

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

1 2014
ÅRGANG 43

INTERVJU MED ELISABETH SWENSEN

Man må gjøre rede for seg

Demens hos innvandrere

Hvordan ta vare på pasienter
med flere kroniske lidelser?

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

0851 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

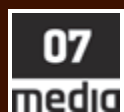
FORSIDE/2. OMSLAGSSIDE: Idar Lettrem

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: Noe nytt å SKILte med

Sigurd Høye

2 UTPOSTENS DOBBELTIME: – Man må gjøre rede for seg

Elisabeth Swensen intervjuet av Sigurd Høye

6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Utsatt, men ikke sikret?

Tiltak mot trusler og vold på legevakt

Tone Mørken og Ingrid H. Johansen

10 Demens hos innvandrere – noen utfordringer i praksis

Arild Aambo og Arnhild Valen-Sendstad

16 Hvordan får vi en helsetjeneste som respekterer og tar vare på pasienter med flere kroniske lidelser?

Nils Kolstrup og Gro Berntsen

20 Legemiddelgjennomgang og bedre legemiddelbruk

Steinar Madsen

24 Motivasjon for internettbasert kognitiv atferdsterapi ved hjelp av konsultasjonsstøtte: en kvalitativ studie

Maja Wilhelmsen, Kjersti Lillevoll, Mette Bech Risør, Ragnhild Høifødt, Mai-Lill Johansen, Knut Waterloo, Martin Eisemann og Nils Kolstrup

27 Raskere cellealdring etter vond barndom

Ane Brandtzæg Næss og Anna Luise Kirkengen

32 Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA

Elisabeth Mathilde Stura

36 Sykepleiere med primærlegeoppgaver – aktuelt i Norge?

Tom Sundar

38 Oppgaveglidning – fra fornuftig praksis til helsepolitisk virkemiddel?

Johan Torgersen

38 Legevurdering på nett – hva skal vi tro?

Utposten / Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

40 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING: Etniske forskjeller i diabetes og hjerte- og karsykdommer – en utfordring for fastleger

Anh Thi Tran

41 Kvalitetssikring av laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten

Siri Fauli Munkerud

42 Taushetsplikt overfor politiet. KOMMENTARER TIL EN DOM FRA HØYESTERETT

Anne Kjersti Befring

44 BOKANMELDelse: En stor, liten bok. Anmeldt av Eli Berg

44 BOKANMELDelse: Søvn. Anmeldt av Arne Fetveit

45 LESERBREV: Tre spørsmål til deg om amming

Gro Nylander, Beate Fossum Løland og Solveig Torp Holmsen

46 FASTE SPALTER

KVALITETSSTAFETTEN **46**

LYRIKKSTAFETTEN **48**

Noe nytt å SKILte med

Vi allmennleger driver forskjellig. Den samme vonde skulderen vil hos én lege lede til en trøstende samtale, hos en annen til medikamentell behandling for tendinitt. Begge alternativer kan være en riktig tilnærming. Mye forskjellig kan passe innenfor rammen av god og forsvarlig pasientbehandling i allmennpraksis. Men noe er også «på grensen», og noe er «over grensen». Innenfor det feltet jeg kjenner best – antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i norsk allmennpraksis – er det slik at den femtedelen av allmennlegene som forskriver antibiotika hyppigst, forskriver tre ganger hyppigere enn den femtedelen som forskriver antibiotika sjeldnest. Når det gjelder valg av antibiotikum er forskjellene enda større. Dette skyldes ikke at pasientpopulasjonene er forskjellige – det skyldes at behandlerne er forskjellige.

Vi har ulike vaner, uvaner, verdier, erfaringer og personligheter, som igjen gir ulikheter i behandlingsvalg, tidsbruk, takstbruk, henvisningspraksis, antibiotikaforskrivning med mye mer.

Ensretting er ikke noe mål i seg selv. Pasientene må imidlertid kunne forvente høy kvalitet og noenlunde forutsigbarhet på hjelpen de får, og tilsvarende må vi leger være sikret verktøy som kan bidra til høy kvalitet – og noenlunde ensretting.

Det norske allmennlegekorpset har gjentatte ganger sett behovet for kvalitetsforbedringsarbeid, og tatt nødvendige grep. Et svært viktig tilskudd på denne stammen er SKIL – Senter for kvalitet i legekontor. SKIL ble opprettet som et non-profit aksjeselskap i januar i år,

og eies av Legeforeningen, Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk samfunnsmedisinsk forening og Privatpraktiserende spesialisters landsforening. SKIL skal bidra til praktisk kvalitetsarbeid på legekontorene, gjennom dertil egnede verktøy.

Gode verktøy for kvalitetsforbedring finnes. Et eksempel er Kollegabasert terapiveiledning (KTV), utviklet av Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Gjennom formalisert diskusjon av egen forskrivningspraksis i etterutdanningsgrupper forbedret de over 400 deltagende allmennlegene sine forskrivningsvaner betydelig, innen områdene antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner og potensielt uhensiktsmessige legemidler til eldre.

Hvis SKIL klarer å videreutvikle og tilgjengeliggjøre slike verktøy, kan senteret bli for allmennlegene det Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirkosomhet utenfor sykehus) har blitt for laboratoriene i primærhelsetjenesten. Noklus har i løpet av drøyt 20 år blitt en nødvendig støttespiller på allmennlegekontorene, og er en viktig årsak til at kvaliteten på laboratorietjenestene er jevnt høy.

En suksessfaktor for både Noklus og KTV er sannsynligvis at allmennlegene opplever dem som en støttende venn, en «alliert», heller enn en overvåkende sjef. I balansen mellom mangfold og ensretting er dette veien å gå også for SKIL. Vi ønsker SKIL velkommen og lykke til!

SIGURD HØYE

– Man må gjøre

Elisabeth Swensen ■ INTERVJUET AV SIGURD HØYE

Har man forfattet en overskrift over sitt liv, må det jo også bli overskriften over portrettet.

Elisabeth Swensen, kommunelege, skribent og rabulist, er fortløpende opptatt av å gjøre rede for seg.

Til daglig er Elisabeth Swensen en lykkelig offentlig ansatt kommunelege i Seljord i 80 prosent stilling, med bistilling ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin ved Universitetet i Tromsø i de resterende 20 prosentene. Og mormor mye av den såkalte fritiden. Men i tillegg driver hun altså og gjør rede for seg. Hun omtaler seg selv som en maktkritisk entusiast på fagets vegne. Kombinasjonen av maktkritikk og entusiasme skaffet henne Løvetannprisen i 2011, og var nok også bakgrunnen for at hun ble bedt om å holde hovedforedraget under Primærmedisinsk uke (PMU) i 2012. Hun gjør aktiv rede for seg både på Twitter, på sin egen blogg og på Eyr, og hun har en fast spalte i *Klassekampen*. Akkurat nå har hun åpen mikrofon på Cafe Sara ved Akerselven øst i Oslo sentrum – et område hun kjenner godt etter året som avisbud for *Klassekampen* i studietiden.

– Min far var ganske sky, men når han følte seg presset eller ble nervøs snakket han mer, ikke mindre. Det kan jeg kjenne igjen. Han var opptatt av at vi barn måtte gjøre rede for oss. Det kan være plagsomt for tilhørerne, men det innebærer også en beredskap mot å forfalle til automatiske posisjoner.

Tjen folket

Elisabeth Swensen startet medisinstudiene i Oslo i 1972. På alle kull var det til dels store grupper av marxist-leninister. De gjenlevende fem medlemmene av Elisabeth Swensens ml-lag treffes fremdeles årlig og diskuterer politikk. Ikke færre enn fire av dem er allmennleger.

Elisabeth Swensen i en av sine komfortsoner: med vin på Cafe Sara. Hun bodde rett rundt hjørnet i studietiden.



rede for seg

– Vi skulle ut og tjene folket, det var pærolen. Vi hadde en formening om at vi skulle i tjeneste for noen. Samtidig var nok ønsket om å dra ut i distrikt preget av hippietidens ide om det enkle liv, med katt og kaniner. Jeg kom til Tokke i Telemark med utslått hår og uten BH og skulle bli venner med folket – men de ville jo ikke ha det. De ville ha en autoritet. Det var en bratt læringskurve på at rolle ikke er noe du gir deg selv, det er like mye noe andre gir deg.

Legekarrieren kunne blitt abortert før den kom igang – den unge studenten selvproletariserte seg underveis i studiet. Hun fikk jobb på en ammunisjonsfabrikk, til tannlegefarens store fortvilelse. Etter ett år ble hun »kalt tilbake«, som hun sier. ML-bevegelsen trodde 3. verdenskrig var rett rundt hjørnet, og da trengtes det leger med vilje til å yte en innsats for saken.

– Fastlegekorpset er lite bevisst på å tjene folket. Det kollektive mandatet har blitt borte. Man blir fornærmet når samfunnet i form av staten kommer og gir et oppdrag eller minner oss på at vi har en oppgave som er større enn den enkelte konsultasjonen.

Nettopp dette var hovedpoenget i det nevnte hovedforedraget på PMU i 2012. Under tittelen «Den Gud giver et embede» langet kommunelegen ut mot «et kollegium som forvalter sin definisjonsmakt til å iscenesette seg selv som ofre, krenkede og forfulgte». Tilbakemeldingene fra kollegiet var delte, som forventet.

– Jeg har mange diskusjoner gående, og jeg provoserer og utfordrer, men jeg har ikke mange uvenner. Jeg tror det handler om å holde dannelsen i hevd, å ferdes hø-

Lykkelig offentlig ansatt

Selv var Swensen en av få distriktsleger som valgte å forbli offentlig ansatt med fast lønn etter fastlegereformen – mest av prinsipielle årsaker, men også fordi hun

«*Jeg tror ikke jeg kunne forlatt praksis, da hadde jeg fort endt opp kun som en såkalt kritisk røst*»

ikke på noen som helst måte kunne tenke seg å drive butikk og telle opp kassen i helgene. Hun ble kalt en dinosaur, og hennes kontor var «et mausoleum for forgangne verdier». Nå opplever kommunelegen at det er hun som ler sist og best.

– Vi høster av det vi sådde. Vi har et vel fungerende legekontor, og pasientene som virkelig trenger helsehjelp strømmer på fra andre kommuner med dårligere fungerende legekontor. På vårt kontor har vi mange søkere til ledige stillinger, nabokontorene har ingen. Vi har fire måneder til videreutdanning med lønn hvert tredje år og sosialt sikkerhetsnett. Jeg tjener bra, har et godt forhold til ordfører og rådmann, og kan påvirke mitt lokalsamfunn. Hvem er det som har det sånn da? Jeg er en lykkelig offentlig ansatt, og det er viktig for min identitet.

Seljorddoktorer er etter hvert den mest erfarne allmennlegen i de seks kommunene i Vest-Telemark. Selv om hun ifølge ektemannen Ottar – bonde, Rødt-politiker og klimaforkjemper – reiser mye mer enn det kloden tåler, er lokaldistriktet den viktigste arenaen.

«*Det gjelder å finne de riktige sandslottene å rive ned*»

visk. Akkurat i denne saken opplever jeg at kollegiet, sammen med Legeforeningen, har vært med på å dyrke frem en mistro til de offentlige oppdragsgiverne, og det synes jeg er tulle. Vi er jo alle på offentlige kontrakter.

– Jeg ser på meg selv som et virksomt agens i Seljord ved at jeg har en posisjon hvor jeg kan hjelpe folk, også med det som ikke er åpenbart medisinsk. Jeg prøver å lære studentene som er her at de har en samfunnsposisjon som de i utgangspunk-

tet ikke erkjenner. Folk hører på oss og tillegger oss vekt. Det er en del av samfunnsoppdraget å gå inn i offentligheten, modellere, mene, lage verden. Vi har en veldig fin maktposisjon.

Hva er det beste du har gjort med makten?

– Jeg har utviklet et godt legekontor som folk føler seg trygge på, som folk oppsøker og som yter gode tjenester. Og jeg har klart å sette agenda i et offentlig ordskifte om saker jeg brenner for.

Født med skeptisk rynke

Hun kjenner sine gode og dårlige sider. I løpet av kvelden får vi høre hva hun er flink til: Å sy sår, føde barn og deretter passe dem, gjøre rede for seg, være nestleder. Men også hva hun ikke er så flink til: Å lede organisasjoner passer henne ikke. Å være bedriftsøkonom. Noen ganger synes hun nok også at hun snakker for mye.

– Det er en slags lyte jeg har, å prøve å komme alle i forkjøpet. Noen ganger skal man vel ikke gjøre rede for seg, for det er ingen som har spurt. Det har jeg tenkt på litt sent i livet. Det var ingen som spurte, men jeg svarte likevel.

Men hvorfor svarer du så ofte det motsatte av alle andre?

– Pappa sa jeg var født med en skeptisk rynke i pannen. Jeg synes aldri at alt er greit. Jeg begynner å produsere motforestillinger med en gang – og jeg kan ikke fri meg fra det. Utgangspunktet mitt kan nok være destruktivt, men jeg prøver å vri det til noe konstruktivt. Det gjelder å ikke rive ned alle andres sandlott, men heller finne de riktige sandlottene å rive ned. Der et ganske interessant å anlegge «et skeptisk blikk» på vårt yrke.

Betalt venn

Swensen kommer etter eget utsagn fra de



Elisabeth Swensen med sitt eldste barnebarn. – Jeg er veldig glad i dette bildet. Rollen som mormor er viktig. Man minnes daglig på slekters gang slik jeg bor.

snakkende klasser, og hun beviser det i løpet av kvelden. Men hun trives ikke bare med å snakke *til* – det virker som hun faktisk også liker å snakke med. Til og med å lytte.

– Jeg er veldig glad den litterære kvaliteten ved faget vårt: alle fortellingene, alt det folk kommer med. Min mann skjønner ikke hvordan det går an å hjelpe folk bare ved å snakke med dem. De kommer og snakker om at de er lei seg, sier jeg, og han sier Hæ!? Det er det rareste han har hørt. Men folk i vår tid tenker at legekantoret er det riktige stedet å komme hvis man har blitt skilt eller mistet jobben eller nesten hva som helst. Det er en tillitserklæring at folk kommer, synes jeg. Jeg kan gjerne være en betalt venn. For mange hjelper det at jeg bare lytter, eller at vi snakker sammen. Det er en form for normaliseringsarbeid, man gir tilbake en autorisert versjon. Min mest virksomme setning er «Sånn er det veldig

mange som har det!» Det er terapeutisk å innlemme folk i et fellesskap av likesinnede, å alminneliggjøre lidelsen.

Det var kanskje ikke å forvente, men alt i alt ser det ut til at hun tross sin ytringsiver trives vel så godt i klinikken som i polemikken. I tillegg til å lytte til pasientenes historier, liker hun den håndverksmessige delen av jobben er best.

– Det er fint å være i en praksis hvor jeg må sy, behandle, gjøre jobben. For meg har det vært veldig disiplinerende. Jeg tror ikke jeg kunne forlatt praksis, da hadde jeg fort endt opp kun som en såkalt kritisk røst. Det å gå på jobben og fjerne de inngrodde tåneglene, det tror jeg har vært veldig sunt for meg.

Ta på det som er vondt

– En erfaren allmennlege jeg kjenner sier til

studentene sine når de skal lære å undersøke pasienter at «du må ta på det som er vondt». Det kan også tjene som manual for intellektuell tankevirksomhet: «Forfølg ubehaget!», skriver Elisabeth Swensen på bloggen sin, i innlegget «Abortdebatten: en oppvisning i intellektuell unngåelsesatferd». Hvor hun selv står i reservasjonsdebatten burde være kjent, men i dette innlegget slår hun – omtrent – like mye i begge retninger. Poenget hennes er at man må våge å tenke tankene helt ut, selv om det kan være ubehagelig. Hun kritiserer sine med- og motdebattanter for å henfalle til automatiske og beskyttende posisjoner, begrunnet med henholdsvis parolen «Kvinner rett til egen kropp» og Bibelen.

Men hva med hennes eget ubehag – det virker ikke som hun har det så vondt i debattene hun deltar i?

– Det er nok riktig. Ofte er det sånn at når jeg stikker hodet frem og sier såkalt kontroversielle ting, så er det veldig trygt for meg. Jeg setter meg i posisjon til å få med meg de jeg vil ha, og de andre bryr jeg meg ikke så mye om. Min komfortsone er antagelig det å skjære litt ut. Når det blir for jovialt og samstemt, kan jeg bli engstelig og nesten reflekterisk sørge for å punktere idyllen. Ja, du kan få lov til å skrive det.

Hva er det da som er vondt for deg?

– Å innse at jeg har tatt feil. Å komme tilbake og si at jeg har endret syn. Reflektorisk vil de fleste heller bygge mer argumentasjon på toppen av en feil. Det er feigt. Selv har jeg endret syn når det gjelder tidligdiagnostikk av Downs syndrom, jeg gikk fra nei til ja. Det var vanskelig, og det trengtes mye tankearbeid, for jeg syntes japosisjonen var ganske fæl. Da den non-invasive testen kom, tenkte jeg at det kun var de rike som kom til å bruke den, mens den ikke ville være tilgjengelig for dem som ikke hadde vett eller råd til å skaffe seg den, og det var avgjørende for at jeg endret syn. Men å skrive om det, og åpent bekjenne at jeg vil åpne for å sortere bort downsbarn, det var vondt. Men jeg følte det som en plikt: Dette har jeg tenkt mye på, og når jeg har en spalteplass og en taburett, så må jeg prøve det ut for offentligheten. Da var jeg nervøs. Jeg visste ikke hvem jeg kom til å få med meg, og jeg var ikke så sikker på standpunktet heller. Det er jeg egentlig litt stolt av, for det var risikofyllt for meg.

Helt vanlig dame med dosett

Elisabeth Swensen har enda en overskrift over livet – og bloggen. «Ingen ting er van-

skeligere enn å yte kjensgjerningene rettferdighet». Noen kjensgjerninger har vært ekstra vanskelige å yte rettferdighet. I 2008 fikk den tidligere Telemarksmesteren i skiskyting sitt første hjerteinfarkt.

– Jeg ble veldig overrasket. Jeg er ikke spesielt sprek, men jeg har da sprunget maraton, og jeg har tre birkebeinermerker. Jeg kastet liksom infarkt over skulderen og tenkte at dette angår meg ikke, jeg fikk jo en stent. Men så fikk jeg hjerteinfarkt igjen i fjor høst, og da ble jeg lei meg. Jeg bekymrer meg ikke for døden, men dette var krenkende for min selvforståelse. Min utrolig flinke kropp som har født fire barn og løper så langt den vil og jobber som en hest, og så liksom infarkt! En gang til! Etter det første infarkt tok jeg kun platehemmere en stund, men nå har jeg dosett. Hver morgen og kveld ligger det en liten haug med piller der til meg. Det gjør noe med selvbildet, og det har jeg sikkert godt av. At jeg ikke er så innmari annerledes enn alle de andre. Vanlig. Det er en fornærmelse. En helt vanlig dame på 62 år med dosett. Det er helt forferdelig å tenke på.

Hvordan følte du deg før du innså at du var vanlig?

Litt sånn uovervinnelig. Ikke suveren, jeg har aldri toppet ting eller søkt makt. Men jeg har følt at ingen ting kunne knekke meg. Jeg har født unger som en katt, ikke fått særlig mye omsorg, gått på jobb, tatt mine vakter, greid ting på mine premisser. Det at en ytre hendelse slo inn sånn, enda en gang, det syntes jeg var vanskelig.

Det var vanskelig å yte de kjensgjerningene rettferdighet?

Ja, litt – det var nok det. Interessant nok var det et typisk «doctors delay» begge gangene – når jeg ser tilbake på journalen min, leser jeg at jeg har vært sykmeldt noen dager i forkant på grunn av angina, men jeg har effektivt fortrenget at det kunne forverre seg.

Moralsk nomade

Den tidligere *Utposten*-redaktøren er nå ansvarlig for portrettintervjuene i *Tidsskrift for Den norske legeforening*. En del av intervjuene skriver hun også selv.

– Jeg er veldig glad i å skrive. Men det er ikke lett for meg – folk sier til meg at jeg skriver så lett, men det stemmer ikke. Bare jeg skal skrive en enkel mail, stryker jeg den ut og skriver den om igjen flere ganger. Mannen min ler av at jeg ikke engang kan sende fra meg en tekstmelding uten å kvalitetskontrollere den. Det er en luksus å sitte over tid og utvikle en tekst og så sende den fra seg.

Hvis du i skulle portrettere Elisabeth Swensen, hva ville du spurt henne om?

– Hm. Jeg baler mye med moralske spørsmål, jeg har problemer med å godta at noe er rett og galt bare fordi det står i en erklæring eller på en stentavle. Uten et religiøst livssyn og uten egentlig tro på menneskeheten er jeg jo grunnleggende sett en moralsk nomade. Alltid i tvil, alltid urolig. Kanskje jeg ville spurt meg selv: Hvordan vet du forskjell på rett og galt? Hva navigerer du etter? Det vet jeg ikke selv. Svaret ligger vel nettopp i at jeg vet at jeg ikke vet. Det maner i alle fall til en viss ydmykhet.

Lunsj på Seljord Helsecenter.



Gården på Flatdal i Seljord. Her produseres realverdier: melk og kjøtt.



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.

Utsatt, men ikke sikret?

Tiltak mot trusler og vold på legevakt

■ TONE MORKEN / INGRID H. JOHANSEN

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Helse, Uni Research

Norsk legevaktpersonale opplever trusler og vold, men det har vært lite fokus på sikkerheten ved legevaktene. Vi har kartlagt aktuelle tiltak mot vold og trusler ved norske legevakter. Dette gir et utgangspunkt for å bedre ivaretagelsen av legevaktpersonalet.

Arbeidstilsynet definerer vold og trusler som «hendelser hvor arbeidstakere blir utskjelt, utsatt for uønsket seksuell oppmerksomhet fra tredjepart eller angrepet i situasjoner som har forbindelse med deres arbeid, og som innebærer en åpenlys eller antydning trussel mot deres sikkerhet, helse eller velvære» (1). Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) gjennomførte i 2009 en undersøkelse som viste at en av tre som jobbet på legevakt hadde

vært utsatt for fysisk vold på jobben (2). Denne studien har blitt omtalt i Utposten tidligere (3). Personlig sikkerhet dukket også opp som et sentralt tema i en studie av allmennlegers erfaringer med rus og psykiatri på legevakt (4). Legene fortalte om det problematiske med å være alene og overlatt til seg selv, om uforutsigbar atferd hos rusede og psykisk syke pasienter og om lav bevissthet rundt sikkerhet både for egen del og i organisasjonen. Dette gjorde det aktuelt å finne ut hvordan sikkerheten for legevaktpersonale, det vil si både leger, sykepleiere og andre som jobber på legevakt, faktisk blir ivare tatt. Nklm har derfor undersøkt hvilke sikkerhetstiltak som finnes ved norske legevakter.

Undersøkelsen ble gjennomført i 2012 som ledd i oppdatering av Nasjonalt legevaktregister. Spørreskjemaet inkluderte en liste med 22 tiltak som vist i TABELL 1. De fleste av tiltakene er foreslått i Allmennlegeforeningens hefte «Vold og trusler på legekantoret» (5). Lederne ved alle de 203 legevaktene som er registrert i Nasjonalt legevaktregister svarte på undersøkelsen. I det følgende beskriver og kommenterer vi noen av resultatene. En mer detaljert redegjørelse finnes i en artikkel publisert i BMC Health Services Research i 2013 (6).

Kun en av tre legevakter har alltid flere på vakt

Undersøkelsen viste at bare 30 prosent av legevaktene alltid hadde mer enn en person på vakt. I tillegg hadde mindre enn halvparten av legevaktene (44 prosent) rutine for å ha med seg en ekstra person, utenom ambulans og politi, på utrykning eller sykebesøk ved behov for ekstra sikkerhet. Fire legevakter (2 prosent) hadde etablert alle nevnte tiltak når det gjaldt bemanning: Alltid mer enn en person på

TABELL 1. Forekomst av sikkerhetstiltak på legevaktene (n=203)

	N	PROSENT
Tilgjengelig personale		
• Rutine for å ha med seg ekstra person på utrykning/sykebesøk ved behov for ekstra sikkerhet	90	(44)
• Personale kontinuerlig tilgjengelig for pasienter og besøkende	90	(44)
• Alltid mer enn en person på vakt	61	(30)
• Sikkerhetsvakt	7	(3)
Resepsjon		
• Fysisk skille eller glass mot venterom	176	(87)
• Utsyn til venterom	146	(72)
• Utsyn til inngangsparti	125	(62)
• Skjermet rom	84	(41)
Legekantoret		
• Utstyrt med alternativ utgang	120	(59)
• Bygget med rask inngang/utgang for personale	93	(46)
• Innrettet slik at pasient IKKE sitter mellom lege og utgang	59	(29)
Elektronisk sikkerhetssystem		
• Alarm på helseradio	151	(74)
• Automatisk dørlås	110	(54)
• Alarm på skrivebord/tastatur	76	(37)
• Alarm tilkoblet alarmsentral	62	(31)
• Oppslag om alarm	59	(29)
• Trådløs alarm	57	(28)
• Overvåkningskamera	56	(28)
• Alarm på vegg	24	(12)
Oppfølging og opplæring		
• Oppfølging av ansatte etter trusler og vold	150	(74)
• Rutine for avviksmelding etter trusler og vold	150	(74)
• Opplæring i temaet trusler og vold mot ansatte	82	(40)



De fleste legevaktene har en person alene på vakt hele eller deler av døgnet. FOTO: TONE MØRKEN

vakt, personale kontinuerlig tilgjengelig for pasienter og besøkende, rutiner for å ha med seg en ekstra person på utrykning eller sykebesøk ved behov for økt sikkerhet, og en sikkerhetsvakt ved behov. Samtidig var det 68 legevakter (34 prosent) som ikke hadde noen av bemanningstiltakene.

Tilstedeværelse av kolleger er viktig for å håndtere voldshendelser, og det er derfor betenkelig at de fleste legevaktene har en person alene på vakt hele eller deler av døgnet. Dette gjør dem spesielt sårbare dersom det skulle oppstå en farlig situasjon. En del av bemanningstiltakene er lite relevante for mindre legevakter, men det er uansett viktig å finne ut hva som må til for å få tilfredsstillende sikkerhet også ved de små legevaktene. I «Forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt» er det foreslått at ingen skal jobbe alene på legevakt (7).

Fysisk skille mellom resepsjon og venterom vanlig

De fleste legevaktene (87 prosent) hadde et

fysisk skille eller glass mellom resepsjon og venterom. Både fysisk skille mellom resepsjon og venterom, samtidig utsyn til inngang, utsyn til venterom og tilgang til et skjermet rom, ble rapportert av 27 prosent av legevaktene. Sju prosent hadde ingen slike tiltak. Ettersom legevaktene er ulikt organisert, vil det være ulike tiltak som er hensiktsmessige i resepsjon og venterom. Dette må vurderes ved hver enkelt legevakt.

