

Utposten

4 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Høie ambisjoner

Intervju med helseministeren

Rapport fra
Allmennmedisinsk
våruke

D-vitaminmangel



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**Kristine Asmervik**

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: kri-as-d@online.no

FORSIDE: Endre Skau

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Å bli sett og verdsatt – viktig for rekruttering***Anne Grethe Olsen***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Høie ambisjoner***Helseminister Bent Høie intervjuet av Mona Søndena og Tom Sundar***7 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Somaliske innvandrere og fastlegen***Jenny Austrheim Hellerud, Esperanza Diaz og Stefan Hjørleifsson***10 Samarbeid om etterbehandling på Røros – et tilbud som gir gevinster***Helge Lund, Hege Liljedahl Steene og Kristian Onarheim***14 Erfaringer med etablering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud***Anders Grimsmo og Audhild Løhre***18 D-vitaminmangel – symptomer til ettertanke***Arild Aambø***24 Tilsynsbesøk fra Fylkeslegen***Andersen Svensson et al***26 Alkoholen blant oss***Alexander Wahl***28 En bagatell***Pål Gulbrandsen***30 Kommunale praksiskonsulentar gjev betre samhandling for kronisk sjuke***Odd Kvamme og Mona Yvonne Løthe***36 Samling på Fornebu-landet.**

RAPPORT FRA ALLMENNEMEDISINSK VÅRUK 2014

*Lisbeth Homlong***38 Nye retningslinjer for blodpropp – er de nye kostene bedre enn den gamle?***Bjørn Bratland***40 Kort status om nødnett***Kristine Asmervik***41 KRONIKK: Lægen min!***Anne Helen Hansen***42 LESERBREV: Behov for bredere faglig plattform for leger!***Georg Espolin Johnson***41 LESERBREV: Legevaktkvalitet handlar også om akuttmedisin***Sverre Rørtveit***44 FASTE SPALTER**LYRIKKSTAFETTEN **44**HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN **45**RELIS **46**LÆRERIK KASUISTIKK **48**

Å bli sett og verdsatt – viktig for rekruttering

Jeg var nylig på en konferanse i Nord-Irland hvor temaet var hvordan man rekrutterer og tar vare på nøkkelpersonell i utkantstrøk; «Recruit and Retain» er et internasjonalt prosjekt som har pågått i nesten tre år, og konferansen i Nord-Irland i mai markerte slutten av prosjektet. Det har vært et EU-støttet prosjekt, som har tatt mål av seg til å prøve å finne løsninger på de vedvarende problemene med å rekruttere og beholde helsearbeidere og annet nøkkelpersonell i utkantstrøk – spesielt leger, sykepleiere og jordmødre. Norge har deltatt sammen med Canada, Grønland, Island, Irland, Nord-Irland, Skottland og Sverige, med Finnmarkssykehuset som partner i prosjektet.

Prosjektet har etablert sin egen database med opplysninger fra hvert land innenfor tre definerte områder: status vedrørende rekruttering, svar på en spørreundersøkelse og strukturerte dybdeintervjuer. Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet, presenterte i forrige nummer av *Utposten* funn fra den norske spørreundersøkelsen, som ble utført blant leger, sykepleiere og jordmødre i Finnmark og Tromsø høsten 2012. Hun konkluderte med at man må oppfordre og utfordre de som har ansvar for helsetjenester i distriktsområder til å bidra til å lage trygge, spennende og faglig utfordrende arbeidsplasser for helsepersonell i utkantstrøk. Turnustjeneste og praksisopphold må gjøres så gode som mulig, slik at kandidatene høster positive erfaringer og opplevelser. Hvis drømmejobben skal være «rural», må det rurale være erfart på forhånd og assosieres med noe positivt.

Informasjonen fra «Recruit and Retains» database er blitt brukt til å designe og utvikle produkter og tjenester, som kan forbedre rekruttering og ivaretagelse av helsepersonell i utkantstrøk. Det dreier seg både om jobbmessige og sosiale anliggender. Fokus har ikke bare vært

på selve jobben man rekrutterer til. Å bli inkludert som nytilflytter er ansett som like viktig. Prosjektet lanserer nå i slutfasen en forretningsmodell tuftet på kunnskap og eksempler fra prosjektperioden.

Styreleder Neil Galbraith fra NHS Western Isles (Skottland) holdt ett av mange inspirerende foredrag på sluttkonferansen. Han fokuserte på at arbeidsgivere er flinke til å rekruttere, og at frontdøra står åpen og ønsker folk velkommen, men at man glemmer å lukke bakdøra og derfor slipper mange ut igjen i samme farta. «Lukk bakdøra og prøv å ta vare på dem dere rekrutterer. Spør hva som må til for å bli!». Han viste til at helsearbeidere som rekrutteres til utkantstrøk ofte har krav som er enkle å tilfredsstille: de ønsker en spennende jobb, mulighet for karriere og utvikling, å arbeide med folk og en rettferdig lønn. I tillegg ønsker de det samme som mange andre: å bli sett og verdsatt.

Galbraith pekte også på hvilke årsaker helsearbeidere i utkantstrøk oppgir for å slutte raskt i jobben: en dårlig sjef, å føle seg kastet ut på dypet, negativt stress, å kjede seg og behov for forandring igjen. Han hadde også regnet ut kostnaden ved å miste en helsearbeider og funnet ut at utgifter til blant annet vikar og opplæring, samt kunnskapstap og produktivitetstap beløp seg på ca 125 000 engelske pund. Det er et spennende regnestykke, som sikkert kan bli større dersom man tar med andre «tap» for et lite lokalsamfunn.

Allmennlege Eyjolfur Thorkelsson fra Island fortalte om hva som gjorde at han kom tilbake som lege til hjembygda: utkantbakgrunn, tilhørighet, en god rollemodell (hans beste venns far var allmennlege i bygda) og interesse for allmennmedisin. Han påpekte også at det islandske medisinstudiet har for lite fokus på allmennmedisin og manglende utplassering i utkantstrøk, og at



han mener det må skje en styrking på dette området for å få flere leger til å begynne å jobbe som allmennleger i utkantene.

Temaene engasjerte, og et av utsagnene som ble debattert var at mange arbeidsgivere ser på ansatte som lett utskiftbare. Påstanden er dessverre en realitet til og med i små kommuner og på små sykehus, som har rekrutteringsproblemer. Det er en uansvarlig holdning, som innenfor helsetjenesten svekker tjenestetilbudet til pasientene. En «tapt» helsearbeider utgjør ikke bare økonomisk tap og kompetansetap, men også tap av kunnskap om og kjennskap til det lokale helsevesenet og pasientene.

«Recruit and Retain» har vært et prosjekt som har tatt mål av seg til ikke bare å bistå med tiltak for å rekruttere helsepersonell til utkantstrøk, men også til å finne ut hva som er viktig for å få dem til å bli i stillingene sine. Prosjektet fokuserer på profesjonell støtte til hver enkelt, og i dette ligger ikke bare veiledning, opplæring, trening og karriereutvikling, men også støtte og hjelp til å finne seg tilrette i lokalsamfunnet. Canada kunne vise til små «styringsgrupper» som besto av medlemmer både fra lokalsykehus og kommune, hvor man samarbeidet om å «integre» nytilflyttede helsearbeidere. Det var bare ett av mange gode eksempler som det ble vist til på konferansen, og alle hadde en allmenngyldig grunn-tone: det handler om å bli sett og verdsatt, da yter man mere og bedre, og sjansen er større for at man blir!

ANNE GRETHE OLSEN

Høie ambisjo

Helseminister Bent Høie

■ INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ OG TOM SUNDAR

Bent Høie vil heller snakke om pasientenes helsevesen enn helsevesenets pasienter. Statsrådens helsepolitiske vokabular omfatter begreper som pasientmakt og brukermedvirkning, fritt behandlingsvalg, sammenhengende diagnoseforløp og tverrfaglig kompetanse. Hva er realiteter og hva er retorikk når spørsmålet kommer til primærhelsetjenesten?

Sundvollen-erklæringen fra i fjor høst – oftere omtalt som regjeringsplattformen – tar til orde for å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene og forbedre samordningen av det totale helsetilbudet i primærhelsetjenesten. Dokumentet lanserer en rekke tiltak for å få dette til, og her skal du få et destillat: å løfte den generelle kompetansen i kommunehelsetjenesten, å styrke fastlegetjenesten, å tilpasse refusjonssystemet for å knytte flere helsepersonellgrupper til fastlegekontorene, å innføre kvalitetskrav i legevaktjenesten, å reversere kommunal medfinansiering i samhandlingsreformen, å bedre mangfoldet av tilbud innen palliasjon og å bygge ut jordmortjenesten.

Intet mindre. Men står regjeringens ambisjoner fortsatt ved lag, eller er Sundvollens primærmedisinske vyer blitt mørklagt av en altoverskyggende reservasjonsdebatt? *Utposten* søker svar – og audiens – hos mannen som i et halvt år har vært i Helse-Norges fører sete. Bent Høie tar vel imot oss i en sen ettermiddagstime i Helse- og omsorgsdepartementet i hovedstaden.

– Jeg trenger litt energi etter så mange timer på Stortinget, smiler han, og plukker med seg en innbydende skål sjokoladebiter, strategisk plassert på vei inn til kontoret. Noen strakser senere sitter vi klar ved statsrådets møtebord.

– Velkommen skal dere være. Og bare forsyn dere, sier han med et lunt smil, idet han peker på kaffekoppene og den fristende sjokolade-

skålen som han har plassert midt på bordet. Han lener seg tilbake i stolen og folder hendene over bakhodet: – Da er jeg klar for *Utposten*.



Egen primærhelsetjenestemelding

UTPOSTEN: Leger og helsepersonell som har sitt daglige arbeid i helsevesenet, spør seg: Gjør det egentlig noen forskjell hvem som er helseminister – om det er Høie, Gahr Støre eller Strøm-Erichsen? Hva har statsråden å si til dem?

– Vi har ulik politikk, ulike prioriteringer og ulike saker vi jobber med. Det er poenget – og det kommer til å gjøre en forskjell. Politikken som føres betyr mer enn akkurat hvem som sitter på statsrådsposten. Hadde det ikke vært slik, ville jeg ikke drevet på med dette.

UTPOSTEN: Etter et halvt år i statsrådsstolen: Hva gleder og hva frustrerer deg mest i helsevesenet?

– Det som gleder meg, er tanken på alt det fantastiske arbeidet som gjøres hver dag i norsk helsetjeneste. Vi får mange positive tilbakemeldinger fra pasienter som opplever dette og er takknemlig for den helsetjenesten vi har. Jeg er ikke en person som lett blir frustrert, men jeg har jo mye som jeg ønsker å jobbe med, forbedre og endre.

Jeg er opptatt av møtet mellom pasienten og helsevesenet – og at vi tar utgangspunkt i pasientens opplevelse når vi organiserer helsetjenesten. Vanligvis skal det mye til å gjøre meg frustrert, men de gangene det skjer i helsepolitikken, er det som oftest når jeg opplever at andre hensyn enn pasientens beste har vært i fører setet i en bestemt sak.

UTPOSTEN: Hvordan opplever du rollen som statsråd?

– Iblant hører jeg folk si: Stakkers deg, du har jo fått uriasposten i regjeringen! Men saken er at jeg har jobbet med helsetjenestespørsmål i mange år. Jeg er vant til engasjement og en del temperatur – det er ut-

ner

trykk for at saker betyr mye for folk, at ting virkelig er vesentlig. Det tror jeg også helsearbeidere og ledere i helsetjenesten gjør – de drives av det samme, av den samme motivasjon som ligger i å vite at ting betyr mye for folk.

UTPOSTEN: Kan du «finne fem feil» i dagens Helse-Norge – ting du ønsker å rette på?

– Vi jobber med endringer i hele helsetjenesten. En ny folkehelsemelding er på trappene, vi er i gang med den første stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten, en ny nasjonal helse- og sykehusplan, vi arbeider med å innføre fritt behandlingsvalg og er i gang med en opptrappingsplan for rus og rehabilitering. Der har jeg nevnt fem planer som gjenspeiler store utfordringer.

– La meg si litt mer om hvorfor vi lager en primærhelsetjenestemelding. Min analyse er at pasientene som mottar helsehjelp på kommunenivå, i for stor grad blir møtt av en silo-organisert helsetjeneste, det vil si en helsetjeneste som ikke er godt nok tuftet på tverrfaglig samarbeid. Fastlegene har behov for flere kolleger, jeg tenker da på psykologer, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter. Og pasientene på sin side må få oppleve mer robuste og sammenhengende tjenester der tilbyderne tenker mer helhetlig. Derfor er det på sin plass å beskrive hva primærhelsetjenesten skal gjøre. Her vil jeg trekke inn regjeringens store prosjekt: en kommunereform som skal sikre gode og robuste velferdstjenester. Det er det store bildet. Så mener jeg at det innen spesialisthelsetjenesten er altfor mange pasienter som venter unødvendig lenge på behandling uten at det er medisinsk begrunnet, at det skjer for mange feil fordi en ikke har tenkt nok rundt pasientforløp. Helsetilsynets gjennomgang av risiko i norsk kreftbehandling fra 2010 viser at det skjer feil i forbindelse med diagnostisering, feil som med stor sannsynlighet kan få alvorlige konsekvenser og eventuelt dødelig utgang for noen pasienter. Konklusjonen i den rapporten er at når tjenes-



Den kommende primærhelsetjenestemeldingen skal rette oppmerksomheten mot sammenhengende tjenester og behandlingsforløp, sier helseministeren.

ter blir brutt opp og fragmentert, øker risikoen for feil. Jeg arbeider derfor for å redusere både ventetid og behandlingsforløp. Dette vil gi mer sammenhengende tjenester og bedre behandlingsresultater for pasientene.

UTPOSTEN: Vi må få skyte inn: Et irritasjonsmoment i fastlegenes hverdag knytter seg til dagens henvisningspraksis når det gjelder pasienter som blir vurdert i spesialisthelsetjenesten. Når en spesialist vurderer det slik at en pasient bør tilses av en annen spesialist, er det dessverre for ofte slik at pasienten blir sendt tilbake til fastlegen – istedenfor at spesialisten selv henviser

videre i systemet. Dette skaper unødige opphold i pasientforløpet. Er ikke det meningsløst?

– Det har jeg planer om å gjøre noe med. Pasienter med uklare symptomer blir altfor ofte sendt frem og tilbake mellom spesialistundersøkelser og fastlegen. Dette gjentar seg gang på gang. Vi ønsker derfor å etablere diagnosesentre ved de største sykehusene. Ved å samle kompetanse og utstyr ved slike sentre, vil pasientene få raskere diagnostisering og mer sammenhengende diagnoseforløp. Erfaringer fra blant annet Danmark viser dette. Min plan er å starte med kreft, men modellen bør også gjelde andre sykdomskategorier.



Kunsten å kommunisere

Statsråden ønsker seg bedre dialog i helse-tjenesten: bedre dialog mellom pasient og lege og mellom fastlegene og spesialisthelsetjeneste. Er dialogen god, blir helse-tjenesten bedre – og pasientene får bedre hjelp, poengterer han.

– Spesialisthelsetjenesten driver med dia-gnostikk og behandling, men det er jo fast-legen og pasienten som er spesialister på pasientens vanlige helse. Når de er enig om at noe er galt og det er behov for videre ut-redning, må dette tas på alvor av spesialisthelsetjenesten – som på sin side må bli flin-kere til å samarbeide med fastlegene, sier Bent Høie.

Han viser til en samhandlingsmodell

som Ringerike sykehus har tatt i bruk, en modell han omtaler som både enkel og ge-nial: – Der har man tatt i bruk helt ny og revolusjonerende teknologi, nemlig tele-fonsvarer, sier Høie med smittende latter. – I praksis går det ut på at dersom fastlegen har mistanke om at en pasient har kreft, kan legen ringe inn sitt navn og telefon-nummer. Så vil en sykehusspesialist ringe tilbake innen 24 timer og snakke direkte med fastlegen og drøfte det aktuelle syk-domstilfellet. Og hvis de to er enige om at det er behov for videre utredning, blir pasi-enten innkalt i løpet av nærmeste døgn. Det som da skjer i den samtalen – og det er jeg veldig opptatt av – er for det første at pasienten får en rask avklaring om veien

videre. For det andre blir fastlegen og spe-sialisten kjent med hverandres utfordrin-ger. De lærer – for hver samtale – mer om hverandres kliniske hverdag. Jeg tror man-ge misforståelser og feil i helsevesenet skyldes at folk ikke snakker godt nok med hverandre. Ikke minst gjelder det kommu-nikasjon mellom fastleger og spesialister.

UTPOSTEN: Bedre kommunikasjon mellom fastleger og spesialister forutsetter at det finnes gode systemer for elektronisk til-bakemelding. I dag kan fastleger henvise elektronisk, men vi kan ikke få raske til-bakemeldinger. Hva tenker du om det?

– Det vil jeg også gjøre noe med. Vi frem-mer derfor et lovforslag som åpner for at

helsepersonell ikke er avhengig av å «melde» til hverandre, men at man kan hente og dele informasjon mellom ulike juridiske enheter. Når lovverket kommer på plass, blir neste utfordring å lage IKT-systemer som kan håndtere det.

UTPOSTEN: Du har sagt litt om primærhelsetjenestemeldingen. Vil den danne et grunnlag for nasjonal sykehusplan?

– Ja, tanken er å fremme primærhelsetjenestemeldingen neste vår og nasjonal sykehusplan høsten 2015. Meldingen blir dermed et viktig fundament for planen. Primærhelsetjenesten har tidligere ikke hatt «sin egen» stortingsmelding. Primærhelsetjenesten blir ofte omtalt som et slags «noe» som kommer før spesialisthelsetjenesten eller et «noe» som eksisterer i tillegg til pleie- og omsorgssektoren. Det er på tide å formulere hva vi faktisk ønsker og forventer av kommunale helsetjenester til befolkningen. Samhandlingsreformen tar til orde for at flere oppgaver skal overføres til kommunene, men den definerer ikke godt nok hva disse oppgavene og tjenestene skal være. Dersom vi skulle skissere en ideell kommunehelsetjeneste for alle norske kommuner – fra Utsira til Oslo – kunne vi ikke ha for høye ambisjoner, fordi mange kommuner er for små enheter til at de er i stand til å innfri. Regjeringens ambisjoner for primærhelsetjenesten går langt ut over det som er mulig å få til med dagens kommunegrenser, understreker Høie.

Øyeblikkelig hjelp-senger

Statsrådets vyer bringer samtalen videre til samhandlingsreformen. Vi påpeker at reformen stiller store krav til kommunene – og for mange små kommuner er kravene større enn hva de er i stand til å levere og håndtere. Særlig gjelder det pålegget om å etablere kommunale øyeblikkelig hjelp-senger, som skal representere et alternativ til sykehussengeplasser – men av minst like god kvalitet. Det stilles krav til at leger skal være tilgjengelig på kort varsel for å betjene disse sengene, hvilket betyr at mange små kommuner ønsker slike senger i kommunen.

