ein må sørge for seg sjølv når det gjeld sjukdom og pensjon, er baksida av medaljen med å vere sjølvstendig næringsdrivande.

For min del må eg seie at fordelane med å vere sjølvstendig fortsatt tel positivt på vektskåla. Meiner du at framtida ligg i at alle skal vere fastlønna?

– Nei, det meiner eg ikkje, seier ho bestemt. – Det er veldig mange fordelar med å vere næringsdrivande. Det å ha eigeskap til eigen praksis gjer at du investerer meir i praksisen – på fleire plan. Stykkpris har også ein positiv verknad på effektivitet og ventetid, sjølv om ein kan diskutere om det kan ha gått for langt. Men eg trur ikkje vi skal slå heilt om til den andre sida.

Likar å treffe folk

Kva likar du minst med å vere tillitsvald?

– Det har eg ikkje tenkt på!

Likar du alt?

– Eg likar ikkje alt like godt. Situasjonar der eg må fronte saker eg ikkje er heilt samd i, kan vere ei utfordring. Dersom vi som foreining har fatta eit vedtak eg ikkje

er heilt komfortabel med, så kan det kjenest litt ubehageleg å vere i front. Og dersom foreininga har ei meining, ein etablert politikk, då er det den som gjeld. Det hender eg må gå på akkord med meg sjølv, noko som ikkje alltid er like greit.

Kva trivst du best med?

– Ut og treffe folk! Medlemsmøter der mange møtest for å diskutere utvikling av politikk saman.

Trivst du godt med å vere i front?

Ho drar på det.

– Eg veit ikkje heilt. I utgangspunktet har eg ikkje eit stort behov for å eksponere meg sjølv. Men det er ein del av jobben som eg må tåle. Inntil no har eg sluppe eit stort fokus på meg sjølv, sjølv om eg har delteke på alle arenaer der eg ha hatt påverknads-kraft. Så dette er nytt med leiarrolla.

Er det spesielle eigenskapar du har som gjer at du eignar deg for å vere leiar?

– Eg veit ikkje om eg er så ekstraordinær på nokon måte. Eg meiner at eg er lyttande og raus som type. Og at eg slepp til andre og gir dei lov til å vere gode på det dei er gode på.

Beslutningsdyktig er eit ord som går igjen.

– Ja, og handlekraftig, supplerer ho. – Det er nok ingen som synast at eg er vinglete. Men samtidig er eg ikkje redd for å skifte meining dersom eg skjønner at eg har tatt feil. Det er ikkje sånn at når eg har bestemt meg for noko så held eg på det. Eg kan klare å ta beslutningar og leve med at eg tok feil i etterkant, så lenge risikoen ikkje er for stor.

Ein allmennlege må vere beslutningsdyktig, men samtidig leve med at han av og til tar feil. Er dette noko du har lært av yrket ditt?

– Eg trur eg alltid har vore slik. Samtidig er eg slikt at eg tenker positivt, at ting helst vil gå godt. Eg er optimistisk av natur.

<<Stuck>>

Den nye AF-leiaren har jobba i allmennpraksis sidan 1999, og fram til september i år jobba ho som fastlege på Kapp legesenter på Østre Toten, med ansvar for omkring 900 listepasientar. Vervet i foreininga betyr at ho er heilt ute av klinisk allmennpraksis etter å ha vore fast fastlege i 13 år. Ho vil bli sakna av pasientane sine, men fortel at mange også er stolte og har ønska ho lukke til.

– Akkurat no ser eg praktisk på det, legg ho til. – Det hadde ikkje vore mogleg å få til begge deler. Men eg saknar arbeidsmiljøet og kollegane mine. Eg har tatt farvel med nokre av favorittpasientane mine, dei som er veldig gamle, som kanskje ikkje er der når eg kjem tilbake.

Skal du tilbake i praksis etter at du er ferdig med vervet?

– Ja, pr. i dag har eg ingen planar om å bytte arbeid. Utgangspunktet mitt er to eller fire år borte. Då er eg uansett godt under 50 og ser for meg fleire gode år i praksis. Det at eg no jobbar for den jobben eg skal tilbake til, er bra i høve til min funksjon i leiarvervet i dag.

Kvifor blei du allmennlege?

– Eg hadde tenkt å bli kirurg, svarer ho kjapt. – Men så vart eg gift med ein bonde på Toten. Dessutan trivst eg, og det var viktig. Seinare skilde eg meg frå bonden, men ikkje frå allmennpraksis.

Marit Hermansen, leiar i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har sagt at framtida i norsk distriktsmedisin ligg i at kvinnelege legar giftar seg med bønder.

– Ja, då er du «stuck», ler ho. – Eg er sjølv mor til ei odelsjente, så eg er like opptatt

Kari Sollien trivst med fagforeningsarbeid og vil gjerne vere med å bestemme.





Den nye AF-leiaren vår er ikkje redd for fysiske utfordringar. Her er ho på toppen av Preikestolen.

av landbrukspolitikk som helsepolitikk. Dottera mi er 13 år og går på ungdomsskolen.

Kva er du interessert i utanom fag og foreining?

– I kvardagen blir det lite tid til anna. Men eg har vore flink til skilje mellom jobb og fritid. Det er verre som foreiningsleiar. Det er ei rolle eg går inn i i større grad enn i legejobben, så det kan vere vanskeleg å leggje vekk telefonen. Elles likar eg å drive med praktisk fysisk arbeid. Eg går gjerne, både på beina og på ski. Eller bærer stein rundt i hagen. Når eg sit, strikkar eg.

Kva er det du strikkar for noko då?

– Alt mogleg. Akkurat no restegarssokkar. Eg har gått eit år på husflidskule. Teikning, form, farge og søm. Så eg kan alle moglege teknikkar innan handarbeid. Eg hadde dessutan ei mormor som passa på oss unga medan foreldra våre var på jobb. Ho heldt familien gåande og lærte meg strikking og anna handarbeid.

Traust totning

Det høyrest kanskje litt kjedeleg ut dette, at eg berre er interessert i strikking og bæ-

ring av stein, hogge ved og andre bondske saker, innvender intervjuobjektet når vi nærmare oss slutten av samtalen. Ho skundar seg å leggje til at ho også likar seg i byen. Skal ho og ektemannen kose seg ei helg, reiser dei til København eller ein anna storby. Italia er ein favoritt. Ho snakkar dessverre ikkje italiensk sjølv, men er glad i det gode liv, italiensk mat og vin. Ho studerte dessutan i Oslo på 90-talet, og føler seg nesten som tilbake i studiedagane når ho tek handveska og ruslar frå sentrum og oppover mot Bislett, der ho har ei leilegheit. Ho trivst med det.

Er det elles noko vi treng å vite om deg?

– Eg er ein traust totning som jobbar langsiktig, det er sanninga.

Trond Egil Hansen (den førre leiaren i AF) meiner at du bruker Toten-dialekta di for det den er verd?

– Det er berre den eg kan!

Han meiner at du dermed framstår mindre arrogant enn dei som snakkar glatt Oslo-mål?

– Det kan vere rett! Det påverkar korleis folk oppfattar meg – på godt og vondt. Eg høyrest kanskje ikkje like smart ut. Det høyrest ille ut, men slik er det. Toten-dialekta vert brukt når noko skal vere artig eller koseleg – og bondisk. Kjell Inge Røkke gjorde narr av Sylvia Brustad (ho er rett nok ikkje er frå Toten, men Hedmark) – han som har ei brei dialekt sjølv. Han kunne likevel tillate seg å gjere narr av dialekta hennar. Av og til er folk meir opptatt av forma enn innhaldet. For nokre verkar dialekta mi slik at alt eg seier blir artig eller koseleg. Og det er eg ikkje alltid ute etter. Men alt i alt er der fleire fordelar enn ulemper.

– Når han Sigbjørn Johnsen kan, så kan je!

« Eg er ein traust totning som jobber langsiktig, det er sanninga »

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

Medisinsk øyeblikkelig i Helse Nord i et samhand

■ **INA HEIBERG** • Samfunnsøkonom og forsker ved Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

■ **TRINE MAGNUS** • Lege, MPH og leder av SKDE

Undersøkelse av sykehusopphold for medisinsk ø-hjelp i Helse Nord gir liten støtte til antakelsen om at mange pasienter kunne eller burde vært innlagt i kommunale ø-hjelps-institusjoner i stedet. Derimot indikeres gjennomgående høy sykkelighet og behov for avansert diagnostikk og behandling hos pasienter som innlegges for medisinsk ø-hjelp.

Bakgrunn

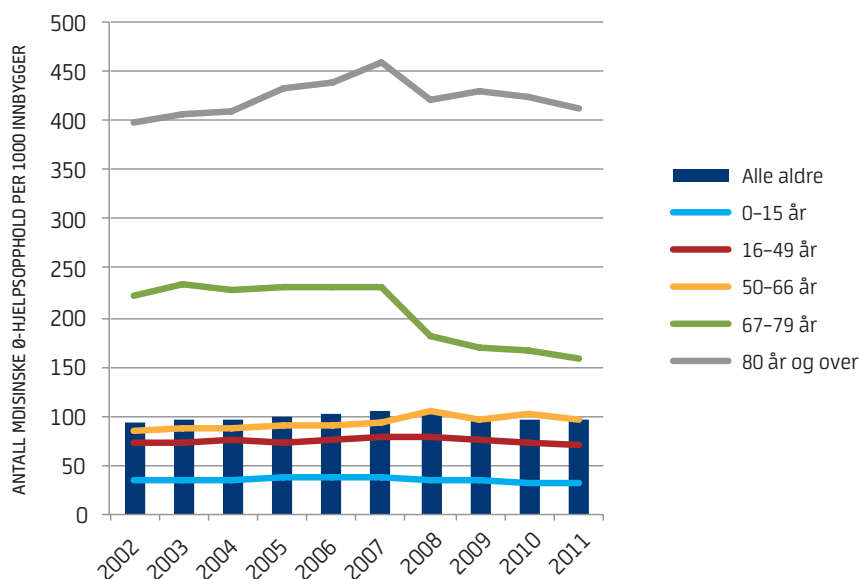
Det hevdes med jevne mellomrom at mange pasienter unødige innlegges i sykehus, og Nasjonal Helseplan pålegger kommunene innen 2016 å sørge for døgntilbud for pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp. Ifølge Helsedirektoratets veileder gjelder dette pasienter som kommunene selv har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for. En rapport fra Aaraas og medarbeidere om helsetjenester til eldre, konkluderte med at døgnopphold i kommunale institusjoner bør være alternativ til sykehusinnleggelse bare for pasienter med avklart diagnose, i stabil fase, uten akutt funksjonssvikt og uten uttalt komorbiditet. Det finnes imidlertid liten dokumentasjon på hvilke og hvor mange pasienter dette dreier seg om og dermed liten hjelp for kommunene i planlegging av dette lovpålagte tilbudet. SKDE har i denne forbindelsen undersøkt sykehusinnleg-

gelser for medisinsk øyeblikkelig hjelp for befolkningen i Helse Nord. Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og omfatter døgnopphold for medisinsk ø-hjelp for bosatte i Helse Nord i 2011. Formålet har vært å skaffe en oversikt over omfang av medisinsk ø-hjelp i sykehus før iverksetting av samhandlingsreformen, og særskilt med tanke på kommunenes planleggingsarbeid, å peke på grupper av pasienter som potensielt kan få dekket sitt behov for akutt helsehjelp i framtidige ø-hjelps døgntilbud i kommunale institusjoner.

Beskrivelse av materialet

Behovet for medisinsk ø-hjelp viser seg samlet sett å ha vært ganske stabilt i perioden 2002–2012. I figur 1 er dette framstilt som innleggelses pr. 1000 innbyggere pr. år for ulike aldersgrupper. Man ser en tendens til reduksjon i aldersgruppen 67–79 år og en svak økning i aldersgruppen over 80 år. I figur 2 vises opphold for medisinsk ø-hjelp etter alder for hhv kvinner og menn. Den høye forekomsten for kvinner i fertil alder skyldtes i stor grad opphold i forbindelse med svangerskap og fødsler, og en valgte derfor å

FIGUR 1: Innleggelses pr. 1000 innbyggere pr. år 2002–2011.



hjelp lingsperspektiv

analysere akuttinnleggelses for befolkningen over 50 år i de videre undersøkelsene.

Figur 3 viser at 54 prosent av alle døgnopphold for pasienter over 50 år bosatt i Helse Nord er medisinske ø-hjelpsopphold, mens opphold for kirurgisk ø-hjelp utgjør 10 prosent. Det var til sammen 26 000 opphold for medisinsk ø-hjelp for pasienter over 50 år i 2011 i Helse Nord, dvs 71 medisinske ø-hjelpsinnleggelses pr. døgn, som fordeler seg på 11 sykehus.

Pasienter som innlegges for medisinsk ø-hjelp har oftest korte opphold. Bare 9 pro-

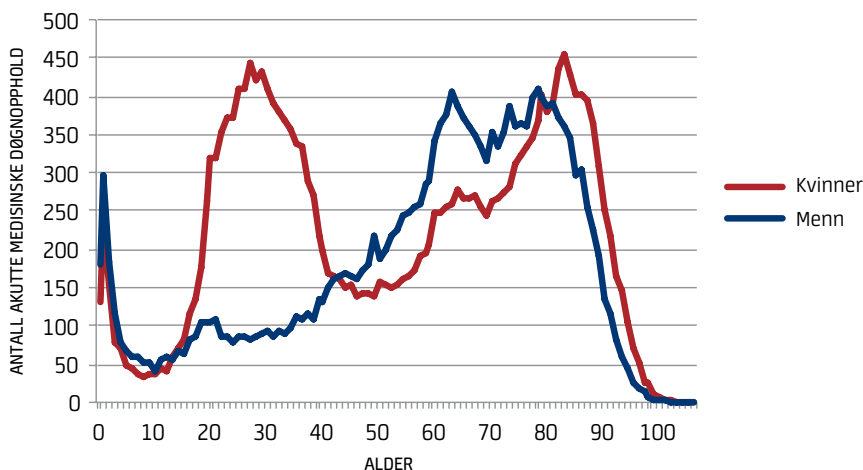
sent hadde opphold som varte mer enn 14 dager, mens over halvparten hadde opphold som varte ett til tre døgn. Den lille andelen (4 prosent) av pasienter som hadde enkeltopphold på mer enn 21 døgn, står for 24 prosent av samlet liggetid for medisinsk ø-hjelp. Sammenhengen mellom andel pasienter, opphold og liggedøgn er vist i figur 4 på side 8.

Hva feiler pasientene?

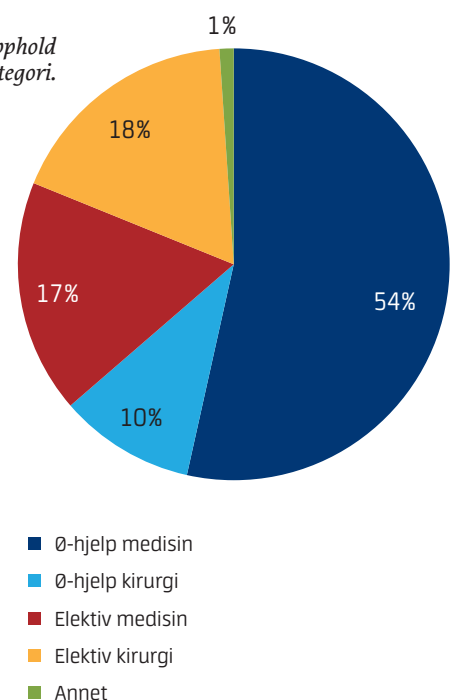
Ovenstående oversikt har liten nytte for kommunale helsetjenester i planlegging-

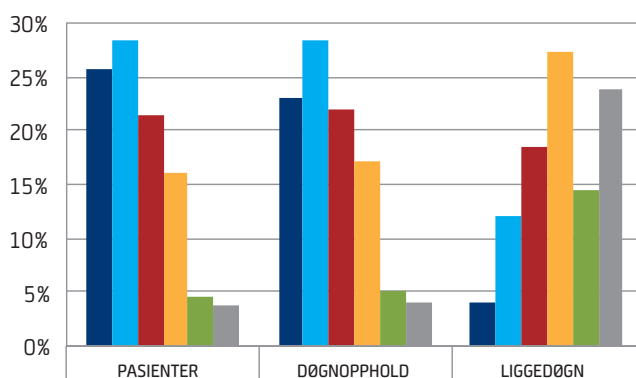
gen av døgntilbud for ø-hjelp, der man trenger kunnskap om hva pasientene feiler og hva slags behandling de har behov for. NPR er den eneste datakilden vi har til slik kunnskap i dag, men har i denne sammenhengen dessverre en del begrensninger. Hvert opphold blir ved utskrivelsen kodet med en hoveddiagnose og eventuelle bidiagnoser fra ICD-10, samt prosedyrekoder for særskilt definerte behandlinger. Samlet koding fører til at et opphold i ettertid defineres til en av mer enn 500 DRG-er (diagnoserelaterte grupper). Det er

FIGUR 2: Opphold for medisinsk ø-hjelp fordelt på alder og kjønn.



FIGUR 3: Døgnopphold fordelt etter kategori.





	PASIENTER	DØGNOPPHOLD	LIGGEDØGN
1 liggedøgn	26%	23%	4%
2-3 liggedøgn	28%	28%	12%
4-6 liggedøgn	21%	22%	18%
7-13 liggedøgn	16%	17%	27%
14-20 liggedøgn	5%	5%	15%
21 liggedøgn eller mer	4%	4%	24%

FIGUR 4: Sammenheng mellom andel pasienter, opphold og liggedøgn.

på dette grunnlaget ikke mulig å avgjøre hvordan problemstillingen eller tilstanden var på innleggelsestidspunktet. Disse forholdene er det viktig å ta i betraktning ved tolkning av kliniske data fra NPR.

Vi har ønsket å bidra med oversikter som kan være av praktisk nytte for kommune i deres planleggingsarbeid. Vi har derfor analysert oppholdene for medisinsk ø-hjelp inndelt i grupper med antatt klinisk relevans, basert på samling av DRG-er for tilgrensende sykdomsområder. Opphold i disse ti gruppene utgjorde 42 prosent av alle opphold for medisinsk ø-hjelp for personer over 50 år i Helse Nord i 2011 og omfattet i snitt 30 innleggelser pr. døgn. Ulike former for hjertesykdom (hvh akutt infarkt, arytmier, angina pectoris og hjertesvikt) utgjorde den største gruppen, og stod for 15 prosent av innleggelsene og i snitt 11 innleggelser pr. døgn. Deretter kom lungebetennelser og hjerneslag, med hhv 6 prosent av innleggelsene og i snitt fire innleggelser pr. døgn. Opphold pga. brystsmerte utgjorde 4 prosent og angina pectoris 3 prosent. Disse siste antas beskrivende for situasjoner der pasientene innlegges med mistanke om hjerteinfarkt, som så avkrefte etter adekvat diagnostikk. Slike opphold beskrives ofte – i ettertid og med fasiten i hånd – som «unødvendige», mens det i realiteten sannsynligvis hadde vært uforvarlig ikke å legge inn pasienten gitt symptom bildet på innleggelsestidspunktet.

Generelt gjelder for denne oversikten at det er vanskelig å konkludere mht. potensialet for kommunale ø-hjelpsenheter. Mange av gruppene har høy gjennomsnittlig DRG-vekt (> 1) som tilsier at det har vært behov for avansert og/eller omfattende og/eller langvarig medisinsk diagnostikk og behandling i sykehus. For andre grupper gjelder usikkerhet mht. situasjonen på innleggelsestidspunktet som beskrevet ovenfor. Vi har derfor videre undersøkt pasientsammensetningen i noen utvalgte grupper av potensiell interesse, som beskrives i de følgende avsnittene.

Gjengangerne

Det er antatt fra Helsedirektoratets side at pasienter som kan være aktuelle for kommunale ø-hjelps døgnopphold er de samme som hyppig blir innlagt i sykehus. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som oftest har gjentatte ø-hjelpsinnleggelser, definert som tre eller flere pr. år. De ti største gruppene, oppgitt etter fallende hyppighet, er pasienter med hhv akutt hjerteinfarkt, lungebetennelser, KOLS/astma, akutte tilstander i buk, hjertesvikt, angina pectoris, kreft i luftveier og fordøyelsesorgan, hjertearytmier og nyre- og urinveisinfeksjoner. Blant disse kan pasienter med kjent obstruktiv lungesykdom, hjertesvikt og hjertearytmi, samt pasienter med nedre urinveisinfeksjoner, være potensielt aktuelle for kommunalt ø-hjelps-

tilbud. Det samme kan gjelde kreftpasienter i terminal fase etter avtale med sykehus. De øvrige gruppene har høy DRG-vekt, som betyr et høyt gjennomsnittlig ressursforbruk. Dette tilsier at pasientene har fått avansert og eller omfattende, evnt langvarig, diagnostikk og behandling og kan derfor antas lite aktuelle for ø-hjelpsinnleggelse i kommunale institusjoner.

Reinnleggelser

Det er også et betydelig fokus på reinnleggelser, definert som ikke planlagte innleggelser innen 30 dager fra forrige opphold. Dels fordi dette kan betraktes som et uttrykk for for tidlig utskrivelse eller dårlig behandlingskvalitet fra sykehusets side, men også fordi det stilles spørsmål ved om pasientens behov i slike situasjoner kunne vært dekket ved innleggelse i kommunale ø-hjelpsenheter i stedet for i sykehus. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som oftest blir reinnlagt som medisinsk ø-hjelp. Slike reinnleggelser utgjør 18 prosent av alle opphold for medisinsk ø-hjelp for personer over 50 år. Blant gruppene med lav DRG-vekt (< 1) finner vi også her pasienter med obstruktiv lungesykdom, infeksjoner i nyre- og urinveier eller hjertearytmier. De fleste diagnosegruppene har imidlertid høy DRG-vekt, som uttrykk for et gjennomsnittlig høyt forbruk av sykehusressurser. Det synes dermed som om et mindretall av pasienter som reinnlegges istedet kunne vært innlagt i kommunale ø-hjelps døgnenheter.

Hva med langliggere?