Få følger rådet «pasienten bør IKKE sitte mellom legen og utgangen»

Bare 29 prosent av legevaktene hadde innredet konsultasjonsrommene slik at pasienten ikke satt mellom lege og utgang. Godt over halvparten av legevaktene (59 prosent) hadde imidlertid en alternativ utgang fra legekontoret. 19 prosent hadde anbefalt innredning, alternativ utgang og mulighet for rask inngang/utgang. 27 prosent av legevaktene hadde ingen av disse tiltakene.

Noen av de anbefalte tiltakene både i resepsjon og konsultasjonsrom handler om bygningsmessige forhold, og utfra denne studien kan det virke som sikkerhet ofte er ignorert ved planlegging av nye legevaktlokaler. Det er derfor nødvendig å understreke at sikkerhetstenkning må inkluderes når nye lokaler planlegges. Samtidig er det bemerkelsesverdig at såpass mange legevakter ikke hadde iverksatt det kanskje enklest gjennomførbare tiltaket: Å innrede kontoret slik at legen ved behov kan komme seg ut uten å måtte trenge seg forbi pasienten.

Helseradio, for egen sikkerhet

Helseradioen var den vanligste formen for alarmsystem, rapportert av 74 prosent av legevaktene. Helseradio var særlig vanlig i legevakter der legen til tider var alene på vakt. Andre alarmsystem var uvanlig ved disse legevaktene. En legevakt rapporterte at de hadde alle alarmtiltak som ble etterspurt: Overvåkningskamera, automatisk



Det er anbefalt at pasienten ikke sitter mellom lege og utgang. Bildet viser hvordan det ofte er på legevaktene. FOTO: ROBERT BURMAN

dørlås, alarm ved arbeidsbord/tastatur, alarm på vegg, trådløs alarm, alarm tilkoblet alarmsentral, og oppslag om alarm. Ni legevakter (4 prosent) hadde ingen form for alarm.

Det er sterkt anbefalt å ha et alarmsystem for å kunne påkalle kolleger eller andre i en akutt situasjon. Fire prosent av legevaktene hadde ingen form for alarm, og dermed ingen mulighet for å tilkalle hjelp ved behov. Det er tidligere vist at legevaktleger i distrikt bruker helse-radioen til medisinske nødsituasjoner oftere enn legevaktleger i byer (8), og det er derfor naturlig at helse-radioen også blir et viktig sikkerhetstiltak for disse legene.

Mangler systematisk opplæring i trusler og vold

De fleste legevaktene (74 prosent) svarte at de følger opp legevaktpersonale etter hendelser med trusler eller vold, mens under halvparten (40 prosent) hadde opplæring i temaet trusler og vold. 37 prosent hadde både opplæring i temaet og oppfølging etter hendelser, i tillegg til rutine for avviksmelding av trusler og vold. 17 prosent hadde ingen av disse tiltakene.

Legevaktene bør kartlegge vold og konsekvensene av vold som del av sitt internkontrollsystem. Det ser heldigvis ut til at flesteparten av legevaktene gjør det. Trening i å håndtere vold vurderes som viktig

for å forebygge vold og alvorlige konsekvenser av voldshendelser. Slik trening var dessverre mindre vanlig. Trening bør tilbys legevaktpersonalet uansett størrelsen på legevakten.

Mer kunnskap

Selv om det er kjent at trusler og vold skjer på legevakt, er det uklart både hvor ofte det skjer og hvilke konsekvenser det har. Videre er det fortsatt uklart hvordan en del av de foreslåtte sikkerhetstiltakene virker og hvilken effekt de har mot trusler og vold. Nklm ønsker derfor å følge opp disse problemstillingene gjennom nye studier.

Konklusjon

Studien vår viser at det er stor variasjon i iverksatte sikkerhetstiltak ved norske legevakter. Det er bekymringsfullt at 70 prosent av legevaktene har en person alene på vakt hele eller deler av døgnet, og at mindre enn halvparten av legevaktene har systematisk opplæring i voldshåndtering. Legevaktene har ulik størrelse og organisering, og det vil påvirke hvilke tiltak som er relevante. Ved alle legevakter bør man uansett ha en diskusjon om eksisterende tiltak fungerer og om nye tiltak er nødvendige. Det viktigste tiltaket er at ingen bør jobbe alene på legevakt uten reell mulighet til å tilkalle hjelp ved behov.

REFERANSER

1. Arbeidstilsynet. Vold og trusler på arbeidsplassen. Forebygging, håndtering og oppfølging. <http://www.arbeidstilsynet.no/binfil/download2.php?tid=103760> (30.12.2013)
2. Joa TS, Morken T. Violence towards personnel in out-of-hours primary care: A cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 55–60.
3. Joa TS, Morken T. Å jobbe i legevakt, «Er det farlig det?» En undersøkelse av forekomst av trusler og vold blant ansatte ved legevakter i Norge. *Utposten* 2010; 3: 30–33.
4. Johansen IH, Carlsen B, Hunskaar S. Psychiatry out-of-hours: a focus group study of GPs' experiences in Norwegian casualty clinics. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 132.
5. Allmennlegeforeningen. Vold og trusler på legekortet. <http://legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen/Publikasjoner/vold-og-trusler-pa-legekortet/> (30.12.2013)
6. Morken T, Johansen IH. Safety measures to prevent workplace violence in emergency primary care centres—a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 384.
7. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. ...er hjelpa nærmast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
8. Zakariassen E, Sandvik H, Hunskaar S. Norwegian regular general practitioners' experiences with out-of-hours emergency situations and procedures. *Emerg Med J* 2008; 25: 528–533.

■ TONE.MORKEN@UNI.NO
 ■ INGRID.JOHANSEN@UNI.NO

Demens hos innvandrere

– noen utfordringer i praksis

■ **ARILD AAMBØ** • Seniorrådgiver ved NAKMI (Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse)

■ **ARNHILD VALEN-SENDSTAD** • Overlege spesialist i indremedisin og geriatri. Ansatt ved Lovisenberg diakonale sykehus

Demens er en kronisk, progressiv lidelse som invalidiserer pasienten og gjør ham mer og mer hjelpetrengende. Medisiner kan ha en viss effekt, men kurerer ikke sykdommen. Å møte demenspasienter med en annen etnisitet og fra et annet kontinent blir en ekstra utfordring, men det er likevel mye en allmennpraktiker kan gjøre, både for pasient og pårørende. I denne artikkelen presenteres fire kliniske vignetter som viser noen av de utfordringene en allmennpraktiker kan stå overfor i en slik sammenheng.

Vi blir stadig eldre. Vi lever lenger, og med alderen pådrar vi oss flere sykdommer – i ulike kombinasjoner. Demens refererer til en sykdomsgruppe som er karakterisert ved kognitiv svikt, det vil si kronisk, global, ikke-reversibel svekkelse av hukommelse, eksekutivfunksjoner¹ og personlighet. Også tale og motorisk funksjon kan svekkes (1). Forekomsten stiger med økende alder: 0,9 prosent i aldersgruppen 65–69 år, 16,6 prosent i aldersgruppen 80–84 år, og fra 90 år og oppover vil over 40 prosent ha utviklet en eller annen form for demenslidelse (3).

Internasjonalt er problemet av betydelig omfang. I følge World Health Report (2003) utgjør demens over 11 prosent av leveår med sykdom (YLD) for personer over 60 år. Selv om over 60 prosent av alle med demens bor i utviklingsland, er forekomst målt i prosent av befolkningen høyest i industrialiserte land (4). I Norge er det anslått at nærmere 70 000 personer lever med demens, at langt flere er berørt av sykdommen (ca 250 000) og at antallet i løpet av de neste 35 år sannsynligvis vil bli fordoblet

¹ Eksekutivsystemet er innen psykologien et tenkt kognitivt system som styrer andre kognitive prosesser. Det er også referert til som eksekutivfunksjoner eller kognitiv kontroll. Begrepet brukes av psykologer og nevrologer til å beskrive en løst definert samling av hjerneprosesser som er ansvarlige for planlegging, kognitiv fleksibilitet, abstrakt tenkning, regelutforming, igangsetting av nødvendige tiltak og hemme upassende handlinger, samt å velge relevant sensorisk informasjon (2)

(3). Selv om omsorgspersoner i familien er og fortsatt vil være hjørnesteinen i støtteapparatet for disse pasientene, vil personer med demens også kreve økende innsats fra offentlige helse- og omsorgstjenester. Kostnadene er således betydelige, både pengeomessig og i form av menneskelige ressurser.

Demens blant innvandrere

Vi vet lite om forekomsten av demenslidelse blant innvandrere til Norge, men det er flere grunner til å tro at den kan bli forholdsvis høy etter hvert som innvandrerbefolkningen eldes. For det første viser epidemiologiske undersøkelser at mens yngre innvandrere ser ut til å være friskere enn gjennomsnittet i befolkningen, er eldre innvandrere sykere. Det som er en moderat forskjell i psykisk helse mellom unge med innvandrerbakgrunn og unge i sin allminnelighet, øker til et betydelig gap i aldersgruppen over 55 år. I begge tilfeller er kvinner hardest rammet.

For det andre er det vist at eldre med type 2-diabetes har minst dobbelt så stor sannsynlighet for å utvikle svekkede kognitive evner eller demens enn de som ikke har denne sykdommen (5). Forekomsten av diabetes type 2 er mer enn tre ganger så stor blant innvandrere i alderen 55–70 år enn i befolkningen generelt (25 prosent versus 8 prosent) (6). Særlig stor er risikoen blant



ILLUSTRASJONSFOTO: L. RIVAS/SCX

pakistanske kvinner, hvor forekomsten er vist å være mer enn 14 ganger så høy, selv blant de som er yngre, dvs. i alderen 30–60 år (7). Når det så gjelder vaskulær demens må heller ikke blodtrykkets innvirkning undervurderes.

Det som likevel ser ut til å dra i gunstig retning er at mange innvandrere er tospråklige, i betydningen at de ikke bare kan gjøre seg forstått på et annet språk enn morsmålet, men faktisk tenker på to språk. Tospråklighet ser ut til å ha en positiv virk-



ndrere

I følge regjeringens *Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017* skal helsepersonell på alle nivåer ha kunnskap om sykdomsforekomsten i ulike innvandrergupper og om kulturelle utfordringer knyttet til å sikre innvandrere et likeverdig helse- og omsorgstilbud. NAKMI, Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse, har siden opprettelsen i 2003 vært en landsdekkende kompetanseenhet og et samlingspunkt for kunnskap om minoritetshelse, og tillegges i strategien et betydelig ansvar for et slikt kunnskapsløft.

I denne forbindelse er det bl.a. inngått et samarbeid mellom Utposten og NAKMI om en serie praksisnære artikler for å belyse problemstillinger som allmennpraktikere kan møte.



HOVEDBUDSKAP

- Familie og venner er sentrale omsorgspersoner også for innvandrerpasienter med demensproblematikk, men vi må være oppmerksomme på at ikke alle har en familie å støtte seg til.
- En interessert allmennpraktiker kan, ikke minst ved å tilby adekvate forklaringer på pasientens tilstand og funksjonsevne, fungere som katalysator for gode omsorgsrelasjoner. Det roer ned situasjonen og medvirker til at pasient og pårørende bedre forstår sin nye situasjon.
- Nyansene mellom beskyttelse, støtte og kontroll kan være hårfine og sterkt avhengig av øynene som ser. Da kan legens eksplisitte råd og veiledning kunne tillegges avgjørende vekt og gi grunnlag for forandring, for eksempel insitament til å bryte ut av en isolert tilværelse.
- I arbeidet med å utvikle velfungerende boenheter med tilrettelagte aktiviteter kan allmennpraktikeren fungere som både premissleverandør og pådriver overfor kommunale myndigheter.
- Noen ganger må allmennpraktikeren bevege seg ut av sin egen komfortsone for å etablere kontakt og kommunikasjon. Det betinger at legen allerede har utviklet en tillitsfull og bærende relasjon til pasient og pårørende.

Vi vet lite om forekomster av demenslidelser blant innvandrere i Norge, men det er flere grunner til å tro at den kan bli forholdsvis høy etter hvert som innvandrerbefolkningen eldes.

ning på eksekutivfunksjoner allerede i tidlig barnealder (8, 9) og nyere forskning viser at effekten av tospråklighet er varig og trolig utsetter oppkomsten av demenssymptomer i mer enn fem år (10).

En mulig forklaring på økt sykkelighet

Hvis kravene til tilpasning til stadighet overskrider hva organismen med rimelighet kan hanskkes med, kan dette føre til kro-

nisk stress og slitasje av fysiologiske reguleringsmekanismer. Slik slitasje kan så gjennom generelle mekanismer med tiden føre til funksjonsnedsettelse og sykdom, kognitivt så vel som fysisk (11). Videre har flere studier vist at sosioøkonomisk status, livsstil, sosiale relasjoner samt ulikheter i kjønn og etnisitet påvirker tilpasningsprosessen (12).

Det er heller ikke urimelig å anta at mange innvandrere kan oppleve tilpasningen

til sitt nye samfunn som en ekstra belastning. Personer som flytter over landegrensene står overfor dyptgående endringer på mange nivå, både i forhold til hvordan samfunn og hjelpeapparat er organisert, hvilke tjenester som tilbys, hva som forventes av medvirkning, og når det gjelder språk, kultur, verdier og vaner. Slike endrede livsbetingelser vil for noen kunne overskride tilpasningsevnen, føre til kronisk stress og påfølgende funksjonsnedsettelse



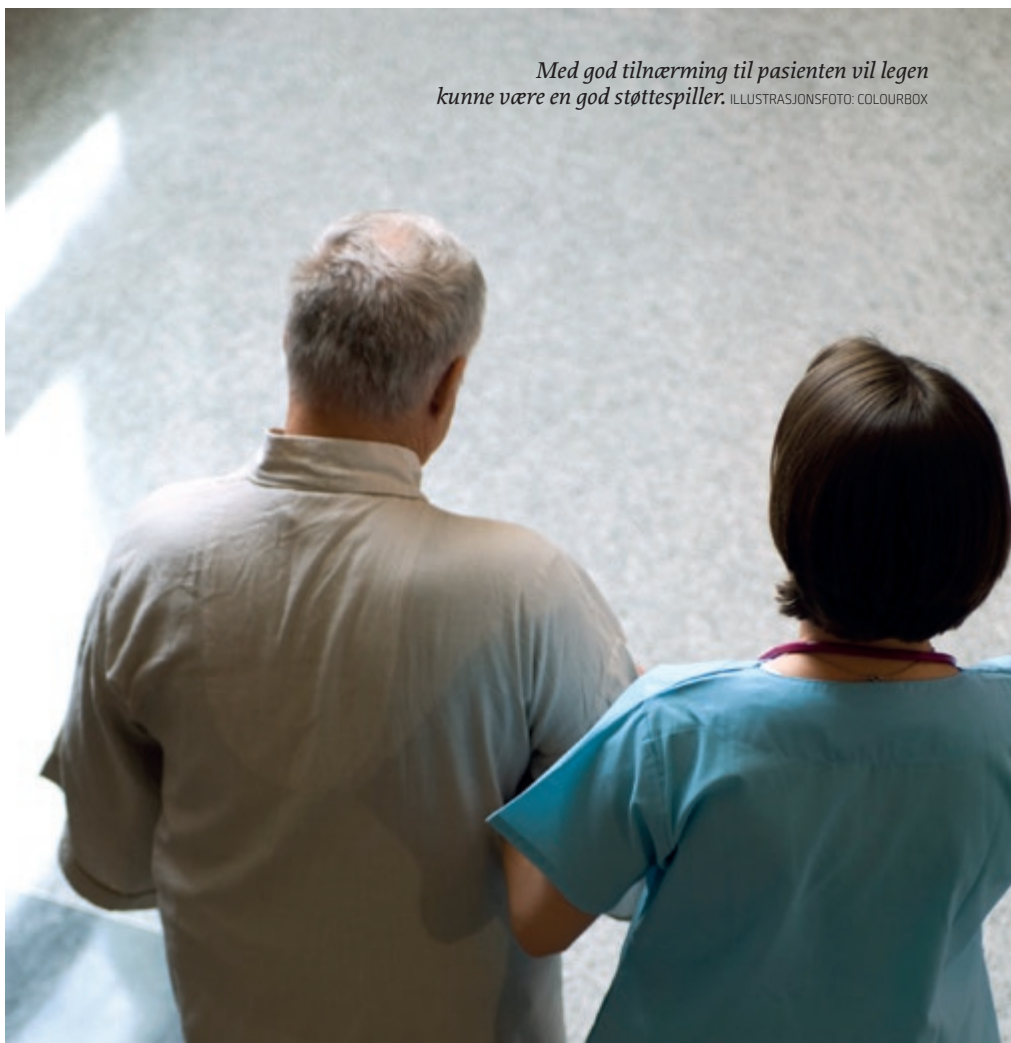
og sykdom. For noen vil dette innebære kognitiv svikt og demensutvikling.

Utfordringer for helsearbeidere

Innvandrere som lider av senil demens vil representere en ekstra utfordring for leger og helsepersonell både i forhold til diagnostisering, behandling og omsorg. Det handler ikke bare om å forholde seg til et annet språk, men andre måter å forstå og forklare sykdom på, ulike former for og grader av stigmatisering, andre forventninger til hjelpeapparatet, og ulik forståelse av familie og nettverk. Det vil være utenfor rammen av denne artikkelen å gå inn på alle disse forholdene. Vi vil bare kort fremheve at å oppdage demens på et tidlig tidspunkt har behandlingsmessige konsekvenser, og at de retningslinjene og hjelpemidlene som er anbefalt for diagnostisering av demens (se www.aldringoghelse.no/PageID=634), også kan anvendes for personer med annen kulturbakgrunn (13). Eksisterende tester kan imidlertid underverdure det kognitive funksjonsnivået hos eldre innvandrere. For eksempel har det vist seg at MMSE ofte gir falske positive resultater for personer med lite utdanning. Det samme gjelder til en viss grad klokke-testen (14). Oftest vil det være nødvendig med flere nevropsykologiske undersøkelser for å stadfeste diagnosen.

Kliniske vignetter

Vi vil i det følgende presentere fire kliniske situasjoner som illustrerer noen av de problemstillingene allmennpraktikeren kan stå overfor i møte med innvandrerpasienter og hvor det er mistanke om eller påvist demensutvikling hos en person. Historiene er skrevet ned slik legen fortalte dem under et intervju og bærer således sterkt preg av den muntlige formen. Det dreier seg altså om en leges beretning om pasientmøter, selv om legens fokus hele tiden er rettet mot hvordan pasienten fremtrer. Hensikten er ikke å beskrive ulike pasienter eller pasientgrupper, men å belyse den aktuelle legens egen erfaring, hvordan han eller hun oppfattet pasienten, hvilke vurderinger som ble gjort, de vanskelighetene som oppstod, og i et par tilfeller hvordan saken løste seg. Historiene er noe omskrevet for å hindre at pasientene kan gjenkjennes, da i samsvar med legens erfaringer med lignende tilfeller. Det er likevel vårt håp at andre leger vil kunne kjenne seg igjen i disse situasjonene og med utgangspunkt i disse refleksjoner over egne erfaringer.



Med god tilnærming til pasienten vil legen kunne være en god støttespiller. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Behovet for å forstå sin egen situasjon

Jeg hadde en pasient, en mann som hadde fire barn. Han var en leder her i Norge og ble syk av diabetes. Han isolerte seg totalt. Barna fikk ikke komme inn til ham. Hans blodsukker svingte. Han var oppe på natten, men isolerte seg og ville ikke være oppe på dagen ... bare om natten. Og det skar seg med hele familien, barna og kona og alt ... og så kom han til poliklinisk undersøkelse. Han bodde alene på loftet i huset deres, kona og de tre barna bodde i de to andre etasjene. Så ble han undersøkt og det viste seg at han foruten diabetes også hadde symptomer på en frontallapspdemens... I alle fall hadde han forandret seg. Så ble han innkalt til et møte og fortalt hva det var som feilet ham. «Åh! Det er derfor jeg er så annerledes».

Barna ble innkalt, og de ble forklart farens sykdom og konsekvensene av den. De ble så lykkelige over at vi nå hadde funnet en forklaring på hva det var med faren ... at han hadde diagnoser som forklarte hans adferd... at han hadde diabetes og hypertensjon, og at han hadde en demens... om det var frontallapps eller Alzheimer med frontallappsaffeksjon. De ble så takknemlige,

for da hadde de en forklaring på hvorfor far var som han var. Da kunne de begynne på en måte å nærme seg igjen ... og ... hele familien ble venner igjen. Og faren ble tatt inn i varmen igjen.

Han hadde sittet der på loftet et halvt år... alene. Og barna... de var velutdannet... de fikk ikke tak i hva som hadde skjedd med faren. Hva de før hadde tenkt på, det fikk ikke jeg tak i. De virket redde... Da tror jeg det var noe de vurderte... at far var grepet av ett eller annet... ett eller annet som var skjedd med ham som de ikke turte å gå inn i. Hele familien strevde og de visste ikke hvordan de skulle forstå situasjonen. De isolerte seg og... hele familien ønsket en forklaring som satte ting på plass. Jeg synes det behovet er sterkere hos innvandrere, da, enn hos våre egne.

Denne lille fortellingen illustrerer hvor viktig det er for både pasient og pårørende å finne frem til en akseptabel forklaring på endringene som skjer. Det ubegripelige i pasientens adferd hadde skapt rom for usikkerhet og ambivalens, og en kan bare ane hvordan tradisjonelle oppfatninger



om det overnaturlige – for eksempel ånder og andre krefter – nå trengte seg på, skapte frykt og angst og gav grunnlag for konflikt og adskillelse i familien. Men usikkerheten og ambivalensen kunne her lett korrigeres når legen likefrem og på forståelig vis presenterte en medisinsk forklaring på pasientens tilstand, og denne forklaringen fungerte nærmest som en katalysator for gode omsorgsrelasjoner. Noen ganger hender det imidlertid at pasient eller pårørende sitter fast i tradisjonelle forklaringsmodeller, og det kan være nødvendig å ta utgangspunkt i disse for å få til endring. Dette kan være vanskelig å få frem ved å spørre direkte, men det finnes gode prosedyrer for slikt arbeid (15), og allmennpraktikeren kan her også invitere til samarbeid med en kulturfolk eller religiøs leder for at de skal kunne få et bedre grep om sin egen situasjon.

Denne fortellingen borer også hull i en myte som i dag ser ut til å bre seg blant helsearbeidere, nemlig at innvandrere er så fatalistiske. Mangel på akseptable forklaringer kan naturlig nok skape rådvillighet og passivitet, men når sjansen er der er det vår erfaring at svært mange innvandrere, også fra ikke-vestlige land, vil ta grep om sin egen situasjon. Fordi familien er så viktige omsorgspersoner for demente, var det her naturlig for legen, i samråd med pasienten, å involvere dem i den videre prosessen. Dette er ikke alltid tilfelle, som den neste vignetten illustrerer.

Når nettverket mangler

Det var en diplomat som ville være her når han ble gammel. Men han hadde ingen pårørende. Ingen pårørende! Ikke en eneste! Men hva gjør du? Hva skal du gjøre? Han hadde en venn som han så ca. to timer i uka. Men hva gjør du ellers, da? «Jeg sitter og ser på TV og på filmer, og så forsøker jeg å gjentelle filmene for meg selv, høyt ... slik at jeg ikke glemmer». Men du kan jo ikke leve sånn! Du må da ha noe kontakt med andre mennesker. Du kan ikke leve uten slik kontakt! «Men hvordan skal jeg få det?» Ja, men du er jo diplomat! Du er en flott person. Du ... Ja, finnes det ikke noe eldrester for deg? Nei, han visste ikke om noe. Det var litt flaut. Dette er også en gruppe mennesker ... flotte, ressurssterke ... som ikke vet hvor de skal gjøre av seg her i Norge.

Med ham var der en tolk, legestudent, eller ferdig lege, tror jeg... han ble så satt ut av den dialogen mellom han mannen og meg. «Dette er jo det aller viktigste», sa han til meg etter konsultasjonen. «Hvordan kan jeg prøve å hjelpe mine folk til å finne et hjem?» Tolken og jeg stod begge to med tårer i øynene, for det var jo det dette mannen lengtet

etter ... et hjem, et sted å komme til. Og han var så flott, denne diplomaten, høy og staselig... et flott menneske. Jeg vet ikke hvorfor han ikke ville hjem. Det vet jeg ikke. Men han ville være her, fordi her var det godt. Selv om det var fremmed, så var det godt – antakelig mye tryggere på mange måter.

Statistikken viser at det blant personer over 65 år er langt mer vanlig at innvandrere bor sammen med tre eller flere personer enn det er i befolkningen under ett (for menn: 25 prosent versus 10 prosent, for kvinner: 22 prosent versus 6 prosent). På den andre siden er det også omtrent like vanlig for innvandrere som for andre å bo alene – ca 25 prosent for menn, 45 prosent for kvinner (16). En kan derfor ikke ta for gitt at en innvandrer som er i ferd med å utvikle demens har en familie å falle tilbake på. Når demens gir seg utslag i form av passivitet, glemskhet og manglende planleggingssevne, vil en person som er overlatt til seg selv ofte gå inn i en svært passiv tilværelse. Det var likevel ikke tilfellet hos denne pasienten. Han hadde funnet måter å holde seg mentalt aktiv på. Men, som for mange andre, virker det som om det var vanskelig for denne mannen å be om hjelp. Ofte trenger en noen andre å snakke med for å kunne formulere et problem som kan presenteres for legen, og selv om problemet etter hvert blir forståelig trenger en både å vite hvor en kan gå for å få hjelp og hvordan en skal kunne ordlegge seg for å utløse hjelpen. Dessuten vil det for mange være vanskelig å ta imot hjelp fra fremmede. Etter hvert som det kognitive funksjonsnivået svekkes, vil det trolig også for denne mannen bli en utfordring å finne frem til et bofelleskap som kan fungere godt som både hjem og omsorgsramme. I slike tilfeller vil mindre boenheter som tillater den demente å delta i dagliglivets vanlige aktiviteter oftest være å foretrekke (3). Slike mindre enheter vil også, i alle fall i de større byene, øke sannsynligheten for at innvandrere med demens kan bo nær likesinnede som snakker samme språk eller dyrker samme religion.

Ut av isolasjonen

Men situasjonen kan også være den at familie og omgivelser fungerer som bremsekloss i forhold til den enkeltes livsutfoldelse. Det kan være at en kvinne av lojalitet til en mann som ønsker å være hjemme, selv blir sittende inne, eller det kan være andre forhold – kanskje knyttet til kulturelle oppfatninger om hva som sømmer seg – som hindrer vedkommende i å gå ut. For mange innvandrerkvinner er det såle-

des utenkelig å bevege seg utenfor hjemmet alene. Men en kognitiv svekkelse kan også i seg selv føre til tilbaketreking, og noen ganger er dette et tidlig tegn på Alzheimers sykdom. Slik informasjon er ikke alltid like lett å få frem i et intervju, men det kan være viktig å ha slike omstendigheter i tankene, slik den neste vignetten viser.