UTPOSTEN: For små kommuner kan en slik desentralisering være vanskelig å forene med den parallelle sentraliseringen av ulike tjenester, her tenker vi blant annet legevakt. På den ene side vil kommunene redusere vaktbelastningen for legene, men på den annen side skal man tilfreds- stille nye krav som samhandlingsreformen og nødnettstiller. Her ligger det et

bemanningsparadoks når det gjelder bruken av legeressurser. Hvilke tanker gjør du deg om dette?

– Det foreligger ekspertanbefalinger om at kommunens befolkningstørrelse som et minimum bør være 10–12 000 innbyggere dersom samhandlingsreformen skal fungere. I det minste må vi sikre at det finnes god nok kompetanse til å drive kommunale øyeblikkelig hjelp-senger. Her finnes gode eksempler fra samarbeidende kommuner, blant annet i Østfold. Systemet forutsetter også kvalitets- og kompetansekrav til legevaktstjenesten. Dette vil vi arbeide videre med i primærhelsetjenestemeldingen.

Mer profesjonssamarbeid

Høie forteller at mye av hans strategiske tenkning rundt primærhelsetjenesten ble inspirert av et besøk ved Sunnfjord medisinske senter i Florø for noen år siden. I Florø er fastlegene samlokalisert med helsestasjonen, psykolog og ikke minst det desentraliserte tilbudet fra Helse Førde. Her er det avtalespesialister, både kommunalt ansatte og privatpraktiserende fysioterapeuter; her er optiker, apotek og NAV-kontor.

– Vi snakker nærmest om en komplett primærhelsetjeneste samlet på ett sted. Går vi til Sverige, ser vi en parallell struktur i vårdsentralene. For meg fremstår slike enheter som foregangsmodeller for primærhelsetjenesten i Norge.

UTPOSTEN: For en del år siden konkluderte Helsedirektoratet med at det var behov for 2700 nye fastleger. Også Legeforeningen og ulike fagmiljøer påpeker at allmennlegetjenesten må styrkes med flere fastlegehjemler og videreutvikles med utdanningsstillinger i allmennmedisin. Samtidig vet vi at en rekke områder av landet, spesielt utkantstrøk, har vansker med å rekruttere unge leger til fastlegearbeid. Hva tenker statsråden rundt denne utviklingen?

– Ja, vi har behov for flere fastleger. På mange steder er primærhelsetjenesten preget av ustabil legedekning og vikarstafetter. Dessuten eldes befolkningen og dermed vil flere få bruk for fastlegetjenester. Vi ser også at aldersprofilen for fastlegene går i samme retning, og at avgangen derfor vil øke i årene som kommer. Skal fastlegearbeidet bli mer attraktivt, må vi satse mer på å bygge opp primærmedisinske enheter som gir legene faglig fellesskap og større trygghet, slik jeg har vært inne på. Den tenkningen som gjaldt for bare en generasjon siden, at leger startet opp egen praksis med all den risikoen det innebar, finner vi

ikke i samme grad hos dagens unge leger, hvor flertallet er kvinner. Så bør vi åpne for at andre helsepersonellgrupper kan overta en del av fastlegenes oppgaver. Her tenker jeg for eksempel på spesialutdannede sykepleiere som kan avlaste fastlegene i oppfølgingen av pasienter med kroniske lidelser og sammensatte helseproblemer. Dagens refusjons- og finansieringssystem legger ikke til rette for dette, og det er et spørsmål jeg ønsker å ta opp i PHT-meldingen.

Vi benytter anledningen til å vise statsråden noen artikler i *Utposten* nr 1/2014 som omhandler nettopp økt bruk av sykepleiere til primærmedisinske oppgaver – en ordning som er etablert i flere land, deriblant USA. Bent Høie bekrefter at dette er i tråd med hans egne visjoner, og en ønsket utvikling i norsk primærhelsetjeneste.

UTPOSTEN: Hva så med behandling av psykiske lidelser i primærhelsetjenesten? Vil statsråden arbeide for å styrke psykologtilbudet i kommunene?

– Det er behov for flere psykologstillinger, og det er naturlig at psykologer samarbeider med fastleger og skolehelsetjeneste. Ved vårdsentralen på Gustavsberg utenfor Stockholm er det om lag 20 leger og 10 psykologer, en fordeling de mener samstemmer med pasientens behov for helsehjelp. Der er det ikke snakk om å henvise den enkelte pasient til en psykolog i byen, men å sørge for at vedkommende får hjelp der og da. Somatiske og psykiske helseplager er ofte sammenvevd, – og da er det viktig å ha arenaer der leger og psykologer arbeider sammen. Det gir en verdifull dynamikk og en ny måte å tenke på i pasientbehandlingen – ikke minst i legevaktarbeidet. Et slikt system vil være til stor hjelp for pasienter med rus- og psykiatriproblemer.

UTPOSTEN: Hva mener du må til for å styrke kapasiteten i fastlegeordningen?

– Kapasiteten i fastlegeordningen vil bli en viktig sak i primærhelsetjenestemeldingen. I år bevilger regjeringen ca. 50 millioner kroner til rekrutteringstiltak. På lengre sikt må vi satse mer på å bygge opp robuste og tverrfaglige fellesskap, der fastlegene får avlastning på ulike områder ved at andre helsepersonell overtar visse oppgaver. På samme måte må vi bygge opp en robust legevaktstjeneste som er sterkt integrert i primærhelsetjenesten. Nok et fornuftig tiltak vil være å stille krav til fastlegene om spesialisering i allmennmedisin. Alt dette dreier seg om å styrke kompetanse og robusthet i hele primærhelsetjenesten, noe som også vil gjøre det mer attraktivt for leger og helsepersonell å jobbe der.

Brukermedvirkning

Rus og psykiatri er erklærte satsningsområder for regjeringen. Tilbudet til mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer skal styrkes, både ved å satse mer på forebygging og ved å bygge ut lavterskeltilbudet i kommunene. Et sentralt begrep i denne sammenhengen er brukermedvirkning – noe statsråden har gjort seg til talsmann for ved en rekke anledninger.

UTPOSTEN: Hvordan skal vi forstå og operasjonalisere «brukermedvirkning» i arbeidet med mennesker med psykisk sykdom og rusproblemer?

– Brukermedvirkning handler om alt fra behandlingen av og tilbudet til den enkelte. La meg si det slik: «I helsetjenesten skal det ikke være noen beslutninger om meg uten meg». Det gjelder ikke minst mennesker med rusavhengighet og psykiske helseutfordringer. Det å involvere pasientene i behandlingsstrategier er et aspekt ved dette, det annet er brukervirkning helt opp til mer overordnede strategier om hvordan vi skal utvikle helsetjenesten. Når vi nå skal oppnevne tre ekspertgrupper for nasjonal helse- og sykehusplan, har jeg sagt at én av disse gruppene skal være brukere. Brukerstemmen skal høres på alle nivåer. Jeg mener at pasientene er de mest radikale endringsagentene vi har i helsetjenesten.

Hvis vi i arbeidet med å utforme helsetilbudene hadde spurt pasientene hvordan de ville ha det, tror jeg at ting ville være ganske annerledes.

– Brukerstyrte senger er et godt eksempel på et tiltak som reduserer bruken av døgnpsykiatriske tjenester. Dette handler om trygghet. Det samme ser vi i eldreomsorgen: Kommuner som har avlastnings- og trygghetsavdelinger for sine hjemmeboende eldre, har mindre pågang av folk som vil inn på permanente pleieplasser. Når det gjelder å involvere pasienter i beslutninger om helsehjelp, vil jeg nevne at UNN i Tromsø har laget en digital beslutningsplattform for nyrepasienter, der de går gjennom fordeler og ulemper ved de ulike alternativene fra dialyse til transplantasjon, og vurderer hva som er best ut fra egen livssituasjon – og i forhold til anbefalt behandling. Dette diskuterer de så videre med spesialistene og kommer frem til en enighet. Det er ikke alltid slik at pasientene velger det dyreste alternativet, jeg synes de fleste viser en nøktern holdning til behandlingsalternativer, ut fra egne behov og forutsetninger.

UTPOSTEN: Hvordan opplever du legers holdning til økt brukermedvirkning?

– Jeg opplever ingen uttalt motstand hos legene, men det vil føre til betydelige end-

ringer i måten man jobber på. Når det kommer klarere frem så kan vi nok møte større motstand.

De sykehusavdelingene som implementerer brukermedvirkning, erfarer at det skaper en mer interessant arbeidshverdag for dem som jobber der. For eksempel har OUS, når det gjelder brystkreftbehandling, og St. Olavs Hospital, når det gjelder hofte-transplantasjoner, laget forbilledlige systemer for å organisere arbeidet etter pasientforløp. Det som forunderer meg, når erfaringene er så positive, er at ikke flere gjør tingene på samme måte. Jeg opplever et genuint ønske i helsevesenet om å gi pasientene det beste tilbudet, men samtidig er det nok en del endringsvegning. Nettopp derfor trenger vi pasientene som endringsagenter.

Brytningstid

– Når det er sagt, er vi uten tvil inne i en brytningstid knyttet til forståelsen av legerollen og det skaper nok frustrasjon og motstand hos en del leger. Tradisjonelt er legeyrket bygd opp rundt ideen om mester-svenn-læring og om legen som den flinke individuelle håndverkeren. Men medisinen har løpt fra den måten å tenke og jobbe på; i dag stilles det krav til legene om å være teamarbeidere – sammen med andre profesjoner og yrkesgrupper – og det betyr at vi må organisere arbeidet på en helt annen måte. Innenfor medisinsk teknologi er man helt prisgitt denne måten å tenke og jobbe på. Når leger da hevder at de har mistet sin autonomi eller sin autoritet, kan det forstås som uttrykk for en frustrasjon over det rolleskiftet de opplever – og de endringene som skjer og som vil komme.

UTPOSTEN: Hvilke tanker gjør du deg om brukermedvirkning i primærhelsetjenesten – for eksempel i relasjonen mellom fastlege og pasient?

– Teknologien vil føre til store fremskritt – og forandre vår hverdag. For eksempel tror jeg at fremtidens pasient oftere vil sitte hjemme og ha direkte dialog med sin lege via teletekniske løsninger. Pasienten vil melde inn sine spørsmål og bekymringer til fastlegen før neste konsultasjon eller samtale – eller melde inn beskjeder eller måleresultater mellom to konsultasjoner. Teknologien vil føre til at mer av oppfølgingen vil foregå på pasientens hjemmearena og på pasientens premisser – og dermed vil teknologien bidra til å skape en mer likeverdig dialog mellom pasienten og legen, avslutter Bent Høie.



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.

Somaliske innvandrere og fastlegen

■ JENNY AUSTRHEIM HELLERUD

Medisinstudent ved Universitetet i Bergen

■ ESPERANZA DIAZ

Faglege og førsteamanuensis ved Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ STEFAN HJØRLEIFSSON

Faglege og førsteamanuensis ved Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Når pasienten kommer fra en annen kultur og har en annen bakgrunn enn fastlegen, kan kommunikasjonen bli utfordrende. Somaliske innvandrere har reist en lang vei før de setter seg i pasientstolen på fastlegekontoret. Denne artikkelen presenterer resultatene av en spørreundersøkelse som viser at selv om somaliere er fornøyd med den norske fastlegeordningen, er det viktig at legen er oppmerksom på den bagasjen – både kulturelt og psykisk – som innvandrerne bærer med seg til konsultasjonen.

Somaliere i Norge

Det bor nesten 30000 somaliske innvandrere i Norge, og somaliere utgjør dermed den fjerde største innvandrergruppen i landet (1). Gruppen utmerker seg på flere områder: Det er en stor andel registrerte arbeidsledige, størstedelen innvandret på 2000-tallet og nærmest alle er kommet som flyktninger eller gjennom familiegjenforening (2). Somaliene er et nomadisk folk og bor i flere land: Somalia, Etiopia, Djibouti og nord i Kenya (3). Hovedsaklig snakker somaliene somali. Tilnærmet hele befolkningen i Somalia er sunnimuslimer (4). Det



«Religion er det viktigste i vår kultur». FOTO: RUNE SÆVIG

antas at 98 prosent av kvinnene fra Somalia er omskåret, men det finnes ingen statistikk for hvor mange av deres barn som er omskåret etter at de har emigrert til Norge (5).

Spørreundersøkelsen

I denne undersøkelsen ble 23 somaliere i Bergen spurt om deres erfaringer med fastlegen og om hva de ønsket at fastlegen skulle ha av bakgrunnskunnskaper. Om trent 900 somaliske innvandrere og norskfødte barn med somaliske foreldre bor i

Bergen (6), og av disse ble 11 menn og 12 kvinner intervjuet med kvalitative og kvantitative spørsmål. Informantenes gjennomsnittsalder var 31,6 år (fra 19 til 54) og gjennomsnittlig botid i Norge var 7,8 år (fra 1,5 til 20). Informantene ble rekruttert ved hjelp av ulike kontakter i det somaliske miljøet i Bergen. Intervjuene ble gjennomført i perioden juni 2011 til mars 2012. Spørsmålene ble utformet med bakgrunn i en rekke artikler og bøker skrevet om temaene innvandrere og lege, kommunikasjon og Somalia.

Kultur, religion og gynekologi

Flere kvinnelige informanter forteller at det er bortimot utelukket for dem å ta opp gynekologiske tema hos mannlige lege. Informantene mener at legen bør kjenne til deres kultur og religion:

«Når de ser på navn og hvilket land vi kommer fra, bør de vite hvilken kultur vi har og hvilken religion. For eksempel er det ubehagelig med mannlige lege. Religion er det viktigste i vår kultur.»

Mange av de kvinnelige informantene tar opp det problematiske forholdet til mannlige lege eller tolk:

«Jeg skulle til legen og snakke om kvinneproblem da jeg fikk en mannlige tolk. Det viser at hun ikke vet noe om min kultur.»

og

«jenteting er vanskelig. Bedre å dø enn å fortelle at jeg har vondt nedentil.»

Noen har tatt hensyn til dette ved å velge en kvinnelig fastlege, men i tilfeller der den kvinnelige legen er i permisjon kan utfordringer oppstå i møte med en mannlige vikar:

«Jeg har gynekologiske problemer som jeg ikke kan fortelle den mannlige legen om. Jeg håper jeg treffer den kvinnelige legen snart.»

Det blir også påpekt at leger bør være klar over at de fleste somaliske kvinner er omskåret. Flere nevner at det er nødvendig å ta hensyn til Ramadan fordi mange ikke ønsker å bli undersøkt i denne perioden eller har problemer med å ta medisiner som skal tas sammen med mat midt på dagen.

«Resepter og vann»

Informantene forventet å få medisiner hos legen, og i motsatt tilfelle ønsket de å få gode forklaringer på hvorfor de ikke skulle ha medisiner. Informantene kjente seg ofte ikke igjen i vanlige råd som ble gitt. Det kom frem av flere svar at informantene opplevde forskjeller mellom Norge og Somalia både når det kom til legepraksis og matvaner.

EKSEMPEL: «I Somalia, hvis du går til legen, så får du medisin. Nesten aldri sier han (fast-

legen): Du må drikke vann. Jeg liker ikke at når jeg har vondt i magen eller hodet eller andre steder, så sier han: Du må drikke vann.»

Nettopp svar som omhandler drikking av vann var nevnt hyppig som et irritasjonsmoment hos informantene. Forventninger til legen var ofte at han/hun skulle «Skrive resept til medisin» og «Må vite at vi er vant til å få medisiner hos legen.» Det er kanskje med samme bakgrunn at dette svaret ble gitt:

«Forklare hvorfor han mener at jeg ikke trenger medisin hvis jeg tror jeg gjør det. Forklare godt.»

Fra Somalia til Norge

Rammene rundt legetimen virker uklare for noen av informantene. Mange uttrykte frykt for at legen skulle fortelle videre det som ble sagt under konsultasjonen. En informant ønsket seg

«Informasjon om taushetsplikt og hvordan systemet i Norge fungerer. Dette burde det bli informert om på skolen, for eksempel.»

Også forskjellen i landenes situasjon kom frem i flere svar:

«Han [legen] vet at jeg er vokst opp i et krigsland. Han bør vite om situasjonen jeg er i, at jeg må sende penger til venner og familie i Somalia. Jeg får ofte ikke sove, er sint»

og

«[...] det er krig i Somalia.»

Mange la vekt på at det var viktig å bli lyttet til og noen trakk frem samtale som et viktig terapeutisk virkemiddel. For eksempel svarte en på spørsmålet om forventninger til legen: «[Han må] Prate med meg, om hvordan jeg har det.» Da gjaldt det både at legen måtte forstå hvilke tanker som mange sliter med etter en oppvekst i krig.

Språklige utfordringer

Selv om flere av informantene oppga at de slet med å gjøre seg forstått og forstå legen, var de skeptiske til profesjonelle tolker og de mente at somaliere burde lære seg norsk. Flere ønsket seg informasjon på so-

mali, spesielt om kroppsdeler og vanskelige navn på sykdommer. På spørsmålet om hva somaliere selv kunne gjøre for å bedre kommunikasjonen mellom seg og fastlegen, var svaret «De må lære seg norsk» det absolutt dominerende.

Bruk av tolk bød på flere problemer. Flere foretrakk å bruke slektninger eller ektefelle som tolk, og det så ut til at det ikke alltid var tolk tilgjengelig hvis det var behov for det:

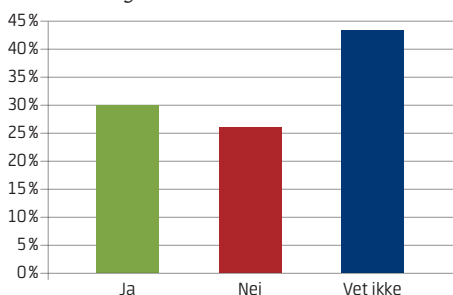
«Datteren min er tolk. Hvis ikke hun kan, bestiller vi tolk. Hvis ikke tolk er tilgjengelig, bruker vi tegnspråk.»

Som tidligere nevnt kunne tolkens kjønn også spille en rolle.

