

Utposten

2 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Interkommunal legevakt

– hva er erfaringene?

Teamtenkende samfunnsmedisiner

Livsløp – innsikt gjennom bilder

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

1 LEDER: Sjukefråveret
– for mykje, for lite eller akkurat passeleg?
Lisbeth Homlong

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Teamtenkende samfunnsmedisiner
Hege Raastad Basmo intervjuet av Tom Sundar

6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Prevensjon til spesielle pasientgrupper
Marit Vidringstad

10 Interkommunal organisering av legevakt – hva er erfaringene?
Tom Sundar

11 Finnsnes interkommunale legevakt – erfaringer etter ti år
Aslak Hovda Lien

13 Interkommunal nattlegevakt på Søre Sunnmøre
– erfaringer etter fem år
Jørn Kippersund

16 Ny turnusordning – bedring eller forverring?
Linn Oftenes Lie

18 KRONIKK: Forventningens utholdelige letthet
Olav Gunnar Ballo

20 Nasjonale retningslinjer i allmennpaksis – for mye av det gode?
Bjarne Austad

22 Fastlegers journalføring – skriver du gode nok notater?
Marte Kvittum Tangen

25 Kan skolestartundersøkelse hos fastlegen være et
alternativ til helseundersøkelse på helsestasjon eller skolen?
Astrid Litland, Marianne Chyba og Kirsten Rokstad

30 Livsløp – innsikt gjennom bilder
EN PRESENTASJON I BILDER OG TEKST AV NOEN AV DE 92 UNIKE BEBOERNE PÅ ATTENDO PAULUS SYKEHJEM
Ingeborg Selnes

37 VAKe-Videokonferanse som arbeids-
redskap for raskere deling av pasientdata
Oddvar Hagen og Steinar Konradsen

40 Jobbing i kriseteam i en middels stor kommune i Nord-Norge
Astrid B. Holm

42 KRONIKK: Fastlegene og sykefraværet
Ebba Wergeland

42 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:
Hormonbehandling og symptomer i overgangsalderen
Bjarne Gjelsvik

45 FASTE SPALTER

HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN **45**

TIPS TIL PRAKSIS **46**

LYRIKKSTAFETTEN **48**

Sjukefråveret

– for mykje, for lite eller akkurat passeleg?

SV-politikar og stortingsrepresentant Karin Andersen tok nyleg til orde for at det å gjennomgå ei skilsmisse bør vere ein legitim grunn for sjukemelding. Ho fortel at ho sjølv gjekk til legen sin i samband med eige samlivsbrot for ein del år tilbake og vart sjukemeldt i to veker. I følge Andersen var ho ikkje i stand til å ta seg av og vere mentalt til stades for barn og foreldre i barnehagen der ho jobba og utføre arbeidsoppgåvene sine på ein skikkeleg måte. Ho meiner at det er liten grunn til å kritisere legar for å sjukemelde menneske som opplever store sosiale belastningar og vanskar. Ho tenkjer at ho gjerne kunne ha utvikla sjukdom dersom ho ikkje hadde fått tid til å samle seg og få hovudet over vatnet i sin situasjon.

I følge eit svensk-norsk forskingsprosjekt om sjukefråver, «Social factors contributing to sickness absence» (SOFAC) har rundt 50 prosent av alt sjukefråver her i landet ein «ikkje-medisinsk» bakanforliggende årsak, som til dømes konflikter på jobben, dødsfall i familien, omsorg for sjuke foreldre, samlivsproblem og liknande. Arbeidslivsforskar Rolf Rønning leiar prosjektet. Mange som ender opp med sjukemelding over lengre periodar er altså ikkje i utgangspunktet sjuke. Rønning meiner at norsk arbeidsliv manglar effektive verkemiddel til å gjere noko med det som faktisk er årsaka til sjukefråveret.

Vi som jobbar i norsk allmennpraksis kjenner oss igjen i denne problematikken. Pasientane kjem til oss og fortel om sine vanskar. Dei fortel om ulike belastningar i livet som gir søvnevanskar, konsentrasjonsproblem, depresjonskjensle, som slit dei ut. Og innimellom har dei behov for ei sjukemelding fordi dei rett og slett ikkje fungerer på jobb. I ICPC kunne vi ha brukt Z-diagnosane som omfattar ulike typar sosiale problem på mange av desse pasientane, men som kjent gir ikkje desse

diagnosane rett til sjukepengar. Derfor vert vi tvinga til å sette ein annan merkelapp på problemet. Ofte fell vi ned på P-diagnosar, og pasienten får tildelt diagnoser som depresjonsfølelse, psykisk ubalanse og liknande.

Ulike livsbelastningar kan hos enkelte utløyse psykisk sjukdom. Men at reine sosiale problem får psykiske diagnoser, er problematisk. Ei side av saka er at vi vert lurt til å tru at mange fleire er psykisk sjuke enn det som reelt er tilfelle. Ei anna sak er at politikarane som ønskjer å redusere sjukefråveret, risikerer å sette inn tiltak på feil premiss som ikkje vil gi ønskja resultat. Heile 35 prosent av fråveret vert av dei spurte i det nemnte forskingsprosjektet oppgitt å vere forårsaka av dårleg leing på jobben, mobbing, omstilling og konflikt med kollegaer. Og dette søker altså politikarane å få bukt med ved å innføre eit obligatorisk e-læringskurs i sjukemelding for legar. Mellom andre meir eller mindre gjennomtenkte tiltak opp gjennom åra.

Arbeidsmedisinar Ebba Wergeland har skrive ein kronikk om fastlegane og sjukefråveret i dette nummeret av Utposten. Hennar standpunkt i debatten om sjukefråveret kjenner kanskje mange frå før. Ho poengterer at sjukemelding er ei form for behandling som må doserast rett – ikkje for lang og ikkje for kort. Ei sjukemelding er til for pasienten og skal tene pasienten si prognose. For lågt sjukefråver er ein større grunn til bekymring enn stigande fråver, ifølge Wergeland. Full løn under sjukdom er eit gode i ein velferdsstat som Noreg og ho meiner at sjukefråveret sannsynlegvis er passeleg stort. Ho påpeikar at den sjukemeldte sitt personvern og oppseiingsvern gradvis har blitt svekka etter 1990. Samtidig har vi fått eit aukande fokus på sjukefråver som eit alvorleg samfunnsproblem – sjølv om det

totale sjukefråveret ikkje er større i dag enn i 1977, då dagens sjukelønsordning vart innført.

Wergeland sine synspunkt er omdiskuterte. Ikkje alle ser det på den måten. Og sjølv sagt kostar det pengar å dele ut full løn under sjukdom. Derfor er det forståeleg at arbeidsgjevarar og bedriftseigarar ønskjer å redusere dei kostnadane som sjukdom hos arbeidstakarane medfører. At politikarane ønskjer å redusere staten sine utgifter er også forståeleg. Men derfor er det desto større grunn til å bruke den kunnskapen som finst om kva som faktisk forårsakar sjukefråver, slik at ein kan sette inn tiltak som har effekt – dersom det faktisk er slik at sjukefråveret er for høgt og bør reduserast. Rønning og medarbeidarar si forskning er eit interessant supplement i så måte.

Sjølv har eg nettopp fått eit godkjentstempel på mi eiga sjukemeldingskompetanse, i det eg nettopp har gjennomført det omdiskuterte e-læringskurset i sjukemelding for legar og bestått den påfølgjande eksamenen. Kurset var ein grei gjennomgang av det gjeldande regelverket, men eg lærte ingenting nytt om korleis eg betre skal handtere pasientar som kjem med funksjonssvikt knytt til konflikter på arbeidsplassen, tunge omsorgsoppgåver på heimebane, samlivsproblem, mobbing og liknande. I eigen kvardag er det ikkje alltid like enkelt å ta stilling til når ei sjukemelding er på sin plass i slike situasjonar og når ein bør velje andre løysingar. I praksis vert det ofte slik at eg legg pasienten si eiga funksjonsvurdering til grunn, saman med mitt eige skjønn, til å vurdere kva som er rett i den enkelte situasjon. Og kanskje er ikkje det så dumt, når det kjem til stykket? Eg trur derfor neppe at e-læringskurset vil medføre noko endring av min sjukemeldingspraksis.

LISBETH HOMLONG

Teamtenkende sa

Hege Raastad Basmo ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR

– Jeg er superfornøyd når folk jobber og virker sammen, sier kommuneoverlege Hege Raastad Basmo i Hamar. Hun har vært en pådriver for lokalt og regionalt faglig samarbeid lenge før samhandlingsreformens tid. De siste årene har hun bidratt aktivt for å få på plass den nye samfunnsmedisinske enheten for Hamar-regionen.



1. januar opprettet de fire Hedmarkskommunene Hamar, Ringsaker, Stange og Løten en felles samfunnsmedisinsk enhet – med Hamar som vertskommune. Selv om samarbeidsavtalen ikke er unik i nasjonal sammenheng, må den likevel betegnes som et sjumilssteg i en region der lokalpolitiske interesser rett som det er har stått i veien for faglig samarbeidsinitiativ når det gjelder organiseringen av helsetjenester.

– Samarbeidsideen som ligger til grunn for den nye enheten har modnet over mange år. Det er ikke gitt at samarbeid i seg selv vil gi gevinster. Det forutsetter at de som skal samarbeide, faktisk prioriterer samarbeid, sier Hege Raastad Basmo til Utposten, bare noen uker etter oppstart av den nye enheten. Hun viser vei opp til de luftige etasjene i Hamar Rådhus – hennes arbeidssted siden 2009, da hun tiltrådte stillingen som kommuneoverlege i Mjøsbyen. Enn så lenge har hun kontor i rådhuset, men om kort tid – og innen dette nummeret av *Utposten* blir lest – vil Samfunnsmedisinsk enhet for Hamar-regionen ha etablert seg i nye lokaler på Ankerskogen, bare noen kvartaler unna.

«Flying start»

– Dette er en spennende og givende prosess, ikke minst fordi jeg opplever så mye begeistring og entusiasme hos dem jeg skal jobbe sammen med. Samtlige kolleger sier: ‘Dette har vi lyst til å jobbe med’ – og nettopp det gir ekstra inspirasjon, sier Basmo.

Hun forteller at enheten har ansatt tre rådgivere innen miljørettet helsevern*, alle med lang erfaring fra tilsvarende stillinger i samarbeidskommunene som de nå skal betjene kollektivt. På legesiden har enheten rekruttert en forhenværende fastlege, spesialist i allmennmedisin Bente Bjørnhaug Pedersen og senere i vår kommer Helle Jørstad, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin med erfaring fra ulike samfunnsmedisinske stillinger. I tillegg kommer en 50 prosent samfunnsmedisinsk stilling som vil bli besatt i nær fremtid.

* Miljørettet helsevern omfatter faktorer i miljøet som kan ha innvirkning på helsen, herunder fysiske, biologiske, kjemiske og sosiale miljøfaktorer – knyttet til f.eks. inn klima, støy, ulykker og drikkevann.

Samfunnsmedisiner

– Med så mange kompetente medarbeidere får vi en «flying start». At vi som jobber her har kjennskap til hverandre fra før, er en fordel når vi skal skape et nytt fag- og arbeidsmiljø, sier Basmo om overgangen fra å være solosamfunnsmedisiner til å bli teamleder.

– Vi ønsker et aktivt og raust miljø, der vi lærer av hverandres erfaringer samtidig som vi stiller hverandre spørsmål som 'hvordan gjør vi tingene' og 'hva skal vi prioritere'? Som enhetsleder må jeg utvikle meg videre, etter å ha jobbet alene i 10 år – på min måte. Mine legekolleger kjenner primærhelsetjenesten godt. Bente har hatt ulike roller som allmennmedisiner, hun har en «standing» i fastlegekorpsset og kjenner avtaleverket. Helle har allsidig erfaring fra allmenn- og samfunnsmedisin, det er en stor styrke. Jeg kaller dette kompetanseheving – både for enheten og kommuneoverlegefunksjonen, sier hun.

51-åringen kjenner sine samarbeidende kommuner og de kjenner henne. Før hun ble kommuneoverlege i Hamar hadde Hege Raastad Basmo tilsvarende stilling i nabokommunen Stange i 2003–09. Den tredje av de fire kommunene, Ringsaker, har vært hennes bostedskommune siden hun flyttet fra Oslo til Hedmarken for over ti år siden. Her har hun og ektefellen og parets to tenåringsbarn funnet seg godt til rette.

– I regionen er det stor spennvidde i kommunestørrelse. Den minste kommunen, Løten, har 7500 innbyggere mens Ringsaker er størst med 35 000. At kommunene er uensartet, er med på å gjøre jobben som samfunnsmedisiner desto mer interessant, sier Basmo.

Robust fagmiljø

Hun vedgår at hun iblant har hatt betenkeligheter med å gå i gang med et interkommunalt samarbeid i samfunnsmedisin:

– Da jeg kom til Stange i 2003, hadde kommunen stått uten kommuneoverlege i tre år. I Ringsaker har det også i perioder vært vanskelig å rekruttere kommuneoverlege, mens situasjonen i Hamar har vært stabil. Løten, på sin side, har kun hatt samfunnsmedisinske bistillinger. Ut fra

dette, litt brokete bildet har jeg iblant vært spørrende til kommunenes motivasjon for å etablere en felles enhet: Er det primært for å sikre stabiliteten i kommuneoverlegefunksjonen, eller har kommunene et reelt ønske om å bruke vår kompetanse? Min erfaring fra regionale prosjekter er at gode samarbeidsintensjoner kan smuldre bort hvis det ikke finnes administrative støttefunksjoner. Derfor har jeg hele tiden gjort det klart at jeg ikke vil være alene i min rolle – men en del av et robust fagmiljø.

– De fire kommunene har utredet samfunnsmedisinsk samarbeid i 15 år. Hvorfor tar ting så lang tid i den kommunale forvaltningen?

– Det er mange grunner. Det handler en god del om personer; om hvem som sitter i ulike stillinger, men det handler også om at kommuner er sterke administrative enheter. De er kjerneenheter i forvaltningen, med beslutningsmønstre som er vanskelig å endre eller bryte. Det er også en kjensgjerning at det foregår politiske og administrative kvinger, både innad i og mellom kommuner. Dessuten handler det om regelverk: Før samhandlingsreformen var det rett og slett ikke mulig å organisere kommuneoverlegefunksjonen slik vi gjør det nå – gjennom en vertskommunemodell. Lovverket ga ikke rom for det. Det var lov å samarbeide, men man kunne ikke delegerer myndighet fra en kommune til en annen på kommunelegens myndighetsområde.

– Hva forventer du å oppnå gjennom en flerkommunal enhet, som du ellers ikke ville fått til som soloarbeidende samfunnsmedisiner?

– Hensikten med enheten er ikke å spare penger, men skape et godt og fleksibelt fagmiljø der vi beriker hverandre innenfor alle deler av samfunnsmedisinen. Det er en stor trygghet å vite at vi kan diskutere vanskelige saker og støtte hverandre i krevende situasjoner. Dette kan dreie seg om kriseberedskap, saker om enkeltpersoner der vi blir bedt om råd eller prioriteringer med kunnskapskrevende avveining. At vi får innsikt i fire ulike nabokommuner, kan berike kommunene selv – hvis de ønsker å

bruke denne kilden. Dessuten får vi på plass kompetente stedfortredere ved ferie og fravær.

– Hva forventer kommunene?

– Vi har god dialog med kommunene, gjennom et eget samordningsforum. Forventningene varierer, ut fra demografiske og organiseringsmessige forhold samt kommunenes erfaringer med tidligere kommuneoverleger – som har hatt ulike måter å løse oppgaver på. Målet er å utnytte dynamikken i vår region og lære av hverandre: I Ringsaker kan man være god på en ting som Stange ikke er god på, eller omvendt. Vi må også finne en modell for fordeling av oppgaver som ivaretar geografisk ansvar – slik at kommunene vet hvem som er «sin» kommuneoverlege – så vel som faglig ansvar for å ivareta behovet for noe spesialisering. Smittevern, miljørettet helsevern og helseberedskap er eksempler på områder vi mener er fornuftig å spisse. Så må vi finne ut hvilke prosesser vi skal delta i og hvilke møtearenaer vi skal ha, hvordan informasjon skal deles og hvordan vi best mulig kan være synlige og tilgjengelige medisinskfaglige rådgivere og medvirkere. Vi har jo ikke gjort dette før, så vi trenger litt tid for å bli kjent og å prøve oss frem sammen med kommunene.

Organisasjonskultur

Teamarbeid er intet fremmedord for Hege Raastad Basmo. Som kommuneoverlege i Hamar og Stange har hun i en årrekke arbeidet for bedre samhandling mellom nivåene i helsevesenet. Hun var en av initiativtakerne til K8-prosjektet i Hedmark i 2008–2011, der målet var å forbedre samhandlingen mellom åtte kommuner sør i fylket, DPS Hamar, brukerorganisasjonene og fastlegene. Innsatsen i K8 bidro til at Basmo i fjor ble nominert til årets kommuneprofil – en årlig avstemming i regi av bladet Kommunal Rapport. Begrunnelsen for nominasjonen var hennes engasjement for helsesamhandling lokalt og nasjonalt, særlig innen psykisk helse og rus.

På nasjonalt nivå er hun medlem av i koordineringsgruppen for samhandlingsre-



Samfunnsmedisinens oppdrag er å vokte formålsparagrafene for lovene vi forholder oss til, understreker Hege Raastad Basmo.

formen som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet. Gruppen har representasjon fra en rekke departementer, Helsedirektoratet, de regionale helseforetakene, KS, fylkesmannsembetene og Arbeids- og velferdsdirektoratet. Oppgaven er å følge utviklingen gjennom evalueringer og tilbakemeldinger samt å være mellomledd mellom politiske beslutningstakere og iverksettingsorganer.

Mens hun var kommuneoverlege i Stange, pendlet Basmo til Göteborg og Bergen for å ta veilederutdanning knyttet til kvalitetsforbedring og samarbeidsutvikling. Dette, sammen med erfaringene fra ulike samhandlingsarenaer, har gitt henne forståelse for at god ledelse handler om å skape tillitsrelasjoner, utvikle samarbeidskompetanse og bygge en positiv organisasjonskultur.

– Organisasjonskulturen har avgjørende betydning for hvordan ulike fagkunnskap og ulike roller blir implementert og brukt i enhver organisasjon. I kommunene har eksempelvis rådmennene stor innflytelse på organisasjonskulturen. La oss si at du som leder i en organisasjon «gjør alt riktig», for eksempel at du sørger for fornuftige prosedyrer og omorganiseringer, men likevel ikke kommer til mål med kvalitet og utvikling – ja, da gjenstår ett avgjørende sjekkpunkt: Hvordan er organisasjonskulturen?

– På hvilken måte angår dette leger?

– God organisasjonskultur er helsefrem-

mende: Det dreier seg om hvordan beslutninger tas og ledelse utøves; om hvordan vi omtaler hverandre og tjenestebrukere – om en blir inkludert og anerkjent, får spillerom, om ens kompetanse blir verdsatt. Den enkelte person skal selvsagt delta og gjøre en god jobb, men poenget er at også organisasjonen har ansvar for å bruke ressursene og kompetansen som ligger der.

Rolleforståelse

Hege Raastad Basmo opplever sin jobb som både krevende og utfordrende. Hun forholder seg til ulike aktører med ulike forventninger, blant annet kommuneadministrasjon, tjenesteytere og fastleger. Men noen følelse av å være beklemt i sin rolle eller forstrukket som ei tøydukke, har hun ikke.

– Nei, tøyduken er ikke meg. Tvert imot, hadde jeg hatt større kapasitet kunne jeg tenke meg å være med på enda mer. Men det hender at jeg kommer over en sak der jeg tenker: 'Hmm... Hvorfor ble ikke jeg rådspurt her?' Samtidig skal man trå litt varsomt frem og ikke være for opptatt av å være med på alt mulig eller komme på de «riktige» plassene. Mitt arbeidsmål er å bidra der hvor det er behov for min kompetanse og mine perspektiver.

– Hvilke oppgaver eller områder kunne du ønske du var mer involvert i?

– Budsjettprosessen i kommunen. Det er

der prioriteringer blir gjort og beslutninger tas. Samtidig vet jeg at noen av de største utfordringene finnes på områder der det kreves helt andre innsatsfaktorer enn penger, for eksempel å skape motivasjons- og samarbeidskulturer, styrke kompetanse og endre holdninger og atferd. Det kan dreie seg om forhold innad i kommunen eller om samarbeidslinjene til lokalsykehuset.

– Hva må til for å lykkes med endringsprosesser?

– Man må forstå sin plass i organisasjonskartet og derfra utøve engasjement på de utviklingsarenaene som finnes. Det er ikke nok at rådmannen sier 'Ja, sånn og sånn må vi ha det'. Ledelsens 'ja' må følges opp med å spørre «hvordan går det?», «har du det du trenger for oppdraget?» og ikke minst «hva er resultatene for brukerne?».

Vår samtale penser over på kommuneoverlegens rolle og mandat – et tema som engasjerer så vel intervjuobjekt som intervjuer. Basmo understreker viktigheten av å være bevisst sin rådgivende funksjon og bruke den på en konstruktiv måte: – Med mindre kommuneoverlegen er gitt administrativ myndighet fra rådmannen, er kommuneoverlegen formelt sett en rådgiver på lik linje med andre – enten temaet er miljørettet helsevern, barn og unges helse eller kriseberedskap. Kommuneoverleger er ikke gjennom regelverket gitt rollen som helsesjefer. Vår samfunnsmedisinske enhet på Hamar har ingen administrativ myndighet. Vår fremste oppgave er å gi kommuneledelsen råd innen folkehelse, smittevern, miljørettet helsevern, tjenesteutvikling og kriseberedskap. Men vi har selvsagt delegert myndighet på miljørettet helsevern knyttet til tilsyn og godkjenning. På smittevernområdet følger det av regelverket direkte myndighetsutøvende oppgaver til kommunelegen som smittevernlege.

– Er det av underordnet betydning for deg om kommuneoverlegen sitter i stab eller i linje?

– Prinsipielt ja. Jeg vet at noen er uenig med meg her, men poenget mitt er: Mer viktig enn en leders formelle posisjon, er hvilke holdninger og hvilken kultur som finnes i organisasjonen for å utnytte kompetanse og fremme delings- og medvirkningsprosesser når det gjelder faglige beslutninger. Som kommuneoverlege kan du sitte på 'rett plass' i organisasjonskartet – for mange vil det si stab – uten å bli brukt. Eller du kan være 'feilplassert', og likevel bli brukt!

Basmo mener en av de viktigste mekanismene som hemmer en persons kompetanseutvikling, er når man blir møtt av en «mur av velvilje», slik noen treffende har sagt: – Det betyr at du kan være så flink du bare kan, og samvittighetsfullt utføre oppgaver og produsere resultater. Men dersom du ikke kommer forbi den muren av velvilje, vil det føre til stagnasjon og utbrent-het.

– Hva består den muren av, og hvordan kommer man forbi den?

– Muren kan bestå av enkeltpersoner som preger organisasjonskulturen på en negativ måte. Det kan ta lang tid før man skjønner det, og noen ganger er det umulig å komme forbi. Dynamikken ligger i hvordan du fyller din rolle, hvordan organisasjonen håndterer roller og kompetanse og enkeltpersoners kommunikasjon og kjemi.

Dialog med fastlegene

Som kommuneoverlege er Basmo opptatt av å tydeliggjøre sin rådgivende rolle. Hun forteller at hun gang på gang må minne folk om at hun ikke er sjef, men rådgiver. Det gjelder også i forhold til fastlegene. I henhold til avtaleverket, er hun sekretær i det lokale samarbeidsutvalget og bidrar til å tilrettelegge og forbereder saker. Så har hun «audiens» i allmennlegeutvalget, et forum hun benytter til dialog og informasjonsutveksling

– Hva må til for å få et smidig samarbeid med fastlegene?

– Det er alltid noen som uttrykker irritasjon over fastlegene, og det er noen dårlige rykter om fastlegene ikke kommer på møter og skal ha penger for alt de gjør. Men da minner jeg dem om at fastlegene er selvstendig næringsdrivende. Hvis jeg er på et kveldsmøte, kan jeg avspasere – men hvis fastlegene har kveldsmøte, får de ikke betalt. Er fastlegen borte fra sin praksis, taper vedkommende inntekter. Skal vi involvere fastlegene i kommunale prosjekter, må vi gi dem godtgjøring eller tellende poeng. Og så tror jeg at vi som er lønnsnettakere oftere må spørre slik fastlegene gjør: «Må jeg være på det møtet? Er det bruk for meg der?» Dette er legitime spørsmål, når vi vet hvor mye tid som forspilles i møter, sier hun.

Hun forteller at Hamar kommune har fastsatt en prosedyre for godtgjøring av fastleger som deltar i kommunale prosjekter og utredningsprosesser. – Jeg hører ofte folk si: «Hvordan skal vi få med fastlegene?». Det spørsmålet virker paradoksalt. Utgangspunkt må være at fastlegene og kommune-

helsetjenesten er likeverdige deler av helsetjenesten. Det bør være en selvfølge at fastlegene er representert i ulike prosjekter. Når honorering skjer etter prosedyre, blir det ryddig for alle parter. Vi får et mer avklart forhold til fastlegene – som på sin side setter pris på at kommunen faktisk forstår hvordan fastlegevirksomhet drives.

Samfunnsmedisinsk vokter

Allerede i ungdomsårene – i Ås i Akershus – var Hege Raastad Basmo opptatt av sammenhengen mellom levekår og folkehelse. På 80-tallet ble derfor Universitetet i Tromsø, med sitt fokus på samfunns- og sosialmedisin, et naturlig studiestedsvalg. Etter turnustjeneste i Bodø og Svolvær jobbet hun som kommunelege i Svolvær i 1993–96. På den tiden begynte hun med spesialistutdanningen i samfunnsmedisin, og tok blant annet kommunelegekurs på Folkehelse i Oslo. Noen år senere fikk hun en stilling i Helsetilsynet. Det var også der hun traff ektemannen Ola Johan Basmo, som nå er pensjonert fylkestannlege.

– For 15–20 år siden var det mange dystre spådommer om samfunnsmedisinens fremtid. Det var få spesialistgodkjenninger og nokså glissent med deltakere på kursene. Etter mange år med dårlig rekruttering, har spesialistutdanningen igjen fått vind i seilene. Hva tror du er hovedårsakene til den nye interessen for faget?

– Norsam* og andre aktører har jobbet i mange år med å synliggjøre faget og tydeliggjøre spesialitetsreglene. Så tror jeg også at samhandlingsreformens søkelys på kvalitet og samarbeid i helsetjenesten har avdekket behov for kunnskap om utviklingsarbeid. Solveig Brekke Skar, som nå er senterleder i KoRus Øst, har treffende kalt dette kunnskap om «ledelse av mellomrom» – det vil si overgangene eller hullene mellom de fragmenterte og spesialiserte helsetjenestene: Når tjenester blir oppdelt og fokuset flyttes over mot kjerneoppgaver, kan det oppstå svikt i overgangene mellom tjenestene. Derfor må vi rette oppmerksomheten mot mellomrommene. Se bare på Hamar kommune: Vi går snart spesialisthelsetjenesten en høy gang når det gjelder fragmentering av tjenester.

– Og her kommer samfunnsmedisinerne inn?

– Ja. Samfunnsmedisinerne skal påpeke og etterspørre aktivitet som sikrer at utvik-

lingen ikke går ut over pasientene og befolkningen. Vår måte å organisere tjenestene på, må ikke bli til hinder for hva pasientene faktiske trenger. Hovedoppdraget for en samfunnsmedisiner er derfor å være vokter av formålsparagrafene for lovene vi forholder oss til. Enkeltbeslutninger må være i tråd med, og ikke gå i motsatt retning av lovgivers hensikt. Når alle blir opptatt av sitt kjerneområde, sin kjernekompetanse og sitt budsjett – det vi kaller silotenkning – ja, så blir det igjen et vakuum eller et ingenmannsland som samfunnsmedisinen må fylle.