Jeg hadde en pasient som isolerte seg... og da er det veldig viktig å prøve å få en dialog med den pasienten. Og det fikk jeg. Så sa jeg til henne at hun kunne ikke bare sitte inne i leiligheten uten å komme seg ut i det hele tatt. Det går ikke! Da blir du dårlig. Det må du love meg! Hun var vanskelig å få et samspill med. Hun brukte mye tid til å lese i Koranen alene. Til slutt fikk jeg henne med på å prøve det eksperimentet at hun kunne sammen med en voksen datter sette seg på en kafé i byen. Så gikk jeg forbi der en dag, og da så jeg en dame som vinket intenst i vinduet ... og så var det den damen som hadde lovet å sitte der ... Hun fortalte meg senere at nå hadde hun bestemt seg for å følge legens råd. Hun var blitt mer lykkelig og fornøyd når hun skjønte at hun mestret det sammen med sin datter. Det kan være at hun har en unnskyldning overfor resten av familien. Det er også viktig at de kan bruke hva legen har sagt som en unnskyldning for hva de må gjøre av aktiviteter som er bra for helsen. For denne kvinnen snudde tilværelsen seg og livet fungerte igjen.

Når legen kan presentere en god grunn for å gjøre noe nytt, er ofte pasienten villig til å prøve ut dette. I dette tilfellet måtte imidlertid legen bruke all sin overtalelsesevne og innflytelse for å få med seg pasienten: «Det går ikke! Du blir dårlig. Du må høre på meg! Lov meg...». For en norsk allmennpraktiker vil dette kanskje virke fremmed. Vi vil ikke komme for nær innpå pasientens dagligliv. Kanskje ønsker vi heller ikke å blande oss i pasientens daglige problemer. Men slik er det ikke over alt. Mange har fortsatt umåtelig respekt for sin lege, og det at legen aktivt griper inn kan oppfattes som et viktig, ja sågar nødvendig, tegn på omsorg. En slik fremgangsmåte betinger selvfølgelig at legen allerede har utviklet en god og bærende relasjon til pasienten. Det er denne relasjonen som settes på prøve når legen insisterer på at pasienten må høre på ham, at pasienten må «love...» etc., og det er tilliten til legens ekspertise og gode vilje som avgjør om inngrepet blir oppfattet som positivt eller negativt. Selvfølgelig må en også se an både pasienten og den situasjonen vedkommende befinner seg i an. Etter vår mening er og bør det være av største interesse for en allmennlege å utvikle slike bærende relasjoner.



Forbindelsen til fortiden og kunsten å få kontakt

I noen tilfeller kan det sågar være nødvendig for en lege å bevege seg utenfor egen komfortsone, kanskje til og med på «upløyd mark». For hva kan en gjøre når dialogen ikke er der og man ikke får kontakt og dialog med pasienten? Den følgende historien viser en tilnærming som i mange tilfeller kan bidra til at man når inn hos en helt «lukket» dement pasient.

Det var en pasient som hadde gått et par år for utredning av demens. Han ville ikke snakke, men trakk seg inn i seg selv, og det var ikke mulig å få kontakt med ham ... og barna, fem barn og kone ... det var veldig vanskelig. Han var utdannet garver ... han drev med skinnvarer hjemme i sitt eget land, laget sko og belter ... Så hver gang under undersøkelsen satt han og dro i skoene eller beltet han hadde på seg. Han var ikke interessert i andre ting.. Man behøver jo ikke være interessert i å få nye kontakter i den situasjonen der, og han bare var tilstede på sitt vis. Yngste sønnen var jo med, da. Det var han som pleide å følge far. Han var veldig hyggelig, jovial. Han reagerte bare med et smil når far sa noe upassendet eller gjorde noe rart. Man merket ikke irritasjon. Han var innoom foreldrene hver dag og passet på at de fikk middag og måltider. I alle fall, så skulle vi avslutte, og han fikk behandling ... demensmedisiner som han skulle fortsette med etter avtale med legen.

Hans diagnose ble kognitiv svikt betinget av Alzheimer sykdom og hjerneskader av mange års alkoholoverforbruk. Men en muslim som drikker, det passer seg ikke. Det var «Hysj!» – helt taushetsbelagt det der. Han jobbet så mye hjemme i eget land og alkoholen var hans måte å få det til å gå opp på. Men i alle fall så snakket han mindre og mindre, og selv når jeg snakket til ham, så han ikke på meg en gang. Å følge med i utviklingen av kognitiv svikt hos en som ikke kommuniserer er problematisk. Jeg tok da og satte på ham hørselsforsterkere, og så snakket jeg til ham. Da så han første gang på meg ... de to, tre siste gangene hadde han ikke sett på meg. Da så han på meg, og da var han veldig intens i øynene ... jeg fikk litt øyekontakt. Så spurte jeg om jeg fikk lov til å gå litt lenger, og for eksempel synge litt for ham. Ja, det var greit, men hva skulle jeg synge for en mann fra Pakistan? Jeg kan jo ikke sanger fra hans verden. Men så tenkte jeg: Elvis Presley, det er jo en artist for hele kloden. Det er jo musikk som er kjent over alt, og hvis han hadde hørt på musikk, hadde han sikkert hørt Elvis Presley. Så begynte jeg å synge «Love me tender» til ham. Mannen lyst opp. Det var sterkt. Så sa jeg til sønnen: «Nå ser du hva du kan gjøre». Sønnen var himmelfallen, og veldig glad for at det endelig var noe som gjorde at man kunne få



ILLUSTRASJONSFOTO: THE LOOK

kontakt med far, da, så han gikk ut smilende og takknemlig. En vei inn til fellesskapet var etablert selv om faren hadde mistet språk og språkevne. Det var spennende, og det er slikt som gjør det utfordrende å jobbe med personer med en annen kulturbakgrunn.

Denne historien taler vel egentlig for seg selv, men et par kommentarer kan likevel være på sin plass. Det er i dag velkjent at musikk henvender seg til spesielle områder i hjernen. Musikk skaper stemning, den kan fremkalle minner og følelser som før har vært utilgjengelige og på denne måten fungere som en forbindelse til fortiden. Nå er det ikke slik ment at alle allmennleger skal synge for sine pasienter. Det vil trolig være en fremmed tanke for de fleste. Men det er viktig å snakke med pårørende om hva pasienten tidligere har vært opptatt av, hvilke interesser vedkommende har dyrket osv. Det kan bidra til at pasienten etter år med lidelser fremstår i et nytt lys. Det etableres broer til fortiden og åpner seg nye veier inn til fellesskapet. Det er i denne forbindelse at musikk kan ha sin plass. Likevel, kanskje var det av vel så stor betydning for denne pasienten at legen var villig til å begi seg ut på upløyd mark for å komme ham i møte. En slik anstrengelse er i seg selv et sterkt vitnesbyrd om pasientens fortsatte betydning som medmenneske. Det er da også vår erfaring at en slik anstrengelse blir satt pris på, både av pasient og pårørende. Men, som det fremgår av historien, det krever at en går varsomt frem, at en har etablert kontakt og en felles forståelse om hva som er i ferd med å skje, slik vi ser at legen her gjorde.

Historien viser også hvor oppofrende familiemedlemmer kan være når alvorlig sykdom rammer, samtidig som den minner oss om at mange pasienter med demens også har tilleggs lidelser. Hørselstap kan være vanskelig å diagnostisere hos de-

menspasienter, men det kan, som her, være verdt å forsøke med hørselsforsterkere for å se om dette gjør en forskjell.

Avslutning

Demens er en kronisk, progressiv lidelse som invalidiserer pasienten og gjør ham mer og mer hjelpetrengende. Medisiner kan ha en viss effekt, men kurerer ikke sykdommen. Å møte demenspasienter med en annen etnisitet og fra et annet kontinent blir en ekstra utfordring, men det er mye en allmennpraktiker kan gjøre, både for pasient og pårørende. Sykdomsforklaringer som er forståelige og akseptable for de involverte er da vesentlig, og noen ganger kan dette i seg selv virke som katalysator for gode og tilfredsstillende relasjoner. Men noen ganger kan nyansene mellom beskyttelse, støtte og kontroll være hårfine og sterkt avhengig av øynene som ser. I slike tilfeller vil legens eksplisitte råd og veiledning kunne tillegges avgjørende vekt og gi grunnlag for forandring, for eksempel et insitamant til å bryte ut av isolasjonen. I alle tilfeller handler det om å utvikle gode og bærende relasjoner mellom lege, pasient og pårørende – relasjoner som også tillater noe nytt, noe uventet, eller kanskje til og med noe fremmed. Medikamentell behandling kan være på sin plass, og det finnes i dag medisiner som har en god virkning på kognitiv svikt. Det er videre viktig å merke seg at «tilstrekkelig» utredning ved mistanke om demens med differensialdiagnostikk er en forutsetning for at pasienten, pårørende og pleie- og omsorgstjenesten skal kunne planlegge for fremtiden og iverksette nødvendige hjelpetiltak (17), selv om dette ikke har vært tema for denne artikkelen. Allmennlegens innsats og muligheter for innflytelse stopper imidlertid ikke der. God kommunikasjon (selvfølge-



lig med tolk dersom det er behov for det) er viktig, og viser en at en tar disse pasientene på alvor, og er en forutsetning for samarbeid med pasient og pårørende om hvordan mening og livskvalitet kan opprettholdes. Da er det viktig at man bruker tid, og viser respekt overfor mennesker med en annen tro, kultur, bakgrunn og skjebne.

REFERANSER

1. Helsebiblioteket: [http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/demens-sammendrag;jsessionid=4F907B26960B2FEB5BoCoCAEA4BBC69C%20\(060114\)](http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/artikler/demens-sammendrag;jsessionid=4F907B26960B2FEB5BoCoCAEA4BBC69C%20(060114)).
2. Wikipedia: Eksekutivfunksjoner [http://no.wikipedia.org/wiki/Eksekutivfunksjoner_\(060114\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Eksekutivfunksjoner_(060114)) med referanse til Stuss D, Knight RT (red) (2002) The Frontal Lobes. New York: Oxford University Press.
3. Helse- og omsorgsdepartementet: Demensplan 2015. Den gode dagen.
4. Ferri CP et al (2005) Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study Lancet 366 (9503): 2112–2117. Doi: 10.1016/S0140-6736(05)67889-0.
5. Kvam M (2011) Type 2-diabetes og demens NHI.no <http://nhi.no/forside/type-2-diabetes-og-demens-38010.html>.
6. Blom S (2008) Innvandreres helse 2005/2006 Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå.
7. Kumar B et al (2008) The Oslo Immigrant Health Profile Oslo: Folkehelseinstituttet.
8. Barac R, Bialystok E (2012) Bilingual Effects on Cognitive and Linguistic Development: Role of Language, Cultural Background, and education Child Dev. 83(2): 413–422.
9. Carlson M, Meltzoff AM (2008) Bilingual experience and executive functioning in young children Dev Sci. 11 (2): 282–298
10. Craik FIM et al (2010) Delaying the onset of Alzheimer's disease – Bilingualism as a form of cognitive reserve Neurology 75, November 9.
11. Seeman TE et al (2001) Allostatic load as a marker of cumulative biological risk: MacArthur studies of successful ageing PNAS Vol. 98, No 8, 4770–4775.
12. Juster R-P et al (2010) Review: Allostatic load biomarkers of chronic stress and impact on health and cognition Neuroscience and Biobehavioral Reviews 35, 2–16.
13. Kuslansky G et al (2004) Detecting dementia with the Hopkins Verbal Learning Test and the Mini-Mental State Examination Archives of Clinical Neuropsychology 19, 89–104.
14. Parker C, Philp I (2004) Screening for cognitive impairment among older people in black and minority ethnic groups Age and Ageing Vol. 33: 447–452.
15. Aambø A (2008) Pasienten som medskapende aktør i behandlingsrommet – et mulig perspektiv for arbeid med pasienter med minoritetsbakgrunn? Utposten No. 6: 7–14.
16. Østby L (2009) Myter og realiteter om innvandring i Valen-Sendstad A (red) Når innvandrere blir eldre Oslo: Norsk selskap for aldersforskning.
17. Helsetilsynet (2010) Veileder for tilsyn med fastlegers utredning av demens og oppfølging av pasienter med demens – Landsomfattende tilsyn med kommunenes helse- og sosialtjenester til eldre 2010 Internserien 11.

■ A.AA@NAKMI.NO
 ■ ARNHILDVS@GMAIL.COM

Hvordan får vi en helsetjeneste tar vare på pasienter med flere

■ NILS KOLSTRUP • Fastlege på Skansen Legekantor i Tromsø / rådgiver ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST)

■ GRO BERNTSEN • Helsetjenesteforsker ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.

Utfordringen

Demografien

Helsevesenet står overfor nye utfordringer. Antallet eldre og gamle i Norge øker fort. Det blir flere personer med sammensatte helseproblemer (1). Dette er personer som må leve best mulig med en eller flere kroniske sykdommer.

Konsekvensen av kroniske sykdommer kan variere fra periodiske småproblemer til fullstendig invalidisering. Effekten er ikke diagnoseavhengig, men avhengig av konsekvensen av diagnosen. Altså ikke hvilke diagnoser pasienten har, men hvor mye redusert livskvalitet eller økt invaliditet effekten av disse sykdommer medfører. Livskvalitet er en vanskelig målbar subjektiv parameter.

For disse store pasientgrupper er målet for behandling best mulig livskvalitet og minst mulig negative konsekvenser av deres uheldelige sykdommer. Det betyr at vi i helsetjenesten må ta utgangspunkt i pasientenes definisjon av livskvalitet. Fra denne må vi prøve å skape en situasjon som på best mulig måte kan hjelpe pasientene til å oppnå optimal livskvalitet. For langt de fleste er livskvalitet nært knyttet til autonomi og gode sosiale nettverk. Det betyr at det er disse kvalitetene helsetjenesten skal prøve å hjelpe den enkelte pasient til å oppnå. I følge The Ottawa Charter for health promotion fra WHO, er helse en ressurs for å nå andre mål i livet, ikke et mål i seg selv (2).

Konsekvensen av dette er at vi må ha en helsetjeneste som kan vurdere konsekvensen av flere diagnoser opp mot pasientenes definisjon av god livskvalitet og legge til rette for mest mulig autonomi og sosiale nettverk.

Er det en slik helsetjeneste vi har i dag? Helsetjenesten i dag

Store deler av helsetjenesten har som mer eller mindre implisitt målsetning å helbrede pasienten. Det betyr at man har som utgangspunkt at pasienter kommer fra en

hjemmesituasjon, hvor vedkommende er autonom og har gode sosiale nettverk. Pasienten er kun kortvarig i kontakt med helsevesenet, for å bli reparert. Etter reparasjon kan pasienten igjen komme tilbake til en tilværelse helt uavhengig av helsevesenet. Man legger til rette for optimale pasientforløp. Sykdommer skal kureres ut fra en samlebandsfilosofi. Denne pasientbehandlingsstrategi passer meget bra til veltilpassede pasienter med helbredbare sykdommer som pneumonier, benbrudd, appendisitt, hjerteinfarkt og andre slike sykdommer. For pasienter med disse lidelser har helsesystemet aldri vært bedre. Økonomien i systemet er også utformet slik at det betaler seg best å behandle slike sykdommer.

Men for gruppen av pasienter med sammensatte kroniske lidelser, kommer vårt helsesystem til kort. Disse pasienter trenger koordinerte systemer som tar hensyn til pasientpreferanser for et godt liv, uten å kunne bli frisk. I et spesialisert helsesystem blir de lett kasteballer mellom spesialiserte avdelinger, som har som forutsetning å få pasienter friske. Begrepet «frisk» blir ikke forsøkt definert for den enkelte. Begrepet ligger som en implisitt del av avdelingens arbeid, uten at det blir bevisstgjort blant helsearbeidere hva det egentlig betyr for den enkelte pasient. Pasientautonomi blir også glemt. Når man appliserer samlebandsfilosofien på disse pasientene tar man all egenmestring og autonomi fra dem.

Samordningen mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste og også innenfor forskjellige deler av den sterkt spesialiserte helsetjenesten blir nesten umuliggjort, fordi hver avdeling opererer som uavhengige enheter. Disse ser kun på «sin» del av pasientenes helseproblemer og ikke hele pasienten.

For den store og raskt voksende gruppe av pasienter med omfattende og sammensatte helsebehov, er konsekvensene av et slikt helsesystem alvorlige. Belastningen på helsesystemet øker også. Man får pasi-

enter som mister autonomi, som blir kasteballer mellom forskjellige deler av helsesystemet og som faktisk får mindre livskvalitet av kontakt med helsesystemet. Konsekvensen av dette er at de kommer til å bruke systemet mer enn nødvendig. Pasientene blir svingdørkasteballer mellom systemets enkle deler, som ikke arbeider sammen. Samtidig fratras pasientene autonomi og egenmestring. De kommer til å belaste systemet og seg selv, fordi de blir mer syke og mindre autonome av helsesystemet. Systemet mister sin helsebringende effekt og blir et «sykesystem» istedenfor et helsebringende system.

Opplevelser med helsetjenesten

En sykehistorie kan illustrere at dette ikke bare er teori, men i høyeste grad en realitet:

- Hans er 70 år og bor i ei bygd på yttersia. Han har 5 forskjellige kroniske diagnoser som hver for seg er potensielt livstruende: Hjertesvikt, atrieflimmer, et større aortaaneurysme som behandles konservativt, residiverende ulcus ventriculi og redusert nyrefunksjon. Han har regelmessige akutte forverringer av sin tilstand, som regel utløst av en infeksjon med ukjent fokus. I løpet av det siste året har Hans vært 130 dager på sykehus, han har vært i kontakt med 12 forskjellige helsetjenester, og han har i snitt 3 kontakter med helsetjenesten per måned. Dette sier Hans selv om sitt eget pasientforløp det siste året:

«Jeg har hatt både hjertestans, drypp, magesår og andre mageplager, lungebetennelse, hjerteflimmer, infeksjon og nyreproblemer og andre ting de ikke har funnet ut av. Har vært på rehabilitering og på sykehjemmet eller hjemme mellom sykehusopphold.

En lege laget en plan for utredning på sykehuset en gang da jeg kom inn. Jeg var veldig fornøyd med det. *Vi skulle ta fatt i det viktigste først*, så ta en og en ting, og så gjennomgå alle medisinene. Men de andre legene fulgte ikke opp. Med en gang jeg var litt bedre så ble jeg sendt hjem, uten noen gjennomgang. Ville vært nyttig å ha det skriftlig, det er jo så mange ting som feiler meg.»

som respekterer og kroniske lidelser?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABORIX

Hver gang Hans er på sykehuset er han for syk til at han klarer noe særlig mer enn å ta i mot den behandlingen han må ha for å overleve. Så snart han er sprek nok til å ta mer del i beslutningene rundt egen situasjon, så sendes han hjem. I samtalen med Hans kommer det klart fram at han har behov for hjelp utover det akutte. Han har klare meninger om hva slags hjelp han trenger. Han ønsker seg en oversikt, han ønsker seg forutsigbarhet, han ønsker å forstå hvilke medisiner han tar, hvorfor han må ta dem og hvilke bivirkninger de har. Han mener også at han kan ta mer ansvar for sin egen helse, om han bare får litt drahjelp.

«Synes jeg blir sendt hjem for tidlig og overlatt for mye til meg sjøl. Det har skjedd mange ganger. Jeg skulle ønske at jeg hadde fått trimma meg opp littegrann. At de kom her og at de hadde såpass tid at vi kunne gå oss en tur eller at vi kunne gjøre et opplegg, noen øvelser. Skal ikke mer til.»

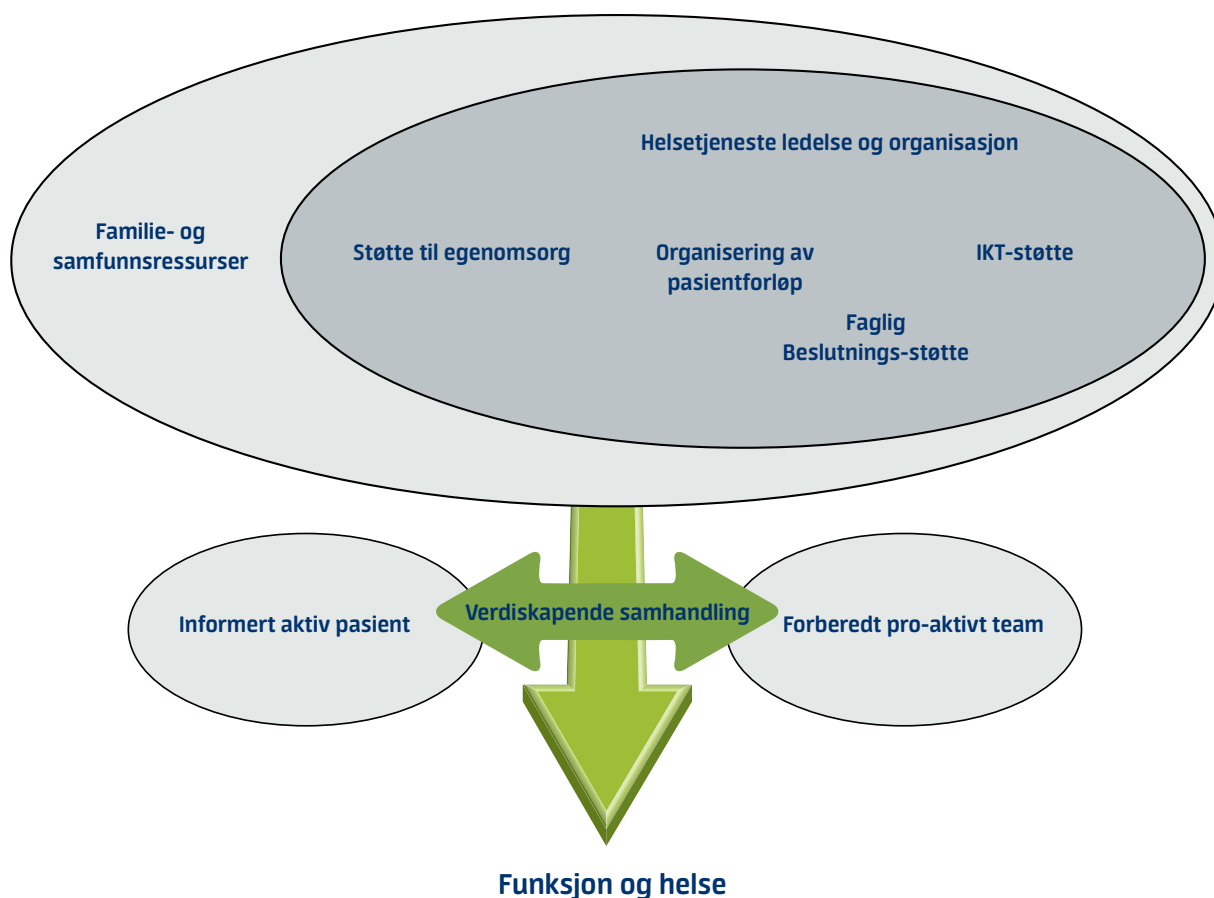
Hans mistet kona for tre år siden, og etter det hadde han ikke så mye motivasjon til å ta vare på seg selv. Nå har han imidlertid nylig fått seg en kjæreste som han gjerne vil holde kontakt med. Hans gir uttrykk for at han ønsker rehabilitering slik at han har mer krefter til det som er viktig for ham – nemlig få tilbake førerkortet slik at han lettere kan besøke sin kjæreste. Imidlertid er

det begrenset med rehabiliteringsplasser, så det får han ikke.

Paradoksalt nok, så pøser vi på med ressurser når det står om livet, men har få ressurser å sette inn for at øyeblikkeligjelpbehovet skal kunne utsettes ved at Hans bedre kan ivareta seg selv. Både helsetjenesten og Hans er fanget i «det akutte» helsetjenesteparadigmet.

Den ideelle helsetjenesten

For pasienter med sammensatte kroniske lidelser skal helsetjenesten hele tiden ha fokus på pasientens definerte begrep om livskvalitet og sikre autonomi. Pasientene



FIGUR. Chronic Care Modell – Modell for pasientsentrerte helsetjenester ved kronisk sykdom.

må naturligvis være informert og forstå konsekvensene av beslutninger truffet for å sikre disse kvalitetene.

For at helsetjenestene skal kunne virke sammen mot pasientens mål, må tjenestene også være velkoordinerte. Betydningen av diagnoser må nedtones og effektivitet må måles ut fra i hvor høy grad man klarer å sikre livskvalitet og autonomi på tvers av spesialitets- og systemgrenser. Første steg er å forstå hvilke behov pasienten har, hvilke av behovene som er viktigst for pasienten og avgjøre hvilke tiltak som er nødvendige for å imøtekomme disse. Det er helt sentralt at pasientens opplevde og prioriterte behov, og ikke diagnosen alene, er grunnlaget for en behovsdefinisjon.

Litt firkantet kan man si at inkomstjournalen burde ha en rubrikk som kunne ha tittelen «pasientens eksplisitte ønske om effekten av innleggelsen». I første notat og ved visitter heretter kunne man tenke seg en rubrikk med overskriften «tiltak og samhandling for å oppfylle pasientønsker». Pasientforløpet blir ikke til av seg selv straks tiltakene er definert. Det må eksplisitt iverksettes, og høy kvalitet kjennetegnes ved organisatorisk, informa-

sjonsmessig og relasjonell kontinuitet. De relevante ressursene, dvs. de som skal gjennomføre de anbefalte tiltak, må involveres i riktig rekkefølge, til riktig tid og sted. I epikrisen kunne man ha et punkt med overskriften «måloppnåelse i forhold til pasientens autonomi og ønske om livskvalitet» og «videre samarbeid og tiltak for å sikre livskvalitet og autonomi etter innleggelse».

Siden tiltakskjeden leveres av mange helsearbeidere som hver befinner seg på forskjellige «stasjoner», så er det vanskelig å få øye på verdiskapningen underveis, fordi dette er et produkt av mange komplementære aktiviteter hvor hver enkelt helsearbeider bare ser sin lille bit. Evaluering forutsetter derfor at man setter eksplisitte og realistiske mål sammen med pasienten, samtidig som man bestemmer seg for når og hvordan det aktuelle målet bør evalueres.

Hvor kan vi hente inspirasjon?

Et pasientforløp er en tidsserie med helsetjenester som til sammen er ment å dekke pasientens helsemessige behov i samme

periode. «Den pasientsentrerte helsetjenestemodell» (Chronic Care Model – CCM) presenterer et kart over de tjenestene som understøtter helse og funksjon ved langvarige helsetjenestebehov (3). Modellen bygger på et likeverdig og verdiskapende samarbeid mellom den «aktive informerte pasient» på den ene siden og «det proaktive forberedte helsetjenesteteteam» på den andre siden. Denne modellen har mye empirisk støtte og Helse Nord RHF ønsker at modellen skal være førende for behandlingen av pasienter med langvarige tilstander.