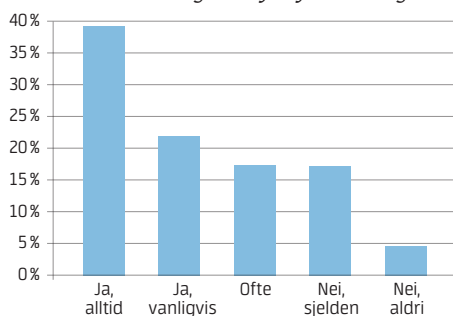
Diskusjon

Hovedfunnet i denne undersøkelsen er at det er viktig for legen å være bevisst den bagasjen – både kulturelt og psykisk – som somaliske innvandrere bærer med seg til konsultasjonen. Det er vist at konsultasjoner der lege og pasient kommer fra forskjellige kulturer tar lenger tid (7). Det ser ut til at det er nødvendig å ta seg litt mer tid enn ved andre konsultasjoner for å finne ut hva pasientens forventninger til timen er. Til det kvalitative spørsmålet om hva fastlegen bør vite om den somaliske kulturen, er det flere svar som har med religion å gjøre. Utsagn som inkluderte ordene «muslim», «ramadan», «kjønnslemlestelse» og «religion» ble tolket som slike svar. I lys av dette er det overraskende at kun tre svarer at religion påvirker forholdet mellom dem og legen seinere i undersøkelsen. Informantene kan ha følt at de allerede hadde svart på religionsspørsmålet under kulturspørsmålet – eller de kan se på religion som en naturlig del av hverdagen som ikke trenger å påvirke forholdet mellom legen og dem. 16 av 22 svarer at kulturen ikke påvirker forholdet mellom dem og fastlegen i det hele tatt. Dette er også overraskende når det er så stor grad av innhold i svarene generelt som kan kobles til kultur. En mulig årsak til dette er at ordet «kultur» betyr noe annet for informanten enn for inter-

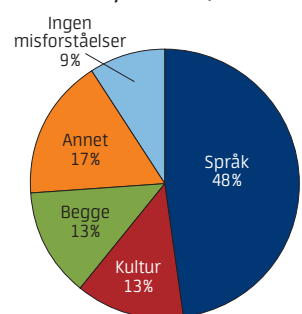
GRAF 1: Vet legen nok om kulturen din?



GRAF 2: Føler du at legen innfrir forventningene dine?



GRAF 3: Hvis det oppstår problemer, hva er årsaken?



KVALITATIVE SPØRSMÅL STILT TIL INFORMANTENE

- Hva forventer du at fastlegen skal gjøre for deg?
- Hva synes du at fastlegen bør vite om kulturen din?
- Hva kan du fortelle til fastlegen din?
- På hvilken måte påvirker religionen din forholdet mellom deg og legen din?
- Er det noen problemer, som du kanskje tenker er på grunn av din kultur, som oppstår oftere enn andre hos legen?
- Har du noen meninger om hva som bør endres for at fastlegetilbudet skal bli bedre?
- Hva kan somaliske innvandrere gjøre for å forstå legen sin bedre på tross av forskjellige kulturer?

BOKS 1

vjuer, eller at informantene er usikre på hva det vil si at lege-pasient-forholdet blir påvirket av kultur. At pasienter blir forvirret og usikker når legen spør om kulturen deres, er vist i flere studier (8, 9). Det kan derfor se ut til at det er fornuftig for legen å fokusere på konkrete utfordringer istedenfor å bruke kulturbegrepet under konsultasjonen.

Ti informanter svarer at de ikke vet om legen vet nok om kulturen deres. Dette kan tyde på at kultur ikke blir omtalt eller er et tema i konsultasjonen. Ut i fra at så pass mange er fornøyd med fastlegen sin (18 er svært fornøyd eller fornøyd) kan det se ut til at informantene ikke synes det er nødvendig å snakke om disse tingene med legen, og kanskje det heller ikke oppleves noen utfordringer som knyttes til kultur.

Studien viser at mannlige leger bør være oppmerksom på hvilke grenser en kvinnelig somalisk pasient kan ha. Flere av de kvinnelige informantene oppga likevel ingen problemer med en mannlig fastlege. Det bør med andre ord heller ikke tas for gitt at den kvinnelige pasienten har behov for spesiell tilrettelegging. Det er likevel av stor viktighet å vite hvor grensene går for den enkelte pasient fordi konsekvensene av ikke å ha kartlagt dette kan bli store. Man kan blant annet risikere å overse alvorlige underlivssykdommer på grunn av manglende informasjon fra pasienten.

Ønsket om å bli lyttet til er selvsagt ikke spesifikt for somaliske innvandrere. Men, sammenholdt med svar på andre spørsmål i studien kan det mistenkes at fastlegen ikke alltid får frem pasientens forventning med legetimen. Svar som «Hun må slutte å si at jeg skal drikke vann» tyder på at lege

og pasient ikke har møtt hverandre i en felles forståelse av hva som er nødvendig for å bli frisk. En slik felles forståelse er et mål i Epsteins beskrivelse av pasientsentrert kommunikasjon (10).

Det er altså forskjellige behov blant informantene når det kommer til hvilke hensyn legen skal ta. Her kan begrepet «kulturell bevissthet» komme til nytte. Kulturell bevissthet kan beskrives som en holdning hvor en erkjenner både den kulturen man møter og sin egen kultur (11). På denne måten kan en være oppmerksom på forskjellene mellom sin egen og pasientens bakgrunn; sine egne og pasientens forventninger, og på at ens egne holdninger kan være resultat av egen bakgrunn og ikke nødvendigvis er «nøytrale». Andre studier, som Watchler og medforfatter, støtter også opp om at det er fornuftig for fastlegen å være bevisst både pasientens og ens egen kultur under konsultasjonen (12).

I en nederlandsk studie med video-opptak av 87 allmennmedisinske konsultasjoner ble det funnet at det var større sannsynlighet for at det ikke ble oppnådd felles forståelse hvis pasienten tilhørte en etnisk minoritetsgruppe (13). Her ble det hovedsakelig pekt på forskjellig oppfatning av sykdom og forventninger til konsultasjonen som hovedårsak. I Norge viste Nystad m. fl. at det i samisktalende områder var en signifikant lavere tilfredshet med den kommunale helsetjenesten blant de samisktalende, enn blant de norsktalende pasientene (14). Språk ble fremhevet som viktigste årsak til dette. Også vår studie av somaliske innvandreres utfordringer i møte med fastlegen påpeker en rekke utfordringer knyttet til kultur, matvaner og språk, noe som både kan tenkes å føre til misforståelser og misnøye. Trass i dette svarer flertallet i vår studie at de er svært fornøyd med fastlegen sin. Dette kan enten bety at selv om misforståelser og utfordringer oppstår, er de ikke så alvorlige at de fører til misnøye, eller at informantene forsøkte å være høflige og nedtone sin misnøye i undersøkelsen.

Konklusjon

Somaliske innvandrere i Bergen ser ut til å være fornøyd med fastlegeordningen. Det er likevel viktig for legen å være var den bagasjen, både kulturelt og psykisk, de somaliske innvandrerne bærer med seg til konsultasjonen. Konkrete kunnskaper som peker seg ut som nyttige for legen inkluderer:

- Den dominerende religionen hos somaliske innvandrere er sunni-islam. Dette

innebærer at forholdet mellom kvinnelig pasient og mannlig lege kan by på utfordringer, ikke minst når det kommer til undersøkelse.

- Landet Somalia har vært i krig og uroligheter i lang tid og er det fremdeles.
- Det forventes ofte medikament-utskrivelse eller en god forklaring på hvorfor ikke det skrives ut medisiner under et legebesøk. «Ikke-tilpassede» norske råd er ikke godt likt.
- Bruk av tolk gir mange utfordringer og pasientene foretrekker ikke alltid profesjonell tolk.
- Pasientene ønsker seg informasjon om taushetsplikten og brosjyrer på somali, men har også ønske om å bedre sine norskkunnskaper.

REFERANSER

1. Statistisk Sentralbyrå, Folkemengde 1. januar 2011 og 2012 og endringene i 2011, etter innvandringskategori og landbakgrunn. Absolutte tall 2012; Available from: <http://www.ssb.no/innvbeftab-2012-04-26-01.html>.
2. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere i Norske Kommuner. [Rapport] 2009; Available from: http://www.ssb.no/emner/02/01/10/rapp_200936/rapp_200936.pdf.
3. SomNor. Kultur og historie. 2007; Available from: http://www.somnor.no/web/index.php?option=com_content&task=view&id=16&Itemid=23
4. FN-sambandet. Somalia. 2012; Available from: <http://www.globalis.no/Land/Somalia>.
5. Utlendingsdirektoratet, K.-o.r.o. Dialog mer effektivt enn konfrontasjon. 2002. Available from: http://www.regjeringen.no/nb/dep/ad/dok/tidskrift_nyhetsbrev/2002/nyhetsbrev-om-norsk-flyktning-og-innvan-11.html?id=273916.
6. Statistisk sentralbyrå. Innvandrere og norskfødte med innvandrerbakgrunn. [Pdf] 2009 1.jan 2009; Available from: http://www.ssb.no/emner/02/01/10/rapp_200936/rapp_200936.pdf
7. Cooper L, et al., Patient-Centered communication, ratings of care and concordance of patient and physician race. *Annals of internal medicine* 2003, 139(11): p. 907
8. Cave A, M.U., Gibson N, Jackson E. Physicians and immigrant patients. *Can Fam Physician* 1995. 41: p. 1685-90.
9. Car J, P.M., Crosscultural communication in those with airway diseases. *Chron Resp Dis* 2004. 1: p. 153-60.
10. Epstein, R.M., et al., Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med*, 2005. 3(5): p. 415-21.
11. Diaz, E., Konsultasjoner med fremmedspråkelige. Refleksjoner over en pasient. *Utposten*, 2012. 41: p. 27-30.
12. Wachtler C, B.A., Troein M, Meeting and treating cultural difference in primary care: a qualitative interview study. *Family Practice*, 2005. 23: p. 111-5.
13. Van Wieringen, J.C., J.A. Harmsen, and M.A. Bruijnzeels, Intercultural communication in general practice. *Eur J Public Health*, 2002. 12(1): p. 63-8.
14. Lund E, Nystad T, Melhus M., Samisktalende er mindre fornøyd med helsetjenesten. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006. 6: p. 126: 738-40.

■ JENHELLERUD@GMAIL.COM

Samarbeid om etterbehandling på Røros – et tilbud som gir gevinster

■ HELGE LUND • Kommuneoverlege for Røros, Os og Holtålen

■ HEGE LILJEDAHL STEENE • Allmennlege på Røros og adm. lege ved EEO

■ KRISTIAN ONARHEIM • Allmennlege i Os, Østerdalen og systemansvarlig lege ved EEO

I flere år har Røros og Holtålen kommuner i Sør-Trøndelag samarbeidet med St. Olavs Hospital om å drive Enhet for kommunal etterbehandling og observasjon ved Røros Sykehus. Driften omfatter seks senger for etterbehandling, to for kommunalt akutt døgntilbud (KAD) og en seng som legevakten disponerer. Erfaringene er gode.

Enhet for kommunal etterbehandling og observasjon (EEO) ble etablert i 2010 etter avtale mellom de to kommunene og St. Olavs Hospital. EEO er samlokalisert ved Røros sykehus – som driver elektiv virksomhet innen ortopedi, gynekologi og øre-nese-hals-sykdommer samt spesialistpoliklinikker innen ortopedi, gynekologi, kardiologi, lungemedisin, hudsykdommer og psykiatri.

Tidligere hadde anestesilegene den daglige visitten ved enheten, men også det har endret seg: Høsten 2012 tok kommunen over det medisinske ansvaret for helgene

og fra våren 2013 har allmennlegene i Røros og Holtålen hatt ansvaret for legetjenesten ved EEO. Anestesilegene har fortsatt ukentlige møter med allmennlegene for å gi veiledning i behandlingen av innlagte pasienter.

Fakta og finansiering

Veien frem til dagens ordning er preget av gjentatte trusler om nedleggelse og tilsvarende antall illsinte fakkeltog med stor lokal mobiliseringsevne. Røros kommune inngikk en avtale om etablering av EEO ved sykehuset som svar på samhandlingsreformen og for å sikre drift i forbindelse med at all protesekirurgi ble sentralisert til hovedsykehuset på Øya. Dette medførte at dagkirurgi – driftet av St. Olav – kunne fortsette. Sykepleierne ved sykehuset er de samme som jobber ved EEO. Dagkirurgisk virksomhet er avhengig av noen sengeplasser i fall det skulle oppstå komplikasjoner som krever observasjonstid natten over.

Røros ligger 16 mil fra Trondheim og 5,5 mil fra Tynset. Nedslagsfeltet for kirurgi er Midt-Norge og Nord-Østerdalen. Røros

kommune (med 5600 innbyggere) er vertskommune for driften av EEO. Holtålen kommune (2020 innbyggere) er medaktør. De to kommunene har seks etterbehandlingssenger og to KAD-senger til disposisjon (TABELL 1 OG 2). Dette er noe overdimensjonert i forhold til nasjonale normer, men det henger sammen med tilbudet ved Røros sykehus og at det må være en viss størrelse på en sengepost for at den skal være drivverdig.

«Mulighetsstudien ved Nye Røros Sykehus» i 2009 viste at de økonomiske gevinstene av å dimensjonere ned var begrenset i forhold fleksibiliteten noen ekstra senger gav med tanke på å gi tilbud til flere kommuner og videreutvikle tilbudet til å inkludere andre pasienter. Røros inviterer andre kommuner inn til å bruke etterbehandlingssengene ved EEO til en døgnpris på 2000 kroner – som er lavere enn «straffepriisen» for utskrivningsklare pasienter ved sykehusene. Slik fristes andre kommuner inn i en fremtidig felles drift, slik at kostnadene går ned og antall sengeplasser harmonerer mer med behovet. Flere kommuner har inngått intensjonsavtale om kjøp av slike sengeplasser.





Gangbroen mellom sykehuset – som rommer EEO – og legekantoret på Røros har både praktisk og symbolsk betydning. FOTO: HEGE LILJEDAHL STEENE

Driften av EEO er et spleiselag bestående av Helse Midt-Norge, St. Olav og Røros kommune – med ca 1/3 hver. Det er stadige spøkelseser om at de to første skal trekke seg ut og overlate finansieringen til kommunene. Da vil det bli kostbart å drive dette. Motargumentene vi i kommunene har, er at St. Olav er avhengig av de aktuelle senene for å sikre den dagkirurgiske tjenesten.

Organisering, legebemanning og visitt

Røros legevakt-distrikt – bestående av Røros, Os og Holtålen – betjener 10 000 innbyggere og har sin base ved Røros sykehus, vegg i vegg med legesenteret (bilde). Dette er en forutsetning for at legevaktlegene kan betjene EEO.

I ordinær arbeidstid er det allmennlegene i Røros og Holtålen som har det medisinske ansvaret. En lege dekker én uke av gangen. Røros dekker tre av fire uker i turnusen. Legene arbeider 12,5 timer pr. uke, svarende til 33 prosent legestilling. Denne er det ikke kompensert for, hvilket inne-

bærer en tilsvarende nedgang i kurativ tjeneste. I helgene er det legevakten som dekker legetjenesten.

Ved overtakelsestidspunktet i april 2013 hadde man lite oversikt over tidsbruken til legen på EEO. Anestesilegene ved Røros Sykehus hadde ansvaret. De gikk visitt mellom operasjonene på dagkirurgen. Det forelå ingen lignende enheter, så man estimerte et tall basert på det sykepleierne på avdelingen anslo at anestesilegen brukte. Før overtakelsen hadde kommunene hatt ansvaret for EEO i helgene. Men med bruk av legevakten i helgene og anestesilegene på hverdager, opplevde sykepleierne liten kontinuitet i arbeidet. Visittgang ble ofte oppstykket, da anestesilegen jobbet fullt på dagkirurgen. I dag betjenes EEO av tre fastlønnede kommuneleger som er under spesialisering i allmennmedisin.

Etter å ha prøvd ut ulike modeller for pasientvisitt, valgte vi å samle visitttiden til kl 13:00–15:30. Dette har gjort arbeidet mer kontinuerlig og bidratt noe til å redusere overtid. Det er laget eksklusjons- og inklusjonskriterier for hvilke pasienter som skal

være i avdelingen, retningslinjer for innleggelse samt en kortfattet folder til kommunene – for lettere å vurdere aktuelle kandidater.

Legearbeidet

Alle innlagte pasienter har legetilsyn minimum to ganger pr. uke. Nye pasienter skal tas imot av lege innen dagen etter ankomst. Innskrivning skjer i visittiden. Journalsystemet er Doculive, som er felles med St. Olavs Hospital.

Mellom 15:30 og 08:00 på hverdager og i helgene har legevakten ansvar for EEO. Legevaktlegen får rapport om innliggende pasienter fredag ettermiddag. Legevaktlegen har en times visitt lørdag og søndag og ansvar for å følge opp eventuelle prøvesvar og nyoppståtte problemer. Legevaktlegen skriver inn pasienter som kommer fredag ettermiddag. Epikriser skrives primært av fast ansatte EEO-leger. Er det pasienter som akutt må overflyttes sykehus utenom visittiden, gjøres dette av legevaktlegen.

TABELL 1: Etterbehandlingssenger

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Kommuner med avtale om bruk. Andre kommuner som har inngått intensjonsavtale kan kjøpe plass for 2000 kr/døgn	Barn under 16 år
Pasienter som anses ferdigbehandlet innen 4 uker	Rus og psykiatri
Behov for etterbehandling etter somatisk sykdom	Pasienter med avansert demens*
Ferdig medisinsk utredet	
Behandling igangsatt	

* Vi tar imot etterbehandling av pasienter med lettere demens der hoveddiagnosen tilsier behov for rehabilitering/etterbehandling – feks. oppptrening etter FCF og sluttføring av i.v. antibiotikakur

TABELL 2: Kommunal øyeblikkelig hjelp-seng

INKLUSJONSKRITERIER	EKSKLUSJONSKRITERIER
Kommuner med avtale om bruk	Barn under 16 år
«Grønne» og «gule» pasienter	«Røde» og «oransje» pasienter
Pasienter som kan bli ferdigbehandlet innen 7 dager	Pasienter med behov for spesialisthelsetjeneste
Pasienter med medisinske og kirurgiske tilstander	Rus og psykiatri



Inne fra avdelingen ved EEO Røros. FOTO: HEGGE LILJEDAHL STEENE

Etter ett års drift erfarer de faste EEO-legene at arbeidet er et berikende supplement til vanlig allmennpraksis. Sykepleierne opplever at allmennlegene bidrar til stabilitet og forutsigbarhet. Utfordringen er å optimalisere visittiden i forhold til postrutiner, sykepleiernes vaktskifte og driften ved legekantoret. I perioder med stor pågang ved legevakten, oppleves arbeidet ved EEO vanskelig å kombinere med legevaktarbeidet. En må trolig ha flere leger på vakt i slike perioder.

Pasienter og diagnosegrupper

Data- og resultatregistreringen startet før samhandlingsreformen og før begrepene kommunal øyeblikkelig hjelp, KAD-tilbud og etterbehandling var etablert. Virkeligheten kan avvike fra det som kommer frem gjennom tall, og vår erfaring er at dataene er mest anvendelig som et diskusjonsgrunnlag for å utvikle tilbudet. De bør ikke sees på isolert – uten å ta høyde for hvordan belegget ved sykehjemmene har vært og hvilke politiske prioriteringer innen

helse de samarbeidende kommunene har gjennomført. Overføringsverdien til andre kommuner må sees i lys av dette.