Pasienter med lang liggetid i sykehus har stort fokus, og mange mener at slike opphold bør kunne forkortes. Det er selvsagt teoretisk mulig at pasienter innlagt for medisinsk ø-hjelp kunne vært overført til kommunalt omsorgsnivå tidligere i forløpet enn det som i praksis skjer. Vi har derfor undersøkt hvilke pasientgrupper som har liggetid på mer enn 14 dager i forbindelse med en medisinsk ø-hjelpsinnleggelse. Den største gruppen var pasienter med hjerneslag. Der var det i 2011 258 akutt opphold med varighet lengre enn 14 dager for 208 pasienter. Deretter følger lungebetennelser, akutt hjerteinfarkt, sepsis og hjertesvikt. Det presiseres at diagnosen lungebetennelse ofte uttrykker en aktuell komplikasjon eller følgetilstand til alvorlig og/eller underliggende sykdom. Der som lungebetennelsen anses som mer ressurskrevende enn grunn sykdommen, vil lungebetennelsen, og ikke grunn sykdom-

Medisinsk ø-hjelp i Helse Nord

En analyse av medisinsk øyeblikkelig hjelp til befolkningen i Helse Nord, 2011.

Analyseenheten, SKDE Helse Nord

August 2013



I denne rapporten belyses forbruk av medisinsk øyeblikkelig hjelp (ø-hjelp) for befolkningen i Helse Nord i 2011, inkludert noen trender for perioden 2002 - 2012. Datakilden er Norsk pasientregister (NPR), behandlet av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Rapporten indikerer en gjennomsnittlig høy sykkelighet hos pasienter som var innlagt for medisinsk ø-hjelp i 2011. Det anses ikke å være påvist noe betydelig omfang av innleggelser for medisinsk ø-hjelp som alternativt kunne eller burde vært behandlet i kommunale institusjoner med øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Dette gjelder også for retningsregler, og skyldes først og fremst pasientenes behov for bred og spesialisert diagnostisk og behandlingmessig kompetanse.

SKDE
Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

FAKSIMILE AV FORSIDEN PÅ «MEDISINSK Ø-HJELP I HELSE NORD»

mer rygg smerter på «ti-på-topp»-lista for opphold med lav DRG og lungebetennelser tilsvarende for opphold med kort liggetid.

Som nevnt tidligere er det en utfordring på bakgrunn av utskrivelsesdiagnose, dvs. medisinsk fasit, å vurdere hvordan symptom bildet og behovet for diagnostisk avklaring var i akutsituasjonen, og en overvekt av disse gruppene vil åpenbart ha behov for avklarende sykehusdiagnostikk. Likevel er det blant disse pasientene det kan antas at noen pasienter kunne blitt behandlet lokalt gitt et forsvarlig øyeblikkelig hjelp-tilbud. En tilleggsutfordring er at sykdomspanoramaet og tilsvarende behov for kompetanse er bredt, mens forekomst i hver sykdomsgruppe er lav. For eksempel er det i snitt pr. døgn en til to akuttinnleggelser for obstruktiv lungesykdom med kort liggetid eller lav DRG i hele Helse Nords befolkning over 50 år. Dette tilsvarer for en kommune med 50000 innbyggere omtrent 35 ø-hjelpsinnleggelser pr. år for obstruktiv lungesykdom i aldersgruppen over 50 år, tilsvarende omtrent tre til fire for en kommune med 5000 innbyggere.

Oppsummering

Oppsummert kan det – på bakgrunn av våre undersøkelser av data tilgjengelige i NPR – synes som om potensialet for overføring av innleggelser for medisinsk ø-hjelp fra sykehus til kommunale ø-hjelps døgnenheter er moderat. Opphold for medisinsk ø-hjelp i sykehus i dag omfatter et bredt spekter av sykdomstilstander, pasientene har ofte uavklarte tilstander, høy sykkelighet og betydelig komorbiditet, som indikerer behov for diagnostikk og behandling i sykehus. For noen pasienter med obstruktiv lungesykdom, angina pectoris og hjertearytmier, med avklart tilstand og avklart behandlingsbehov, kan akutt helsehjelp i kommunale døgnenheter med adekvat kompetanse være et fullgodt tilbud. Volumet totalt sett og særlig i hver pasientgruppe synes utfra våre data å være lavt. Hvorvidt det er hensiktsmessig med noen bred desentralisering av akutttilbudet for disse pasientene finnes det således beskjeden støtte for på bakgrunn av data fra Helse Nord.

■ INA.HEIBERG@UNN.NO
■ TRINE.MAGNUS@UNN.NO

men, registreres som hoveddiagnose. Samlet er å si om gruppen med lang liggetid at den omfatter til sammen 7 prosent av alle pasienter over 50 år som innlegges for medisinsk ø-hjelp, at median liggetid er 21 dager, og at oppholdene i de ti hyppigst forekommende diagnosegruppene har et høyt gjennomsnittlig ressursforbruk. Potensiale for overføring til kommunale døgninstitusjoner kan synes moderat.

Hva med korte ukompliserte innleggelser? Gitt argumentasjonen ovenfor om at høy DRG og/eller lang liggetid indikerer behov for avansert og / eller omfattende sykehusbehandling, har vi undersøkt pasientsammensetningen for opphold med lav DRG (< 1) og for opphold med kort liggetid (ett til to døgn) for å se om det her kan identifiseres grupper som kan få sitt behov for akutt hjelp ivaretatt i kommunale ø-hjelps-institusjoner. Hypotesen er da at en lav DRG-vekt og/eller kort liggetid kan indikere at behovet for akutt helsehjelp består av observasjon uten avansert intervensjon, av gjennomføring av et kjent og begrenset behandlingsregime, eventuelt en kombinasjon. Med ett unntak er listen over de ti hyppigst forekommende tilstandene for opphold med lav DRG sammenfallende med opphold med kort liggetid. Listen omfatter bryst smerter, akutte tilstander i buk, hjertearytmier, angina pectoris, obstruktiv lungesykdom, akutt hjerteinfarkt, hjerneslag og TIA, synkope og kollaps. I tillegg forekom-

RAPPORT

Den fullstendige rapporten «Medisinsk ø-hjelp i Helse Nord» finnes på SKDEs nettsider: <http://www.helse-nord.no/publikasjoner/medisinsk-oe-hjelp-i-helse-nord-article106323-10790.html>.

Akuttmedisinsk trening i – korleis kan ein gjere det?

■ JAN HELGE DALLAND

Fastlege/spes. allmennmedisin og
samtreningsskordinator i Kvinnherad

BEST (BEdre og Systematisk Traumebehandling) er ein modell for akuttmedisinsk samtrenting mellom leger, ambulanse- og hjelpepersonell. I Kvinnherad kommune har me drevet dette fast i fire til fem år. Me har erfart at dette er med på å heva vår akuttmedisinske kvalitet.

Underteikna er fastlege i Kvinnherad, ein middels stor vestlandskommune (13 200 innb.), der me har sentral, delvis bemanna legevakt – men kommunen er aleine og har åtte- til nidelt legevakt i dag.

Me har ni til ti samtrentingar pr. år, oftest siste tysdag kl 1730–1900 i kvar måned, unntatt feriar, og me har stort frammøte. Det er vanlegvis 15–25 personer som møter, og nesten alle av dei som bidrar i ambulanse, dag- og kveldslegevakt er med på dette mange ganger i løpet av året. Dette har gjort at ein vert samtrente på både telefon- og akuttvurderingar fra alt mellom hjerteinfarkt og anafylaksi, slag og magesmerter m.m. Dette skjer samtidig som at ein vert betre kjende med kvarandre og bygger opp akuttmedisinsk team-kjensle.

Konkretiserte pasienthistorier

Opplegget er slik at ein ved ei samling har ca 20 minuttar med teori om eit tema. Dette kan vera eksempelvis 'akutte magesmerter på legevakt' eller 'den medvitslause pasienten'. Ein tenkjer enkelt og heile tida etter ABCDE-prinsipp. Teorigjennomgang er praktisk orientert, eks. kva og korleis ein tenkjer og undersøker ved akutt abdomen. Det er også språklig slik at ein ikkje må vere lege for å forstå, og alt helsepersonell kan her hente nyttig info.

Dette leier så vanlegvis opp til dei case som me øver i smågrupper på fem til seks personer, og vanlegvis vil i alle fall to av tre case ligge tett opp til temaet. Case er kon-



kretiserte pasienthistorier, der ein får eit scenario ringt inn på legevaktstelefonen som ein skal vurdere og deretter ressursmessig handtere (SE TABELL 1 OG 2 SIDE 12).

Vurderingar og tiltak

Ein har randomisert deltakere slik at det finnes alle kategorier personell på alle tre gruppene. Om gruppa er på fem til seks personer, så er ein markør, ein er pårørende og ein er observatør. Dei tre siste utgjør eit akuttmedisinsk team der ein er leiार og to er hjelpere. Ein av dei to siste er gjerne også den som 'sit på legevakta' og mottar opp-

ringinga. Ein skal så drøfte og undersøke pasient eller dokke etter ABCD-regel, og komme fram til vurderingar og tiltak (ikkje diagnose) – og ein skal vurdere transportplan. Instruktør les opp kva dei finn av ABC-data etter kvart som dei undersøker eller dette er markert med skrift på tape på markørens brystkasse.

Ein bryt så spelet etter at dette er gjort og kvar deltakar (teamledar, assistentar, markør og observatør) får så kommentere kva dei synest gjekk bra – men ein får ikkje komme med kritiske merknader i høve seg sjølv eller andre. Det skal vere trygt å feile, for det er det me lærer av. Til sist vil in-

kommune

Samtrening i Alta. Annedukker brukes ikke i treningene, men helsepersonell – som dermed får pasienterfaring og kan bidra med pasientperspektiver i debriefingen.

ALLE FOTO: HELEN BRANDSTORP



struktøren gje ei oppsummering der ein vektlegg det positive, eventuelt kva som kunne vore gjort anseis. Så spelar ein historia på nytt, med ein ny rollesamansetnad og kanskje ny vri. Dette tar i sum ca 2 x 10 minutt, og så skifter ein post, slik at alle grupper er inne på to til tre. Siste 10 minutt går ein attende til lunchrom og kaffe og oppsummerar felles erfaringar.

Lærer av feil

Dette blir ei blanding av teatersport og praktisk trening som er lite ressurskrevende, men veldig lærerik. Ein treng ikkje

meir enn ein som har koordineringsansvaret, men det er greitt med to som kan variere frå gang til gang – og som briefes om å instruere kvart sitt case, men dette kan gjeres same dag ved start av teoridelen.

Det er viktig at ein ikkje gjer ting for avansert, men praktisk og lett gjenkjenneleg samt trygt ved at det ikkje er lov å kritisere kvarandre. Ein skal og vil gjere feil, og ein lærer godt av det og kan ta «time out» mens ein trener ein historie der dette er nyttig for å oppsumere eller klargjere ting. Det skal vere læring gjennom «leik», og på ein måte der ingen risikerer å dumme seg ut.

I høve det praktiske, er det slik at under-teikna har 10 prosent stilling frå kommunen for å drive dette, men det starta som rein hobby for sjølv å lære meir. Elles får ambulansen akutt treningstid godkjent, og hjelpepersonell kan avspasere 2 x 2 timer i løpet av eit år. Leger får to timer pr. gang som smågruppeundervisning til spesialiteten.

Fleire kjører legevakt

Vår erfaring er at dette er med på å bidra til at fleire også over aldersgrense kjører legevakt, og me har her ingen vikarstafett. Ein

ruster også turnusleger bette til å få mest-ringskjensle. Ambulansen gjev også tilba-kemeldinger på at dei er tryggare på oss le-gar i akutte oppdrag. Ein er i større grad bette å samsnakkes naturleg mens ein ut-fører oppdrag. Dette reduserer klart risiko for at me misforstår kvarande eller gjer fa-tale feil.

I tillegg er me bette på å handtere reint praktiske hendinger, og meir merksame på at me må ha ein plan for transport til sjuke-hus – som hos oss fort kan bli 30–120 mi-nutter, alt etter kvar me er i kommunen. Det hender også at alle ambulanser er bor-te og me må rykke ut sammen med sjuke-pleier på legevakt, anten det er dag eller kveld. Også dette har me fått gode, trygge rutiner på. Sjukepleiarar likar å vere med her, og me mestrar!

Det nivå me har lagt vår trening på er ennå ikkje lovpålagt treningsmengde, men ein kan tilpasse dette etter som ein vil til den stad ein bur og kva behov ein ser. Dei som deltek på treninga kjem også sjølve med framlegg til temaer eller anonymiser-te case som dei har erfart og som me tilpas-sar til treninga. Dette skjer via ein postboks – fysisk på legevaktskontoret – eller via e-post. Me kjører også ei litt større øving vår og haust med fleire skadde og innlånte markørar, og dette motiverer.

Me har ein 10 prosent kommunal stilling for å drifte dette som starta som ein hobby, og har svært gode tilbakemeldingar fra både vårt personale så vel som sjukehus me samarbeider med. Ein kan lære meir om konseptet av kolleger eller på akuttme-disinsk blålys-kurs i Haugesund – dette går kvar haust.

Eg meiner dette er eit tiltak som bør inn for små og sårbare legevakter så vel som for store og differensierte – for å drive kvali-tetssikring. Konseptet til Helen Brandstorp og medarbeidere er ypperlig.

Kunnskap som delast, er lett å lære.

■ JAN.HELGE.DALLAND@KVINNHERAD.KOMMUNE.NO

TABELL 1: Case 1. TABELL: JAN HELGE HELLAND

113: Telefon vedr. jente 9 år, frisk i går, i natt høg feber. Alt vått i senga og nå forvirra, urolig og merkelig oppførsel: sint/uklar. Utslett som ikkje går bort under trykk.			
a) Hostet kraftig slim og 40,5 i temp og utslett ser ut som blodutredelser, ikkje nakkestiv eller lyssky. Bestefar i samme hus hadde lungebetennelse sist uke			
	Undersøkelse	Vurdering	Tiltak
A_{irway}	Puster sjølv, snakker få ord		
B_{reath}	Kortpusta, 35-40/min	Inndragninger = ?	Assistere med O2 ?
C_{irculation}	Bleik og kald perifert. Svak radialispuls > 120	Kapillærfylning < 4 sek – men kald Fingre har sjokkfare	Sjokktiltak??
D_{isability}	Forvirra, uklar, irritert Slapp i ekstremiteter	Hypotoni Mentalt uklar	
E_{nvironment}	Fryser/utilpass	Utslett som eccymoser	

TABELL 2: Case 2. TABELL: JAN HELGE HELLAND

113: Telefon vedr. flykningefamilie. Barn på 10 uker, Stølshaugvegen, nettopp ankommet fra Afrika. Barnet er svært tungpusta (rask overfladisk), klarer knapt holde sitt hode oppe, sannsynlig feber			
a) Gje råd per tlf + gjer vurdering akutt før og ved ankomst helsesenter, dette er på dagtid kl 08.15			
	Undersøkelse	Vurdering	Tiltak
A_{irway}	Puster sjølv, men henger med hodet	Open luftveg? Fremmedlegeme?	Skape frie luftveier
B_{reath}	Anstrengt respirasjon Inndragninger 60+	Utilstrekkelig pust? Pulsoksymetri?	O2 nær opptil ansikt + rac. Adrenalin (forstøver)
C_{irculation}	Puls 120, god radialispuls	Farge og kapillærfylning Klam hud?	IV-tilgang eller ikkje?
D_{isability}	Tung, slapp og trøtt Lite kontakt	Tonus og nakkestivhet Lysskky	
E_{nvironment}	Høgfibril. Tenke utland?	Temp og glc	

HVA ER KOMMUNE-BEST?

- BEST står for BEdre og Systematisk Traumebehandling – og går ut på at tverrfagelige team drilles i teori og ferdighetstrening i realistiske akuttmedisinske scenarier. Debriefing etter teamtrening vektlegges like sterkt som den praktiske treningen.
- Kommune-BEST (K-BEST) er et prosjekt-område innen stiftelsen BEST – og fungerer som et nettverk utenfor sykehus.
- Teamene i K-BEST settes sammen lokalt – etter hvem som vanligvis jobber sammen om akuttmedisinske oppgaver i den enkelte kommune.
- Den første treningen foregår over en dag – med veiledere fra BEST. Treningen skjer lokalt ved eller nær deltakernes arbeidsplass (helsesenter, legekontor, legevakt).
- Scenariene kan simulere alle typer problemstillinger: indremedisinske, gynekologiske, syke barn, psykiatri samt traumer. K-BEST ønsker at de lokale tjenestene skal fortsette å trene på egenhånd, etter første dag med tilreisende veiledere som har lært bort de pedagogiske prinsippene.

MER INFORMASJON: www.bestnet.no

'Det gode pasientforløp' – sett fra fastlegekontoret

■ MARIT HERMANSEN • Leder i NFA

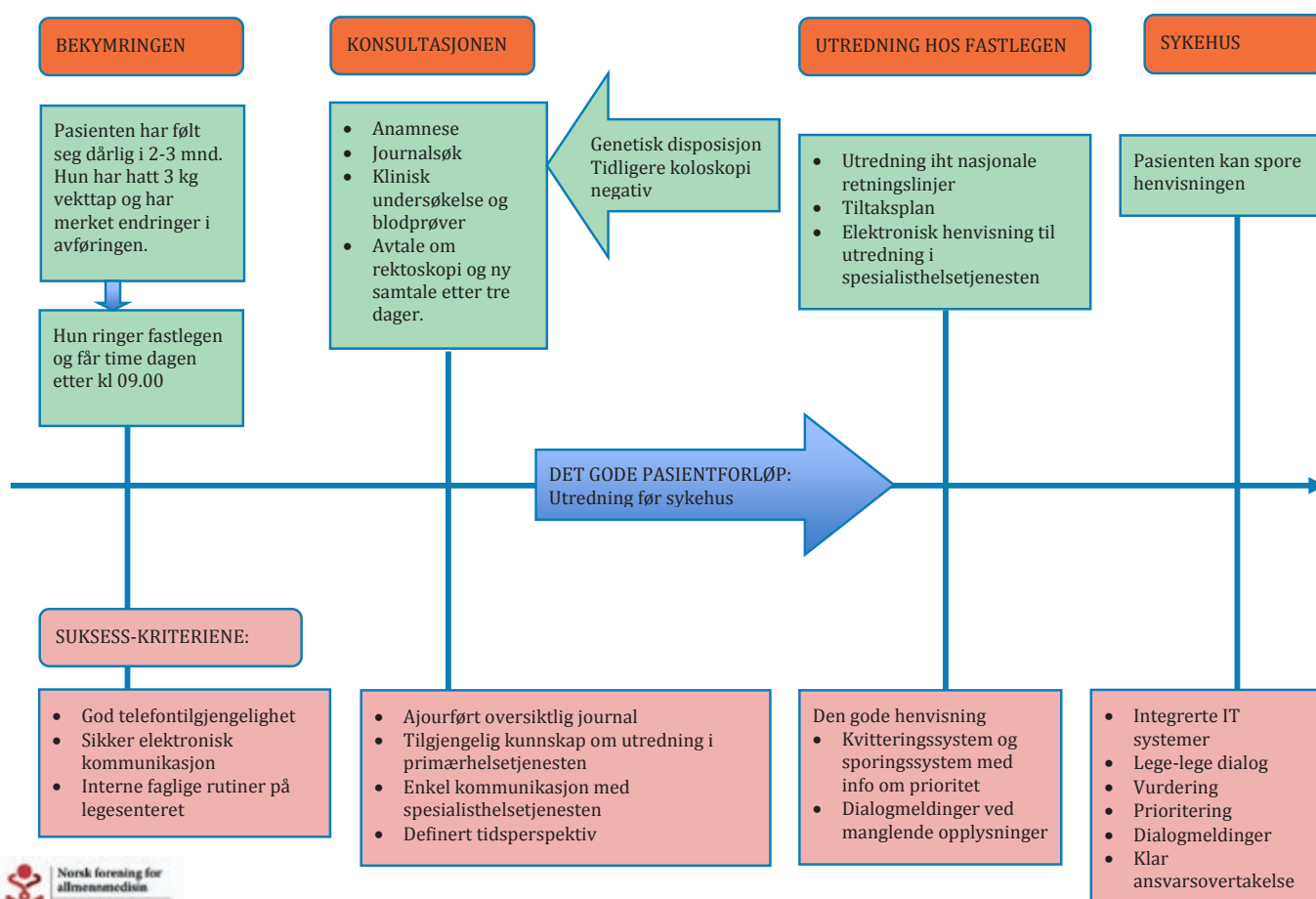
Hva er god flyt? Styret i Norsk forening for allmennmedisin ønsket å finne suksesskriteriene for godt samspill mellom fastlegen og sykehuset. Vi ønsket å beskrive en pasienthistorie der du tenker at; dette var bra, her fikk vi til godt samarbeid! Ved å lage et scenario kunne vi beskrive et pasientforløp konkret og detaljert, for å se kritisk på punkter, overganger og forutsetninger. Dette kan være et godt utgangspunkt for forbedringsarbeid hos fastlegen og i spesialisthelsetjenesten. Men det er også et godt utgangs-

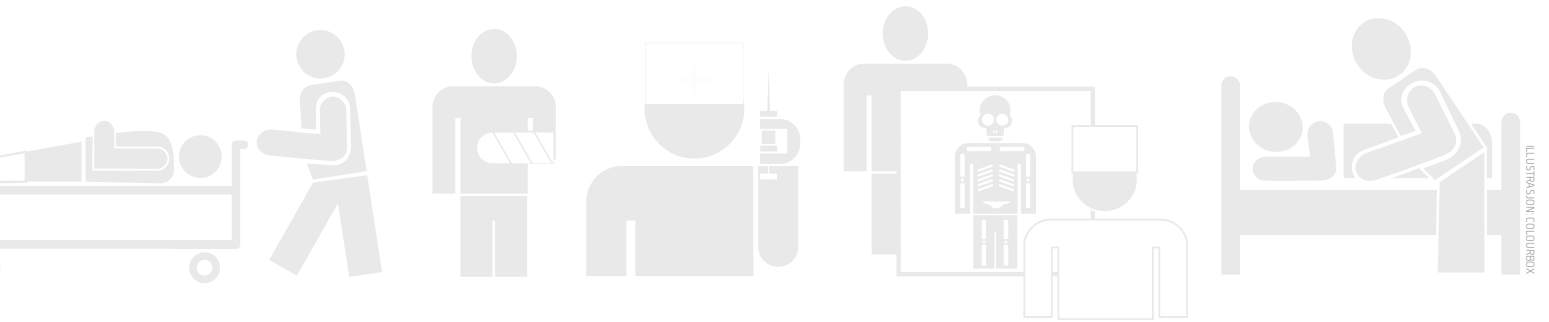
punkt for politisk arbeid, som konkrete innspill i samtaler med helsemyndighetene.