En teoretisk modell har verdi bare om den fungerer som et kart som kan vise vei inn i praksisfeltet. CCM er brukt som utgangspunkt for en rekke helsetjenesteleverandører som har erkjent at omsorg for pasienter med langvarige behov, er fundamentalt forskjellig fra den akutte helsetjenestemodell. Kayser Permanente er en privat helsetjenesteleverandør i USA, som har åtte millioner medlemmer. De har lagt stor vekt på å støtte pasienten så nært hjemmet som mulig, med utgangspunkt i pasientens ressurser. I deres satsning har IKT vært meget sentralt. Ved hjelp av internett kan medlemmer lese sin egen journal, de

kan selv gjøre timebestilling av tjenester de har behov for, de kan sende epost til helsepersonell, de kan se resultatene av de siste diagnostiske testene, de kan slå opp i generell helseinformasjon og de kan finne informasjon om hvilke rettigheter og plikter de har.

I Norge er samhandlingsreformen inspirert av blant annet Kayser Permanentes løsning, og i kjølvannet av reformen har vi fått lovendringer som understøtter kommunene i å ta en sterkere rolle i forhold til pasienter med komplekse og langvarige tilstander (4). Vi har også fått utredninger og prosjekter som tar sikte på å utnytte IKT som verktoy i den norske helsetjenesten: «En innbygger – en journal» og «Helsenorge.no».

På regionalt nivå har Helse Nord iverksatt en rekke initiativ for å virkeliggjøre den «pasientsentrerte helsetjenestemodell». Spesialisthelsetjenesten med UNN i spissen er på banen med et prosjekt (Pasientsentrerte helsetjenesteteam) som bedre skal ivareta pasienter med langvarig og komplekse behov, inkludert multimorbiditet. De skal bygge på erfaringer fra proaktive team og helhetstenkning, slik man allerede har gjort i mange år i geriatri, psykiatri og rehabilitering. En løsning rettet mot disse pasientene med langvarige og komplekse behov, må utformes i tett sam-

arbeid med fastlegene og kommunehelsetjenesten. Det er en utfordring at bare de største kommunene har ressurser å sette inn i slikt langvarig utviklingsarbeid. I første omgang er Tromsø og Harstad kommuner med i utviklingsfasen av prosjektet. Prosjektet har som langsiktig målsetning at man skal jobbe etter samme modell i hele regionen. Prosjektet henter inspirasjon fra tilstøtende initiativ i England, Danmark, og Norge.

Konklusjon

Vi har en helsetjeneste som er god på å yte akutt/ episodisk diagnosespesifikk helsehjelp. I en tid hvor antallet pasienter med langvarige helseproblemer øker dramatisk, er det nødvendig at helsetjenesten også blir god på å yte hjelp til pasienter med langvarige behov. Kvalitet er å skape verdi for pasienten. Kvalitet ved akutte eller episodiske helseutfordringer består i riktig behandling. Ved langvarig sykdom veves liv og helse sammen, og pasienten får en sentral posisjon i forhold til å mestre egen helse og konsekvensene av sykdom. Da er kvalitet både riktig behandling og å støtte opp under egenomsorg og egenmestring.

INTERNETTADRESSER

- Ottawa Charter for health promotion: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- Chronic care Model: www.improvingchroniccare.org/?p=The_Chronic_Care_Model&s=2
- Norsk modell for god samhandling: Veien frem til helhetlig pasientforløp v. Anders Grimsmo: <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf>
- Rapport fra Royal College of Physicians vedr fremtidens sykehusmodell (Future Hospital Commission): <http://www.rcplondon.ac.uk/projects/future-hospital-commission>

REFERANSER

1. Tinetti Me FTRBCM. Designing health care for the most common chronic condition – multimorbidity. JAMA: the journal of the American Medical Association 2012; 307 (23): 2493–94 doi: 10.1001/jama.2012.5265 [published Online First: Epub Date].
2. WHO. Ottawa Charter for health promotion: World Health Organization, 1986: 21.
3. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K, et al. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. [see comment]. JAMA 2002; 288 (15): 1909–14
4. Helse-og omsorgsdepartementet. Stortingsmelding 47 (2008–2009), Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. In: Helse-og Omsorgsdepartementet, ed., 2009.

■ NILS.KOLSTRUP@TELEMED.NO
 ■ GRO.BERNTSEN@TELEMED.NO

Legemiddelgjennomgang og bedre legemiddelbruk

■ STEINAR MADSEN

Medisinsk fagdirektør, Statens legemiddelverk og avtalespesialist i indremedisin og hjertesykdommer

Legemidler har en sentral plass i behandlingen og skal bidra til bedre helse og lengre liv. Dessverre viser forskningen at legemidler påfører mange pasienter alvorlige bivirkninger, samtidig som behandlingen ofte har mindre positive virkninger enn vi liker å tro. Bedre legemiddelbruk er en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet. Legemiddelgjennomgang er en metode for å oppnå bedre legemiddelbehandling. Fra 2013 har fastleger fått en egen takst for legemiddelgjennomgang. I denne artikkelen gis det noen råd om hvordan legemiddelgjennomgang kan gjennomføres.

Hva er en legemiddelgjennomgang?

Det finnes flere hjelpemidler til bruk ved legemiddelgjennomgang (1, 2). Det er det praktiske resultatet som er avgjørende. *En legemiddelgjennomgang skal bidra til at pasienten får en behandling som er best mulig tilpasset den totale kliniske situasjon, herunder medisinske og sosiale forhold.*

Det understrekes at legemiddelgjennomgang er en løpende oppgave for alle leger. Legen bør hver gang han skriver ut et medikament vurdere om pasienten virkelig trenger medikamentell behandling og hvilken behandling som er best egnet.

Nytte- og risikotekning

All behandling medfører fordeler og ulemper. Forholdet mellom fordeler og ulemper kalles gjerne nytte-risikoforholdet. For et legemiddel dokumenteres fordeler og ulem-

per gjennom pasientstudier med nøye fastlagte kriterier for deltagelse. Mange pasienter i det virkelige liv har ulike sykdommer og tilstander som gjør at de ikke kan være med i klinisk studier, og vi har derfor ofte sparsom kunnskap om den nytte og de ulemper de får av behandlingen. Avhengig av pasientens kliniske tilstand må vi i mange tilfeller gjøre valg som er mer bygget på tro og erfaring enn solid vitenskap. SE KLINISK EKSEMPEL 1.

Takst for legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang utløser takst 21d, som pr. 1. januar 2014 er 162 kroner. Vilka- rene og merknad til taksten finnes i FAKTABOKS 1.

Taksten kan kombineres med andre takster, blant annet takst for langvarig konsultasjon.

FAKTABOKS 1

VILKÅR FOR LEGEMIDDELGJENNOMGANG

Takst 21d:

Systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege. Systematisk legemiddelgjennomgang i tråd med Helsedirektoratets veileder, herunder bruk av relevant beslutningsstøtte og innhenting av informasjon fra andre enn pasienten i nødvendig grad (hjemmesykepleie, pårørende, spesialisthelsetjeneste). Kan kun kreves for egne listeinnbyggere

Merknad B8:

Taksten kan benyttes både i forbindelse med konsultasjon og uten pasienten tilstede. Legen foretar en skjønnsmessig vurdering av medisinsk behov, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften).

med behov for langvarig behandling med fire legemidler eller mer når fastlege finner dette nødvendig ut fra en medisinsk vurdering. Vurdering av behov, hvem som er konsultert og iverksatte tiltak skal fremgå av pasientjournalen. Taksten kan benyttes inntil en gang pr. kalenderår pr. pasient.

Plikten vil særlig gjelde pasienter med kroniske og/ eller sammensatte lidelser. Beslutningsstøtte forstås i vid forstand, dvs. ikke kun elektroniske verktøy.

KLINISK EKSEMPEL 1: Valg av behandling.

En 83 år gammel kvinne kommer til fastlegen fordi hun har fått kraftig lumbago etter at hun forløftet seg under hagearbeid. Hun er øm i korsryggmuskulaturen, men for øvrig er det ingen unormale funn. Hun ønsker smertestillende medisiner. Hun bruker øyedråper mot grønn stær og hydroklortiazid/amilorid mot høyt blodtrykk. Hva vil du gi henne?

Det finnes tre hovedalternativer:

Paracetamol – som kanskje er noe mindre effektivt ved denne typen smerter – men vil fungere bra med en god dosering. Lite bivirkninger ved normal bruk.

NSAIDs – kanskje mer effektivt, men har flere alvorlige bivirkninger enn paracetamol ved normal bruk. Diklofenak er kontraindisert hos pasienter med koronarsykdom og bør brukes med forsiktighet ved høy risiko for slik sykdom, mens for eksempel piroksikam har forholdsvis høy risiko for magesår og mageblødninger.

Opioider – kan være effektivt – gjerne sammen med paracetamol eller NSAIDs. Ulemper er tilvenningsfare, forstoppelse, nedsatt kjøreevne og økt fallrisiko. Opioider kan gi forvirring hos eldre.

Fordi det trolig bare vil være nødvendig med en kort kur er alle alternativene akseptable og omtrent likeverdige hos denne pasienten. Dersom hun hadde brukt blodfortynnende medisiner eller hatt nedsatt nyrefunksjon ville det trukket i retning av å gi henne paracetamol og/eller opioid. Mageblødninger hos en eldre pasient som bruker blodfortynnende kan være meget alvorlig



INFORMASJONSKILDER VED LEGEMIDDELSAMSTEMMING

- Egen forskrivning
- Epikriser
- Reseptformidler
- Utleveringsmeldinger
- Pasientens legemiddelliste
- Multidoseskjema
- Pleierapporter
- Utspørring av pasient og pårørende
 - Spør om reseptfrie legemidler, naturmidler og kosttilskudd
 - Spør om pasienten virkelig tar legemidlene slik som angitt
- Be eventuelt pasient eller pårørende å ta med alle medisiner hjemmefra (sykebesøk kan også være nyttig)
- Kjernejournal (i noen kommuner)

FAKTABOKS 2

Legemiddelsamstemming

En av de viktigste forutsetningene til en legemiddelgjennomgang er legemiddelsamstemming. Legemiddelsamstemming består

Spør om pasienten virkelig tar legemidler som angitt. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



i å sette opp en sann liste over hvilke legemidler pasienten faktisk bruker. Opplysninger om legemidler kan hentes fra legens journalsystem, epikriser, reseptformidleren, utleveringsmeldinger og pasientens egne opplysninger (FAKTABOKS 2). I løpet av noen år vil kjernejournalen kunne bli en viktig kilde til opplysninger. Den er i dag under utprøving i noen få kommuner.

Praktisk utførelse av en legemiddelgjennomgang

En legemiddelgjennomgang kan deles i tre faser: Forberedelse, gjennomføring og oppfølging. Legemiddelgjennomgangen kan gjøres av legen alene, sammen med pasienten, de pårørende eller sammen med annet helsepersonell (sykepleier eller farmasøyt). For den enkelte pasient må legen bestemme seg for omfanget av gjennomgangen. Løpende vurderinger av legemiddelbruken er viktig, det vil redusere behovet for omfattende og kompliserte gjennomganger som skal rette opp problemer som har oppstått over tid. SE FAKTABOKS 3.

MOMENTER VED LEGEMIDDELGJENOMGANG

Forberedelse til legemiddelgjennomgang:

- Hvem skal være til stede?
- Avtal eventuelt tid med pasienten og andre som skal være tilstede.
- Kan sykebesøk være nyttig?
- Er det nødvendig med blodprøver eller andre undersøkelser på forhånd?
- Er det nødvendig å innhente epikriser, pleierapporter eller annen informasjon?

Legemiddelgjennomgang:

- Gjennomgang av sykehistorie og diagnoser
- Vurder livsstil, sosial situasjon og evne til egenomsorg
- Klinisk undersøkelse hvis nødvendig
- Vurder ernæringsstatus og naturlige funksjoner
- Gå gjennom blodprøvesvar
- Gå gjennom legemiddellisten og sjekk at opplysningene stemmer
- Spør om etterlevelse, kontroller utleveringsmeldinger
- Kan pasienten bruke det medisinske utstyret (injeksjonspenn, inhalator)?
- Spør om bivirkninger, nesten alle symptomer kan skyldes bivirkninger
- Vurder nytte og risiko for hvert enkelt legemiddel – kan behandling avsluttes, forbedres eller forenkles?
- Bruker pasienten legemidler som erfaringsmessig ofte medfører problemer?
- Vurder behov for nye legemidler – har pasienten tilstander som ikke er behandlet?
- Vurder justering av doser
- Gjør et elektronisk interaksjonssøk (integret i journalsystemet eller på www.interaksjoner.no)

Oppfølging:

- Skriv ut oppdatert liste over legemidler i bruk.
- Send eventuelt oppdatert legemiddelliste til andre som har behandlingsansvar (hjemmetjenesten)
- Oppdater legemidlene i reseptformidleren. Skriv nye resepter og kall tilbake nødvendige resepter
- Vurder om pasienten kan være tjent med multidoser
- Lag en plan for videre oppfølging, informer pårørende og hjemmetjeneste
- Journalfør legemiddelgjennomgangen med oversikt over hva som er blitt bestemt

FAKTABOKS 3

Legemidler med risiko for bivirkninger

Risikoen for bivirkninger og uheldige effekter av legemidler øker med alder, et sammensatt sykdomsbilde, mange legemidler, mental svikt og nedsatt allmenntilstand. Ofte vil behandling av en tilstand kunne føre til alvorlige bivirkninger og behov for forebygging eller behandling av bivirkninger. For eksempel kan en eldre pasient som rammes av polymyalgi og som får prednisolon i høye doser i løpet av kort tid utvikle osteoporose, samtidig som pasienten også får høyere risiko for magesår. Disse pasientene kan derfor ha behov for både midler mot osteoporose (bisfosfonat) og magesår (protonpumpehemmer). I tabell 1 er det satt opp eksempler på noen symptomer som kan utløses av legemidler. Det er viktig å skille mellom symptom på sykdom og bivirkning av legemiddel. Noen ganger kan forsøksvis avslutning av behandlingen være nødvendig for å kunne skille. Det er en rekke legemidler som kan fremkalle forvirring eller delirium (3), og det har selvsagt stor betydning for pasienten at han får riktig diagnose. SE KLINISK EKSEMPEL 2.

Retningslinjer og legemiddelbehandling

For mange vanlige sykdommer (for eksempel høyt blodtrykk, høyt kolesterol, hjertesvikt, sukkersyke, forkammerflimmer, KOLS, astma, depresjon) finnes det detaljerte behandlingsretningslinjer. En pasient som lider av flere tilstander samtidig kan, dersom retningslinjene skal følges til punkt og prikke, risikere å få en omfattende legemiddelbehandling som kan være vanskelig å etterleve, særlig for de eldste. De senere årene har det vært en tendens til å slakke litt av på kravene når det gjelder europeiske retningslinjene for hypertensjon gått bort fra å sette lavere mål for systolisk blodtrykk hos diabetikere enn andre pasienter (4). Generelt sett vil den største behandlingseffekten oppnås ved det første legemidlet som gis. Hos en pasient med forskjellige sykdommer bør legen tilstrebe å gjøre behandlingen enklest mulig og utnytte legemidler med flere virkninger. Tradisjonelt har det vært en viss skepsis knyttet til bruken av faste kombinasjoner. Særlig ved høyt blodtrykk og diabetes har faste kombinasjoner en økende andel av

behandlingen. Faste kombinasjoner kan bidra til enklere behandling og bedre etterlevelse.

Konklusjon

Legemiddelgjennomgang er et enkelt og nyttig tiltak for å forbedre legemiddelbehandlingen. Selv om det nå er kommet en egen takst for årlig legemiddelgjennomgang må vi ikke glemme at løpende vurdering av behandlingen er det viktigste tiltaket for sikker legemiddelbruk.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Veileder om legemiddelgjennomgang. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-om-legemiddelgjennomganger/Publikasjoner/veileder-legemiddelgjennomgang.pdf>.
2. Norsk legemiddelhåndbok. G24 Legemiddelgjennomgang (LMG). <http://legemiddelhandboka.no/Generelle/311096>.
3. Ranhoff AH, Brørs O. Legemidler som kan gi delirium hos eldre. Tidsskrift for Den norske lægeforsking 2005; 125:2366–7.
4. The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Journal of Hypertension 2013; 31:1281–1357.

KLINISK EKSEMPEL 2: Redusert etterlevelse.

En 74 år gammel kvinne fikk påvist atrieflimmer og begynte med dabigatran 150 mg x 2. Av medisiner brukte hun fra tidligere paroksetin. Siden paroksetin kan øke blødningsfaren på grunn av platehemming, ba legen henne om å slutte med paroksetin. Noen måneder senere kom pasienten til kontroll. Legen sjekket utleveringsmeldingene på dabigatran og så at hun ikke hadde hentet medisiner på over fire måneder. Ved nærmere utspørring viste det seg at hun ikke hadde sluttet med paroksetin – men i stedet redusert dosen av dabigatran til 150 mg x 1 for å redusere blødningsfaren. Hun mente at hun ikke kunne klare seg uten paroksetin mot depresjon. I dette tilfellet hadde legen overtolket interaksjonsdata, kombinasjon av disse to medisinene er forsvarlig og kan brukes.



ILLUSTRASJON: BAKKUNNSFOTO/COLOURBOX

TABELL 1: Eksempler på tilstander som kan skyldes legemidler.

TILSTAND	EKSEMPLER PÅ LEGEMIDLER SOM KAN UTLØSE HENDELSEN	KOMMENTAR
Benskjørhet	Prednisolon, høye doser inhalasjonssteroider, protonpumpehemmere (langvarig bruk)	Gi forebyggende behandling mot benskjørhet
Blødninger	Blødfortynnende medisiner, platehemmere, NSAIDs (magesår)	Nøyaktig dosering, redusere risiko (behandle blodtrykk, protonpumpehemmer)
Falltendens og skader	Sovemidler, beroligende medisiner, blodtrykksmedisiner, opioider, øyedråper	Analysere årsaken til fall, endre uheldig behandling
Forstoppelse	Opioider	Om nødvendig gi avføringsmidler
Forvirring, delirium	Antipsykotiske legemidler, beroligende legemidler, antidepressive legemidler, legemidler mot inkontinens, diuretika, smertestillende	Ved plutselig forvirring eller forverring er det viktig å vurdere om legemiddel kan være årsaken
Hjerteinfarkt, slag	NSAIDs (blant annet diklofenak, celekoksib, etorikoksib)	Respektere kontraindikasjoner, velge alternative legemidler
Hoste	ACE-hemmere	Skifte til andre legemidler
Muskelsmerter og muskeltivhet	Statiner	Redusere dose eller avslutte behandling, andre legemidler
Nyresvikt	ACE-hemmere, angiotensinblokkere, NSAIDs	Følge nyrefunksjonen, unngå kombinasjon med NSAIDs

Motivasjon for internettbasert ved hjelp av konsultasjonsstøtte

■ MAJA WILHELMSSEN, KJERSTI LILLEVOLL*, METTE BECH RISØR, RAGNHILD HØIFØDT*, MAY-LILL JOHANSEN, KNUT WATERLOO*, MARTIN EISEMANN*, NILS KOLSTRUP

Institutt for samfunnsmedisin, Allmennmedisinsk forskningsenhet og *Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø

Denne artikkelen gjengir hovedfunnene i vår originalartikkel «Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study», publisert i *BMC Psychiatry* i 2013 (1).*

Bakgrunn

Forekomsten av depresjon er høy og fører til enorme kostnader for samfunnet (2). Internettbasert kognitiv adferdsterapi (ICBT) har i studier vist seg som effektiv behandling av depresjon, men studiene viser også at det er mer effektivt å kombinere ICBT med menneskelig støtte (3). At pasienter ikke fullfører behandling er en utfordring (4). Implementering av ICBT i kombinasjon med korte ansikt-til-ansikt-konsultasjoner i allmennpraksis kan føre til tidlig intervensjon, gi økt tilgang til kognitiv atferdsterapi og forbedre behandlingen av depresjon, samt ta hensyn til pasientenes ønske om oppfølging gjennom konsultasjoner. Det er anbefalt å finne tiltak for å forbedre oppfølgingen – slik at pasientene fortsetter i internettbaserte intervensjoner (5) – samt forsøke å identifisere effekten av ulike elementer rundt den støtte en helsearbeider kan gi i slike intervensjoner (6). Noen tidligere studier har undersøkt motivasjon til å fortsette med ICBT, men da uten ansikt-til-ansikt-konsultasjoner gitt av en helsearbeider (7). Vår studie utforsket motivasjon til å stå i behandling ved å se på erfaringer høstet fra en gruppe pasienter som søkte hjelp i allmennpraksis og ble henvist videre til «konsultasjonsstøttet behandling», det vil si ICBT støttet av korte ansikt-til-ansikt-konsultasjoner.

* Hele artikkelen er fritt tilgjengelig på <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/296>.

Metode

For å belyse motivasjon i en hverdagslig kontekst samt betydningen av pasientenes erfaringer valgte vi en fenomenologisk hermeneutisk tilnærming (8). Vi intervjuet deltakerne fra intervensjonsgruppen av en randomisert kontrollert studie som evaluerte effekten av et ICBT-program kalt MoodGYM, en eHelse-intervensjon som brukes til å behandle depresjon (fritt tilgjengelig på msh.no). 14 deltakere, både noen som fullførte behandlingen og noen som ikke fullførte behandlingen, ble intervjuet (TABELL 1). Intervjuene var individuelle og semistrukturerte, dvs. vi tilstrebet at dialogen var som en vanlig samtale – samtidig som temaene ble styrt ved hjelp av en forberedt guide med åpne spørsmål. Intervjuene ble gjennomført kort tid etter at deltakerne hadde avsluttet behandlingen.

Resultat

Håp om bedring og et ønske om å få kontroll over eget liv ble identifisert som indre motivasjonsaspekter.

3: Men jeg tror, primært altså det å få komme i gang med noe, var en kjempeeffekt. Føler at jeg gjorde noe i stedet for og bare sitte og vente og ha det vondt.

Følelsen av å være i stand til fritt å velge hvordan, når og hvor deltakerne skulle gjøre ICBT- modulene ble identifisert som et viktig støttende element og tilfredsstilte deltakernes behov for autonomi.

5: Jeg vet at jeg hadde et program som jeg kunne gå inn i, og det gjorde jeg når jeg hadde tid og når jeg hadde... var i den modusen da som passet meg og [...]Jeg kjente at nå vil jeg ta tak i det her, nå passer det, nå er jeg... Jeg er ikke trøtt, jeg har spist og ja, alt passet. Og jeg har fri, jeg skal ikke på jobb, nå kjenner jeg at har jeg tid og jeg er inspirert til å ta tak i det.

Videre var betydningen av tilhørighet til ektefeller/samboere, venner eller familie avgjørende for motivasjonen og – for noen

– styrkende for evnen til å identifisere seg med ICBT-innholdet.

9: Nei, æ hadde ho samboeren min. Æ hadde nok gjort det (meldt avbud) flere ganga, hadde det ikkje vært for ho samboeren min (tørr latter)... som va flink å presse mæ litt... Ho hadde jo fått med sæ at æ følte mæ jo bedre liksom når æ kom ut derifra (konsultasjon). Så ho sa jo at du må jo dra for du vet jo at du får en bra følelse, en god følelse når du kommer ut derifra og fått prata litt og... gjort de her tinga så...

Et annet støttende element var opplevelsen av tilknytning som ble etablert når de ble møtt med anerkjennelse, fleksibilitet og tilbakemeldinger fra en kvalifisert helsearbeider i ansikt-til-ansikt-konsultasjoner.

12: Det som faktisk var viktig for meg, det var disse oppfølgingstimene. [...] det var en person som jeg visste, som var en ekspert på dette og kunne dette...

Diskusjon

Mer enn noe annet, ble våre deltakere motivert til å fortsette med konsultasjonsstøtte

TABELL 1

STUDIEDELTAERE			
PASIENT	ALDER (ÅR)	MANN/KVINNE	FULLFØRT/ IKKE-FULLFØRT
1	28	Kvinne	Ikke-fullført
2	26	Mann	Fullført
3	33	Mann	Fullført
4	39	Kvinne	Fullført
5	61	Kvinne	Fullført
6	41	Kvinne	Fullført
7	44	Kvinne	Ikke-fullført
8	26	Kvinne	Fullført
9	26	Mann	Fullført
10	48	Mann	Fullført
11	56	Kvinne	Fullført
12	36	Kvinne	Fullført
13	22	Kvinne	Fullført
14	51	Mann	Ikke-fullført

... kognitiv atferdsterapi ... te: en kvalitativ studie

tet ICBT når deres behov for tilhørighet, tilknytning og identifisering var tilfredsstillt. Disse tre behovene sammenfalles i ordet «relatedness» i en anerkjent teori rundt motivasjon som kalles «Self Determination Theory» (SDT). SDT hevder at de psykologiske behov for «relatedness», kompetanse og autonomi må være oppfylt for å styrke indre motivasjon (9, 10). Alle tre behovene ble identifisert og påvirket motivasjon i vår studie, men spesielt «relatedness» utpekte seg som sentral. Våre funn viste hvordan motivasjon til å fortsette med konsultasjonsstøttet ICBT ikke bare var en intern individuell prosess, men også en sosial prosess, der samhandling med andre var viktig.

Unikt for denne studien var funnene omkring visse aspekter ved samspeillet med helsearbeideren som var viktig for motivasjonen. Disse aspektene ble identifisert som tilknytning gjennom anerkjennelse, troverdige tilbakemeldinger og oppmuntning til fleksibilitet. Store hindringer i behandlingen med ICBT, slik som mangel på støtte, manglende datakunnskaper og mangel på selvidentifisering ble ikke uttrykt så klart i våre funn som i studien av Donkin et. al. som utforsket en eldre befolkning uten oppfølging med ansikt-til-ansikt-konsultasjoner (7).

Det kan bety at de korte ansikt-til-ansikt-konsultasjonene i vår studie har bidratt til å øke aksepten for internetbehandlingen og virket støttende. Måten spørsmålene ble stilt under intervjuet, kan også ha bidratt til funnene. Santana har vist at det er økende bruk av internett når det kommer til helsemessige problemer (11). Det faktum at våre deltakere var yngre – og derfor dyktigere til å bruke internett for å hente informasjon om helsespørsmål – kan være en grunn til at de ikke opplevde datakunnskaper som en barriere. En annen forklaring kan være at MoodGYM kanskje er et mer brukervennlig program.