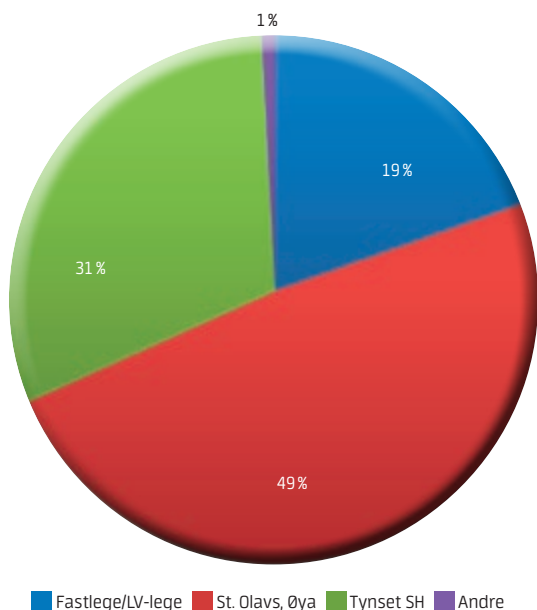
Totalt ved EEO har 406 pasienter produsert 3423 liggedøgn. Det gir en gjennomsnittlig liggetid på 8,4 liggedøgn for kommunal øyeblikkelig hjelp (KAD) og etterbehandling fra sykehus samlet. I perioden 2011–2013 har bruken økt med 539 liggedøgn (fra 1466 til 2005), det vil si 37 prosent.

Vertskommunen Røros står for den største økningen på i alt 457 liggedøgn sammenlignet med 2011, det vil si 48 prosent. Til sammenligning har samarbeidskommunen økt bruken med 44 prosent (146 liggedøgn). Dette tilsvarer en økning i sengebehov fra 4,1 til 5,5 senger med 100 prosent belegg. Belegget for 2013 var 92 prosent (2005 av totalt 2190 liggedøgn; sengepost med seks senger).

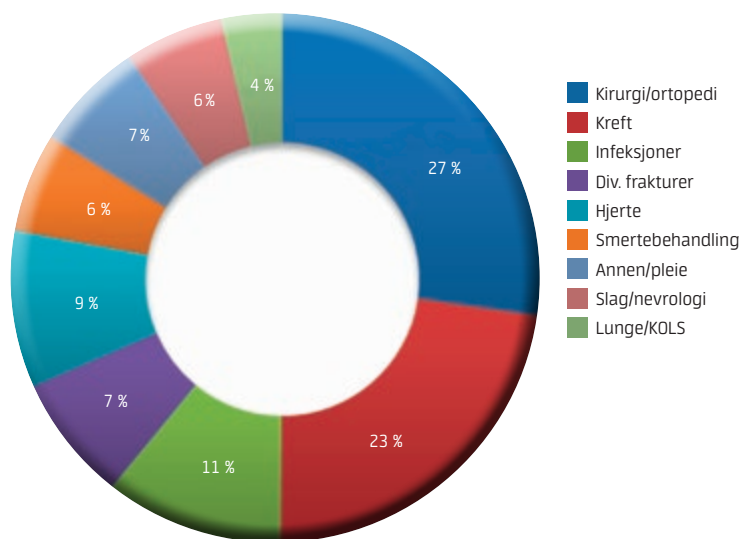
Figur 1 viser at 19 prosent av 3423 liggedøgn er initiert av primærlege (fastlege eller legevaktlege) mens over 80 prosent er initiert av sykehus (St. Olavs Hospital eller Sykehuset Innlandet, Tynset).

Figur 2 viser fordelingen av overordnet diagnosegruppe (ICD-10) og hva som best beskriver bakgrunnen for innleggelse: kirurgi/ortopedi (gjennomført inngrep før innleggelse), kreft, infeksjon, etterbehandling av brudd (ikke opererte som f.eks. bekkenfraktur, kompresjonsfraktur, gipsing med flere), hjerte, smertebehandling og andre årsaker/pleiebehov. Etterbehandling etter ortopediske inngrep og pleie i forbindelse med kreftsykdom (spesielt hos yngre pasienter) er de gruppene som har økt

FIGUR 1: Andel liggedøgn initiert av primærlege, sykehus eller andre.



FIGUR 2: Fordeling av pasienter etter diagnosegrupper.



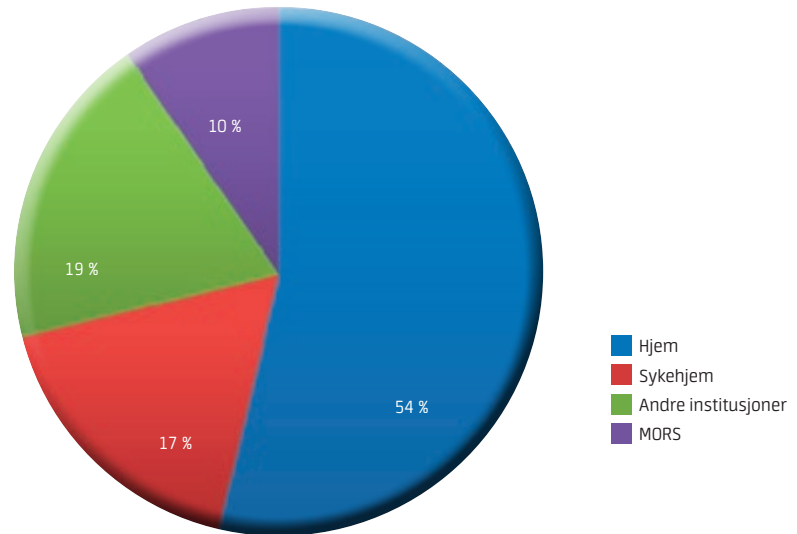
mest. Diagnosegruppene vi har registrert korresponderer godt med antakelsene i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen.

Etter opphold i EEO blir over halvparten av pasientene utskrevet til hjemmet (FIGUR 3). 17 prosent blir utskrevet til sykehjem mens 19 prosent sendes til andre institusjoner (for det meste reinnleggelse i sykehus). 10 prosent dør ved avdelingen. Dette er en høy mortalitet som en antar skyldes økt bruk av etterbehandlingsenheten i palliativt øyemed.

Oppsummering

Man var i starten noe skeptisk til hva en skulle med en slik avdeling, da man hadde sykehjemmene. Dette har endret seg. Imidlertid er legearbeidet ved EEO tidkrevende og det er ikke tilført flere legeårsverk. Dette belaster annen legevirkosomhet i kommunene, i særlig grad den kurative tjenesten.

Det er godt samarbeid mellom EEO, Røros sykehus og kommunehelsetjenesten. Personellsamarbeidet med St. Olavs Hospital medfører trolig at det overføres syke pasienter til vår EEO enn andre slike enheter. Dette er imidlertid antakelser. En vet at



FIGUR 3: Utskrivningssted etter EEO-opphold og andel dødsfall under opphold.

pasienter generelt sendes raskere ut fra sykehusene nå enn tidligere. Videre har bruken av EEO nær sammenheng med kapasiteten ved kommunenes sykehjem. Ved fullt belagte sykehjem, hender det at EEO har pasienter som ellers kunne vært skrevet ut.

Veien er blitt til mens vi har gått. Mange tema kunne diskuteres ytterligere. I vår re-

gion har terminal pleie i størst mulig grad vært håndtert av hjemmesykepleien og fastlegene i fellesskap. Nå synes det å være en trend i retning av at flere terminale pasienter ønsker å ha den siste tiden ved EEO Røros.

■ HELGE.LUND@OS.KOMMUNE.NO



Erfaringer med etablering kommunalt øyeblikkelig hjelp

■ ANDERS GRIMSMO • Professor, Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

■ AUDHILD LØHRE • Post doc, Senter for helsefremmende arbeid, NTNU

Kommunene skal som et ledd i samhandlingsreformen, Stortingsmelding 47 (2008/2009), ha opprettet et tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp innen 1. januar 2016. Det er derfor stor aktivitet i kommunene knyttet til etablering og drift av tilbud for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. De fleste velger interkommunalt samarbeid for å løse oppgaven. Variasjonen er imidlertid stor når det gjelder organisering, pasientgrunnlag, bemanning og i kriterier for innleggelse. I stedet for å bli et tilbud nær pasientene, går utviklingen mange steder mot en sentralisering av døgntilbudet for øyeblikkelig hjelp til skrøpelige eldre og til personer med langtkommen kronisk sykdom, og for noen også et mer oppstykket forløp.

Bakgrunn

I lov om kommunale helse og omsorgstjenester § 35 står det:

Kommunen skal sørge for tilbud om døgnopphold for helse og omsorgstjenester til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig hjelp. Plikten gjelder kun for de pasienter og brukere som kommunen har mulighet til å utrede, behandle eller yte omsorg til.

Kommunene står fritt i hvordan de vil organisere dette tilbudet, men må oppfylle kravene til forsvarlighet, pasientsikkerhet og kvalitet i tråd med § 41. Det tilbudet som kommunene gir, skal være like godt eller bedre enn hva sykehusene kan tilby.

Etablering av øyeblikkelig hjelp døgn-

opphold i kommunene finansieres ved søknad til Helsedirektoratet om tilskuddsmidler. Forutsetningen er at hver enkelt kommune og det regionale helseforetaket har inngått en samarbeidsavtale om tilbudet. Fra 2016 tas det sikte på at midlene i sin helhet innlemmes i rammetilskuddet til kommunene. Deretter skal finansieringsmodellen for sykehusinnleggelse med kommunal medfinansiering på 20 prosent stimulere og bidra til utvikling av kommunale tjenester som leder til færre innleggelse i sykehus.

Helsedirektoratet har utgitt en veileder som skal hjelpe kommunene i etableringen av tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp (1). Studien som presenteres her, er et ledd i en evaluering som er bestilt av Helse- og omsorgsdepartementet gjennom Norges forskningsråd.

En feltstudie

Datainnsamlingen ble organisert som en feltstudie (2). I det siste året av medisinerstudiet ved NTNU blir studentene utplassert i primærhelsetjenesten i seks uker. De observerer og de deltar i ordinære aktiviteter i kommunehelsetjenesten for å få innsikt i og forståelse av hvordan primærhelsetjenesten fungerer. Studentene blir utplassert i et tilnærmet fast utvalg av både store og små kommuner i Midt-Norge. I de største kommunene er det utplassert flere studenter. Høsten 2013 var 61 studenter utplassert i til sammen 37 kommuner, hvorav 34 lå i Midt-Norge og tre over grensen til Østlandet. Studentene fikk som oppgave å undersøke hvordan kommunene hadde løst eller planla å løse utfordringene knyttet til etablering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Før utplasseringen fikk studentene en undervisningstime med gjennomgang av det nye regelverket og om intensjonene gitt i samhandlingsreformen. Det ble laget en semistrukturert intervjuguide som studentene ble anbefalt å bruke. Videre ble det gitt råd om hvilke fagpersoner og stillingsroller som kunne

være i posisjon til å ha god innsikt i problemstillingen samt tilgang til relevant informasjon. Kartleggingen skjedde ved dybdeintervju av individuelle informanter i kommunene der studentene var utplassert og ved gjennomgang av relevante kommunale dokumenter. Besvarelsen eller feltrapporten ble levert i henhold til en mal på tre til fem sider. Rapportene er blitt analysert mht. innhold og sammenhenger i tråd med metoder for dokumentanalyse (3). Funne er også blitt sammenlignet med offentlig statistikk i forhold til utviklingen i Samhandlingsreformen (4). Metoden som er benyttet i denne undersøkelsen er presentert mer detaljert i en annen artikkel som handler om hvordan kommunene første året mestret de nye kravene til utskrivningsklare pasienter (5).

Det var varierende kvalitet og dekning av temaene på det som studentene leverte, noe som samsvarer med det andre har erfart (2). Styrken er imidlertid at totalt 61 studenter har intervjuet over hundre personer (de fleste en til to personer) i sentrale roller, og snakket med mange flere. Det har gitt et godt innblikk i hvilke erfaringer som er gjort i kommunene. Som studien viser, er det store lokale variasjoner, noe som også gjelder for resten av landet (6). En vet for eksempel at geografiske avstander kan ha stor betydning (7).

Stor variasjon i organisering av kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

Studentenes rapporter beskrev seks kommunale og 14 interkommunale ordninger for øyeblikkelig hjelp døgnopphold. De interkommunale ordningene omfattet til sammen 79 kommuner, og åtte av ordningene var i full drift (36 kommuner). Antall kommuner som samarbeidet varierte mellom tre og tolv. Antall innbyggere varierte mellom 6000 og 220 000. Både den minste og største ordningen bestod av seks kommuner.

Fem av de interkommunale ordningene var lokalisert i sykehjem like ved lokalsy-

av elp døgntilbud



Samhandlingsreformen har en frist for opprettelse av tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp i kommunene innen 1. januar 2016.

kehuset, og fire interkommunale ordninger var knyttet til distriktsmedisinske-/lokalmedisinske sentre hvor også spesialisthelsetjenesten var representert med tjenester. Seks av de interkommunale ordningene var samlokalisert med legevakten enten ved et lokalsykehus (to) eller et sykehjem (fire). Ytterligere tre ordninger hadde planer om samlokalisering med legevakten. Åtte kommuner hadde etablert et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud ved eget sykehjem samtidig som de var med i en interkommunal ordning.

Andel døgntilbud lokalisert til sykehjem og distriktsmedisinske senter er det samme i feltundersøkelsen som på landsbasis. I følge Norsk pasientregister (NPR) hadde 206 av 428 kommuner mottatt tilskudd for å etablere døgntilbud for øyeblikkelig hjelp ved utgangen av 2013; 54 prosent av kommunene i Midt-Norge, mot 48 prosent for hele landet (6). Rapporten fra NPR bekrefter den samme store variasjonen i organisering mht. pasientgrunnlag og antall kommuner som samarbeider.

Periferi og sentrum er splittet i synet på behov og organisering

To kommuner hadde brutt ut av et etablert interkommunalt samarbeid og ytterligere to kommuner hadde planer om å bryte ut. En begrunnelse var at reiseavstanden til øyeblikkelig hjelp tilbudet ble for lang.

«Øyeblikkelig hjelp tilbudet på sykehjemmet som ligger 500 m fra sykehuset fremstår som meningsløst. Når jeg sender en pasient så langt, så er det fordi utredning i sykehus er helt nødvendig. Meningen med reformen var jo også at pasienter skulle få et tilbud nærmere der de bor.»

Liknende synspunkter ble presentert av flere kommuner som hadde valgt å ikke bli med i et interkommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud.

«Den nye helse- og omsorgstjenesteloven lovfester bare et tilbud som i praksis allerede eksisterer og fungerer godt i distriktene. Det er sentrumsnært at et lokalt kommu-

nalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud mangler. Vi (i utkantkommuner, vår tilføyelse) behandler palliative pasienter, gir intravenøs medikamentell behandling og gjennomfører blodtransfusjoner ved sykehjemmet vårt.»

Et annet argument for kommunale ordninger var at flere leger opplevde liten medisinsk forskjell mellom sentralt og lokalt tilbud, og at tilbudet lokalt hadde andre kvaliteter enn et interkommunalt tilbud. I egen kommune er det kjent personale og kjente pasienter, journalen er tilgjengelig, pårørende er tilstede og man føler seg trygget på diagnose og gjennomføring av behandling av dårlige pasienter.

«Kommunalt døgntilbud er en glimrende måte å holde pasienter unna sykehus på. Det er både for pasienten og pårørende fordi tilbudet er bedre tilpasset pasientgruppen.»

Fastleger som gikk legevakt i interkommunale ordninger, satte likevel pris på de interkommunale plassene.

«Mange av kommunene i vår legevaktordning har ikke øyeblikkelig hjelp tilbud lokalt for pasientene og det er utrygt å sende dem hjem igjen. Da er det godt å kunne ha pasientene til observasjon en stund før man bestemmer hva som skal gjøres.»

Kriterier for innleggelse i kommunalt døgntilbud

Legetilsynet ved de kommunale døgnplassene var de fleste stedene løst ved en kombinasjon av tilsynslege på dagtid, og legevaktlege etter kontortid og på natt. Det ble lagt stor vekt på at det ved innleggelse skulle foreligge en fullstendig henvisning som i tillegg skulle inneholde en plan for behandling og hva som skulle observeres. Observasjonsplasser som var lagt til legevakten, hadde kontinuerlig legetilsyn.

Kriterier for innleggelse i de interkommunale ordningene varierte. Seks av ordningene stilte krav om at det skulle være avklart diagnose og/eller kjent pasient som kunne undersøkes og behandles i tråd med vanlige allmennt medisinske prosedyrer og hjelpemidler. Fem ordninger var noe mer

avansert og inkluderte også pasienter som nødvendigvis ikke var helt avklart, men hvor man ved kort tids observasjon og ytterligere undersøkelser regnet med å kunne avklare om det var behov for innleggelse i sykehus. Dette gjaldt ordninger samlokalisert med legevakten. Tre planlagte interkommunale ordninger hadde ikke endelig bestemt seg for innleggelseskriterier.

Noe av tanken med interkommunalt samarbeid om øyeblikkelig hjelp har vært å kunne opprette bemanning og utstyr som også kan ta hånd om pasienter som er noe mer krevende enn pasienter som vanligvis behandles og følges opp lokalt etter vanlige allmennt medisinske prinsipper. Ved gjennomgang av kriterier for innleggelse ved de interkommunale ordningene hadde om lag halvparten av ordningene ingen ambisjoner utover det som enkelte kommuner allerede tilbyr i vanlige sykehjem. Tilskuddsmidlene til oppretting av øyeblikkelig døgntilbud har dermed i noen områder faktisk bare bidratt til en sentralisering av tjenester som kunne vært løst lokalt.

En overestimert av behovet for øyeblikkelig hjelp plasser i kommunene?

Mye tyder på at etablering og utforming av de interkommunale døgntilbudene for øyeblikkelig hjelp i stor grad har skjedd i et samarbeid mellom politisk og administrativ ledelse i kommunene og helseforetaket. Flere av legene som var intervjuet uttrykte at de i liten grad hadde vært involvert.

I feltstudien kom det frem at de fleste ordningene bare hadde hatt 20–30 prosent belegg i forhold til antall plasser som var det stipulerte behovet fra myndighetene. Tilsvarende beleggsprosent er funnet i andre studier. Dette er blitt begrunnet med at tilbudet er nytt for legene, og at det er en krevende innleggelsesprosess sammenliknet med innleggelse i sykehus (8).

Som allerede nevnt har geografisk avstand stor betydning, noe som kan være med å forklare underforbruket.



Å ha en maks grense på tre døgn for lokale øyeblikkelig hjelp-opphold, kan medføre at pasienter skrives ut før de kan klare seg selv.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

«Vi frykter at tilbudet vegg i vegg med sykehuset først og fremst vil bli et tilbud for vertskommunen. Vår kommune har i perioden hatt 11 innleggelser, mot vertskommunens 109 – altså bare 1/3 sammenliknet med vertskommunen i forhold til innbyggertallet.»

Andre mener behovet er overestimert (9, 10). Hvis det siste er riktig, vil noen interkommunale ordninger ikke bli bærekraftig på sikt.