Helse- og omsorgsdepartementet definerer *pasientforløp* slik: «En helhetlig sammenhengende beskrivelse av pasientens kontakter med de ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»

Vi er ikke de første til å beskrive pasientforløp. Helsebiblioteket har laget en over-

sikt over pasientforløp og behandlingslinjer utarbeidet på norske sykehus (1). I sykehusene er pasientforløp som regel knyttet til diagnoser og beskrives som lineære; henvisning, utredning og behandling. Anders Grimsmo har i sitt Orkdalprosjekt beskrevet pasientforløp i primærhelsetjenesten (2) mer som en sirkel, hvor løpene er knyttet til funksjon, mer enn diagnoser. Ett viktig mål i Samhandlingsreformen er å gi pasientene helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester,





ILLUSTRASJON: COLOURBOX

blant annet definert som sammenhengende pasientforløp. Utfordringen vår er å skape sammenheng i overgangene.

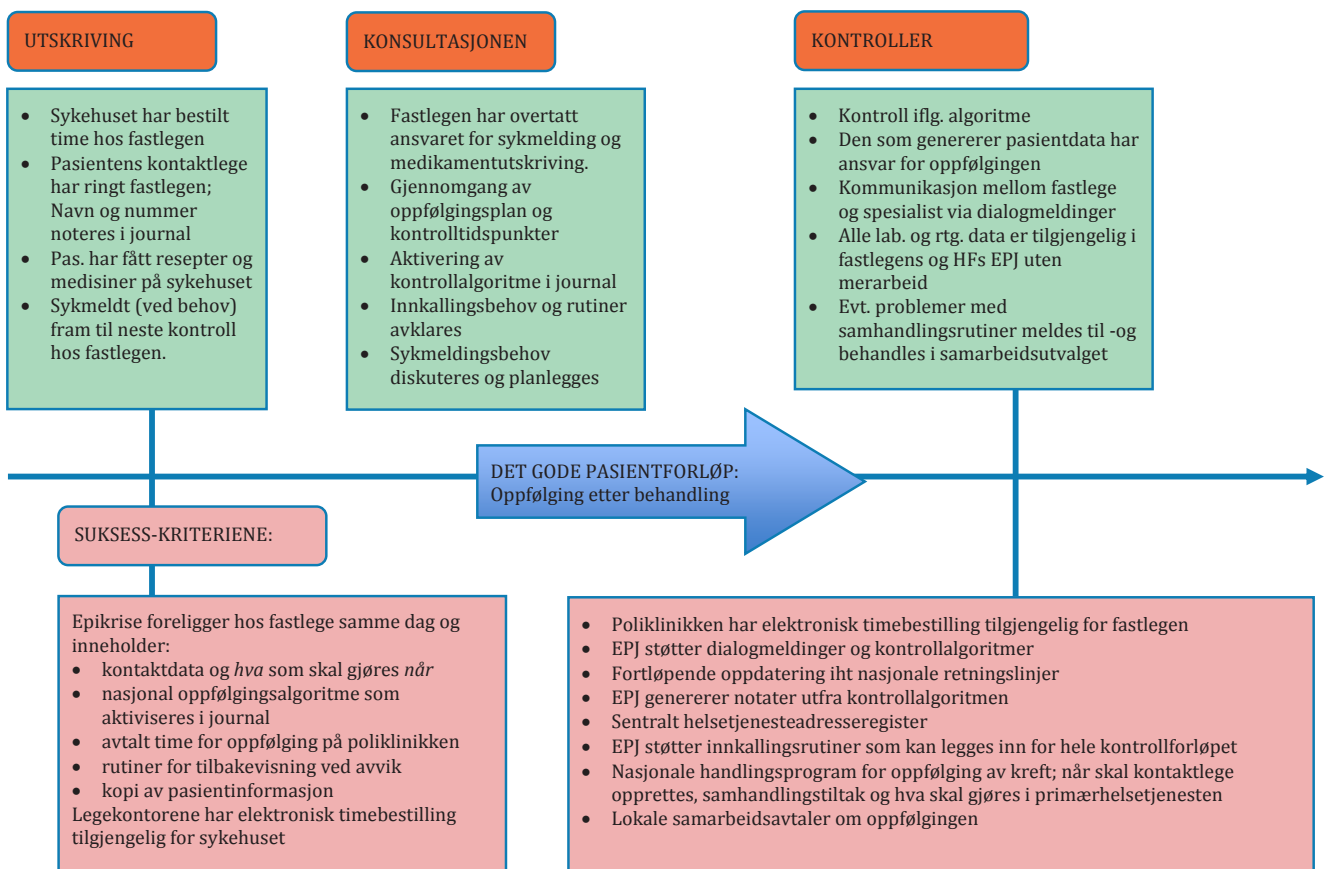
Styret hadde et ønske om å finne suksesskriterier for et godt pasientforløp, spesielt med fokus på overgangene. Løse diskusjoner kan fort bli veldig overordnede, derfor bestemte vi oss for å skissere en tenkt pasienthistorie. Scenariet ble lagt fem år fram i tid. Det er viktig å bemerke at dette scenariet ble laget for to år siden – altså høsten 2011. Derfor er det interessant å lese om

igjen dette pasientforløpet nå. Noe av dette er faktisk på plass, eller på god vei.

Det å tenke kreativt rundt en pasienthistorie, gjør at tankene blir konkrete og forpliktende, diskusjonene må ta utgangspunkt i hverdagen, i praksis. I tillegg er *pasienthistorien* en arbeidsform som vi allmennleger kjenner oss igjen i. Vi valgte oss en historie med en nyoppdaget kreftsykdom, og scenariet har fått navnet Gunda, etter navnet på vår pasient. En kreftdiagnose gir noen klare og definerte oppgaver

som gir et enkelt scenario. Vi har delt pasientforløpet inn i to; før og etter behandling/utredning i spesialisthelsetjenesten. Vi har beskrevet tidslinjen, sykehistorien og suksesskriteriene for at dette skal gå bra.

Vårt pasientforløp for Gunda er på ett vis både lineært og sirkulært, med en lineær beskrivelse av utredning, men også en sirkel i beskrivelsen av oppfølgingen. Slik sett likner den både på de klassiske pasientforløpene fra spesialisthelsetjenesten, og på et forløp i primærhelsetjenesten. ►



Jeg skal ta dere med på en reise sammen med Gunda.

Bekymringen

Gunda har følt seg dårlig i et par måneder og har gått ned 3 kg i vekt. I det siste har hun merket endret avføring. En dag føler hun at nå kan det ikke holde på slik lenger og hun ringer fastlegen. Hun får time dagen etter kl. 09.00.

Da vi utarbeidet dette høsten 2011, beskrev vi god telefontilgjengelighet, sikker elektronisk kommunikasjon og interne faglige rutiner på legesenteret som viktige suksesskriterier. Som fastleger ønsker vi at disse henvendelsene skal prioriteres. For å oppnå det, må personalet ha kompetanse til å gjøre vurderingene, ha rutiner for håndtering og pasienten må oppleve at de kommer gjennom til kontoret.

Konsultasjonen

Fastlegen gjennomfører konsultasjonen med anamnese, klinisk undersøkelse og blodprøver. Ved et raskt journalsøk konstateres det at Gunda har genetisk disposisjon for tarmkreft, og at en tidligere koloskopi var negativ. Timen avsluttes med avtale om rektoskopi og ny samtale på kontoret etter tre dager.

Forutsetningene for å få til dette er en ajourført, oversiktlig journal. Fastlegen må ha kunnskaper og ferdigheter til å gjøre tilstrekkelig utredning som forventet i primærhelsetjenesten. Ved behov, må kommunikasjonen med spesialisthelsetjenesten være enkel. Både for lege og pasient er det viktig med klare avtaler og et definert tidsperspektiv ved enden av konsultasjonen. Og det må være tilstrekkelig kapasitet til oppfølging.

Utredning hos fastlegen

Fram til henvisningstidspunktet skjer utredning i primærhelsetjenesten etter nasjonale retningslinjer. Det lages en tilpasset tiltaksplan og sendes en elektronisk henvisning til videre utredning i spesialisthelsetjenesten.

Elektronisk beslutningsstøtte må være integrert i EPJ og gi mulighet til å forbedre henvisningen. For å møte pasientens og legens uro, må det være kvitteringssystemer med sporingsmuligheter og info om prioritet. Når vi kan følge postpakker fra Tyrol til Namnå, må henvisninger kunne spores i det norske helsevesenet i sann-tid, både for pasienten og legen. Hvis henvisningen mangler opplysninger, skal det kunne gå en enkel sløyfe tilbake til fastlegen via dialogmelding, uten behov for ny henvisning eller registrering. Forutsetningen for dette, er integrerte IT systemer og enkel – men

prioritert lege-lege dialog. Dermed vil sykehuset kunne gjøre riktige vurderinger og prioriteringer. En slik henvisning skal behandles raskt uten at fastlege og pasient behøver å bruke unødige egne og offentlige ressurser på å «jage» henvisningen. En annen viktig forutsetning er at fra dette tidspunktet, har spesialisthelsetjenesten overtatt det formelle ansvaret for utredningen. Det må aldri i forløpet være tvil om hvem som har ansvaret når.

Utskriving

Sykehuset har bestilt time hos fastlegen. Pasientens lege på sykehuset har kontaktet fastlegen, navn og nummer føres i journal. Gunda har fått utskrevet resepter og fått med seg nødvendige medisiner fra sykehuset. Hvis hun trenger det, har hun fått sykmelding fram til neste kontroll hos fastlegen.

Det må bli en selvfølge at legekantorene har elektronisk timebestilling tilgjengelig for sykehusene – og omvendt. Epikrise må foreligge hos fastlegen samme dag som utskrivelsen og inneholde følgende opplysninger:

- Kontaktdata for hva som skal gjøres når
- Nasjonal oppfølgingsalgoritme som aktiveres i journal
- Avtalt time for oppfølging på poliklinikken
- Rutiner for tilbakevisning ved avvik
- Kopi av pasientinformasjon

Kontroller

Fastlegen har nå overtatt ansvaret for sykmelding og medikamentforskriving. Ved konsultasjonen aktiveres kontrollalgoritmen i journal og fastlegen gjennomgår oppfølgingsplanen og kontrolltidspunktene sammen med Gunda. Innkallingsbehov og evt. sykmelding diskuteres og planlegges. Kommunikasjonen mellom fastlege og spesialist foregår primært via dialogmeldinger. Alle laboratorie- og røntgendata er tilgjengelige i fastlegens og sykehusets EPJ, uten merarbeid. Den som genererer pasientdata har ansvar for oppfølgingen. Problemer med samarbeidsrutiner meldes til og behandles i et samarbeidsutvalg.

Videreutvikling av elektronisk samhandling i Helsetjenesten må understøtte dialogmeldinger og kontrollalgoritmer. EPJ må generere journalnotat utfra kontrollalgorithmer. Oppfølgingen baseres på lokale samarbeidsavtaler og nasjonale retningslinjer hvor ansvarsfordeling mellom nivåene er avklart. Disse må oppdateres fortløpende og inngå i EPJ. Innkallingsrutiner må gene-

reses i henhold til algoritmen. Helsetjenesteadresseregister er en forutsetning.

Veien videre

Siden vi utarbeidet dette pasientforløpet, har det gått to år. Den reviderte fastlegeforskriften har gitt føringer for tilgjengelighet på kontoret. Den nye regjeringsplattformen gir også føringer for rask utredning ved mistanke om kreft. E-resept er innført i primærhelsetjenesten, og nå står helsefor-etakene for tur. Helsenorge.no utbygges for å gi pasientene oversikt. Dialogmelding utprøves både i kommunene og helsefor-etakene. Helseadresseregisteret OSEAN innføres i disse dager.

Samtidig vet vi at det er langt igjen før systemene snakker godt sammen. Vi vet også at EPJ ikke løser alle utfordringer alene. Men det er viktige forutsetninger.

Dette er et pasientforløp som tegner opp kriteriene for gode overganger. Det er selvfølgelig mye som ikke beskrives i dette forløpet, men arbeidsmetodikken kan utvides til å beskrive flere forløp. For NFA har pasientforløpet økt bevisstheten rundt flere problemstillinger: EPJ, tilgjengelighet, kapasitet, dialogmeldinger, ansvarsproblematikk ved overganger. Det har vært nyttig i vårt politiske arbeid. Styret i NFA ønsker å jobbe videre med denne tenkningen. Vi ønsker å beskrive et nytt pasientforløp, denne gangen i kommunen. Her er kompleksiteten større, og løsningene flere. Vi ønsker fokus på fastlegens rolle, som en sentral aktør i den kommunale helsetjenesten. Utfordringen ligger også her i overgangene.

Dette pasientforløpet beskriver overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Hvor ligger forbedringspotensialet? Hva er det som faktisk skjer? Det kan være et arbeidsverktøy for ALU-møtet i kommunen – gjerne i samarbeid med praksiskon-sulenten – hva skjer med våre henvisninger, eller hvordan skjer utskrivningen fra medisinsk avdeling? Ved å beskrive et pasientforløp, kan tillitsvalgte ha et illustrerende dokument med seg inn i LSU for videre diskusjon, og praksiskon-sulentene kan ta dokumentet med inn og videreutvikle det i sykehuset. Kanskje det til og med kan være nyttig på fastlegekontoret? Hva skjer hos oss når Gunda, som nå har blitt 89 år, nylig ble utskrevet fra sykehuset etter et fall, med hjertesvikt og ribbensbrudd. Har legekantoret en god organisering for denne pasienten, og for våre samarbeidspartnere? Der kom det en utfordring til neste arbeidsmøte!

■ MARIT.HERMANSEN@LEGEFORENINGEN.NO

SELVSKADENDE UNGDOM: Hvordan møter vi dem?

Presentasjon av en kvalitativ studie i allmennpraksis

■ LENE DÆHLEN SELNES

Fastlege Sørbyen Legegruppe, Gjøvik

Bakgrunn

Det har vært en økende forekomst av selvskading både internasjonalt og i Norge i de senere år. I en undersøkelse i en videregående skole i Norge i 2004, rapporterte 6,6 prosent av ungdommene i aldersgruppen 15–16 år om selvpåført skade. Litt over halvparten av disse ungdommene rapporterte at de hadde hatt suicidal hensikt med selvskadingen (1). Utbredelse av villet egen-skade er høyere blant ungdommer enn blant voksne (2).

Selvskading blir definert forskjellig i ulike studier. Begrepet «villet egen-skade» er i økende grad brukt i omtalen av selvskading i Norge (1). Dette er en betegnelse på en handling som ikke endte med døden, men hvor individet med vilje skadet seg selv (1). Flere studier fokuserer på en blanding av risikofaktorer for utvikling av selvskadende atferd: kulturell betydning (rituelle handlinger), utløsende årsaker, vedlikehold av spesifikke årsaker og som en del av personlighetsforstyrrelser. (3, 4, 5, 6).

I en allmennleges hverdag kan selvskading være et «skjult» eller «ikke-presentert» symptom hos pasienter som oppsøker legekantoret av ulike grunner. Mange unge mennesker kan ha problemer med å identifisere og gjenkjenne egne grenser og ambivalente følelser og erfaringer. De klarer ikke alltid å formidle sine opplevelser med ord (7). Noen kan i en slik situasjon utvikle selvskading som et strategisk grep for å håndtere udefinert indre stress og komplekse ukjente følelsesforhold. Selvskadingen fungerer som deres mestringsstrategi eller en emosjonell reguleringsmekanisme (5). Noen forstår selvskading dithen at personen gjør et forsøk på å bevare seg selv, heller enn å skulle ønske å ødelegge seg selv (8).

Noen kan utvikle selvskading som et strategisk grep for å håndtere indre stress og komplekse følelsesforhold.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUORBOX

Å avdekke at en person skader seg kan gi fastlegen en mulighet for å snakke med vedkommende om emosjonell smerte og sammen forsøke å kartlegge utløsende faktorer som kan gi mulighet for å komme nærmere bakgrunnen for den unges selvskadende atferd. Den som skader seg selv har ofte et problem, enten det er erkjent eller ikke, og de trenger hjelp til å sortere ut det som er vanskelig i mer begripelige enheter. Gjennom en slik tilnærming kan den som har problemer få et nytt perspektiv på utfordringene de har, enten det er sorg, tillitsbrudd, smerter, skolevegring, depresjon eller annet (9, 10). En kartlegging av bakgrunnen for selvskadingen kan gjøre det lettere for fastlegen å velge behandlingsstrategi, enten det er henvisning videre til andrelinjetjenesten eller videre behandling i førstelinjen (9, 10).

Det er gjort få studier om selvskading i et allmenmedisinsk perspektiv. Derfor ønsket vi i denne studien å finne ut følgende: Fanger allmennleger opp selvskading hos ungdom i sin praksis? I så fall, hvordan hadde legene kommet i kontakt med ungdommene? Opplevde legene at det var vanskelig å håndtere problemstillingen? I så fall, hvorfor?

Metode

30 allmennleger i Vest-Oppland ble invitert til å delta i et fokusgruppeintervju. Syv leger meldte sin interesse: to menn og fem kvinner i alderen 30–50 år som hadde vært i allmennpraksis i 3–25 år. Fire av legene hadde vært i sin praksis i mer enn 20 år, mens to hadde vært i praksis i mindre enn sju år. Seks var spesialister i allmenmedisin, én var under spesialisering.

Intervjuet var semistrukturert, basert på følgende spørsmål:

- Hadde legene kunnskap om selvskadende ungdom i sin praksis?
- Hvordan ble temaet selvskading presentert i kontakten mellom lege og pasient?
- Hvilke tanker gjorde fastlegen seg om møtene med selvskadende pasienter?

Fokusgruppeintervjuet ble tatt opp på bånd. Senere ble intervjuet transkribert til tekst. Deltakernes uttalelser ble gruppert og behandlet etter tema.

Resultater

Alle legene rapporterte at de hadde hatt kontakt med selvskadende ungdommer i sin praksis på ett eller annet tidspunkt (fra ett til fire tilfeller). Ikke alle hadde kontakt med selvskadende pasienter på intervjuetidspunktet.



Selvskading er vanligere hos ungdom enn hos voksne. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Selvskading var sjelden det første temaet

Deltakerne opplevde at ungdommen i liten grad klarte å presentere selvskadingen i en vanlig samtale. Legene i fokusgruppen opplevde at selvskadende ungdom var unnvikende og lite tydelige på å presentere problemene de bar på. Ofte var det andre i deres nærmiljø som fanget opp problemstillingen og kontaktet lege på vegne av ungdommen.

«Førstekontakten er ikke på initiativ fra pasienten sjøl eller ungdommen sjøl, men heller fra foreldre, skole eller helsestasjon eller andre voksne som er bekymret. Venner. Hos de jeg har vært borti er det ikke så mye selvskading som har vært førsteproblematikken. Det kan være rus, depresjon eller bekymringer for selvmordsfare. Det at du har de der er en slags første relasjon, sjøl om den er veldig skjor og den ikke er på deres premisser.»

«De som jeg har slitt med er de som har alle mulige slags problemstillinger. Så jeg har begynt å lure på hva de egentlig vil meg for det kommer fram at det ligger noe under – f.eks. at mor eller far ruser seg, eller at de har blitt misbrukt eller et eller annet.»

De fleste legene opplevde at kontakten mellom pasient og lege ble initiert av en tredje person; enten forelder, sykepleier eller andre i ungdommens daglige miljø. En

av legene opplevde at pasienten selv presenterte selvskading som et problem i tilknytning til andre problemer hun hadde. Flere leger var av den mening at de i kraft av å være leger ikke nødvendigvis var den samtalepartneren som ungdommen valgte å framlegge sine problemer til.

«Jeg tror ikke at jeg som doktor eller allmennlege er en naturlig valgt samtalepartner for ungdommen.»

«Det naturlige er at man har kontakt enten med helsesøster eller miljøarbeider i skolen som fanger opp at det er ting som skurrer og at det er vanskeligheter. Så kommer symptomet fram etter hvert og de kan hjelpe ungdommen videre i systemet. Så tror jeg at vi kan følge opp som kollega XX sier – at det er naturlig at vi har oppfølging, men den første kontakten tror jeg er et kjempehinder for dem å komme til oss.»

Hindringer for kontakt med ungdommene

Noen av legene tenkte at de unge fant det vanskelig at legen også var fastlege for deres foreldre og andre familiemedlemmer. Eller at de ikke ønsket å åpne seg for en person som også hadde vært lege for dem mens de var barn. Fravær fra skolen fordi de har en avtale med legen ble nevnt som en hindrende faktor for kontakt med ung-

dommen. Tilgjengelighet til legen ble fremhevet som viktig av flere fastleger. Forhold som gjør det vanskelig for ungdommer å komme i kontakt med fastlegen kan være telefonkø, betalingssystemer eller lang ventetid for å komme til på time.

«Jeg kan ikke tenke meg at en 15–16 åring skal klare å komme igjennom telefonsystemet, få bestilt seg en time og klare å presentere et problem i telefonen til våre ansatte. Det naturlige er at man har kontakt med enten helsesøster eller miljøarbeider i skolen – som fanger opp at det er ting som skurrer og at det er vanskeligheter.»

Tid er en svært viktig faktor for å skape trygge nok relasjoner til ungdom. Flere leger hadde erfaringer med at de opplevde seg testet av pasienten.

«Noe av problemstillingen tror jeg er at de tester oss ut litt først – før de kommer med den virkelige bestillingen. Det tar tid, de skal finne ut av reaksjonene våre og om vi er pålitelige før de kommer med den virkelige bestillingen.»