– Hva synes du er mest krevende i jobben din?

– Å forholde meg til passivitet og til holdninger i retning av «det kan jeg ikke gjøre noe med, det er ikke mitt ansvar». Jeg prøver alltid å bidra til at folk tar begge jobbene sine på alvor: Det ene er å gjøre jobben; det andre er å gjøre jobben bedre – og også medvirke til at andre blir bedre.

– Hva gleder deg i jobben?

– Å lage systemer som får ting til å virke sammen. Jeg får tilbakemeldinger om at jeg er analytisk og har evnen til å trekke ut essensen av ting. Det er jeg glad for. Så gleder jeg meg over alle spørsmålene jeg får, både fra medarbeidere i min daglige jobb og fra kolleger i veiledningsgruppen som jeg leder. Etter ti år som kommuneoverlege, der jeg ofte har vært alene i rollen, er det bra for meg å bli utfordret og få tilbakemeldinger på min egen profil og mine arbeidsmåter, avslutter Hege Raastad Basmo.

God organisasjonskultur er viktig for å fremme kompetanse og medvirkning, påpeker intervjuobjektet.



* Norsam = Norsk samfunnsmedisinsk forening

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.

Prevensjon til spesielle pasientgrupper

■ MARIT VIDRINGSTAD

Tidligere fastlege, nå lege i spesialisering i fødselsmedisin og kvinnesykdommer, Klinikk Hammerfest, Finnmarksykehuset.

Markedet tilbyr et mangfold av prevensjonsmidler. Foruten forskjeller i prevensjonseffekt, administrasjon, pris etc., er midlene også forskjellige med hensyn til virknings- og bivirkningsprofiler. Dette siste er spesielt viktig for de pasientgruppene hvor der er komorbiditet involvert, eller der framkommer andre faktorer som bør påvirke valg av prevensjonsmiddel. Jeg vil her forsøke å gi en skjematisk oppsummering som kan brukes på fastlegekontoret når man skal gi prevensjonsveiledning til slike 'spesielle pasientgrupper'.

Prevensjonsveiledning kan i seg selv være utfordrende, også når pasienten man skal veilede er en frisk, ung kvinne. Faktorer som arveditet, livssituasjon og 'compliance' skal tas hensyn til. Nye studier publiseres, nye preparater kommer på markedet. Ytterligere komplisert blir det når kvinnen har kjent sykdom fra tidligere.

Jeg vil i denne teksten ikke omtale pre-

vensjonsmetodene kondom, pessar pluss sæddrepende krem, samt 'naturmetodene' avbrutt samleie og «sikre perioder». Dette fordi disse i varierende grad er relativt usikre metoder, som også brukes i stadig mindre grad av kvinnene. Det betyr ikke at metodene ikke kan vurderes for de kvinnene som ikke kan eller vil benytte seg av annen form for prevensjon. Kondom er fremdeles

Hos kvinner som ikke ønsker graviditet, men utviser dårlig compliance bør hormonspiral vurderes.



den eneste prevensjonsmetoden som beskytter mot seksuelt overførbare sykdommer, og bør uansett anbefales som et supplement til annen prevensjon til de som ikke er i faste forhold.

Vi starter med et kortfattet, punktvis sammendrag av de mest benyttede prevensjonsmetoder vi har i dag:

● **P-PILLER** (Loette, Microgynon, Oralcon, Marvelon, Mercilon, Yasmin, Yasminelle, Yaz, Zoely, Synfase, Qlaira): Ofte kalt kombinasjonspiller. Inneholder progesteron/gestagen + østrogen. Østrogenet er alltid etinyløstradiol, gestagenet varierer (progestagener – også kalt gestagener – er hormoner med virkning lik progesteron, det eneste naturlige progestagenet). For enkelthets skyld benyttes 'gestagen' videre i denne teksten. Hemmer ovulasjon og endrer cervixsekretet og endometriet slik at graviditet ikke fasiliteres. Pearl Index* er 0,2-3. Av fordeler med p-pillen nevnes at blødningene ofte blir mindre, menstremmer ofte mindre plagsomme, menstruasjonen kan utsettes med kontinuerlig bruk (se eget avsnitt), antiandrogenholdig p-pille (cyproteronacetat, i p-pillen Diane) kan være særlig nyttig ved akne, hirsutisme, PCO (men obs; noe høyere risiko for VTE (venøs tromboembolisme) med denne pillen). P-piller beskytter muligens mot ovarial- og endometrie-cancer. Potensielle bivirkninger/

* Pearl Index – svangerskap pr. 100 kvinneår – beregnes som regel ut fra bruk i kontrollerte studier med veldefinerte populasjoner. Den er derfor ikke direkte overførbart til den virkelige verden, hvor brukerne har langt større variasjon i demografiske og kulturelle forhold som kan påvirke bruken av en prevensjonsmetode).



P-pillar hemmer ovulasjon og endrer cervixsekretet. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

risikomomenter er sporblødninger, kvalme, hodepine, humørsvingninger, nedsatt libido, økt risiko for VTE, hjerte-/karsykdom, muligens også en liten økning av risiko for brystkreft.

● **P-RING** (NuvaRing): Inneholder gestagen + østrogen. Hemmer ovulasjon. Pearl Index er 0,2–3. Den er like effektiv som p-pillar, har noe færre bivirkninger. Kan gi endret vaginal utflod, ubehag. Sitter inne i tre uker, deretter en uke uten. Kan underveis tas ut inntil tre timer uten at det går ut over sikkerheten. Gir økt risiko for VTE.

● **P-PLASTER** (Evra): Inneholder gestagen + østrogen. Hemmer ovulasjon, endrer cervixsekretet og endometriet. Pearl index er 0,2–3. Gir regelmessige og små blødninger. Kan gi lokal reaksjon i huden. Økt risiko for VTE og hjerte-/karsykdom.

● **MINIPILLER** (Cerazette, Concludag): Inneholder gestagen. Hemmer ovulasjon, endrer cervixsekretet. Pearl Index er 0,3–4. Gir ikke økt risiko for VTE. Kan brukes ved amming. Må tas til 'fast tid' på døgnet. Vanlige bivirkninger er uregelmessige blødninger, kvalme, hodepine, humørsvingninger.

● **P-SPRØYTE** (Depo-Provera): Inneholder gestagen. Hemmer ovulasjon. Endringer i cervixsekretet og endometriet slik at graviditet ikke fasiliteres. Pearl Index er 0,3. Menstruasjonen bortfaller ofte etter hvert så lenge metoden brukes. Gir ofte sporblødninger. Andre potensielle bivirkninger er hodepine, humørsvingninger, kvalme, oppblåsthet. Det kan ta inntil åtte til ti

måneder før graviditet kan oppnås etter at bruken er avsluttet. NB. Kan påvirke ben tettheten. Bør av den grunn ikke være førstevalg for ungdom. Av samme grunn bør nytte/risiko vurderes for kvinner i alle aldre ved vedvarende bruk over to år.

● **P-STAV** (Nexplanon): Inneholder gestagen. Hemmer ovulasjon og gir endringer i cervixsekretet. Pearl Index er 0,1. Må implanteres under huden. Kan sitte i tre år. Vanlige bivirkninger er blødningsforstyrrelser, kvalme, hodepine, humørsvingninger.

● **HORMONSPIRAL** (Mirena, Jaydess): Inneholder gestagen. Påvirker endometriet og fortykker slimhinnen. Ovulasjon hemmes hos noen. Pearl Index er 0,16. Kan sitte i inntil fem år (Mirena) eller tre år (Jaydess). Skal kanskje ikke brukes av pasienter som ikke har født (se eget avsnitt). Vanlige bivirkninger er kvalme, oppblåsthet, hodepine. En nylig publisert studie har vist at hormonspiralen Mirena også er sikker og effektiv terapi mot endometriehyperplasi, og således kan tenkes å beskytte mot endometrie cancer (1). Denne spiralsens egenskaper gjør at den er indisert også ved idiopatisk menoragi og som beskyttelse mot endometriehyperplasi ved substitusjonsbehandling med østrogen (HRT), altså ikke bare som prevensjonsmiddel.

● **KOBBERSPIRAL** (Nova T): Virker cytotoxisk på sædcellene, i tillegg irriteres endometriet slik at graviditet ikke fasiliteres. Pearl Index er 0,05–3. Gir ofte større blødninger (hos 50 prosent), hos noen også økte menssmerter. Kan sitte i inntil fem år.

● **KVINNELIG STERILISERING:** Kirurgisk inngrep med avstenging av tubene. Pearl Index 0,1–0,3. Ingen angrerett. Engangsutgift på ca kr 6000 for kvinnen.

Når det gjelder p-pillar og risiko for VTE så er det hovedsakelig østrogenet (etiny-løstradiol) som står for risiko-økningen. Risikoen er likevel lav med alle lavdoserte p-pillar, hvilket inkluderer de aller fleste p-pillar som er på markedet i dag (etiny-løstradiol < 50 mikrogram). Blant disse er det interne forskjeller i VTE-risikoen, avhengig av type progesteron de inneholder. Ut fra dette anbefaler Statens legemiddelverk at kvinner som skal begynne med p-pillar anbefales en av følgende fire p-pillar som førstevalg: Loette, Oralcon, Microgynon eller Synfase.

Med monofasiske p-pillar (konstant hormoninnhold i hver tablett, f.eks. preparatene Yasmin, Microgynon, Marvelon, Loette) kan man velge bort menstruasjon med kontinuerlig bruk uten pillefri/placebo-uke. P-pillen ble for over 50 år siden designet med et hormonfritt intervall for å indusere en bortfallsblødning for å etterlikne en naturlig syklus, noe produsenten mente var avgjørende for akseptabiliteten (2), en såkalt 'kulturell beslutning'. Bortfallsblødningen har ingen kjent biologisk betydning. I en oversiktsartikkel fra 2008 vurderte man mulige bivirkninger ved kontinuerlig p-pillebruk (3). Man fant at gjennombruddsblødning var vanlig, spesielt i starten, men etterhvert oppnår langt de fleste amenoré. Etter seponering av p-pille brukt kontinuerlig i ett år viste en annen



Risikovurdering bør gjøres hos røykere, kvinner over 35 år, diabetikere, pasienter med migrene m.fl.

studie en mediantid for tilbakekomst av menstruasjon på 32 dager, og at 98,9 prosent hadde fått menstruasjonen tilbake innen tre måneder (2). I oversiktsartikkelen er det oppsummert tilstander som kan bedres med kontinuerlig p-pillebruk. Disse er dysmenoré, menstruasjonsrelatert migrene, menstruasjonsrelatert epilepsi, PMS, menoragi, ovarialcyster, endometriose, myomer, PCO, blødningssykdom og underlivssmerter (3). Kontinuerlig p-pillebruk kan altså bedre en lang rekke menstruasjonsrelaterte symptomer, i tillegg til at kvinnen med dette kan velge bort de månedlige blødningene.

Hos kvinner som ikke ønsker graviditet, men utviser dårlig compliance f.eks. ved bruk av p-piller, bør hormonspiral absolutt vurderes. Det hersker fremdeles en del myter omkring spiral. Blant annet at spiral øker risikoen for ektopisk graviditet. Dette medfører ikke riktighet (4). Dersom graviditet inntreffer ved bruk av spiral, er det oftere ektopisk enn om spiral ikke brukes. Det er nylig kommet en ny hormonspiral på markedet, Jaydess. Denne er litt mindre i størrelse, og har smalere innføringshylse enn Mirena. Hormonnivået er lavere, og den kan sitte i inntil tre år. På grunn av det lave hormonnivået er den ikke indisert for annet enn prevensjon, i motsetning til Mirena. Hormonspiral bør kunne anbefales også kvinner som ikke har født (5). En studie har vist at unge kvinner, 'nullipara', som har fått Mirena, i høyere grad ønsker å fortsette med denne prevensjonsmetoden, enn kvinner som bruker annen form for prevensjon. Bruken reduserer blødningsmengden og dysmenoré, samt forhindrer anemi (5).

I det videre omtales noen av de vanligste diagnosene som skal tas hensyn til ved valg av prevensjon:

• **DIABETES MELLITUS:** Bruk av p-piller blant kvinner med diabetes bør begrenses til yngre kvinner under 35 år som ikke røyker, som ellers er friske, og som ikke har tegn til hypertensjon, nefropati, retinopati eller andre vaskulære sykdommer. Om disse kriteriene ikke innfris skal man heller velge gestagen-preparatene p-sprøyte, p-stav, hormonspiral, minipille, evt kobberspiral.

• **EPILEPSI:** Sjekk om medikamentet som pasienten bruker, induserer leverenzymmer. Disse enzymene kan bryte ned legemidler i kroppen og redusere virkningen av disse, deriblant hormonene i enkelte prevensjonsmidler. Dette gjelder virkestoffene karbamazepin, oxcarbazepin, fenobarbital, fenytoin, primidon, og topiramet. Pasienten skal da unngå bruk av p-piller, p-ring, p-plaster og minipiller. P-sprøyte, p-stav, hormonspiral eller kobberspiral anbefales. Dersom pasientens antiepileptika ikke induserer leverenzymmer (gjelder acetazolamid, benzodiazepiner, ethosuximid, gabapentin, levetiracetam, pregabalin, tiagabin, valproate, vigabatrin, zonisamid) kan alle typer prevensjon benyttes. Ved bruk av lamotrigin: NEL anbefaler p-sprøyte, hormonspiral, p-stav eller minipiller.

• **MIGRENE MED AURA:** Disse pasientene skal unngå østrogenholdig prevensjon (p-piller, p-ring, p-plaster). Dette på grunn av økt risiko for hjerneslag blant kvinner som

har migrene med aura. Røyking øker denne risikoen. Rene gestagener foretrekkes: P-sprøyte, p-stav, minipiller, hormonspiral, evt kobberspiral. Risikoen for hjerneslag er ikke økt blant dem med migrene uten aura, slik at disse kan bruke østrogenholdig prevensjon.

• **RØYKING OG ALDER OVER 35 ÅR:** Disse skal unngå østrogenholdige preparater (p-piller, p-ring, p-plaster). Aktuelle preparater er rene gestagener (p-sprøyte, p-stav, hormonspiral, minipiller) eller kobberspiral.

• **DÅRLIG REGULERT HYPERTENSJON** (systolisk >160 og/eller diastolisk >100, med eller uten behandling): Disse skal unngå østrogenholdige preparater (p-piller, p-ring, p-plaster). Aktuelle preparater er rene gestagener (p-sprøyte, p-stav, hormonspiral, minipiller) eller kobberspiral. Risikoen for hjerteinfarkt og hjerneslag hos kvinner som bruker p-piller og som har en velregulert hypertensjon er ikke kjent, men slik behandling er ikke kontraindisert. Førstevalget bør likevel være østrogenfrie preparater.

• **TIDLIGERE TROMBOEMBOLISK EPISODE ELLER TROMBOFILI:** Disse skal unngå østrogenholdige preparater (p-piller, p-ring, p-plaster). Aktuelle preparater er rene gestagener (p-sprøyte, p-stav, hormonspiral, minipiller) eller kobberspiral.

• **LEDDGIKT** (pasienter som tar immun-suppressiva): Disse skal unngå p-sprøyte. Her mener man at siden p-sprøyten i seg selv virker litt immun-suppressivt, vil man kunne se en addert effekt av dette. Disse pasientene anbefales p-piller, p-stav, p-ring, hormonspiral eller kobberspiral.

• **SLE:** Alle alternativer er aktuelle dersom stabil eller inaktiv sykdom. Ved vaskulær sykdom, nefritt eller antifosfolipid antistoffer bør man unngå østrogenholdige preparater.

• **PASIENTER SOM HAR GJENNOMGÅTT FEDMEKIRURGI:** For de som har gjennomgått restriktiv prosedyre (gastric sleeve eller gastric banding) er der ikke restriksjoner på valg av prevensjon. Har pasienten derimot gjennomgått en restriktiv- og malabsorbsjonsprosedyre (gastric bypass eller duodenal switch) skal man unngå peroral prevensjon, altså p-piller og minipiller. Alle andre metoder kan brukes.

• **ENDOMETRIOSE:** P-piller, p-plaster eller p-ring er førstevalg. Man bør velge monofa-

siske p-piller med konstant innhold av østrogen og gestagen. Behandlingen hemmer eggløsning og induserer amenoré, og lindrer smerte.

● **KVINNER SOM AMMER:** Anbefales hormonspiral, minipiller eller kobberspiral. Skal ikke bruke østrogenholdige preparater. Kan også benytte LAM (laktasjonsamenoré-metoden). Denne forutsetter at 6-6-6-regelen oppfylles: Fullamning med ammeintervall ikke > seks timer. Ingen uterinblødning etter seks uker. Barnet yngre enn seks måneder. Om kriteriene oppfylles, har metoden en Pearl Index under 2.

● **UTVIKLINGSHEMMEDE:** Ved psykisk utviklingshemming må man må vurdere pasientens evne til å følge opp bruken av preparatet. Langtidsvirkende metoder er trolig å foretrekke (spiral/p-sprøyte/ p-stav/sterilisering). Obs annen komorbiditet også her, f eks økt tromboserisiko hos pasienter som er mindre mobile. Her vil man kanskje unngå østrogenpreparater. Brukervennlighet i form av bivirkninger må vurderes og følges nøye opp.

Lov om sterilisering sier at sterilisering

må behandles i steriliseringnemnd dersom pasienten er alvorlig sinnslidende, psykisk utviklingshemmet eller er psykisk svekket. Pasienten kan i slike tilfeller ikke selv begjære sterilisering. Det skjer bare 20-30 slike steriliseringer årlig i Norge. Frivillighet er et bærende prinsipp. Verge kan fremsette søknad.

● **TIL SIST LITT OM NØDPREVENSJON/ANGREPILLE:** Dette er egentlig minipiller, men med et noe høyere hormoninnhold enn de vanlige minipillene. Norlevo eller Postinor (reseptfrie) må tas innen 72 timer (tre døgn) etter samleie, mens Ellaone (reseptbelagt) har effekt inntil 120 timer (fem døgn) etter samleie. Felles for dem alle er at jo tidligere de tas, dess bedre virkning. En regner med at metoden mer enn halverer sjansen for å bli gravid. Det er nylig avdekket at effekten av angrepillen Norlevo minsker hos overvektige kvinner. I en foreløpig melding fra Statens Legemiddelverk i november 2013 informeres det om at effekten allerede ved 75 kilo er redusert, og ved 80 kilo har den null effekt. Ellaone har noe

bedre effekt enn Norlevo og kan altså brukes inntil fem dager etter ubeskyttet samleie, men også effekten av Ellaone reduseres ved overvekt. Meldingen sier ikke noe om Postinor.

Og med dette ønskes lykke til med prevensjonsveiledning, for kvinner både med og uten komorbiditet!

KILDER

Der ikke annet er oppgitt, er teksten basert på informasjon tilgjengelig i Norsk Elektronisk Legehåndbok, Veileder i generell gynekologi fra Norsk Gynekologisk Forening, Felleskatalogen, RELIS og Statens legemiddelverk.

REFERANSER

1. Ørbo A, Vereide AB, Arnes M, Pettersen I, Straume B. Levonorgestrel-impregnated intrauterine device as treatment for endometrial hyperplasia. BJOG 2013 nov 28.
2. Davis AR, Kroll R, Soltes B et al. Occurrence of menses or pregnancy after cessation of a continuous oral contraceptive. Fertil Steril 2008; 89: 1059–63.
3. Wright KP, Johnson JV. Evaluation of extended and continuous use oral contraceptives. Ther Clin Risk Manag 2008; 4: 905–11.
4. Xiong et al. Contraception 1995.
5. Suhonen S et al., Contraception 69; 2004.

■ MARIT.VIDRINGSTAD@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

Interkommunal organisering av legevakt – hva er erfaringene?

■ TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Stadig flere kommuner, spesielt i distriktsstrøk, etablerer interkommunale legevaktordninger. Utviklingen kan sies å være i tråd med forslaget til nasjonal handlingsplan for legevakt – men hva er fordelene og hva er ulempene?

Forslaget til nasjonal handlingsplan for legevakt tar til orde for at landet bør organiseres i 60–80 legevakt-distrikter med mellom 30 000 og 100 000 innbyggere innen et rimelig areal, for å tilfredsstille moderne krav til medisinsk og organisatorisk kvalitet (1).

Det mest brukte pro-argumentet for interkommunal legevakt er nettopp at at slike ordninger gjør det lettere for kommunene å innfri sine legevaktforpliktelser: Vaktbelastningen for deltakende fastleger reduseres. Man får en mer profesjonell or-

ganisering av legevakt-tjenesten. Bedre tilgang til utstyr og hjelpepersonell i mottak sikrer pasientene god og forsvarlig behandling. Større enheter kan dessuten bidra til bedre samhandling med andre nødetater og til god medisinsk oppfølging av kommunale akutsenger.

Selv om handlingsplanen legger opp til at et legevakt-distrikt kan inneholde flere legevaktstasjoner og bakvaktordninger, vil en interkommunal reform medføre at legeressurer flyttes fra randkommuner til vertskommuner – og befolkningen i randkommunen får lengre reisevei til legevaktmottak. Her ligger det viktigste kontra-argumentet mot interkommunale ordninger, ettersom lang reisevei kan innebære et dårligere akutttilbud for mange pasientgrupper. Dette perspektivet er behørig drøftet av Raknes & Hunskaar i *Utposten* nr 6/2013 (2).

Diskusjonen om legevaktorganisering omfatter ulike og interessante dimensjoner knyttet til kvalitet, forvarlighet og pe-

kruttering. Med dette som utgangspunkt, ønsker *Utposten* å se nærmere på interkommunal legevaktorganisering. Hvilke erfaringer har man gjort seg i større legevakt-distrikter? Vet vi noe om hvordan randkommunene kommer ut, sammenliknet med vertskommunene? Hvordan fungerer vaktordningene for legene? I de to følgende artiklene deler legevaktstjefene Aslak Hovda Lien og Jørn Kippersund noen av sine erfaringer med interkommunal legevakt. De tar opp forhold knyttet til tjenestens kvalitet og tilgjengelighet, pasientsikkerhet, pasienttilfredshet samt legenes tilfredshet og arbeidsforhold.

REFERANSER

1. 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.
2. Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. *Utposten* 2013; nr. 6: 6–9.

Gode legevaktstjenester krever kontinuerlig jobbing med prosedyrer, bemanning, kompetanse og beredskap. FOTO: ASLAK HOVDA LIEN



Finnsnes interkommunale legevakt – erfaringer etter ti år

■ ASLAK HOVDA LIEN • Kommuneoverlege, DMS Finnsnes

Finnsnes interkommunale legevakt dekker et av Norges vakreste legevakt-distrikter, med kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Sørreisa og Dyrøy i Midt-Troms. Finnsnes er regionsenter og legevakta har et befolkningsgrunnlag på 20 000.

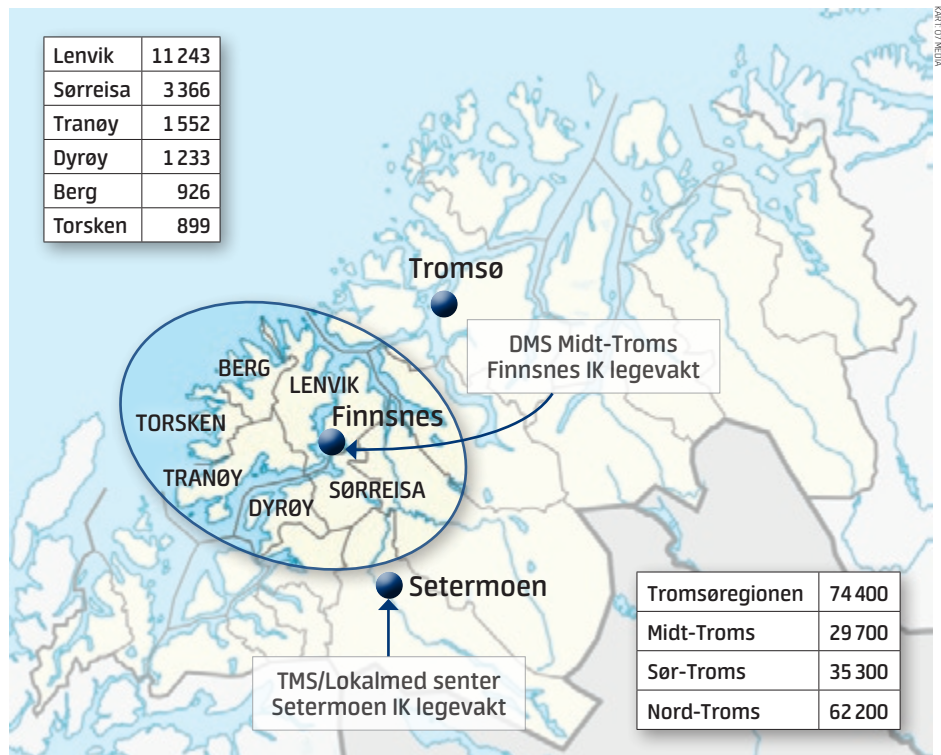
Legevakt-distriktet har en fortetning av befolkningen rundt Finnsnes, med ca. 1 times utrykningstid til ytterkantene i legevakt-distriktet i alle retninger, avhengig av vær og føreforhold. Nærmeste sykehus er UNN Tromsø som er 16 mil unna. Geografiske forhold gjør at de seks kommunene utgjør et naturlig legevakt-distrikt. De fire Senjakkommunene Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik har en felles legetjeneste, Senjalegen, som driftes av Lenvik kommune. Lenvik kommune er også vertskommune for legevaktsamarbeidet, som ble innledet i 2004.

Kjernefunksjoner

Legene går pr. i dag i 21-delt tilstedevakt og vi er i ferd med å innføre en bakvaktsordning som skal dekke hele uka. Legevakta er betjent av sykepleier hele døgnet. På grunn av avstand til sykehus har vi et utvidet tilbud for diagnostisering og stabilisering av pasienter, mellom annet med røntgen (CT etableres i inneværende år, uklart hvilken rolle CT vil ha i akuttmedisin), akutt-analyser (blodgass, d-dimer, troponin) og behandling (herunder trombolyse, antibiotika for empirisk sepsisbehandling, CPAP).

Sykepleierne utgjør en svært viktig del av tjenesten og sørger for at etablerte behandlingsprosedyrer og rutiner implementeres og etterfølges. Halvparten av sykepleierne har videreutdanning i akuttmedisin. Legevakta har eget opplæringsprogram for både sykepleiere og leger. Dette må gjennomføres før vaktoppstart. I tillegg er det krav om årlig resertifisering av legene mellom annet på avansert hjerte-lunge-redning.

Legevakta har ansvar for drift og koordinering av 15 førstehjelper-grupper lokali-



Oversikt over legevakt-distriktet.

sert i de delene av vaksdistriktet med lengst avstand til ambulans og legevakt-mottak.

Tall og statistikk

Legevakta har døgnkontinuerlig drift. De aller fleste som henvender seg, tas inn til legevakt for vurdering. I 2013 ble det gjennomført ca. 15 000 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner, 23 000 telefonkonsultasjoner og 660 hjemmebesøk. Året før registrerte vi 773 lege- og ambulansalarmer. Legene er i stor grad med ut, sammen med ambulans, når dette vurderes som nødvendig (for eksempel trafikkulykker, høyenergitraume, brystmerter). I 2012 ble det bedt om helikopterstøtte 174 ganger, hvorav 29 tilfeller ikke lot seg gjennomføre (helikopter opptatt/utflydd på tid, eller dårlig vær).

Bedre organisert legevakt

En felles interkommunal legevakt medfører en sentralisering av pasientene med

økt press på ambulansetjenesten, siden pasientene transporteres fra hjemkommune til legevaktmottak. Samtidig gir dette en bedre organisert legevaktstjeneste med større krav til og oppfølging av den tjenesten som ytes, noe som gir pasientene en kvalitativt bedre og mer stabil tjeneste enn når kommunene drev legevaktene hver for seg.