Utvidet konkurranse mellom skrøpelige eldre om plasser i kommunen

De interkommunale ordningene har forsøkt å holde seg til Helsedirektoratets anbefaling om at pasientene skulle få opphold på maksimalt tre døgn. Men i praksis ble dette vanskelig å holde. De fleste interkommunale ordningene opererte med omkring fem liggedøgn i gjennomsnitt.

«Å ha en maks grense på tre døgn for oppholdet kan føre til at pasienter skrives ut før de er i stand til å klare seg selv. Dette igjen resulterer i reinnleggelser, og i verste fall forverring av helsesituasjonen til vedkommende.»

Kommuner som hadde et lokalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i tillegg til det interkommunale, skilte seg ut. De holdt tredagersfristen ved hjelp av det lokale tilbudet i egen kommune. En interkommunal ordning hadde på tilsvarende måte som i sykehus, innført en betalingsplikt når tre døgn var passert. På landsbasis har hver femte pasient hatt opphold som er lengre enn tre døgn (6).

I feltstudien ble det oppgitt flere grunner til at det var vanskelig å overholde fristen med maksimalt tre dagers opphold. Skrø-

pelige pasienter har generelt lang restitusjonstid. Dessuten ble det i praksis tre pasientgrupper som konkurrerte om de samme kommunale sykehjemsplassene. For det ene konkurrerte pasienter ved interkommunale øyeblikkelig hjelp ordninger med utskrivningsklare pasienter i sykehus, og i tillegg hadde kommunene egne hjemmeboende som ventet på plass.

Noen overveielser

Slik enkelte av de interkommunale ordningene er blitt organisert, representerer de en ytterligere fragmentering av tjenestetilbudet i primærhelsetjenesten (11). Forløpet for enkelte pasienter er blitt mer oppstykket enn tidligere, slik det også ble påvist i forbindelse med utskrivningsklare pasienter (5). Det er velkjent at innleggelse av skrøpelige eldre i sykehus kan ha negative virkninger (12). Omstendighetene rundt akuttinnleggelse i sykehjem med tre til fem dagers opphold, har likhetstrekk med innleggelser i sykehus, men her er virkningene ikke blitt undersøkt ennå.

Geografisk avstand har stor betydning, og slår ut i mindre bruk av både interkommunale ordninger og sykehus når det gjelder øyeblikkelig hjelp (13). Det gjelder også bruk av legevakt for mer kritiske tilstander (7). I forhandlingene med helseforetakene om samarbeidsavtaler fryktet leger i de mest perifere kommunene at de kunne miste de lokale døgnplassene for øyeblikkelig hjelp som de allerede hadde. En del helseforetak hadde stilt krav om tilgang til lege på under 30 minutter. Dette kravet er ikke gjennomførbart i mange områder. Leger i utkantkommunene var opptatt av den belastningen og potensielle

skadevirkningen som økt transport og skifte av miljø har for skrøpelige eldre. Slik sett vil en sammenslåing av kommuner i liten grad kunne påvirke de uheldige forholdene som følger av lang reisetid til øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Spørsmålet om avstand til øyeblikkelig hjelp døgntilbud vil være en vedvarende utfordring i å opprettholde et likt tilbud til alle.

Bare én kommune hadde vurdert å etablere et ambulerende team som kunne rykke ut og yte øyeblikkelig hjelp hjemme hos pasienter. Det er ifølge forskning et av de få prehospitale tiltakene som har vist seg å redusere antall innleggelser (14). Med unntak av noen få pasientgrupper gir behandling hjemme like gode resultater som behandling i institusjon for skrøpelige eldre og kronisk syke, til en lavere kostnad og med høyere pasienttilfredshet (15, 16). En slik ordningen har vært lite aktuell i kommunene så langt fordi samhandlingsreformen har knyttet tilskuddsmidler kun til oppretting av institusjonsplasser. Etter 2016 bestemmer kommunene selv om de vil bruke institusjonsplasser eller ambulerende team, evt. begge deler som et kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud.

Undersøkelser har funnet at pasienter ofte er fornøyde med å slippe å bli innlagt i sykehus, og ansatt helsepersonell i både kommunale og interkommunale ordninger opplever de nye oppgavene som givende (8). Representanter for kommunene mente også at kommunale så vel som interkommunale døgntilbud for øyeblikkelig hjelp potensielt kunne redusere antallet innleggelser i sykehus. Ideelt bør derfor alle kommuner ha egne lokale ordninger for visse pasientgrupper samt ha tilgang til forsterket interkommunale ordninger for

andre pasienter. De som hadde både et lokalt og interkommunalt tilbud, opplevde at de to typene tilbud utfylte hverandre.

Et lokalt kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud er først og fremst et alternativ for skrøpelige eldre med avklart diagnose, hvor hovedproblemet er et akutt behov for assistanse for å unngå innleggelse i sykehus. Det gjelder skrøpelige eldre som kan behandles etter allmennt medisinske prinsipper og hvor transport og skifte av miljø representerer en risiko for forverring. Dette er et tilbud som fungerte godt i enkelte kommuner, men som manglet i mange. I tillegg vil det være behov for et opprustet interkommunalt tilbud for mer komplekse, men stabile pasienter. Det gjelder pasienter hvor mistanke til akutt alvorlig underliggende sykdom er liten, men hvor observasjon og mer utredning kan avklare om det er behov for innleggelse i sykehus (17). En slik interkommunal ordning med lege til stede vil ha muligheter til en diagnostisk utredning som er mer avansert enn det en vanligvis har ved lokale sykehjem.

REFERANSER

1. HelseDirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieell. Revidert 02/2014 Oslo: HelseDirektoratet 2014.
2. Tjora A. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2010.
3. Bowen GA. Document analysis as a qualitative research method. *Qual Research J* 2009; 9: 27–40.
4. HelseDirektoratet. Øyeblikkelig hjelp – døgntilbud i kommunen. Oslo: HelseDirektoratet, 2014. <http://helseDirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/oyeblikkelig-hjelp-dogntilbud/Sider/dogntilbud-for-oyeblikkelig-hjelp-i-kommunen.aspx> (21.02 2014).
5. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning* 2013; 8: 148–55.
6. Snøfugl G. Status for kommunalt døgntilbud for øyeblikkelig hjelp Trondheim: Norsk pasientregister, 2013.
7. Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 222.
8. Deloitte. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Oslo: HelseDirektoratet, 2014.
9. Heiberg I, Magnus T. En analyse av medisinsk øyeblikkelig hjelp til befolkningen i Helse Nord. nr. 1/2013. Tromsø: SKDE, 2013.
10. Wyller TB. En fatal departemental regnefeil. In: Moe M, ed. *Dagens Medisin Blogger*. Oslo: Dagens Medisin 2014.
11. Stange KC. The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of family medicine* 2009; 7: 100–3.
12. Graverholt B, Forsetlund L, Jamtvedt G. Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2014; 14: 36.
13. Lappegard O, Hjordt Dahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC family practice* 2013; 14: 87.
14. Philp I, Mills KA, Thanvi B et al. Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *Int J Integr Care* 2013; 13: e048.
15. Shepperd S, MSc DPhil, Doll H, MSc DPhil, Angus RM, MBChB et al. Avoiding hospital admission through provision of hospital care at home: a systematic review and meta-analysis of individual patient data. *Cmaj* 2009; 180: 175–82.
16. Agency for Healthcare Research and Quality. Patient centered medical home Washington: U.S. Department of Health and Human Services, 2014. <http://pcmh.ahrq.gov/> (03.03. 2014).
17. Lappegard Ø, Hjordt Dahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scandinavian journal of public health* 2012; 40: 309–15.

■ ANDERS.GRIMSØ@NTNU.NO

D-vitaminmangel

– symptomer til ettertanke

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

D-vitaminmangel forekommer hyppig ikke bare blant innvandrere til Norge, men også i store deler av Sør-Asia, Midtøsten og på Afrikas horn. Enkelte nyere studier har videre vist at utilfredsstillende D-vitaminnivå kan være en viktig faktor i utviklingen av en rekke sykdommer.

I denne artikkelen omtales vitamin D-mangel og det gis en kasuistikk som illustrerer noen av de problemene som allmennpraktikeren kan stå overfor.

D-vitaminmangel er et globalt problem (1, 23), og problemets omfang varierer med breddegrad (1, 2, 3, 23), årstid og soleksponeering (2, 3, 23), om folk bor i byen eller på landet (3), i hvilken grad kroppen av religiøse eller kulturelle grunner tildekkes (2), hudfarge (4) og, ikke minst, kostvaner og bruk av kosttilskudd (5). Kvinner er mer utsatt enn menn (2, 5), og barselskvinner og kvinner som har født mange barn, samt de som bruker slør når de går ut eller for det meste oppholder seg inne, er spesielt sårbare (2). Det er derfor ikke til å undres over at folk fra solrike områder i sør lett utvikler D-vitaminmangel når de har bodd i Norge en stund, og at mange utvikler sykdommer og plager som kan tilskrives mangel på D-vitamin.

Forekomst

Funn fra *Innvandrer-HUBRO* viser at det i flere innvandrergupper er stor forekomst av D-vitaminmangel, i denne og i flere lignende undersøkelser definert som s-25(OH)D < 25 nmol/l. Gjennomsnittlig forekomst i de fem gruppene som ble studert var 37,2 prosent, men varierer fra 8,5 prosent hos menn født i Vietnam til 64,9 prosent blant kvinner født i Pakistan (5). En annen norsk undersøkelse (6), viser utbredt D-vitaminmangel hos mødre av pakistansk, tyrkisk eller somalisk herkomst og deres seks uker gamle barn (57 prosent < 25 nmol/l). Her fant man ingen variasjon mellom gruppene, og heller ikke etter årstid.

Men mangelen på D-vitamin skyldes

ikke nødvendigvis at folk har flyttet nordover. D-vitaminmangel forekommer i alle verdensdeler, og det er dokumentert at betydelig D-vitaminmangel (< 25 nmol/l) er svært vanlig i alle aldersgrupper i Sør-Asia og Midtøsten (23). En norsk studie viser da også at s-25 (OH)D var svært lavt blant nyankomne innvandrere fra Somalia, Eritrea, Afghanistan og Irak (24–38 nmol/l) (8). I en kanadisk undersøkelse fant man et gjennomsnittsnivå på 24,6 nmol/l hos kvinnelige innvandrere fra Midt-Østen (9), og en australsk studie viser at hele 74 prosent av nyankomne innvandrerkvinner fra Afrikas horn hadde s-25 (OH)D < 25 nmol/l (7).

Økende kunnskap om D-vitaminets funksjoner

Nyere forskning viser at D-vitaminets betydning for helsen har vært sterkt undervurdert. Oppdagelsen av D-vitaminreseptorer har ført til ny forskning, og slike reseptorer er nå ikke bare påvist i bein og muskelvev, men også i hjerne, prostata, bryst, tykktarm, og på flere nivå i immunsystemet hvor D-vitamin har vist seg å ha en regulerende effekt. Det er videre påvist at D-vitamin øker insulinproduksjon så vel som hjertets kontraksjonsevne, og reduser cellevekst i både normale celler og kreftceller (1). Den kliniske betydningen av denne grunnforskningen er nå også i ferd med å avklares (17). Ved siden av de klassiske effektene av D-vitaminmangel, dvs. rakitt hos barn og osteomalacia hos

voksne, er det i dag grunn til å hevde at D-vitaminmangel både øker faren for autoimmune reaksjoner og nedsetter motstandskraften mot infeksjoner (13, 14, 15). Det er påvist sammenheng mellom D-vitaminmangel og hjerte/kar sykdom (10), fedme, sukkersyke (11, 12), og ulike kreftformer (17), mens det knytter seg noe mer usikkerhet rundt dette vitaminets betydning for vår hjernefunksjon (16).

Der er således mange forhold som kan knyttes til D-vitaminmangel, og problemets omfang og kompleksitet øker etter hvert som nye sammenhenger avdekkes. Hvordan tar så dette seg ut i en allmennpraksis? Den følgende historien illustrerer noen aktuelle problemstillinger, her sett fra en pasients synsvinkel. Historien, som først ble fortalt av en kvinne som viste uvanlig vilje og evne til å arbeide seg ut av vanskelige situasjoner, er reell. Den er neppe unik, og kan derfor tjene som et utgangspunkt for en diskusjon rundt problemkompleksets tilsynekomst i allmennpraksis. Her er historien, gjenfortalt og kommentert av forfatteren.

Aminas historie

Jeg traff Amina, en vel 30 år gammel somalisk kvinne, på et møtested for kvinner i Oslo. Etter *min* anmodning var hun av ledere på senteret blitt forespurt om hun ville la seg intervju i forbindelse med denne artikkelen. Amina kom rett fra en treningsøkt, og før hun kunne snakke med meg, måtte hun dekke seg til. Nå satt hun der,



rett foran meg, i sin chador, en omfattende, mørkt olivengrønn hijab, smilende, ivrig etter å fortelle. Assosiasjonene var springende, historien likeså, men etter litt redigering av notatene satt jeg tilbake med følgende historie:

Aminas mann flyktet fra Mogadishu med sin familie i 1999. Den lille familien, mann og kone med ett barn i hånden og ett i magen, tok seg først over grensen til Etiopia. Herfra gikk veien over det etiopiske høylendet, også kalt «Afrikas tak», hvor Amina og barna ble etterlatt i en liten landsby mens mannen tok seg videre nordover. Etter godt og vel to år ble familien gjenforent i Norge.

Allerede mens Amina oppholdt seg i Etiopia, hadde hun begynt å merke at kroppen verket og at hun stivnet til i muskulaturen. Selv trodde hun dette kom av at det var så kaldt der i høyden. Men etter at hun kom til Norge tiltok smertene i styrke. Muskulaturen ble stiv og vond, særlig i rygg og lår, etter hvert også i skuldrene og ut i høyre arm. Kroppen følte slapp og kraftløs, og beina hovnet opp, særlig lårene. Etter hvert ble hun svakere til beins. Hun klarte for eksempel ikke lenger å løpe etter bussen.

Det kan være flere grunner til at Amina utviklet smerter i Etiopia. Kulden i over 1500 meters høyde kan ha hatt betydning. Bekymringer for fremtiden, frykten for hvordan mannens reise skulle ende, sammen med strevet for å livnære seg selv og barna i et fremmed land, kan også ha ført til uro og spenninger i kroppen. Det er heller ikke uproblematisk når en familie skal finne sammen igjen etter flere års adskillelse. Når gjensynsgleden har lagt seg begynner ulikhetene å gjøre seg gjeldende; nykommeren versus den mer etablerte som kanskje allerede er kommet langt i sin assimileringssprosess (27). Men Amina snakket ikke om dette. Hun ville være frisk og greie seg selv. «Selv om jeg var mye svak, gikk jeg på skole. Jeg var ikke opptatt av kroppen, og når jeg hadde vondt, masserte jeg meg litt selv», sa hun. Men de symptomene som Amina her frembyr, nemlig vedvarende, diffuse smerter i bein og muskler, særlig proksimalt, svakhet og ustabilitet i postural muskulatur, endret gangfunksjon, parestesier og sykdomsfølelse, er også karakteristiske for osteomalacia. Men som ved mange andre tilfeller (18, 19, 36), ble denne diagnosen ikke vurdert før etter lang tid.

Amina gikk til lege, men hun ble trist og bekymret av måten hun ble mottatt på legeskjemaet. Særlig vanskelig var det for henne når legene stadig sa at hun var frisk, eller når hun ikke fikk svar på de undersøkelsene som var tatt. Hun ble da redd for at det var noe alvorlig som feilte henne og som legene ikke ville fortelle om. Tankene begynte å streife omkring hvorvidt hun hadde kreft og om hun nå kom til å dø. Dette førte til store bekymringer for barna som hun nå hadde

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

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



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLEURBOX

Bildet har ingen tilknytning til Amina, men illustrerer en årsak til at sollys ikke har nytteverdi for produksjon av D-vitamin hos denne kvinnen.



fem av. Hva skulle det bli av dem når hun var borte? Hun tenkte mye på å reise til Tyskland for å få behandling der, noe hun også gjorde ved en anledning, og hun forteller at hun da fikk god hjelp. Hva denne behandlingen bestod i, vites ikke.

Amina forklarer sin tristhet og sykdomsangst dels med måten hun ble møtt på legekantoret, dels med mangelen på adekvat informasjon. Dette er dessverre ikke uvanlig (34). I ettertid, når Aminas sykdomsutvikling kan sees i lys av et utilstrekkelig D-vitaminnivå, kan man spørre seg: Har mangelen på D-vitamin også bidratt til hennes depresjon? Dagens kunnskap tilsier at dette ikke er umulig (24), men for Amina var det fremmede tanker.

Et par år senere begynte Amina å få verkende smerter i magen, særlig etter å ha spist. Legen tok en blodprøve (serologisk prøve på *Helicobacter pylori*?), og fortalte henne at hun hadde magesår. Dette skjønte hun ikke: «Jeg vet ikke hva slags problem jeg har. Legen lyttet på hjertet, målte blodtrykket og tok prøve på om jeg hadde en infeksjon, men jeg hadde problemer med å spise, følte meg svimmel, tung i hodet, og klarte ikke å følge med i en samtale. Dessuten hadde jeg diaré.» Hun hørte legen si noe om at medisinerne var to, men skulle vært tre. Heller ikke dette kunne hun forstå. Hun begynte likevel å ta medisinerne slik legen foreskrev. Men bra ble hun ikke. Etter en tid ble hun sendt til gastroskopi. Negativt funn. Legen hadde så mistanke om gallesten. Det var det ikke. Deretter ble hun sendt til coloskopi. Legen som utførte denne fortalte da at: «Du har mye slim!» Men Amina visste verken hva «slim» var eller hvor det kom fra og bekymringene økte på: «Hvis en har fått svar og en bra forklaring, så føler en seg frisk. Men når en ikke får svar, og ingen forklaring, blir en svært bekymret. Jeg begynte å lete etter informasjon på Internett, jeg fant mye, men det var mye jeg ikke forstod. Mine barn forsøkte å hjelpe, men jeg ble bare enda mer bekymret».

Igen er det behovet for en forklaring som står i fokus, en forklaring som pasienten kan forstå, akseptere og fatte litt til. Det er ikke nok at legen sier sitt. Det var sannsynligvis heller ikke nok at legen forklarte kun én gang, for det Amina fikk med seg ser ut til å være bruddstykker av en forklaring. Likevel, det lille som hun oppfattet, gnog og gnog.

Amina oppsøkte så en privat klinikk. Her fikk hun god tid, følte at hun ble lyttet til og at legen viste interesse for hennes sykdom. Denne legen fortalte at hun frem til nå ikke hadde fått riktig behandling, da «siste komponenten i trippelbehandlingen var utelatt». Videre fortalte han at hun tydeligvis hadde problemer fra tarmen. Medisiner ble spesialimportert fra Tyskland, og Amina fikk råd om å unngå sterk mat – chili og andre

sterke krydder. Det ble også rekvirert MR, som ikke viste noe. «Du er frisk!» sa legen. «Men jeg føler meg ikke bra!» sa Amina.