Foreldre som ønsker å snakke på vegne av sine barn kan oppleves som en bremsende faktor for å oppnå allianse med ungdommen.

«Jeg tenker alltid moren hindrer for mye for å la meg snakke med den unge. Jeg har bedt dem noen ganger om å forlate rommet fordi de gjør situasjonen feil.»

Fastlegen – en ensom hjelper

Flere av legene syntes det var vanskelig å stå i relasjon til en selvskadende pasient uten å ha andre personer å kunne samarbeide med. Personer som kan ha en større grad av naturlig nærhet til ungdommen, for eksempel ungdomskontakter, miljøarbeidere, sosionomer, helsearbeidere i psykiatrien, lærere eller andre ressurspersoner oppfattes viktige for å komme noen vei. Noen leger påpekte at ungdommen kunne sette urimelige betingelser i samtale med legen, noe som kan medføre etiske dilemmaer.

«Hun kom til meg på betingelse om at foreldrene ikke skulle informeres. Jeg satt i den relasjonen i ett år omtrent. Hun nektet kontakt med foreldrene. Det synes jeg var ganske vanskelig og belastende.»

Hensynet til taushetsplikten er ofte en utfordring i møtene med ungdommene. Det var stor enighet om at rammene for samtale måtte være tydelige og konsistente slik at ungdommen ikke manipulerte seg inn i en forverring av situasjonen.

«...at du er klar på hvorfor du må prate med foreldra, kanskje, og hvorfor du må prate aleine med den unge. At det er klare rammer rundt det.»

Noen av legene i gruppen mente at den som selvskader ofte ikke er i stand til å definere seg selv som en del av den behandlingen som er nødvendig for å bli bedre. Ungdommens vegring mot å gå inn i det som legen oppfattet som et problem, var ofte en frustrasjon hos legene. Flere opplevde dette som et vanskelig kjernepunkt i møtet med pasienten: Ungdommene mangler ofte begreper om egne følelser. De klarer ikke å beskrive det som er vanskelig eller det som tynger dem.

«Når det blir mitt problem, og ikke den som selvskader sitt problem, da blir jeg frustrert.»

«Synes ofte jeg møter på en mangel på ord og en mangel på begreper for hva som er i følelseslivet deres, som jeg kan, ja – som gjør at det kan være frustrerende for meg som doktor.»

Diskusjon

Vår studie baserer seg på ett fokusgruppeintervju, noe som ga syv leger mulighet til å dele sine erfaringer. Utvalget er lite, men variasjonen i de deltakende legers arbeidspraksis er stor. Det er en dominans av kvinnelige leger i gruppa, men stor aldersspredning.

Alle legene hadde møtt unge som skadet seg selv og hadde erfaring med at det i de fleste tilfeller var en tredjeperson som hadde initiert kontakten med legen. Likeså var det en delt opplevelse av at det var vanskelig å være eneste behandler for denne pasientgruppen og det var frustrerende ikke å ha flere helsearbeidere å samarbeide med. En felles oppfatning var også at den unge trengte lang tid på å komme i posisjon for å være mottakelig for terapi. Flere leger opplevde at denne prosessen var utfordrende og til dels vanskelig.

Det kan være grunn til å spørre seg om fastleger kan fange opp flere av de som selvskader i sine praksiser. Kan det være slik at vi av ulike grunner avstår å spørre unge mennesker direkte om de skader seg selv, fordi det blir for komplisert å håndtere et bekræftende svar? Mangel på tid kan være en unnskyldning for ikke å gå inn i problemstillingen. Vår hverdag er innrettet med relativt korte pasientmøter og lite fleksibilitet for lengre samtaler og vi jobber vanligvis alene. Å la være å spørre direkte, kan være en måte å unngå det følelsesmessige kaoset som kan komme når man avdekker en slik hemmelighet. Kanskje føler vi oss ikke faglig trygge nok eller samarbeidsmessig sikre nok på at vi kan møte den unge på en måte som ikke skaper flere problemer enn den løser.

Konklusjon

Deltakerene i vår fokusgruppe fremhevet flere ganger at tilstrekkelig tid var helt vesentlig i møtet med ungdommer som har skadet seg selv. Tid i det første møtet og tid til flere møter under mer planlagte forhold. Fastlegen kjenner seg ofte maktesløs og alene i en behandlingsrelasjon med ungdommer som selvskader. De opplever at problemstillingen krever bred tilnærming og flere innfallsvinkler. Deretter kan et motivasjonsfremmende arbeid mot et behandlingstilbud starte. Flere av pasientene kan ha marginale ressurser rundt seg og ikke en hverdag som gir mulighet for å starte noen terapeutisk prosess. Det bør være et tilbud om behandlingskontakt i førstelinjetjenesten i kommunene som på kort varsel kan motta ungdommer i denne kategorien for å kartlegge deres omgivelser. Er de under 18 år må omsorgssituasjonen vurderes og det må være mulig å raskt kunne etablere en tverrfaglig ramme i behandlingssituasjonen.

Jeg ønsker å takke min tålmodige og oppmuntrende veileder Mette Brekke på Avdeling for allmennmedisin ved UiO for god hjelp og støtte for å ferdigstille artikkelen om selvskading. Jeg har mottatt allmennpraktikerstipend for gjennomføring av prosjektet.

REFERANSER

1. Ystgaard M, Reinholdt NP, Husby J, Mæhlum L. Villet egenskade blant ungdom. Tidsskr Nor Legeforen 2003; 123: 2241–5
2. Hjelmeland H, Grøholt B. A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients. Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, Vol 26 (2), 2005, 64–72
3. Favazza, AR. Bodies Under Siege Self-mutilation in Culture and Psychiatry. 1987
4. Urnes Ø. Selvskading og personlighetsforstyrrelser. Tidsskr Nor Legeforen. 2009; 129: 872–6
5. Sommerfeldt B, Skårderud F. Hva er selvskading? Tidsskr.Nor Legeforen 2009; 129: 754–8
6. Favazza AR. The coming of Age of Self-Mutilation. J nerv Ment Dis May 1998; 186: 259–268
7. Mehlum L, Holseth K. Selvskading – hva gjør vi? Tidsskr.Nor Legeforen. 2009;129: 759–62
8. Babiker G, Arnold L. The Language of Injury. Comprehending Self-mutilation. 1997
9. Arnold, L, Magill, A. Arbeid med selvskading. Forlagshuset Hertervig. ISBN 8277861354
10. Heiberg Nilssen, C, Storm H. Kors på halsen. Dinamo forlag, 2010. ISBN: 9788280712165

■ LENESELNES@GMAIL.COM

Ansvarsgruppe for

Et essay om velferdsstatens status

■ HARALD SUNDBY

Fastlege, Kalvskinnset Legesenter
Universitetslektor 50 pst. i lege / pasientkommunikasjon,
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Etter Stortingsvalget slår det meg at Norge og vi nordmenn så visst står overfor nye valg og prioriteringer. Også vi fastleger. Kanskje særlig oss? Jeg tenker på våre sosiale velferdsordninger. Hvis vi kaller fenomenet Velferdsstaten når det defineres og analyseres samfunnsmedisinsk, kan *Velferd-Norge* være det samme fenomenet, navngitt og analysert under en allmennmedisinsk lupe. En svært viktig ting vi fastleger må ta stilling til, hver og en av oss, er følgende: hva gjør vi med Velferd-Norge heretter? For dette er min påstand: Velferd-Norge sliter, og Velferd-Norge står på din liste også. Her har vi alle et listeansvar.

Orkesterplass til Velferdsstaten

Jeg tror at man i fastlegestolen har orkesterplass for analyse av hvordan Velferdsstaten fungerer sosialt. Fra *min* orkesterplass ser det ut til at den er ute i hardt vær. La meg like gjerne gå rett i angrep. For å få det unnagjort. Jeg er tidvis mektig fastlegefrustrert. Uten å regne meg som spesielt skarpsynt eller original, nevner jeg i fleng:

- Økende byråkratisering der avgjørelsesmyndighet legges stadig lengre bort fra vår førstelinjevirkelighet. Til tross for politikernes snakk om det motsatte: det blinde, ansiktsløse byråkrati bygges ut.. År for år
- «Reformhelvete»: Ny omorganisering følger den forrige, for den forrige endte dessverre i kaos. Det vil den nye gjøre også. Etablerte samarbeidsrelasjoner får stadig kortere halveringstid.
- Helseskadelig NAVmakt.: Systemene utøver skade. Om enn ikke intendert. På det verste tilslørt, blind strukturell vold.
- Jeg ser «blaming the victim»-dynamikk: de hjelpetrengende får selv skylden for det som ikke fungerer.
- Jeg ser at det deles ut «mistenkeligjøringsgift» forkledd som hjelpetiltak.
- Jeg ser brudd på etisk imperativ nummer en for alle hjelpesystemer: *Primum nil nocere*.
- Jeg ser i sum: litt for ofte en ond runddans som med kafkask lovmessighet yt-

terligere marginaliserer de fra før av marginaliserte. Hjelpeløshet og avmakt forsterkes av og i hjelpesystemet.

Mange andre ser det samme. Velferdsstatens svake sider har alltid vært lett å slå politisk mynt på. For alle parter, fra ytterste venstre til langt ut til høyre. Fra forskjellige synsvinkler. Ikke minst populistiske.

Men jeg har ikke som formål å blande så mye politikk i dette. Jeg mener at det dreier seg om faglige utfordringer og prioriteringer som vi står overfor.

Velferd-Norge trenger tettere oppfølging

Tilbake til det valget jeg mener vi fastleger bør ta: Velferd-Norge har økende funksjonsproblemer og det er bekymringsfullt. Sannsynligvis bør det etableres tettere oppfølging. Hvorfor? Vi som har fulgt Velferd-Norge en stund, vet hva han er god for. Funksjonssvikten beskrevet over er spesielt bekymringsfullt nettopp på bakgrunn av at:

- Når Velferd-Norge er i god form, fungerer han ofte helt etter intensjonene. Ofte er dette **helt** avgjørende for de som er presset i grøfta i livet sitt, avgjørende for at de skal komme på hjul igjen.
- Velferd-Norge på sitt beste representerer humanistiske verdier som vi som samfunn og kultur har all grunn til å være stolte av.
- Jeg ser med glede at det som av og til legges som «svulstige og politisk motiverte festtalebegreper», like fullt gjør seg gjeldende i det daglige.
- En frisk, velfungerende Velferd-Norge faciliterer pasientsentrert, tverrfaglig samarbeid, på felles jakt etter kloke og løsningsorienterte spor, innenfor det muliges kunst. Der avmakt ikke sementeres eller forsterkes, men der den hjelpesøkende får innspill og støtte. Både motivasjonsmessig, økonomisk – og helsemessig.
- Ofte opptrer problemene så sammenvevd at det knapt er formålstjenlig å rydde opp i helt forskjellige nøster. Vel-

ferd-Norge på sitt beste er enig, og følger en rød tråd av gjensidig respektfullt, tålmodig, kontinuerlig og tillitsbasert samarbeid der man gjør hverandre gode.

- Dette frigjør positive endrings- og mestringkrefter.
- Jeg ser spor hver dag av Velferd-Norges heldige hånd i slik godt praktisk samarbeid.

Hva er suksesskriteriene for å holde Velferd-Norge frisk og velfungerende?

En negasjonsanalyse: Jeg og mange med meg ser **få** spor av suksesskriteriene i Samhandlingsreformen. Om dette har det vært et rikholdig og til tider lite dialogbasert ordskifte, også innad i fastlegekorpset. Keiserne og keiserinnene er avslørt med sin flortynne bekledding. Det er helt nødvendig i alle maktspill. Særlig når det, som i denne reformen, er så mye dobbeltkommunikasjon i spill.

Så langt negasjonsanalysen. Har vi noen alternativer å by på? Ja, det har vi. Jeg har



Einar Gerhardsen er en av de norske heltene som er beåret med bilde på Norwegians fly. Han var sentral i byggingen av velferdsstaten slik vi kjenner den her i landet.

Velferd-Norge

noen tanker om det selv. Og ideer. Men den diskusjonen går ut over rammene for denne bekymringsmeldingen for Velferd-Norge. Jeg utfordrer i første rekke oss selv til å ta enda tydeligere initiativ til å invitere Velferdsstatens øvrige aktører til et samarbeid. Gitt listeansvaret som jeg allerede definerte tror jeg vi forskriftsmessig ikke kommer utenom.

Implementeringspiloter

Helt kan jeg dog ikke dy meg: Jeg tror vi blant de første ting må starte med å analysere *implementeringsbegrepet*. Irritert etter et byråkratisk preget flokkelseminar sjekket jeg en gang en del av ordene jeg opplevde som flokkel på internett. Dette er nyttig øvelse. Jeg likte overraskende godt en av fortolkningene av implementeringsbegrepet: implementering = fullbyrdelse.

Velferdsstaten er en god ide som et helsefremmende grep. Ideen kan ikke fullbyrdes 100 prosent. Til og med Gud er sjanseløs der. Men en 70–80 prosent «good enough» løsning er oftest godt innenfor rekkevidde. Gitt vilje og visse betingelser. Såkalte «rammebetingelser for implementering». Det som fullbyrdelsesmessig er mer enn 70 prosent godt nok, er forbausende ofte sunt folkevett, gode samarbeidsrelasjoner og et armslag stort nok for å ta dette potensiale ut. Dessuten såkalt praktisk sans.

For ikke å glemme allmennpraktisk sans.

Fastlegen er en krumtapp i det hele. Uten en trygg fastlege sliter Velferd-Norge. Det er ikke å gå for langt.

Fastleger er gitt en overordnet rolle som *implementeringspiloter*. Av dere, kjære samhandlingsreformatorer. Eller, sagt mer dekkende: «Implementation pilots». For på engelsk betyr pilot også LOS. La oss forvalte den losrollen. Vi er ganske gode på det, for vi trener ofte. På ingen måte perfekte, gjør oss gjerne bedre. Helst ikke tildele oss syndebukk- og gisselroller for alt som går galt for tiden. Det er neppe klokt. Vi utvikler samhandlingstrass av det. Velferd-Norge blir den som til sist får unngjelde.

Hva er en flokkel? Fine ord uten praktisk innhold. Begreper må faktisk implementeres før de betyr noe som helst i (allmenn-) praksis. Implementeringsjobb nummer en i et hjelpeapparat: Empowerment. Hjelp til selvhjelp. Det er fastlegers hjemmebane. Oftest er det veien ut, særlig hvis det dreier seg om såkalte «komplekse problemer». Men nå er vi helt på grensen av flokkeland. Tilbake til praksis.

Foreløpig diagnose: Kompleks overbelastning ?

«Jeg ser at du er havnet litt bakpå, Velferd-Norge, og kjenner på overbelastning og kanskje på litt kaos. Dette vil jeg si først: Når jeg ser hvor mye du har stått på og har utrettet helt siden før krigen, særlig for an-

dre, blir jeg ærlig imponert. Jeg merker at jeg virkelig får respekt for deg. Du virker som en grunnleggende solidarisk type. Ikke rart du er sliten. Det er mye for deg nå. Du nevnte at du opplever mye motgang og uvilje? Er du enig i at det hele er litt sammensatt. Kanskje en litt ond sirkel? Jeg tror dette skal gå bra. Men det vil nok ta tid. Det første vi kan gjøre nå er å få flere med på laget vårt, siden du sliter litt på nesten alle områder. Jeg tror vi skal forsøke å organisere det vi kaller en 'ansvarsgruppe'. Så kaotisk som du tydeligvis har det nå, kan jeg godt være den som forsøker å ordne det. La meg ta noen telefoner...»

(Velferd-Norge virket *veldig* sliten, og manglet mest av alt håp. Det jeg der og da ikke syntes jeg kunne si: Selv om det høres bra ut med en slik «ansvarsgruppe», må du ikke ha *for* store forventninger. Det er ganske mange byråkratiske landminer og snubletråder i dette terrenget, og vi, og særlig du, kommer til å snuble i mange av dem. Det kommer til å gjøre vondt).

Lege uten genser

Når dette skrives, sitter jeg i et Norwegian-fly som har startet innflygningen til Gardermoen. På haleroret på dagens fly: Einar Gerhardsen. Vi kommer sørfra, fra et Europa der både velferdstanken og – viljen virkelig er i ferd med å bukke under. Fra luftperspektivet ser jeg ned på et land som





Det var ikke noe portrett på haleroret, verken av Gerhardsen eller Kierkegaard. Et tomrom, eller en mulighet. Så mulighetene står åpne. Forslag: hva med et bilde av Matias Rust? skriver Harald Sundby i dette essayet.

kanskje representerer en nær «all time high» når det gjelder en godt organisert og brukbart fungerende sosial velferd. Jeg er stolt av dette. Ingen floskel, det kan jeg merke på meg selv.

En blid flyvertinne anmoder meg om å plassere min flortynne ullgenser, som jeg tok av meg i sted, i bagasjehyllen. Av sikkerhetshensyn. Mange steder ellers ville en slik analyse av flortynne ullgensere som sikkerhetstrusler skape klinisk bekymring om mulig tvangsproblematikk, og i alle fall høyt kontrollbehov. Slike tilbøyeligheter blir man ofte både bisk og alvorlig av, men denne flyvertinnen var heldigvis humoristisk og smilende.

«Slik er reglene blitt, bare.»

Ære være deg, flyvertinne, for din blide forvaltning av litt rare forskrifter. Vi lo godt sammen. Og ja, jeg ser at det er en systemtvang som vi begge er underlagt. Jeg er tross alt fastlege.

Gode medsympatisører av Velferd-Norge, hvem enn dere er: Husker dere det der med tillit, god skjønnsforvaltning, og samarbeid med litt humør? Det var tider!

Forslag: La oss sammen kapre «Flying Gerhardsen» før kræsjlading, og mildt tvinge fram en kursendring. I'm in. Som «implementation pilot» eller «crew». Men ikke som bakkemannskap. Jeg lover: Jeg skal først opp tre ydmykt lydhør, og ikke lage bråk. Lege uten genser. Senere blir jeg kanskje engasjert og taletrengt. Og av og til, jeg innrømmer det, ikke **helt** etterrettelig. Det med Gerhardsen på haleroret var for eksempel en bløff. Eller en *tydeliggjørende metafor*, som jeg kaller det. I virkeligheten var det Søren

Kierkegaard. Han med hatten og hjelpekunsten.

Bløff igjen. Det var ikke noe portrett på haleroret. Et tomrom, eller en mulighet. Så mulighetene står åpne. Forslag: hva med et bilde av Matias Rust? Han som viste at alt er mulig. Så forsøker vi å lande dette midt i maktens sentrum?

Oppsummerende vurdering, inkludert funksjonsvurdering og forslag til tiltaksplan

I denne teksten påpekes det av forfatteren at fra et fastlegeperspektiv virker den norske velferdsmodellen på mange måter befordrende på helsen i landet. Videre identifiseres en del bekymringsfulle symptomer som kan tyde på at velferdsstaten, personifisert som Velferd-Norge, har økende dysfunksjon. Denne er noe antisosial av natur, og rammer i særlig grad de sårbare. Dette skjer sannsynligvis på en usunn måte. Det er ikke bra. Årsakene til dysfunksjonen synes komplekse. Velferd-Norge virker å være i en overbelastet totalsituasjon. Det å støtte Velferd-Norge bør velges som et prioritert område for faglig fokus for allmennlegene i tiden framover. Fastlegen har en viktig rolle som implementeringspilot i velferdssystemene. Fastlegekorpset har en akkumulert kompetanse i (allmenn-)praktisk samhandling på godt og vondt. Her kan det ligge et uforløst potensial for å identifisere både funksjonssvikten og bakkenforliggende årsaker mer systematisk. Som viktigst av alt foreslås kartlegging av Velferd-Norges sterke sider og mestrings-

strategier. Alt dette bør i så fall skje i et dialogpreget tverrfaglig samarbeid der fastlegene i større grad bør invitere seg selv med. Dette også i henhold til statlige føringer for hva som forventes av fastlegene med hensyn til å oppsøke listepasienter i hardt vær som ikke selv tar kontakt. Et slikt samarbeid kan opprettes i en samarbeidsmodell som kan kalles «Ansvarsgruppe for Velferd-Norge».

Fordi kontinuitet og allmennpraktisk definisjonsmakt er sannsynlige nøkkelfaktorer i dette arbeidet, foreslås det at en slik ansvarsgruppe forsterkes med 4200 fastleger.

I et slikt samarbeid vil åpen dialog være helt nødvendig, og derfor formoder vi at samarbeidsaktørene er fritatt fra taushetsplikten hva angår Velferd-Norges liv og helse. Imidlertid bør alle aktører pålegges innskjerpet raushetsplikt. Hvordan denne tiltaksplanen kan implementeres overskues foreløpig ikke.

En første kortfattet retningslinje foreslås avslutningsvis som førende for samarbeidet:

Det er både lov til og full anledning til å bruke hodet, gjerne sammen.

INTERESSEKONFLIKTER: Deltar i tre til ti tverrfaglige samarbeidsmøter ukentlig, som en av flere praktiske implementeringspiloter i velferdssystemene i Norge. Er lite interessert i at regelryttersk og fryktpreget saksbehandlerekultur overstyrer tillitsfull, dialogpreget behandlingsskilt.

■ HAR-SU@ONLINE.NO

Bruk av hemoglobin i sykehjem

■ NOKLUS

ved Svein Ivar Fylkesnes, Aart Huurnink, Ann Helen Kristoffersen, Siri Fauli Munkerud, Sverre Sandberg, Geir Thue og Kari van den Berg

PASIENTHISTORIE 1

Nora Berg er 82 år og bor på sykehjem pga. demens. Hun har stabil KOLS stadium II (moderat obstruksjon) og behandles med inhalasjonspreparater, ellers ingen fast medikasjon.

Den siste måneden har hun blitt gradvis mer trett og slapp, og deltar ikke ved tilstelninger på sykehjemmet som tidligere.

Fru Berg har betydelig undervekt og har kroppsmasseindeks på 17 kg/m². Ved somatisk undersøkelse finner du normale funn og det rekvireres blodprøver til analyse ved sykehuslaboratorium.

Etter noen dager får du svar fra laboratoriet, som viser normale funn for nyrefunksjon, glukose og thyroideafunksjon og CRP < 5 mg/L.