I vårt distrikt har flere av kommunene hatt rekrutteringsvansker – og de tidligere kommunale legevaktene har vært betjent av korttidsvikarer av varierende kvalitet. Dagens organisering gir etter min vurdering en klar kvalitativ gevinst som langt på vei kompenseres for den økte reiseveien.

Reisevei og bruk av legevakt

Legevakta ser at forbruket er størst blant de av innbyggerne med kortest vei, mens de med lengre vei i større grad avventer mindre alvorlige tilstander. Samtidig er det lite mishagsyttringer fra «yttersida-folket», noe som dels skyldes at de er vant til

avstander og dels skyldes at legevakta gir en mer stabil og forutsigbar tjeneste enn det de tidligere er vant til.

Legeressurser og tjenestekvalitet

Rekrutteringsmessig ser vi at det å kunne tilby leger en godt organisert legevakt i trygge rammer virker rekrutteringsfremmende og stabiliserende. Faglig fellesskap og trygghet veier i lengden mer enn kun økonomi. I tillegg er det faglig spennende, fordi befolkningen er stor nok til å gi et bredt og variert tilfang av akuttmedisinske utfordringer, mens avstanden til sykehus gjør at man faktisk må beherske og utføre akuttmedisinske så vel som mer allmennmedisinske ferdigheter.

Interkommunal legevakt egner seg godt som arena for kvalitetsarbeid innenfor

kommunehelsetjenesten. Vi dekker som eneste legeressurs 130 av ukas 168 timer, og kvalitetsarbeid og prosedyrer knyttet til legevakt kan med fordel implementeres innenfor de øvrige delene av kommunenes helsetjeneste. Vi har mellom annet hatt egne prosjekter rundt akutt syke eldre på legevakt, med fokus på gode pasientopplysninger registrert i hjemmetjeneste og sykehjem samt rutiner for elektronisk kommunikasjon mellom fastleger, hjemmesykepleie, sykehjem og legevakt. Bakgrunn for dette er en erkjennelse av at akutt syke eldre representerer en særlig utfordring for legevakta – både pga. antall og pga. at bakgrunnsopplysninger er essensielle for å gi korrekte vurderinger, mellom annet siden sykdomsbildet oftere er preget av funksjonssvikt enn av organspesifikke symptomer.

Hovedutfordringen i å skape en god legevaktstjeneste er de diffuse kravene som ligger i dagens akuttforskrift. Gode legevaktstjenester krever kontinuerlig jobbing med prosedyrer, bemanning, kompetanse og beredskap. Dette koster penger. Når krav til utstyr og kompetanse formuleres diffust, er det vanskelig å nå inn med argumenter for økte budsjetter. Når vi likevel har en god legevakt, er det fordi kommunene har vært villige til å bruke penger på dette – til tross for at akuttforskriften åpner for minimumsvarianter der faglig forsvarlighet ikke eksemplifiseres og tydeliggjøres. Som legevaktssjef imøteser jeg gjerne økte krav til de tjenestene vi skal tilby befolkningen. Legevakt er og skal være en viktig tjeneste som befolkningen skal føle tillit til. Da kreves det tydeligere krav og tilførte ressurser.

■ ASLAK.HOVDA.LIEN@LENVIK.KOMMUNE.NO

Fra Kvænan med vestsida av Senja i bakgrunnen. FOTO: OLAF BERGER, SENJALEGEN



Interkommunal natt- legevakt på Søre Sunnmøre – erfaringer etter fem år

■ JØRN KIPPERSUND • Nattlegevaktssjef

Den interkommunale nattlegevakta i Volda ble til som en direkte konsekvens av at Eiksundsambandet ble åpnet våren 2008.

NATTEGEVAKTA VED SJUKEHUSET I VOLDA

- Etablert i 2009.
- Åpningstid: kl. 22.00–08.00 alle dager.
- Deltagende kommuner: Ørsta, Volda, Ulstein, Hareid, Herøy (fra 2013), Sande (fra 2013).
- Samlet innbyggertall: 44 000. Samlet landareal: 1689 km²
- Leger i vakt: 35. Andel vakter som tas av fastleger: 98,3 prosent.
- Organisering: Volda kommune er vertskommune. Det er inngått samarbeidsavtale med lokalt helseforetak.
- Lokalisering: ved akuttmottaket på Volda sjukehus. Sykepleiere i mottak fungerer også som hjelpepersonell ved nattlegevakta.
- Ledelse: Nattlegevaktssjef er faglig og administrativ leder i 20 prosent-stilling. Nattlegevaktssjef deltar i ordinær nattevaktturnus.
- Ordningen har et *samarbeidsorgan* med representanter fra alle kommunene samt helseforetaket som skal uttale seg om budsjett og generell drift. Ordningen har også et *fagråd* som håndterer avvik og jobber med kvalitetsspørsmål.



Eiksundsambandet er et tunnellsamband (verdens dypeste for ordinær trafikk) som knytter sammen Ørsta/Volda-halvøya med øykommunene på Ytre Søre Sunnmøre. Ordningen ble tatt godt imot av legene. I Hareid kommune ble det gjennomført en underskriftsaksjon med høy oppslutning i befolkningen mot innføringen av ordningen, uten at dette ble tatt til følge. Etter innføringen er det ingen som målbærer krav om at ordningen skal avvikles, i alle fall ikke på et nivå som er synlig i avisspaltene eller andre offentlige fora.

Det er en svært liten andel av befolkningen i regionen som bor lengre enn én times reiseavstand fra nattlegevakta. Flere av disse hadde like lang avstand til legevakt med den gamle ordningen. Reiseavstanden er derfor et anliggende som i liten grad er på dagsorden i den fortløpende diskusjonen rundt nattlegevakta.

Utrykning og sykebesøk på natt

Det er primært ønskelig å få pasientene til undersøkelse ved nattlegevakta. Det er likevel ikke slik at legen ikke kan rykke ut. Samarbeidet med sykehuset gjør at legevakten er betjent av to sykepleiere som jobber i mottaket ved sykehuset. Disse kan vurdere pasienter som kommer inn mens legen er ute, observere, og i medisinske hastetilfeller henvise pasienten til direkte

vurdering ved sykehuset, uten å gå veien om legevakten.

Vi har hatt et særlig fokus på at sykebesøk bør prioriteres til pasienter som bor på sykehjem, og i situasjoner der et legetilsyn kanskje kan avverge en sykehusinnleggelse.

Hvordan sikre at vaktene tas av fastleger?

Undertegnede har vært legevaktssjef siden legevakten åpnet i 2009 og har gått i ordinær vaktordning på lik linje med de øvrige legene. Jeg har lagt noen påstander til grunn for organiseringen:

- Det bør være et mål at legevaktene tas av fastleger i kommunene. De kjenner distriktet best, og man risikerer i mindre grad kommunikasjonsvansker. Samlet sett gir det økt pasientsikkerhet og pasienttilfredshet.
- Fastlegenes oppslutning om nattlegevakten øker hvis vaktene fordeles jevnt og rettferdig.
- Risikoen for utvikling av vaktvegtring reduseres hvis man unngår lange vaktfrie perioder.
- Et godt vaktfordelingssystem avhenger også av gode tekniske verktøy som sikrer pålitelig og versjonssikker formidling av vaktlistene, både av hensyn til internt samarbeid i legekollegiet, og av hensyn til hjelpepersonellet.

De vaktansvarlige i hver kommune har gitt sin tilslutning til disse påstandene.

Poengsystem gir rettferdighet

Med så mange som 35 leger i systemet, blir det fort komplisert når man skal sette opp vaktlista. Å kjøre navnelista om igjen og om igjen sikrer ikke jevn fordeling av helgedager og hverdager. Løsningen har vært et uhyre enkelt poengregnskap der man får poeng for hver vakt man tar. Det føres så i praksis tre separate regnskap: ett for hverdager, ett for helg og ett for høytider.

I høytidsregnskapet gir julaften, nyttårs-aften og 16. mai dobbel poengskår. Nye deltagere får godskrevet en poengsaldo tilsvarende gjennomsnittet av legene i systemet. Ved sykmelding eller mors-/farspermisjon, får man også godskrevet poeng tilsvarende den perioden man er borte.

Tar man en vakant vakt, får man godskrevet poeng for denne. For mange gir dette ekstra motivasjon. «Tar jeg denne vakten nå, får jeg en vakt mindre til høsten.»

Vaktregnskapet er transparent og tilgjengelig online til en hver tid. Legene kan dermed når som helst sjekke at oppføringerne der stemmer.

Vakt gitt til eksterne vikarer gir tap av vaktpoeng

Et av de kontroversielle punktene i organiseringen er at man mister vaktpoenget sitt dersom man gir bort vakten til ekstern vikar. Dette betyr ikke at det er forbudt å sette bort vakter til eksterne, men om man gjør det må man altså ta igjen denne vakten senere for å få fylt opp igjen poengsaldoen sin. Konsekvensen er at om vi tar inn en ekstern vaktlege, så blir det litt færre vakter på hele korpset, ikke bare på den ene som verver inn en vikar. Som ekstern vaktlege regnes også korttidsvikarer som f.eks. jobber intensivt i to uker i en av deltagerkommunene. Vi kan benytte disse på nattlegevakt, men i praksis skjer det så og si aldri.

Ved vakt i gjennomsnitt hver 35. natt og fri «utsetting» av vaktene, ville en som var ivrig etter å verve inn eksterne vikarer kunne sikre seg lange vaktfrie perioder. Med poengsystemet er slik «verving» svært lite attraktivt, og skjer i praksis ikke. Dermed sikrer man at de som er med i vaktssystemet har vakter med en viss minimums-hyppighet.

Når jeg forteller om dette til kolleger utenfor vårt distrikt, rister de på hodet og drar sammenligninger med regimer kjent for totalitær ideologi. Fra vaktkollegiet er det imidlertid *ingen* som klager på denne

måten å gjøre det på. Tvert imot får jeg flere positive tilbakemeldinger. Jeg kjenner også til flere konkrete eksempler på at en av våre (få) eksterne vikarer har hatt ønske om å ta ekstravakter, men rett og slett ikke får mulighet til det da de faste legene ikke ser seg tjent med å miste vaktpoenget og dermed måtte ta igjen vakta senere.

Poengsystemet handler egentlig ikke om å holde eksterne vikarer ute. Disse er ofte erfarne og dyktige. Det handler først og fremst om å holde fastlegene *inne* i systemet, for å sikre kontinuitet og å motvirke vaktvegring.

Bakvakt for turnuslege gir vaktpoeng

Turnuslegene får ta vakter, men må ha bakvakt tilgjengelig på telefon. Bakvakten får vaktpoenget. Dette oppfattes som let-tjente vaktpoeng, noe som er tilsiktet. Det skal lønne seg for en kommune å ta inn en turnuslege.

Interne bytter er valgfrie når det gjelder fordeling vaktpoeng

Ved interne bytter mellom de faste legene som er i vaktkorpset avgjør de selv hva de gjør med vaktpoenget. Dette gir enkelte (husbyggere?) muligheten til å jobbe ekstra uten å få overfylt poengsaldo (som vil holde dem ute av vaktssystemet en stund). Denne muligheten de faste har til å ta ekstra vakter blir benyttet svært lite.

Lokalt ansvar for vikar ved sykdom

Vaktkollegiet består i utgangspunktet av fire vakt-distrikt. Disse vakt-distriktene er fortsatt operative på dag- og kveldstid. Etter drøftinger er det bestemt at ansvaret for å fremskaffe vikar ved akutt fravær, ligger som et kollegialt ansvar i det enkelte vakt-distrikt. Noen vil innvende at det er urimelig, da det aktuelle vakt-distrikt allerede er rammet av fravær. På den annen side sikrer dette en tydelig ansvars plassering, og det bedrer kommunikasjonen rundt vikarskaffelsen. Vi har også erfart at eksterne vikarer på ingen måte er lettere å mobilisere på kort varsel enn de faste. Ansvars plasseringen innebærer at man lettere får kommunisert ut forhåndsvarsel om mulig vikarbehov. «Jeg føler meg ikke helt bra. Hvis jeg ikke er bedre i løpet av morradagen kan jeg nok ikke ta nattevakt på lørdag.»

Listeføringen

Listen med vaktoversikten ligger i en skjermet nettbasert løsning. Alle må lære seg

å bruke denne løsningen. Som nattlegevaktssjef nekter jeg å sende ut lister pr. e-post. Dette innebærer at vi har en sikker gullstandard for hvem som har vakt til en hver tid. Om folk bytter vakter er byttet ikke gyldig før det er ført opp i den nettbaserte vaktlista.

I løpet av fem år har det hendt fire ganger at leger ikke har møtt opp til vakt. I tre av disse tilfellene dukket de opp raskt etter at de ble etterlyst over telefon.

Hvordan har dette gått?

Nattevakten feirer snart 5-års jubileum. Ved oppstarten fikk alle de som allerede hadde fått innvilget vaktfritak i sine respektive kommuner videreført dette fritaket uten spørsmål. Nye søknader om fritak behandles i vertskommunen, altså Volda. Det er i løpet av femårs perioden innkommet fire søknader om varig fritak, tre av disse er fra leger over 55 år. To er innvilget, en er innvilget for en viss tidsperiode og en er fortsatt til behandling. I tillegg har det vært noen lengre midlertidige fravær knyttet til sykdom og sosiale forhold.

Jeg drister meg til å påstå at tallet på søknader om vaktfritak ligger lavt til å være en så stor legevaktordning. Jeg drister meg videre til å påstå at en så høy andel av vaktene tas av fastleger har bidratt til at nattlegevakten bare har fått et minimum antall klager. Måten klager blir håndtert på – med grundig gjennomgang og tilbakemelding til klager – virker trolig også positivt.

I løpet av de fem årene legevakten har eksistert, har det forekommet to hendelser der nattlegevakten har vært involvert i klagesaker som har vært behandlet hos fylkeslegene. I begge disse klagen har nattlegevakten vært én av flere ledd i en lengre hendelseskjede. Ingen av klagen har ført til merknader fra fylkeslegene mot en enkelt nattlegevaktlege.

Konklusjon

Som leder har målet mitt vært å ha noen enkle, men svært tydelige føringer for hvordan vi organiserer vaktansvaret. Kollegene har tillit til at vaktene fordeles rettferdig, og sier – i alle fall til meg – at de er svært fornøyd med ordningen. De fleste husker fortsatt hvordan det var med «gamlemeldags» nattevakt, og er nå sjeleglade for en ny ordning som både har gitt bedre kvalitet på vakttjenesten og som har sikret gode arbeidsforhold for legen.

Ny turnusordning

– bedring eller forverring?

■ LINN OFTENES LIE

Medisinstudent ved Universitetet i Oslo

Kommunehelsetjenesten bør være med i prosessen rundt turnuslegeansettelse, mener lederen i Norsk forening for allmennmedisin, Marit Hermansen. Hun er bekymret for rekrutteringen av turnusleger til utkantstrøk til tross for at søkertallene i høstens runde var jevnt høye over hele landet.

Det gamle loddtrekningsystemet rundt turnusordningen vaklet de siste årene. Køene var lange og frustrasjonen var stor, både blant legestudentene og sykehusansatte. Ønsket om et nytt system som sikret den nødvendige praktiske opplæringen til studenten, og som samtidig sikret sykehussene gode kandidater og fremtidige gode leger var sterkt. Legestudentene, sykehussene og fagforeningene var delt, ingen så ut til å være helt enig om hvordan den nye ordningen burde organiseres, men til slutt ble det konkludert med at en ny søknadsbasert turnustjeneste skulle innføres.

Søknadsordningen

Høsten 2013 ble den første runden med søknadsbasert turnusordning gjennomført. Administrativt er en del endret i forhold til den gamle ordningen, men faglig sett er den relativt lik. Turnustjeneste er



– Jeg var bekymret før den nye ordningen startet, men jeg håper jo at disse bekymringene blir brakt til skamme, sier leder i Norsk forening for allmennmedisin NFA, Marit Hermansen.

ikke lenger obligatorisk for å få autorisasjon, men regnes nå som første obligatoriske del av en spesialistutdanning. Tjenesten er fremdeles 18 måneder som fordeler seg med 12 måneder i sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten. Læringsmål og faglig veiledning er ikke endret.

Utlysningen av turnusstillinger skjer sentralt gjennom Helsedirektoratets turnusportal. Selve ansettelsesprosessen foregår lokalt i helseforetak og kommuner. Antallet turnusstillinger er det samme. 950 stillinger årlig, fordelt på to runder: en om høsten og en om våren.

For å sikre at alle deler av landet skal få nok søkere har Helsedirektoratet innført to ulike søknadspuljer i hver runde. Områder som definerer seg som rekrutteringsvake lyser ut sine stillinger først, og deretter lyser rekrutteringssterke områder ut sine stillinger. Hvis kandidaten takker ja til en stilling i pulje 1 vil hun/han ikke kunne søke på stillinger eller tilsettes i pulje 2. Det er helseforetakene selv som definerer seg som rekrutteringsvak eller rekrutteringssterk.

Status første søknadsrunde

I høstens søknadsrunde ble det totalt lyst ut 455 stillinger fordelt på 60 annonser fra 21 ulike helseforetak. Av de 455 stillingene var det 96 stillinger i pulje 1 (rekrutteringsvak) og 359 i pulje 2 (rekrutteringssterk). 950 unike søkere leverte inn 19 965 søknader til sammen. Gjennomsnittssøkeren var 28 år og sendte inn 21 søknader. Alle de 455 stillingene ble besatt i første søknadsrunde.

I forkant av den søknadsbaserte turnusordningen var det usikkerhet om hvordan den ville fungere på rekruttering til mer perifere strøk av Norge. Leder for Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Marit Hermansen, er blant dem som har uttrykt bekymring for konsekvensene av den nye ordningen. Ved den gamle trekningsord-

ningen var det tilfeldig hvem som kom til Utkant-Norge. Nå må kandidaten bevisst søke seg dit.

– Jeg var bekymret før den nye ordningen startet. Men jeg håper jo at disse bekymringene blir brakt til skamme. Det er fremdeles for tidlig å si, sier Hermansen, og fortsetter:

– Etter et langt voksent liv i urbane strøk og med en veldig sykehusbasert utdanning er det å velge seg ut i distriktene ofte litt mindre aktuelt for medisinstudenter. I loddtrekningsystemet var det jo tilfeldig hvem som kom ut i mer perifere strøk, og vi rekrutterte noen gode allmennleger via et tilfeldig valg. Men nå vil man jo være ganske bevisst hvor man søker – kanskje vi taper noen på veien?

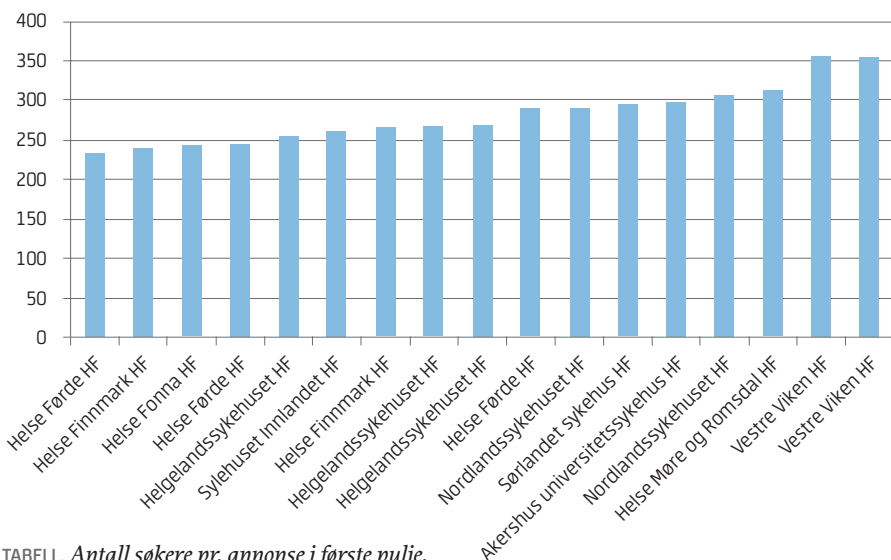
Puljeinndeling etter rekrutteringsvake og -sterke områder er et tiltak som har til hensikt å motvirke eventuell skjevfordeling.

«Etter denne første søknadsrunden ser dette ut til å ha fungert etter intensjonen. Det var ingen stillinger i første pulje som hadde mindre enn 232 søkere, og alle stillingene ble besatt», konkluderer Helsedirektoratet i sin rapport.

I pulje 1 i denne søknadsrunden var det Helse Førde HF som fikk færrest søknader (232 søknader) mens Vestre Viken HF fikk flest med sine 355. Helsedirektoratet har derimot ingen tall hvor mange som avslø tilbud i pulje 1 for deretter å fortsette å søke i pulje 2.

– Det er fremdeles flere søkere enn det er turnusplasser. Folk søker mange steder, og de fleste er fornøyd bare de får et tilbud, sier turnusansvarlig i Nmf, Christine Carlsen.





TABELL. Antall søkere pr. annonse i første pulje.

– Puljedelingen har vært en måte å fordele slik at man sikrer at alle steder får nok søkere. Så er det spørsmål om hvem som vil definere seg som rekrutteringssvake steder. Vi vet ikke om dette fungerer, det har gått så kort tid. Men det er ser ut som et viktig tiltak, sier Marit Hermansen i NFA.

Studentenes egen organisasjon, Norges medisinstudentforening (Nmf), tror ikke rekruttering til utkantstrøk i Norge er et problem.

– Det er fremdeles flere søkere enn det er turnusplasser. Folk søker mange steder, og de fleste er fornøyd bare de får et tilbud, sier turnusansvarlig i Nmf, Christine Carlsen.

Ansettelsesprosessen

Siden den gamle turnusordningen baserte seg på tilfeldig trekning har det vært behov for å skape nye rutiner rundt ansettelsesprosessen til turnusstillingene. Helsedirektoratet har utarbeidet rundskriv og veileder som gir rom for fortolkninger av regelverket. Til sist er det Helseforetaket i samarbeid med kommunen og Fylkesmann som bestemmer hvordan ansettelsen foregår. Stort sett er det sykehusene/helseforetakene som sitter med ansvaret for ansettelsen, og det er forskjellig fra foretak til foretak hvor mye kommunen er involvert. Men det foreligger ingen eksakte data på hvordan det er ordnet.

– Helsedirektoratet er ingen part i det arbeidet som gjøres når det gjelder ansettelse

Helsedirektoratet er ingen part i det arbeidet som gjøres når det gjelder ansettelse av turnusleger, og har heller ingen detaljkunnskap om hvordan dette har fungert, sier prosjektleder Anne Grethe Slåtten.



ser av turnusleger, og har heller ingen detaljkunnskap om hvordan dette har fungert i det enkelte helseforetak, kommune eller fylkesmannsområde, sier prosjektleder Anne Grethe Slåtten til *Utposten*.

Marit Hermansen har spurt litt rundt og hørt hvordan prosessen har vært i de ulike stedene i landet. Erfaringen er veldig varierende, forteller hun.

– Det jeg vet er at det er veldig forskjellig i de ulike kommunene om de har blitt trukket med i søknadsprosessen eller ikke. Jeg vet at noen har vært med, mens andre kommuner priser seg lykkelig og vil helst ikke ha noe med det å gjøre.

NFA-lederen mener det er viktig at representanter for allmenntjenesten og kommunehelsetjenesten deltar i ansettelsesprosessen. Helst bør kommuneoverlegen være med.

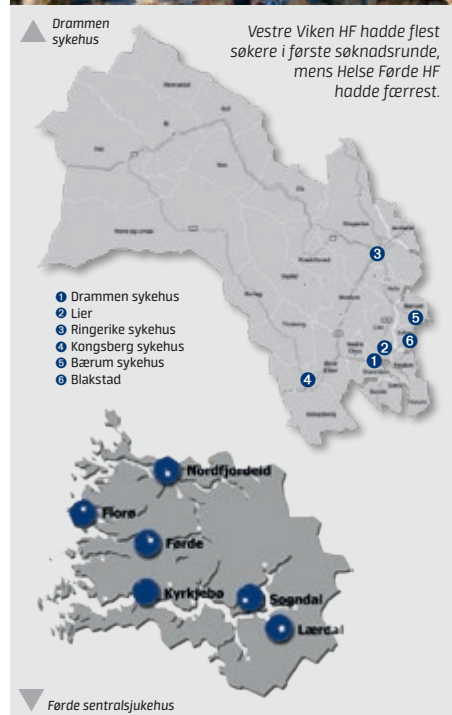
– Det er ulike nivåer å påvirke på. De trenger ikke nødvendigvis være med i alle intervjuene, men de bør være med i prosessen. Det viktigste er at de er delaktige i bestemmelsen av kriteriene. De ulike aktørene vektlegger kanskje forskjellig, og da er det viktig at representanter fra kommunehelsetjenesten kommer med sine synspunkter.

Ha tydelige kriterier

Norsk Medisinstudentforening stiller seg bak Marit Hermansens ønske om mer deltagelse fra kommunehelsetjenesten.

– Vi vil at ansettelsen skal være så ryddige som mulig. Representanter for kommunens allmenntjeneste kan påvirke hvordan kandidatene blir valgt gjennom å påvirke sykehusenes kriterier. Nå har det vært mye fokus på forskningserfaring, og kanskje allmenntjenesten vil ha fokus på noe annet? Vi synes det er fint at kriteriene ved ulike sykehus gjør det mulig å skaffe nødvendig erfaring på flere måter, sier Christine Carlsen.

– Vi allmenntjenestemenn mener også at forskningserfaring er viktig. Men det er



samtidig andre ting som det kan være nyttig å ha med: tilhørighet til området og interessen for arbeidsfeltet for eksempel, sier Hermansen.

Vårens søknadsrunde er ferdig og tilbud om plasser er allerede sendt ut. Tallene fra denne runden blir klar i løpet av våren. Den nye turnusordningen er regulert og bestemt gjennom fem forskrifter. Endringer i ordningen vil kreve forskriftsendringer. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt opp til at ordningen skal evalueres i et fem-års perspektiv. På grunn av stor oppmerksomhet fra blant annet media og studentorganisasjoner vil Helsedirektoratet publisere statusrapportert med tall og fakta i løpet av den første femårsperioden.

KILDER

- <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/ny-turnusordning-for-leger-status-for-forste-soknadsrunde-varen-2013/Sider/default.aspx>
- http://helsedirektoratet.no/helsepersonell/turnusordning-for-leger/Documents/Ny_turnusordning_veiledningsmaterieill_1.pdf

■ LINNOFTENESLIE@GMAIL.COM

Forventningens uutholdelige letthet

Den som skaper forventninger har også et ansvar for at forventningene lar seg innfri

■ OLAV GUNNAR BALLO • Fastlege i Alta

MENS JEG FORTSATT satt på Stortinget opplevde jeg under et nattemøte at en vararepresentant spurte meg: «Hvordan holder dere ut?»

«Holder ut hva for noe?», spurte jeg overrasket tilbake.

Det viste seg at vararepresentanten slet med Stortingets nattemøter, med avstemminger opp mot jul ved tre-tiden på natten etter hektiske kveldsmøter. Statsbudsjettet skulle vedtas før Stortinget tok ferie, og julen lot seg ikke flytte.

Jeg tenkte gjennom Stortingets nattarbeid, opp mot opplevelsene av nattevakter som allmennpraktiserende lege. Fra den dypeste søvn kastet man seg ut i vintermørket i en kald bil etter melding om en hjertestans eller en trafikkulykke med flere hardt skadde, uten tid til annet enn å komme seg raskt av gårde.

Sammenlignet med vaktarbeidet var nattemøtene i Stortinget for en drøm å regne. Hadde man ikke selv saker til behandling i salen, kunne man legge seg og hvile på kontoret i påvente av at det ble ringt inn til votering. Komiteene la gjerne sine juleavslutninger til disse sene kveldstimene, med en juleøl og akevitt til spekemat.