I 2011 reiste Amina til Syria for å få tannbehandling. Hun hadde hørt at det var så billig der. Samtidig benyttet hun anledningen til å oppsøke en syrisk lege. Han gastroskoperte henne, og det ble påvist tre magesår. Hun fikk en kort og intens kur som hun syntes hjalp svært godt – i alle fall der og da. Legen hadde gjort videoopptak av både undersøkelse og behandling. Videofilmen tok hun med til Norge, men legene hun traff her var ikke interesserte i å se den.

Det er ikke uvanlig at innvandrere reiser til utlandet for å få behandling, dels på grunn av økonomi, dels på grunn av at mange opplever at kvaliteten på behandlingen i utlandet er bedre. Kronisk, asymptomatisk infeksjon med *Helicobacter pylori* er svært vanlig. Den rammer ca 40 prosent av befolkningen i industrialiserte land og dobbelt så mange i utviklingsland (21), og hos noen forårsaker denne bakterien sykdommer i mage/tarm-systemet, som gastritt eller magesår. I fortsettelsen skal vi konsentrere oss om infeksjonens tilknytning til D-vitaminmangel. Som allerede nevnt spiller D-vitamin en viktig rolle i organismens immunforsvar. Mest studert er D-vitaminets beskyttende effekt på utvikling av tuberkulose (15, 20), men de senere årene er det også kommet flere studier som viser en signifikant positiv korrelasjon mellom s-25(OH)D og *Helicobacter pylori*-spesifikke antistoffer (21, 22). Det må således kunne antas at Vitamin-D har en viktig rolle i kontrollen av kroppens inflammatoriske reaksjon også på denne basillen (15, 22). Med andre ord: Det er grunn til å tro at D-vitaminmangel disponerer for magesår. Malabsorpsjon ved sykdommer i fordøyelsesorganene kan også disponere for vitamin-D mangel (25). Likevel, tanken på D-vitaminmangel som disponerende faktor for Aminas tiltakende mage/tarm-problemer synes ikke å ha streift de legene som hun var i kontakt med.

I desember 2012 begynte Amina å oppsøke kvinnesenteret. Hennes fem barn var nå blitt så store at hun kunne tenke litt på seg selv, og hun ville da gjerne komme seg ut og bidra til samfunnet. Av den grunn oppsøkte hun NAV, og ble med i et kvalifiseringsprogram. Etter en tid ble hun imidlertid sykmeldt på grunn av sine fordøyelsesproblemer, og da hun kom tilbake, skulle hun ut i praksis. Det var planlagt at hun skulle jobbe på hotell og re senger. Hun skjønte straks at dette ville hun ikke klare på grunn av smertene og den svake ryggen. På NAV mente de da at hun trengte trening og det var de som hadde henvist henne til kvinnesenteret. Da hun begynte der hadde hun problemer med

rygg, hofter og parestesier ut i høyre bein. Hun hadde også smerter i skuldrene og utover i høyre arm. Armen var om både ved berøring og når hun skulle løfte eller bære noe. Overkroppen var så øm at hun ikke klarte å bruke BH, og hun klarte nå knapt å gå.

Klinisk er proksimale smerter kombinert med muskelsvakhet og endret gangfunksjon karakteristisk for osteomalacia. Videre gir smerter eller ømhet ved lett palpasjon av sternum, tibia, ulna eller radius sterke holdepunkt for diagnosen (26). Den uttalte ømheter i overkroppen som Amina beskriver kan tyde på at slike funn sannsynligvis ville bli gjort ved klinisk undersøkelse. Men Aminas lege hadde ikke undersøkt kroppen hennes, bare «lyttet på hjertet og tatt blodtrykket». Hun hadde fortsatt ingen diagnose.

Diagnosen osteomalacia stilles fortrinnsvis serologisk, dvs. ved å måle serumnivå av 25(OH)D og parathormon.

På kvinnesenteret ble hun oppfordret til å få undersøkt sin D-vitaminstatus. Dette ble gjort først i mars 2013. 25 (OH)D var da 39 nmol/l. Amina husker ikke om det også var snakk om parathormon, men da hun kom tilbake til Helseforumet ble hun forklart at kroppen trenger D-vitamin, gjerne også omega-3, kalsium og magnesium, og hun gikk til apoteket for å skaffe seg kosttilskudd med disse stoffene. Siden har hun brukt det jevnlig. I tillegg lærte hun tøyingsøvelser av en idrettspedagog. Hun fikk dyp tverrmasasje over store deler av kroppen med forsiktig tøyning av den smertefulle muskulaturen, og etter hvert – i løpet av uker og måneder – ble bevegeligheten bedre, og hun kunne begynne å delta i treningsgrupper. Etter ca et halvt år med iherdig trening merket hun en tydelig forandring med hensyn til smertene. Samtidig steg serumnivået av 25 (OH)D til 50 nmol/l.

Det som her mangler i Aminas historie, men som lederen ved senteret kunne supplere med, er at på kvinnesenteret møtte hun andre kvinner som hadde vært i samme situasjon. De kunne fortelle hvordan de hadde arbeidet seg ut av sin misere, gi enkle råd og vink, samtidig som de gav støtte og motivasjon i endringsarbeidet. Selv om Amina ikke selv la så mye vekt på dette, er det grunn til å tro at denne sosiale kontakten var like viktig for Aminas fremgang som kosttilskudd og «sykegymnastikk». Men problemene var fortsatt ikke over:

I 2013 kom Ramadan i juli. Om sommeren er fasten lang, opp mot 20 timer. En dag under fasten fikk Amina problemer med pusten. Hennes mann var på reise i utlandet, men barna var hjemme. De fikk tilkalt ambulanse som tok henne til Legevakten hvor hun ble undersøkt. Der fant de ikke noe galt, og de bad henne ta kontakt med sin fastlege. Gradvis følte hun seg bedre, inntil hun fikk



et nytt anfall i oktober. Hun hadde da følelsen av å skulle besvime, fikk ikke puste og det var som om hjertet skulle stoppe. Av legen fikk hun beskjed om å legge seg ned med beina høyt, drikke kaldt vann og slappe av. Selv oppsøkte hun en hjerteklinikk. Heller ikke der fant de noe, men problemene fortsatte, og hun visste ikke hva det var som feilte henne. «Jeg er ikke frisk!» sa hun. «Du tenker for mye på sykdom!» sa legen, «... ikke vær så bekymret, ikke tenk på hva som feiler deg – og drikk mye vann».

Det Amina her forteller ligner mest på et anfall av panikkangst. Hva som utløste det i Aminas tilfelle er ukjent. Om en skulle søke en biokjemisk årsak til hennes angstanfall er det etter mitt skjønn mer nærliggende å se på vekslingen mellom langvarig faste og overspising av mat med svært høyt sukkerinnhold enn hennes D-vitaminmangel – selv om det er påvist forhøyet angstnivå hos vitamin D-depriverte gnagere (16). Det som imidlertid er poenget er at disse episodene førte til ytterligere bekymringer, ytterligere legebesøk, og en søken etter forklaringer som hun aldri fikk. Hennes kroniske smerter, som nå allerede var blitt mye bedre, kom imidlertid i en periode noe i bakgrunnen.

Etter hvert fant hun selv ut at hun burde holde seg unna poteter, ris, honning, dadler, og være forsiktig med kjøtt. Best gikk det når hun holdt seg til fisk – laks og torsk – og spiste kokte grønnsaker. Nå, etter vel ett år, føler Amina seg bra. Hun deltar aktivt i kvalifiseringsprogrammet igjen, og ser frem til å få seg en jobb og tjene sine egne penger.

Diskusjon

For intervjueren tok det over en time å få en rimelig klarhet i Aminas historie. Dette syntes nok ikke hennes lege at hun kunne ta seg tid til. Likevel må en spørre seg om ikke dette ville vært vel anvendt tid, spesielt når en ser tilbake på hvilke lidelser Amina måtte leve med og den unødvendige bruken av tekniske ressurser som saken bærer preg av. Amina var en bestemt dame som kunne hevde seg når hun visste hva hun ville: «Legene må gi pasientene tid, og de må høre. Når en ikke snakker godt norsk og har vansker med å forklare seg, blir en stresset, og det er lett å gi opp. Ved flere tilfeller *stod* legen mens hun snakket til meg! Det var tydelig at hun bare ville at jeg skulle gå, men JEG satt!» Langt fra alle er som Amina. Men hennes tilfelle bærer også preg av kompliserte og sammensatte problemstillinger hvor årsakssammenhengene er uklare. Hva er forårsaket av vitaminmangelen? Hva skyldes fysisk belastning hos denne fembarns-moren som ofte måtte være

alene om barna? Fantes det andre belastninger av mer psykisk natur – eller mulige konflikter? Hva med opplevelsen av at hennes synspunkter ikke ble hørt og tatt alvorlig av legen? Og, om en nå tar et overordnet blikk på konsultasjonen: Hadde legen for lite kjennskap til symptomatologien ved osteomalaci? Satt hun fast i diagnoser som fibrositt eller somatiseringssyndrom? Skyldtes legens manglende oppmerksomhet og interesse at hun var tilfreds etter å ha påvist *Helicobacter pylori* som årsak til Aminas plager – en infeksjon som Amina for øvrig fikk en svært halvhjertet behandling for? Dessuten: behovet for en forklaring som pasienten forstår, kan akseptere og feste lit til må ikke undervurderes.

Diagnostiske overveielser

Overveiende proksimale smerter og muskelsvakhet, depresjon, magesår, plager fra fordøyelsessystemet – peker i retning av fysiologiske endringer som kan skyldes utilstrekkelig D-vitaminnivå. Nå må det sies at ikke alle med D-vitaminmangel utvikler slike symptomer som Amina. Heller ikke var Aminas D-vitaminnivå spesielt lavt. Men det kan ha vært utilstrekkelig over svært lang tid, kanskje i flere år før hun kom til Norge. Og det tok over 10 år fra hun opplevde tiltakende smerter fra muskel/skjelettsystemet til hun fikk behandling som hjalp. Når legen, slik som i dette tilfellet, står over for en mørkhudet pasient som dekker seg til, og som beretter om diffuse, proksimale smerter og muskelsvakhet – gjerne i form av endret gange, vansker med å reise seg fra en stol eller problemer med å gå i trapper eller løpe – sier anamnesen det meste. Men den kliniske undersøkelsen er også viktig, av to grunner: dels fordi funnene (beskrevet over) er nokså karakteristiske, dels fordi den felles oppmerksomheten om pasientens ømme punkter i høy grad kan bidra til å etablere en meningsfull kommunikasjon

mellom lege og pasient (35). Legen setter bokstavelig talt fingeren på problemet. Og kliniske funn som ømhet og smerter ved lett trykk med tommelen over sternum, tibia eller underarmsben må føre til videre utredning for tilstanden.

Diagnosen osteomalacia kan enkelt verifiseres serologisk. Tradisjonelt er s-25(OH)D > 50 nmol/l ansett som tilfredsstillende, mellom 25 og 50 nmol/l som suboptimalt, og < 25 nmol/l regnes som betydelig D-vitaminmangel (28). (For en diskusjon, se også kronikk i *Tidsskrift for Den norske legeforsning* nr. 7, 2014). Sett i lys av dette var ikke Aminas verdier alarmerende lave. De siste årene har imidlertid diskusjonen om hva som er et optimalt nivå blusset opp igjen. Også suboptimale verdier er assosiert med stigning av PTH og økt benomsetning, og kan være utilstrekkelig for å opprettholde optimale biologiske forhold (28). Flere studier viser dessuten at de mest fordelaktige serumkonsentrasjonene starter ved 75 nmol/l og at optimale verdier ligger rundt 90–100 nmol/l (29, 33). En bør likevel være oppmerksom på at s-25(OH)D hos mange kan variere med årstiden. Parathormon, derimot, vil, dersom det er forhøyet, gjerne holde seg stabilt forhøyet over lengre tid (18).

Men for at diagnosen skal stilles må legen ha muligheten i tankene. I Aminas tilfelle kjenner vi ikke verdien av parathormon. Hun var, så vidt jeg kunne bringe på det rene, heller ikke undersøkt klinisk. Diagnosen er fortsatt ikke verifisert. Det kan være at en del leger er ukjente med det kliniske bildet, eller at de ikke er oppmerksomme på hvor utbredt denne tilstanden er, særlig blant innvandrere fra Midtøsten, Sør-Asia og Afrikas Horn. Den manglende oppmerksomheten av slike lidelser kan skyldes at legen har bestemt seg for at smertene er psy-

Best gikk det når hun holdt seg til fisk – laks og torsk – og spiste kokte grønnsaker.





kisk betinget. Det er en kjensgjerning at innvandrere gjerne tilbys diagnosen *somatiseringslidelse* (36). *Fibromyalgi* er også en populær lidelse. Leger er med andre ord ikke frie for fordommer, og situasjonen blir ikke enklere når konsultasjonen preges av språkvansker og ulike oppfatninger av hva saken egentlig dreier seg om.

Behandling

Flere studier av nyere dato mer enn antyder at D-vitaminsubstitusjon i tilstrekkelige doser gitt over et visst tidsrom er nok til at smertene blir borte (30, 31, 32). Andre studier viser god, om enn noe mer moderat effekt (36, 37). I en meta-analyse over randomiserte, kontrollerte studier fant man i 7 av 11 studier at vitamin D-substitusjon gav økt muskelstyrke i beina, redusert kroppssvai samt bedring av andre fysiske parametre (38). Men behandlingen tar gjerne uker og måneder (39). Også ved kvinnesenteret som Amina oppsøkte har man erfaring med at D-vitamintilskudd hjelper. Men de kvinnene som kommer hit har ofte så mange grunner til å ha vondt. Det dreier seg om fysiske så vel som psykiske belastninger. Kroppen blir anspent, verker og stivner til. En orker ikke å gå ut med mindre det er helt nødvendig. Omgangskretsen snevres inn og sosial isolasjon truer. Noen står på til de ikke klarer mer, ofte av hensyn til barna, mens andre blir sittende foran TV-apparatet. Kombinert med et u hensiktsmessig kosthold kan det lett oppstå onde sirkler, som kanskje får en ekstra omdreining når en opplever avvisning fra andre og tilliten til at andre kan eller vil hjelpe skranter. Kvinnesenteret satser på å skape en motvekt til dette. Gode sirkler etableres ved å skape et godt sosialt miljø, et sted hvor nyttig informasjon flyter og sosial støtte kan påkalles, ikke minst for å øke motivasjon og utholdenhet. Det er innenfor rammen av et slikt miljø at kosttilskudd kombineres med strekkeøvelser, trening og dyp massasje. I grupper preget av tillit og gjensidighet kan kvinnene tilegne seg ord og begreper som gjør det lettere å begripe hverdagens utfordringer, samtidig som de inspirerer seg selv og andre til økt bevegelse og til å utvide sitt handlingsrom.

Alt dette kan naturlig nok ikke være opp til allmennpraktikeren alene. Men allmennpraktikeren kan kanskje bidra til at frisklivssentralene, som nå er under etablering, ikke bare blir et sted for videre henvisning eller for koordinering av spredte tiltak, men at de utvikler seg i en retning hvor kulturelle, sosiale, kognitive og fysiske elementer kan integreres og styrke hverandre.

For en kvinne som kanskje er mor til fem barn, selv strever med å kvalifisere seg for yrkeslivet og hvor mannen ofte er fraværende, er det helt avgjørende at hun innen rimelig tidsramme kan få sine behov dekket på ett og samme sted. Dersom hun er henvist til å oppsøke ulike behandlere på ulike steder til ulike tider, kan behandlingssituasjonen i seg selv bli så stressende at «vinningen går opp i spinningen».

Her kan vi ta inspirasjon fra toppidretten: For å prestere optimalt må kroppen være i form, men det handler også om selvtillit og kognitiv mestring av vanskelige situasjoner og sterk lagånd.

REFERANSER

- Holick, M.F. (2007) Vitamin D Deficiency. Review article *The New England Journal of Medicine* Vol. 357 No. 3 s. 266–281.
- Erkal, M.Z. et al (2006) High prevalence of vitamin D deficiency, secondary hyperparathyroidism and generalized bone pain in Turkish immigrants in Germany: identification of risk factors *Osteoporos Int*. Vol 17, s. 1133–1140.
- Van der Meer, I.M. et al (2011) Prevalence of vitamin D deficiency among Turkish, Moroccan, Indian and sub-Saharan African populations in Europe and their countries of origin: an overview *Osteoporos Int* Vol. 22, s 1009–1021.
- Clemens T.L. et al (1982) Increased skin pigment reduces the capacity of skin to synthesise vitamin D₃ *Lancet* Vol. 319, No. 8263, s 74–76.
- Holvik, K. et al (2005) Prevalence and predictors of vitamin D deficiency in five immigrant groups living in Oslo, Norway: the Oslo Immigrant Health Study *Eur J Clin Nutr* Vol. 59, No 1, s 57–63.
- Madar, A.A. et al (2009) Vitamin D-status among immigrant mothers from Pakistan, Turkey and Somalia and their infants attending a child health clinics in Norway *Br J Nutr*. Vol 10, No.7, s 1052–8.
- Skull, S.A. et al (2003) Vitamin D deficiency is common and unrecognized among recently arrived adult immigrants from The Horn of Africa *Internal Medicine Journal* Vol. 33, s 47–51.
- Eggemoen, Å.R. et al (2013) Vitamin D status in recently arrived immigrants from Africa and Asia: a cross-sectional study from Norway of children, adolescents and adults *BMJ Open* 3:e003293.
- Aucoin, M. (2013) Vitamin D status of refugees arriving in Canada *Can Fam Physician* Vol. 59: e 188–94.
- Wang, T.J. et al (2008) Vitamin D Deficiency and Risk of Cardiovascular Disease *Circulation* Vol. 117, s 503–11.
- Grineva, E.N. et al (2013) Vitamin D deficiency is a risk factor for obesity and diabetes type 2 in women at late reproductive age *Aging* Vol. 5, No. 7 s 575–581.
- Sugden, J.A. (2008) Vitamin D improves endothelial function in patients with type 2 diabetes mellitus and low vitamin D levels *Diabetic Medicine* Vol. 25, s 320–325.
- Aranow, C. (2011) Vitamin D and the Immune System *J Investig Med* Vol. 59 No. 6, s. 881–886.
- Priehl, B. et al (2013) Vitamin D and Immune Function *Nutrients* Vol. 5, s. 2502–2521.
- Schwalfenberg, G.K. (2011) A review of the critical role of vitamin D in the functioning of the immune system and the clinical implications of vitamin D deficiency *Mol. Nutr. Food Res* Vol. 55, s. 96–108.
- McCann, J.C. & Ames, B.N. (2008) Is there convincing biological or behavioral evidence linking vitamin D deficiency to brain dysfunction? *Review FASEB Journal* Vol. 22, 982–1001.
- Souberbielle, J.-C. et al (2010) Review: Vitamin D and musculoskeletal health, cardiovascular disease,

autoimmunity and cancer: Recommendations for clinical practice *Autoimmunity Reviews* Vol. 9, s. 709–715.