Tilstanden er uendret, og hun er ikke vesentlig plaget av sin KOLS, men er trett og slapp. Du har i dag ikke tidligere hemoglobinsvar tilgjengelig pga. svikt i sykehjemmet sitt papirbaserte arkiv.

Referanseområdet for hemoglobin er 11,7–15,3 g/dL for kvinner.

I samarbeid med Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) publiserer Utposten tre kasuistikker om bruk og tolking av hemoglobinanalyser i sykehjem. 373 leger ved 348 sykehjem (37 prosent av alle sykehjem) svarte på kasuistikkene. Tilbakemeldingen på de neste sidene viser hvordan sykehjemslegene svarte. Til slutt følger generelle råd mht. vurdering av hemoglobinsvar.

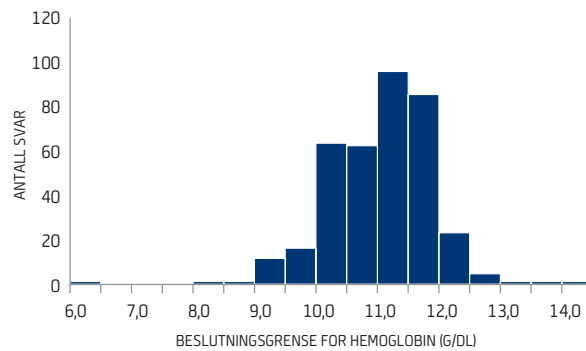
A. Hvor lav må dagens hemoglobin fra laboratoriet minst være for at du vil gå videre med utredning (flere laboratorieprøver eller andre tiltak)?

53 prosent oppgir en hemoglobinverdi omkring nedre grense for referanseområdet (11,0–12,0 g/dL), mens 42 prosent oppgir en verdi som er til dels betydelig lavere (< 11,0 g/dL).

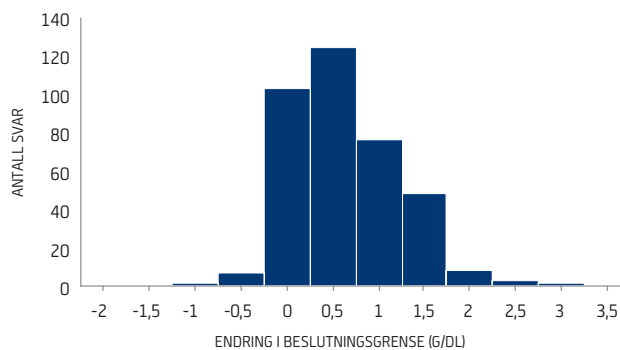
Senere får du vite at fru Berg har hatt en relativt stabil hemoglobin omkring 14,1 g/dL, sist målt for seks måneder siden.

B. Med kjennskap til tidligere hemoglobinverdier – hvor lav må hemoglobin minst være for at du vil gå videre med utredning?

Fordelingen viser at mange sykehjemsleger hever beslutningsgrensen når de får kunnskap om tidligere hemoglobinverdier i øvre del av referanseområdet. 29 prosent av sykehjemslegene endrer ikke beslutningsgrense i nevneverdig grad ($\leq \pm 0,5$ g/dL). 32 prosent oppgir en verdi omkring 13 g/dL ($13,0 \pm 0,5$ g/dL), dvs. at beslutningsgrensen settes ved et fall i hemoglobin på ca. 1 g/dL.



FIGUR 1: Svarfordeling mht. videre utredning av Nora Berg.



FIGUR 2: Endring i beslutningsgrense etter informasjon om tidligere hemoglobinverdier omkring 14,1 g/dL (x-akse: hemoglobinverdi i spørsmål B minus hemoglobinverdi i spørsmål A.

Kommentar

Referanseområdet er den variasjonen vi finner hos 95 prosent av en gruppe antatt friske personer. Ingen pasienter på sykehjem er friske, men ikke alle kroniske sykdommer påvirker hemoglobinverdien. Hvis ikke kliniske forhold tilsier noe annet er det rimelig å bruke referanseområdet

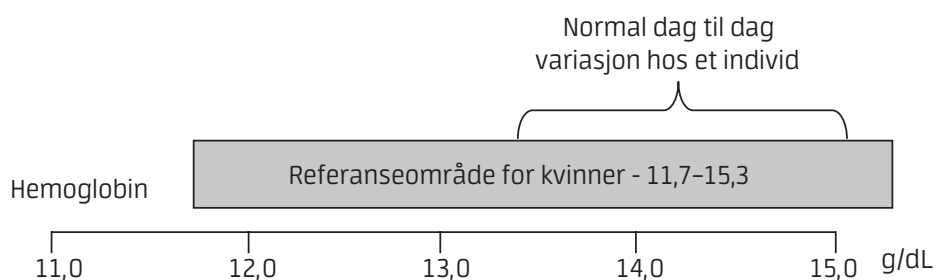
som veiledning for beslutningsgrense for eventuelle tiltak når du ikke har tilgang til tidligere prøveresultater til sammenligning. Nora Berg har ikke kjent kronisk anemi, men KOLS som iblant kan gi stigning i hemoglobin. For Nora Berg bør nedre grense for referanseområdet benyttes

som beslutningsgrense når en mangler tidligere prøveresultat til sammenligning.

Hos enkeltindivid varierer mange blodprøveresultater omkring en middelvei i et intervall som er betydelig mindre enn referanseområdet. Denne normale individuelle dag til dag variasjon kaller vi biolo-



FIGUR 3: Forholdet mellom referanseområdet og normal dag til dag variasjon (biologisk variasjon) hos et individ med hemoglobin i øvre del av referanseområdet.





PASIENTHISTORIE 2

Petra Svendsen er 89 år og flyttet til sykehjem etter at hun fikk hjerneslag for ett år siden. Hun bruker rullestol ved forflytning. I tillegg til acetylsalisylsyre behandles hun med ACE-hemmer for hypertensjon og et antidepressivt middel av SSRI-typen for depresjon.

Sykepleier som hjalp fru Svendsen på toalettet i går og i dag synes hennes avføring har mørk farge. Du finner at avføringen har normal konsistens, men med mørk farge og positiv

hemofec test. Fru Svendsen sitter i sin rullestol, er ubesværet og tørr og varm i huden, men føler seg litt trett. Blodtrykket er 125/70 mm Hg og pulsen 75 slag/min, uendret fra tidligere. Fru Svendsen vil bare innlegges i sykehus hvis det er helt nødvendig.

Ved rutinekontroll for to måneder siden ble det funnet hemoglobin på 12,2 g/dL (analysert på sykehuslaboratorium). Referanseområde for hemoglobin er 11,7–15,3 g/dL for kvinner. Du rekvirerer hemoglobin og ønsker raskt svar av hensyn til en mulig mage-tarmblødning.

gisk variasjon. Studier viser at for de fleste er variasjonen i hemoglobin omtrent halvparten av referanseområdet. Kjenner vi tidligere resultater for analysen hos en pasient kan beslutningsgrensen snevres ytterligere inn i forhold til referanseområdet. Sammenligner vi et blodprøveresultat med et tidligere resultat er utfordringen å avgjøre om en ev. endring er reell eller bare skyldes biologisk variasjon og usikkerhet knyttet til analyseringen. For Nora Berg og andre pasienter hvor kliniske forhold ikke tilsier noe annet kan det ved tidligere resultater i øvre del av referanseområdet være fornuftig å reagere på funn av hemoglobin i nedre del av referanseområdet, dvs. på forskjeller omkring 10 prosent ved venøs prøvetaking. (Se rammen nedenfor for utfyllende beskrivelse for hvordan sammenligne prøvesvar og beregninger for Nora Berg.)

Hvordan gikk det med Nora Berg

Nora Berg får påvist hemoglobin på 12,7 g/dL. Sykehjemslegen gjennomfører anemikutredning som viser ferritin på 10 µg/L og MCV på 75 fL. Test for blod i avføring er negativ i tre prøver. Det konkluderes med fall i hemoglobin pga. jernmangel på bakgrunn av redusert ernæring.

SAMMENLIGNING AV PRØVESVAR

Når vi sammenligner prøvesvar krever det kunnskap om usikkerheten i prøvesvaret. Usikkerheten i et blodprøvesvar kalles totalvariasjon (CVtotal) og skyldes analytisk usikkerhet og biologisk variasjon og oppgis i prosent (1). CVtotal i sykehjem er så lav som ca. 4–5 prosent med venøs prøvetakingsteknikk. Et analysesvar er signifikant forskjellig med 90 prosent sannsynlighet fra et tidligere analysesvar hos samme pasient dersom forskjellen mellom svarene er større enn $CVtotal \cdot 2,0$, altså omkring 10 prosent. Ønsker vi å identifisere mer usikre reelle forskjeller i prøvesvar må CVtotal multipliseres med en lavere faktor ($CVtotal \cdot 1,5$ (omkring 7 prosent) gir 75 prosent sannsynlighet). For Nora Berg vil et fall i hemoglobin fra 14,1 g/dL til 13,0 g/dL ved venøs prøve representere et reelt fall i hemoglobin med omtrent 90 prosent sannsynlighet. Dette prinsipp kan også benyttes ved sammenligning med flere tidligere prøvesvar hvis tidligere verdier er relativt stabile. Er tidligere verdier sprikende medfører det at differansen mellom prøvesvar vi bør reagere på bør være større.

A. Hvordan vil hemoglobin bli tatt og analysert i en slik situasjon ved ditt sykehjem?

SVARALTERNATIV	ANTALL	ANDEL
Kapillær prøvetaking og analyse ved sykehjemmet sitt eget laboratorium.	151	41 %
Venøs prøvetaking og analyse ved sykehjemmet sitt eget laboratorium.	67	18 %
Kapillær prøvetaking og analyse ved laboratorium ved legekontor.	16	4 %
Venøs prøvetaking og analyse ved laboratorium ved legekontor.	41	11 %
Venøs prøvetaking og analyse ved sykehuslaboratorium/ annet større lab.	85	23 %
Vet ikke	6	2 %

TABELL 1: Antall som svarte og prosentandelen som valgte de ulike svaralternativene.

Merk at de fleste som bruker sykehjemmet sitt laboratorium, velger kapillær prøvetaking.

Nesten alle leger som valgte sykehjemmets laboratorium eller laboratorium ved legekontor får svar innen fire timer. Bare 13 prosent av leger som velger å sende prøver til sykehuslaboratorium får svar innen fire timer, mens 66 prosent først får svar etter ett døgn eller senere. Informasjon om svartid for aktuelle laboratorium er tatt fra data oppgitt i spørreskjemaets «bakgrunnsinformasjon».

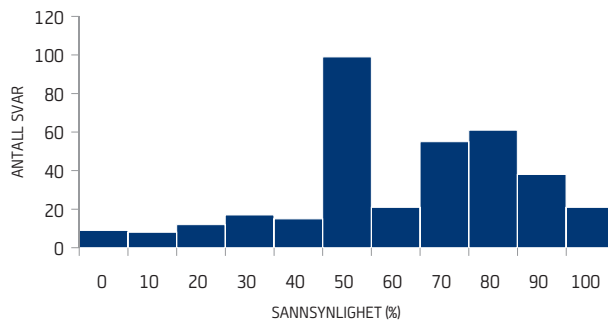


B. Hemoglobinsvaret var 10,9 g/dL. Vi ber deg angi hvor sikker du er på at fallet fra 12,2 til 10,9 i hemoglobin er uttrykk for et reelt fall i hemoglobin

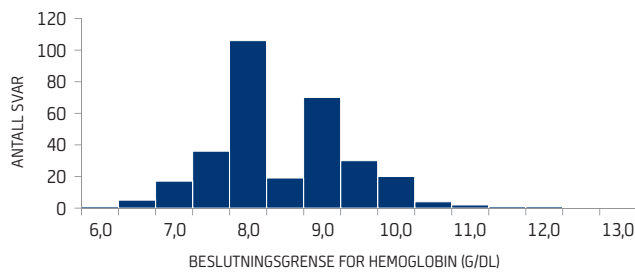
Angi svaret i prosent, fra 0 prosent (forskjellen skyldes bare analyseusikkerhet etc.); til 100 prosent sikkerhet. (helt sikker på at hun har et reelt fall i hemoglobin).

Det var relativt liten forskjell i vurdering av sannsynlighet mellom sykehjemsleger som valgte venøs og kapillær prøvetaking. 39 prosent av sykehjemslegene som valgte venøs prøvetaking anslo at endringen i hemoglobin på 1,3 g/dL var reell (valgte minst 80 prosent sannsynlighet). 23 prosent av sykehjemslegene som valgte kapillær prøvetaking anslo sannsynligheten for en reell endring til å være 60–70 prosent.

C: Hvor lav må hemoglobin minst være for at du finner det helt nødvendig å legge henne inn i sykehus «i dag»?



FIGUR 4: Viser hvordan sykehjemsleger anslår sannsynligheten for at et fall i hemoglobin på 1,3 g/dL er uttrykk for et reelt fall i hemoglobin.



FIGUR 5: Beslutningsgrensen for innleggelse i sykehus for Petra Svendsen. Det var liten forskjell mellom leger som valgte venøs eller kapillær prøvetaking.

Kommentar

Skal et analysesvar benyttes i beslutningsprosessen ved akutte tilstander, slik som for Petra, kreves det et raskt svar; f.eks. innen to til fire timer eller i løpet av arbeidsdagen. En god løsning blir ofte sykehjemmets eget laboratorium, men analyse ved legekontor, legevakt eller sykehus kan også gi tilstrekkelig kort svartid hvis rask transport av prøven og rask rapportering av prøveresultatet (f.eks. elektronisk).

Ved venøs prøvetaking med analyse i sykehjem er analysekvaliteten omtrent like god som på sykehus. Når det tas hensyn til biologisk og analytisk variasjon, er det rimelig å reagere på et fall i hemoglobin på omkring 10 prosent, slik at fallet hos Petra på 1,3 g/dL med stor sannsynlighet er reelt. Kapillær prøvetaking gir derimot betydelig økt usikkerhet, og krever endringer opp mot 15–20 prosent, særlig dersom den perifere sirkulasjonen er dårlig.

Som en tommelfingerregel vil derfor et fall i hemoglobin på vel 1 g/dL være reelt ved venøs prøvetaking (med 90 prosent sannsynlighet), mens fallet må være opp mot 2 g/dL ved kapillær prøvetaking. Petras fall i hemoglobin på 1,3 g/dL vil derfor være vanskeligere å vurdere (60–70 prosent sjanse for et reelt fall), dersom det tas kapillærprøve. Husk også at kapillær prøvetaking alltid krever dobbeltanalysering, og om forskjellene er for store ($\geq 0,8$ – $1,0$ g/dL) mellom de to analyseringene, må det tas en tredje prøve (7).

Venøs prøvetaking bør derfor alltid foretrekkes. Det gir sikrere svar, og det er nok å analysere en gang.

Hvordan gikk det med Petra Svendsen

På sykehjemmet blir det benyttet venøs prøvetaking og sykehjemslegen konkluderer med at fallet i hemoglobin på 1,3 g/dL

kan skyldes mage-tarm blødning. Acetylsalisylsyre og SSRI-preparatet blir seponert og videre utredning påviser jernmangelanemi og ulcus ventriculi.

PASIENTHISTORIE 3

Odd Birger Soldal er 86 år og bor på sykehjem. Han har demens, hypertensjon og moderat nedsatt nyrefunksjon og behandles med tiazid. Den siste måneden har han fått gradvis redusert fysisk yteevne og er blitt stort sett sengeliggende.

Ved klinisk undersøkelse finner du en sengeliggende pasient med fri og ubesværet respirasjon og ødem i underkremittene til midt på leggen. Over lungene høres knatrellyder basalt; et funn som er bemerket ved tidligere undersøkelser. Blodtrykk er som før 130/85 og EKG viser sinusrytme og er uendret fra tidligere. Du mener pasienten har hjertesvikt og kan utredes med blodprøver uten sykehusinnleggelse.

Blodprøver analysert for to dager siden ved sykehuslaboratorium viser moderat nedsatt nyrefunksjon som tidligere, CRP < 5 mg/L, normale funn for glukose og thyroideafunksjon og hemoglobin var 11,5 g/dL. Soldal har tidligere hatt relativt stabil hemoglobin, sist målt til 13,5 g/dL for seks måneder siden. Referanseområdet for hemoglobin er 13,4–17,0 g/dL for menn.



A. Du starter behandling av hans hjertesvikt. Hvordan vil du håndtere hemoglobinsvaret på 11,5 g/dL?

SVARALTERNATIV	ANTALL	ANDEL
1. Starte anemiutredning «i dag» (flere laboratorieprøver, ev. andre tiltak).	110	31 %
2. Ingen utredning nå, men kontroll av hemoglobin om to til tre uker.	228	63 %
3. Hemoglobinsvaret krever ikke utredning eller kontroll i denne situasjonen.	14	4 %
4. Vet ikke.	9	3 %

TABELL 2.: Antall som svarte og prosentandelen som valgte de ulike svaralternativene.

De som valgte alternativ to i spørsmål A fikk et oppfølgende spørsmål:

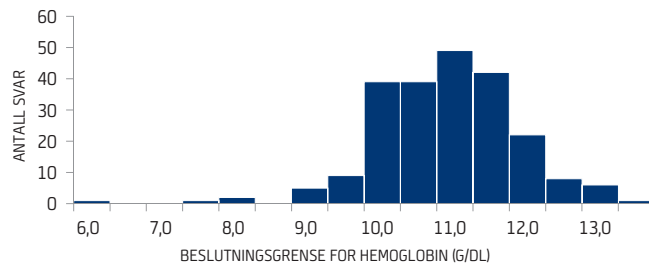
B. Etter tre uker er Soldal bedre. Han er oppgående og har ikke ødemer lenger. Hvor lav må hemoglobin nå være for at du vil starte anemiutredning?

Spredningen er stor, og mange (55 prosent) oppgir en hemoglobinverdi i intervallet 10,0–11,0 g/dL. Vi tror spredningen kan skyldes at noen relaterer beslutningsgrensen til avvik fra tidligere verdier omkring nedre referansegrense, mens andre forholder seg til verdien i spørsmål A på 11,5 g/dL.

Kommentar

Dersom en person er sengeliggende vil det gi et fall i hemoglobin på 5–10 prosent pga. endring i fordeling av væske mellom det intravaskulære og det ekstravaskulære rom. Ved ødemer som skyldes væskeoverskudd som ved hjerte- og nyresvikt kan endringene være større, og ved store ødemer kan 20 prosent fall forekomme. Dehydrering kan gi 5–10 prosent stigning i hemoglobin og kan dermed maskere en anemistilstand. Ved tolkning av hemoglobinsvar bør en ta hensyn til slike fysiologiske endringer. For Odd Birger Soldal kan både fysiologiske endringer i form av ødem og sengeleie og anemi vurderes som mulig årsak til fallet i hemoglobin fra 13,5 til 11,5 g/dL (selve analyseusikkerheten er meget liten, og den kan vi se bort fra her).

En kontrollprøve før og etter at fysiologiske endringer er opphevet kan bidra til å



FIGUR 6: Spredning i oppgitte hemoglobinverdier for anemiutredning

avklare årsaksforholdene. De hemoglobinverdier som benyttes til sammenligning bør være tatt på et tidspunkt hvor pasienten ikke er påvirket av fysiologiske endringer eller akutt sykdom. Når Odd Birger Soldal ikke lenger er preget av væskeoverskudd og sengeleie, kan beslutningsgrensen settes på bakgrunn av den tidligere verdien på 13,5 g/dL.

Hvordan gikk det med Odd Birger Soldal

Sykehjemslegen starter behandling for hjertesvikt hos Soldal. Etter tre uker har ødemene forsvunnet og han er igjen oppgående. Hemoglobin har da steget til 13,2 g/dL og videre utredning for anemi er unødvendig.

Hovedbudskap

- Ved blodprøvetaking for hemoglobin bør venøs prøvetaking alltid foretrekkes. Ved kapillær prøvetaking skal det alltid tas to prøver (dobbelanalysering).
- En endring i hemoglobinverdi ved venøs prøvetaking på minst 1 g/dL, eller en endring på minst 2 g/dL ved kapillærprøve

innebærer over 90 prosent sannsynlighet for at endringen er reell (og ikke bare skyldes biologisk og analytisk variasjon).

- Ved tolkning av hemoglobinsvar må en ta hensyn til fysiologiske endringer som dehydrering, ødem og sengeleie som i seg selv kan endre hemoglobinverdien betydelig, med 5–10 prosent eller mer.

■ NOKLUS@NOKLUS.NO

REFERANSER

1. Brukerhåndbok i medisinsk biokjemi: http://www.prosedyrer.no/index.php?var1=aapne&@bok_id=kliniskkjemi
2. Norsk legemiddelhandbok på internett: <http://legemiddelhandboka.no/Terapi/6201>
3. Lyngbye J. Lyngbyes laboratoriemedicin. 2. utg., København: Nyt Nordisk Forlag, 2010.
4. Wyller TB; Geriatri en medisinsk lærebok. Gyl-dendal 2011.
5. Pedersen AJ, Skjelbo E. Anemia-prevalence and etiology among acutely admitted geriatric patients. *Ugeskr Laeger*. 2008 Apr 21;170(17): 1453–7
6. Furst blåbok: <http://www.furst.no/analyse-og-klinikk/kliniske-problemstillinger/anemi1/>
7. Prosedyrer for laboratorium i sykehjem fra Noklus: http://noklus.osigraf.no/lab/Kap_07/00_Hemoglobin_og_hematologi_Innhold.htm

Følgende har fått tildelt allmennpraktikerstipend 1. halvår 2014

UNIVERSITET	NAVN	TITTEL	FÅTT	VEILEDER
UiO	SigurdHauganDanielsen	Antibiotikaforskrivningblantfastlegerpåbakgrunnnavinnvandrerstatusogutdanningssted	2	Morten Lindbæk
UiO	Mina Piiksi Dahli	Ungdomshelse	1	Ole Rikard Haavet
UiO	Mats Foshaug	Mykoplasma pneumoniae. Epidemiologistudie i Vestfold	2	Morten Lindbæk
UiO	Ingrid Rolfsjord	Legevaktsbesøki sykehjem – får vaktlegen til strekkelig medisinsinformasjon	3	Jørund Straand
UiO	Marit Gjølme	Påvirkemærhettilsykehusantallinnleggelse/henvisninger? Ensammenlignendestudie	3	Elin Olaug Rosvold
UiB	Ruth Elisabeth Johnsrud	Profesjonalitetsundervisning i medisinsk utdanning	2	Thomas Mildestvedt
UiB	Magnus Hjortdahl	Legevaktslegen og akuttmedisin	1	Erik Zakariassen
UiB	Arnulf Heimdal	«Siden jeg først er her»	2	Edvin Schei
UiB	Silje F. Furu	Prevensjonsbruk hos kvinner i stede lavden fertile perioden – en kohortstudie	3	Steinar Hunskaar
UiB	Kristin Hågøy	Villa eigenskade på legevakt	3	Ingrid Hjulstad Johansen
NTNU	Marianne Rønneberg	«Praksislærerskolen – veiledning for veiledere»	4	Linn Getz

Naproxen nå?