Deltakerne i en randomisert kontrollert



Effekten av internetbasert kognitiv atferdsterapi øker betydelig hvis legen kan motivere pasientene til egenaktivitet – for eksempel ved tett oppfølging og motiverende samtaler. ILLUSTRASJONSFOTO: IDA SUNDAR

studie består av et selektert utvalg og kan derfor være mer motivert. En styrke ved vår studie var at alle deltakerne først var i kontakt med fastlege for sine problemer, noe som kan redusere utvelgelses-biasen. En svakhet er at kun tre av våre 14 deltakere ikke hadde fullført behandlingen. Flere som ikke fullførte ble invitert til å bli intervjuet, men disse ønsket ikke å delta og

kunne dermed ikke bli inkludert i studien. Våre funn kan bare sees på som en delvis beskrivelse av hele spekteret av pasienter. Det viktigste målet i dette arbeidet var å utforske aspekter av motivasjon til å starte og fortsette med konsultasjonsstøttet behandling med ICBT, og dermed var et flertall av pasienter som hadde fullført akseptabelt.

Konklusjon

Ved å analysere intervjuene av våre 14 deltakere, forsøkte vi å avdekke motivasjonspekter som ble erfart ved bruk av ICBT med korte oppfølgende konsultasjoner. Indre motivasjon som for eksempel å få kontroll over sitt eget liv og et personlig håp for bedring ble identifisert. Mer enn noe annet ble pasienter motivert til å fortsette med konsultasjonsstøttet ICBT når deres behov for tilknytning og tilhørighet var tilfredsstillt. Dette ble oppnådd gjennom følelser av selv-identifisering i selve ICBT-programmet og ved opplevelser av tilhørighet og det å bli verdsatt av partnere, venner og familie samt kontakt og tilknytning med helsearbeideren.

Implikasjoner for forskning og praksis

Styrking av motivasjon kan være et skritt i retning av forbedret mulighet for at pasientene står i behandlingen, men videre forskning er nødvendig. Vi foreslår fire trinn en helsearbeider som tilbyr konsultasjonsstøttet ICBT bør ha i bakhodet i møte med pasienter med depresjon, for å øke motivasjonen.

For det første bør håp kommuniseres ved

å forklare pasienter om effektiviteten av ICBT og om hvor god prognose det er ved depresjon. For det andre bør en oppfordre pasienter til å involvere støttespillere i veien mot bedring. For det tredje bør en kommunisere at helsearbeideren som formidler av konsultasjonsstøttet ICBT har kompetanse og kan gi kvalifiserte tilbakemeldinger. For det fjerde: Ha fokus på anerkjennelse, fleksibilitet og forståelse i møte med pasienten. Dette kan øke en følelse av tilhørighet og autonomi.

Fremtidig forskning er nødvendig for å avklare nærmere hvorvidt ICBT kan representere en verdig behandling for depresjon i allmennpraksis og legges til som et ekstra verktøy i allmennpraktikens «arsenal».

REFERANSER

1. Wilhelmson M, Lillevoll K, Risor MB et al. Motivation to persist with internet-based cognitive behavioural treatment using blended care: a qualitative study. *BMC psychiatry* 2013; 13: 296.
2. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2011; 21: 655-79.
3. Johansson R, Andersson G. Internet-based psy-

CHOLOGICAL TREATMENTS FOR DEPRESSION. Expert review of neurotherapeutics 2012; 12: 861-9; quiz 70.

4. Christensen H, Griffiths KM, Farrer L. Adherence in internet interventions for anxiety and depression. *J Med Internet Res* 2009; 11: e13.
5. Nicholas J, Proudfoot J, Parker G et al. The ins and outs of an online bipolar education program: a study of program attrition. *J Med Internet Res* 2010; 12: e57.
6. Richards D, Richardson T. Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review* 2012; 32: 329-42.
7. Donkin L, Glozier N. Motivators and motivations to persist with online psychological interventions: a qualitative study of treatment completers. *J Med Internet Res* 2012; 14: e91.
8. Lindseth A, Norberg A. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian journal of caring sciences* 2004; 18: 145-53.
9. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *The American psychologist* 2000; 55: 68-78.
10. Deci EL, Ryan RM. The «what» and «why» of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychol Inq* 2000; 11: 227-68.
11. Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M et al. Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. *BMC Fam Pract* 2011; 12: 20.

■ MAJA.WILHELMSSEN@UIT.NO

Kognitiv terapi – egnet i allmennpraksis

Kognitiv terapi er i øyeblikket den mest utbredte terapiformen innenfor psykiatrien. Grunnideen er at vi mennesker konstant har en mer eller mindre bevisst strøm av tanker. Disse påvirker og påvirkes av våre følelser og handlinger. Under første del av terapien lærer pasientene å oppdage sine tanker, følelser og handlinger. Deretter må pasientene lære å forstå forskjellen mellom tanker, følelser og handlinger. Pasientene må så endre de tankene, som fremkaller følelser og handlinger som ødelegger det pasientene vil oppnå.

Disse såkalte dysfunksjonelle tanker har egne mønstre avhengig av hvilken psykisk lidelse pasienten har. Depresjon er preget av fokusering på det negative, dikotom tenking (svart/hvitt, «alt eller intet»), overgeneralisering («ett nederlag medfører at jeg er håpløs»), personalisering (f.eks. «Det er min skyld at folk sulter»), selektiv abstraksjon (ser kun det som er svart), arbitrær slutning (f.eks. «Jeg trampet i gulvet og naboen begikk selvmord») og forstørrelse og forminskelse (fokus på noe og ikke på noe annet). Avhengig av angsttypen er

den preget av forskjellige dysfunksjonelle tanker. Generalisert angst er preget av at «noe» i nåtid eller fremtid er farlig. Ved fobi er det klare overdrevne tanker om at noe konkret er farlig, ofte med sterke kroppslige fornemmelser. Helseangst er preget av konstant søken etter «bevis» på alvorlig sykdom ved selektiv fokusering på kroppslige fenomener. Pasienter med sosial angst har en fornemmelse av at de er senter for ubehagelig oppmerksomhet fra andre.

Målet med terapien er å få pasientene til å oppdage alternative tanker, som gir mer ønskelige følelser – for eksempel at pasientene blir mindre deprimerte, får mindre angst eller blir mindre redde for invasive psykotiske tanker. Ved å bruke registreringer av tanker, bevis- og motbevis for tankers sannhetsverdi samt sokratiske spørre-teknikk, er målet for terapeutene å få pasientene til selv å oppdage sine dysfunksjonelle og alternative tanker. På den måte brukes pasientens egne ideer og forestillinger aktivt i terapien.

Terapien er i utgangspunktet kortvarig: Den gis i ca. 45 minutter, som regel 8–10

ganger, og inneholder ofte adferdsendrende eksperimenter som for eksempel å aktivisere seg hvis man er deprimert, eller å eksponere seg for angstskapende situasjoner hvis man har angst. Terapien har et krav til pasientene om aktivitet mellom terapitimene.

Slik kortvarig og konkret terapi egner seg godt for allmennpraksis. Hvis allmennleger kunne bruke disse terapeutiske teknikker, ville mange pasienter med lette psykiske problemer raskt bli behandlet, før problemene fikk muligheter til å utvikle seg. Effekten av behandlingen økes dramatisk, hvis legen kan motivere pasienten til egenaktivitet – for eksempel ved tett oppfølging og motiverende samtaler.

Det finnes en rekke gode selvhjelpsbøker og internettprogrammer som kan være en del av aktiviteten mellom terapitimene eller brukes av pasienten uten støtte av terapitimer.

GÅ TIL:

<http://msh.no/> og <http://www.kognitiv.no/>

E-POST: nils.kolstrup@uit.no

NILS KOLSTRUP

Raskere cellealdring etter vond barndom

ILLUSTRASJONSPOTO: COLOURBOX

■ ANE BRANDTZÆG NÆSS • Medisinstudent ved Universitetet i Oslo

■ ANNA LUISE KIRKENGEN • Allmennmedisinsk Forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU og Institutt for samfunnsmedisin, Universitet i Tromsø

Det er bred enighet om at barndommen har betydning for hvordan vi får det som voksne, og da særlig med tanke på helsen. Det finnes allerede mye kunnskap om hvorfor det er slik, men her omtaler vi enda en mulig sammenheng. Mange studier tyder nå på at vonde og vanskelige erfaringer i barndommen gjør at cellene våre aldres raskere.

Vonde erfaringer i barndommen har langvarige konsekvenser for både mental og fysisk helse i voksen alder. Det har den forrige regjeringens strategi for forebygging av vold og seksuelle overgrep i barndommen, offentliggjort den 2. september 2013, også tatt inn over seg (1). Likevel later det til at politikerne ennå ikke har fått med seg forskningen som viser akkurat hvor dypt vonde og vanskelige barndomserfaringer kan sette seg i kroppen. Denne nye kunnskapen handler om hvordan kroppens fysiologi og struktur kan endres som respons på erfaringer. Disse endringene kan senere være kildene til sykdommene og bidra til den økte dødeligheten som assosieres med vold, overgrep og omsorgssvikt i barndommen.

Nyere forskning tyder på at cellene våre aldres raskere som følge av livsbelastninger og kronisk stress. Denne prosessen later til å begynne allerede i fosterlivet (2). Cellealdring kan avleses fra lengden av telomerene, de beskyttende DNA-sekvensene på endene av kromosomene. Man kan måle telomerlengden i for eksempel hvite blodlegemer i perifert blod eller navlesnorblod, eller fra celler i munnslimhinnen. Målemetodene som kan brukes er blant andre PCR, Southern Blot og fluoressens in-situ hybridisering (FISH).

Interessen for telomerer begynte i 1930-årene. Etterhvert forsto man at de er essensielle for å opprettholde kromosomets integritet og varsle om DNA-skade (3). Elizabeth Blackburn fikk nobelprisen i medisin og fysiologi i 2009 for sin forskning på telomerer og enzymet telomerase. Hun har i de senere år samarbeidet med psykologen Elissa S. Epel om å kartlegge betydningen av belastende livserfaringer for lengden på telomerene, altså cellealdringen. Det er dette temaet vi skal fokusere på i denne artikkelen, med et særlig blikk på barn.

Cellealdring og stress

Ettersom celler aldres forkortes telomere. Således kan telomerene sies å være en klokke som viser vår biologiske, ikke kronologiske, alder (4). Telomerene forkortes ved hver celledeling, men blir antakelig også påvirket av inflammasjon, kortisol og oksidativt stress (3, 5). Enzymet telomerase bygger på telomerene igjen, men er ikke aktivt nok i somatiske celler til å motvirke effektene av celledelingen og ytre faktorer. Telomerene forkortes i ulik hastighet hos ulike personer, antakelig avhengig av påvirkning fra miljøet allerede fra før fødselen (2). Psykososialt stress kan føre til økt hastighet på forkortningen av telomerene (4, 6), også hos barn (7).

Når vi her omtaler stress hos barn, bruker vi definisjonen til USAs folkehelseinstitutt, Centre for Disease Control and Prevention (CDC). Vi refererer altså til stress som det fysiologiske uttrykket til stressresponssystemet (8). CDC skiller mellom positivt, tolerabelt og giftig stress, ut fra hvilken effekt det har på barn som opplever stresset. Positivt og tolerabelt stress fører ikke til langvarig endring eller skade på stressresponssystemet, fordi barnet hjelpes av støttende voksne til å dempe stressresponsen sin. Giftig stress, derimot, kjenntegnes av kraftig, repeterende og langvarig aktivering av kroppens stressrespons. Når

barnet ikke får hjelp til å håndtere dette av støttende voksne, fører giftig stress til forstyrret hjernestruktur, påvirkning av andre organsystemer og utvikling av en stressrespons som har relativt lav terskel for aktivering videre i livet. Disse barna får dermed økt risiko for stressrelatert sykdom og hemming av kognitive funksjoner langt inn i voksenalderen (8).

Giftig stress hos barn

Vonde og vanskelige barndomserfaringer kan følgelig føre til at barn opplever giftig stress (9). Slike erfaringer ser dessverre ikke ut til å være særlig uvanlige, selv om vi mangler god oversikt over norske forhold (1). Den anerkjente ACE-studien fra USA (10), kartla både utbredelse, og mulige konsekvenser, av slike erfaringer. Studien undersøkte erfaringer med fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, narkotikamisbruk i hjemmet, vold mot mor, mental sykdom i hjemmet og kriminalitet. Litt over halvparten av de spurte hadde hatt en eller flere slike erfaringer.

Konsekvensene av vonde og vanskelige erfaringer i barndommen kan være store. ACE-studien, som omfattet over 17 000 voksne amerikanere, fant at jo flere negative erfaringer man hadde fra barndommen, jo flere helserisikoer hadde man som voksen (10). Brown et al fant at personer med over seks forskjellige typer av slike erfaringer døde nesten 20 år tidligere enn amerikanske borgere i gjennomsnitt (11). Den økte risikoen ble kun delvis forklart av livsstilsfaktorer og sosiale problemer relatert til vonde og vanskelige barndomserfaringer. Funnene i ACE-studien støttes av en studie som inkluderte 14 000 personer, hvor man fant at en vond og vanskelig barndom var knyttet til økt mortalitet før fylte 50 år (12). En metaanalyse av slike studier konkluderte med at alle former for barnemishandling bør anses som viktige risikofaktorer for dårlig helse (13).

Vonde og vanskelige barndomserfaringer kan føre til dårlig helse på flere måter, for eksempel gjennom økt mottakelighet for infeksjoner eller økt sannsynlighet for kronisk systemiske inflammasjoner (8). Mye tyder nå på at korte telomerer også bidrar til disse sammenhengene. Mange studier knytter økt cellealdring, eller kortere telomerer, hos voksne til vonde og vanskelige barndomserfaringer (14–16). I tillegg kommer det flere og flere studier som observerer økt cellealdring allerede hos barn som lever i belastende omgivelser. Dette feltet er fortsatt så nytt at vi her presenterer de fleste av studiene som har blitt publisert så langt. Imidlertid er dette et felt i kraftig vekst, og nye artikler kan ha kommet ut innen denne teksten er i trykk.

Økt cellealdring allerede hos barn

I en randomisert kontrollert studie av barnehjemsbarn i Romania som enten ble plassert i fosterhjem, eller fortsatte å bo i institusjon, fant Drury et al at jo lenger barna hadde bodd på institusjon, jo kortere var deres telomerer ved seks til ti års alder (17). I den eneste longitudinelle studien på barn så langt, fant Shalev et al en raskere forkortning av telomerene hos barn som opplevde to eller flere typer vold, sammenlignet med barn som var mindre eller ikke utsatt for vold (18). I tillegg er det påvist kortere telomerer hos barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status (19) og hos barn fra svært urolige nabolag (20). Kroenke et al fant at økt autonom og adrenokortikal reaktivitet, et tegn på økt stressaktivering, var relatert til kortere telomerer hos barn mellom 5 og 6 år (21). Det er tegn til at forandringer i telomerlengden kan begynne allerede under svangerskapet. Entringer et al fant at nyfødte hvis mødre hadde opplevd sterkt psykososialt stress mens de var gravide, hadde kortere telomerer enn andre nyfødte (2). I tillegg er det påvist kortere telomerer hos barn hvis mødre var utsatt for sigarettøyk i hjemmet under graviditeten (22).

I en oversiktsstudie om telomerer og tidlig stress konkluderte Price et al med at forskningen så langt støtter en sammenheng mellom disse to, samt at denne effekten er doseavhengig (7). Det vil si at jo flere vonde og vanskelige erfaringer vi opplever som barn, jo kortere telomerer, og jo «eldre» celler får vi.

Telomerer og sykdom

Korte telomerer er assosiert med både somatiske og psykiske sykdommer, slik som



Vonde og vanskelige barndomserfaringer kan føre til dårlig helse på flere måter, f.eks. gjennom økt mottakelighet for infeksjoner eller økt sannsynlighet for kronisk systemiske inflammasjoner.

hjerter-karsykdom (23), visse typer kreft (24) og affektive lidelser (25, 26), schizofreni (27) og angstlidelser (28). Man har funnet økt risiko for å få øvre luftveisinfeksjon dersom man vokste opp med lav sosioøkonomisk status. Denne risikoen var delvis mediert av korte telomerer (29) I en studie var telomerlengde også prediktiv for mortalitet hos mennesker (30).

Noen forskere mener at for korte telomerer kan være en årsak til sykdom i seg selv. Når telomerene blir for korte, sender de et signal til cellen om DNA-skade. Cellen kan da gå i apoptose. Denne mekanismen er vist å kunne føre til utspredd vevsatrofi og tap av stamceller (31). Motsatt har forskere påvist regenerasjon av vev hos mus som fikk reaktivert enzymet telomerase (32).

Ved visse genetiske syndromer, slik som dyskeratosis congenita og familiær idiopatisk pulmonær fibrose, fører feil på enzymet telomerase til at unge mennesker dør av progressiv benmargssvikt og infeksjoner, noe som vanligvis skjer hos eldre (33).

Håp

Det er likevel håp for at positive omgivelser kan beskytte både barn og voksne mot de ødeleggende konsekvensene av vonde og vanskelige barndomserfaringer. Asok et al fant at barn som barnevernet vurderte å være i risiko for omsorgssvikt, men med en forelder som var støttende og responsiv, hadde lengre telomerer enn barn i risiko, men uten en slik forelder (34). Disse funnene passer godt inn i CDCs definisjon av giftig stress. Med den forståelsen er det nettopp tilstedeværelsen av støttende og trygge omsorgspersoner som bestemmer om stress blir skadelig for barnet. I tillegg er det vist økt telomeraseaktivitet hos voksne etter kurs i meditasjon, kanskje på grunn av redusert stress (35).

Tolkning

Telomerforskningen støtter det vi allerede vet om de ødeleggende konsekvensene av vonde og vanskelige barndomserfaringer. Det vi opplever i barndommen har stor betydning for hva slags helse vi får som voksne, og samfunnet vil spare enorme mengder lidelse og penger dersom vi anerkjenner og gjør noe med en av disse egentlige årsakene til sykdom. En politisk strategi lik den vi omtalte i begynnelsen av teksten er derfor et viktig bidrag til bedre folkehelse. Strategien sier også klart at: «vold mot barn og unge er en folkehelseutfordring» (1). Den amerikanske foreningen for pедиater har også allerede understreket betydningen av å bekjempe giftig stress i barndommen (9). Telomerforskningen kan være enda en grunn til å kreve politiske strukturer eller tiltak for å beskytte barn mot vonde og vanskelige erfaringer.

Sist, men ikke minst, vil vi presisere hvor viktig det er at legen spør om vonde og vanskelige erfaringer i barndommen og livet ellers. Disse er flere ganger vist å ha direkte konsekvens for helse, og er en essensiell del av forståelsen for hvordan sykdom kan oppstå og hvordan historie og helse henger tett sammen.

NØKKELOORD

telomerer, telomerase, toksisk stress, cellealdring, negative barndomserfaringer, kronisk overlast

REFERANSER

1. Strat. (2014–2017) Barndommen kommer ikke i reprise.
2. Entringer S, Epel ES, Lin J et al. Maternal psychosocial stress during pregnancy is associated with newborn leukocyte telomere length. *Am J Obstet Gynecol* 2013; 208: 134.e1–7.
3. Aubert G, Lansdorp PM. Telomeres and aging. *Physiol Rev* 2008; 88: 557–79.
4. Epel ES, Blackburn EH, Lin J et al. Accelerated telomere shortening in response to life stress. *Proc Natl Acad Sci U.S.A.* 2004; 101: 17312–5.
5. Shalev I, Entringer S, Wadhwa PD et al. Stress and telomere biology: A lifespan perspective. *Psychoneuroendocrinology* 2013; 38: 1835–42.
6. Blackburn E, Epel ES. Telomeres and adversity: Too toxic to ignore. *Nature* 2012; 490: 169–71.
7. Price LH, Kao H-T, Burgers DE et al. Telomeres and early-life stress: An overview. *Biol Psychiatry* 2013; 73: 15–23.
8. Shonkoff JP, Boyce WT, McEwen BS. Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: Building a new framework for health promotion and disease prevention. *JAMA* 2009; 301: 2252–9.
9. Garner AS, Shonkoff JP, Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et al. Early childhood adversity, toxic stress, and the role of the pediatrician: translating developmental science into lifelong health. *Pediatrics* 2012; 129: e224–31.
10. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. *Am J Prev Med* 1998; 14: 245–58.
11. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009; 37: 389–96.
12. Kelly-Irving M, Lepage B, Dedieu D et al. Adverse childhood experiences and premature all-cause mortality. *Europ J Epidemiol* 2013; <http://dx.doi.org/10.1007/s10654-013-9832-9>
13. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2012; 9: e1001349. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>
14. O'Donovan A, Epel E, Lin J et al. Childhood trauma associated with short leukocyte telomere length in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2011; 70: 465–71.
15. Kananen L, Surakka I, Pirkola S et al. Childhood adversities are associated with shorter telomere length at adult age both in individuals with an anxiety disorder and controls. *PLoS One* 2010; 5: e10826 <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0010826>
16. Surtees PG, Wainwright NW, Pooley KA et al. Life stress, emotional health, and mean telomere length in the European Prospective Investigation into Cancer (EPIC)-Norfolk population study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66A: 1152–62.
17. Drury S, Theall K, Gleason M et al. Telomere length and early severe social deprivation: linking early adversity and cellular aging. *Mol Psychiatry* 2012; 17: 719–27.
18. Shalev I, Moffitt TE, Sugden K et al. Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. *Mol Psychiatry* 2013; 18: 576–81.
19. Needham BL, Fernandez JR, Lin J et al. Socioeconomic status and cell aging in children. *Soc Sci Med* 2012; 74: 1948–51.
20. Theall KP, Brett ZH, Shirtcliff EA et al. Neighborhood disorder and telomeres: Connecting children's exposure to community level stress and cellular response. *Soc Sci Med* 2013; 85: 50–8.
21. Kroenke CH, Epel E, Adler N et al. Autonomic and adrenocortical reactivity and buccal cell telomere length in kindergarten children. *Psychosom Med* 2011; 73: 533–40.
22. Theall KP, McKasson S, Mabile E et al. Early hits and long-term consequences: Tracking the lasting impact of prenatal smoke exposure on telomere length in children. *Am J Public Health* 2013; 103: 133–135.
23. Fyhrquist F, Saijonmaa O. Telomere length and cardiovascular aging. *Ann Med* 2012; 44 (Suppl 1): S138–42.
24. Ma H, Zhou Z, Wei S et al. Shortened telomere length is associated with increased risk of cancer: A meta-analysis. *PLoS One* 2011; 6: e20466. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0020466>
25. Wikgren M, Maripuu M, Karlsson T et al. Short telomeres in depression and the general population are associated with a hypocortisolemic state. *Biol Psychiatry* 2012; 71: 294–300.
26. Simon NM, Smoller JW, McNamara KL et al. Telomere shortening and mood disorders: preliminary support for a chronic stress model of accelerated aging. *Biol Psychiatry* 2006; 60: 432–5.
27. Yu WY, Chang HW, Lin CH et al. Short telomeres in patients with chronic schizophrenia who show a poor response to treatment. *J Psychiatry Neurosci* 2008; 33: 244–7.
28. Hoen PW, Rosmalen JGM, Schoevers RA et al. Association between anxiety but not depressive disorders and leukocyte telomere length after 2 years of follow-up in a population-based sample. *Psychol Med* 2013; 43: 689–97.
29. Cohen S, Janicki-Deverts D, Turner RB et al. Childhood socioeconomic status, telomere length, and susceptibility to upper respiratory infection. *Brain Behav Immun* 2013; <http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2013.06.009>.
30. Cawthon RM, Smith KR, O'Brien E et al. Association between telomere length in blood and mortality in people aged 60 years or older. *Lancet* 2003; 361: 393–5.
31. Sahin E, Depinho RA. Linking functional decline of telomeres, mitochondria and stem cells during ageing. *Nature* 2010; 464: 520–8.
32. Jaskelioff M, Muller FL, Paik J et al. Telomerase reactivation reverses tissue degeneration in aged telomerase-deficient mice. *Nature* 2011; 469: 102–6.
33. Kirwan M, Dokal I. Dyskeratosis congenita, stem cells and telomeres. *Acta Bioenerget* 2009; 1792: 371–9.
34. Asok A, Bernard K, Roth TL. Parental responsiveness moderates the association between early-life stress and reduced telomere length. *Develop Psychopathol* 2013; 25: 577–85.
35. Daubenmier J, Lin J, Blackburn E et al. Changes in stress, eating, and metabolic factors are related to changes in telomerase activity in a randomized mindfulness intervention pilot study. *Psychoneuroendocrinology* 2012; 37: 917–28.

■ ANE.B.NAESS@GMAIL.COM

Spesialutdannede syke til primærlegeop

■ ELISABETH MATHILDE STURA

fastlegevikar, Cort Piil Helsecenter, Bergen

I USA er Nurse Practitioner en spesialutdannet sykepleier som har en utvidet og selvstendig rolle i arbeidet med diagnose og behandling av pasienter. Det er en yrkesgruppe som finnes også i andre land, og det kan være aktuelt å vurdere om den vil kunne være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, blant annet på grunn av det økende kapasitetspress på primærlegene.

I deler av 2012 hadde jeg et forskningsopphold ved Kansas University Medical Center School of Nursing, Kansas City, KS for å få innsikt i yrkesrollen *Family Nurse Practitioner*, inkludert deres utdanning og arbeidsoppgaver, samt for å kunne reflektere over hvorvidt denne yrkesrollen ville utgjøre et aktuelt tilskudd til norsk primærhelsetjeneste.

Kapasitetsproblemer i norsk primærhelsetjeneste

Befolkningens bruk av legetjenester øker (1). Samhandlingsreformen og den nye fastlegeforskriften har målsetninger om økt fokus på forebygging og sykdomsoppfølging (2–3), noe som sannsynligvis vil medføre ytterligere økning i antall konsultasjoner i primærhelsetjenesten. Wesnes og medarbeidere uttrykte våren 2012 at fastlegeordningen trenger flere leger og det er behov for bedre rekrutteringstiltak i primærhelsetjenesten (4).

Et av alternativene for å avhjelpe kapasitetspresset er å benytte seg av spesialutdannede sykepleiere, *Nurse Practitioners* eller *Advanced Practice Nurses*, til legeopp-

gaver i primærhelsetjenesten. En tilsvarende yrkesgruppe på mellomnivå har eksistert i mange år i land som USA, Canada, Storbritannia, Australia og New Zealand, og det estimeres at omkring 70 land på verdensbasis har eller er i ferd med å etablere denne yrkesrollen (5). I Norge er jordmødre, helsesøstre og psykiatriske sykepleiere eksempler på bruk av spesialutdannede sykepleiere som utfører individuelt rettede konsultasjoner i primærhelsetjenesten.

Hva er en Nurse Practitioner?

En av utfordringene med å forstå yrkesrollen *Nurse Practitioner* er begrepsforvirringen relatert til rollen, da begrepene *Advanced Practice Nurse (APN)* og *Nurse Practitioner (NP)* til dels brukes om hverandre i litteraturen. International Council of Nurses definerer APN som en autorisert sykepleier med kunnskapsgrunnlag, beslutningsevner og klinisk kompetanse til utvidet praksis. Typen praksis avhenger av situasjon og land der personen praktiserer. De anbefaler mastergrad som inngangsnivå for tittelen (6).