- Nellen J. et al (1996) Lesson of the Week: Hypovitaminosis D in immigrant women: slow to be diagnosed *BMJ* 312: 570.
- Rasheed, K. et al (2013) Severe Vitamin D Deficiency Induced Myopathy Associated with Rhabdomyolysis *North American Journal of Medical Sciences* Vol. 5, No. 5, s. 334–336.
- Yamshikov, A.V. (2009) Vitamin D for treatment and prevention of infectious diseases: a systematic review of randomized controlled trials *Endocr Pract* Vol. 15, No. 5, s 438–449.
- Nasri, H. & Baradaran, A. (2007) The Influence of Serum 25-hydroxy Vitamin D Levels on Helicobacter Pylori Infections in Patients with End-Stage Renal Failure on Regular Hemodialysis *Saudi J Kidney Dis Transplant* Vol. 18, No. 2, s 215–219.
- Guo, L. et al (2013) Helicobacter pylori Induces Increased Expression of the Vitamin D Receptor in Immune Responses *Helicobacter* Vol. 19, s 37–47.
- Mithal, A et al (2009) Global vitamin D status and determinants of hypovitaminosis D *Osteoporos Int* Vol. 20, 1807–1820.
- Anglin, R.E.S., et al (2013) Vitamin D-deficiency and depression in adults: systematic review and meta-analysis *The British Journal of Psychiatry* Vol. 202, s 100–107.
- Javorsky, B.R. et al (2006) Vitamin D Deficiency in Gastrointestinal Disease *Practical Gastroenterology* March 2006, s 52–72.
- Holick, M.F. (2003) Vitamin D Deficiency: What a Pain It Is *Mayo Clinic Proceedings* Vol. 78, s. 1457–1459.
- Sveaass, N. & Reichelt, S. (2011) Familiegenforening i eksil – en utfordring for familierapeuter *FOKUS på familien* No. 3, s. 210–217.
- Meyer, H. et al (2006) Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen Oslo: Nasjonalt råd for ernæring.
- Bishoff-Ferrari, H.A. et al (2006) Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes *Am J Clin Nutr* Vol. 84, s. 18–28.
- Al Faraj, S. & Al Mutairi, K. (2003) Vitamin D deficiency and chronic low back pain in Saudi Arabia *Spine* Vol. 28, No. 2, s. 177–9.
- Abokrysha, N.T. (2012) Vitamin D deficiency in women with fibromyalgia in Saudi Arabia *Pain Med* Vol. 13, No. 3 s. 452–8.
- Abbasi, M. et al (2012) Is vitamin D deficiency associated with non specific musculoskeletal pain? *Glob J Health Sci*. Vol. 5, No. 1, s. 107–11.
- Bishoff-Ferrari, H.A. et al (2010) Benefit – Risk Assessment of Vitamin D Supplementation *Osteoporos Int* Vol. 21, No. 7, s 1121–1132.
- Aambø, A. (2007) Den smertefulle konsultasjonen, i A. Aambø (red) *Smarter – smerteopplevelse og adferd* Oslo: Cappelen Akademisk Forlag s. 183–214.
- Aambø, A. (2013) «Snakker vi om det samme?» Klinisk kommunikasjon i det flerkulturelle rom, i K. Johnsen & H.O. Engvold *Klinisk kommunikasjon i praksis* Oslo: Universitetsforlaget.
- Torrenté de la Jara, G. et al (2006) Female asylum seekers with musculoskeletal pain: the importance of diagnosis and treatment of hypovitaminosis D *BMC Family Practice* Vol. 7, No. 4.
- Huang, W. et al (2013) Improvement of Pain, Sleep, and Quality of Life in Chronic Pain Patients With Vitamin D Supplementation *Clin J Pain* Vol. 29, No. 4, s 341–347.
- Rejnmark, L. (2011) Effects of vitamin D on muscle function and performance: a review of evidence from randomized controlled trials *Ther Adv Chronic Dis* Vol. 2, No. 1, s 25–37.
- Schreuder, F. et al (2012) Vitamin D Supplementation for Non-specific Musculoskeletal Pain in Non-Western Immigrants: A Randomized Controlled Trial *Annals of Family Medicine* Vol. 10, No. 6, s 547–555.

Tilsynsbesøk fra Fylkeslegen

■ ANDERS SVENSSON • Astrid Holm | Raymond Dokmo | Stefan Kjelling
Jarand Gjestland | Lene Stene Salberg | Hege Jørgensen | Randi Sjøvoll | Jan Petter Lea

Et møte med øvrigheta, menn og kvinner med bistert oppsyn, som gransker vår dårlige samvittighet med stivt blikk, med regelboka i den ene hånden og pisen i den andre. Rådmannen og helse- og sosialsjefen har hatt panikk i flere dager, intenst letende etter dokumentasjon som ikke fins og skriving av planer som ikke er oppdatert.

Mange av oss har vært der. Men hva er det «egentlig» som skjer? Veiledningsgruppen i samfunnsmedisin i Nordland har foretatt et «tilsyn» hos en av deltakerne i gruppa, i Bø i Vesterålen. Det ble en flott reise til Vesterålens perle, men også en reise i lovverk og forskrifter og virkeligheten i en liten distriktskommune.

Det har skjedd noe. Samfunnsmedisinen har våknet fra en langvarig komatilstand og har nå fått vind i seilene. Endringsprosessen i helsesektoren, med samhandlingsreformen som drivkraft, har synliggjort behovet for samfunnsmedisinsk kompetanse. Satsningen på helsefremmende arbeid gjennom Folkehelseloven krever kompetanse, men kanskje fremfor alt legitimitet. Samfunnsmedisinen har begge.

Resultatet er at samfunnsmedisinske kurs er fullbooket. Unge leger ser et spennende fag i rivende utvikling, men også eldre erfarne kommuneoverleger ser behovet for å knytte erfaring og formalkompetanse sammen for å bidra i sine lokalsamfunn.

Utdanningen i samfunnsmedisin er i endring. Fra Bygdøykurset – tre måneder heltidsstudier med stort fokus på miljørettet helsevern og lovverk, til en integrert utdanning som minner om utdanningen i allmennmedisin. Krav til tjeneste, aktivitetskrav, ni obligatoriske kurs og naturligvis tre år i veiledningsgruppe.

Vår veiledningsgruppe startet i 2012, ledet av tidligere kommuneoverlege i Narvik, nå kommuneoverlege i Trondheim, Lene Stene Salberg. Deltakerne i gruppa kommer fra Nordland, og representerer samfunnsmedisinske spennvidde. Noen kommer fra små kommuner, noen fra middelstore kommuner og noen fra de største. Noen er unge og fremadstormende og noen er eldre (ikke gamle..) og etablerte. Noen av utdanningskandidatene har en PLAN, og andre har ramlet med på utdan-

ningen ved et uhell. Således et makrame av kommuneoverleger (og en stakkars fastlege som har «kommet i uløkke»).

Vår veiledningsgruppes overordnede og egenerklærte målsetting er å produsere engasjerte samfunnsmedisinere.

Under flere samtaler i veiledningsgruppa ble det åpenbart at samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene ikke bare er dårlig definert, men også at det er litt hipp som happ med gjennomføring og rammebetingelser i våre hjemkommuner. For å utforske dette bestemte vi oss for å gjennomføre et tilsyn for å finne ut hvordan de samfunnsmedisinske oppgavene ble ivaretatt i en av deltakernes kommuner. Målsettingen var å gjennomføre et tilsyn så likt et ordinært besøk av fylkesmannen som mulig. Gruppa besøkte Bø i Vesterålen i juni 2013.

Bø er en liten fiskerikommune på yttersiden av Vesterålen. Her har kommuneoverlege Anders Svensson jobbet siden i 1995. Han er en «gammaldags» kombilege, med fastlegeliste, administrativt og faglig leder av helseavdelingen, og har i tillegg ansvaret for samfunnsmedisinske oppgaver. Under veiledningsgruppas samlinger har det blitt åpenbart at Anders, i likhet med mange andre kombileger i små kommuner, identifiserer seg sterkt med rollen som kommuneoverlege. Men hvordan står det egentlig til i Bø kommune? Kan Anders alene oppfylle kravene i lovverket og hvordan er egentlig hans oppgaver organisert? Eller spørsmålet som melder seg for de som kjenner Anders er selvsagt; er oppgavene organisert i det hele tatt?

Anders inviterte gruppa til Bø, og administrativ og politisk ledelse i kommunen stilte opp helhjertet i to fantastiske dager i juni.

Det er fylkeslegen som har tilsynsansvar for samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene. Eller vi trudde det var fylkesle-



Veiledningsgruppa i Nordland samlet ved Mannen fra havet, en del av skulpturlandskap Nordland som Bøfferdingene er svært stolte av.

gen. Når man søker på fylkeslegen i Nordland på Google, så får man ikke treff. Nåvel, man skjønner jo at fylkeslegen tilhører Fylkesmannen og at Helsetilsynet i Nordland er involvert. Men det eksisterer heller ikke, det heter nå helse- og omsorgsavdelingen hos Fylkesmannen i Nordland. Om man så søker på fylkeslegen på Fylkesmannens sine sider, får heller man ingen treff. Spørsmålet som melder seg er om fylkeslegen finnes, men det er vi nokså sikre på. Han er nemlig en av deltakerne i gruppa og som man sier på svensk: «han rør jo på seg».

Fylkeslegen er leder for avdelingen som fører tilsyn med helsetjenesten i kommunene, herunder samfunnsmedisinske oppgaver. Fylkeslegen bruker flere metoder. Den vanligste, og kanskje viktigste, er såkalt systemrevisjon. Her vurderes kvaliteten på tjenesten med utgangspunkt i dokumenter, planer og skriftlige systemer og hvordan disse benyttes i hverdagen. Vi er også alle kjent med hendelsesbaserte tilsyn



Bø presenterte seg i sin skjønneste sommerskrud – det var noen eventyrlige dager i Vesterålens perle.



«Teambuilding» med hestetterapi på Bjørkengen gård.

der man vurderer enkeltsaker. De siste årene har man også i alt større grad tatt i bruk selvevaluering, det vil si at man bruker spørreskjema der kommunen vurderer sin egen virksomhet.

Tilsyn kan resultere i avvik som betyr at virksomheten bryter med lover og forskrifter, merknad som kan bety at virksomheten ikke driver i tråd med god praksis, eller ingen av delene; med andre ord «bare fryd og gammen».

Veiledningsgruppa sendte varsel om tilsyn til Bø kommune. I brevet ble målsettingen for tilsynet beskrevet og vi spesifiserte hvilken dokumentasjon vi ønsket å få tilsendt i forkant av møtet. Vi fikk nødvendig dokumentasjon og planverk som gruppen gikk gjennom før møtet.

Hele seansen foregikk på Bøheimen bo- og behandlingssenter. Anders kaller det Bø helsehytte, men noen hytte er det så definitivt ikke. Det er et stort, luftig og moderne bygg som huser alle helse- og omsorgstjenester i kommunen. De bygningsmessige forholdene bekrefter kommunens ambisjoner for helse- og omsorgssektoren; ordfører Sture Pedersen mener at Bø skal bli best på helse i Norge. Det er lov for politikere å ha (altfor) høye ambisjoner, men bygget gir anledning til å satse på en helse- og om-

sorgssektor med stort fokus på tverrfaglighet, fleksibilitet og korte beslutningsveier. Anders er stolt over sin kommune..... Bø er på ROBEK-lista, og det er kanskje ikke så rart når helse- og sosialsenteret har både storkjøkken og en kantine som serverte god lunsj begge dagene. Raymond fikk til og med en sjokoladepudding med hjerte. Pensjonistene som spiste lunsj i lag med oss fikk det ikke.....

Intervjuer av sentrale fagfolk er en vesentlig del av et planlagt tilsyn. Veiledningsgruppa intervjuet rådmann, helse- og sosialsjef og sykehjemslege. Rådmannen var først ut. Jarand spurte hvordan samfunnsmedisinen er organisert i Bø kommune. Rådmannen nølte, vred litt på seg og svarte; «jeg har full tillit til Anders». Og det er symptomatisk for organiseringen av samfunnsmedisinen i små kommuner i Norge. Tjenesten er ikke basert på systemer, men på enkeltpersoner. I Bø kommune er dette veldig tydelig. En av konklusjonene fra tilsynet er at planverket ikke beskriver virkeligheten. Heldigvis er virkeligheten ofte bedre enn beskrivelsen i planverket, så også i Bø kommune. Tilsynet avdekket en rekke mangler i planverk, og de som finnes er mangelfulle eller ikke oppdatert. Men det fungerer. Utfordringen med et



Jarand spør rådmann Merethe Skille og ordfører Sture Pedersen om smittevernberedskapen i Bø kommune. Merethe prøver å finne smittevernplan i kommunens saksbehandlings-system men lykkes ikke helt.

personavhengig system er sårbarheten. Dersom kommuneoverlegen blir borte av en eller annen grunn, så er det svært krevende for en vikar å utføre oppgavene.

Miljørettet helsevern er et område der de fleste kommuner har dårlig samvittighet. Bø kommune bryter lovverket, noe som kvalifiserer til et avvik. Astrid brukte anledningen til å fortelle rådmannen at miljørettet helsevern burde organiseres som en interkommunal ordning. Ordfører Sture Pedersen var enig, noe politikere ofte er.

I tillegg til det faglige, fant vi i Bø det beste av Vesterålen. Nydelig vær (selvsagt), båttur med lokale helter, hesteassistert terapi og ridning på Bjørkengen gård, nydelig mat og godt samvær.

Dagene i Bø har satt spor. Vi lærte mye og det var et faglig løft for gruppa. Denne måten å jobbe på anbefales også for andre veiledningsgrupper i samfunnsmedisin.

Samlingen ble dessverre også vårt siste møte med Rolf Peder som døde brått et par måneder senere. Vi er takknemlige for at vi var så heldige og fikk være sammen med Rolf Peder, og at vårt siste minne om han er knyttet til noen fantastiske dager i Vesterålens perle, Bø.

■ ANDERS.SVENSSON@BO.NHN.NO

Alkoholen blant oss

■ ALEXANDER WAHL • Spesialist i allmennmedisin | Redaktør primærhelse, Helsebiblioteket.no

Hvordan kan vi best behandle folk med alkoholavhengighet? Står lovverket i veien? Står vår egen fortrefelighet i veien?

Promilleservitøren

Min pasient jobber i utebransjen der service flyter i en strøm av promille. «Ta deg et glass», sier kollegaen og smiler fortrolig. Han tar imot, og ett glass blir til ti, så til hundre. Sjefen får klager fra gjestene om en beruset servitør. Servitøren blir kalt inn på teppet. Det blir ubehag og sorger som druknes i trøst fra nok et glass – nå alene hjemme. Pengene forsvinner, og Mr. Inkaso banker på døren. Servitøren sier selv opp jobben før skammen blir for stor. Nå er han her på legekantoret og ber om Anta-

bus og beroligende – noe sterkt noe. Jeg har hørt denne historien før.

Det er ikke vanskelig å identifisere seg. Som ung student jobbet jeg på en universitetskantine som kelner. Jeg serverte LEGER på en internasjonal kongress for kardiologer. Med formell verdighet turnerte jeg fat og flasker. Ingen erter skulle rulle, ingen dråper dryppe ned på dresskledde lår. Men flaskene hadde slanter, og servitørene hadde et humoristisk fellesskap. Bak skranken var det noen av oss som huket oss ned et øyeblikk, og vips så fikk vi pressvelget ned to store slurker vin. Klart vi kom i godt humør. Alkoholen var tilgjengelig og gratis. Jeg ble advart av en mer erfaren servitrise. «Blir du sett av sjefen, får du sparken», sa hun med oppsperrede øyne. Jeg valgte heldigvis en annen karrierevei, og nå er det jeg som er LEGEN.

Pliktystere

Mange erfarer at bekjente drikker for mye. Noen snøvler litt for høyt på fest før de slukner innadventd for tidlig på kvelden. Hvor stort er egentlig problemet? Når skal man si i fra? Har man egentlig anledning til det? Kong Alkohol danser tett tango med selvbedraget. Hvem skal holde opp speilet? Problemet med bekjente er at man ikke er i posisjon, man er ikke invitert inn som hjelper. En av ti opererer i det gule farefeltet når det gjelder alkoholkonsum. Prevalensen i allmennpraksis er kanskje to til tre ganger så høyt. Oppdager vi det? Nå sitter jeg på legekantoret og kan møte en mann som har søkt min hjelp.

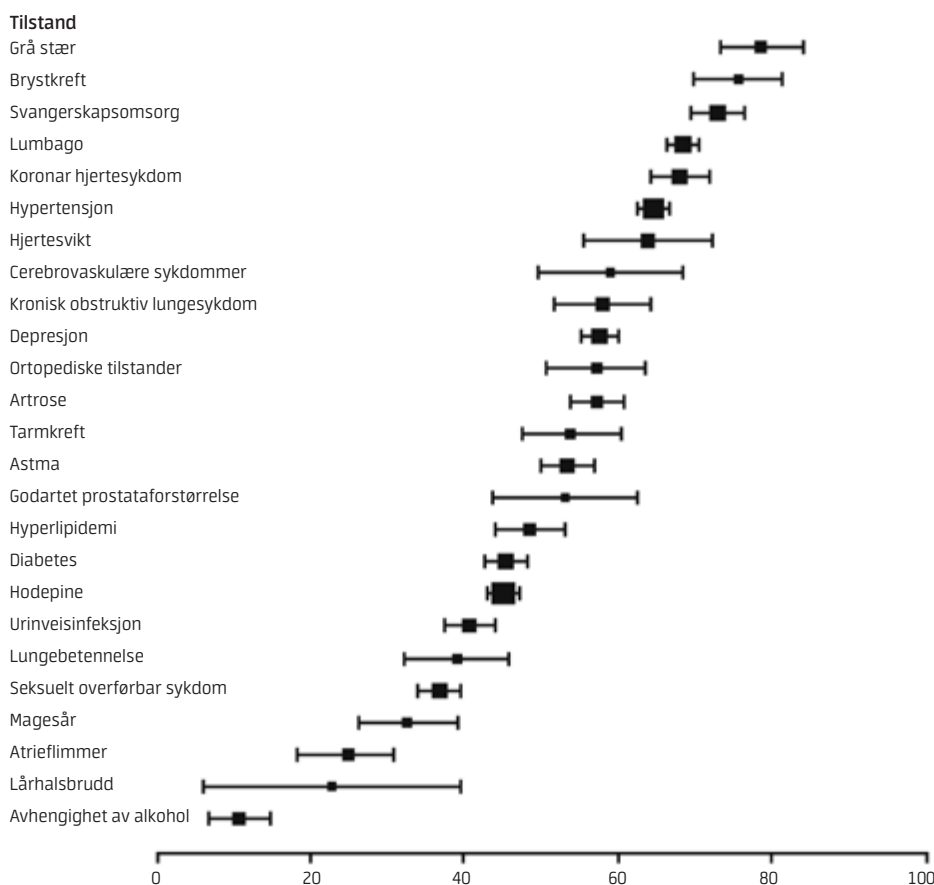
Jeg har møtt mange av dem opp gjennom årene. To av dem har tatt sitt liv, bare i år. Begge var taxisjåfører som ble fratatt kjøreseddelen. Sjøførene hevdet at de aldri kjørte i påvirket tilstand. Det nye lovverket pålegger oss meldeplikt – tystevirksomhet for å beskytte samfunnet mot potensiell skade (SE TABELL 1). Mine pasienter ble naturligvis rasende – skjelling og smelling fulgte. Den ene truet med mord og selvmord. Nå er begge døde, selvmord hos begge. Hjelpeapparatet ble deres fiender. Svik og mistillit gjorde at vi aldri senere kom i posisjon til å hjelpe.