■ ALEXANDER WAHL

Spesialist i allmennmedisin
Redaktør Primærhelse Helsebiblioteket.no

Revmatikere som bruker permanent høye doser av NSAIDs eller coxiber øker risiko for hjerteinfarkt, slag og vaskulær død med 40 prosent. Skal vi endre praksis? For å vurdere dette bør vi se litt nærmere på kunnskapsgrunnet og absolutt risikoreduksjon.

Kunnskapsgrunnet

NSAIDs er populære legemidler, og det er gjort en mengde studier som vi kunne grave oss ned i. Heldigvis slipper vi dette, fordi Lancet publiserte i mai en meta-analyse (1) med data fra 300 000 pasienter i 700 behandlingsforsøk hvor man sammenlignet høydose NSAIDs med hverandre, placebo eller coxiber. Generelt økte bruk av høydose NSAIDs og coxiber risikoen for alvorlige hjerte-karlidelser (myokardinfarkt, slag og død) med 40 prosent. Men det var to unntak. Høy dose ibuprofen økte koronar risiko, men ikke slagrisiko. Enda bedre var resultatet mht naproxen. Høy dose naproxen økte ikke risiko for alvorlige hjerte-karlidelser i det hele tatt (!).

Ideelt sett burde man vurdere artikkelen fra Lancet kritisk, etter mal fra Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten (2).

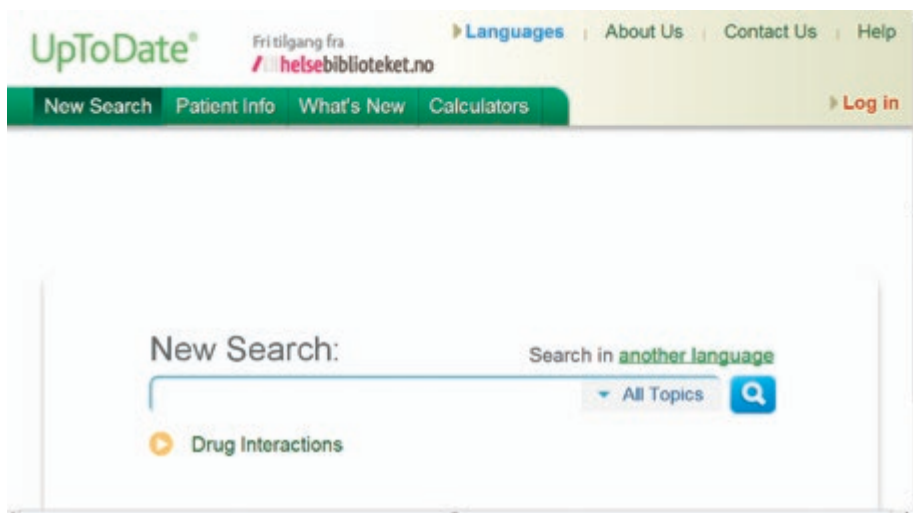
HVORDAN I WINMED?

I Winmed gikk jeg inn på statistikkmodulen og markerer utplukk-diagnose-spørring-L88-siste år-legevalg, og fikk så opp rapporten.

I min rapport hadde jeg kun fire revmatoid artritt-pasienter. Jeg sjekket deretter NSAIDs bruk hos disse pasientene og oppdaget én som brukte diklofenac (modifenac). Han hadde tidligere gjennomgått et hjerneinfarkt.

Etter en telefonoppringning kunne jeg endre resepten til et naproxen entero produkt i samforståelse med pasienten.

Neste gang kontrollerer jeg blodtrykket og nyrefunksjonen.



What's New – medisinsk sikringskost fra den store vide verden.

Men i stedet tok jeg snarveien til en tjeneste fra det enorme oppslagsverket UpToDate som er fritt tilgjengelig fra Helsebiblioteket.no. Under vignetten «What's new» finner man «Practice changing updates» – et gullfunn for internasjonale nyheter som kan forandre praksis. Dersom studien har kommet frem hit, er det svært sannsynlig at kvaliteten på utførelsen av studien har vært bra. Lancets studie var referert her, og den har gitt opphav til en ny behandlingsanbefaling.

Absolutt risiko

Nå skal vi ikke skremme våre pasienter unødige. Økningen av risiko på 40 prosent er en *relativ* risikoøkning. Dette tallet sier ikke noe om grunnrisikoen er lav eller høy. Derfor er relativ risikoøkning et dårlig utgangspunkt for å vurdere terapiendringer. Som en kritisk leser bør man alltid vurdere *absolutt* risikoøkning. Først da kan man vurdere om endringene er klinisk interessante. Ser vi nærmere på estimatene, ser vi at forskerne plasserer pasientgruppene i to sjikt. Absolutt risikoøkning for alvorlig hjertekarsykdom og død bestod av **to hendelser pr. 1000 pasienter pr. år** hos pasienter med lav kardiovaskulær grunnrisiko og **syv til åtte tilfeller pr. 1000 personer pr. år** hos pasienter med høy kardiovaskulær grunnrisiko. Det er kanskje ikke så mye i forhold til de 993 personene som ikke blir syke det året. Men sykdommene vi snakker om er alvorlige, og pasientene skal kanskje bruke legemidlene i mange år. Så hvorfor ikke prøve å skifte over til naproxen? Mest skånsomt for mageslimhinnen er en en-

terovariant, og vi bør evaluere effekt og eventuelle bivirkninger underveis. Vær obs på pasienter som har høyt blodtrykk, hjertesvikt eller redusert nyrefunksjon – disse bør neppe ha NSAIDs.

Hvordan?

La oss si at dr Påhugget Relativ og dr Tilbakelente Absolutt i dette tilfelle er på linje; vi antar det er rimelig konsensus blant oss leger om at et medikamentbytte bør forsøkes. Hvordan gjør vi det i praksis?

Man kan gjøre endringer underveis ved reitering av resepter når de dukker opp, eller finne pasientene for så å ringe dem opp. Jeg sporet pasientene opp ved hjelp av statistikkmodulen i Winmed2 (SE RAMMEN). Så vidt meg bekjent har alle journalsystemer i primærhelsetjenesten en funksjon hvor man kan gjøre uttrekk av pasienter som har en spesifikk diagnose. Jeg søkte på revmatoid artritt icpc kode L88 og fikk nøstet opp min liste. Artrosepasientene mine bruker paracet og kun NSAIDs unntaksvis, så de er utelukket fra før av. Pasientene var ikke mange, og det var fullt overkommelig å få oversikt. Pasienter setter stor pris på en oppdatert lege som er proaktiv.

Dersom vi alle er proaktive, redder vi liv.

REFERANSER

1. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analysis of individual participant data from randomised trials. Coxib and traditional NSAID Trialists' Lancet, 2013 May 29. pii: S0140-6736(13)60900-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60900-9.
2. <http://www.kunnskapssenteret.no/Verkt%C3%B8y/Sjekkliste+for+vurdering+av+forskningsartikler.2031.cms>

Alvorlig bevissthetsfor- ervert hjerneskade i

■ SOLVEIG LÆGREID HAUGEN

Cand.psychol. og spesialist i klinisk nevropsykologi og PhD. stipendiat, Sunnaas sykehus.

■ FRANK BECKER

Spesialist i fysisk medisin og rehabilitering. Seksjonsoverlege ved Seksjon for hjerneskader ved Sunnaas sykehus og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

■ MARIANNE LØVSTAD

PhD. og spesialist i klinisk nevropsykologi, seksjon for hjerneskaderforskningsenheten, Sunnaas sykehus. Førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo

Pasienter med alvorlig ervert hjerneskade som utskrives fra sykehus til kommunal omsorg uten at de har våknet til bevissthet, representerer en stor utfordring for kommunehelsetjenesten. Tilstanden er sjelden, men behovene store, og lokale tjenester vil ofte ha behov for bistand ved diagnostiske og terapeutiske avgjørelser. Tilstanden er svært krevende også for pårørende, og det vil ikke sjelden oppstå krevende samarbeidsrelasjoner. Samtidig har spesialistavdelinger på sykehus gjerne fokus på årsaksdiagnostikk og akuttbehandling, med svakere tilbud i kronisk fase. Ved Sunnaas sykehus har vi lang klinisk- og forskningserfaring med denne pasientgruppen. Vi kan tilby ambulante tilsyn der pasienten befinner seg, og bistå med diagnostiske vurderinger, veiledning og rådgiving.

Pasienter med vedvarende bevissthetsforstyrrelse etter alvorlig hjerneskade

Etter alvorlig ervert hjerneskade vil enkelte pasienter ikke våkne opp fra koma til normal bevissthet, men vil være i en tilstand med bevissthetsforstyrrelse, dvs. enten i en vegetativ (VT) eller minimalt bevisst tilstand (MBT). Pasienter i VT kjennetegnes av fravær av sikre atferdsmessige tegn til bevissthet, men i motsetning til en pasient i koma, vil en pasient i en VT ha gjenvunnet søvn- våkenhetsyklus. Andre pasienter vil vise sikre, men gjerne lavfrekvente og inkonsistente tegn til bevissthet, for eksempel ved å følge gjenstander eller mennesker med blikket og/eller følge enkle kommandoer. Adferden må kunne skilles klart fra refleksiv og tilfeldig spontan adferd. Disse pasientene er i en minimalt bevisst tilstand (MBT). MBT skiller seg altså fra VT ved en delvis

bevart bevissthet. For detaljerte kliniske beskrivelser og diagnosekriterier, se Løvstad & Schanke (2007).

For mange er den reduserte bevisstheten forbigående, mens noen ikke gjenoppretter normal bevissthet og må leve med sin svært alvorlige tilstand i mange år. Disse pasientene overføres ofte til kommunal helseomsorg i postakutt fase, og ikke sjelden vil problemstillinger knyttet til pasientens tilstand og terapeutiske avgjørelser, reise faglig usikkerhet fordi man fra før har lite kjennskap til pasientgruppen. Nedenfor skildres en pasient i kommunal helseinstitusjon som fortsatte å være i en tilstand med bevissthetsforstyrrelse seks måneder etter alvorlig ervert hjerneskade. Et tverrfaglig kompetanseteam fra Sunnaas var involvert i postakutt forløp med tilbud om ambulant vurdering og tilråding:

En ung mann i tyve-årene fikk etter akutt innleggelse med hjertestans en alvorlig anoksisk hjerneskade. Etter utskrivelse fra nevrologisk avdeling ble pasienten overført til kommunal institusjon med døgnkontinuerlig pleie og tilsyn. Han var på det tidspunktet selvpustende, medisinsk stabil og viste perioder med våkenhet, men ellers sparsomme tegn til bevissthet. Pleiepersonalet rapporterte observasjoner på tegn til smerteresponser i forbindelse med forflytning, men man var usikker på tolkningen av atferden. På grunn av stor usikkerhet omkring pasientens bevissthetsnivå og videre rehabiliteringstiltak, ble pasienten henvist til Sunnaas, og det ble over en tidsperiode gitt ambulante tverrfaglige tilsyn for vurdering av bevissthetsnivå og rådgiving til lokal helsetjeneste. Gjennomførte strukturerte undersøkelser av bevissthetsnivå ved bruk av Coma Recovery Scale- Revised sammen med kliniske observasjoner og beskrivelser fra pleiepersonalet indikerte at pasienten fungerte tilsvarende nedre sjikt av minimalt bevisst tilstand. Han fremviste sporadiske visuelle følgebevegelser, men ingen kommandofølgning, ei heller tegn til kommunikasjon eller andre voluntære motoriske bevegelser. Det ble av kompetanseteam fra Sunnaas gitt råd med hensyn til videre medisinsk ivaretagelse og rehabiliteringstiltak, blant annet regime for utprøving av medikamentell behandling for økt aktiveringsnivå. Fra fagpersonell ved den kommunale institusjonen var tilbakemeldingen at kompetanseoverføringen var av stor betydning. «For oss er det viktig at vi nå ikke opplever å stå helt alene med mange av disse vanskelige vurderingene», kommenterte pasientansvarlig sykepleier.

Feildiagnostikk ved bevissthetsforstyrrelser etter alvorlig ervert hjerneskade

Grad av feildiagnostikk hos pasienter med bevissthetsforstyrrelse er høy, og internasjonale studier har antydning at det i opp mot 40 prosent av vurderingene overses tegn til bevissthet slik at andelen av pasienter i VT overestimeres (Schnakers m.fl., 2009). Vanlige kilder til feildiagnostikk er at det ikke benyttes standardiserte kartleggingsverk-

styrrelse etter lokal helseomsorg

tøy, at undersøkeren ikke har tilstrekkelig kunnskap om diagnosekriteriene eller at man baserer seg på enkeltstående vurderinger uten å ta hensyn til fluktuasjoner i pasientens tilstand. Videre vanskeliggjør omfattende motoriske vansker, sansetap, nedsett våkenhet og medisinske komplikasjoner diagnosen. Korrekt diagnostikk av pasienter med bevissthetsforstyrrelser, vil kunne ha vidtrekkende konsekvenser for pasienten. Det kan få betydning for valg av behandlingstilnærming og -intensitet, og prognostiske vurderinger. I noen tilfeller vil en vurdering av bevissthetsnivå inngå i en totalvurdering av hvorvidt det skal iverksettes behandlingsbegrensning. Mange vil huske den amerikanske kvinnen Terri Schiavo, som hadde levd en årrekke med hjerneskade etter hjertestans. Hennes ektefelle ønsket å avslutte kunstig ernæring, mens foreldrene hennes ikke ønsket dette. Det sentrale punktet i saken var hvorvidt kvinnen fremviste tegn til bevissthet eller ikke, dvs. om hun var i en VT eller en MBT.

Forekomst

Akuttbehandling og rehabiliteringsforløp etter alvorlige traumatiske hjerneskader (TBI) er relativt velorganisert i Norge, og nye norske forekomsttall der populasjonen ble kartlagt over en toårsperiode (2009-2010), viser at ved tre måneder etter skade var 2 prosent av de med alvorlig TBI fortsatt i VT eller MBT (5/7 pasienter i VT, og to i MBT). Ett år etter skaden var tallet halvert (én pasient i VT, og tre i MBT), og dette viste seg å være stabilt også to til tre år etter skadetidspunkt (Løvstad m.fl., i trykk). Pasientgruppen er med andre ord lavfrekvent. Lignende norske forekomsttall for ikke-traumatiske skader finnes ikke, og rehabiliteringskjede og -tilbud ved andre årsaker til alvorlig hjerneskade (hjerneslag, anoksisk/toksisk hjerneskade) er dårligere kartlagt.

Behov for kartlegging av bevissthetsnivå av spesialisthelsetjeneste

I Norge bør diagnostikk av VT og MBT gjøres i spesialisthelsetjenesten og ved avdelinger med helsepersonell som har erfaring



med pasientgruppen, kjennskap til aktuell litteratur og øvelse i bruk av kartleggingsverktøy. Det norske rehabiliteringsmiljøet har valgt å benytte den norske oversettelsen av kartleggingsskalaen Coma Recovery Scale Revised (CRS-R; Løvstad m.fl., 2010). Som eksemplene med den unge mannlige pasienten og amerikanske Terri Schiavo illustrerer, er korrekt diagnostikk av vesentlig betydning for korrekt prognostisk vur-

dering, behandlingsplanlegging, valg av behandlingsintensitet og varighet, og er av stor betydning for pårørendes mulighet for bearbeiding og realistisk oppfatning av en svært krevende situasjon. Det er sentralt med en tett dialog med pårørende, både med hensyn til riktig vurdering av bevissthetsnivå, men også pårørendes tillit til vurderingene og tiltakene som igangsettes. Fordi det kan være så vanskelig å fastslå

om pasientene interagerer med sine omgivelser, er det potensiale for kommunikasjonssvikt mellom helsearbeidere og pårørende og for uenighet behandlere og pårørende imellom. Det er vår erfaring at transparente vurderinger og rådgiving fra et spesialisert miljø kan bidra til konfliktløsning.

Sunnaas sykehus har klinisk kompetanse for å gjennomføre vurderinger av høy kvalitet, samtidig som man har etablert forskningskompetanse på pasientgruppen over tid. Sykehuset har søkt om å få status som regionalt kompetansesenter i helseregion Sør-Øst for denne pasientgruppen. Søknaden er under vurdering. Som ledd i denne tjenesten skal ikke nødvendigvis alle aktuelle pasienter legges inn ved sykehuset, men personell med lang erfaring vil kunne bistå ved vurderinger og gi råd om videre tiltak også gjennom ambulant virksomhet der pasienten befinner seg. I 2012 og 2013 mottar vi dessuten midler fra Hel-

sedirektoratet til et klinisk kompetansespredningsprosjekt vedrørende redusert bevissthet. Det pågår også forskningsprosjekter som retter seg mot både pasienter og deres pårørende.

Konklusjon

Pasienter i vedvarende redusert bevissthetstilstand etter alvorlig ervervet hjerneskaade i lokal helseomsorg, representerer en stor utfordring for kommunehelsetjenesten. Multiple medisinske komplikasjoner er kjennetegnende for pasientgruppen og vurdering av bevissthetsnivå er krevende. Det er vårt inntrykk at fastleger eller tilsynsleger på sykehjem og andre kommunale institusjoner kan savne et sted å henvende seg vedrørende denne pasientgruppen. Gjennom et pågående kompetanseprosjekt finansiert av Helsedirektoratet, jobber vi ved Sunnaas sykehus nå ambulant og utadrettet mot pasienter som har

behov for utredning og råd om tiltak. Allmennleger og andre som kjenner til aktuelle pasienter der det er behov for spesialistvurdering eller –veiledning oppfordres til å ta kontakt.

REFERANSER

1. Løvstad, M., Andelic, N., Knoph, R., et al. Rate of disorders of consciousness in a prospective population-based study of adults with traumatic brain injury (Article in press).
2. Løvstad M, Anke A Schanke A-K. Alvorlig redusert bevissthet etter ervervet hjerneskaade: Nevrobiologiske mekanismer og forutsetninger for korrekt diagnostikk. I: Fladby T, Andersson S, Gjerstad L, red. Nevropsykiatri. Metoder og kliniske perspektiver. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2012: 175–83.
3. Løvstad M, Frosli K F, Giacino J T et al. Reliability and diagnostic characteristics of the JFK coma recovery scale-revised: exploring the influence of rater's level of experience. *J Head Trauma Rehabil* 2010; 25: 349–56.
4. Schnakers C, Vanhaudenhuyse A, Giacino J T et al. Misdiagnosis of the vegetative and minimally conscious state. *BMC Neurol* 2009; 9–35.

■ SOLVEIG.LAEGREIDHAUGER@SUNNAAS.NO ■ FRANK.BECKER@MEDISIN.UIO.NO ■ MARIANNE.LOVSTAD@SUNNAAS.NO

Masseundersøkelsen mot livmorshalskreft

God informasjon gir reell reservasjonsrett

21.6.2013 vedtok Stortinget en endring i helseregisterloven som innebærer at kravet til samtykke vil bli erstattet med en rett til å reservere seg mot lagring av personopplysninger i Kreftregisterets screeningprogrammer. For å sikre en reell reservasjonsrett, må hver enkelt kvinne få informasjon om denne. Endringen i helseregisterloven trer i kraft 1.1.2014.

Masseundersøkelsen mot livmorshalskreft (Masseundersøkelsen) sendte i slutten av november 2013 brev til alle landets fastleger og gynekologer med informasjon om lovendringen og om hvordan vi kan sørge for at informasjonen når alle kvinner.

Informasjon om reservasjonsretten finnes i påminnelsesbrevene, informasjons-

brevet som sendes kvinner det året de fyller 25 og er lagt ut på vår nettside. For at vi skal kunne nå alle kvinner med denne informasjonen, har Masseundersøkelsen etablert tilleggssrutiner for å oppfylle informasjonsplikten, som også er i tråd med de uttalelser legeföreningen har kommet med om forutsetninger for en reell reservasjonsrett.

Masseundersøkelsen har utarbeidet et informasjonsskriv med reservasjonsskjema som skal leveres alle kvinner som tar celleprøve. Informasjonsskrivet vil følge som eget vedlegg til remissene, og vil gjenfinnes i den elektroniske journalen. Informasjonsskrivet vil dessuten enkelt kunne skrives ut fra Masseundersøkelsens nettside <http://www.kreftregisteret.no/livmorhals> for det tilfellet at forannevnte rutine ikke er kommet på plass innen 1.1.2014. I tillegg til muligheten til å reservere seg ved å fylle ut reservasjonsskjema og sende det pr. post, er det mulig å reservere seg elektronisk via

www.kreftregisteret.no/reservasjon ved å benytte BankID, Buypass eller Commfides.

Masseundersøkelsen har også sendt ut en plakat sammen med brevet som ble sendt til fastleger og gynekologer i november. Det er ønskelig at plakaten henges opp på legekantorene slik at kvinner allerede før undersøkelsen kan få informasjon om retten til å reservere seg, og samtidig bli minnet om hvor viktig det er å ta celleprøve fra livmorhalsen regelmessig.

Masseundersøkelsen har bidratt til effektiv forebygging av kreft og kreftdød. Dødeligheten av livmorshalskreft er halvert i de siste tjue årene, og for å videreføre dette arbeidet er vi helt avhengige av et godt samarbeid med landets fastleger og gynekologer. Vi ser helt klart at endringen innebærer en ekstra utfordring i en travel hverdag, men håper at fastlegene og gynekologene har forståelse for at deres bidrag er nødvendig for å sikre at informasjonen når frem til den enkelte kvinne.