I USA brukes begrepet *Nurse Practitioner* vanligvis om en APN som arbeider selvstendig eller sammen med en lege med direkte klinisk arbeid som anamnese, undersøkelse, diagnose og behandling, samt forskrivning av medikamenter og henvisning til spesialistvurdering.

Det finnes flere ulike undergrupper av *Nurse Practitioners*. Fokuset i denne artikkelen er på *Family Nurse Practitioners*, som vanligvis arbeider sammen med eller tilsvarende en allmennlege. *Family Nurse Practitioners* kan praktisere helt selvstendig i 16 amerikanske stater. En del stater krever at en NP har samarbeidsavtale med lege i forbindelse med forskrivning av legemidler, mens de øvrige statene krever et tettere samarbeid (7).

Personlige opplevelser og refleksjoner

Kansas University Family Medicine Clinic (KUMC) hadde mange likhetstrekk med norsk allmennpraksis, om enn i mye større omfang. Under oppholdet mitt ved KUMC School of Nursing fikk jeg anledning til å delta som observatør i det kliniske arbeidet til enkelte *Nurse Practitioners* ansatt ved universitetet. Som allmennleger i primærhelsetjenesten i Norge, arbeidet de i flere ulike settinger med varierende pasientpopulasjoner.

En tydelig praktisk forskjell fra normen ved fastlegekontor i Norge var at leger og NPs ikke gjennomførte konsultasjoner på eget kontor. Klinikken hadde i stedet en rekke konsultasjonsrom der pasienten ble tatt imot av sykepleier som noterte de nødvendige vitale data og hovedårsaken for besøket, samt sørget for at pasienten var avkledd dersom det var relevant for undersøkelsen før NP eller lege kom inn. Dette sparte selvsagt noe tid for behandleren, men iblant fikk jeg følelsen av at det var utfordrende for pasienten å være helt komfortabel i anamnesedelen av konsultasjonen når hun var ferdig avkledd til både gynekologisk undersøkelse og brystundersøkelse, og kun tildekket av en papirkjortel gjennom hele samtalen. I tillegg ble en del av innspart tid tapt ved at behandleren måtte logge seg på datasystemet i hvert rom, og i tillegg ofte valgte å gå til arbeidsstasjon i et kontorrom for å fullføre notater etter konsultasjonen, og dermed hadde enda en påloggingsprosess.

Den NP jeg fulgte, hadde en pasientliste med hovedsakelig helsekontroller og oppfølging av kjente tilstander. Øyeblikkelig hjelpkonsultasjoner ble likevel tilbudt på klinikken alle dager, men ble håndtert av andre behandlere enn den NP jeg hospiterte med.

Medisinsk sett var konsultasjonen mellom pasient og NP ganske lik det man ville forvente hos en norsk allmennlege. Det ble benyttet elektronisk pasientjournal og elektronisk reseptløsning. Pasientpopulasjonen var variert i både alder og etnisitet, men det

pleiere oppgaver i USA

var få barn under 18 år, fordi det i USA er vanlig at barnas primærhelsetilbud ivaretas på egne pediatrike legekontor. NP hadde selvstendige konsultasjoner, men i tett samarbeid med lege, og denne legen kom innom i de fleste konsultasjonene for å hilse på pasienten, være tilgjengelig for spørsmål, og noen ganger gjøre deler av den kliniske undersøkelsen. Denne formen for uformell supervisjon var behagelig, men medførte i en del tilfeller at deler av pasientkonsultasjonen ble gjort dobbelt. Generelt var flere av konsultasjonene relativt lange i varighet, oftest over 30 min. Det var uttalt fokus på forebygging, med gjennomgang av status for vaksinasjoner og aktuelle screeningundersøkelser som mammografi og kolonoskopi.

En betydelig forskjell fra norsk allmennpraksis oppsto når pasientene ved denne klinikken ble innlagt i sykehus. Klinikken beholdt nemlig deler av behandleransvaret, og gikk selv vititrunder hos de innlagte pasientene. De samarbeidet om pasientbehandlingen med sykehuslegene på den aktuelle avdelingen, og de kunne bestille tilsyn fra andre avdelinger. Ansvar for å gå vititt på sykehuset ble fordelt mellom leger og Nurse Practitioners på klinikken i en vaktturnus. Dessverre ble det ikke anledning for meg å delta på en slik vitittrunde, men konseptet virket spennende, og behandlerne jeg snakket med, poengterte at det var lærerikt og gjorde det enklere å videreføre behandlingsopplegg etter sykehusopphold. Ulike klinikker har ulike praksis på dette området, og det er heller ikke uvanlig med ordninger tilsvarende i Norge, der sykehuslegene har ansvaret for pasienten når denne er innlagt.

Spesialutdannede sykepleiere, i USA kalt 'Nurse Practitioners' eller 'Advanced Practice Nurses', utfører legeoppgaver i primærhelsetjenesten. Tilsvarende yrkesgruppe har eksistert i mange år i engelskspråklige land, og det anslås at ca. 70 land ellers er i ferd med å etablere denne yrkesrollen.



Community Living Opportunities Wellness Clinic, Lenexa, KS er et helsetilbud til pasienter med varierende grader av psykisk utviklingshemming. De fleste pasientene bor i ulike former for bofellesskap og gruppeboliger med hjelp fra ofte ufaglærte assistenter, mens noen av de med mer omfattende hjelpebehov bor i døgninstitusjon med helsepersonell. Klinikken var bemannet av to Family Nurse Practitioners og hjelpepersonell. I tillegg var det legestudent og NP-student til stede ved konsultasjonene. Klinikken hadde samarbeidende lege som var tilgjengelig på telefon ved behov, men som aldri selv var til stede. Medisinsk sett var konsultasjonene som annet allmennlegearbeid med fokus på en bestemt problemstilling brakt frem av pasienten eller personale fra pasientens bolig. Begge Nurse Practitioners så alle pasientene sammen, og dannet et team sammen med studentene der man delte på anamneseopptak og undersøkelse, før man diskuterte og kom frem til behandlingsstrategi i samarbeid. De tok seg god tid til pasientene og viste mye omsorg. Klinikken fremsto som en glimrende læringsarena for studentene som var til stede, da de fikk mulighet til å trene på anamnese og kliniske undersøkelser og diskutere de ulike kasusene i teamet etterpå. Arbeidsmetoden var sosial og nyttig i situasjoner der det var tvil om vurderinger, men samtidig kunne nok samme jobb blitt utført av én person, og dermed fremsto ordningen som noe ineffektiv.

Silver City Health Center, Kansas City, KS er en såkalt «safety net clinic» som gir tilbud om primærhelsetjeneste til vanskeligstilte mennesker som mangler forsikring eller har begrensede statlige eller private helseforsikringsavtaler. Mange av pasientene er illegale innvandrere fra Mexico, og klinikken hadde spansktalende hjelpepersonell som kunne fungere som tolk ved behov. Klinikken hadde Family Nurse Practitioners som arbeidet selvstendig, men det forelå en formell samarbeidsavtale med lege. Medisinsk sett fikk pasientene et fullverdig primærhelsetilbud, men muligheten for henvisning til spesialist var i noen tilfeller begrenset, og man forsøkte i størst mulig grad å kunne håndtere pasientenes medisinske problemer ved klinikken. Det var fokus på helhetsmedisin og tilpasning til pasientenes individuelle livssituasjon. Man valgte i større grad synonympreparater og noen ganger eldre og billigere varianter av medikamenter, og klinikken bisto pasientene i å utnytte ulike private og offentlige programmer for å få billigere medisiner.

Diskusjon

Mine personlige erfaringer med yrkesgruppen *Family Nurse Practitioner* var svært positive. De *Family Nurse Practitioners* jeg møtte var dedikerte og grundige i sitt arbeid, og hadde god kommunikasjon med pasientene sine. Jeg opplevde at de hadde stor grad av yrkes stolthet, og at det var viktig for dem at pasientene visste at de ble behandlet av en spesialutdannet sykepleier og ikke av en lege. Faglig sett opplevde jeg ingen klart merkbare forskjeller fra det man ville forvente fra en allmennlege. Det må selvsagt vektlegges at dette er subjektive opplevelser, og at de ulike *Nurse Practitioners* jeg observerte var fakultetsansatte, flere av dem med lang utdanning og erfaring. De er dermed ikke nødvendigvis representative for yrkesgruppen som helhet.

Et av de viktigste spørsmålene i forhold til å la andre yrkesgrupper overta oppgaver som tradisjonelt har vært innehatt av leger, er hvorvidt det er faglig forsvarlig. En Cochrane-oversikt konkluderte med at spesialutdannede sykepleiere kan produsere like høy kvalitet og like gode helsemessige utfall for pasientene sammenlignet med allmennleger, men rapporten poengterer også at mange studier på dette området har metodologiske begrensninger og kort oppfølgingstid (8).

Nurse Practitioners oppsto på 1960-tallet i USA, blant annet med bakgrunn i å avhjelpe manglende lege- og helsetilbud til innbyggere i utkantstrøk, og man kan se for seg at dette også kunne være aktuelt i Norge. En vanlig utfordring for norske kommuner er å ha tilstrekkelig antall kjente og allmennmedisinske kompetente leger i vaktberedskap. En spesialutdannet sykepleier har gjerne godt nok kunnskapsgrunnlag til selvstendig å kunne håndtere vanlige allmennmedisinske problemstillinger på dagtid. Men vil deres mer begrensede utdanning gi tilstrekkelig faglig bredde og trygghet til å håndtere uventede hendelser i en vaksituasjon? Dette virker mer uavklart, og oppholdet mitt ga liten innsikt i dette aspektet, da hendelser utenfor kontortid i stor grad håndteres direkte i akuttmottak i USA.

Dersom man vil benytte spesialutdannede sykepleiere for å avhjelpe kapasitetsutfordringer i primærhelsetjenesten, er det interessant å vite hvilken effekt de har på arbeidsmengden for legene. Et mulig scenario har vært at sykepleiere blir et supplement, snarere enn en substitusjon for leger i primærhelsetjenesten. En randomisert kontrollert studie i Nederland har sett på effekten for legenes arbeidsmengde av å ha en *Nurse Practitioner* som arbeider med en-

kelte grupper kroniske lidelser i en legepraksis, og kom frem til at legenes arbeidsbyrde ikke ble redusert (9).

I og med at *Nurse Practitioners* er et relativt ukjent begrep i norsk helsevesen, er det lite kunnskap om hvilke holdninger leger og sykepleiere har til idéen om en utvidet yrkesrolle for sykepleiere i primærhelsetjenesten. Det ville være interessant å vite hvorvidt profesjonskamp og egeninteresser ville veie tyngre enn den mulige nytten av tverrfaglighet og samarbeid til beste for pasientene. En studie i Storbritannia viste at leger uten erfaring med samarbeid med *Nurse Practitioners* hadde flere bekymringer omkring hvordan yrkesrollen ville fungere i allmennpraksis, og at det særlig var usikkerhet omkring kostnader, ansvarsfordeling og arbeidsgiverstruktur (10). Med dagens system der norske allmennleger i stor grad er selvstendig næringsdrivende vil dette være svært aktuelle problemstillinger også i Norge.

Hvorvidt bruk av *Nurse Practitioners* er kostnadseffektivt, er et vanskelig spørsmål å besvare. En vanlig hypotese er at en spesialutdannet sykepleier vil utføre oppgaver en lege ellers ville utført, men få en lavere lønn for arbeidet. Dette vil i teorien gi kostnadsinnsparinger, men litteraturen viser at sykepleiere har lengre konsultasjoner og hyppigere kontroller (8), og dette vil kunne spise opp innsparingen. Man må også vurdere etikk i å ta utgangspunkt i at yrkesgruppene skal lønnes ulikt for likt arbeid. Dersom man tar utgangspunkt i at sykepleiere skal være et kompletterende tilskudd som dekker behov som i dag ikke ivaretas tilstrekkelig, vil dette i første omgang gi økte kostnader, men kan ha kvalitetsmessige fordeler og potensielt gi samfunnsmessige innsparinger på sikt, hvis det medfører bedre helse for pasientene.

Konklusjon

Nurse Practitioner er en spesialutdannet sykepleier med utvidet og selvstendig rolle ved diagnose og behandling av pasienter. Under et forskningsopphold i USA tilegnet jeg meg kjennskap til denne rollen både gjennom observasjon og samtaler med *Nurse Practitioners*, studenter og legene de arbeidet sammen med, og ved gjennomgang av aktuell litteratur.

Nurse Practitioners er en yrkesgruppe som eksisterer i mange land, og det er relevant å vurdere om den vil være et nyttig tilskudd til det norske helsevesenet, og da særlig i primærhelsetjenesten, der man med dagens samfunnsutvikling og politiske føringer vil ha økende kapasitetspress



Nurse Practitioners oppsto på 1960-tallet i USA, blant annet med bakgrunn i å avhjelpe manglende lege- og helse-tilbud til innbyggere i utkantstrøk, og man kan se for seg at dette også kunne være aktuelt i Norge. ILLUSTRASJONSFOTO

på legene. Det vil være mange utfordringer knyttet til utformingen av en yrkesrolle som er hensiktsmessig for norske forhold. Det vil være behov for nøye vurdering at hvilke helsetjenestebehov rollen bør dekke, hvor selvstendig praksis man ønsker at rollen skal kunne utøve og hvordan kostnader skal dekkes. Man må også tenke over hvorvidt man ved å utnytte sykepleiere i nye roller vil kunne forskyve kapasitetsproblemer til andre deler av helsetjenesten.

RED. ANM.:

Denne artikkelen har vært publisert i *Michael* (2013; 10: 350–6) og gjengis med tidsskriftets tillatelse. Etter artikkelen følger en kommentar fra Marit Hermansen i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) samt en refleksjon over fenomenet jobbgliedning, skrevet av Johan Torgersen i Yngre legers forening (Ylf).

REFERANSER

1. HELFO-statistikk: <http://www.helfo.no/statistikk/Sider/fire-av-fem-innbyggere-i-kontakt-med-lege.aspx>.
2. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale.
3. Helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011.
4. Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2012
5. Wesnes SL, Kristoffersen ES, Burman RA. Fastlegeordningen trenger flere leger. Tidsskrift for Den norske legeforening 2012; 132: 674–6.
6. ICN Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network FA: www.icn-apnetwork.org/
7. Schober M, Affara F. International Council of Nurses: Advanced Nursing Practice. Oxford UK: Blackwell Publishing, 2006.
8. Phillips SJ. APRN consensus model implementation and planning. *Nurse Pract.* 2012 Jan 19; 37 (1): 22–45.
9. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care (Cochrane review). *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004, Issue 4. Art. No.: CD001271.
10. Laurant M, Hermens R, Braspenning J, Sibbald B, Grol R. Impact of nurse practitioners on workload of general practitioners: randomised controlled trial. *BMJ* 2004; 328 (7445): 927.
11. Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care – the GP perspective. *Family Practice* 2002; 19: 641–6.

■ ELISABETH.STURA@GMAIL.COM

SYKEPLEIERE MED PRIMÆRLEGEOPPGAVER – aktuelt i Norge?

■ TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Foregående artikkel av Elisabeth Stura beskriver ordningen med «nurse practitioners» i primærmedisinske tjenester i USA. Kan økt bruk av sykepleiere til legeoppgaver bli i en realitet i primærhelsetjenesten i Norge? Og er det en ønsket utvikling?

I mange år har norske sykehus praktisert ulike ordninger der sykepleiere arbeider mer eller mindre selvstendig med delegerede legeoppgaver – i for eksempel diabetes-, hjertesvikt- og fedmepoliklinikker. Innen psykiatrien ser vi en økende trend i retning av at spesialutdannede sykepleiere har oppfølgingsamtaler og legger premisser for pasientbehandlingen. Spørsmålet er om slike ordninger kan og bør få økende innpass i primærhelsetjenesten, for eksempel innen kommunale tjenester eller i tilknytning til tverrfaglige «helsehus» – der ulike profesjoner samarbeider om behandling og oppfølging av pasientene?

Utposten har bedt Marit Hermansen, spesialist i allmennmedisin og leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA), om å kommentere artikkelen til Stura – med utgangspunkt i følgende spørsmål:

Marit Hermansen



- Hvordan ser du på fremtidig bruk av «nurse practitioners» i norsk allmennmedisin?
- Kan «nurse practitioners» avlaste legene på en hensiktsmessig måte innen ulike arbeidsområder?
- Er det sannsynlig at slike ordninger kan styrke primærhelsetjenesten?

Jobbglidning

– Artikkelen penser inn på interessante problemstillinger som blant annet Helse- og omsorgsdepartementet har jobbet med, først og fremst knyttet til jobbglidning eller det man på engelsk betegner som «task shift» eller «skill-mix». I den forbindelse har også Kunnskapscenteret for helsetjenesten gjort en oppsummering (1) – i hovedsak av erfaringer fra norske sykehus – som viser at slike ordninger i liten grad blir evaluert, men at institusjoner som har gjennomført endringer, gjennomgående er tilfreds, sier Marit Hermansen.

Hun påpeker at oppgaver hele tiden flyttes i helsesektoren – ofte umerkelig, uten at vi reflekterer nevneverdig over det: – Hvis vi tenker på hva primærhelsetjenesten gjør i dag, som man tidligere gjorde på sykehus, ser vi at det har vært en massiv jobbglidning – helt uavhengig av samhandlingsreformen og tverrfaglige prosjekter. Jeg sikter til konkrete oppgaver som for eksempel INR-kontroller, oppfølging av personer med diabetes, diagnostisering av astma og ultralydundersøkelser. Denne trenden gjør seg også gjeldende i spesialisthelsetjenesten, der oppgavene endrer seg i takt med kompetanseutvikling og i tråd med forsvarlighetsvurderinger. Slik mener jeg også at det er på fastlegekontoret; Vi bruker våre medarbeidere til oppgaver som legene tidligere tok seg av. Vanlige eksempler på dette er spirometri, diabetesoppfølging og sårbehandling, sier Hermansen.



Unngå silotenking

Samtidig uttrykker hun noen bekymringer over utviklingen. Hun er først og fremst redd for en oppsplitting av fastlege- og kommunehelsetjenesten.

– Jordmødre, helsesøstre og psykiatriske sykepleiere er viktige yrkesgrupper og samarbeidspartnere for primærlegene. Men økt særomsorg for ulike pasientgrupper kan også medføre en negativ trend i retning av «silotenking» innen helseprofesjonene. Og for noen pasienter kan det avstedkomme parallelle løp i primærhelsetjenesten, istedenfor det vi egentlig trenger: koordinerte tjenester rundt pasienter med sammensatte helseproblemer, sier Marit Hermansen.

Derfor tar hun til orde for at vi her til lands i større grad prøver ut og piloterer



Uansett hvordan vi organiserer helsetjenestene, må pasienten være i sentrum. FOTO: ROBERT TUNESTVEIT

ordninger med flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret: – Elisabeth Stura understreker at godt samarbeid mellom profesjonene er viktig for den enkelte pasients ve og vel. Ulike helseprofesjoner har komplimenterende kompetanse. Vi kan dele på oppgaver ut fra vår kompetanse og kapasitet. Men pasienten må stå i sentrum

og tjenestene må være sammenhengende og koordinerte. Vi har en fastlegeordning som innbyggerne er tilfreds med. Den må bygges ut og gjerne inkludere pilotprosjekter hvor flere helsepersonellgrupper jobber sammen ved fastlegekontorene, sier NFA-lederen.

LITTERATUR

1. Forsetlund L, Vist GE, Dalsbø TK, Straumann GH, Underland V, Norderhaug IN, Holte HH. Effekter av oppgavedeling for noen utvalgte helsetjenester i sykehus. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 12-2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
2. Godager G, Iversen T. Evaluering av ordningen med fastlegesykepleiere – et tiltak for å bedre samhandlingen mellom fastleger og hjemmesykepleietjenestene i kommunene i Sør-Gudbrandsdalen. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO, 2014.

«FASTLEGESYKEPLEIER» – NYTT BEGREP I NORSK PRIMÆRMEDISIN

Apropos diskusjonen om sykepleiere med primærlegeoppgaver: I Sør-Gudbrandsdalen har kommunene Lillehammer, Øyer, Gausdal og Ringebu etablert en fastlegesykepleierordning. Målet er å sette fastlegene i bedre stand til å følge opp pasienter som har praktiske problemer med å komme seg til fastlegekontoret samt pasienter med behov for koordinerte tjenester – i første rekke eldre multimorbide.

Ordningen, som kom på plass i 2012, legger opp til at fastlege og fastlegesykepleier utgjør et team som skal sikre bedre medisinsk oppfølging av disse pasientene. I praksis blir en til to fastesykepleiere tilordnet hver fastlege som har listepasienter som mottar hjemmetjenester. Fastlegesykepleieren fungerer som kontaktperson, både for den enkelte fastlege og for medarbeiderne i hjemmetjenesten. Foruten løpende kontakt, er det regelmessige møter mellom fastlege, fastlegesykepleier og lege fra spesialisthelsetjenesten. Her foretas systematisk medikamentgjennomgang samt overveielser rundt diagnostikk, funksjonsnivå (ADL) og behov for helsebehov. På sikt er intensjonen at ordningen skal innlemmes i kommunehelsetjenestens ordinære drift.

33 fastleger deltar i ordningen, som omfatter over 1500 pasienter som mottar hjemmesykepleie. En nylig publisert evaluering antyder at prosjektet har redusert tidsbruken i hjemmesykepleien og at fastlegene opplever færre henvendelser fra hjemmetjenesten (2). Evalueringen har også avdekket et betydelig rom for forbedringer i legemiddeloppfølgingen hos geriatriske pasienter. Etter systematisk legemiddelgjennomgang av fastlege og geriater i fellesskap, er det foretatt seponeringer i 30 prosent av medisinlistene.

Erfaringene med fastlegesykepleierordningen i Sør-Gudbrandsdalen er et nybrottsarbeid som kan vise seg å gi ressursmessige gevinster for visse pasientgrupper – spesielt eldre med sammensatte helseproblemer. Og kanskje er det et frempek på praktisk samhandling i morgensdagens kommunehelsetjeneste?

Oppgaveglidning

– fra fornuftig praksis til helsepolitisk virkemiddel?

■ JOHAN TORGERSEN

Leder i Yngre legers forening (Ylf) og sentralstyremedlem i Legeforeningen

Om oppgavedeling er et kjært barn eller ikke er det mange meninger om, men uansett så har i hvert fall fenomenet mange navn.

Oppgavedeling, jobbglidning, oppgaveglidning, task-shifting, oppgavedropping og oppgavefordeling er alle begreper som er blitt brukt og brukes for å betegne at oppgaver i helsetjenesten skifter hender.

Uavhengig av begreper; i helsetjenesten i dag omfordes oppgaver på ulike måter og av ulik årsak. Oppgaver skifter mellom helseprofesjoner (for eksempel fra lege til sykepleier, innad i en profesjon (for eksempel fra karkirurger til intervensjonsradiologer) og mellom nivåer i helsetjenesten (for eksempel fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten). Oppgaveglidning skjer både uplanlagt og planlagt. Den ikke planlagte oppgaveglidningen er vi vant med, den har eksistert i helsetjenesten så lenge det har eksistert helseprofesjoner og handler om at noen oppgaver gradvis overlates til andre yrkesgrupper. Dette

kan gjelde vanlige og godt innarbeidede prosedyrer som innlegging av venflon eller urinveiskateterisering. Oppgaver som leger i stor grad gjorde før, men som nå i stor grad er overtatt av sykepleiere i sykehuse- ne. Slik oppgaveglidning kan sees på som en del av den medisinske utviklingen hvor metoder og prosedyrer ofte utvikles og tas i bruk av leger for så å overlates til andre yrkesgrupper nå metoden er veletablert.

VERDENS HELSEORGANISASJON (WHO) har over flere år aktivt brukt oppgaveglidning som et virkemiddel for å sikre et minimum av helsetjenester i områder uten utdannet helsepersonell. I utviklingsland har helsepersonell lært opp noen i lokalbefolkningen til å kunne gi enkle helsetjenester som for eksempel vaksiner, veiing og oppfølging av vektutvikling hos barn og enkel helseopplysning. Aktiv bruk av oppgaveglidning handler om ressursforvaltning. Slik planlagt og styrt oppgaveglidning er etter mitt syn noe annet enn den ikke-planlagte oppgaveglidningen. I disse tilfellene handler det i større grad om at helse-

myndigheter eller sykehusledere ønsker å løse utfordringer de står overfor i helsetjenesten.

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET (HOD) jobber nå konkret med hvordan oppgaveglidning kan redusere ventetider og forbedre kreftforløpene. Kapasitetsmangel innen radiologi og patologi er isolert som to hovedproblemer. Istedenfor å utdanne flere radiologer eller patologer, ønsker HOD nå at andre yrkesgrupper skal overta oppgaver fra de to medisinske spesialitetene. Beskrivende radiografer skal kunne beskrive røntgenbilder, mens biogeniører med spesiell opplæring skal kunne gjøre patologarbeid. HOD velger altså å bruke oppgaveglidning som et aktivt virkemiddel for å avhjelpe en for lav kapasitet i deler av helsetjenesten.

I forbindelse med dette arbeidet har både Kunnskapscenteret og Helsedirektoratet bidradd. Kunnskapscenteret har gitt ut en rapport om det eksisterende kunnskapsgrunnlaget for oppgaveglidning (1). Få undersøkelser er gjort og det er ikke påvist store

Legevurdering på nett

– hva skal vi tro?

■ Utposten / Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

De fleste kommentarene som leger og annet helsepersonell får på internett er positive, men online-vurderinger gir ikke nødvendigvis et riktig bilde av kvaliteten på deres tjenester.

Legevurdering på nett bør derfor suppleres med resultater fra systematiske brukerundersøkelser og andre kvalitetsmålinger, konkluderer Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten i rapporten *Online-vurderinger – sammenheng med systematiske brukerundersøkelser og kliniske målinger?* (1).

Leger og annet helsepersonell som blir

vurdert på internett, får først og fremst positive kommentarer. Slik er det i utlandet, og slik er det på Legelisten.no – den mest kjente nettsiden for online-vurdering i Norge, fremgår det av rapporten, som omhandler vitenskapelige studier om sammenhengen mellom online-vurderinger og systematiske kvalitetsmålinger – inkludert systema-

tiske brukererfaringsundersøkelser og kliniske indikatorer. Formålet har vært å bidra til forskningsbasert kunnskap i debatten om nytten av online-vurderinger, som grunnlag for diskusjoner om, og i så fall hvordan, slike nettsteder kan bidra til økt brukerorientering av norsk helsetjeneste.

– Vi håper denne studien kan bidra til at også forskningsbasert kunnskap blir en del av debatten om nytten av online-vurderinger. Studien kan gi grunnlag for diskusjoner om, og i så fall hvordan, slike nettsteder kan bidra til at norsk helsetjeneste blir mer brukerorientert, uttaler forsker Kirsten Danielsen i Kunnskapscenteret (2).