TILBAKE SOM FASTLEGE i Alta, er jeg glad for å slippe valgkampene som fulgte med stortingsvervet, men kan ellers fastslå at legeyrket er mer krevende på alle andre områder, inkludert nattarbeidet, enn arbeidet som stortingsrepresentant.

Arbeidet er så krevende at jeg har begynt å bekymre meg for den framtidige rekrutteringen til yrket. Hvordan skal yngre leger, som også skal finne tid til å stifte familie og få barn, og tilbringe tid sammen med dem, samtidig klare å imøtekomme pasientenes og samfunnets mange forventninger?

I EN FJERNSYNSDEBATT nylig hevdet nestlederen i Kreftforeningen at fastlegene burde ha åpent utover ettermiddagene, slik at pasientene skulle slippe å dra fra arbeid for å bli undersøkt. Bli dette en realitet, skal altså fastlegen være der for pasientene fra tidlig morgen til sen kveld. Arbeidet på Legevakten kommer i tillegg.

Gjennom det siste året har jeg opplevd at flere yngre kolleger takker nei til denne typen forventninger, og velger bort primærhelsetjenesten som en aktuell arbeidsarena. I stedet vil de ha et sosialt liv, slik pasientene deres har det, der det er tid til å dyrke hobbyer, dra på ferie med kjæresten, eller følge opp egne barn på skole og i fritiden.

Når jeg i møte med andre yrkesgrupper forespør om bistand til mine pasienter, støtter jeg på begrensninger. Sykehusene har sine ventelister, det står ikke sykehjemsplasser ledig for den som trenger det, og psykiatriske poliklinikker vurderer henvisne pasienter som for friske til at de behøver deres hjelp. Det er ofte fastlegen som må finne kreative løsninger for pasientene på listen, når andre dører lukkes. For fastlegeforskriften inneholder ikke ordet nei.

OPPLISTINGEN over forskriftsregulerte forventninger er lang. Resepter skal skrives innen to døgn, pasienter skal henvises straks behovet oppstår, telefoner skal besvares samme dag. Hvis fastlegen ikke er tilgjengelig skal en kollega være det, på alle hverdager, hele året. På nettet kan pasientene orientere seg om hvilke av fastlegene som håndterer deres behov slik de helst vil bli behandlet, og velge bort de som ikke innfrir.

De samme legene skal også ivareta samfunnets krav om fornuftig ressursbruk, noe vi i følge et oppslag i *Dagens Medisin* ikke klarer godt nok.

«DU HAR VALGT DET SELV», sa en pasient til meg etter at jeg hadde svart bekrefte på hans spørsmål om at arbeidsdagene var lange. At det var mitt valg hadde han selvsagt rett i. Selvmedlidenhet for en yrkesgruppe som er godt betalt og har utsikt til en trygg arbeidsplass i hele sin yrkesaktive karriere, er lite kledelig. Når det kommer til stykket har jeg det bra i min tilværelse, selv om jeg også kunne tenke meg kortere dager, og å slippe forpliktelser som er så vidtrekkende.

Fortsatt tror jeg at grunntanken om en fastlegeordning er riktig. Den har medført kortere ventetider og sikker tilgang til helsetjenester. Kommunenes forpliktelser om å sikre hele befolkningen en fastlege, har gitt langt bedre dekning av allmennleger i distriktskommuner, enn før ordningen ble innført i 2001.

Det er likevel grunn til bekymring når fastlegeordningen ser ut til å være svaret på





mange av Stortingets helsepolitiske utfordringer og pasientenes misnøye. Tidligere helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen mente at hvert fastlegekontor skulle besvare en pasienthenvendelse innen to minutter, og fikk støtte fra Norsk Pasientforening om at den nye fastlegeforskriften skulle inneholde krav om det.

PASIENTRETTIGHETSLOVEN har bidratt til å styrke rettsvernet og rettighetene for pasientene, mens helsepersonelloven har økt forpliktelsene for helsepersonellet. Flere pasienter og behandlere vil dermed møtes i rettssalen, og ikke bare på kontoret, i årene som kommer. Det er politisk korrekt å hevde at det er bra, for dermed sikres pasientene både en bedre behandling, og en rett til erstatning hvis behandlingen ikke holder mål.

Men et eller annet sted på veien mot det perfekte helsevesen risikerer kravene fast-

leger og annet helsepersonell blir møtt med, å gå for langt. Hvis vi skal klare å rekruttere nye leger til dette arbeidet, må vi også gjøre arbeidslivet levelig, og akseptere at også leger er feilbarlige, og at en arbeidsdag ikke varer evig.

DET ER EN UUTHOLDELIG LETTHET ved forventningene til helsevesenet. En grunn er at de som skaper forventningene sjelden må innfri dem selv. En annen er at det ofte er stor avstand mellom forventningene som skapes, og midlene som settes inn for å oppnå resultatene.

Jeg var selv med på å vedta samhandlingsreformen, i den tro at store ressurser ville bli overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. Men i ettertid virker det som om det bare er forventningene som har blitt overført, mens ressursene har uteblitt.

SPESIALISTHELSETJENESTEN har også sine utfordringer. I følge Regjeringen skal kreftpasienter ha rett til behandling innen to uker, og enhver pasient på en venteliste er en pasient for mye. Sykehusene kritiseres for å bruke for mye midler til administrativt arbeid, samtidig som nye dokumentasjonskrav gjør at de samme sykehusene trenger enda flere administratorer for å imøtekomme kravene.

Stortinget og landets skiftende regjeringer har bestemt at de forventningene de selv skaper, skal innfris av andre. Den som skaper forventninger, har imidlertid et ansvar for at de som skal innfri løftene, har tid, anledning og ressurser til å gjøre det. I motsatt fall vil frustrasjonen over helsevesenets mangler vokse, både i befolkningen og hos helsepersonell som skal innfri politikernes forventninger. Det er ingen tjent med.

■ OGBALLO@GMAIL.COM

Nasjonale retningslinjer i – for mye av det gode?

■ BJARNE AUSTAD

Spesialist i allmennmedisin og jobber ved Sjøsidens Legesenter i Trondheim. Han er også PhD-stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin ved NTNU, og forsker på implementering av retningslinjer i allmennpraksis.

Hensikten med nasjonale retningslinjer er å sørge for bedre helse til enkeltpersoner og befolkningen. Selv om ikke alle retningslinjene er like relevante for allmennpraksis, er det flere tusen sider med retningslinjer og mange hundre anbefalinger å forholde seg til. Kan det bli for mye av det gode?

Diabetes, hjerneslag, svangerskapsomsorg, antibiotika, røykeavvenning og LAR-behandling. Dette er eksempler på temaer det finnes nasjonale faglige retningslinjer for. I Norge finnes det i skrivende stund 60 nasjonale retningslinjer (inkludert noen kortversjoner) (1) samt langt flere nasjonale veiledere. Ifølge Helsedirektoratet inneholder nasjonale retningslinjer «systematisk utviklede faglige anbefalinger som etablerer en nasjonal standard for utredning, behandling og oppfølging av pasientgrupper eller diagnosegrupper» (2). De er ment som et virkemiddel for å bidra til at helse- og omsorgstjenestene: «har god kvalitet, gjør riktige prioriteringer, ikke har uønsket variasjon i tjenestetilbudet, løser samhandlingsutfordringer og tilbyr helhetlige pasientforløp» (2).

Implementering er vanskelig

Det er et langt stykke fra en ferdig retningslinje til en bedring i befolkningens helse. Ingen retningslinje er bedre enn dens anvendelse, og det er derfor viktig for helsedirektoratet at de blir implementert – også blant fastleger. Hva som gir god implementering er et eget fagområde, og det finnes egne tidsskrifter som omhandler implementeringsproblematikk, kunnskapsoverføring med mer (3). Noen av retningslinjene inneholder egne avsnitt om strategier for anvendelse (utsending til fastleger, kurs, media, tilgjengelighet på nett, app osv) og det er laget en egen veileder for ret-

ningslinjer der strategier for implementering er omtalt (4). Å følge nasjonale retningslinjer har blitt forskriftsfestet. I § 16 i Fastlegeforskriften står det at: «Fastlegen skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap og nasjonale faglige retningslinjer» (5).

Likevel viser flere studier at nasjonale retningslinjer følges i liten grad av allmennleger (6–8). Noen mener at det er vanskelig «å endre legenes uvaner» fordi de er «slappe» (9), og antyder at kanskje «harde-re lut» må til for at retningslinjer skal følges. Andre er uenig i dette, og mener at allmennleger derimot kan ha gode grunner til ikke å følge retningslinjer (10).

Hva er egentlig problemet?

For omfattende

Allmennmedisin er et bredt fag. Det er mange retningslinjer som gjelder, og hver av dem inneholder en rekke anbefalinger. KOLS-retningslinjen har 74 anbefalinger (pulsoksymetri, henviser fysioterapeut, kartlegge røykevaner blant minoriteter osv), Rus- og psykiatri-retningslinjen har 93 anbefalinger (individuell plan, pårørende bør kartlegges med tanke på egne hjelpebehov osv), diabetes-retningslinjen har 108 anbefalinger (undersøk føtter årlig, vektreduksjon med 5–10 prosent om overvektig, < 120 minutter foran TV-en daglig osv), og depresjons-retningslinjen har 47 anbefalinger (løpende og aktivt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, spørre om selvmordstanker osv). Selv om ikke alle retningslinjene er like relevante for allmennpraksis, er det likevel flere tusen sider med retningslinjer og mange hundre anbefalinger å forholde seg til.

«Fastlegene skal være kjent med hvilke nasjonale faglige retningslinjer som gjelder» står det i merknadsfeltet til § 16 i Fastlegeforskriften, men hvor mange kan vel med hånden på hjertet si at man er kjent med dette enorme materialet? For når har man egentlig tid til å sette seg ned å lære alt dette? Er dette arbeid som bør gjøres på ellers travle ettermiddager og kvelder, eller skal det settes av pauser i pasientbehandlingen på dagtid for å få tid til å lese den siste retningslinjen som kommer i posten? Kanskje er det mer realistisk at den blir stående i hylla å samle støv helt til neste opp-

datering om samme sykdom kommer? Selv om man faktisk tar seg tid til å lese for eksempel narkolepsi-retningslinjen, er det ikke sikkert man husker hva man skal gjøre om det går åtte måneder før det kommer en pasient som lurer på om han har narkolepsi.

Tilgjengelighet

En travel hverdag på kontoret krever at man finner raskt frem i det man trenger å slå opp i. Om man nå lurer på hvor mye fysisk aktivitet som egentlig var anbefalt for diabetikere, hvordan behandlingen av overvektige barn var, eller når man skal starte opp med Albyl-E, så er det lite fristende å pløye seg gjennom en eller flere retningslinjer på flere hundre sider hver, ei heller kortutgaver på 20–30 sider. Foreløpig ser de fleste nasjonale retningslinjene ut til å være lite egnet til å gi svar mens pasienten sitter på kontoret (kanskje med unntak av kortutgaven til antibiotika-retningslinjen på en side). Nå finnes det heldigvis ulike elektroniske databaser som systematiserer anbefalte behandlinger, blant annet Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL). Her er det langt lettere og raskere å få svar på det man lurer på, og denne brukes av mange allmennleger.

Passer ikke til mine pasienter?

På tross av NEL er implementeringen likevel fortsatt lav. Så dette må handle om noe mer enn tilgjengelighet og kjennskap til retningslinjer. Mange pasienter oppsøker oss for plager, livsproblemer eller bekymring om sykdom. Eksempler kan være svimmelhet, slitenhet, arbeidskonflikter, kreftfrykt, kroppssmerter eller tungpust. Retningslinjene er derimot basert på etablerte sykdommer (KOLS, hjerneslag, bipolare lidelser osv), forebygging for risikanter (hjerte- kar, overvekt, røykere mm) eller valg av utredning/behandling (billeddiagnostikk, antibiotika mm). Svarene som gis i retningslinjene er ofte på andre ting enn spørsmålene som stilles på legekantoret. Å orientere seg i nasjonale retningslinjer for å møte mennesker med sammensatte symptombilder blir derfor vanskelig, om ikke umulig. «Det er fint med retningslinjer, men anbefalingene passer ikke så godt

allmennpraksis

til mine pasienter» er flere leger sitert på i en doktoravhandling (11).

Utvikling av retningslinjene er i stor grad basert på forskning. Det at retningslinjene er utformet som de er kan ha sammenheng med at det forskes mindre på problemstillinger vi møter i allmennpraksis som for eksempel sammensatte plager, multimorbiditet og kroniske muskelsmerter, enn på enkeltsykdommer.

Multimorbiditet og overbehandling

Retningslinjene er stort sett laget for enkelt sykdommer, mens vi i allmennmedisin ofte møter mennesker med flere lidelser, sykdommer og risikofaktorer samtidig (12). En studie basert på 1.75 millioner skotter fant at 23 prosent av befolkningen var multimorbide (13). En kronikk i Dagens Medisin fra 2012 setter fingeren på dette med å trekke frem en 79 år kvinne med «høyt blodtrykk, benskjørhet, slitasjegykt, sukkersyke og KOLS» (14). Å følge retningslinjene for hver av diagnosene vil medføre at hun må bruke «tolv separate medisiner til fem ulike tidspunkter på dagen – og totalt 19 doser pr. dag.»

Skal man følge retningslinjene for hver enkelt lidelse for en person som er multimorbid er sjansen stor for at det fører til polyfarmasi med dertil interaksjoner og bivirkninger. I tillegg kan det medføre ganske kraftig inngripen i en persons liv med alle rådene som skal følges opp. Videre i Dagens Medisin står det: «I tillegg til medisiner skal hun følge fjorten anbefalte daglige aktiviteter; sjekke føtter, sjekke blodsukker og trene ++. Hun må til fastlege fire ganger årlig, til regelmessig oppfølging hos spesialsykepleiere, til øyelege én gang i året – og få årlig vaksinerings.» (14)

Når vi leser dette skjønner vi at det fører galt av sted. Å bruke så mye medisin og følge med på så mye i løpet av en dag er ikke nødvendigvis helsefremmende. Selv om enkeltanbefalinger og medikamentvalg isolert sett kan være både gode og evidensbaserte, er det ikke sikkert summen blir så god. Og det er summen som er realiteten i allmennpraksis. Kanskje er det nettopp her vi nærmer oss problematikken med allmennlegenes motstand mot implementering av retningslinjer. Det kan hende at man i sin streben etter å lage gode pasientforløp og råd for ulike diagnoser havner i en grøft som fører til både sykkelgjøring og overbehandling. Dette vil mange allmennleger ikke være med på – selv om det er forskriftsfestet.

Skjønn og paradoks

Om en kvinne bruker syv medisiner, kan det være at statinet blir seponert selv om en nasjonal retningslinje sier at hun skal ha statiner. Om blodtrykket er for høyt, kan det være at legen velger ikke å gi medikamentell behandling selv om det står i en retningslinje at det skal hun ha. Og selv om det ikke er indisert med radiologisk utredning av enkelte typer smerter, kan det hende det gjøres likevel på grunn av en totalsituasjon der en «unødvendig utredning» er bedre enn alternativet. Denne typen vurderinger er daglig kost for allmennleger. Vi må utøve skjønn, veie retningslinjer opp mot hverandre, forholde oss til pasientens plager, ønsker og behov og ta valg ut fra beste evne.

En studie basert på Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste at hvis de europeiske retningslinjene for hypertensjon virkelig skulle følges, vil den oppgaven alene overskride totalkapasiteten til landets allmennleger (15). Når én retningslinje medfører så mye arbeid blir den også anvendt i mindre grad. Her kommer vi inn på noe som kalles «primærmedisinens paradoks» (16). Det er observasjoner om at allmennleger gir dårligere kvalitet enn organspesialister i behandlingen av spesifikke sykdommer, men denne behandlingen er likevel assosiert med bedre helse og livskvalitet for hele pasienten, samt bedre helse, likhet og lavere kostnader for samfunnet. Dette peker på nødvendigheten av prioritering og klinisk skjønn, selv om det betyr at retningslinjer ikke alltid blir implementert.

Oppsummering og veien videre

Målet om bedre helse i befolkningen er vel de fleste enige om, men er middelet enda flere nasjonale retningslinjer? Selv om retningslinjer kan være svært nyttige når det gjelder enkeltsykdommer og avgrensede problemstillinger, er det et stort tankekor at det også kan medføre polyfarmasi, bivirkninger, overbehandling og sykkelgjøring. Dette utfordrer tankegangen om at retningslinjer skal implementeres for enhver pris, særlig i en befolkning med stor grad av multimorbiditet. Det utfordrer også retningslinjenes rolle fra å være ment som hjelp i klinikken («guidelines») til å bli en slags «lov» for god faglig behandling. En kjent butikkjede har i sine reklamer brukt slagordet «Det enkle er ofte det beste». Kanskje dette er overførbart til allmennmedisin og retningslinjer også?

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonale Retningslinjer: Helsedirektoratet; 2014. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default.aspx?Kategori=Nasjonale+faglige+retningslinjer>.
2. Helsedirektoratet. Bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser – Anbefalinger for primærhelsetjeneste 2014. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/bilediagnostikk-ved-ikke-traumatiske-muskel-og-skjelettlidelser/Publicasjoner/Bilediagnostikkprosent20vedprosent20ikke-traumatiskeprosent20muskel-prosent20ogprosent20skjelettlidelser.pdf> (side 63).
3. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge translation of research findings. *Implement Science*. 2012 May 31; 7 (1): 50.
4. Helsedirektoratet. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer 2012. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Documents/Veilederprosent20forprosent20utviklingprosent20avprosent20kunnskapsbaserte-prosent20retningslinjer.pdf>.
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om fastlegeordning i kommunene, §16 2013. <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842?q=fastlegeforskriften>.
6. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282 (15): 1458–65.
7. Hetlevik I, Holmen J, Kruger O, Kristensen P, Iversen H, Furuseth K. Implementing clinical guidelines in the treatment of diabetes mellitus in general practice. Evaluation of effort, process, and patient outcome related to implementation of a computer-based decision support system. *International journal of technology assessment in health care*. 2000; 16 (1): 210–27.
8. Fretheim A, Havelrud K, Oxman AD. Rational Prescribing in Primary care (RaPP): process evaluation of an intervention to improve prescribing of antihypertensive and cholesterol-lowering drugs. *Implementation science*: IS. 2006; 1: 19.
9. Apollon. Vanskelig å endre legenes uvaner 2007 [cited 2007 5.mars]. <http://www.apollon.uio.no/artikler/2007/leger.html>.
10. Hetlevik I, Getz L, Kirkengen AL. Allmennleger som ikke følger retningslinjer – kan de ha sine grunner? *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2008; 128 (19): 2218–20.
11. Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. *Trondheim: NTNU*; 1999.
12. Guthrie B, Payne K, Alderson P, McMurdo ME, Mercer SW. Adapting clinical guidelines to take account of multimorbidity. *BMJ* 2012; 345: e6341.
13. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012; 380 (9836): 37–43.
14. Fosse A. Retningslinjer til besvær i primærhelsetjenesten: Dagens Medisin; 2012 [cited 2012 28.10.2012]. <http://www.dagensmedisin.no/debatt/retningslinjer-til-besvar-i-primarhelsetjenesten/>.
15. Petursson H, Getz L, Sigurdsson JA, Hetlevik I. Current European guidelines for management of arterial hypertension: are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population. *BMC family practice*. 2009; 10: 70.
16. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Annals of family medicine*. 2009; 7 (4): 293–9.

Fastlegers journalføring – skriver du gode nok notater?

■ MARTE KVITNUM TANGEN

Spesialist i allmennmedisin og fastlege, Tynset legekantor

Jeg har vært fastlege i 15 år og har i de fire siste årene vært fast medlem av Statens helsepersonellnemnd. Antall saker behandlet i nemnda øker betydelig for hvert år. Mange saker omhandler fastlegers virksomhet. I denne artikkelen vil jeg – som fastlege – dele betraktninger vedrørende fastlegers journalføringspraksis.

Gjennom arbeidet i Statens helsepersonellnemnd har jeg fått lese utallige sider med journaler fra fastleger. I de sakene som gjelder medisinsk-faglige vurderinger er det er gjennomgående svært korte notater, ofte uten noen form for refleksjon eller vurdering. Jeg har ikke innsyn i tilsynsmyndighetenes generelle behandling av disse sakene. Jeg antar at det sjeldnere konkluderes med en konkret reaksjon i de sakene hvor det er utfyllende notater og god journalføring. I nemnda behandler vi kun klager på reaksjoner gitt av tilsynsmyndighetene.

I norsk allmennmedisin er det tradisjon for at kun *positive* funn skal dokumenteres. Jeg har lest gamle håndskrevne journaler som er svært ordknappe. I min studietid lærte vi fortsatt at det kun i sykehusjournalene var viktig med en systematisk gjennomgang av alle undersøkelser og funn. Vi fikk et inntrykk av at dette ikke var fullt så viktig – eller riktig – i allmennmedisin. Jeg ser at unge leger og dagens studenter har et bedre forhold til dokumentasjonsbehovet, sammenlignet med det jeg hadde som forsker lege i allmennpraksis.

Helsepersonelloven § 40:

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Helsepersonelloven § 39:

Den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient. Plikten til å føre journal gjelder ikke for samarbeidende helsepersonell som gir hjelp etter instruksjon eller rettledning fra annet helsepersonell.

Det er mange eksempler på saker hvor tilsynsmyndighetene konkluderer med advarsel eller strengere reaksjoner i hovedsak ut fra manglende journalføring. Helse-tilsynet kan gjennomføre en tilfeldig gjennomgang av journalføringen ved å gå gjennom et uttrekk av journaler i en fastlegepraksis. Alle disse sakene har utgangspunkt i klage eller annen tilsynsgjennomgang.

Mangelfull journalføring – hva er det?

Noen ganger kan jeg som lege forstå hva som er blitt utført ut over det som er journalført; det kan være mulig å se at det er foretatt en vurdering ut fra sammenhengen. Dette journalfører vi for dårlig. Jeg har iblant forsøkt å argumentere med at legen må bli hørt på hva hun forklarer i tillegg til det som er journalført. Dette er vanskelig argumentasjon – og en diskusjon jeg stort sett taper. Disse sakene ender ofte med en formulering som «svært mangelfull journalføring», i tillegg til brudd på annen paragraf i helsepersonelloven.

Eksempler på formuleringer i nemndvedtak er:

«uten at annen behandling var vurdert eller gjennomført. Valg av terapi var heller ikke begrunnet i pasientens journal, og hennes journalføring var mangelfull.»

Enkelte ganger er legens journalføring helt klart brudd på journalføringsforskriften. Et konkret eksempel omhandler en legevaktlege som rykket ut på akuttoppdrag. Journalen besto av én setning. Nemnda konkluderte enstemmig i denne saken:

Pasienten er her gitt diagnosen «N99 Hjernelemmelse». Journalnotatet er svært kortfattet, og inneholder ikke opplysninger om pasientens tidligere sykehistorie eller andre opplysninger som viser begrunnelse for klagerens vurdering av pasientens tilstand og valg av behandling. Slike opplysninger skulle etter nemndas syn vært tatt inn i journalen i et tilfelle som det foreliggende, hvor klageren, til tross for tidligere mistanke om alvorlig sykdom, etter en konkret vurdering kom til en annen konklusjon og valgte å avbryte planlagt transport av pasienten med luftambulans. Når de avgjørende opplysningene til grunn for klagerens vurdering og den nærmere begrunnelsen for klagerens avvikende diagnose, ikke ble journalført, er nemnda kommet til at klagerens journalføring ved dette tilfelle ikke var i samsvar med kravene til journalføring i helsepersonelloven §§ 39 og 40. Nemnda viser for øvrig også til at det av merknadene til helsepersonelloven § 40 fremgår at journalopplysninger skal bidra til å dokumentere at man som helsepersonell har handlet i samsvar med kravet til forsvarlig virksomhet.

For jurister og lekfolk er det svært lite rom for tolkning av annet enn det som er gjen- gitt diktert i journalen. Ikke skrevet = ikke utført. Vi trenger en rask praksisendring for vår egen del. Det kommer ingen andre inn for å «redde» oss eller takke oss for effektivt utført arbeid ved å presse inn mange pasienter hver dag. God journalføring og dokumentasjon krever ressurser og er nok et argument i forhold til redusert listepasientantall. I henhold til normaltariffen kan det *ikke* kreves takst for tid til journalføring



Journalen er et viktig arbeidsdokument for legen og en viktig dokumentasjon for den enkelte pasient. Kvaliteten på journalen skal være så god at andre kolleger kan overta din jobb! ILLUSTRASJONSFOTO

etter at pasienten har forlatt kontoret. Vi må derfor ta oss tid til god journalføring, mens pasienten sitter inne på kontoret. Jeg ser at dette vil medføre manglende muligheter til prioritering av hastetilstander. Det finnes allikevel ingen forståelse for omstendigheter som kan medføre manglende journalføring, om du først har fått en tilsynssak. Vi kan ikke kamouflere betydningen av dette ved å utsette oss selv for daglig risiko. Det er svært personlig belastende for de leger som får en tilsynssak.

Min personlige mening er at vi burde kunne dokumentere i etterkant samme dag, der det er mest hensiktsmessig, og selvsagt få betalt for dette. For meg vil det alltid være viktigst å se pasienten – og ikke pc'en – inn i øynene. Vi kjenner alle pasienter som nærmest umuliggjør en god journalføring mens de er inne på kontoret.

Journalutsagn som «pasienten har det bra», «har ingen smerter» eller «stabil vekt, god matlyst» kan synes helt unødvendige i vår allmennt medisinske journal. Dette kan være opplysninger som er nød-

vendige og relevante. Journalen er et viktig arbeidsdokument for oss og en viktig dokumentasjon for pasienten. Den skal sikre at andre kan overta vår jobb. Plutselig uforutsett fravær kan skje. Pasienten kan ønske å bytte fastlege.

«Sperr notater»!

Alle fastleger må lære seg funksjonen *sperr notater* som er tilgjengelige i våre elektroniske journalsystemer. Bruk funksjonen aktivt der du som fastlege kvier deg for å dokumentere noe som du ikke ønsker hjelpepersonell eller andre skal ha innsyn i. Skriv ikke bare «samtale» i notatet. Uansett hvor sensitive opplysninger det dreier seg om, må det journalføres noe om samtalen samt videre plan eller fremdrift. *Notatene kan sperres slik at kun du som fastlege kan se dem, eller slik at kun leger kan se dem.*

Jeg arbeider selv på et lite sted, og mange ganger får jeg opplysninger som jeg vurderer som fortrolig. Andre ansatte på konto-

VEDR. FUNKSJONEN «SPERR NOTATER»

WINMED 2: Under fanen «journaler» velges elementet «sperr dette notatet – to valg; kun synlig for meg eller synlig kun for alle leger».

INFODOC PLENARIO: Først lagres notatet. Gå tilbake til notatet og venstreklikk alternativet «sperr notatet slik at kun synlig for meg eller kun synlig for alle leger» (blålysfunksjon).

SYSTEM X: Her kalles sperring av notat for «tilgangskontroll». Legen kan sperre notatet slik at det blir synlig kun for ham/henne eller for én GRUPPE. Gruppen kan defineres selv, f.eks kun leger eller et utvalg av leger. Det er også mulig å utestenge en bruker fra en spesifikk journal.

WINMED 3: Det er mulig å sperre notater både ved å føre parallelljournal og ved å egendefinere grupper som skal ha tilgang til journalen. En brukergruppe kan inneholde en eller flere brukere. Det kan settes adgangskontroll for brukerne.

FORSKRIFT OM PASIENTJOURNAL (for-2000-12-21-1385)**§ 7. Krav til journalføring**

Pasientjournalen skal fortrinnsvis skrives på norsk. Dansk og svensk kan benyttes i den utstrekning det er forsvarlig. I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk.

Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt.

Nedtegnelsene skal dateres og signeres.

§ 8. Krav til journalens innhold

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

...

d) når og hvordan helsehjelpen er gitt, f.eks. i forbindelse med ordinær konsultasjon, telefonkontakt, sykebesøk eller opphold i helseinstitusjon. Dato for innleggelse og utskrivning.

e) bakgrunn for helsehjelpen, opplysninger om

pasientens sykehistorie og opplysninger om pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, herunder status ved innleggelse og utskrivning.

f) foreløpig diagnose, observasjoner, funn, undersøkelser, diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som settes i verk og resultatet av dette. Plan eller avtale om videre oppfølging.

...

h) Overveielser som har ledet til tiltak som fraviker gjeldende retningslinjer.

ret behøver ikke å ha adgang til alt. Jeg er blitt mer bevisst på dette og velger funksjonen «sperr notat» fremfor ikke å skrive noe. Eksempler er: journal om egne ansatte på kontoret og deres familiemedlemmer, spesielle hendelser i nærmiljøet som blir mye omtalt og nødvendigvis ikke omhandler rent medisinske problemstillinger (slipper å vurdere i etterkant om «sladderlekkasjer» kommer fra journalen) samt konsultasjoner som omhandler svært sensitive opplysninger. Fiktiv journalføring må unngås.

Alt oppslag i journaler loggføres og kan enkelt hentes frem. Pasienten har også rett til å se hvem som har sett i journalen til hvilket tidspunkt. Gjør dette kjent på kontoret for medarbeiderne.

Råd til kolleger

Takstrefusjonsgjennomgang av HELFO er også en grunn til god dokumentasjon. Tolkningen deres av journalen er helt tydelig. Dersom det kreves takst for noe som ikke er dokumentert i journalen er det en uriktig takstbruk.

Mine egne journalnotater er på ingen måte optimale. Lange og krevende konsultasjoner medfører ofte tidsnød – og kanskje journalføres disse vurderingene noe mer lemfeldig? Viktigheten av god dokumentasjon vil selvsagt variere – men ofte har vi selv en god intuisjon for hvilke konsultasjoner som fordrer grundig dokumentasjon.

Arbeidet i nemnda har gjort meg oppmerksom på nettopp dette, og jeg forsøker å forbedre meg. Mine råd til deg som fastlegekollega er velmente, ikke belærende: Ta deg av og til tid til oppsummerende refleksjoner i journalen. Vær nøye med vurderinger omkring forskrivning av B-preparater samt vurderinger omkring varslingsplikt (førerkort, barnevern, psykiatri, pasientskader) og ved vanskelige medisinske problemstillinger. Skriv ned betraktninger og vurderinger. Synliggjør gjerne hvilke alternativer som er vurdert.

■ MARTEKT@FJELLNETT.NO

STATENS HELSEPERSONELLEMND (SHPN)

SHPN er en uavhengig klagenemnd som behandler klager fra helsepersonell over vedtak om administrative reaksjoner truffet av Statens helsetilsyn. Nemnda behandler også klager om avslag på lisens eller autorisasjon truffet av Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) og vedtak om spesialistgodkjenning truffet av Helsedirektoratet.

Nemnda består av tre jurister, tre personer med helsefaglig bakgrunn (i 2014: en sykepleier, en psykolog og en lege) og en legerrepresentant. Nemndas leder er jurist.

Saker behandlet av helsepersonellnemnda er offentlige i anonymisert form. Det kan søkes i et utvalg av vedtak på SHPNs hjemmeside. Noen saker er lagt ut på LOVDATA.

Antall saker behandlet av nemnda er økende. I 2012 behandlet nemnda 156 saker, mens det i 2013 kom inn over 250 saker. Nemnda behandlet 201 saker i 2013. Omgjøringsprosenten er 10–15. De fleste sakene fra Helsetilsynet vedrørende tilbakekalling av autorisasjon eller advarsel omhandler leger. Den som klager har anledning til å møte i nemnda ved behandling av saken.



ILLUSTRASJON: COLUMBRIX

Til våre abonnenter

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

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

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

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

Men alle bilagene kommer dessverre ikke med på bankens nettsted/arkiv. Det betyr at jeg kan «miste» noen betalte abonnementsinnbetalinger. Dette er ikke så bra, for da får jeg heller ikke registrert betalingen, og sender da unødvendig purring til dere.

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

Vennlig hilsen

Tove Rutle
redaksjonssekretær

E-POST: rmrtove@online.no

Kan skolestartundersøkelse hos fastlegen være et alternativ til helseundersøkelse på helsestasjon eller skolen?

■ ASTRID LITLAND

Helsesøster, koordinator for skolehelsetjenesten i Fana bydel Bergen. Msc (master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi) og høgskolelektor ved høgskolen i Bergen

■ MARIANNE CHYBA

Helsesøster, enhetsleder for helsestasjon og skolehelsetjenesten i Fana bydel, Bergen

■ KIRSTEN ROKSTAD

Skoleoverlege i Fana bydel Bergen, dr.med., fastlege i Bergen

Skolelegearbeidet ble endret med fastlegereformen i 2001 da fastlegene fikk et økt ansvar for individrettet forebyggende arbeid (1). Dette medførte at fastlegen ble involvert i skoleelever med særskilt behov for oppfølging.

Med begrensede ressurser fordelt på 25 skoler i Fana bydel, Bergen kommune, ble det besluttet å endre praksis ved å overføre ansvar for helseundersøkelsene utført av skoleleger på skolene til helsestasjonslegene. En skoleoverlege i 20 prosent stilling fikk det medisinske faglige ansvaret for systemarbeidet og var ute på skolene ved behov. Helsesøster har utført sin del av skolestartundersøkelsen på skolen etter at barna har startet i første klasse, slik har sentrale føringer blitt ivarettatt (2, 3, 4).

Man så etter hvert at denne løsningen ikke var optimal ved at helsestasjonslegen ofte ikke hadde møtt familien tidligere, og hadde heller ikke ansvar for å følge barnet eller familien videre. Organiseringen var derfor lite tilfredsstillende både for barnet, foresatte og legen. Dette bidro sannsynligvis også til at andelen skolebarn i Fana bydel som fikk gjennomført skolestartundersøkelse hos lege var så lav som 57 prosent i 2009, langt unna målsetningen i

Bergen kommune som var satt til 90 prosent (5).

På bakgrunn av dette ble prosjektet «skolestartundersøkelse hos fastlege» igangsatt. Prosjektet hadde som målsetning å øke andelen skolestartundersøkelser hos lege, gjennomføre skolestartundersøkelse hos fastlegen i tillegg til undersøkelse hos helsesøster, samt å bedre samhandling mellom disse. Denne artikkelen omhandler organisering, resultater og evaluering av prosjektet.

Materiale og metode

Alle fastlegene i Fana bydel i Bergen kommune ble invitert til aktivt å delta i planlegging av dette prosjektet, som ble støttet av kommunenes sentrale og lokale samarbeidsutvalg.

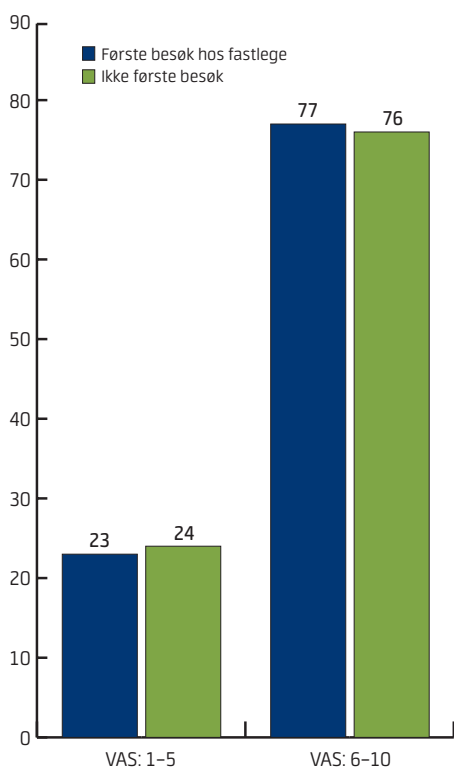
Ved oppstart av skoleåret høsten 2010 ble skolestartundersøkelsen for 600 elever overført til fastlegenes kontor fra helsesøs-

ter. Foreldre av førsteklassebarna ble informert om prosjektet ved skolestartundersøkelse hos helsesøster på skolen. De ble i utgangspunktet tilbudt legekonsultasjon hos fastlegen, og de foreldrene som ikke ønsket dette fikk tilbud om tilsvarende undersøkelse hos skoleoverlegen. På grunn av atskilte journalsystemer i skolehelsetjenesten og hos fastlegen, fikk foreldrene med seg papirkopi av helseprofil-journal med en veiledning til fastlegen for utfylling. I tillegg fikk fastlegen informasjon om tidligere relevante helseopplysninger og eventuell oppfølging. Foreldrene bestilte selv time hos fastlegen. Alle elevene i bydelen ble kartlagt ved hjelp av standard kartleggingsverktøy i kommunen for helseprofil som en del av den elektroniske journalen for å ivareta kommunens ansvar i forhold til helseovervåking, kvalitetsforbedring og forskning.

Fastlegene returnerte utfylt skjema til helsesøster som registrerte dette i barnets elektronisk journal på samme måte som

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX





FIGUR 1. Foreldrevurdering (VAS-skala) av nytten av at skolestartundersøkelsen ble gjennomført hos fastlegen fordelt etter om dette var første besøk hos fastlegen eller ikke.

alle andre førsteklasingene i Bergen kommune.

Det ble utarbeidet evalueringsskjema til foreldre, alle deltakende helsesøstre og fastleger. Skjemaene ble sendt anonymt med en purring til foresatte og fastleger, administrert av merkantilt personale ved helsestasjonen. Evalueringen fra helsesøstre var ikke anonyme.

Evalueringsskjema fra foreldre, helsesøstre og fastleger i Fana bydel ble innhentet for skoleåret 2010/2011. Da om lag 30 prosent av skolebarna hadde fastleger utenfor bydelen ble alle fastleger forespurt i en oppfølgende kartlegging det påfølgende skoleåret 2011/2012.

Evalueringsskjema

Evalueringsskjemaet til foreldre kartla om skolestartundersøkelsen var første møte med fastlegen, om en helst ønsket undersøkelsen hos fastlege, helsestasjonslege eller annet. I tillegg ble foreldrene spurt om nyttevurdering ved at undersøkelsen ble gjennomført av barnets fastlege.

Evalueringsskjemaet til helsesøstre kartla hva som var mest tidkrevende i den praktiske utførelsen av prosjektet og om prosjektet lettet eventuelt videre samarbeid med fastlegen.

Evalueringsskjemaet til fastleger registrerte antall utførte undersøkelser. I tillegg ble fastlegen bedt om å vurdere nytten av førsteklasseundersøkelse på fastlegekontoret og hva foreldrene mente om dette. Fastlegene ble også spurt om prosjektet lettet videre samarbeid med helsesøster.

Databearbeidelse

Dataregistrering og bearbeidelse av deskriptiv statistikk ble gjort ved bruk av SPSS.

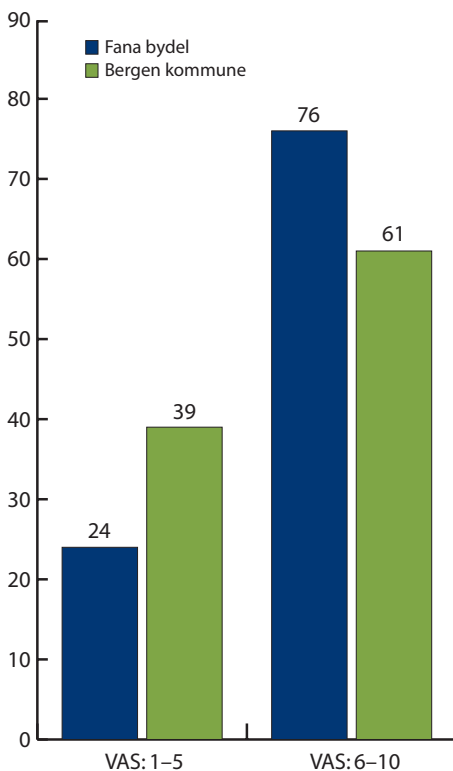
Resultater

Andel gjennomførte skolestartundersøkelse økte fra 57 prosent i skoleåret 2009/2010 før gjennomføring av prosjektet, til 84 prosent første prosjektår 2010/2011, og 70 prosent for året etter 2011/2012.

Evalueringsskjema fra foreldre

Av 600 elever i første klasse som hadde vært hos helsesøster i skoleåret 2010/2011, fikk 594 tilbud om skolestartundersøkelse hos fastlegen. Foreldrene til seks elever ønsket ikke denne undersøkelsen. To av disse hadde foreldre som selv var leger og fire hadde jevnlig kontakt med spesialisthelsetjenesten. Av de 594 evalueringsskjemaer som ble sendt ut, ble 525 (88 prosent) retur-

FIGUR 2. Fastlegenes nyttevurdering av at skolestartundersøkelsen ble gjennomført hos fastlegen, fordelt på Fana bydel og hele Bergen kommune.



nert. Av disse hadde 84 prosent vært hos fastlegen tidligere. Legeundersøkelse hos fastlegen var primærønsket hos 66 prosent, mens 28 prosent valgte undersøkelsen hos helsestasjonslege og 6 prosent annet.

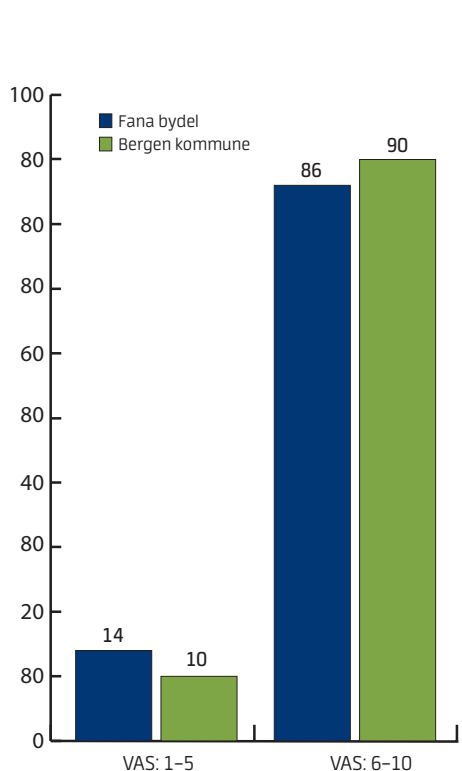
På spørsmålet om hvordan foreldrene vurderte undersøkelsen hos barnets fastlege, målt ved VAS-skala fra 1(unyttig) til 10 (meget nyttig), angav 24 prosent en score 1-5 og 76 prosent > 5. Kun 2 prosent av foreldrene vurderte opplevelsen av undersøkelsen til unyttig, mens 17 prosent vurderte undersøkelsen til meget nyttig. Det var ingen forskjell i nytteopplevelsen om dette var første besøk hos fastlegen eller ikke (FIGUR 1).

Blant foreldre som hadde kontakt med fastlege fra tidligere, svarte 70 prosent at de ville velge å få utført skolestartundersøkelsen hos fastlege. Der undersøkelsen var første møte med fastlegen ønsket 53 prosent å få utført skolestartundersøkelsen hos fastlegen

Erfaringer fra helsesøstre

Alle (n=10) helsesøstre på de femten barnekolene i Fana bydel svarte på evalueringsskjemaet. De oppgav at de gjennomsnittlig brukte 22 (10-30) minutter ekstra

FIGUR 3. Fastlegevurdering av foreldres reaksjon på at skolestartundersøkelsen ble utført på fastlegekontoret



tid pr. elev på prosjektrelatert papirarbeid. Angivelse av mest tidkrevende oppgave varierte, hyppigst oppgitt som innhenting av kontaktinformasjon på fastlegen, administrasjon av skjema eller etterregistrering av papirer mottatt fra fastlegen.

Halvparten av helsesøstrene rapporterte at prosjektet ville lette videre samarbeid med fastlegen. Ingen av helsesøstrene fikk kommentarer fra skolene i forhold til prosjektet. Ekstra papirarbeid ble nevnt som en mulig negativ faktor av åtte helsesøstre.

Erfaringer fra fastleger

Alle (100 prosent) fastlegene i Fana bydel deltok i evalueringen det første prosjektåret (2010/2011). På spørsmål om nytteverdien målt ved VAS-skala 1 (unyttig) til 10 (meget nyttig) angav 24 prosent en score på 1–5 og 76 prosent > 5 (FIGUR 2). Ingen av fastlegene vurderte undersøkelsen som unyttig, mens 30 prosent av fastlegene vurderte undersøkelsen som meget nyttig.

Ved oppfølgingsundersøkelsen i skoleåret etter (2011/2012) var det 82 fastleger i Bergen kommune som hadde elever i første klasse ved skolene i Fana bydel. Av disse returnerte 72 (89 prosent) skjemaene. I nyttevurderingen angav 39 prosent en score på 1–5 og 61 prosent > 5 (FIGUR 2). Kun en av fastlegene vurderte undersøkelsen som unyttig, mens 21 prosent av fastlegene vurderte undersøkelsen som meget nyttig.

På spørsmålet om fastlegens vurdering av hvordan foreldrene reagerte på å komme til dem for denne undersøkelsen (1 = negativt og 10 = positivt), oppgav 10 prosent av legene en score på 1–5 og 90 prosent > 5 (FIGUR 3). Ingen av fastlegene angav negativ respons fra foreldrene, mens 29 prosent av fastlegene vurderte foreldres reaksjon som meget positiv i forhold til at fastlegen gjennomførte undersøkelsen.

Av fastlegene i Fana bydel angav 14 prosent en score på 1–5 og 86 prosent > 5 på vurdering av hvordan foreldrene reagerte på å få denne undersøkelsen utført av dem (FIGUR 3). Ingen av fastlegene angav negativ respons fra foreldrene, mens 30 prosent vurderte foreldres reaksjon som meget positiv.

Diskusjon

Skolestartundersøkelse hos fastlegen økte gjennomføringsfrekvensen av undersøkelsen, og ble gjennomgående positivt mottatt av foreldre, fastleger og helsesøstre. Evalueringen ble gjennomført med bruk av enkle skjema. Spørreskjemaene ble ikke pilottestet før bruk, men bruk av VAS-skala er et godt egnet instrument til å få frem



Skolestartundersøkelser hos fastlegen, administrert av helsesøstre på skolene, økte andelen utførte undersøkelser hos lege. Involvering av fastlegen ble vurdert som nyttig av både foreldre og fastleger.

endring. Responsraten på 82 prosent fra foresatte, 89 prosent fra fastleger og 100 prosent fra helsesøstre var svært god og gir oss gode muligheter for å kunne evaluere undersøkelsen fra ulike ststeder.

En av målsettingene med prosjektet var å øke andelen barn som fikk utført skolestartundersøkelse hos lege. Dette lykkes vi med ved at andelen økte fra 57 prosent i

skoleåret 2009/2010 til 84 prosent første prosjektår 2010/2011, og 70 prosent for året etter 2011/2012. I løpet av første prosjekt år ble foreldre som ikke hadde fått undersøkelsen utført hos fastlege purret en gang. Da denne undersøkelsen ble utført på helsestasjonen, fikk foresatte bare et tilbud om time. Det viser at purring også er medvirkende årsak til at prosentandelen



økte. Foreldrene møtte først til konsultasjon hos helsesøster og fikk med seg papirjournal som skulle fylles ut hos fastlegen. Helsesøster anbefalte konsultasjon hos fastlegen og informerte om hensikten med helseundersøkelsen, dette kan også ha virket inn på oppslutningen om undersøkelsen hos fastlege. Skoleåret 2011/2012 ble prosjektet gjennomført uten at foreldre som ikke hadde møtt hos fastlege ble purret, andelen utførte skolestartundersøkelser var da 70 prosent.

Nyttevurdering (VAS 1–10) av skolestartundersøkelse hos fastlegen ble angitt > 5 (score 6–10) av så mange som 76 prosent av foreldrene og 61 prosent av fastlegene i Bergen kommune inkludert Fana bydel. Fastlegene i Fana hadde score 76 prosent > 5 ved undersøkelsen i 2010/2011. Undersøkelsen i 2011/2012 inkluderte fastlegene i Fana bydel, en kan anta at de også i oppfølgende kartlegging vil være positive. Da undersøkelsene var anonyme var det ikke mulig å skille disse ut fra fastlegene i resten av kommunen. En slik nyttevurdering er ikke tidligere undersøkt, og det er derfor interessant å merke seg at både foreldre og fastleger ser en nytte av at skolestartundersøkelsen blir utført av barnets fastlege. Der var ingen forskjell i nytteopplevelsen fra foreldre om dette var første besøk hos fastlegen eller ikke (FIGUR 1).

Rollene til helsestasjonsleger og skoleleger er gradvis endret. Det er nødvendig å utvikle gode samarbeidsfora og ha skriftlig kommunikasjon. Dette ble godt ivaretatt i aktuelle prosjekt med skriftlig informasjon mellom helsesøstrene på skolene og fastlegene. I følge Helsetilsynet (6) skal kommunene sikre at helsetilbudet til barn reflekterer en helhetlig plan uavhengig av organisering og avlønning. Halvparten av helsesøstrene oppgav lettere kommunikasjon med fastlegene etter at skolestartundersøkelsen var utført av dem. Dette kan tyde på at det å ha et felles utgangspunkt i skriftlig kommunikasjon kan bidra til å gjøre henvendelser enklere.

I evalueringen fra alle fastlegene i Bergen kommune oppgav 19 prosent om lettere kommunikasjonen med helsesøster etter prosjektet, mens denne andelen var betydelig større (39 prosent) hos fastleger i Fana bydel. I Fana bydel har vi i mange år hatt fokus på å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom skolehelsesøstrene og fastlegene, og det er derfor rimelig å tro at dette er medvirkende årsak til denne forskjellen. Fastlegene i Fana bydel har mange av elevene på sine lister, og der er regelmessig kontakt mellom helsesøstrene og fastleger.

For at prosjektet skulle være mulig å gjennomføre slik at disse elevene ble kartlagt i forhold til elektronisk journalsystem med helseprofildata, ble det mer papirarbeid for helsesøstrene ute på skolene. Det ble i gjennomsnitt oppgitt økt tidsbruk på 22 minutter pr. elev i prosjektperioden. Dette vil endre seg når elektronisk kommunikasjonsverktøy mellom skolehelsetjenesten og fastlegene kommer i funksjon.

Helt siden fastlegeordningen trådte i kraft har det vært en diskusjon om fastlegenes deltakelse i det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeidet, særlig knyttet til helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Det har vært diskutert om fastleger ut fra sitt eget kontor kan foreta en helseundersøkelse på skolebarn like godt som de kan gjøre det ute på skolene. Veilederen for helsestasjon og skolehelsetjenesten har som intensjon at tjenesten skal være helhetlig tverrfaglig og lett tilgjengelig (4), det hevdes at dette ikke kan bli oppfylt når legen ikke er tilstede på skolen. Kommunene har ansvar for å tilby helseundersøkelser etter gjeldene retningslinjer og det skal være etablert samarbeidsrutiner med fastlegene (6). I Sør Trøndelag ble det i 2010 ført tilsyn med helsestasjon og skolehelsetjenesten (7). I tilsynsrapporten fremkommer det at i Trondheim kommune var flere av legekonsultasjonene på helsestasjon og i skolehelsetjenesten overført til fastlegene. I vurderingen ble det oppgitt tilfeller av manglende tilbakereportering fra fastlegene, og at det i flere tilfeller var en uklar skolelegefunksjonen. Vi fant ingen mangelfull tilbakereportering fra fastlegene i vår undersøkelse, mest sannsynlig på grunn av at den praktiske delen med papirarbeid var godt tilrettelagt og at legenes honorering var knyttet opp til dette.

I Fana bydel har skoleoverlegen en overordnet funksjon når det gjelder systemovervåking, men er også et aktivt bindeledd mellom skolehelsetjenesten og fastlegene. Gjennom samarbeidsmøter er det enighet om hvilke ansvar de ulike aktørene har.

Slik vi vurderer det kan ikke førsteklasseundersøkelsen som er utført av fastlegene i Fana bydel sammenlignes med forholdene i Trondheim kommune. Basert på erfaringer så langt har vi som målsetning å videreutvikle modellen med skoleoverlegefunksjon i forhold til forebyggende og helsefremmende systemarbeid med enda tettere samarbeid med fastleger i forhold til enkeltelever. I følge folkehelsemeldingen (9) skal fastlegene ha en nøkkelrolle i det individrettede forebyggende arbeidet i kommunen. Kommunehelsetjenesten skal

bestå av en tjeneste som er helhetlig og hensynet til brukerne skal være det sentrale (10). Nyttvurdering fra både fastleger og foreldre er en god indikator på at dette er ivaretatt. Slik vi vurderer det er vår modell også i tråd med samhandlingsreformen og kommunenes ansvar i forhold til forebyggende arbeid og helseovervåking (2, 9, 10, 11).

Konklusjon

Skolestartundersøkelser hos fastlegen, administrert av helsesøstre på skolene, økte andelen utførte undersøkelser hos lege. Involvering av fastlegen ble vurdert som nyttig av både foreldre og fastleger og bedret kommunikasjon og samarbeid mellom helsesøstrene og fastlegene.

Vi mener at legen er en viktig aktør i helsefremmende og forebyggende arbeid i skolen. Men det er viktig å åpne opp for en diskusjon i forhold til om deler av dette arbeidet bør kunne overføres til fastlegekontoret. Samhandling på tvers av tradisjonell organisering der hensynet til brukerne har hovedfokus er i tråd med sentrale føringer.

REFERANSER

1. Helse og omsorgsdepartementet (2000). FOR 2000-04-14 nr 328. Forskrift om fastlegeordningen i kommunen.
2. Helse og omsorgsdepartementet (2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (helse og omsorgsloven). LOV 2011-06-24 nr 30.
3. Helse og omsorgsdepartementet (2003). FOR 2003-04-03-450. Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjon og kommunehelsetjenesten.
4. IS 1154 Veileder. Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i arbeid i helsestasjon og skolehelsetjenesten.
5. Styringskort for Bergen kommune (2011). Saksnr: 201015562-12.
6. Helsetilsynet (2012). «Styre for å styrke». Rapport fra tilsyn med helsestasjonsvirksomheten. Rapport fra helsetilsynet 1/2012.
7. Helsetilsynet i Sør Trøndelag (2011). Rapport fra tilsyn med helsestasjon og skolehelsetjenesten i Trondheim kommune 2010.
8. Helse og omsorgsdepartementet (2012). FOR 2012-08-29-842. Forskrift om fastlegeordningen i kommunen.
9. Helse og omsorgsdepartementet (2010). Meld. St.34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen- God helse-felles ansvar.
10. Helse og omsorgsdepartementet (2010). Meld. St. 16. Nasjonal helse og omsorgsplan 2011–2015.
11. Helse og omsorgsdepartementet (2008). St. meld nr 47. Samhandlingsreformen. Rett behandling på rett sted til rett tid.

■ ASTRID.SYNNOVE.LITLAND@HIB.NO

Vi minner om at Gilbert Welch kommer til PMU 2014 20.-24. oktober



Den amerikanske medisinprofessoren Gilbert Welch blir hovedgjest ved Primærmedisinsk uke i Oslo. Welch er anerkjent for å ha løftet temaet overdiagnostikk opp på dagsorden i den helsepolitiske og medisinsk-faglige debatten internasjonalt.

■ TOM SUNDAR • Leder for hovedkomiteen PMU 2014

Gilbert Welch er professor ved Dartmouth's Geisel School of Medicine i New Hampshire, USA. Hans forskning kretser rundt problemstillinger knyttet til tidlig medisinsk diagnostikk: Leger tester for mye, behandler for ofte og sykeliggjør for mange mennesker. Mye av arbeidet hans er rettet mot overdiagnostikk forbundet med kreftscreening, fremfor alt screening for føflekkreft og kreft i thyroidea, lunge, bryst og prostata.