Til våre abonnenter

I forbindelse med hver utsendelse av *Utposten* får jeg mange av utgavene i retur med beskjed fra Posten om at adressaten er ukjent, eller at det er utilstrekkelig adresse.

Hovedgrunnen er at Posten har byttet postnummer veldig mange steder i landet.

Jeg blir derfor veldig glad hvis dere som har fått nytt postnummer, sender meg en liten mail om dette så jeg får rettet det opp i arkivet.

Så er det en annen utfordring og det er at vår bank har nå sluttet å sende ut innbetalingsbilag til oss i posten. Disse skal kunne hentes på nettet ut fra kontoutskriften.

Men alle bilagene kommer dessverre ikke med på bankens nettsted/arkiv.

Det betyr at jeg kan «miste» noen betalte abonnementsinnbetalinger. Dette er ikke så bra, for da får jeg heller ikke registrert

betalingen, og sender da unødvendig purring til dere.

Jeg jobber med dette, og håper at jeg i samarbeid med banken vil få til en kvalitetssikret løsning. I mellomtiden håper jeg at dere er litt tålmodige med meg.

Vennlig hilsen

Tove Rutle
redaksjonssekretær

MAIL ADRESSE: rmrtove@online.no

Nidaroskonferansen

– årets primærmedisinske

■ TOM SUNDAR • Utpostens redaksjon



gressen myldreplass



Bortimot 1200 leger og medarbeidere valfartet til Trondheim i slutten av oktober, da Nidaros-kongressen for 13. gang kunne by på en bred faglig meny og et spennende sosialt program. Den ukelange stormønstringen innfridde forventningene – med Radisson Blu Royal Garden Hotel som hovedarena.

Under mottoet *Sammen skal vi lege* ble Trondheimskongressen arrangert 21.–25. oktober. Programmet omfattet til sammen 28 kurs, herunder to grunnkurs i allmennmedisin og ett i samfunnsmedisin. I tillegg var det frie foredrag med over 20 bidragsytere, daglige plenumsamlinger samt ulike workshops. Om kvelden var det ulike sammenkomster så som «Get together»-samlinger og øl- og vinkurs. Med andre ord: noe for enhver smak.

Nidarosgjesten

Blant plenumsforeleserne var årets Nidarosgjest, professor i allmennmedisin Bohumil Seifert ved Karls Universitet i Praha. Seifert har vært ledende i arbeidet for å fremme allmennmedisin som et akademisk fag i Tsjekkia – og i Europa er han kjent fra en rekke faglige fora. I juni i år ledet han organisasjonskomiteen for WONCA World Conference, som ble arrangert i Praha.

I sitt plenumsforedrag understreket han behovet for en robust primærhelsetjeneste, i tråd med den avdøde amerikanske legen Barbara Starfields visjoner. Seifert brukte det engelske uttrykket «great synthesizers» for å karakterisere allmennlegenes koordinerende rolle i et stadig mer spesialisert og dermed også fragmentert helsevesen. Han beskrev utviklingstrekk i tsjek-

Lyttende tilhørere under plenumsforedraget ved årets Nidarosgjest professor Bohumil Seifert fra Praha.

kisk primærmedisin i tiden etter den kalde krigen, fra 1989 til i dag – og var tydelig på at allmennmedisin ikke er noen «annenrangs» spesialitet. Selv om tsjekkerne har færre økonomiske ressurser å spille på enn det vi har i Norge, gjør allmennlegene en formidabel innsats. Imidlertid er allmennpraksis preget av «forgubbing» og det må derfor satses mer på å rekruttere unge leger, påpekte Seifert. Dette er en diskusjon som er parallell med den vi har her hjemme – og utfordringene er gjenkjennbare.

Hetlevik fikk Nidarosprisen

Det er bestandig spenning og forventning knyttet til hvem som blir tildelt Nidarosprisen – en hedersbevisning for faglig allmennmedisinsk innsats, spesielt innen utdanning, informasjon og fagutvikling. Irene Hetlevik, professor i allmennmedisin ved Allmennmedisinsk forskningsenhet ved NTNU, fikk velfortjent årets pris. Hun tok doktorgraden i 1999 på et arbeid om kliniske retningslinjers rolle ved kardiovaskulær risikointervensjon i allmennpraksis, og har i en årrekke kombinert forskning med fastlegepraksis.

I sitt glitrende prisvinnerforedrag *Kunnskap på allmennmedisinens egne premisser*, påpekte Hetlevik at når vitenskap nærmest gjøres synonymt med objektive, kvantitative målinger på gruppenivå, blir kunnskapen depersonalisert: «Det blir kunnskap om en kropp som ikke har 'sitt liv' i seg – og det bidrar til tre store problemområder i allmennpraksis og samfunnet, nemlig medisinsk uforklarte tilstander, medisinsk risiko og multimorbiditet.»



Ny giv for samfunnsmedisin: Grunnkurset i Trondheim rekrutterte 60 deltakere, herunder kommuneleger, fastleger og leger fra tilsynsmyndigheter og helseforvaltning.

God stemning – som alltid – under festmiddagen!





Helge Garåsen, lege og kommunaldirektør i Trondheim, holder foredrag ved kurset i samfunnsmedisin.

Hun advarte mot «silotenkning» i medisinsk forskning, dvs. en oppstykket kunnskapsproduksjon – understøttet av ekspertgrupper, pasientforeninger og industrisponsorer – som avstedkommer en lang rekke risiko- og sykdomsdefinisjoner som blir tatt inn i kliniske retningslinjer: «Allmennleger må også regne med å bli målt i forhold til nasjonale retningslinjer. Å holde seg orientert og å lese det store antall retningslinjer som produseres innebærer et praktisk problem i en hverdag uten 'ubrukt reservekapasitet'. Siden helsetjenesten og befolkningen er prisgitt den kunnskapen som forskningen bringer fram, er det viktig at forskerne er seg bevisst at de skaper en virkelighet som de derfor er ansvarlige for.»

«Faget er ikke selvbegrensende i sin umettelige ekspansjon», påpekte Irene Hetlevik, som avsluttet med følgende oppfordring. «Kunnskapen overvelder faget og styrer fagets utøvere, spesielt i allmennmedisin der alt havner som det ikke er plass til på andre nivå – selv om husene er aldri så nye. Det er vår oppgave som kritiske fagutøvere – i akademi og klinikk – å begrense denne ekspansjonen. Og akademiet og kunnskapssystemet har størst ansvar – det er der den medisinske virkeligheten skapes.»

Sentrale temaer

Hva så med uken sett under ett? Kongressjef og fastlege i Trondheim Torgeir Fjermestad oppsummerer inntrykkene slik:

– Vi er godt fornøyd med plenumsforedragsholderne, som på en ypperlig måte fremstilte sentrale temaer i primærmedisin. Jeg må også nevne teamet i arrangørkomiteen – som fungerer godt sammen, både i planleggingen av kongressen og ikke minst under selve uka der vi med korte tidsfrister må finne løsninger på utfordringer som dukker opp. Vår opplevelse er at dette har vært en av de bedre Nidaroskongressene – når en vurderer summen av faglig og arrangementsteknisk innhold.

– Hva var du mest spent på, før kongressen?

– Hvordan vårt nye registreringsprogram ville fungere: Når man venter 713 deltakere på den første dagen i kongressuken, må flyten i registreringen være optimal og ventetiden minimal. Dette fungerer godt i år. At det tekniske systemet gjorde det enkelt å sende elektroniske meldinger til deltakere med informasjon om programmet, er en bonus. Vi vet av erfaring at deltakernes førsteinntrykk er avgjørende for helhetsopplevelsen, sier Fjermestad.



Prisvinner Irene Hetlevik flankert av kongressjef Torgeir Fjermestad og medlem av kongresskomiteen Brit Skarsvåg.

Prisvinnerne under Nid

Olav Thorsen fra Stavanger fikk årets **Løvetannpris**. I begrunnelsen heter det blant annet at han er full av store og vide visjoner, og det er ingenting som tyder på at han har begynt å bremse på tempoet. Doktorgraden er langt over halvveis og drømmen om et medisinsk fakultet i Stavanger er mer enn en fjern dagdrøm.

Skriventprisen gikk til Jannike Reymert, som har vært *Utposten*-redaktør i ti år. Men NFA la spesielt vekt på at prisvinneren først og fremst hadde utmerket seg med et intervju av allmennpraktikerkollega Michael de Vibe. «Oppmerksomt til stede» heter intervjuet, og står i *Tidsskriftet* nr 14 i år. Intervjuet viser hvordan tanker kan spres som ringer i vann, og lesningen gir både gjenkjennelse og ny læring.

Anette Fosse ble årets **vinner av forskningsprisen** og anerkjennes for å ha valgt det «endeligste» av alle medisinske og menneskelige emner, nemlig døden. Hittil har hun undersøkt hva som finnes – og hva som ikke finnes – av faglig kunnskap om emnet. Komiteen er sikker på at hun vil bidra til å utdype vår alles innsikt og forståelse med henblikk på hva døende mennesker og deres pårørende ønsker og trenger, og hva legers faglige ansvar for de døende kan innebære.

Anders Forsdahls minnespris gikk i år til Øystein Lappegard. Det begrunnes blant annet med at han har et langt og betydningsfullt praktisk, organisatorisk og etter hvert også akademisk virke som doktor og samfunnsmedisiner i norsk distriktshelsetjeneste. Han har utrettet en markant innsats for primærhelsetjenesten, først og fremst i det sørlige Norge, men etter hvert med ringvirkninger til hele distrikts-Norge.

Irene Hetlevik fikk **Nidarosprisen** 2013 for sitt arbeid og for sitt mangeårige engasjement som fastlege og som forsker innen norsk allmennmedisin. Hun er professor i allmennmedisin ved NTNU. Hun holdt et engasjert foredrag om farene ved overdiagnostikk i medisinen.

Øystein Lappegard fikk Anders Forsdahls minnespris, tildelt av Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Helen Brandstorp.



Prof. Irene Hetlevik (t.v.) fikk Nidarosprisen 2013. T.h. prisutdeler og medlem av kongresskomiteen Mona Størseth.



Laroskongressen i 2013



Årets «Løvetann»
Olav Thorsen
sammen med
prisutdeler Marit
Hermansen
fra NEA.

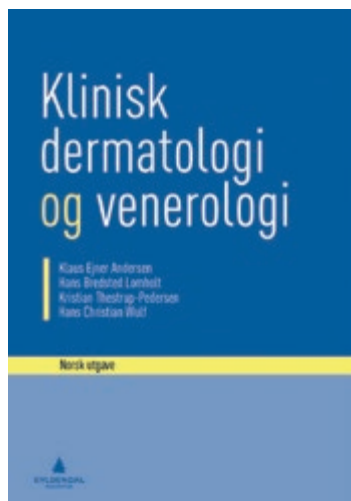
Anette Fosse ble tildelt AFUs forskningspris.



Jannike Reymert fikk NEAs skribentpris.



Oversiktlig og god lærebok i dermatolog og venerologi



Klaus Ejner Andersen, Hans Bredsted Lomholt, Kristian Thestrup-Pedersen, Hans Christian Wulf

Klinisk dermatologi og venerologi

NORSKE FAGKONSULENTER: Harald Moi og Cato Mørk
Gyldendal Norsk Forlag, 2013
270 sider / Bokmål
ISBN: 978-82-05-42553-8
PRIS: 545 kroner

Klinisk dermatologi og venerologi er en klassisk lærebok i hudsykdommer og venerologi. Den danske utgaven av denne boka har vært brukt i mange år av norske medisinstudenter. Den er nå kommet i ny utgave fra dansk hold, og den er oversatt og bearbeidet for norske forhold. Boka er skrevet av hudleger, og den skal dekke pensum i faget for studentene. Den norske utgaven er bearbeidet av Harald Moi og Cato Mørk.

Boken er oversiktlig, de 270 sidene er delt opp i 22 kapitler. Den dekker generell omtale av fagfeltet og relevant patofysiologi, behandlingsprinsipper, seksuelt overførbare sykdommer. Kapitlene er delt opp i ryddige underkapitler, det er mange faktabokser og en del tabeller og figurer. Det er gjennomgående mange fargebilder av god kvalitet, noe som er avgjørende for et visuelt fag som dermatologi. En ordliste på 12 sider er tatt med, og den kan være til god hjelp i jungelen av ord og uttrykk i hudfaget. Et fylldig stikkordregister er også inkludert.

Boken er kortfattet, lettlest og god. Forfatterne beskriver behandlingsprinsipper og i en del tilfeller mer detaljerte behandlings-

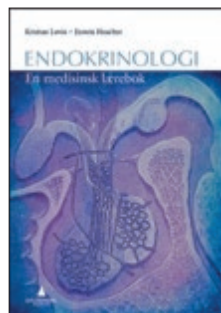
anbefalinger. Det er lagt vekt på de vanligste hudsykdommene, for eksempel en fylldig omtale av eksem, spesielt atopisk eksem. Kapittelet om seksuelt overførbare sykdommer er nokså omfattende. Sjeldnere hudsykdommer er også nevnt, ofte med et bilde, men ellers mer summarisk. Boken virker oppdatert. For eksempel er anbefalingene omkring antibiotikabruk hovedsakelig i samsvar med de nye retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten, men for eksempel for behandling av erytema migrans nevnes noe lavere dosering og kortere behandlingsvarighet enn i retningslinjene. Som i de fleste lærebøker gis det ikke litteraturreferanser, og det er heller ikke henvisning til supplerende lesning i de enkelte kapitlene. Imidlertid medfølger en oversikt over nettsider med gode kliniske bilder, noe som kan være nyttig.

Boken anbefales for medisinstudenter og for andre som ønsker en oversiktlig og god oppdatering på hudsykdommer og seksuelt overførbare sykdommer.

ANJA BRÆND

Lege og PhD stipendiat, Avdeling for allmennmedisin, HELSAM, UiO

Liten, nett og fargerik



Kristian Løvås, Eystein Sverre Husebye

Endokrinologi – en medisinsk lærebok

Gyldendal Norsk Forlag, 2013
248 sider
1. utgave
Bokmål
ISBN/EAN:
9788205449923

Jeg reiser ofte med fly – i perioder hver uke. Når jeg har pløyet gjennom medbrakte saksdokumenter fra ulike sammenhenger, er det deilig å ha noe annet å lese på, for eksempel *Morgenbladet* eller *Aftenposten*. Da jeg var i Alta tidligere i høst, hadde jeg med

meg *Endokrinologi – en medisinsk lærebok* av Eystein Husebye og Kristian Løvås, begge spesialister i endokrinologi ved Haukeland Universitetssykehus. Det var da en underlig bok å ha med på fly, kan du kanskje si, men med en pasientliste som består av mange kvinner i moden alder er endokrinologi høyst aktuelt i min legehverdag – særlig thyreoidealidelser. Denne boken fristet å ta med i bagasjen, nettopp på grunn av temaet, men også fordi den både var liten – og derfor fikk plass i håndvesken – og den var lett. Den hadde i tillegg et meget innbydende omslag i rosa og lilla; en hypofyse tegnet av professor i zoologi ved Universitetet i Bergen, Harald Kryvi.

På vei fra Alta begynte jeg å bla i boken, og det ga mersmak, så jeg fortsatte lesingen hele veien til Tromsø og videre til Kirkenes. Kapitlene er pedagogisk lagt opp: alle kapitlene innledes med en kasuistikk. Deretter kommer bakgrunnsopplysninger, symptomer og tegn, diagnostikk, behandling og til slutt løsningen på kasuistikken. Det er kortfattede og instruktive oppsummerin-

ger under hver hovedoverskrift. Spesielt interesserte kan fordype seg i endokrinologiens historie og om endokrinologiske prinsipper i bokens første kapitler.

Boken er i første rekke beregnet for medisinstudenter, men det står på omslaget at den også vil være nyttig for allmennpraktikere, sykehusleger i utdanningsstillinger og annet helsepersonell med spesiell interesse for endokrinologi. Alle kapitler har en hovedillustrasjon av Harald Kryvi. Han er en fantastisk illustratør, og jeg kjenner mange kolleger som har hans bilder hengende på veggen på sine kontor – meg inkludert. For øvrig er det i de fleste kapitler bilder av ulike tilstander samt andre illustrasjoner som er både lærerike og gode.

Bokens kortfattede, men enkle oppbygging gjør den velegnet også som oppslagsverk. Jeg falt med andre ord både for størrelsen, illustrasjonene og innholdet. Dette er en bok jeg kommer til å bruke i min praksis, og jeg anbefaler den også til andre fastleger.

MONA SØNDENÅ

De fleste hypothyreosepasienter fungerer godt

SVAR PÅ LESERBREV FRA FINN HANSEN

Budskapet i vårt innlegg om hypothyreosebehandling i *Utposten* nr. 2 tidligere i år, var å gi nyttig, oppdatert informasjon om alternativ behandling med Thyroxin i behandlingen av hypothyreose til pasienter som ikke blir symptomfrie. Formålet var først og fremst å gi konkret veiledning til dosering av T3 ved kombinasjonsbehandling og ved bruk av Armour/Erfa. Det har vært mye skepsis til utskrivning av T3 på grunn av bivirkninger, noe som kan unngås med riktig dosering.

Menneskets kropp har en meget fin justering av alle funksjoner og spesielt produksjon av hormoner som lages i små mengder. Den fine justeringen er dessverre meget vanskelig, hvis ikke utallige ved hormonsubstitusjon. Det finnes utallige publiserte forskningsartikler fra primære kilder. Resultatene og konklusjonene bør leses og tolkes med åpent syn.

At hypofysehormoner følger en circadian rytme er velkjent, meningen med dette er å tilpasse hormonnivået til aktivitet på dagtid og hvile på natten. Det er flere studier som viser at T4 og T3 har en circadian rytme med nadir verdi sent på kvelden/midtpå natten, andre studier har ikke vist noen rytme, mens en studie viser at T3-konsentrasjonen er høyere på kvelden og natten (viser til referanser i artikkel nevnt i Hansens brev: Russel et al. *JCEM* 2008 Jun; 93(6): 2300–6). Thyroxin har lang halveringstid. Derimot har T3 kort halveringstid og må derfor tas i små mengder og helst flere ganger i løpet av en dag. Vår kliniske erfaring er at de fleste pasientene ønsker å ta T3 på dagtid for å være bedre fungerende og helst unngå ubehagelige bivirkninger som hjertebank eller vanskelig innsøvnning ved sengetid. Naturlige thyroideahormoner skal også i utgangspunktet tas i to doser: morgen og ettermiddag. Enkelte pasienter foretrekker imidlertid kveldsdosering.

Mange studier har sett på effekten av T4+T3 sammenlignet med T4 i monoterapi, og resultatene varierer. Etter at vårt manuskript var akseptert, er det blitt publisert en cross-over-studie som sammenligner

T4 og T3 i kombinasjon ved hypothyreose – et behandlingsalternativ?

LEARS OMDAL • Endokrinolog (lege og medisin) ved Helse Nord (Thyroideaklinikk)
SARA HAMMERSTAD • Endokrinolog ved Helse Nord (Thyroideaklinikk)

Enkelte hypothyreosepasienter som fortsatt har symptomer tross adekvat levertyrosin (T4) behandling, kan trolig ha nytte av et lite T3-tillegg, i form av liothyronin. En prøveperiode på 3–6 måneder kan forsøkes hos utvalgte pasienter. Det er flere punkter en bør være oppmerksom på i forbindelse med slik behandling.

Mange følelser har etter hypothyreosebehandling som opplyst i åtte år med forstørret symptomer selv om T4-dosen er riktig størrelse. Hva er årsaken til symptomene? Mange av disse pasientene tar også et annet legemiddel.

Riktig størrelse T4-dose inneholder som vanligregel at TSH er innenfor en annen grense enn på 100–150. Det vanligste referansetallet for TSH er 0,1–0,5 mIU/L. Hos enkelte pasienter er TSH-tillegget (lithionin) som kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3. Det er viktig å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

Det er viktig å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

3. Psykiske symptomer: indremakt, angst og skilsmisse. Vi kan kalle disse CNS-triene, da de først utviklet i hypofyse. Kan det være årsaken til symptomene? Noen av disse er typiske symptomer som pasienter med hypothyreose presenterer, og de kan være vanskelig å se på uten å være oppmerksom på andre faktorer. Det er viktig å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

Det er viktig å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

Det er viktig å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

THYROIDEA



Potensiell gevinst i livskvalitet
 Avhengig av det presens av referanser til pasienter med hypothyreose presenterer det et utvalgt utvalg med T4 dose i optimal dosering, og vil ikke være T3 tillegg. Hvis en pasient med CNS-triene (T4) dose er optimalisert og symptomatisk, kan det være fordelaktig å prøve T3-tillegg. Dette er viktig å ikke å være oppmerksom på at T3 kan gi bivirkninger som hjertebank, søvnløshet, angst og andre symptomer som ikke er typiske for hypothyreose. Dette er viktig å være oppmerksom på ved behandling med T4 og T3.

REFERANSER
 1. Fardiaz S, Samaan S, Vahid R, Pasha S, Hamedy M, Prasad S, et al. *Thyroid dysfunction in the elderly: a review of clinical presentation, pathogenesis, and management.* *Thyroid* 2011; 21(12): 1303–13.

effekten av ekstrakt fra thyroidea (Armour thyroid) i denne studien) med Thyroxin i monoterapi (Hoang et al. *JCEM* 2013 May; 98(5): 1982–90). Studien viser ikke noe signifikant forskjell i allmennsymptomer eller kognitive symptomer, men signifikant flere foretrekk ekstrakt fra thyroidea versus Thyroxin, noe som var assosiert med vektreduksjon. Sjøberg-studien, en pilotstudie som inkluderte ni pasienter med hypothyreose, ble publisert i *2011* (Sjøberg et al. *Scand J Clin Lab Invest.* 2011 Feb; 71 (1): 63–7). De registrerte en stigning av T4 i spinalvæske, men ikke av T3. Forfatterne konkluderte med at blod-hjerne-barrieren er mindre permeabel for T3 eller at akselerering i omdanning av T3 fra T4 gjør at T3-konsentrasjonen er mer stabil. Det er godt kjent at T4 blir omdannet til T3 av dejonasene i hjernen. Hva disse resultatene betyr for behandling av pasientene med hypothyreose er uklart.