Bør suppleres med brukerundersøkelser

De siste årene har det dukket opp nettsider der pasienter kan vurdere ulike helsetjenester (online-vurderinger). Slike vurderinger har ikke samme forskningsmessige basis som systematiske brukererfaringsundersø-



forskjeller når en sammenligner resultatet etter overføring av oppgaver fra leger til sykepleiere. Noen av studiene påviser noe økt pasienttilfredshet etter møter med sykepleiere enn med leger, mens andre studier viser noe økte kostnader. Kunnskapssenteret sier selv at det er store kunnskapshull knyttet til disse problemstillingene.

HELSEDIREKTORATET har i sin rapport (2) innhentet opplysninger om hvordan oppgaveglidning brukes ute i helsetjenesten i dag. Basert på tilbakemeldingene fra sykehusledere som selv har gjennomført planlagt oppgaveglidning, konkluderer Helsedirektoratet med at oppgaveglidning er et nyttig og godt virkemiddel for å løse kapasitetsutfordringer. Videre beskrives problemstillinger hvor oppgaveglidning foreslås som en mulig løsning. Og ikke minst; Helsedirektoratet drøfter begrepsbruken. For det første ønsker de å bruke begrepet oppgavedeling. I dette begrepet legger Helsedirektoratet en formell, permanent overføring av kompetanseområder eller oppgaver fra en personellgruppe til en annen. I drøftingen knyttes effektivisering av tjenestetilbudet sterkt til motivasjonen og bruken av oppgavedeling, samtidig som oppgavedeling mellom tjenestenivåene pekes på som viktig arena.

Vi ser nå at oppgavedeling er i ferd med å bli etablert som et helsepolitisk verktøy og som en av helsemyndighetenes styringsmekanismer. Når en beveger seg fra en passiv oppgaveglidning, som kan sees på som en naturlig del av den medisinske utviklingen, til oppgavedeling som et redskap helsemyndighetene benytter seg av for å håndtere manglende ressurser, må vi som fagfolk

passé på. Legeforeningen har utformet et policydokument om oppgaveglidning (3). I dette dokumentet slår vi fast at det overordnede ansvaret for diagnostikk og behandling ligger hos legen. Oppgaveglidning må være medisinsk begrunnet og ikke redusere kvaliteten på helsetjenesten. Før oppgaver omfordes må dette forankres i fagmiljøene, både de som tradisjonelt har løst oppgaven og de som mottar oppgaven. Og ikke minst; en må sikre seg at det kan gjøres forsvarlig og at alle yrkesgruppene som skal utføre oppgaven sikres god opplæring.

NEGATIV OPPGAVEDELING betegner det fenomenet at en yrkesgruppe må gjøre mer og mer av arbeid som ikke er blant kjerneoppgavene. Leger opplever at de må gjøre mer merkantilt arbeid og får stadig mindre støtte i sin funksjon. I sykehusene ser vi resultatet av dette. Nå bruker legene i snitt drøye 40 prosent av arbeidstiden sin sammen med pasienten. Andelen er synkende. Legeforeningen stiller som et krav at slik negativ oppgaveglidning må reverseres. Det blir absurd at leger gjør mer og mer merkantilt arbeid, mens andre yrkesgrupper skal overta kjerneoppgaver fra oss. Dette er kommunisert tydelig overfor HOD og Helsedirektoratet, og Legeforeningen har stor støtte blant de andre helseprofesjonene på dette punktet.

PRIMÆRHELSETJENESTEN har allerede blitt utsatt for det største oppgavedelingsprosjektet i Norge så langt: Samhandlingsreformen. Helsemyndighetene ønsker at det som kan gjøres i kommunen, skal gjøres i kommunen. Det er tatt overordnede organisatoriske og lovmessige grep for å

gjennomføre dette. Samtidig er det ikke gitt de rammebetingelsene som er nødvendige lokalt. Det er anslått at det trengs 2500 nye fastleger over de neste fem årene for å kunne innfri intensjonen med samhandlingsreformen. Dette var det ikke spor av i Statsbudsjettet for 2014. Fastleger opplever i økende grad at oppgaver overlates til dem uten at de er tatt med på råd, også betegnet som oppgavedropping. Gjennomføringen av samhandlingsreformen dokumenterer etter mitt syn det åpenbare behovet for å forankre oppgavedelingen i de delene av tjenesten som blir berørt.

I arbeidet med oppgavedeling fremholder myndighetene at helsepersonelloven er profesjonsnøytral. Ingen grupper eier en oppgave, men de som har kompetansen skal kunne gjøre den. Men selv om helsepersonelloven er profesjonsnøytral så er ikke helsetjenesten det. De ulike profesjonene har med seg ulike kulturer, verdier og måter å bruke kompetanse på inn i helsetjenesten. Det er en verdi i seg selv! En utvikling hvor profesjongrensene viskes ut og vi alle blir en av mange i helsepersonellmengden, vil kunne medføre at helsetjenesten mister mangfold og ulike innfallsvinkler til pasienten. Det er ikke pasientene våre tjent med.

JOHAN.TORGERSEN@LEGEFORENINGEN.NO

REFERANSER

1. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/effekter-av-oppgavedeling-for-noen-utvalgte-helsetjenester-i-sykehus>
2. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/oppgavedeling-i-spesialisthelsetjenesten/Publikasjoner/Rapport%20OPPGAVEDELING%20leveranse%20151113.pdf>
3. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2013/Oppgaveglidning-52013/>

kelser. De har derfor blitt kritisert – blant annet for om de er representative, og om de gir urimelige negative vurderinger av legene.

Forskerne gjennomførte et litteratursøk, som resulterte i 748 unike referanser, der tre svarte til inklusjonskriteriene. To av artiklene brukte data fra sykehus, én data om allmennleger. Oppsummert viser de tre studiene at det var en sammenheng mellom online-vurderinger og systematiske brukererfaringsundersøkelser, men denne sammenhengen var svak til moderat. Forskerne konkluderer med at online-vurderinger bør suppleres med resultater fra systematiske brukerundersøkelser og andre kvalitetsmålinger.

– På denne måten kan man få et mest mulig riktig bilde av kvaliteten på for eksempel legepraksis, sier Danielsen og viser til blant annet den britiske nettsiden NHS Choices (3): – Det har vært en stor vekst av slike nettsider internasjonalt. Det er derfor grunn til å forvente flere slike sider også i Norge.

Flest positive vurderinger

Ifølge de tre studiene er de fleste online-vurderingene positive. Det samsvarer med analyser av Legelisten.no: Av de 473 fastlegene i Oslo som hadde fått online-vurderinger på Legelisten.no per 7. november 2013, trakk forskerne et tilfeldig utvalg på 47 fastleger (10 prosent). Antall vurderinger per lege varierte fra én til 26.

Rundt halvparten av legene fikk en samlet vurdering på 4,5 eller 5, på en skala fra 1 til 5, der 5 er best. Et mindretall (17 prosent) hadde en samleskår på 3 eller mindre. Tre hadde en samleskår på 2,5, fem en samleskår på 3. Det var store forskjeller i kvalitative kommentarer mellom de fastlegene som skåret høyest og lavest.

Sammenlignet norske fastlegevurderinger

Kunnskapssenteret sammenliknet resultatene fra Legelisten.no med upubliserte data fra en liten pilotundersøkelse – utført blant

fem fastleger – som ledd i arbeidet med å utvikle og validere et innsamlingsopplegg for å måle pasienterfaringer med fastleger. Det viste seg at tre av fem fastleger hadde høyere skår på Legelisten.no enn i Kunnskapssenterets måling, mens differansen mellom beste og dårligste lege var langt større på Legelisten.no enn i Kunnskapssenterets måling (1,5 versus 0,4). De to kildene rangerte fastlegene noe ulikt. Størst avvik var det for en av fastlegene som fikk tredje beste skår ut ifra Legelisten.no, og femte beste skår, ifølge Kunnskapssenterets måling.

REFERANSER

1. <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/online-vurderinger-sammenheng-med-systematiske-brukerundersokelser-og-kliniske-malinger> (15.1.2014).
2. <http://www.kunnskapssenteret.no/forsiden/de-fleste-kommentarene-er-positive> (15.1.2014).
3. <http://www.nhs.uk/Service-Search/GP/Location-Search/4> (15.1.2014).

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Etniske forskjeller i diabetes og hjerte- og karsykdommer – en utfordring for fastleger

■ ANH THI TRAN

Fastlegene bør være klar over den høye forekomsten av diabetes og hjerte- og karsykdommer og den betydelige lavere alderen ved diabetesdiagnose i innvandrergруппene med opprinnelse fra Asia og Afrika. Forebygging og behandling av diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrere kan bli bedre.

I Norge har fastlegene en sentral rolle i behandlingen av pasienter med type 2-diabetes og hjerte- og karsykdom. Innvandrere og norsk-fødte med innvandrerforeldre utgjorde 12prosent av befolkningen i Norge og 30prosent av innbyggerne i Oslo ved inngangen til 2013. Norsk helsevesen har en klar målsetting om likeverdige helsetjenester, men vi har visst lite om hvordan situasjonen faktisk er i dagens multikulturelle virkelighet.

I min avhandling «*Cardiovascular disease, diabetes and ethnicity*» bruker jeg data fra allmennpraksis i Oslo fra 2005 og fra Helseundersøkelsene i Oslo 2000–2002 (HUBRO, Innvandrer-HUBRO og MORO) til å vurdere dette. Vi fant at innvandrergrupper fra Sri Lanka, Pakistan, Iran, Vietnam og Tyrkia har to til tre ganger høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer enn etniske norske personer. Forekomsten av diabetes er opptil åtte ganger så høy hos disse innvandrergruppene sammenlignet med norske personer. Gjennomsnittsalder når diagnose type 2-diabetes stilles er 8–15 år lavere hos innvandrergrupper fra Sør- og Øst-Asia og Midt-Østen/Nord-Afrika enn hos etniske norske personer. Overvekt og

fysisk inaktivitet forekommer hyppig i de fleste innvandreguppene. De etniske forskjellene i hjerte- og karsykdommer er større hos dem som ikke har diabetes enn hos pasienter med diabetes.

Kliniske behandlingsretningslinjer fremhever at pasienter som allerede har diabetes eller hjerte- og karsykdom skal få aktiv behandling mot alle relevante risikofaktorer med råd og hjelp til endring av levevaner samt effektive og trygge medikamenter. Vi har derfor sett på i hvilken grad fastlegene følger disse retningslinjene. Blant pasienter med type 2-diabetes som gikk til kontroll hos fastleger, fant vi ingen etniske forskjeller i om legene gjennomførte de anbefalte undersøkelsene (HbA_{1c}, blodtrykk, kolesterol, henvisning til øylege, mikroalbumin i urin, røykevaner og undersøkelse av føtter), men når det gjaldt registrering av røykevaner, undersøkelse av føtter og mikroalbuminuri avdekket vi forbedringspotensial. Det var tydelige forskjeller i andel pasienter som nådde behandlingsmålene, som gjaldt på undersøkelsestidspunktet.

Andel av pasienter med type 2-diabetes som nådde behandlingsmålet for HbA_{1c} var lavest hos pasienter fra Sør-Asia, og en større andel av pasientene fra Sør-Asia og Midt-Østen/Nord-Afrika hadde svært ugunstige HbA_{1c}-verdier. Dårligere måloppnåelse for HbA_{1c} skyldtes ikke at legene forskrev mindre glukosesenkende medikamenter – tvert imot ble resepter på slike medikamenter forskrevet i større grad hos innvandrere enn hos norske. Hos norske pasienter var det imidlertid langt flere som ikke nådde behandlingsmålene for blodtrykk. De samme etniske forskjellene ble funnet hos pasienter med type 2-diabetes, enten de alt hadde fått hjerte- og karsykdom eller ikke. De fleste pasienter som i

følge retningslinjene burde få forskrevet medikamenter for å forebygge hjerte- og karsykdom fikk dette, men nærmere vurdering av legenes forskrivningsmønstre viste at behandlingsintensiteten sannsynligvis kunne vært forsterket hos en del som ikke nådde behandlingsmålene. Denne avhandlingen har imidlertid ikke data om pasienters bivirkninger og deres holdning til bruk av medikamenter, som legene også må ta hensyn til.

Avhandlingen bør føre til økt oppmerksomhet blant fastleger og annet helsepersonell, om de store etniske helseforskjellene i diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrergrupper fra Asia og Afrika. Innvandrere som er i faresonen for utvikling av diabetes eller hjerte- og karsykdommer bør få råd og hjelp til endring av levevaner. Arbeidet med tidlig diagnostikk av type 2-diabetes hos innvandrere bør intensiveres. Behandlingen av type 2-diabetes i allmennpraksis kan bli bedre ved bruk av relevante medikamenter og i et fornuftig samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen åpner for et bedre samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjeneste, for eksempel gjennom strukturert gruppeopplæring for personer med diabetes. I Groruddalen i Oslo drives metodeutvikling for bedre tilpassning av slike tiltak til etniske minoritetsgruppers behov.

Samfunnets arbeid med forebygging av type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrere må også styrkes gjennom kultursensitive strategier, og dette vil kunne bidra til å redusere etniske helseforskjeller og fremtidige helseutgifter. Fastleger og annet helsepersonell med innvandrerbakgrunn representerer en resurs, og bør inkluderes i arbeid med utvikling av

Kvalitetssikring av laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten

■ SIRI FAULI MUNKERUD • Prosjektleder i Noklus

Noklus går i gang med et prosjekt for å finne ut kriterier for når hjemmetjenesten bør ha laboratorievirksomhet og hvilket omfang den bør eventuelt ha.

Det foregår økt laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten. Dette laboratoriearbeidet er ikke underlagt tilsvarende kvalitetssikring som det som utføres ved legekontor og sykehjem. Noklus mener det er viktig å kvalitetssikre laboratorietjenesten i hjemmetjenesten fordi det er der vi nå anser at behovet er størst.

Prosjektets bakgrunn

Når fastlegen har rekvirert blodprøver av hjemmeboende pasienter som ikke selv kan komme seg til legekantoret, er det ulik praksis når det gjelder hvem som tar prøvene. Noen steder drar hjemmetjenesten, fastlege eller helsesekretær hjem til pasienten og tar blodprøver. Andre steder fraktes pasienten til legekantoret i ambulanse eller drosje. Noen kommuner har ambulerende laboratoriepersonell fra lokalsykehus eller private laboratorier, som reiser hjem til pasientene og tar prøver (ref. *Helse-rådet* nr. 2/13).

Tradisjonelt har Noklus sett på kvaliteten av analysearbeid innad i laboratoriene, men nå vil man rette oppmerksomheten mot selve prøvetakingen som foregår hjemme hos pasienter i regi av kommunale hjemmetjenester.



For å kartlegge denne praksisen nærmere, igangsetter Noklus et prosjekt – finansiert over statsbudsjettet – som skal se på hensiktsmessig organisering av laboratorievirksomheten for hjemmeboende pasienter, og komme med anbefalinger avhengig av lokale forhold og utfra medisinske og samfunnsøkonomiske aspekter. Der hjemmetjenesten skal ha laboratorievirksomhet, må det legges til rette for at de som utfører virksomheten har den nødvendige kompetanse.

Mål og oppgaver

Pilotprosjektet er tenkt å være et forprosjekt til et hovedprosjekt der man ønsker gradvis å inkludere hele landet. I pilotprosjektet ønskes det at Noklus kommer frem til kriterier for når hjemmetjenesten bør ha laboratorievirksomhet samt anbefalinger for omfang av laboratorievirksomhet og omfang av deltakelse i Noklus, dvs. at tjenester som skal ytes fra Noklus tilpasses den laboratorievirksomheten enheten har. Ut fra dette inngår følgende oppgaver i prosjektet:

- Kartlegge enhetene med hjemmetjeneste, i de tre utvalgte prøvetyper; Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold
- Utarbeide registreringskjema (både til hjemmetjeneste og til fastleger) for å få oversikt over lokale løsninger: er aktørene fornøyde med de respektive løsningene, evt. hvorfor ikke?
- Kartlegge rutiner for laboratorievirksomheten der hjemmetjenesten utfører laboratoriearbeid i dag; evt. også å måle effekten før og etter deltakelse i Noklus i en viss periode
- Analysere data fra registreringskjemaene og komme med forslag til løsninger

- Prøve ut og høste erfaringer med de ulike løsningsforslagene

Organisering

Nordland, Østfold og Sogn og Fjordane er valgt ut til å være prøvetyper. I alle disse fylkene har vi erfarne laboratoriekonsulenter som har arbeidet med verving av sykehjem. Ved valg av fylker har vi lagt vekt på geografisk spredning og erfaring med deltakelse fra hjemmetjenesten.

Det er etablert en rådgivende arbeidsgruppe som skal følge prosjektet og gi råd og innspill. Vi antar at arbeidsgruppen skal minimum ha halvårlige møter.

Prosjektgruppen består av seniorrådgiver Arne-Birger Knapskog (Helsedirektoratet), kommunalsjef Norunn Stave (Flora kommune), fastlege Sirin Johansen, Tromsø (Norsk forening for allmennmedisin), kommuneoverlege Karianne Bergmann, Sarpsborg (Norsk samfunnsmedisinsk forening), Hilde Sollund fra Utviklingsentre for hjemmetjeneste (prosjektleder UHT, Nordland), Therese Severinsen fra hjemmetjenesten i Holmen, Østfold (deltaker i Noklus) samt fra Noklus sentralt: Siri Fauli Munkerud (prosjektleder), Marit Steinsund (prosjektkoordinator) og Signe Røynås (laboratoriekonsulent).

Planer for 2014 og 2015

Det planlegges å sende ut spørreskjema i februar/mars via email til alle hjemmetjenestene og fastlegekontorene i Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold.

Noklus vil bruke høsten 2014 til å foreslå løsninger som kan iverksettes. I 2015 vil vi få erfaringer om ulike ordninger og på bakgrunn av dette komme med anbefalinger til løsninger avhengig av lokale forhold.

■ SIRI.FAULI.MUNKERUD@LEGEFORENINGEN.NO

helsefremmende tiltak for innvandrerebefolkningen.

Jeg har i mange år vært allmennlege ved Stovner, en bydel i Oslo øst med økende befolkningsandel med bakgrunn fra Asia, Afrika og Øst-Europa. Avhandlingen er et typisk eksempel på forskning i primærhelsetjenesten på allmennmedisinens premis-

ser, gjennomført av en erfaren allmennlege med veiledning fra Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo og forskningsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond. Allmennmedisinsk forskning representerer vitenskapelig tilnærming til problemstillinger i allmennpraksis og faglig fordypning i et spennende, utfordrende og støttende kollegialt miljø. Framover vil jeg gjerne fortsette å kombinere forskning og klinisk arbeid. God veiledning, forutsigbar finansiering og ikke minst fleksibel permisjonsordning er nødvendige forutsetninger for å fremme allmennmedisinsk forskning.

■ A.T.TRAN@MEDISIN.UIO.NO

Taushetsplikt overfor

– kommentarer til en dom fra Høyesterett

■ ANNE KJERSTI BEFRING

Advokat og direktør i avd. Jus og arbeidsliv, Legeforeningen

Helsepersonells taushetsplikt overfor politi har vært gjenstand for diskusjon de siste årene. Politiet ønsker å kunne benytte informasjon i helsetjenesten for å lette etterforskningen, men plikten til taushet om pasienten setter grenser for denne bruken av informasjon. I november 2013 ble endelig sluttstrek satt i en sak som er blitt behandlet i alle de tre nivåene av domstoler – etter at påtalemyndigheten la til grunn at en lege hadde opptrådt straffbart ved å hindre at politiet fikk en pasients identitet.

En pasient kom til akuttmottaket ved Universitetssykehuset i Nord-Norge i januar 2012 og hadde på seg en pose med narkotika. I samsvar med rutiner ble politiet kontaktet for overlevering av narkotikaen. Politiet ønsket da informasjon om hvem pasienten var. Legen nektet å utlevere identitet under henvisning til taushetsplikten. Politibetjenten uttalte da at de ville ta en DNA-test av fingeravtrykkene på posen for å få informasjon om pasientens identitet. Før politiet fikk overlevert posen gned legen den mellom hendene og fjernet på denne måte pasientens DNA-spor.

Politiet reagerte skarpt på legens atferd. Han ble ilagt et forelegg for å ha ødelagt bevis. Legen tok kontakt med Legeforeningen og det ble i samråd med Legeforeningen besluttet at forelegget ikke skulle aksepteres.

Påtalemyndigheten brakte saken inn for tingretten, men tapte i spørsmålet om forelegget – uten at tingretten gikk inn på spørsmålet om taushetsplikt slik Legeforeningens advokat gjorde. Påtalemyndigheten anket dommen, men tapte igjen i lagmannsretten, på samme grunnlag. Både



tingretten og lagmannsretten frifant legen, med den begrunnelse at han feilaktig trodde han hadde taushetsplikt og dermed ikke oppfylte straffelovens krav til «hensikt» i forbindelse med at beviset ble ødelagt. Disse rettsinstansene mente at taushetsplikten ikke gikk så langt som til å foreta en slik handling.

Lagmannsretten uttalte følgende:

«Med dette som bakgrunn er det utvilsomt at tiltalte objektivt sett har overtrådt straffeloven § 132 første ledd. Han forspilte bevis av betydning for framtidig etterforskning ved at han gned posen mellom hendene. Med det gjorde han det i alle fall vanskelig for politiet å bruke DNA avsatt på posen til å etterforske mulig straffbart forhold knyttet til posens innhold. Handlingen var forsettlig.»

Lagmannsretten vurderte altså ikke om handlingen var rettmessig ut fra taushetsplikten og den alminnelige rettsstridsreservasjonen.

Beskyttelse av pasientens integritet

Påtalemyndigheten valgte å anke saken til Høyesterett, som gav sin avgjørelse 6. no-

vember 2013. Høyesterett benyttet et annet rettslig grunnlag enn lagmannsretten og tingretten. Høyesterett fulgte opp argumentasjonen som var benyttet av Legeforeningen om taushetsplikt, slik at påtalemyndighetens argumentasjon om at det var straffbar ødeleggelse av bevis ikke ble lagt til grunn. Høyesterett sa at legen handlet riktig for å kunne overholde sin taushetsplikt. Det gjør at denne avgjørelsen er prinsipiell og handler om rekkevidden av legers, og annet helsepersonells taushetsplikt overfor politi.

Høyesterett viser til helsepersonelloven § 21 og Ot. prp nr 13 (1998–1999), side 83:

«Taushetsplikten begrunnes også med at pasienten skal få behandling. Dersom legen eller annet helsepersonell ikke hadde taushetsplikt, kunne pasienten unnlate å oppsøke hjelp av frykt for informasjonsflyt. Særlig aktuelt vil dette kunne være dersom pasienten har vært involvert i straffbare handlinger eller søker å unndra seg kontroll fra andre offentlige myndigheter. Et formål er nettopp at mennesker med behov for helsehjelp til seg selv, barn eller ev. andre pårørende, skal oppsøke helsevesenet uavhengig av atferd eller livssituasjon forøvrig... Tilsva-

politiet

rende vil pasienter som har oppsøkt lege kunne holde tilbake opplysninger av frykt for at legen bringer disse videre. Dette kunne medføre at legen fikk et utilstrekkelig beslutningsgrunnlag, som igjen ville kunne få uheldige følger for helsehjelpens innhold».

Høyesterett viser til at disse formuleringene i forarbeidene ble benyttet i en annen avgjørelse i Høyesterett, gjengitt i Rt. 2010 side 1638 avsnitt 35.

Høyesterett uttaler at helsepersonell kan i visse situasjoner ha plikt til å gi politiet bistand, men at det må ha hjemmel i lov. Det vises til at plikten til prøvetaking iht. helsepersonelloven § 12 er tolket strengt i Rt. 2005 side 1329. Dette tolkes som at taushetsplikten for beskyttelse av pasientens integritet har en sterk posisjon.

Høyesterett uttaler at legens taushetsplikt er et hinder for å gi fra seg informasjon mottatt i pasientbehandlingen. Førstvoterende i Høyesterett bemerker at de synspunkter lagmannsretten legger til grunn «ikke harmonerer godt med den rekkevidde taushetsplikten har».

Høyesterett uttaler at helsepersonelloven § 21, ikke bare innebærer en plikt til å bevare taushet, men også en aktivitetsplikt, jf formuleringen «skal hindre». Det vises også til samme prp side 227.

Høyesterett uttaler:

«Funn av narkotika på en pasient utgjør et dilemma for helsepersonell. Også for disse er oppbevaring av narkotika straffbart etter straffeloven § 162, slik at de ikke kan beholde stoffet. Samtidig må de ivareta sin taushetsplikt. Problemstillingen er berørt i rundskriv IK-25/91 fra Statens helsetilsyn, utgitt i oktober 1991. Her heter det blant annet:

Hovedregelen er derfor at legen og dennes medhjelper har taushetsplikt overfor politiet, også i forbindelse med narkotikasaker. Taushetsplikten vil omfatte alle opplysninger legen får om pasientens misbruk, herunder faktiske funn av narkotika. Taushetsplikten vil derfor som hovedregel være til hinder for at legen eller dennes medhjelper gir opplysninger til politiet om narkotika som blir funnet i pasienters besittelse.»

Dette synet er også lagt til grunn i rundskriv 2012/007.

Høyesterett sier også noe om hvor langt plikten kan gå til aktivt å hindre at noen får kjennskap til taushetsbelagt informasjon. Det må avgjøres ut fra et «konkret rimelighetsskjønn blant annet hensett til de praktiske muligheter XX (legen, vår anonymisering) hadde til å verne om pasientens anonymitet».

Mer enn en plikt til å tie

Videre sier Høyesterett: «Det avgjørende blir om det for XX var praktisk håndterlig å ta aktive skritt for å beskytte pasientens identitet, og om det var rimelig å kreve det av ham i den konkrete situasjonen.»

Det ble lagt til grunn at informasjonen fra rundskrivene var tilgjengelig på sykehusets intranett og at han hadde hatt tid til å sette seg inn i regelverket – og at det var således rimelig at legen foretok seg noe for å forhindre at identiteten ble kjent. Høyesterett slår fast at fjerning av DNA fra posen hadde et lovlig formål og han derfor må frikjennes.

Dommen holder helsepersonells taushetsplikt høyt og den innebærer at bevis kan ødelegges og den kan være til hinder for at straffbare forhold oppklares. Dommen legger til grunn at unntak fra taushetsplikten må være hjemlet, altså at det må være klart at plikten til å beholde taushet oppheves. Dommen understreker også at taushetsplikten omfatter mer enn en plikt til å tie. Helsepersonell skal aktivt å forhindre at personlig informasjon helse-tjenesten blir betrodd kommer på avveie, innenfor rimelighetens grenser.