En skadevirkning av denne formen for sykeliggjøring, er at pasienter føres bak lyset ved at de ikke blir informert i tilstrekkelig grad eller tatt med i problematiske valg om egen helse og behandling:

«Det er for eksempel ingen selvfølge at funn av kreft i prostata skal berettigede kirurgi- eller strålebehandling. Derimot må pasienten vurdere ulemper og fordeler opp mot hverandre, og være en deltakende partner sammen med legen.»

Å skape en ny pedagogisk kultur i helsevesenet, der pasientene informeres og ansvarliggjøres til å bli deltakende medaktører i spørsmål om medisinsk behandling krever

bevisstgjøring og aktiv prioritering blant leger, helsepersonell, beslutningstakere og politikere. Det leder oss til den enkle, men likevel vanskelige konklusjon om at det til sjuende og sist handler om å velge. Disse refleksjonene danner bakgrunnen for at kongressmottoet for PMU 2014 ble:

«Kunsten å velge».

PMU arrangeres i regi av Allmennelegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Kongressens hovedarena blir også denne gang Radisson Blu Scandinavia Hotel, sentralt i Oslo. Mange kliniske emnekurs og dagskurs er planlagt (se rammen til høyre), likeledes et spennende musikk- og kulturprogram. Hovedforelesningen ved dr. Gilbert Welch holdes torsdag 23. oktober.

En oversikt over kursene som tilbys ved PMU 2014 vil være tilgjengelig på www.pmu2014.no. Fullstendig program for hvert enkelt kurs vil bli lagt ut til våren.

UKESKURS

- Grunnkurs A/ EU kurs 1
- Grunnkurs i samfunnsmedisin

EMNEKURS

- Akuttmedisin 20.10.2014
- Endokrinologi
- Exercise is medicine
- Kunnskapsbasert svangerskapsomsorg
- Laboratoriemedisin
- Medisinsk uforklarte helseplager: Hva gjør vi?
- «Meld fra hvor du går» Rusavhengighet med fokus på alkoholproblematikk og b-preparater
- Motiverende intervju
- Pediatri
- Psykiatri i allmenntilleggsmedisin, psykisk lidelse fra plage til katastrofe
- Smertemedisin
- Sykehjemsmedisin
- Ultralyd, kurs 1
- Antibiotika
- Kognitiv terapi – Sjef i eget liv / over egne valg
- Ultralyd, kurs 2
- «Når krisen har toppet seg». Emnekurs i akutt sosialmedisin med legevaktsperspektiv
- Akuttmedisin 23.10.2014
- Et godt legekort blir enda bedre
- Hjerne/kar sykdommer
- Medisinsk akupunktur og korsryggsmerter
- Oppmerksomhetstrening
- Overdiagnostikk og overbehandling? Ressursbruk i helsevesenet
- Praktiske GU-ferdigheter for leger
- Spiseforstyrrelse

DAGSKURS

- Akutte kne- og skulderskader. – Hva gjør vi?
- Finn oppdatert kunnskap på nett
- Førerkort, folkehelse og trafikksikkerhet – legens rolle og ansvar
- Hverdagsetikk på legekantoret
- Infeksjonssykdommer / reisemedisin /
- Legemiddelgjennomgang
- Normaltariffen, regnskap og skatt
- Rettsmedisin- omsorgssvikt hos barn, fysisk og psykisk – diagnostisere mishandling
- Forskningsdagen
- Kommunikasjon for leger og medarbeider
- «Jeg får ikke sove!» – Ny kunnskap om søvnproblemer
- Det moderne legekort
- Sårkurs
- Åpning
- Hovedforelesning

Livsløp

■ INGEBOG SELNES

Kulturleder, Attendo Paulus Sykehjem, Oslo

Ved Paulus sykehjem i Oslo bor 92 ulike og unike mennesker.

Lukker du opp en av korridorenes 92 dører, møter du ofte en gammel kropp, preget av et langt liv og mange sykdommer, kanskje et forvirret ansikt som ikke lenger forstår hvem du er. Innenfor døren finner du også små vitnesbyrd om levd liv.

Et brudebilde, julestjernen fra tantebarnet, som ennå er for pen til å kastes, en duk med sirlig broderi fra tiden på husmorskolen. Du banker på og dukker ned i det som på mange måter er et gigantisk fotoalbum, med en ny side for hver dør.

Kjenner vi egentlig beboeren på rom 322? Var hun til sjøs under krigen, sydde hun hatter for fiffen på fabrikken i Storgaten, eller smugrøkte hun hver sommerkveld bak trærne på St.Hanshaugen?

Alle har sin historie.



FOTO: TOM BERNTSEN/VISUALDAYS.NO



bilder

– innsikt gjennom



Minner i bagasjen

Å se individet og kjenne til bakgrunnen til hver av beboerne på Paulus Sykehjem var utgangspunktet da prosjektgruppen bak fotoutstillingen «Livsløp» skrev prosjektplan i april 2011. Det startet, som det ofte gjør, med en ide: «Vi må henge noe på de grå korridorveggene. Hva med å finne fram gamle bilder, viktige bilder fra beboernes egne album og lar *dem* fortelle om et minne?». Så vokste det: Hva med en fotoutstilling med bilder fra eget liv, som kan bidra til økt verdighetsfølelse og stolthet for beboerne. Vil ikke dette også kunne virke holdningsskapende på de ansatte? Kan vi invitere proffe og kjente fotografer hit, fremme stolthet og positiv oppmerksomhet på et arbeidssted som fremdeles ligger langt nede på rangstigen. Fjernt fra en sykehusavdeling med action og høy status, finner vi mange av samfunnets aller sykeste. I sykehjemmet er kommunikasjon og forståelse vel så viktig som å stille diagnoser. Resultatet av prosjektet kunne man se på Oslo Bymuseum i sommer der 22 beboere og 22 fotografer satte fokus på levd liv og alderdom gjennom bilder.

Å drive sykehjem i dag er komplisert og utfordrende. På den ene siden utføres oppgaver som vanligvis gjøres i sykehus, i tillegg er institusjonen et *hjem*. Når en ny beboer kommer til Paulus flytter han inn med noen få, velvalgte eiendeler til et alt for lite rom; Et bilde på veggen, noen plastsekker med klær og kommoden i teak som en gang hadde hedersplass i stuen, er nå degradert til nattbord. Et lite flyttelass, men med desto mer livserfaring i bagasjen.

Ved innkomst fyller vi ut det vi kaller «Min Historie», et journalverktøy som skal kartlegge interesser, yrkes- og familieliv. For å kunne ivareta interesser og identitet, men også for å legge til rette for kommunikasjon mellom ansatt og beboer, skal personalet også kjenne til beboerens livshistorie. Verktøyet var tilgjengelig og opplysningene lå i vår database, men ble lite



FOTO: PRIVAT

FOTO: PRIVAT

brukt i daglig pleie. Utstillingen ga mange en aha-opplevelse. «Jobbet han som kirurg? Jeg visste ikke at hun jeg steller hver eneste dag var sangerinne på Soria Moria. Jeg ser jo beboeren min i et helt nytt lys!»

Uansett alder, uansett bakgrunn liker vi mennesker å fortelle om oss selv og om hvem vi er. Vi minnes ting vi har opplevd, små og store øyeblikk. Hos noen av oss er minnene langt borte, ofte glemt. Da er det fint med et personale som kan hjelpe med å lete dem fram igjen.

Fotomodellene

Jeg forstår fortsatt ikke særlig mye av begrepene blender og lukkertid, og representerer derfor ikke den fototekniske delen av prosjektet. Som kulturleder er jeg så heldig å få jobbe med mennesker. I løpet av de siste årene har flere av disse menneskene opplevd å bli fotomodeller- og det i deres siste leveår. Som beboer Astrid sa til meg:



CA 1935 • ASTRID KLØR GRISEN. SETRA. ALVDAL



FOTO: AGNETE BRUN (F. 1968) • MAGASINET/DAGBLADET

FOTO: PETER DENCH (F. 1972) • PETERDENCH.COM



2013 • LOLLIPOP. PAULUS SYKEHJEM. ROM 228

Ingrid Andersen

(f. 1916-)

- EKSPEDITRISE WALTER JACOBSEN

«Hjørdis og jeg delte hybel i kjelleren på Nasjonalgalleriet. En dag kom Edvard Munch innom. Han spurte om jeg ville sitte modell. Jeg sa nei. Da sa min mor: Det var riktig å si nei, Ingrid. Selv om det var godt betalt.»



Astrid Barbra Lian

(f. 1921)

- NYHETSMOTTAKER I DAGBLADET
- KORREKTURLESER
- BARNEBOKFORFATTER
- BYDELSSOVERLEGE I GRORUDDALEN

«Det har bestandig vært dyr rundt meg. På småbruket der jeg vokste opp, like ved Rena, hadde vi kyr og griser. Jeg har alltid hatt sansen for griser. Hver sommer leide min far ei seterstue eid av en lokal bonde i Alvdal. Vi tilbrakte ferien vår der og jeg husker spesielt de sinte oksene. Vi måtte passe oss for dem. Det er ikke mange dyr her på Paulus, men jeg har jo malt en del og har flere dyremotiv på veggen. Og grisen på nattbordet da. En rosa gris som grynter når jeg trykker den på magen.»



2013 • KAFETERIAEN. PAULUS SYKEHJEM

FOTO: PRIVAT



Harald William Mørk

(f. 1938-)

• BUD I FABRITIUS FORLAG
OG MORGENBLADET

«Min mor var fra Tromsø og min far fra Vardø. Slekta er egentlig spredt rundt hele landet. De kom ofte på besøk til oss i hovedstaden om sommeren. Vi tok alltid gjestene med til Frognerparken.»



FOTO: JOHAN BRUN (F. 1922)
FOTOGRAF I DAGBLADET FRA 1948

1944 • MED LUA I HÅND. VIGELANDSPARKEN

Reidun Lind (f. 1925-)

• REGNSKAPSFØRER OG SEKRETÆR
RIKSHOSPITALET'S APOTEK

«Min manns bil ble konfiskert under krigen og dermed måtte vi delvis sykle og toge til feriestedet vårt i Kragerø. Myndighetene bestemte at huset på Furuholmen skulle lånes ut til berørte under oppbyggingen av Finnmark. Vi fikk forsegle ett rom vi kunne bruke. Bildet er tatt under en ferietur til Danmark rett etter krigen. De hadde jo litt mer mat i Danmark på den tiden, så vi liker å si at vi dro for å 'fete oss opp' litt. Vi overnattet i telt og på låver og bilen var fullpakket med både piknikbord og stoler.»

FOTO: PRIVAT



1945 • TELTTUR MED BIL.

«Etter å ha levd i 92 år og aldri hatt så mye som et bilde i avisen, skulle jeg altså bli kjendis bare for å ha klippet en gris. Hadde jeg bare visst at det var så enkelt..!

Beboerne har selv, i tett kontakt med pårørende og pleiepersonell valgt ut ett bilde fra eget album. Bildene med forklarende



FOTO: JON TERJE HELLGREN HANSEN
(F. 1971) VISUALDAYS.NO

2013 • ØVREVOLL GALOPPBANE

2013 • VIGELANDSPARKEN

2013 • I 60-TALLSROMMET. PAULUS SYKEHJEM

FOTO: MORTEN BRUN (F. 1954 • MAPPA.NO)

Ingrid Andersen (98) deler muntre historier med fotograf Agnete Brun. FOTO: TORE BERNTSEN



BJARNE OG REIDUN LIND

tekst viser lykkelige øyeblikk og viktige minner, utdrag og små historier som gir oss innblikk i ulike livsløp. Prosjektgruppen forberedte seg på å få se bilder fra de store hendelsene i livet – fra bryllup og konfirmasjon, fra dåpsfest og kalas. Vi fikk ikke inn ett eneste. Det er de små øyeblik-



kene som gjelder; Sommeren på hytta i 52, kjolen mør sydde og som jeg følte meg så fin i, telturen til Danmark da vi var nygifte.

Ved albumbildene vises et portrett av beboerne slik de framstår i dag. Portrettene er alle tatt av ulike fotografer med bakgrunn i

dokumentar-, kunst-, portrett- og pressefoto. Også blant dem er ulike alder og bakgrunn en fellesnevner.

Johan Brun, født 1922, bidrar med et portrett tatt i Vigelandsparken, mens prosjektets yngste fotograf, Anne Valstad Valeur er født i 1990. Disse elementene gir utstillingen en helhet, bokstavelig talt et større bilde – på et langt liv og alderdom.

Yngvar Leonhart Olsen (f. 1920-)

- STALLGUTT
- KUSK
- HESTETRENER
- RØKTER OG FORMANN PÅ NORGES VETRINÆRHØGSKOLE

«Hele mitt liv har jeg jobbet med hest. Jeg startet tidlig som

stallgutt, men etterhvert ble jeg trener og kusk og kjørte mange løp på Bjerke. Jeg deltok også på flere løp i Sverige og Danmark. Jeg jobbet på Vetrinærhøgskolen til jeg ble 70 år.»



Den lukka institusjonen

Vi ønsket oss større og bredere fokus på opplysninger om identitet i pasientjournalen og var i startgropa av Livsløp-utstillingen da VG-fotograf Karin Beate Nøsterud begynte å «henge» på Paulus. Karin jobbet med et større prosjekt med mål om å dokumentere eldre og verdighet, og ønsket å besøke Paulus for å få innblikk i hvordan eldre opplever å bo og avslutte livet på sykehjem i Norge.

Hun tråkket i upløyd mark. Hvorfor drar våre beste fotografer ut, dokumenterer krig og ukjente jungelområder, mens fotodokumentasjon av institusjonsliv i Norge er omtrent ikke-eksisterende? Vi er fortsatt litt redde for pressen, taushetsplikten, den lukka institusjonen. Vi er ofte så redde for å trække over grenser og redde for hvordan pårørende vil reagere at vi ikke engang tør å spørre.

På mange måter er det ikke så rart. 80 prosent av beboerne på Paulus har en demensdiagnose, og hvert beboerrom er et eget hjem der alle har ulike behov. Vi skal innrømme at det er vanskelig å oppfylle alle

CA. 1975 • CANADA.
HERR OG FRU LØNNÅS

FOTO: PRIVAT



2012 • FORAN BILDEVEGGEN. PAULUS SYKEHJEM. ROM 202

Borghild Lønnås

(f. 1919 – d. 2013)

• BARNEPLEIER

«Vi reiste mye. Men vi var aldri i Niagara Falls. Bildet er tatt på et kjøpesenter i Canada. Jeg husker

ikke når, men tror det må ha vært på 70-tallet. Vi lo mye av bildet og våre grimaser.»



FOTO: TORE BERNTSEN

ble rollene snudd om og beboeren kunne lære oss noe.

27 000 besøkende så «Livsløp» ved Oslo bymuseum sommeren 2013. Utstillingen lever videre og skal åpne på Bogstad gård i juni 2014 som en del av deres Grunnlovsmarkering. På Paulus titter vi fortsatt i album og på Bogstad utvider vi med enda flere historier og bilder. I mellomtiden kan du se utstillingen der den egentlig hører hjemme- på Paulus Sykehjem, og som nettutstilling.

Verdighet handler om å bli sett, som den man er og som den man har vært. Nå vet vi at Einar danset vals hver fredagskveld, at Arvid alltid holdt med Vålerenga og at familien bestandig har vært det viktigste for Borghild.

Der det finnes mennesker, finnes også liv.

ønsker og alle krav, men må aldri underverdne åpenheten. Takket være en sykehjemleder som legger vekt på åpne dører og på gjensidig respekt har vi fått lov til å ha Karin Beate og fotografene i Livsløp-prosjektet sammen med oss.

Resultatet

Jeg er overbevist om at fotografene som ble

invitert med i prosjektet gledet seg over å få dykke ned i godteriposen med livshistorier og få lov til å bli kjent med personer som har levd så lenge at de helt sikkert kunne bidratt med tre forsidesaker hver.

Kontrakter er skrevet under, pårørende informert og vi sitter igjen med 22 livshistorier. Beboerne er blitt sett og de har fått fortalt. Noen ble også tatt med til sin gamle arbeidsplass der de var mesterne. Plutselig

Se hele utstillingen med videomateriell på www.livsløp.visualdays.no

■ INGEBORG.SELNES@ATTENDO.NO

VAKe-Videokonferanse

som arbeidsredskap for raskere deling av pasientdata

■ **ODDVAR HAGEN** • Spesialkonsulent, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

■ **STEINAR KONRADSEN** • Fastlege og lege ved Intermediæravdelingen, DMS Midt-Troms

Våre erfaringer med VAKe fram til i dag dekker både enkle og kompliserte situasjoner. VAKe har bidratt i enkle situasjoner til å gi allmennlege en «second opinion» fra spesialist etter at medikamentelt førstevalg ikke virket tilfredsstillende. En kort visuell vurdering fra grenspesialist, en rask titt på vitale data og en samtale mellom de to ender i et forslag til oppfølging som alle parter er fornøyd med. Så enkelt og så lite tidkrevende kan kompetanse deles på videokonferanse.

VAKe (Videobasert Akuttmedisinsk Konferanse) er et klinisk kommunikasjonskonsept. Det ble laget for bruk mellom akuttmedisinske ressursentre, helsesenter og DMS og lokalsykehus. Som navnet sier ble det utarbeidet primært for akutte situasjoner. Konseptet er seinere modifisert og tilpasset, og brukes i dag tilnærmet likt i legevakt og på oljeplattformer. Selve kommunikasjonen av medisinske data er lik i de fleste situasjoner. Videokommunikasjon og PC kan brukes til overføring av de aller fleste typer medisinske data. Derfor er klinisk videokonferanse, eller VAKe-konseptet, en kommunikasjonsmetode som kan brukes til å dele pasientdata mellom ulike deler av helsetjenesten. VAKe er ikke laget for å løse problemer, men for å bedre legers og helsearbeideres forutsetninger for å løse kliniske problemer.

VAKe er et kommunikasjonssystem, hvor den ene enden er optimalisert til å samle data og den andre best egnet til mottak og tolking av data. Hensikten er altså å samle kliniske data via alle tilgjengelige systemer: Video, PC og medisinsk undersø-

kelsesutstyr. Innsamlede data overføres og deles mellom deltakerne. Data fra det sted hvor pasienten befinner seg, for eksempel et undersøkelsesrom, kan sendes til mottaker. Mottaker kan også i prinsippet være hvor som helst, men i første fase av VAKe har dette vært definerte mottaksrom i AMK/akuttmottak og legevakt.

Delbare data er av forskjellige typer: Visuelle/ auditive data ved å se og høre pasienten. I prinsippet kan journaldata deles, selv om det fram til i dag har vært kronglete både teknisk og juridisk. Vi har brukt vitaldatamonitor med tre avlednings EKG, BT, puls, SpO₂, temp som standardinformasjon til deling. Videre kan en i prinsippet dele forskjellige undersøkelsesteknologier som stetoskop, otoskop, ultralyd med flere gjennom videokonferanseutstyret. Etter hvert vil flere PC-baserte undersøkelser kunne deles gjennom kommunikasjon.

VAKe fra begynnelsen

La oss starte forfra. Tidlig på 2000-tallet var videokonferanse (VK) et lovende kommunikasjonsmedium, selv om mange kjente videokonferanse mest som et «sirkus» av tekniske problemer mellom steder i møte eller undervisningssammenhenger. Likevel eksisterte det kliniske tjenester som fungerte teknisk godt innen dermatologi og ØNH allerede fra 80-tallet (1).

Utover fra 2000 ble en del kliniske prosjekter gjennomført med veiledningsfokus. I 2004 ble VAKe født som idé, basert på et veiledningsprosjekt kalt «Gastrokirurgisk veiledning», og et australsk prosjekt som het ViCCu (2). I ViCCu prosjektet ble kliniske data og VK brukt til kommunikasjon mellom intensivavdelingen på et lite sykehus og akuttmedisinske spesialister på et større sykehus. Spesialistene gav veiledning i konkrete akuttsituasjoner. ViCCu var personellmessig og teknisk krevende, og måtte forbedres og tilpasses norske forhold. I Norge hadde helsevesenet opplevd situasjoner

hvor utilstrekkelig kommunikasjon over telefon var direkte årsak til negativt pasientutkomme. VAKe ble så først demonstrert mellom Longyearbyen Sykehus og RiTØ (nå Universitetssykehuset i Nord-Norge, UNN). Gjennom simulerte pasientsituasjoner, ble kvaliteten i kommunikasjonen med VAKe sammenlignet med tradisjonell telefonkommunikasjon. Prosjektet viste at klinisk videokonferanse har potensiale til å kommunisere flere og helt andre data enn samtalekommunikasjonen makter. Gjennom tre VAKe-prosjekter fikk 11 helsesentre og sykehus i Finnmark og Troms deretter satt opp systemet (3, 4).

VAKe har gitt oss to viktige former for lærdom

For det første: Organiseringen av VAKe-prosjektet i Nord-Norge var for dårlig. Skal VAKe fungere som et verktøy må det være to parter som har forpliktelser og ønsker om at det skal fungere. VAKe må ha en klar forankring i helsevesenet, og være et foretrukket arbeidsredskap i helsevesenet. Skal et kommunikasjonssystem fungere, må det fungere smertefritt både teknisk, organisatorisk og faglig. Organisasjonene må ha klare avtaler mellom brukeren. Det må være ansvarlige i alle deler av systemet, og utstyret må ha klare serviceavtaler så det fungerer til enhver tid. Det må alltid være noen som svarer når det er behov for å kommunisere. At noen svarer i andre enden ved behov, er det aller viktigste punktet. Skal det være mulig, må det bygges opp et tillitsforhold gjennom jevnlig bruk og kontrollavtaler. Mye kan gjøres ved helt enkle tiltak som å kontrollere systemet med å trykke på knappen og si «hei» en gang i uka.

Den andre formen for lærdom har kommet gjennom bruk, og er langt mer positiv. VAKe har i forskjellige akuttsituasjoner gitt en annen kommunikasjon og andre løsninger enn det som har vært tradisjonen. Brukerne av klinisk videokonferanse valgte å bruke utstyret til et vidt spekter av

situasjoner og diagnoser. Videokommunikasjon har vist seg å fungere innenfor svært ulike situasjoner og problemstillinger. VAKe har bidratt til å samle inn data fra situasjonen i form av bilder og lyd av de skadde, deres allmenntilstand, skadene, symptomene, reaksjonen på skade/sykdom og reaksjon på undersøkelser. I mange og forskjellige situasjoner er ny kommunikasjon og forståelse skapt, og det viser at videokommunikasjon bidrar til raskere og bedre problemløsning. VAKe som verktøy har bidratt til å gi legen en bedre forutsetning for å gjøre en god jobb, og det optimaliserer teamets arbeid. Videokommunikasjon gir legen bedre forutsetninger for å planlegge og fatte de riktige beslutningene.

Hva betyr bedre og mer kvalitetssikrede data?

Observerte data

VAKe bruker et kamera til datainnsamling. Dette kameraet skal vise hele pasienten, eller detaljer av symptomer, skader eller undersøkelser. Visuelle data anses vanligvis som verdifulle, da de raskt gir oss et inntrykk av generell tilstand hos pasienten. Kravene til de visuelle data er at de er klare og tydelige, og at de viser detaljer og farger riktig. I VAKe er det de som ikke er tilstede hos pasienten som styrer kameraet, og dermed samler de data de ønsker. Dette innebærer minst forstyrrelse av de som jobber fysisk med pasienten, og en optimal orientering av de som er på distanse. En stadfesting av utseende er ikke alltid viktig for en diagnose, men det er nyttige bakgrunnsdata i de fleste sammenhenger. Visuelt kan VAKe gi tilnærmet det samme som en generell undersøkelse.

Innsamlede data i nåtid

Hos kritisk syke pasienter monitorerer vi vitale data. Disse brukes til diagnostikk og observasjon over tid. Vitaldatamonitoren samler BT, puls, SpO₂, temperatur og presenterer resultatene i samtid. Den kan bygges ut med flere parametere om ønskelig. Skjermbildet fra en pasientmonitor kan enkelt sendes som et videobilde, så alle ser dette i samtid. Vitaldata bidrar til å utfylle det generelle bildet av pasientens tilstand og registrerer raskt endringer.

Med VAKe er det i tillegg mulig å gjøre mer spesifikke undersøkelser rettet mot den enkelte pasient i en diagnostisk sammenheng. Dette kan gjøres ved å knytte medisinsk diagnostisk utstyr til datamaskin eller videokonferanseutstyr. Vi har i dag et bredt utvalg medisinsk undersøkel-

sesutstyr som fungerer opp mot en datamaskin, og som kan videresendes og deles mellom to eller flere parter: EKG, stetoskop, dermatoskop, otoskop, oftalmoskop, ultralyd og andre former for billediagnostikk. Alle kliniske data fra undersøkelsene kan deles, og diskuteres konkret mellom de to partene på distanse.

Et aspekt med å bruke videokonferanseutstyr i kombinasjon med diagnostisk utstyr, er at den erfarne/spesialisten kan veilede en mindre erfarne i utførelse av selve undersøkelsen, og se og godkjenne kvaliteten av utførelsen av undersøkelsen i samtid. Tolkning og svar kan gis på direkte.

Oversikt over situasjonen er grunnlag for beslutninger. De data som samles inn vil bidra som bakgrunnsmateriale for legen til å stille en riktig diagnose. VAKe bidrar gjennom teknologi og organisering til tilgangen til mer og bedre kvalitetssikrede data, delt mellom samarbeidspartnere i nåtid. Datamengden, delingen av data, og de to partenes forutsetninger for å diskutere fag ut fra sitt ståsted, er endret sammenlignet med talekommunikasjon. Denne situasjonen har bedre forutsetninger for et godt sluttresultat. VAKe er mest nyttig i komplekse situasjoner, og i perioder av et pasientforløp hvor uklarheten og usikkerheten er størst.

Bruk av VAKe i samhandling mellom primærlege og organspesialist

Dette er viktig lærdom som bør brukes når klinisk kommunikasjon mellom nivåene i norsk helsevesen skal endres, jmfør Samhandlingsmeldinga ((St.meld.nr. 47 (2008-09)). VAKe konseptet kan bidra til å knytte norsk helsevesen sammen ved å øke tilgangen og kvaliteten på de data som deles. Data krever en tolkning for å bli informasjon, og det understreker at det sentrale i alle VAKe-sammenhenger er fagfolkene. Fagfolkene i begge ender er bærebejelken i VAKe-konseptet, og teknologien og organisasjonen må designes for å optimalisere fagfolkens beslutningsgrunnlag. Vår evne til å fatte de riktige beslutningene avhenger av tilgangen til korrekte data. Er data ikke tilgjengelig eller usikre, vil beslutningsgrunnlaget være usikkert. VAKe skal gi raskere og økt tilgang til data, og derved et bedret beslutningsgrunnlag.

Å kvalitetssikre data i en uklar situasjon er essensielt. Å gjøre data tilgjengelig for begge parter i en videokonferanse er en vesentlig del av kvalitetssikringen. To parter presenterer hver sitt faglige tankesett, og får tilbakemelding på sine observasjoner og konklusjoner. Det gir mulighet til å bli

bevisst forskjellige perspektiver, rette misforståelser og feil, og finne en optimal konklusjon. En slik meningsutveksling vil vanligvis være avklarende og kvalitetssikrende, og ende med en konsensus. Der det oppstår ulike synspunkter, er det betryggende å vite at telemedisin ikke rokker ansvarsdelingen i en medisinsk situasjon. Den som har pasienten har behandlingsansvar, den andre part er rådgiver. For alle deltakere gir samhandlingssituasjonen en felles informasjon og forståelse.