Det som er viktig å huske er at doseringen av T4 og T3, eller såkalt naturlig thyroideahormon, er svært individuell. At

I den 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 till!  Tove Rutle – lagleder

På jorden et sted...

Tusen takk for at jeg får anledning til å dele mine tanker rundt et særdeles vakkert dikt av Andre Bjerke.

Et dikt som ganske sikkert har betydd mye for mange, og svært mye for meg personlig.

Et dikt om håp!

I møtet med livets grenser som sykdom, død, tap og sorg har mennesker til alle tider spontant tydd til kunsten for å finne håp, tro, styrke og glede.

Ole Paus har uttrykt det vakkert i en av sine mange oversettelser:

Smi meg et sverd av all min tro, smi meg et skjold av all min tvil.

Gi meg et spyd, jag skyggene bort, gi meg en himmelvogn av ild.

Det er en slagmark i min sjel, jeg holder ut, jeg holder stand. (ENGELSK TEKST: WILLIAM BLAKE)

Ja, vi holder ut, vi holder stand.

Våre iboende krefter hjelper oss til det!

Takk og pris!

Kunsten hjelper oss, og de beste ordsmedene blant oss uttrykker seg best når det gjelder som mest.

Andre Bjerke (1918–1985) har hjulpet oss med mange av sine dikt, og her er et som gir håp til oss alle.

PÅ JORDEN ET STED

Tro ikke frosten som senker en fred av sne i ditt hår.

Alltid er det på jorden et sted tidlig vår.

Tro ikke på mørket når lyset går ned i skumringens fang.

Alltid er det på jorden et sted soloppgang.


ANDRE BJERKE

Stafettspinnen går videre til en erfaren og god kollega i min nabokommune Asker, – Astri Marie Dolva.

God hilsen fra

MARIANN R. MATHIESEN



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!

Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorene

Fra 2011 til 2012 deltok 29 legekantorer fra Troms i nord til Agderfylkene i sør i systematisk forbedringsarbeid i regi av prosjektet SAK (senter for allmennmedisinsk kvalitet) finansiert av Kvalitetssikringsfondet i Legeforeningen. Legekantorene ble inn delt i 9 læringsnettverk hvor flere kontorer jobbet sammen om å forbedre kvaliteten av egen praksis. Legekantorene forpliktet seg til at hele legekantoret skulle delta i arbeidet og at minimum tre fra hvert kontor skulle delta på fellessamlingene i læringsnettverket. Før oppstart ble det på hvert kontor gjennomført en kartlegging av hvordan legekantoret var organisert ved bruk av metoden Maturity Matrix (1). Dette dannet grunnlaget for hva hvert kontor bestemte seg for å jobbe med og ble gjort i fellesskap av legene og medarbeiderne med temaer som engasjerte.

Legekantorene valgte ulike temaer. De to vanligste ble prosedyrer og implementering av kunnskapsbasert praksis. Flere kontorer valgte flere temaer og jobbet parallelt med det. Noen har beskrevet dette i innlegg under *Utpostens* kvalitetsstafett (2, 3, 4).

Hvert læringsnettverk hadde to veiledere, enten to leger eller en lege og en medarbeider. De hadde fått opplæring i veiledning av forbedringsprosesser på et todagers kurs. I hvert læringsnettverk ble det gjennomført tre fellessamlinger fra tre til fem timer. Legekantorene skulle jobbe med forbedringsarbeidet mellom samlingene og hadde kontakt med veilederne gjennom mail, telefon og møter etter behov.

Fellessamlingene på tre til fem timer er vesentlig mindre tid enn det som er vanlig i læringsnettverk. Prosjektgruppa i SAK vurderte at flere legekantor da ville kunne prioritere deltakelse da korte samlinger i liten grad ville gå ut over deres tilgjengelighet.

Rapporten «Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorene» (5) beskriver erfaringene fra læringsnettverkene og hvordan det hele ble organisert. Ved gjennomgang av rapporten kan en få innspill til kvalitetsarbeid ved eget legekantor. Den kan bestilles fra Legeforeningen eller lastes ned: <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norskforening-for-allmennmedisin/Senter-for-allmennmedisinsk-kvalitet1/Rapport-fra/>

Undertegnede var veileder for to læringsnettverk. Det var både spennende, interessant, morsomt og lærerikt. Det er annerledes å veilede et legekantor med både leger og medarbeidere enn å veilede enkeltleger eller kollegagrupper. I veiledning av leger er fokus ofte det rent medisinsk-faglige knyttet til en konkret pasient. I veiledning av legekantorene ble det mest fokus på det organisatoriske rundt pasientbehandlingen, hvem gjør hva og hvordan gjøres det. Medarbeiderne har større oversikt over hele kontoret enn den enkelte lege da de ser hvordan alle legene jobber. Det var flere leger som gjennom diskusjonene fikk høre om rutiner på legekantorene som de ikke var klar over. Rutiner som medarbeidere hadde laget for å kunne håndtere legers ulik håndtering av samme problematikk, eller «sånn gjør vi det her-rutiner» som ingen visste opprinnelsen til. Det ble ofte a-ha opplevelser og erkjennelser kombinert med latter. Da flere kontorer jobbet nettopp med prosedyrer var dette gode refleksjoner.

Det å besøke flere legekantor, komme på «innsiden» og se kulturen til hvert kontor ble for meg som veileder lærerikt. Det kom fram mye stolthet over eget kontor, hva de jobbet med og hvordan de klarte det i en travel hverdag. Gode dialoger, åpenhet og gjensidig respekt kombinert med en overordnet vilje til å yte bedre tjenester var en



drivkraft hos mange. I rapporten er både veilederne og deltakernes erfaringer gjengitt. Her er det mye god lesning – og det kommer fram at kvalitetsarbeid skaper bedre samhold og kan være moro!

Det blir spennende å se hva som skjer i arbeidet med å organisere et Senter for allmennmedisinsk kvalitet. Legeforeningen jobber med dette. En av veilederne i SAK-prosjektet uttalte: «Skal læringsnettverk bli en basis for kvalitetsarbeid ved norske legekantorer, er en helt avhengig av at det blir etablert en institusjon som kan være ansvarlig for dette, blant annet med utdanning av veiledere.

KRISTIN PRESTEGAARD
Fastlege Gulset legekantor

REFERANSER

1. Prestegaard K. Thesen J, Løchen E. Felles refleksjon over kvaliteten på eget legekantor. *Utposten* nr. 6/2010.
2. Johansen S. Læringsnettverk. Verktøy for å analysere pasientdata. *Utposten* nr. 6/2012.
3. Lyngstad I. Tilgjengelighet er en viktig kvalitet. *Utposten* nr. 4/2012.
4. Andersen G. Fra primitiv til avansert virksomhet. *Utposten* nr. 3/2012.
5. Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorene. Rapport. Den norske legeforening februar 2013.



Nord-Norge Tlf. 77 64 58 90 Sør-Øst Tlf. 23 01 64 00
Midt-Norge Tlf. 72 82 91 00 Vest Tlf. 55 97 53 60

www.rells.no

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

Nedtrapping og seponering av SSRI før fødsel

SPØRSMÅL TIL RELIS

En kvinne som er gravid i andre trimester bruker en selektiv serotoninreopptaks- hemmer (SSRI) mot depresjon. Legen hennes lurer på hvor lenge før termin hun må seponere legemidlet for å unngå at det nyfødte barnet får neonatale adaptasjonssymptomer. Og når bør nedtrapping starte?

Neonatale adaptasjonsproblemer

Neonatale adaptasjonsproblemer oppstår hos 10–30 prosent av nyfødte som er blitt eksponert for SSRI i siste del av graviditeten (1). Symptomene er vanligvis milde og går over av seg selv i løpet av noen få dager. Barna kan blant annet bli irritable, døsige, gråte mer, ha vansker med å die og regulere kroppstemperaturen. I enkelte tilfeller kan symptomene bli mer alvorlige og kreve behandling (2–4).

Det er uavklart hvorfor og hvordan slike adaptasjonsproblemer oppstår. Flere mulige mekanismer er foreslått, og seponeringsreaksjoner er bare én av dem (2). Symptomer som lavt Apgar-skår, irritabilitet og agitasjon er imidlertid også sett hos nyfødte til deprimerede mødre som ikke har brukt antidepressiva. Derfor er det vanskelig å vurdere i hvilken grad den psykiske sykdommen hos mor bidrar til de neonatale reaksjonene (2, 4, 5).

Seponering – riktig løsning?

Flere kilder angir at det i siste del av graviditeten bør foretas en nytte-risikovurdering, og i noen tilfeller forsøkes nedtrapping

av SSRI dersom tilstanden til den gravide tillater det (2). Blant annet skriver et av standardverkene at dosereduksjon eller opphold i behandlingen i dagene før fødsel kan diskuteres med pasienten hvis det er mulig ut fra hennes kliniske tilstand (6).

Ifølge UpToDate er det ikke dokumentert at nedtrapping eller seponering av antidepressiva nær termin er nødvendig, trygt eller effektivt for å forhindre forbigående neonatale symptomer. En slik praksis vil derimot kunne øke risikoen for at den psykiske lidelsen til mor forverres (7). Det svenske legemiddelverket fremhever i tillegg at depresjoner gjerne blir mer uttalt mot slutten av graviditeten og i de første månedene etter fødselen, noe som taler mot å seponere SSRI før fødsel ved moderat eller alvorlig depresjon (8).

Kan vurderes i spesielle tilfeller

Også andre artikkelforfattere er tilbakeholdne med å anbefale dosenedtrapping eller seponering hos gravide som trenger behandling (3, 5, 9). Enkelte åpner likevel for å vurdere å trappe ned dosen eller seponere hvis legemiddelbehandling ikke lenger er indisert (9). Det samme gjelder hvis den gravide selv har et sterkt ønske om å avslutte behandlingen og ikke lenger har symptomer. Avgjørelsen vil da avhenge av kvinnens sykehistorie (5). Det er utarbeidet egne flytskjemaer som kan være til hjelp for leger som står overfor slike vurderinger (5,9).

Mange gravide kan være engstelige for at medisinene de bruker kan være skadelige for barnet, og av den grunn ønske å avslutte behandlingen. Det er derfor viktig å gi

kvinnen god informasjon slik at hun kan føle seg trygg under behandlingen. Det er også viktig at gravide som trapper ned eller avslutter behandling med antidepressiva får tett oppfølging både underveis i svangerskapet og i barseltiden.

Når starte nedtrapping?

Ved søk i PubMed har vi ikke funnet dokumentasjon på når gravide eventuelt må seponere SSRI for å unngå at barnet får neonatale seponeringssymptomer. Det finnes en studie som har sammenlignet forekomsten av neonatale symptomer hos barn født av kvinner som har seponert SSRI to uker før fødsel med barn hvor mor har brukt SSRI helt frem til fødselen. Det ble ikke funnet noen signifikant forskjell mellom de to gruppene (10). Det er dermed ikke dokumentert at det å seponere SSRI i tiden like før fødsel reduserer risikoen for neonatale reaksjoner (2, 10).

Standardverkene RELIS konsulterer ved spørsmål om legemidler til gravide, gir heller ingen konkrete forslag til når en eventuell dosereduksjon og seponering av SSRI bør starte. Generelt bør nedtrapping av et hvert antidepressivum som har vært brukt i minst fem uker, skje gradvis over minst fire uker for å unngå seponeringssymptomer (5). Ettersom det normalt er uvisst når fødselen vil skje, vil det i praksis være vanskelig å beregne når en slik nedtrapping eventuelt bør starte og på hvilket tidspunkt legemidlet bør være seponert.

For å ta et eksempel: Et normalt svangerskap varer mellom 37 og 42 uker. Hvis legemidlet etter nedtrapping seponeres i uke 37, men kvinnen ikke føder før i uke 42, må



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

hun klare seg helt uten SSRI i fem uker, noe som kan øke faren for tilbakefall. Ved reoppstart med legemidlet vil det i tillegg kunne ta tid før kvinnen får effekt av legemidlet.

Vi har også diskutert de praktiske aspektene ved en eventuell nedtrapping og seponering med en fagperson innen bruk av legemidler hos gravide og ammende. Hun støtter betraktningene over. Dersom behandlingen skal stoppes før fødsel, vurderer hun det som mest hensiktsmessig å ta

utgangspunkt i termindato. Det er imidlertid viktig å ta hensyn til kvinnens sykehistorie og om eventuelt tidligere fødsler gir grunn til å forvente at fødselen vil skje tidligere/senere. Dette vil si at en eventuell nedtrapping av SSRI bør starte senest fire uker før termindato (12).

Konklusjon

Det er ikke godt dokumentert at nedtrapping eller seponering av antidepressiva

nær termin er nødvendig, trygt eller effektivt for å forhindre forbigående neonatale symptomer. I likhet med flere artikkelforfattere, mener RELIS at risikoen for mor ved å seponere SSRI i de aller fleste tilfeller er større enn den eventuelle nytten for barnet. Dersom den gravide og hennes lege likevel beslutter å trappe ned og etterhvert seponere et SSRI, bør dette gjøres gradvis over minst fire uker. Med utgangspunkt i termindato vil det si senest i svangerskapsuke 36.

REFERANSER

1. Koren G, Nordeng H. Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio. *Am J Obstet Gynecol* 2012; 207(3): 157–63.
2. Nordmo E, Giverhaug T. SSRI og graviditet. http://www.relis.no/Publikasjoner/2013/SSRI_og_graviditet (28. januar 2013).
3. Nordeng H, Spigset O. Treatment with selective serotonin reuptake inhibitors in the third trimester of pregnancy: effects on the infant. *Drug Saf* 2005; 28(7): 565–81.
4. Kieviet N, Dolman KM et al. The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatr Dis Treat* 2013; 9: 1257–1266.
5. Yonkers KA, Wisner KL et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* 2009; 31(5): 403–13.
6. Schaefer C, Peters P et al., editors. *Drugs during pregnancy and lactation* 2007; 2nd ed.: 295–6.
7. Misri S, Lusskin SI. Depression in pregnant women: Management. In: *UpToDate* www.helsebiblioteket.no/ (Sist oppdatert: 22. januar 2013).
8. Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av depression i samband med graviditet – behandlingsalternativ och risker. <http://www.lakemedelsverket.se/ssrigravid> (Sist oppdatert: 1. februar 2012).
9. Sie SD, Wennink JMB et al. Maternal use of SSRIs, SNRIs and NaSSAs: practical recommendations during pregnancy and lactation. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2013; 98(2): F180.
10. Warburton W, Hertzman C et al. A register study of the impact of stopping third trimester selective serotonin reuptake inhibitor exposure on neonatal health. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121: 471–9.
11. Larsen BM, Myhr K. Starte opp og slutte med et antidepressivum – like lett? *Norsk Farm Tidsskr* 2011; nr 3: 18–9.
12. Professor. Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo, pers.medd. (20. mars 2013).

HELLE LINDLAND-TJØNN
Rådgiver, master i farmasi

GRO CECILIE HAVNEN
Rådgiver, cand. pharm.

RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus, Ullevål

Se meg, doktor



ILLUSTRASJONSFOTO: SXC

Det er viktig for alle mennesker å bli sett. Hvis du som er lege ikke ser meg, blir jeg «liten». Og hvis ingen ser meg, blir jeg tilslutt «borte» – i hvert fall har jeg opplevd det slik. Da blir jeg borte for andre også. Når jeg er sårbar, er behovet for å bli sett og tatt på alvor kanskje enda større.

Vonde opplevelser kan gi sår i sjelen som ikke har så lett for å gro. Det erfarte jeg i mine unge år. Det som kanskje var vel så skadelig, var at de jeg trengte skulle se meg, ikke gjorde det. Jeg ble alene med mine vanskeligheter. Og det «tryggeste» var å forbli usynlig.

I tidlig skolealder hadde jeg en del fysiske plager, uten noen opplagt årsak. Moren min tok meg etter hvert til legen, som undersøkte meg og stilte spørsmål. Jeg kan fortsatt huske hvor sjokkert jeg ble da han til slutt – i en bisetning – spurte: «Og hvordan har du det på skolen, da?» Jeg har mange ganger tenkt på hvor annerledes situasjonen kunne blitt, hvis han hadde sett på meg og ikke på blokka si, da han stilte spørsmålet: Ville han lagt merke til ansiktsuttrykket mitt, sett at jeg rykket til av spørsmålet, og kanskje forstått at han var inne på noe vesentlig? Men legen så på blokka si, og forskrev en kur med banan og raspete epler i noen dager.

Da jeg senere søkte hjelp for første gang, var jeg 17 år – og et «brent barn». Ingen oppnådde tillit hos meg bare ved å inneha en fin yrkestittel. Det måtte mer til. Den legen jeg til slutt valgte å henvende meg til, var en bekjent av familien. Grunnlaget for tilliten lå i noen uformelle møter vi hadde hatt, selv om vi ikke hadde snakket så mye. Jeg var innadvendt og engstelig, men han snakket alltid på en respektfull måte som ga meg trygghet – og håp – om å bli sett og forstått. Han ble min første fastlege, men var også et godt medmenneske hver gang det røyntet på som verst. Det var som han reddet livet mitt den gangen, gjennom sin tilstedeværelse og raushet – og fordi han så meg, ikke bare symptomene. I ettertid har jeg tenkt at jeg var «en krevende oppgave» for ham, men han lot meg aldri føle det slik. Han er en ildsjel, som fremdeles gir av sin tid.

Da jeg som ung voksen flyttet fra hjembygda, fortrengete jeg fortiden. Men dagbøkene fra de vanskelige årene tok jeg med

meg. Innholdet i dem var det bare min gamle fastlege som kjente til. I 30-årene begynte fortiden å innhente meg igjen, og blandet seg med nåtiden. Til sist var den emosjonelle blåknuten blitt så tuggete at den medførte en psykisk knekk. Det var vondt at ingen visste hvordan jeg hadde hatt det, og jeg begynte å bli lei av å skjule det. I et innfall av overmøt en forsommerdag, pakket jeg dagbøkene i en eske og sendte dem til en kjent psykiater. Jeg fulgte pakken via sporing og så at den ble hentet ut. Det gikk ikke mange kvarterene før jeg hadde fått følgende mail i innboksen: «Takk for overraskende post – og tilliten. Pakken er, som du forstår, vel fremme. Lest skal det bli i løpet av sommerdagene. Og hold gjerne kontakt med meg i dette mediet.»

Jeg var blitt sett – og tatt på alvor. Det gjorde meg tryggere, og i stand til å dele med flere hva jeg hadde slitt med.

Jeg er egentlig ikke så glad i å gå til legen, og er flink til å overse og se an det meste av kroppslige plager – spesielt alt som ikke gir feber og sikre tegn på at det «er noe». I voksen alder fikk jeg en psykisk knekk; jeg kjente etter hvert igjen symptomene – uten å makte å gå til legen. Etter hvert fikk jeg kroppslige plager; synet fungerte ikke som det skulle, hendene glapp ting jeg tok i, beina sviktet under meg, svimmelheten kom oftere, jeg glemte ting og var ofte så fysisk utmattet at jeg bare hadde lyst til å sove. Jeg var bekymret, og bestilte til slutt time hos lege. Jeg forsto med en gang at jeg kunne spart meg for besøket. Legen var så uinteressert. Blodtrykket var fint, sa han, men svimmelheten som jeg så vidt husket å nevne, klarte jeg ikke å gjøre nærmere rede for. Og ettersom legen ikke spurte, unnlot jeg å nevne de andre plagene. Det kjentes bare pinlig. Han foreslo at jeg «kanskje bare» var depressiv. Jeg ble egentlig litt imponert over at han «traff» – men turte ikke å fortelle noe om min historie. Alle blodprøvene var for øvrig fine, viste det seg, og jeg ble friskmeldt uka etter.

En tid seinere sendte jeg en e-post til min gamle fastlege: «Enten er jeg syk eller hypokonder – og be meg ikke gå til legen, for det har jeg prøvd.» Han rådet meg til å forsøke psykomotorisk fysioterapi, og etter to år med jevnlig behandling var jeg faktisk kvitt en del av plagene.

Min nye fastlege traff jeg først i jobbsammenheng. Jeg skjønnte umiddelbart at han ville egne seg. Førsteintrykket var solid; håndtrykket, blikket og vesenet hans var ikke til å ta feil av. Men listen hans var (selvfølgelig) full, og jeg ante ikke hvordan jeg skulle klare å kontakte han da det igjen røyntet på. Det endte med at jeg midtveis i ei strevsom natt, sendte han en pm via facebook. Neste dag kom svaret jeg ikke hadde turt å håpe på: «Hei, det var en modig melding. Jeg ringer deg, ok?»

Jeg kaller min fastlege fantastisk. Antagelig er han bare godt oppdratt, og har selvsikt nok til å vite hvordan han fremstår. Han håndhilses, gir blikkontakt, er vennlig, småsnakker og jeg føler at han har tid til meg. Det er egentlig ikke mer som skal til. Og likevel er det nettopp det lille som er så stort, at det utgjør hele forskjellen. Resultatet er tillit og trygghet slik at jeg klarer å dele det som er vanskelig og som jeg aller helst vil skjule. I tillegg har han gitt meg en e-postadresse, så han er lettere tilgjengelig.

Livet er underfundig. Veien blir til mens man går, og mye avhenger av hvilke mennesker man møter. Jeg hadde vært ganske hel lenge. Men bitene er blitt limt enda bedre sammen i møtet med disse hjelperne. Det kunne vært annerledes. Dagbøkene kunne kommet i retur, meldingen på facebook kunne blitt oversett, og min gamle fastlege hadde ikke behovd å ta imot meg den dagen jeg kontaktet han igjen, flere år etter han byttet jobb. Dette har gjort en stor forskjell for mitt liv.

Jeg forventer ikke at en lege skal være fantastisk. Den får være ildsjel som føler seg kallet og har kapasitet til det. Jeg tror man kommer et godt stykke på vei om man møter andre slik man selv ønsker å bli møtt. Kanskje er det så enkelt som det.

HEGE JOHNSEN