Høyesterett vektlegger med denne dommen hensynet til pasientens tillit til helse-tjenesten og at ingen skal unnlate å oppsøke helsehjelp av frykt for at opplysninger, i dette tilfelle om straffbare forhold, blir videreformidlet av helsepersonell. Dommen vil få betydning for rolleforståelsen i samarbeid mellom politi- og helsetjeneste i tiden som kommer.

En stor, liten bok



Lise Hetland, Ingeborg Senneset, Svein Øverland
Med blodsmak i munnen
 og andre bloggtekster
 106s, ill. Stavanger: Herteveg Forlag, 2013
 PRIS: NOK 320
 ISBN: 978-82-7786-244-6

Dette er en stor, liten bok. Å lese denne kan gi økt innsikt, respekt og ydmykhet for hva det vil si å streve med om man har rett til en plass i tilværelsen.

Tre livserfarne mennesker, to unge kvinner og en mann (psykolog), har redigert et utdrag av bloggene sine og gir herved ut et lettest, men sterkt utsnitt av hva de har skrevet de siste årene. Tekstene er korte, bildene er talende, og illustrasjoner og dikt tematiserer det nærmest utsigelige ved den smerten og fortvilelsen man kan erfare når man ikke har hatt trygge rammer tidlig i livet.

Hva de to kvinnene har vært utsatt for i barndom og ungdom, får vi ikke konkret innblikk i. Vi kan bare ane. Forfatterne skiller mellom det mest private og det som kan deles med andre på nett. Som de selv skriver, at det som ikke egner seg for bloggen, det forblir i deres egne dagbøker og i terapirommet. Og leseren av boken trenger

ikke detaljene om hva som kan ligge til grunn for ensomheten, selvskadningen, selvmordstanker og selvmordsforsøk for å berøres av den eksistensielt viktige dimensjonen i det som de tre forteller.

Psykologen viser i sine tekster, og kvinnene poengterer i sine, hvor viktig det er å bli tatt på alvor som et likeverdig menneske i hjelpeapparatet. Det har ikke alltid vært kvinnes erfaring. Alle mennesker har sin egen livsfortelling. Og for at denne skal få ord, trengs et ærlig engasjement og tid – nok – fra terapeutens side. Et genuint ønske om å hjelpe, en vilje til å gå med pasienten gjennom smerten (men uten å ta over denne), en fingerspissfølelse for når og hvordan ord skal falle – dette kan skape tillit for et livsoppsving for selv den mest fortvilte pasient.

Det alle tre på hver sine måter viser – i tekst, dikt og bilder – er denne allmennmenneskelige sårbarheten – som samtidig



Poul Jennum (red)
SØVN
 Munksgaard
 2013, utgave 1
 270 sider
 ISBN: 978-87-6281-053-2

«Hvis søvn ikke tjener et livsviktig formål, så er det den største feiltagelsen evolusjo-

nen noen gang har begått», sier den kjente søvnforskeren Allan Rechtschaffen. Man kan lett være enig. Vi tilbringer omlag en tredjedel av våre liv i denne tilstanden, så vi får håpe det er verdt det! Mysteriet om hva søvn er og hva den gjør er fremdeles bare delvis avdekket. Vi vet at søvn, kanskje i motsetning til hva man skulle tro, er en tilstand med stor aktivitet i hjernen. Det ryddes og ordnes i dagens inntrykk. Innlærte ferdigheter fester seg i hukommelsen. Kroppens vev bygges og repareres. For lite søvn kan føre til nedsatt konsentrasjon, depresjon, type 2-diabetes, hjertelidelser, nedsatt immunforsvar og vektøkning. Det er derfor med bekymring man registrerer at stadig flere rapporterer at de lider av søvnmangel, og det er snakk et folkehelseproblem når omlag 10 prosent av den voksne befolkning rapporterer at de sover for dårlig. Den danske professor Poul Jennum er redaktør og medforfatter i en av de siste lærebøkene innen søvn. Han er en erfaren søvnforsker og har sitt virke ved Dansk Center for Søvnmedicin på

Amtssygehøuset i Glostrup. «Hvorfor gruble på tittelen?» har nok professor Jennum tenkt når han rett og slett kaller boka *Søvn*. Boka presenteres som «en praktisk vejledning til alment praktiserende læger til anamnese og udredning af patienter med søvnproblemer». Den tar utgangspunkt i de viktigste kategoriene av søvn sykdommer, slik de er klassifisert i International Classification of Sleep Disorders: Insomni, søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser (f.eks. obstruktivt søvnapné syndrom), hypersomni av sentralnervøs årsak (f.eks. narkolepsi), døgnrytmeforstyrrelser (f.eks. forsinket søvn-fase-syndrom), parasomni (f.eks. søvngjengeri) og søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser (f.eks. rastløse bein). Boka tar for seg alle disse årsakene til dårlig søvn, i korte og oversiktlige kapitler, og det hele er lett og klart fortalt. Boka er ikke stor, så det er naturlig at stoffet er kondensert. Den går ikke går altfor mye i dybden, noen steder ikke dypt nok. Det kan ofte være utfordrende for klinikerne å skille mellom ulike søvn sykdommer. De samme symptomene

ALLMENNLEGE, SAMFUNNSMEDISINER, GYNEKOLOG, BARNELEGE?

Tre spørsmål til deg om amming

er menneskets styrke. De to kvinnene har gått og går antakelig fortsatt i perioder på en tung vei. Men de utstråler også styrke og håp gjennom det de formidler i denne utgivelsen.

Boken anbefales for studenter og yrkesutøvere i helse- og sosialfag, for allmennheten og for politikere lokalt og sentralt, – kort sagt alle Utpostens lesere.

ELI BERG
Førsteamanuensis, UIO, dr. med.
Tidligere spesialist i allmennmedisin

kan være til stede i større eller mindre grad ved flere søvnsykdommer. Derfor hadde boken hatt godt av en grundigere omtale av diagnostisering, hvordan klinikerer skal ta de første diagnostiske steg etter at den søvnløse pasient har satt seg i stolen. Man kan imidlertid komme svært langt med en grundig og målrettet anamnese, ikke minst ved hjelp av søvndagbok som professor Jennum anbefaler og som vi også er kjent med fra den norske læreboka i Allmennmedisin. Som et kortfattet oppslagsverk fungerer denne boka godt, ikke bare for de «alment praktiserende læger», men også for en rekke av de kliniske spesialiteter som møter pasienter med søvnforstyrrelser. Og hvem gjør ikke det? Man får en målrettet og god innføring i ulike aspekter ved søvnsykdommene.

ARNE FETVEIT

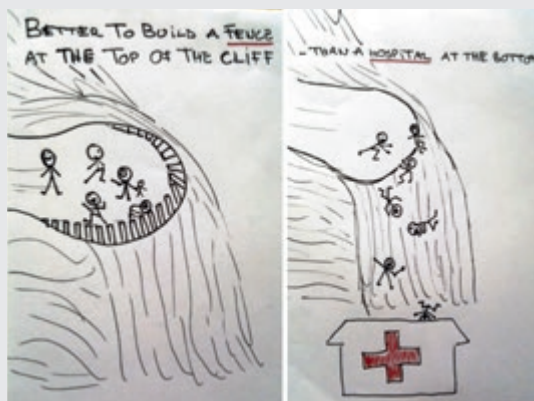
Hva svarer du når noen spør deg om:

- 1 morsmelkernærte barn generelt er friskere og kvikkere enn andre?
- 2 ammingen innebærer fordeler for kvinnen selv?
- 3 hva er den beste behandlingen ved medisinske komplikasjoner i ammeperioden?

Ad 1) Du er muligens kjent med at kritisk evaluering av forskningslitteraturen (1,2), ved såkalt GRADING, i dag sikkert dokumenterer at morsmelkernæring bla. gir noe bedre kognitiv utvikling og redusert risiko for luftveisinfeksjoner – både øvre, som otitis media og nedre, som pneumoni, gastrointestinale infeksjoner og adipositas?

Ad 2) Kanskje har du også satt deg inn i tilsvarende konklusjoner når det gjelder helsefordelene for kvinnen, bla. redusert risiko for cancer mammae, cancer ovarii, diabetes type 2 og hjerte- karsykdommer (3)?

Ad 3) Føler du deg oppdatert for eksempel når det gjelder behandling av forskjellige typer infeksjoner i mamma lactans, hypo- og hypergalacti, Raynaud's phenomenon of the nipple, accessorisk mammaev, tumores, effekten på melkeproduksjonen av PCOS, for tidlig eller protrahtert fødsel, store blødinger, retinert placentavev, maternell diabetes, thyroidealidelse, røyking, alkohol, – og er din kunnskap om medikamentell behandling i ammeperioden god nok?



■ GRNYL@ONLINE.NO ■ BEATE.FOSSUM.LOLAND@OSLO-UNIVERSITETSSYKEHUS.NO

Svarer du spontant ja på alle spørsmål: Gratulerer!

Hvis svarene dine er nølende eller ufullstendige bør du kanskje vurdere en oppdatering? Nasjonal kompetansetjeneste for amming arrangerer et en dags kurs for leger «Morsmelk og laktasjon: Hva bør leger vite?» (DNLF. 26.mars 2014). Det gir tellende timer til alle de nevnte spesialitetene.

Til slutt et par tankevekkende spørsmål til oss alle:

- Bør vi som leger motivere pasienter våre til å velge best mulige alternativ – selv slike som ikke kan bli alle til del – enten det gjelder ernæring, fysisk aktivitet, vektregulering, trygg oppvekst, frihet fra avhengighetsskapende midler?
- Hvorfor har forebyggende medisin lavere status enn kurativ?

«Bedre å bygge et gjerde på kanten av stupet enn et sykehus på bunnen av det.»


GUDMUND HERNES (tidligere helseminister)

LITTERATUREN OPPSUMMERES BLA. I FØLGENDE OPP-DATERTE SYSTEMATISKE OVSERIKTER/ METAANALYSER:

1. World Health Organization. Long-term effects of breastfeeding. A systematic review. 2013.
2. Hørnell A, Lagstrøm H, Lande B et al. Breastfeeding, introduction of other foods and effects on health: a systematic literature review for the 5th Nordic Nutrition Recommendations. Food Nutr Res. 2013; Apr 12;57.
3. <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/3/e827.full.pdf+html>

GRO NYLANDER
overlege dr. med
BEATE FOSSUM LÖLAND
forsker, dr. med.
SOLVEIG TÖRP HOLMSEN
rådgivende lege

Nasjonal kompetansetjeneste for amming
Kvinneklinikken,
Oslo Universitetssykehus

Flere legekontor 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 legekontor 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 legekontoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekontor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.  Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!



Kvalitetsforbedring – ovenfra eller innenfra?

Kristin Prestegaard skriver i *Utposten* 7/13 om prosjektet «Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorene». I rapporten derfra står det at for eksempel Gulskogen legesenter i Drammen har satset på å øke trykgheten hos medarbeiderne. De har laget skriftlige råd om 10 vanlige problemstillinger pasienter ringer om, og gjennomgått disse i plenum. Nordbyen legesenter i Tromsø har tatt ut pasientstatistikk om sykebesøk, diagnoser, laboratorieprøver og diabetesbehandling og diskutert tallene i interne legemøter på kontoret. Og Trekanen legesenter i Asker har gjennomgått handlingsplaner for hjertestans og anafylaktisk sjokk. Dette må være eksempler på gode kvalitetshistorier, valgt av legesentrene selv, og jeg håper å høre fra disse kontorene i stafetten videre.

Men først mitt bidrag. Når jeg tenker på kvalitetsforbedring kommer jeg umiddelbart opp i et 2000 år gammelt problem:

Difficile est satiram non scribere

(Det er vanskelig å la være å skrive en satire, det vil si å la være å refse sin samtid)
JUVENAL, 55–140 E.KR

Og hvorfor behøver jeg satire? Jo fordi jeg som fastlege befinner meg i det pinefulle spennet mellom min indre streben etter kvalitet og flommen av lover, forskrifter, krav, prosjekter og kampanjer som utgjør en styring ovenfra. I 1996 skrev jeg i *Utposten* om den store lydighetskampanjen (1) På de 17 årene som er gått har bølgen vokst i styrke. Det mest utspekulerte er kravet om at man skal angi og kontrollere seg selv. Smak på ordene i Forskrift av 2002 om Internkontroll i helse- og sosialtjenesten, §3:

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

Internkontrollen skal naturligvis dokumenteres, og i følge § 5 skal dokumentasjonen «til enhver tid være oppdatert og tilgjengelig.»

Det hadde vært interessant å besøke et fastlegekontor som etterlevde dette. Fagerborglegene gjør det ikke. Vi er, i likhet med de fleste private arbeidsgivere og statlige og kommunale instanser, notoriske lovbrudere!

Kvalitetsforbedring innenfra

Vi ønsker å ha det hyggelig på jobb, og yte legetjenester av høy kvalitet. På et legemøte tidlig i høst avtalte vi å gjøre dette mer eksplisitt, og jeg fikk legge fram noen tanker om kvalitet på en mandagslunsj. Jeg skrev på tavlen:

Kvalitetsarbeid

- 1 Både ting og prosesser skal fungere etter hensikten. Hvis de ikke gjør det skal vi reparere eller få det til å fungere.
- 2 Foreslå nye prosesser, rutiner og ting som bedrer tilbudet til pasientene eller arbeidsmiljøet.

I resten av lunsjpausen snakket vi om at vi blir glade og tilfredse når vi ser at noe virker som det skal, og lei oss hvis det ikke gjør det. En rulletrapp skal rulle, det er derfor det heter rulletrapp. Lysrør skal lyse, ikke blinke. La oss gå i gang med å finne forbedringspotensialer! Ingen ting er for store, ingen for små til å rettes opp og ordnes med. Og så må vi huske å rose hverandre.

«Du kan begynne med en gang», sa helsesekretær Hanne. «Lampen over benken på EKG-rommet har halvveis løsnet fra veggfestet. Jeg var redd en pasient skulle få den i hodet.»

En rask undersøkelse viste at Lundevall nok hadde slurvet med det opprinnelige lampeopphenget i gipsveggen. Hvilket kvalitetssikringstiltak skulle jeg velge for å rette opp dette? En vernerunde? Eller en avvismelding? Eller kanskje en risiko- og sårbarhetsanalyse? Så kom jeg på det amerikanske uttrykket cut the crap, og samme kveld fikk jeg lampen til å henge trygt, med solide spesialskruer beregnet for gipsplater. På en gul klistrelapp ved lampen skrev jeg beskjedent: 'Quality never gets out of style'.

Høstens store løft hos oss var at møblementet på laboratoriet omsider skulle skiftes ut. Vi hadde lovet medarbeiderne dette for ett år siden, men alltid dukket det opp noe som førte til utsettelse. Følgelig dro kollega Margit og jeg til IKEAs kjøkkenavdeling og trakk kølapp. Fem timer senere var vi i selvbetjeningslageret med handlevogner og en lang plukklister. Og rett før stengetid var bilen fylt til det faretruende med store flate og små buklete pakker. Vi hadde satt av en lang helg til rivning og montering, og samlet alle gode krefter. Og det gikk! Det oppsto mange problemer underveis men vi løste dem og bygget både benk, skap og selvaktelse!

Noen lurer kanskje på hva dette har med kvalitetsforbedring å gjøre? Sannsynligvis vil hverken fylkeslegen eller arbeidstilsynet interessere seg for dette. Men vi vet. Vi vet hva dette har betydd for vår arbeids glede og våre møter med pasientene!

Legemiddelgjennomgang, et satsningsområde ovenfra som kan bli bra likevel

Utpå høsten fikk jeg en faks fra bydelen. Det gjaldt en av mine yndlingspasienter, en dame på 90 år, hjemmeboende med hjemmesykepleie, multidosebruker. Innholdet var omtrent: «Det skal være en legemiddelgjennomgang på henne. Om jeg kunne sørge for at disse 20 blodprøvene ble tatt i forkant? Hilsen hjemmesykepleien.»

Jeg reagerte primitivt og emosjonelt: «Jeg skal ha meg frabedt at andre skal bestemme hvilke blodprøver jeg skal ta på mine pasienter. Og hvem i hule har bestemt at det skal være legemiddelgjennomgang på akkurat denne pasienten? Er fastlegen spilt ut over sidelinjen? Og hvorfor kaller noen seg for hjemmesykepleien? Kan de ikke skrive navnet sitt?»

Noe av bakgrunnen for reaksjonen er frustrasjon over det manglende samarbeidet mellom fastleger og hjemmetjeneste i vår bydel. Før hadde vi møter der vi snakket om felles pasienter. Gjorde avtaler og oppklarte misforståelser. Nå er det slutt for



Laboratoriet slik det så ut før ombyggingen er vist til venstre, mens det ombygde kontoret er av bildet til høyre.

de har ikke tid. De sier det uten blygsel. De har ikke tid til å møte oss for å samarbeide om pasienter.

Etter hvert fant jeg ut at dette var et ledd i et stort prosjekt i Oslo kommune, forankret i den nasjonale Pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender». Skal man dømme etter hjemmesiden (2) er kampanjen en formidabel suksess! Oppskriften for legemiddelgjennomgang hadde Oslo kommune hentet fra arbeidsmåten på sykehjemmene. En farmasøyt skulle også være med på noen legemiddelgjennomganger. Alt i beste mening. Problemet var at prosjektmakerne hadde gjort opp regning uten vert. Fastleger kan ikke styres på samme måte som sykehjemsleger. Vi liker ikke å få ting tredd nedover hodet. Vi må ha et eierskap til prosjektet, for eksempel ved å være med på å bestemme hvilke pasienter der dette er indisert, og hva slags pasientkontakt og undersøkelser som trengs på forhånd før selve legemiddelgjennomgangen.

Etter å ha sendt et par arrige eposter til bydelen, merket jeg at hodet kjølnet. Jeg gikk i meg selv. Problemet er jo reelt nok: Polyfarmasi hos eldre reiser komplekse medisinske spørsmål knyttet til patologi og farmakoterapi som krever kunnskaper og grundig gjennomtenkning på basis av en oversikt over medikasjonen. Men siden mange aktører er involvert i medikasjonen, tilsløres bildet, og hvis oversikten mangler kommer jeg ikke i gang med tenkingen i det hele tatt! Og da kan jeg lett overmannes av avmaktfølelse og resignasjon.

Den bebudete legemiddelgjennomgang på min 90-åring skulle jeg i hvert fall forbedre godt! Jeg finleste de gode epikrisene fra Diakonhjemmet sykehus, spesielt det som sto om medikasjonen. Adekvate blodprøver var tatt for fire måneder siden, så det var ingen grunn til å gjenta dette. Jeg dro i hjembesøk (selv om dette ikke inn gikk i prosjektbeskrivelsen) for å høre hennes syn på saken. Hun hadde det bra og var godt fornøyd med hjelpen fra hjemmesykepleien. Multidosestrimlene og legemiddeloversikten lå midt på stuebordet. Hun syntes det var betryggende med hjelp til medisiner, men at det ble for mange tabletter. Hun håpet at hun kunne slippe noen av dem.

Selve gjennomgangen skjedde en uke senere på mitt kontor, uten pasienten til stede. Noen farmasøyt dukket ikke opp, men to hjemmesykepleiere som kjente pasienten godt. Resultatet ble at vi seponerte jerntabletter, langtids nitroglycerin, paracetol

risperidon. Vi snakket om hvordan hjemmesykepleien i tiden fremover kunne observere de mulige uønskete effektene av denne forenklingen. Noen misforståelser omkring multidose ble også oppklart. Så i dette tilfellet oppsto kvalitet. Fordi vi møttes og brukte tid og kunne ta pasientens perspektiv. Det er et tankekors for oss kvalitetsinteresserte at det må et prosjekt ovenfra til for at bydelen skal finne tid til et samarbeidsmøte.

Når det gjelder Fagerborglegenes arbeid med legemiddelgjennomgang innses jeg at innsatsen hittil har vært høyst individuell og usystematisk! Men nå har jeg oppdaget at 2013-utgaven av Norsk Legemiddelhandbok har et kapittel om dette. Vi har legemøter hver fredag morgen. Vi kan bruke noen minutter til å gjennomgå legemiddellisten for utvalgte egne pasienter i lys av de nyttige screeningtabellene STOPP, START og NorGeP. Hvis vi da ikke blir for mye forstyrret av eksternt kontroll og krav om kvalitetssikring.

Datasikkerhet. Tilsyn og kontroll

I 2003 hadde vi besøk fra Datatilsynet. Tross et betydelig forarbeid fra dataansvarlig lege gikk det ikke så bra. Tilsynet fant at Fagerborglegenes internkontrollsystem ikke holdt mål fordi vi ikke kunne dokumentere

«iverksettelse av systematiske tiltak for å sikre forholdsmessig sikring av informasjonssystemet i samsvar med helseregisterloven»

Videre savnet de «Styrende rutiner for de strategiske valg som er foretatt i tilknytning til bruk av nettverkstjenester og drift av systemene. Dette må gjøres ut fra en risikovurdering hvor akseptkriteriene tydeliggjøres»

Og de etterlyste

«Kontrollerende rutiner for sikkerhetsrevisjon, konferer personopplysningsloven. Her må ledelsens årlige gjennomgang av at systemene fungerer tilfredsstillende reguleres.»

Lærdommen av dette tilsynet var: Prøv for all del å unngå tilsynsbesøk i fremtiden. Rekk ivrig opp hånden i timen. Lat som dere spiller med, og aksepterer stamme-språket. Ty om nødvendig til nødløgner. Denne lærdommen har vi blant annet brukt i korrespondansen med Norsk Helsenett. Alle brukere av Helsenettet har plikt til å følge «Norm for informasjonssikkerhet i helse- omsorgs- og sosialsektoren.» Normen er et dokument på 42 sider, oppdelt i styrende, gjennomførende og kon-

trollerende del, hver med omfattende krav til legekontorets egen dokumentasjon som skal oppdateres og vedlikeholdes.

For å minne oss om dette sender Helsenettet av og til omfattende spørreskjemaer vi er pliktig til å svare på. Her er ett av spørsmålene: «Er det etablert rutine for risikovurdering? JA/NEI»

Kollega Anders og jeg satt med dette en sen kveld etter at vi var ferdige med pasientarbeidet. Vi krysset av for «ja». Selvfølgelig gjorde vi det. Vi er ikke dumme!

Men hva betyr «etablert»? (Sagt på et styremøte? Nedskrevet i et møtereferat?) Hva betyr «rutine»? (Hvor mange ganger skal noe være gjentatt for å kunne kalles en rutine?) Og hva i all verden er en «risikovurdering»?

Som dagene går

Vi, Fagerborglegene, tenker at kvalitet har med helhet å gjøre, med harmoni, samsvar, at ting er det de utgir seg for å være, at vi holder hva vi lover. Og at vi av og til gir pasienter omsorg utover det lovet eller lovpålagte, slik kollega Bente i alle år har gått i spissen for. I tillegg er hverdagen full av små og store utfordringer for bedring av rutiner og kvalitet som ikke har direkte med enkelt pasienter å gjøre. Ad punkt 1 på tavlen i lunsjmøtet har vi i høst strevd med vedlikehold av adresseregistere til henvisningsinstanser, grubling over e-reseptens irrganger, priser og ventetider på MR, en telefonsvarer vi ikke forstår, en betalingsautomat som slutter å virke, og forbedring av rutiner for vask og sterilisering av kirurgiske instrumenter. Alt krever ekstra oppmerksomhet, innsats og samarbeid. Når vi finner ut noe eller får til noe, deler vi arbeidsleden.

Ad punkt 2 på tavlen, å finne på nye ting:

Helsesekretær Hanne har laget en quiz-julekalender, som vist i bildet ved tittelen. Den består av tomme fyrstikkesker, en for hver desemberdag fram til juleaften. I hver eske ligger en lapp med tre spørsmål som vi prøver å løse i fellesskap i lunsjpausen. Både leger og medarbeidere bidrar med spørsmål. Det er spesielt gildt de dagene ens egne spørsmål kommer


Prøv dette i desember 2014, suksessen er garantert!

REFERANSER

1. Om den store lydighetskampanjen som ruller over landet. Utposten 7/8-1996
2. www.pasientsikkerhetskampanjen.no

SVERRE LUNDEVALL
Fagerborglegene

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

Din ungdom

*Din ungdom er gitt deg til odel og eie...
Du skal ikke høkre den bort,
men være den tro, så den åker du pløyer
kan gro når din gjerning er gjort.*

*Den er ikke evig. Du kan ikke vente
bestandig å eie dens ild.
Men kjemper du for den, og er du den verdig,
så blir den – så lenge du vil.*

*Din ungdom er skatten du aldri kan øde
om ikke du låser den ned.
I krevende strid vil den tindre og funkle
– men smuldre i ørkesløs fred.*

*Du kan ikke spare på ungdommens krefter
og ha dem til senere år. Men bruker du dem,
skal du kjenne de vokser
evinnelig, vår etter vår.*

*Når roper en verden: Vi trenger ditt hjerte,
din evne, ditt brennende sinn!
Og fikk du din ungdom til odel og eie,
så bruk den – . Sett kreftene inn!*

ARNE PAASCHE AASEN

«Ikke spar deg». Dette rådet hørte jeg en mor gi sin datter i en konfirmasjonstale. Mer velkjent å høre fra helsepersonell og omgivelser er råd som: «Sett grenser». «Spar på kreftene». «Ikke slit deg ut».

Hva gjør vi fastleger?

I min hverdag opplever jeg at det ikke er realistisk å tenke på at jeg skal spare på kreftene, og de fleste kolleger kjenner seg vel igjen i dette. Likevel trøster og bærer vi. Vi beskytter og dytter på våre pasienter og gir dem råd- stikk i strid med Arne Paache Aasens dikt.

Rett før jul var jeg i begravelse til min onkel som nesten nådde alderen 93 år. Han engasjerte seg i samfunnsliv og politikk, ble brukt til rådgiver og holdt innlegg og taler helt til det siste. Han sparte seg ikke – var heldig, hadde brukbar helse og god forstand, men hans liv hadde også hatt mange bratte bakker og dype stup. Hva er hemmeligheten til å orke og holde på?

Jeg må ofte ta i meg selv å tenke: Astri, du må være profesjonell – og ikke undre deg over at den som «bare» er sliten mener de kvalifiserer for sykemelding og helsehjelp.

Forskjellen er at de som oppsøker oss leger, faktisk føler seg hemmet i funksjons- evne på en eller annen måte, og at jeg er så heldig å føle meg frisk, og glede meg over jobben og tilværelsen her og nå.

Kunsten med å ikke spare kreftene, er vel blant annet å ha krefter å ta av. At en er i balanse og får påfyll. En må være i stand til å fylle på med gleder, humor og opplevelser, fag og arbeid. Fastlegejobben gir og tar – og vi sparer oss ikke. Så får vi være glad for at også vi har en god fastlege når det buttrer...

Stafettpippen videre gir jeg til min gode kollega borte i gangen – Astrid Jølstad.

Hilsen fra
ASTRI DOLVA