Fra den andre siden kvalitetssikres data gjennom direkte iakttagelse og egen tolking av data. Når grenspesialisten iakttar pasient og symptomer gjennom videokonferansen kan han/hun tolke selv, uten å gå via andres tolkning. Å ha sett pasienten kommer organspesialistene til gode dersom pasienten kommer til sykehus. I kampen for et optimalt pasientutkomme er all teknologi som kan bidra til høyere kvalitet i våre behandlingsvedtak, potensielt viktige hjelpemidler.

Klinisk videokonferanse innbyr til samarbeid på distanse. Samarbeidets klareste formål er å optimalisere pasientforløp. Å stille riktig diagnose og iverksette riktig behandling er en del av dette. En optimal logistikk, ressursbruk og transport en annen. VAKe har gjennom å formidle akutte pasienter gjennom sykehusenes AMK sentraler hatt som intensjon å optimalisere både behandling og logistikk. Det nær samarbeidet og tilgjengeliggjøring av data for alle parter har til sammen en hensikt; å fatte riktige beslutninger til det beste for pasienten.

Er VAKe et redskap for allmennlegen?

Allmennleger har vært sentrale i den første bruken og erfaringene med VAKe. Det har som tidligere beskrevet dreid seg om å sammen optimalisere behandling og pasientforløp relatert til konkrete akutsituasjoner. Her jobber nivåene i helsevesenet sammen i virtuelle team. Bruken av medier som bedrer kvaliteten på beslutningsgrunnlaget, og kvalitetssikrer pasientbehandling og logistikk, kan øke kvaliteten på behandlingen av de fleste grupper pasienter. Ikke minst der tidsvinduet er begrenset, og hvor alvorlighetsgrad og hastegrad er høy eller uklar. Mange av legevaktens pasienter kunne vært vurdert på distanse, og kommunal døgnbasert omsorg vil kunne bruke systemet som supplement ved manglende spesialkompetanse tilstede. Dessuten kan VK systemer fungere som støtte og tilgang til manglende kompetanse i 24-7 perspektiv.



Bildet er fra oppstart øvelse på DMS Lenvik. Allmennlege og to sykepleiere jobber med «pasienten» lokalt, og et sammensatt team i UNN AMK er disponibelt for deltakelse og kommunikasjon. Begge parter ser pasientens vitale data i samtid. Dessuten ser de to partene hverandre, og det bildet som går ut fra egen side. Et av læringsmomentene er å være stille når andre jobber og snakke når en blir spurt.

Bruken av videokonferanse i kompetanseutvikling skal vi la ligge. Bare nevne at vi ser muligheter til å lære av hverandre i en samhandlingssituasjon. Samhandlingskompetansen øker sannsynligvis også gjennom samhandling.

Kommunikasjon og tilgang

Sentralisering av kompetanse er vanlig i helsevesenet. Med videokonferansenettverk kan spesialkompetanse i prinsippet gjøres tilgjengelig hvor som helst i et nettverk. Vi kan fra hvilket som helst punkt i et videokonferansenettverk etterspørre en hvilken som helst samarbeidspartner. For de aller fleste betyr det at vi vil bruke en avgrenset del faste samarbeidspartnere, mens andre etterspørres dersom behov skal oppstå.

Den største utfordringen vil sannsynlig-

vis være å bygge opp samhandlingen, og organisere samhandling slik at vi henter inn kompetanse når det tjener pasienten. I dag mangler vi dessuten finansieringssystemer og motivasjon gjennom takster.

Helse-Nord er nå i gang med å bygge opp et kommunikasjonssystem for fem store diagnosegrupper (hjerteinfarkt, hjerneslag, traumer, alvorlige infeksjoner og psykiatri) basert på VAKe. Video-kommunikasjonsteknologien skal ligge i bunnen for å optimalisere tidlig kommunikasjon og intervensjon mellom sykehusene i Helse-Nord.

Dette er et nødvendig første skritt, for i neste runde å tilby videokommunikasjon ut mot kommunene og allmennlegene.

Framtidens medisin er billedbasert og interaktiv, og vi er alle i nettverk.

REFERANSER

1. Nordal EJ, Moseng D, Kvammen B, Løchen ML: «A comparative study of teleconsultations versus face-to-face consultations». J Telemed Telecare. 2001; 7(5): 257-65.
2. Jane Li, m.d., m.s. / Laurence S. Wilson, ph.d. / Rong-Yu Qiao, ph.d. / Terry Percival, ph.d. / Alex Krumm-Heller, b.sc. / Stuart Stapleton, m.d. / and Patrick Cregan, m.d. «Development of a Broadband Telehealth System for Critical Care: Process and Lessons Learned». Telemedicine and e-health Volume 12, Number 5, 2006
3. Bolle SR, Larsen F, Hagen O, Gilbert M «Video conferencing versus telephone calls for team work across hospitals: a qualitative study on simulated emergencies». BMC Emergency Medicine 2009; 9:22 doi:10.1186/1471-227X-9-22.
4. SR Bolle, AH Lien, R Mjaaseth, M Gilbert «Video-basert Akuttmedisinsk konferanse» Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 136-7.

■ ODDVAR.HAGEN@TELEMED.NO
 ■ STEINARKONRADSEN@YAHOO.NO

Jobbing i kriseteam

i en middels stor kommune i Nord-Norge

■ **ASTRID B. HOLM**
Kommuneoverlege, Sortland

DET ER ROMJUL I 2013. Julefreden har senket seg over Sortland, en middels stor bykommune i Vesterålen i Nordland fylke. Jeg slår på tv og ser på nyhetene. Mannen på skjermen viser et bilde fra Sortland sentrum, han forteller om en overfallsvoldtekt av en ung kvinne på Sortland, gjerningsmannen er ikke tatt og politiet jobber hard for å finne den skyldige. Noe slikt har aldri skjedd før i vår by. Det ligger an til mye angst og uro blant befolkningen, og et ungt menneske har opplevd en livskrise. Dette blir en jobb for kommunens kriseteam. Dagen går til noen telefoner, avtaler om møter og videre oppfølging, alt etter planlagte prosedyrer. Vi i kriseteamet føler at vi har kontroll, at vi gjør en bra jobb. Slik har det ikke alltid vært.

SIDEN 1995 HAR JEG JOBBET som fastlege på Sortland, en kommune med 10 000 innbyggere. I januar 2009 ble jeg i tillegg kommuneoverlege i en deltidstilling, da overtok jeg samtidig ansvaret for kriseteamet. Vi var en tilfeldig «gjeng» med folk, en prest, et par psykiske helsearbeidere, en helsesøster og kommuneoverlegen som kaltes kriseteamet. Vi møtte aldri i «fredstid», og hadde heller ingen plan for hvordan vi skulle arbeide som team. Frustrasjonen min over manglende system og struktur på vårt oppdrag, økte i takt med henvendelsene til teamet. Vi ble etterspurt stadig oftere, og jeg følte at vi ikke gjorde noen god jobb. Vi fikk til og med negativ omtale i et avisoppslag etter en hendelse hvor vi be etterspurt. Slik kunne vi bare ikke ha det! Tiden var overmoden for fornying og modernisering av kriseteamet. Etter å ha tryglet og bedt, mast og forklart ovenfor kommuneadministrasjonen, fikk vi endelig i 2011 satt av tid til å jobbe strukturelt med teamet, både organisatorisk og faglig. 22. juli hendelsen i 2011 bidro til mye fokus på kriseberedskap i kommunene, dette hjalp også oss i prosessen med struktur på teamet. Jeg kan i dag med stolthet si at Sortland kommune har et velfungerende kriseteam.

VI VALGTE FØRST Å UTVIDE antall medlemmer og yrkesgrupper. Vi ønsket spesielt helseleder representert, dette gjorde beslutningsprosessene mye enklere. Skolene måtte også være med for å få et best mulig tilbud til barn og unge. I dag er vi til sammen ti medlemmer. Tre fra avdeling psykisk helse, en kreftsykepleier, to prester, en helsesøster, oppvekstsjefen, helse-sjefen og kommuneoverlegen. En sykepleier fra avdeling for psykisk helse er valgt til leder. Hovedtyngden av ansvaret ble dermed flyttet til avdeling for psykisk helse, som etter min mening er det rette stedet. Lederen er den som primært kontaktes av andre etater når våre tjenester ønskes. Det er vanligvis politiet, brannvesen eller legevakten som ringer. Lederen kaller da medlemmene inn til møte dersom hendelsen er av et slikt omfang at teamet trenger å hjelpe til. De som har mulighet til å møte møtes, vi diskuterer hendelsen og det vi har av opplysninger så langt, deretter fordeler arbeidet videre mellom oss. Vi har ikke vakt, men med såpass mange medlemmer er det alltid noen som kan stille ved behov.

MIN ROLLE som kommuneoverlege er å være medisinsk faglig veileder. Jeg koordinerer også kontakten med fastlegene når dette er nødvendig. Etter 18 år som lege i kommunen kjenner jeg mange av innbyggerne, og det er ofte en fordel i krisesituasjoner. Allikevel har jeg vanligvis ikke lenge den første kontakten med krise-rammede, så fremst de ikke står på min fastlegeliste. Det synes jeg er en fordel fordi det kan være vanskelig, etter nær kontakt i en livskrise, å få personer som ikke står på min fastlegeliste, til å skjønne at jeg etter krisen ikke kan fortsette som deres fastlege.

Vi har markedsført teamet med egen link på kommunens hjemmeside. I tillegg har vi informert interkommunal legevakt, brannvesen og politi om hvordan de kan kontakte oss. I løpet av de siste tre årene har vi hatt 10-12 hendelser pr år. Vi har utarbeidet en folder med informasjon og tele-

fonnummer som vi har med ut når vi møter folk i krise. Den gjør det lettere for brukeren å få tak i oss i ettertid. De tre medlemmene fra psykisk helse i kommunen, er sentrale i teamet. Disse tre medlemmene er også de som har de fleste oppfølgings-samtalene med de rammede. Når det er barn involvert er også helsesøstrene og skolen, samt BUP, tette samarbeidspartnere. Det samme gjelder prester, fastleger og VOP. Vi har vi alltid en tre måneders oppfølging av de som har hatt kontakt med oss i kriser. Da ringer den av oss i teamet som har hatt mest kontakt med de rammede og spør hvordan det har gått med dem, om de er fornøyd med den oppfølgingen de har fått og evt fortsatt får. Tilbakemeldingen fra de berørte er at mange setter pris på denne oppfølgingssamtalen.

I «FREDSTID» MØTES TEAMET fem ganger i året. Da legger vi planer og diskuterer hendelser, disse møtene er med på å gjøre oss mere sammensveiset som gruppe. De fleste av oss er ikke til daglig på samme arbeidsplass, så kjennskapet og tryggheten til hverandre, skapes gjennom slike faste møter.

Kriser rammer ofte på tvers av kommunegrensene, og vi har derfor tatt kontakt med de nærmeste nabokommunene og fått til regionale samarbeids møter. Vi har også arrangert kurs for andre kriseteam i Vesterålen.

Slik har vi skapt et kriseteam som er trygg på seg selv, hverandre og jobben vi skal gjøre for befolkningen i vår kommune.

■ ASTRIDBOLM@GMAIL.COM

Høsten 2013 hadde vi lokalavisen på besøk hos kriseteamet, det gav oss verdifull markedsføring og positiv omtale.



10

Toesdag 30. mai 2013

SortlandsAvisa

Når krisea inntreffer, treffes denne gjengen

Ved ulykker, drap eller andre store hendelser, er det denne gjengen som gir den kanskje viktigste hjelpen. Møt kommunens psykososiale kriseteam.

KNUT IVAR AARSTEIN

For første gang presenterer SortlandsAvisa det psykososiale kriseteamet i kommunen. Geir Jensen leder gjengen med lagfolk som går under kortnavnet «kriseteamet».

Teamet omtales gjerne av mediene i forbindelse med de alvorlige enkelthendelsene i samfunnet. 22.juli tragedien vil i overskuelig fremtid være den krisen som man først og fremst tenker på som den nasjonale felles tragedien i moderne tid.

Ingen blålyset

Det er ikke vi i kriseteamet som vises i mediebildet i forbindelse med slike hendelser. Det er den gjengen som det skal være. Samtidig vil vi gjerne bruke anledningen nå i «fredstid» til å forklare hvordan teamet fungerer, forklarer enhetsleder for Helse- og omsorg, Sture Jacobsen.

Vi er ingen blålyset. Det er ikke slik at vi rykker ut til et ulykkessted, eller til et akuttmottak ved en dramatisk hendelse. Det som skjer er at vi kontaktes av polit, ambulanse, brannvesen - eller av rådmannen, slik at jeg kan vurdere å innkalle kriseteamet, forklarer leder av teamet Geir Jensen.

Koordinerer krisearbeidet
Jensen er utdannet sykepleier og samtaletersapeut, med arbeidssted på avdeling for psykisk helse. I teamet sitter ellers ulike enhetsledere, helsearbeidere og prestere.

Det var tidligere kommunoverlege Arne Vassbotn som sammen med prest Øyvind Ingvaldsen og dagens leder Geir Jensen som på slutten av 90-tallet etablerte det som gjennom årene har vokst frem til å bli dagens kriseteam. Nåværende kommunoverlege Astrid B. Holm er veldig glad for utviklingen.

Tidligere gikk mange av krisetelefonene til meg, både natt og dag. Og i tillegg jobbet vi i krisesituasjoner mer på siden av hverandre enn sammen. Kvaliteten på arbeidet som kriseteamet gjør er steget betraktelig de senere årene, fastslår Holm.

Nasjonale definisjoner

Hviske vurderinger er det som tilhører som kriseteamet skal kalles inn, eller om det ikke skal?

Sortland kommunes kriseteam.



Sortland kommunes kriseteam.

Det ble gitt ut en nasjonal veileder om dette i 2011. Det har gitt oss noen felles definisjoner, som ikke fantes tidligere. Det betyd at krisearbeidet i kommunene før 2011 er et etter, forklarer Sture Jacobsen.

I den nasjonale veilederen oppgis eksempelvis naturkatastrofer, store ulykker, transportfall - som ved 22.julitragedien - kalle inn kriseteamet.

Saker som håndteres av lagfolk i kommunen, uten at kriseteamet aktiveres er eksempelvis ved plutselig spedbarnsdød, ved alvorlige sykdommer og diagnoser, akuts psykiatriske sykdom, og ved rusmisbruk.

Rask innkalling

Folk flest vet kanskje ikke hva de kan forvente av kriseteamet. Når jeg får en henvendelse som er så alvorlig at jeg må kalle sammen kriseteamet, så skjer det så fort som mulig på dagtid. Kommer henvendelsen på natt, så møtes vi tidlig neste morgen. Politiet er blitt en viktig samarbeidspartner for oss, og deltar gjerne i dette møtet. Situasjoner analyseres. Det gir oss mulighet til å ta beslutningene om hvem

som skal gjøre hva. Vi foretar oss ansvar og gjøremål. Slik får vi utnyttet ressursene maksimalt, og det gir veldig gode muligheter for godt samarbeid på tvers av faggruppene, forklarer Geir Jensen.

Forventninger til teamet

For å understreke: Vi er aldri på skadested eller akuttmottak. Det er viktig at folk i gata ikke får feil forventninger til oss. Vårt viktigste bidrag er å sørge for å få oversikt, og passe på at det arbeidet som skal gjøres i forhold til folk i krise blir gjort.

Det kan eksempelvis skje at folk fra ulike etater i kommunen har jobbet med folk i krise, etter at kriseteamet har hos oss har sørget for å koordinere arbeidet. Da er det ikke unaturlig om de som har fått hjelp ikke har oppfattet at det psykososiale kriseteamet har vært i aksjon, sier Sture Jacobsen.

De som er i direkte kontakt med mennesker i krise fra vår side er blitt næyere på å presentere oss som et kriseteam, understreker Jacobsen.

Om naturlige reaksjoner

Vil dere si litt om hvordan folk i krise opptrer, og om hva dere gjør?

” Vi er ingen blålyset. Det er ikke slik at vi rykker ut til et ulykkessted, eller til et akuttmottak ved en dramatisk hendelse.

Det viktigste vi sier er at folk må holde i lag, at ingen er alene. Det er viktig at man får i seg mat, og drikke og at man får nok søvn. Vi ønsker å hjelpe til med å «normalisere» situasjonen. Den som har opplevd en krise oppføres imidlertid til å være våken de første timene etterpå.

Det vil fremskynde den naturlige sorgprosessen. Det er helt naturlig å reagere på den

krisen som er oppstått. Mange er opptatt av hva de skal si og gjøre i forhold til barn og unge. Jeg vil oppfordre til å være sammen, til å prate om det som har skjedd. Barn kan gjerne reagere helt annerledes enn voksne. De kan være mer sav og på. Det er helt normalt. Jeg vil også oppfordre til stor grad av fysisk kontakt med barn og ungdom i en krisesituasjon, sier Geir Jensen.

Psykososialt kriseteam

Teamet skaffer oversikt over de som er rammet av en alvorlig krise. Gruppen kartlegger tilgjengelige ressurser for oppfølging og sørger for at de som er rammet får hjelp.

Teamet kontaktes ved behov for hjelp med psykososial oppfølging ved akutte kriser og katastrofer utover det som det ordinære hjelpeapparatet yter. Kriseteamet nå ved å ringe til et av teamets medlemmer eller til legevakst.

Teamet må ikke blandes sammen med kommunens ordinære krisetjenestebudskap, som ledes av rådmann og ondfører.

Vil du lese mer om det som skjer med mennesker som opplever sorg og krise? Besøk for eksempel nettsiden www.kriser.no. Ungdommens nettside www.ung.no har en lenk som handler om ungdom som opplever sorg.

Fastlegene og sykefraværet

■ EBBA WERGELAND

Lege, spesialist i arbeidsmedisin og ansatt i Arbeidstilsynet. Hun er dr.med på en avhandling om gravidens arbeidsforhold. Hun er også en aktiv samfunnsdebattant i mange spørsmål knyttet til helsefarlig arbeid, kjønn og helse, arbeidstid, trygd, pensjon og sykefravær.

Jeg foreleser for medisinerstudenter om sykmelding. Jeg forteller dem det jeg selv lærte som student, nemlig at sykmelding er en form for behandling. Den har virkninger og bivirkninger som annen behandling. Den må doseres riktig – ikke for lang, ikke for kort.

Leger skal etter beste evne sykmelde på en måte som tjener pasientens prognose. For at de skal stå på sin medisinske faglighet i tider som disse, da allverden vil styre vår sykmeldingspraksis, forteller jeg dem historien om hvordan sykefraværet i Norge ble «for høyt».

Før 1990 så folk flest på retten til full lønn fra første dags fravær som en viktig sosial rettighet. Opprinnelig hadde den vært forbeholdt høyere funksjonærer, men et enstemmig Storting vedtok i 1977 at den skulle gjelde for alle. I debatten gjorde Høyre-leder Jo Benkow narr av dem som fryktet misbruk av ordningen:

– Hvem er det som er mest engstelig for en moralsk utglidning, uberettiget utnyttelse av systemet og nokså bastante påstander om ukontrollert overforbruk. Jo, det viser seg faktisk at det er vi – slike som oss – som fra før av er sikret full lønn under sykdom, som har rimelig god helse, som har, utrolig nok, et givende og stimulerende arbeid, og som er privilegert i forhold til hundretusener av landsmenn – det er faktisk vi som ofte uttrykker bekymring over andres arbeidsmoral. Og det bør vi vel lære noe av.

I 1990 var sykefraværet omtrent som i 1977 (SE GRAFEN). Det var faktisk på vei ned fordi arbeidsløsheten økte. Men sosialpolitikkerne fra Høyre og Arbeiderpartiet hadde

gjort helomvending som i resten av Europa. Trygdeforskeren Aksel Hatland beskrev skiftet slik:

– I den politiske debatten står spørsmål om udekkede behov, om fordeling og utjevning, mindre sentralt. Til gjengjeld er man blitt mer opptatt av hvordan ordningene virker inn på folks atferd.

DEN NORSKE VELFERDSSTATEN, OSLO 1994

Det viktigste var ikke lenger at folk fikk nok å leve av, men at ytelsene var dårlige nok til å «stimulere til jobbsøking».

Både Syse-regjeringen og Brundtland-regjeringen ville kutte i sykelønnsordningen. Men det lot seg ikke gjøre over natta. I 1990 krevde Brundtland-regjeringen derfor bare at LO og NHO samarbeidet om å få ned fraværet. Langsiktig ønsket skiftende regjeringer å legge mer av sykelønnsutgiftene over på partene. Verken LO eller NHO ønsket en slik endring. I den første sykefraværsavtalen forutsatte de derfor:

– at det ikke foretas endringer i dagens regler når det gjelder sykepenger.

I 2001 kom IA-avtalen om «et mer inkluderende arbeidsliv». Fraværsreduksjon var fortsatt hovedsaken. Samtidig skulle flere eldre og funksjonshemmete komme i arbeid. De som skrev under visste godt at dette var umulig. Større yrkesdeltakelse fra grupper med høyt fraværsbehov ville selvfølgelig øke totalfraværet. En av arbeidsgiverrepresentantene beskrev underskriverens problem slik:

– ... det er en utfordring for IA-avtalens legitimitet at det er sånn, alle ser at det er målkonflikt... Så han oppgående arbeidsgiveren sier det at du kan ikke først måles på om du får marginaliserte grupper inn i arbeid, og deretter si at fytterakkern sykefraværet stiger. Det svekker legitimiteten til IA-avtalen.

SINTEF 2009: EVALUERING AV IA-AVTALEN 2001–2009, S.71

IA-avtalens underskrivere gikk altså god for at «et mer inkluderende arbeidsliv» var et arbeidsliv med lavt sykefravær. Som intervjuene i etterhånd viste, gjorde de det mot bedre vitende, men i beste mening. Regjeringen krevde det i bytte mot fortsatt fredning av sykelønnsordningen. Men det førte til at bedrifter som stengte jobbsøkere med helseproblemer ute, paradoksalt nok kunne framstå som flinke i klassen og mest «inkluderende», fordi de hadde lavt fravær.

I et arbeidsnotat fra FAFO i 2003 ble det spekulert rundt regjeringens strategi med den nye avtalen:

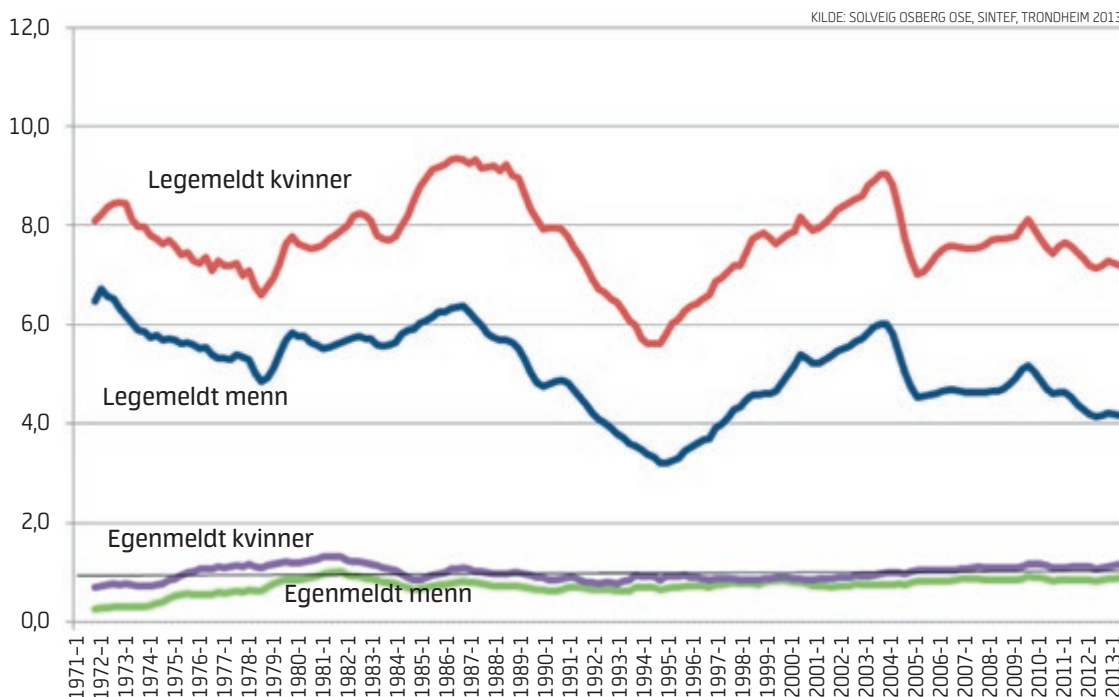
... I en begrenset periode (fram til 2005) sat- ses det på frivillighet... Samtidig trues det med en hardere strategi dersom ikke den myke tilnærmingen viser seg å ha effekt... en indirekte strategi eller brekkstang for å få godkjent ønskede endringer i pensjons- og trygdesystemet...

MIDTSTUNDSTAD M.FL. FAFO-NOTAT 2003:13, S.53-54.

Bjarne Håkon Hanssens forslag i 2006 om å endre sykelønnsordningen fordi IA-avtalen ikke virket, passer i dette scenariet som et første forsøk på en «hardere strategi». Han ble stanset av LO og NHO i fellesskap. Var han bare for tidlig ute?

Produksjonstap eller svinn på grunn av ansattes sykefravær er selvfølgelig alltid et problem for arbeidsgivere og eiere. For dem er fraværssvinnet alltid for høyt. Det er dette produksjonstapet (fraværddager i prosent av avtalte dager) som vi i dagligtale kaller «sykefraværprosenten», og som følges og kommenteres frenetisk av journalister og politikere.

LO og NHOs strategi for år redde sykelønna har hatt alvorlige bivirkninger. Tjuefire års trepartsavtaler om fraværreduksjon har fått arbeidsgivers evige bekymring til å se framstå som et samfunnsproblem. Flere



GRAF. Egenmeldt og legemeldt sykefraværspersent for kvinner og menn 1971–2013.

og flere tror at fraværet må ned, koste hva det koste vil. Og hva er mer naturlig enn å trekke legene til ansvar? De må jo åpenbart sykmelde altfor mange altfor lenge, ellers ville jo ikke fraværet være «for høyt»?

Strategien har heller ikke fredet sykelønnsordningen, slik mange tror. Siden 1990 er det skjedd flere endringer i Folkestrygdloven (FTL) som alle går i samme retning. Den sykmeldtes personvern og oppsigelsesvern er blitt svekket. Arbeidsmiljølovens bestemmelser på disse områdene gjelder i praksis ikke lenger for arbeidstakerne når de blir sykmeldt.

I 1991 ble det lovfestet at den som er for syk til å utføre sin vanlige jobb, men ikke for syk for enhver jobb, skal friskmeldes etter 12 uker for å søke ny jobb (FTL § 8-5). Men hvor lett er det å få ny jobb når du har fått helseproblemer av den gamle? NAV har ikke undersøkt hvordan det går med dem som blir «friskmeldt til formidling». Hvor er de ett år seinere, og hvordan har de det? Overlege Tor Aasen ved yrkesmedisinsk avdeling på Haukeland sykehus er blant dem som har slått alarm om konsekvensene, for eksempel ved arbeidsbetingget astma:

– I et slikt tilfelle blir fastlegene instruert fra NAV om å friskmelde pasientene. Disse får beskjed fra NAV om å si opp jobben og å melde seg arbeidsledig. De mister da rettigheter i forhold til arbeidsgiver som heller ikke får noe insitament til å bedre forholdene på arbeidsplassen. Fra NAV får de i regelen intet tilbud om omskolering når de er under 26 år og får i mange tilfeller tilbud om jobber som krever mindre kompetanse eller lavere lønn enn det de hadde i utgangspunktet.

Når jeg blir kontaktet i slike saker, råder jeg legen til å snakke med NAV og forklare konsekvensene. NAV skal bruke skjønn, og kan revurdere saken når de får nye opplysninger. Men det Tor Aasen forteller burde være en sak for Legeforeningen. Noen må fortelle regjeringen at det ikke står arbeidsgivere i kø for å ansette lungesyke industriarbeidere og bussjåfører med ødelagte skuldre som blir «friskmeldt til formidling».

I 2002 fikk den sykmeldte plikt til informere arbeidsgiver om «funksjonsevnen» (FTL §8-8), selv om slik informasjon kan brukes og blir brukt som oppsigelsesgrunn. Sykmeldte tvinges til å informere en arbeidsgiver de ikke har tillit til. NAV avgjør hvor mye informasjon de må gi for å få beholde sykepengene. Legeforeningen stanset et forslag om at også legene skulle ha slik informasjonsplikt til arbeidsgiver. Men informasjonsplikten kommer inn bakveien hvis legene presses til å informere arbeidsgiver skriftlig i sykmeldingen i stedet for å la pasienten selv ta med nødvendig informasjon tilbake. Mange arbeidsgivere vil vite mer enn pasienten vil fortelle. Da har legen faktisk taushetsplikt. Og pasientsamtykke gitt under press, opphever ikke denne taushetsplikten.

I 2004 ble det bestemt at legenes førstevalg skulle være gradert sykmelding (§8-6). Dette betyr ofte å skyve utgifter over på arbeidsgiver og arbeid over på andre ansatte. Det kan hos begge parter gå utover entusiasmen for å inkludere ansatte med helseproblemer. I 2011 åpnet NAV for at graderingen kan gjelde innsats, ikke tid. Hvis

sjefen mener at den som er halvt sykmeldt trenger hele dagen på å utføre 50 prosent av oppgavene, kan vedkommende settes til full dags arbeid. Resultatet av legens graderte sykmelding blir da at arbeidsgiver får lønnstilskudd, mens pasienten jobber full tid. Sykmeldende lege har heldigvis fortsatt mulighet til å si fra at graderingen skal gjelde arbeidstimer, men det er det ikke alle som vet.

Vi har det samme fraværet i dag som da Stortinget vedtok sykelønnsordningen i 1977 (SE GRAFEN). I 1977 sa Høyre-leder Jo Benkow at det var et ideologisk uomtvistelig mål «å gi alle som lever av sitt arbeid, full dekning for inntektsbortfall når sykdom melder seg». Dagens politikere mener det blir for dyrt, derfor sier de at fraværet er for høyt. Men folk misforstår. De tror at det er noe galt med fraværet, at vi har et alvorlig samfunnsproblem som bare kan løses med dårligere sykelønn og kontroll-leger.

Sykefraværet er på vei nedover. Synkende fravær gir grunn til bekymring, ikke begeistring. Arbeidslivet er ikke blitt mer inkluderende siden 2001, men Europas arbeidsløshet slår inn. Det snakkes mye om at Norge har det høyeste fraværet i OECD, men få kommenterer at det er lavest i Hellas og Tyrkia. Høyt fravær er et sosialt sunnhetstegn. Det lærte jeg som student på 1960-tallet, og det forteller jeg dagens studenter.

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?

Hormonbehandling og symptomer i overgangsalderen

Bjørn Gjelsvik forsvarte 25. november 2013 sin doktoravhandling om norske allmennlegers kunnskap og holdning til hormonbehandling i overgangsalderen, og symptombelastning og bruk av hormoner i en kohort av norske kvinner. Avhandlingen gir oppdatert kunnskap om symptombelastningen i overgangsalderen og faktorer som har sammenheng med symptomer, den viser at legens egne holdninger til behandling betyr mye for de råd som gis, og den finner at symptomene ofte kommer tilbake etter at hormonbehandling avsluttes.

Jeg har i mange år vært opptatt av allmennlegens rolle i forebygging, spesielt av hjertekarsykdom. Hormonbehandling ble i 1990-årene lansert som en forebyggende behandling som *alle* postmenopausale kvinner ville ha nytte av. Rundt årstusenskiftet ble kunnskapen om hormonbehandling snudd på hodet (1), og jeg ville se på hvordan norske allmennleger forholdt seg til denne endringen. Temaet omhandler hvordan leger tar beslutninger, og hva egne holdninger kan bety når legen diskuterer behandlingen med pasientene.

Hva ble gjort – og hva fant vi?

Et tilfeldig utvalg av 400 norske allmennleger fikk i mai 2004 tilsendt et spørreskjema med spørsmål om effekter, indikasjoner, kontraindikasjoner, oppfatning av rolle og oppfatning av risiko ved hormonbehandling. 289 leger (72 prosent) besvarte skjemaet. Tre av spørsmålene var formulert som kliniske eksempler der legene ble bedt om å angi om de ville gi råd om bruk av hormonbehandling eller ikke, og de kunne også gi egne kommentarer i fri tekst.

Resultatene ble publisert i to artikler i *Tidsskrift for Den norske legeförening* (2, 3), og viste at flertallet av allmennlegene var kjent med den tilgjengelige dokumenterte kunnskapen om effekter og bivirkninger av hormonbehandling. De fleste anga at de fulgte gjeldende anbefalinger med hensyn til indikasjoner og kontraindikasjoner. Et stort flertall av allmennlegene var enig i at hormonbehandling øker risiko for brystkreft, at behandlingen ikke forebygger hjerteinfarkt og at plagsomme hetetokter er den viktigste indikasjonen for behandling. 14 av 17 (82 prosent) kvinnelige allmennleger som var i eller etter overgangsalderen anga at de brukte eller hadde brukt

hormonbehandling. Undersøkelsen viste også at et flertall av legene hadde tiltro til mindre dokumenterte effekter av hormonbehandling, slik som positiv effekt på seksuallivet og senere aldring av hud. De anså likevel ikke dette som viktige indikasjoner for behandling. Legene ble spurt om de mente at hormonbehandling innebar en uheldig medikalisering av kvinners overgangsalder. En tredjedel av legene var enig i påstanden, noe flere (44 prosent) var ikke enig, mens en fjerdedel var nøytral. Legene var delt i spørsmålet om å anbefale behandling eller ikke i de kliniske eksemplene. Holdning til hormonbehandling belyst ved spørsmålet om medikalisering var den viktigste faktoren som predikerte anbefaling om å bruke eller ikke bruke hormonbehandling, mens oppfatning av indikasjoner, effekt og risiko ved behandlingen spilte mindre rolle. De som var uenige i påstanden om medikalisering var mer tilbøyelige til å anbefale behandling.

I den andre studien, *Kvinnkohorten i Hordaland*, var målsettingen å beskrive det naturlige forløpet av overgangsalderen og bruk av hormoner i en kohort av friske kvinner. Kohorten besto av 2229 kvinner som var i alderen 40–44 år ved oppstart, og kvinnene har mottatt spørreskjema årlig eller hvert annet år fra 1999 til 2010. Data fra 2002 kvinner (90 prosent av kohorten) ble brukt i analysen (4, 5).

I den langsgående analysen anga 36 prosent av kvinnene daglige hetetokter og mye plager i en eller flere runder, mens 29 prosent av kvinnene anga lite eller ingen hetetokter overhodet. Forekomst (punktprevalens) av daglige hetetokter økte fra 2 prosent i alderen 41–42 år til 22 prosent i alderen 53–54 år. Røyking (registrert ved oppstart eller senere) og lav utdanning var

forbundet med økt forekomst av daglige hetetokter i løpet av overgangsalderen.

Toårs insidens av hormonbehandling (nye brukere, ikke bruk i forrige runde) sank fra 8,2 prosent i 2002 til 4,3 prosent i 2004 og forble stabil på dette nivået på tross av økende symptomer blant kvinnene. 29 prosent av kvinnene anga at de hadde brukt hormonbehandling i løpet av observasjonsperioden. Gjennomsnittlig varighet av bruk var 4,5 år. Den viktigste faktoren som var forbundet med bruk av hormonbehandling var opplevelse av daglige hetetokter. For de fleste kom symptomene tilbake etter å ha sluttet med behandlingen, og forekomst av symptomer var da ikke forskjellig hos brukere og ikke-brukere.

Har funnene betydning for en norsk allmennlege?

Det at selvpoplevd helse ikke endret seg i negativ retning taler imot *systematisk* underbehandling av norske kvinner. Samtidig er det slik at et mindretall av kvinnene har mye plager og etterspør hjelp hos legen. Da kan hormonbehandling være nyttig, og legen bør lytte til kvinnens egne preferanser og unngå at egen holdning til behandling overstyrer kvinnens valg.

Risiko ved bruk øker ved høyere alder og ved lang tids bruk, og bruk ut over fem år bør vurderes nøye med tanke på gevinst og risiko. Samtidig tyder reanalyser av data fra WHI-studien og en nylig publisert dansk studie på at risikoen for koronarsykdom er liten når behandlingen startes omkring overgangsalderen (6–8). Den danske studien er omdiskutert, men funnene indikerer ikke økt risiko for koronarsykdom når behandlingen startes omkring menopausealder.

Det at symptomene i stor grad kom tilbake etter avsluttet behandling kan være en terapeutisk utfordring som kan gjøre det vanskelig for en kvinne å avslutte behandlingen.

Overgangsalderen er et naturlig, fysiologisk fenomen som i seg selv ikke trenger behandling. Forebygging av kroniske sykdommer hos kvinner bør ikke ha som utgangspunkt at overgangsalderen er en mangeltilstand som indikerer bruk av øst-

rogen eller østrogen/gestagen kombinasjoner. Disse medikamentene kan brukes til symptomatisk behandling av plagsomme hetetokter eller svette/nattsvette. Behandlingen bør være så kort som mulig og kvinnen bør oppmuntres til å trappe ned eller avslutte behandlingen etter to til tre år. Behandling eller ikke er kvinnens eget valg, og legens rolle er å gi informasjon om dokumenterte effekter og risiko. Legen må i sin rådgiving utforske kvinnens preferanser og behov, og være seg bevisst sine egne holdninger til behandlingen.

Noen utfordringer – og veien videre

Studien ble finansiert av Allmennmedisinsk Forskningsfond, som fortjener stor takk for støtten. Jeg har en liste på ca 800 pasienter og jobber vanligvis tre dager i praksisen, og med en viss bruk av kvelder og helger gir dette nok tid til å ivareta et forskningsprosjekt hvis man ikke påtar seg alt for mye annet. Likevel var det en utfordring å forfølge et tema i dypt og lære seg de nødvendige forskningsmetodene når man bare har to dager i uka til forskning, og i avslutningen av arbeidet måtte jeg gå ned til en dag i uka i praksisen.

Det er fortsatt temaer i kvinners helse som kan belyses ved hjelp av data fra kvinnekohorten, og det er mulighet for kobling av dataene med andre registerdata, for eksempel Reseptregisteret og Norsk Pasientregister. Samtidig er temaet om legers beslutninger og hvordan vi forholder oss til pasientens preferanser interessant for videre studier.

REFERANSER

- Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288:321–333.
- Gjelsvik B, Swensen E, Hjortdahl P. Allmennlegenes syn på hormonbehandling i og etter overgangsalderen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007; 127:1500-1503.
- Gjelsvik B. Allmennlegers råd om hormonbehandling i overgangsalderen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2008;128:1660-1663.
- Gjelsvik B, Rosvold EO, Straand J, Dalen I, Hunskaar S. Symptom prevalence during menopause and factors associated with symptoms and menopausal age. Results from the Norwegian Hordaland Women's Cohort study. *Maturitas* 2011;70:383-390.
- Gjelsvik B, Straand J, Hunskaar S, Dalen I, Rosvold EO. Use and discontinued use of menopausal hormone therapy by healthy women in Norway: the Hordaland Women's Cohort study. *Menopause* 2014. DOI: 10.1097/gme.0b013e3182a11f2d.
- Rossouw JE, Prentice RL, Manson JE et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007;297:1465-1477.
- LaCroix AZ, Cramer JA. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: A randomized controlled trial. *JAMA* 2011;305:1305-1314.
- Schierbeck LL, Rejnmark L, Tofteng CL et al. Effect of hormone replacement therapy on cardiovascular events in recently postmenopausal women: randomised trial. *BMJ* 2012;345:e6409.

BJØRN GJELSVIK

■ BJORN.GJELSVIK@MEDISIN.UIO.NO

Mzee

Mzee er swahili for «gammel (ærverdig) mann». Han har fulgt meg siden jeg fikk ham i 1977. Hans kloke blikk og rolige uttrykk har fått meg til å ta til vettet, når jeg blir for navlebeskuende på vegne av meg selv eller mine pasienter.

Historien som knytter seg til ham har betydd mye for meg. Jeg fikk den av en gammel engelsk kvinne, da jeg bodde i Tanga i Tanzania fra 1974 til 78.

Da vi ble kjent, hadde hun bodd i Øst Afrika fra 1930. Hun skulle snart returnere til England. Hun var gynekolog og obstetrikker. Arbeidet i Mombasa i Kenya fra 1930 til 1965. De siste år av sitt yrkesliv jobbet hun i på sykehuset i Tanga. Hun hadde pensjonert seg i 1970 og etter det spedd på inntektene ved å selge treskjærerarbeid utført av folk fra Makonde stammen. Disse treskjærere kommer opprinnelig fra kysten av Mocambique og er veldig flinke til å arbeide med ibenholt. Ibenholt er svært hard tresort, tynge enn vann.



Kvinnen hadde som lege opplevet Afrika på sitt fineste og verste. Hun kunne fortelle om hvordan de på sykehuset fikk reddet barn som egentlig ikke burde kunne reddes. Sektio i etheranestesi. Ingen kuvøse, men varme mødre, eller varme ammer. Barn som ble reddet på tross av mors eklampsi med varighet i flere dager. Mor som døde av blødninger etter fødsel, men hvor familien stilte opp for barnet. Blodtransfusjoner med helt «fersk blod» fra nære pårørende.

Hun kunne også fortelle om mange grusomheter. Ubehandlet kreft som fylte hele abdomen når pasientene endelig kom til sykehuset. Vaginaer som var blitt fylt med blader av heksedoktorer. Under flere dagers transport til sykehuset hadde blader og vaginalveggen råtnet. «Pasientene kom alltid for sent fordi pasientene prøvde heksedoktoren først». Elleve tolvårige jenter som fødte og fikk kompliserte fistler. Barn som hadde sittet i fødselskanalen i dager og som var døde og måtte parteres før de kunne befris fra mor. Sepsis før man fikk penicillin. Blødninger post partum uten mulighet for transfusjon. Mødre og barn med syfilis. Poliorammede mødre som på tross av sine handikap var blitt gravide, men ikke hadde fysikk til å føde. Forsøk på abort med diverse remedier stukket opp i skjedde og uterus. Forgiftninger med planter og klorokin for å abortere.

Mzee stod i vinduet hennes og hørte på alt dette. Siste gang vi møttes, innen hun skulle reise tilbake til England var hendes leilighet nesten tom. Mzee stod fortsatt i vinduet. Da jeg skulle gå kom hun med ibenholt skulpturen. Hun hadde egentlig tenkt å ta den med til England, fordi det var det fineste treskjærerarbeid hun hadde blant alle de arbeider hun hadde hatt i sin butikk. Men, hun ga den til meg som avskjedsgave.

Siden da har Mzee stått på mitt bord og sett på meg med sitt kloke uttrykk. Han minner meg om at det er en stor dramatisk verden utenfor vår lille norske luksusverden. Den verdenen er fylt med mennesker med drømmer og ønsker om et godt liv, akkurat som du og jeg.

NILS KOLSTRUP

■ NILS.KOLSTRUP@TELEMED.NO

Søknader til besvær

SØKNADER OM INDIVIDUELL STØNAD TIL LEGEMIDLER OG ANNET

I en travel legepraksis er det fort gjort å snuble i starten med søknader for egne pasienter om dekning av utgifter til legemidler eller enkelte behandlingsformer. Vi er vant til at det meste går på skinner og når man går litt utenom de faste oppgavene er det flere fallgruver man bør unngå.

Lovverket

Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) forvalter regelverket, folketrygdloven (FTL), som våre politikere har vedtatt skal gjelde for helserefusjonsområdet. Individuell stønad til legemidler er et område med en rekke regler, der den enkelte lege kun sporadisk må forholde seg til regelverket. FTL med tilhørende forskrift og rundskriv (medikamentlisten) bør alle behandlere ha et visst kjennskap til da det er helt sentralt i det daglige arbeidet. Folketrygdens bestemmelser gjelder for alle medlemmer av ordningen, og er solidarisk, dvs. den gjør ikke forskjell på fattig eller rik, eller om man lever sunt eller tar mindre hensyn til egen helse. Ved individuelle søknader skal disse behandles av HELFO etter et regelverk som er utformet på gruppenivå og det er derfor svært lite rom for skjønn i vurdering av enkelt søknader.

Blåresept

Vanligvis vil de fleste legemidler (for alvorlig sykdom og til langvarig bruk,) kunne skrives ut direkte på blå resept (elektronisk), og pasienten kan så hente denne ut på nærmeste apotek. Det er verd å merke seg at det ikke alltid er samsvar med legemiddelets godkjente indikasjon (SLV vurderer etter kvalitet, sikkerhet, effekt og kostnadseffektivitet) og refusjonsberettiget bruk (HELFO vurderer etter FTL-bestemmelser). Det er også krav om bruk av kopipreparater, samt i enkelte tilfeller forskrivning av foretrukket legemiddel for en diagnose. Med en sjelden sykdom, eller ved bruk av et medikament som ikke er forhåndsgodkjent til den aktuelle diagnosen, er det nødvendig med en individuell søknad for at HELFO skal kunne vurdere og forhåpentligvis innvilge søknaden og godta dekning av medfølgende utgifter.

Kliniske opplysninger

Søknaden må inneholde tilstrekkelig kliniske opplysninger til at saken kan vurde-

res av saksbehandler og eventuelt rådgivere uten at sakens forsinkes ved å måtte sende søknaden i retur for innhenting av tilleggsplysninger. Sykehistorie og tilstrekkelig opplysninger om eventuelle forhåndsgodkjente legemidler som har vært prøvd, eller andre grunner til at man ikke har forsøkt forhåndsgodkjente legemidler bør dokumenteres.

Presis diagnose

Diagnosen, må være riktig, dvs. søkende lege må forsikre seg om at diagnosekoden er stønadsberettiget (§ 3a) og ved andre diagnoser, i denne sammenheng ved svært sjeldne sykdommer (§3b) må begrunnelsen være godt dokumentert. Søkende lege må vise til vitenskapelig dokumentasjon om at medikamentet har effekt ved den aktuelle tilstanden. Ved individuelle søknader og når behandlingen er litt utenom det vanlige (forhåndsgodkjent) faller dokumentasjonskravet helt og fullt på innsøkende lege. At en behandling gir ønsket og god effekt hos den aktuelle pasient er fint, men er samtidig ikke noen vitenskapelig dokumentasjon på klinisk effekt på gruppenivå. For enkelte diagnoser kan det være krav om spesialistvurdering, men det kan i enkelttilfeller være nok til å vise til at man har konsultert relevant sykehusspesialist for den aktuelle pasienten. Detaljer om dette finner man i rettskildene, dvs. FTL, forskrift, rundskriv, og vedlegg som medikamentlisten. Søker man om et uregistrert preparat er det av betydning om det har godkjent indikasjon i et annet land, og at man kan vise til vitenskapelig dokumentasjon for effekt.

Bidragsordningen

er et ekstra sikkerhetsnett i folketrygdens bestemmelser om legehjelp, legemidler mv. Den muliggjør at pasienten delvis får refundert sine utgifter til nødvendig helsehjelp der dette ikke faller inn under bestemmelsene i de vanlige trygdeordningene. Først må pasienten selv dekke en egenandel (kr 1695 for 2014), deretter får man i etterhånd refundert 90 prosent av overskytende beløp etter dokumentasjon av utgiftene (kvitteringer, bankutskrifter el. tilsv). I motsetning til individuell stønad etter § 2, eller § 3 er det her ikke pasientens lege som er ansvarlig for en slik søknad, men man bør kunne rådgi sine pasienter om denne muligheten.

Andre felt der bidragsordningen er sentral gjelder f. eks. henvisning til logoped eller audiopedagog, fysioterapi i form av terapiridning, behandling i utlandet mv.

Språktrening

For barn og unge med språkvansker har det vært tidvis vanskelig for foreldre og foresatte å få innvilget stønad for trening hos logoped. Det har sammenheng med at folketrygdens bestemmelser er sekundær til annen lovgivning på området, det vil si at for vanlige språkdefekter, sen språkutvikling el. tilsv må det dokumenteres fra spesialisthelsetjenesten at det er *som en del av behandling for sykdom, skade eller lyte*. I svært mange tilfeller kan man ikke påvise noe av dette og utgiftene til nødvendig trening hos logoped skal dermed dekkes av den enkelte kommune iht. annet lovverk (opplæringsloven), eller som en del av tiltak etter individuell plan der et slikt vedtak foreligger fra kommunen (PPT). Det er en risiko for at barn med språkvansker kan falle mellom to stoler, kommunen ser ikke at det er deres ansvar, og HELFO mener at det faller utenfor folketrygdlovens bestemmelser. Dersom en kommune ikke har dette tilbudet, er de pliktige til å skaffe dette ved innleie av kompetanse eller på annen måte innfri sine forpliktelser.

Fysioterapi

Terapiridning er et tilbud til de som ikke har mulighet til fysioterapi på vanlig måte, der dette er indisert, og der det foreligger balanse-, koordinasjonsforstyrrelser eller en annen tilstand som vanskeliggjør fysisk utfoldelse. Forskrift og rundskriv gir nærmere opplysninger om hva som må innfris for at folketrygden skal dekke utgiftene til dette. Bestemmelsene er ganske spesifikke og det har liten hensikt å søke om dekning til slik form for trening hvis pasienten ikke klart innfrir kriteriene til stønad.

Behandling i utlandet

Behandling i utlandet er et krevende felt, og det kan være vanskelig å rådgi sine pasienter når de spør om rettigheter og muligheter i utlandet. Det er en rekke forordninger og bestemmelser som gjelder, men man gjør klokt i å ta utgangspunkt i det behandlingstilbudet som foreligger i Norge. Hvis man får dekket en behandling (f.eks. fysioterapi) i primærhelsetjenesten i Norge, vil man i utgangspunktet også kunne få dette



utført i utlandet (EU/EØS området) så lenge man er *medlem av folketrygden* (stønadsberettiget). Det må foreligge en *henvisning fra lege, og behandler må ha autorisasjon*. Helseforetakenes utenlandskontorer kan vurderer om eventuelle behandlinger som ikke er tilgjengelige i Norge av kompetanse eller kapasitets-hensyn skal utføres i utlandet. Det må være et reelt medisinsk behov som ikke helsetjenesten i Norge kan dekke (kapasitet, lang ventetid, manglende kompetanse osv.) samt at det er generelt akseptert vitenskapelig dokumentert behandling som ikke er eksperimentell eller tangerer alternativ medisin.

Sykehusbehandling

HELFO kan også i enkelttilfeller gi forhåndstilsagn til sykehusbehandling i utlandet, men bare dersom ventetiden for behandling i offentlig helsetjeneste i Norge er uforsvarlig lang. Reiser man ut for behandling hos spesialist må man i utgangspunktet dekke reisekostnader selv, legge ut kostnadene for ytelsen og deretter søke om refusjon i etterkant. Vær oppmerksom på dokumentasjonskrav (henvisning, type behandling og dokumenterte utgifter for denne) pasienten må oppfylle for å kunne få søknaden innvilget. Merk at dersom man blir syk under utenlandsopp-

hold, eller er bosatt ute (og medlem av folketrygden) vil man innenfor EØS kun ha rett til den type behandling for en sykdom/tilstand som borgerne i behandlingslandet innehar, det vil si selv om man her tar med seg sine «norske rettigheter» til utlandet kan man ikke kreve behandling utover det landets egne borgere har tilbud om for den aktuelle tilstand. Merk videre at reglene er forskjellige innenfor og utenfor EØS-området. For midlertidige utenlandsopphold ellers er hovedregelen at man ikke har noen rettigheter fra folketrygden. Reisesikring er alltid å anbefale i begge tilfeller.

Varslede endringer

I det nye forslaget til individuell refusjon av legemidler som nylig har vært ute på høringsrunde, er det foreslått at kriteriene for individuell stønad endres noe. Det vil bli lagt mere vekt på sykdommenes alvorlighetsgrad, og risiko for utvikling av alvorlig sykdom. Det blir en utfordring for behandlere og også for forvaltningen å håndtere disse søknadene. Kravet til god vitenskapelig dokumentasjon vil fortsatt stå sentralt, også fordi bidragsordningen vil falle bort for legemidler. Det er viktig at man ikke glemmer at selv om en behandling kan være god medisin er det ikke automatikk i at kostnadene blir dekket etter folketrygdens bestemmelser.

Bruk litt tid og innsats på individuelle søknader, vær presis med diagnosekoden og sjekk i vedlegget om kriteriene for forskrivning og refusjon er innfridd. For annen omsøkt behandling, legg ved referanser, abstract eller artikler som dokumenterer klinisk signifikant effekt for den aktuelle gruppen. Ta gjerne kontakt med HELFO som har jurister, farmasøyter og rådgivende leger i staben ved behov for råd og avklaringer. Vi har alle felles interesser i disse sakene, rett medisin og behandling til de rette pasientene.

HELGE F. FEKETE

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

Jeg velger meg april

*Jeg velger meg april
I den det gamle faller,
i den det ny får feste;
det volder litt rabalder, –
dog fred er ei det beste,
men at man noe vil.*

*Jeg velger meg april,
fordi den stormer, feier,
fordi den smiler, smelter.
fordi den evner eier,
fordi den krefter velter, –
i den blir somren til!*

BJØRNSTJERNE BJØRNSON

Allmennlegers rolle i dag er ofte mer veilederens rolle enn helbrederens. Det kreves av oss at vi innehar kommunikativ evne og empati til å gi gode og riktige råd ut fra pasientens ståsted både helsemessig og intellektuelt.

Det kreves fra samfunnet at vi skal forstå pasientens synsvinkel og forutsetninger

og alltid ta dette med i betraktning i vår kommunikasjon med den enkelte.

Dette er i og for seg et legitimt krav, men det fører dessverre ofte med seg en forventning om at vi skal «ordne opp», fikse – «gjør meg frisk doktor» – være den som forteller pasienten hva han/hun skal gjøre slik at de selv slipper å ta valget

Ofta tar vi valgene og skal ta valgene for hva som er rett og gal behandling for pasienten – på sykehusene er det – og bør det være slik –, men i den almenmedisinske hverdag blir vår oppgave å informere pasienten på en slik måte at de kan gjøre et velkvalifisert valg i forhold til egen helsesituasjon – vår oppgave er å synliggjøre hvilke valg de har.

Dette gjelder selvsagt spesielt innen livstilsrelaterte sykdommer, men også ved andre sykdomstilstander må/vil pasienten kunne gjøre ulike valg som har stor betydning for hvilken livskvalitet man får

Pasientene må lære å ta de valg som er nødvendige for endring, klare å stå i endringsprosessen – selv om det til tider kan

«volde litt rabalder» – for gevinsten på den andre siden er betydelig.

Man møter dessverre i hverdagen ofte mennesker der ikke bare evnen, men også viljen til endring er mangelvare. Og jeg ser det da som min oppgave å veilede så godt jeg kan utfra de funn som er gjort klinisk, men dette er ofte en tung bær å bære. Men det handler om å ikke gi opp, men lirke frem en forståelse for nødvendigheten av endring før resultatene kommer. Desto større er gevinsten når man kommer i mål – både for pasient og lege!

Kunsten å leve er evnen og viljen til å gjøre de rette valg.

Dagens dikt – som jeg første gang leste som 12–13 åring – handler for så vidt ikke om valg, men mer om kraften i selve endringsprosessen og betydningen av viljen til endring.

Man får til det man vil, bare man vil nok! Stafettpinnen sender jeg videre til min gode venninne og kollega Sigrunn Jørstad ved Lønnås Legekontor.

Hilsen fra
ASTRID JELSTAD