Uten pasientens tillit står vi maktesløse. Lovverket skyver de svakeste utfor kanten. Kan vi ikke kontrollere alkoholinntak på en annen måte? Ville det være en bedre løsning om vi fikk alkohol med fingeravtrykk-gjenkjenning på taxibilene?

Piller og førerkort

Noen av våre pasienter bruker beroligende legemidler som ikke er forenlig med bilkjøring. Fastlegene er for dårlige til å melde til biltilsynet, mener fylkeslegen i Oslo. Det kan være flere grunner til det, blant annet manglende oversikt over gjeldende regler (1). I førerkortforskriften finnes tabeller med legemidler oppgitt i definerte døgndoser som kan være uforenlig med sikker kjøring. Dersom legemiddellistene i Legemiddelverkets database FEST kunne kobles opp mot disse kravene, kunne fastlegene fått et varsel i datajournalen ved for-

TABELL 1: Prosentvis fordeling av mottatt anbefalt behandling.



Kong Alkohol danser tett tango med selvbedraget. Hvem skal holde opp speilet? Problemet med bekjente er at man ikke er i posisjon, man er ikke invitert inn som hjelper. En av ti opererer i det gule farefeltet når det gjelder alkoholkonsum. Prevalensen i allmennpraksis er kanskje to til tre ganger så høyt. Oppdager vi det?



ILLUSTRASJON: FOTO: CALOUBROX

skrivning. Lege og pasient ville på denne måten få sjansen til å reflektere over legemiddelforbruket.

Om forskrivningen ble opprettholdt, kunne det gå en automatisk melding fra Legemiddelverkets database til biltilsynet/fylkeslegen om legemiddelbruket. Legene ville slik unngå den ubehagelige tysterrollen.

Forskningsbasert behandling?

Det er utfordrende å gå balansegang med en pasient som har et alkoholproblem. Mange leger gjør så godt de kan, og så er det likevel ikke bra nok. Jeg kjenner den følelsen. Selv om pasientene er svært forskjellige, gir alkoholproblemet dem mange felles trekk.

Alkoholavhengighet kjennetegnes av økt toleranse med hensyn til effektene av alkohol, karakteristiske abstinensreaksjoner ved fravær av alkohol og manglende kontroll på mengde og frekvens av alkoholinntak. Disse fellestrekkene er grunnlaget for en rikholdig forskning. Denne forskningen ignoreres av de fleste av oss leger. I hvert fall så det slik ut ved en undersøkelse foretatt av Agency of Healthcare Research and Quality, Kunnskapssenteret i USA.

Forskerne vurderte hvorvidt legene faktisk fulgte retningslinjene; hvilke tilstander ble egentlig behandlet etter gullstandard? I figur 1 viser x-aksen økende grad av

forskningsbasert behandling. Journalene til en mengde pasienter ble gjennomgått, og behandlingen de hadde fått, ble sammenlignet med gjeldene forskningsbaserte retningslinjer. Undersøkelsen viste at operativt inngrep mot grå stær ble behandlet etter alle kunstens regler – nesten alle øyeleger fulgte retningslinjene. I den motsatte enden av grafen lå behandlingen av alkoholrelaterte problemer. Her rådet den store improvisasjon– eller såkalt «emmenbasert» medisin.

Grafen er en påminnelse om at vi kan bli bedre. Undertegnede søkte oppdatering i oppslagsverket Best Practice. Helsebiblioteket.no formidler dette gratis. Her fant jeg et oversiktskapittel og tre spesifikke kapitler om alkohol: Overview of chronic alcoholism, Alcohol abuse, Alcohol withdrawal og Alcoholic liver disease. Jeg vil selvsagt ikke finne alle svar her, og jeg må kunne fortsette å improvisere ut fra omstendighetene. Men ikke bare improvisere.

Min pasient har en oppfølgingstime til uka. Da er jeg bedre forberedt.

REFERANSER

1. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerforkortsaker-/Sider/default.aspx s73>
2. Lange KE, Schøyen T. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 48, nummer 12, 2011: 1184–1186. Psykologens meldeplikt i førerforkortsaker – refleksjoner fra en ruspoliklinikk.

LOVVERKET

I henhold til lov om helsepersonell § 34 har leger meldeplikt når helsekrav til å inneha førerkort ikke er oppfylt:

- Lege, psykolog eller optiker som finner at en pasient med førerkort for motorvogn eller sertifikat for luftfartøy, ikke oppfyller de helsemessige kravene som stilles, skal oppfordre pasienten til å innlevere førerkortet eller sertifikatet. Dersom pasientens helsetilstand antas ikke å være kortvarig, skal helsepersonell som nevnt gi melding til offentlige myndigheter etter nærmere regler fastsatt av departementet i forskrift.
- Førerrett for motorvogn forutsetter at førerforkortforskriftens helsekrav er oppfylt, eller at det er gitt dispensasjon fra helsekravene. Når det gjelder rus, spesifiseres det i førerforkortforskriftens § 2 nr. 5: «Det må ikke være misbruk av alkohol eller andre rusmidler og ikke bruk av beroligende eller bedøvende midler i doser som reduserer årvåkenhet eller kjøreevne.»
- I tillegg til lov og forskrift har vi Helsedirektoratets veileder (IS-1437), hvor vi bl.a. leser: «Personer som er innlagt i institusjon eller er i behandling på annen måte for rusmiddelmissbruk, oppfyller ikke førerforkortforskriftens helsekrav.»

Og videre samme sted:

- Førerkortinnehavere eller -søkere som er i behandling for et rusproblem, og dermed også de som har et slikt rusproblem at de burde ha vært til behandling for dette, oppfyller ikke førerforkortforskriftens helsekrav.

■ ALEXANDER.WAHL@HELSEBIBLIOTEKET.NO

En bagatell

■ PÅL GULDBRANDSEN

Pål Gulbrandsen er spesialist i samfunnsmedisin, dr. med., professor i helsetjenesteforskning ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Akershus universitetssykehus. Han drev allmennlegearbeid i perioden 1981–1998, og har forsket på lege-pasientforholdet og kommunikasjon siden 1994.

På slutten av min tid som allmennlege begynte jeg for alvor å interessere meg for hvordan vi kommuniserer med pasientene. Det har gitt meg en fordel i selskapslivet, som egentlig kan likne litt på fastlegerollen.

Fastlegen er en av samfunnets resirkuleringsstasjoner. Alt havner der, enten fastlegen kan gjøre noe med det eller ikke. Og sånn er det blitt for meg: Historiene kommer til meg fra alle kanter. «Jaså, er det det du driver med? Ja, det er jammen viktig. Nå skal du høre her...» Og akkurat som man som allmennlege kan få et innsiktsfullt, men skjevt bilde av hvordan samfunnet fungerer, er det vel blitt slik med meg også: Jeg kan fryktelig mye om kommunikasjon etter hvert, og tror at det meste er elendig fordi jeg får så mange til dels opprørende historier.

Så derfor ville jeg denne gangen gjengi en bagatell. Brakt til meg i form av en telefon fra en ung bekjent, samme dag legebesøket hadde funnet sted, med uro i stemmen.

Han kunne fortelle at han over to til tre år fra tid til annen hadde vært plaget med en tilbakevendende furunkel. Det hadde blitt noen legevaktbesøk med lokalbehandling og et par forskjellige antibiotikakurer. Han hadde erfart at Diclocil hjalp godt, og hadde fått dette skrevet ut av sin fastlege også for tre måneder siden. Denne dagen hadde han ringt fastlegen av samme grunn, og kommet til samme dag. Han følte seg ellers frisk.

Legen hadde skrevet ut Diclocil med en gang, og sa sånn i forbifarten at han hadde tatt noen blodprøver forrige gang, og det kunne se ut til at «immunforsvaret var litt lavt». Han ønsket derfor å ta en ny blodprøve. Han sa at hvis prøven fortsatt var like lav, ville han henvise mannen til medisinsk poliklinikk. I så fall «kunne det være at mannen ville få et brev fra sykehuset». Mannen, som syntes det var litt rart at han ikke hadde blitt informert om disse blodprøvesvarene, sa at han i grunnen ville set-

te pris på om legen ringte og fortalte om resultatene selv. Til dette svarte fastlegen at han skulle se om ikke han kunne få gjort dette. Dessuten var det jo ikke sikkert at han hadde noen nyresykdom.

Den unge mannen ble urolig, men også perpleks. Hva skulle han si til dette? Blodprøve ble tatt, og han forlot legekantoret. Etter en times tid ble det litt for mange tanker, og han valgte å ringe til meg. Jeg var ikke til stede ved konsultasjonen, men dette er historien slik han oppfattet den. Han hadde ikke fått seg til å spørre mer om sitt svake immunforsvar og sin mulige nyresykdom. Han er altså en helt vanlig pasient. De fleste spør mindre enn de har lyst til.

På forespørsel fra meg, kunne han ikke erindre om han ved forrige legebesøk var blitt spurt grundig ut om symptomer som kunne være relatert til immunsvikt eller nyresykdom. Han var ikke blitt bedt om å levere urinprøve. Hvordan vurdere dette medisinsk og kommunikativt?

Medisinsk

Hvilke prøver ble tatt? Det vet vi ikke. Det må jo ha vært en eller flere analyser som samtidig sier noe om immunforsvarets «høyde» (jfr uttrykket «lavt immunforsvar») og nyrefunksjon. Mest sannsynlig dreier det seg om hvite blodlegemer og kreatinin, som begge kan være tatt for å sjekke funksjon etter gjentatte Diclocil-kurer.

Dermed blir den medisinske vurderingen temmelig spekulativ. Man kan få inntrykk av at legen har ønsket å gjøre noen tilleggsundersøkelser, mer som «case finding» enn som screening, men mest sannsynlig har det bare vært en sjekk som nevnt ovenfor. Når så svaret har foreligget, virker det ikke som det kan ha vært noe å legge vekt på, alternativt visste ikke legen hva han skulle gjøre med det. Kanskje har han bevisst valgt ikke å gi informasjon fordi han har vurdert at det ikke vil gagne pasienten å vite om et prøvesvar av denne art. Og det kan jo være rett, hvis verdiene var i grenseland.

Etter mitt alderdommelige og rustne skjønn er dette sannsynligvis gal bruk av laboratorieanalyser, og det er kostbart: Prøven kan ikke ha vært indisert, ellers ville det vært urimelig å overse et svar utenfor normalområdet. Den har dermed representert en tilleggs kostnad for samfunnet alt i utgangspunktet. I og med at prøven senere likevel har ført til nye prøver, øker kostnadene ytterligere. Hvis pasienten heller ikke er blitt utsatt for et grundig, målrettet anamneseopptak er prøvetakingen enda mindre relevant. Case finding forutsetter at man klinisk øker pretest sannsynlighet for å finne noe galt, og at man tar analyser som gir god tilleggsinformasjon med hensyn til hva man tror kan være galt. Å vurdere nyrefunksjon hos en frisk person uten urinanalyse er for øvrig absurd. Men det er jo mer praktisk å ta blodprøve da.

Kommunikativt

Pasienten er ikke informert om hvilke analyser som er tatt, om hvorfor de er tatt, og om hva som kan tenkes å komme ut av dem. Legen kan komme til å måtte gi informasjon om potensielt alvorlige tilstander uten at pasienten er forberedt på dette, i verste fall over telefon. Jeg tillater meg å tro at dette er vanlig praksis. Vi ble på 1980-tallet drillet i å informere folk dersom vi tok HIV-analyse, så ikke et svar skulle komme overraskende. Jeg ser ingen grunn til at vi ikke informerer pasientene våre om alle blodprøver som tas, og hvorfor vi tar dem. Det er minst tre gode grunner til det. For det første lærer pasientene noe. For det annet er det rimelig at de vet hvilke data vi samler om dem. Og for det tredje kan det bevisstgjøre oss selv om vår virksomhet.

Pasienten er heller ikke informert om et unormalt prøvesvar. Dette er akseptabelt dersom legen har vurdert svaret til å være av liten betydning og uten behov for oppfølging.

Pasienten får imidlertid likevel informasjon, tilfeldigvis fordi han kommer tilbake til legen. Denne informasjonen er uspesifikk, men har potensial til å alarmere. Man-

ge i dag har hørt om immunforsvar. Når det beskrives som lavt er det naturlig å oppfatte det som unormalt og som noe som kan være forbundet med risiko. Legen bryr seg ikke med å utforske pasientperspektivet: Hvordan tolker pasienten denne informasjonen? Heller ikke avslører legen sine egne tanker om betydningen av informasjonen.

Det at det nå må tas ny prøve av pasienten, forteller ham indirekte at det første prøvesvaret faktisk var nødvendig å følge opp. Dette kan av pasienten bare forstås som at det er begått en feil, som nå rettes opp. Imidlertid er det gått tre måneder, og det kan skape fantasier om en forsinkelse av avgjørende betydning. Om legen har resonneret slik at prøvesvaret ikke trengte oppfølging, men at ny infeksjon gjorde oppfølging indisert likevel, ville dette være mulig å legge frem for pasienten. Det lar seg forklare. Slik det ble nå, er en unnskyldning og en vurdering av konsekvensene på sin plass: «Jeg beklager at jeg ikke har fulgt opp dette. Jeg tror ikke at det får noen konsekvenser, det dreier seg bare om...» osv.

Når også nyresykdom nevnes som noe pasienten kanskje likevel ikke har, kan dette bare forvirre og eventuelt skremme. For en pasient er det ingen opplagt sammenheng mellom nyresykdom og immunforsvar. Han kan dermed få inntrykk av at det er to tilstander i kroppen hans, og in-

gen av dem høres lystelige ut. En kort forklaring er på sin plass.

Det blir uklart for pasienten hva som kommer til å skje videre. Kanskje henvises han, kanskje får han et brev fra medisinsk poliklinikk. Han sørger imidlertid for å stille større krav, han vil ha beskjed av legen selv om de nye prøveresultatene. Dette er noe legen skal se om han får til. En slik beskjed er ikke egnet til å virke betryggende, når det forrige gang ikke engang ble gitt beskjed om en unormal prøve. Pasienten gjengir sin opplevelse med bruk av verb i en funksjon som signaliserer usikkerhet: «kunne se ut til», «kunne være at han ville få», «skulle se om han kunne få gjort». Dette er formuleringer til meg fordi pasienten har opplevd dem slik, altså som usikre, men det er også vanlig at leger bruker verb på den måten, noe som ikke er egnet til å skape klarhet eller ro. Man kan indirekte få inntrykk av en viss motvillighet fra legens side. Kanskje var pasienten noe mer i stand til å gi uttrykk for sin uro enn jeg har fått inntrykk av, slik at legen er blitt utålmodig? Sykdommen pasienten kom for var tross alt bagatellmessig, og køen kan ha vært lang på venterommet.

Jeg mener at dette er for dårlig. Det skal sies at det meste jeg har av kunnskap om lege-pasientsamtaler fra direkte observasjon, har jeg fra videoopptak i sykehus. Historie-

ne fra folk rundt meg er fra alle mulige sammenhenger. Men de har en fellesnevner: Pasientene føler seg dårlig informert, og de blir dårlig informert. Bagateller som denne kommer imidlertid aldri så langt som til å bli klagesaker, pasienter er forsiktige, de er prisgitt oss. Det er først dersom legen har gjort en alvorlig medisinsk feil, har vært ubehøvet eller lite villig til å beklage, at vår malfunksjon kommer til overflaten. Informasjonsutveksling med pasienter er vanskelig, tidkrevende og de færreste av oss er blitt trent grundig i det. Knappt noen er veiledet.

Mens vi venter på at medisinfaget tar videre- og etterutdanning i kommunikasjon mer alvorlig, vil friske pasienter med sannsynligvis bagatellmessige tilstander fortsette å forlate legekontor med uro. De lærer at det ikke er tilstrekkelig å føle seg frisk, det må analyser til. Denne pasienten har lært at han ikke kan stole på at fastlegen gir ham informasjon om avvikende prøvesvar. Han har også forstått at han helt og holdent selv må sørge for å skaffe seg informasjon. Og han vet ingenting mer enn tidligere. I skrivende stund, fire uker etter episoden, har pasienten ennå ikke hørt noe verken fra sykehus eller fastlege. Og på telefon til fastlegen er det så lang ventetid at han har gitt opp å ringe.

■ PAL.GULBRANDSEN@AHUS.NO

Kommunale praksiskonsulentene gir bedre samhandling for

■ ODD KVAMME • Allmennlege, Dr.med. Leirvik Legekantor, Stord

■ MONA YVONNE LOTHE • Sjukepleiar/ advelingsleiar, Heimebaserte tenester, Stord kommune

Vi ønskjer å formidle at praksiskonsulentmodellen kan brukast til å betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukepleiarar i kommunane og betra tenester og sikkerheit for heimebuande sjuke.

Forsøk med praksiskonsulentmodellen i primærhelsetenesta har ikkje vært gjort i Norge eller i andre land.

Praksiskonsulentmodellen har relevans for organisering og drift av primærhelsetenesta, og for korleis sjukehus samordnar sine tenester med kommunane. Aktualiteten er stor fordi kommunane utviklar og omstiller sine tenester for å dekke krav i samhandlingsreforma.

Bakgrunn

Levesett, teknologi- og kunnskapsutvikling fører til at menneske lever lenger heime med komplekse sjukdomsbilete og støtte frå helse- og omsorgstenesta. Mange har store og varige behov for helsehjelp.

Samhandlingsreforma fører til at fleire vert følgt opp av primærhelsetenesta (1). Tiltak med å styrke den er i gang både i Norge og internasjonalt (2). Utvida ansvar og innsats krev betre samarbeid og arbeidsdeling mellom faggrupper i primærhelsetenesta og mellom kommunar og sjukehus. Kunnskap om behovet er ikkje ny, alt i 1989 undersøkte Otterstad med andre nyten av godt samarbeid mellom allmennlegar og sjukepleiarar i Vestfold (3).

Samhandlingsreforma har overordna målsetjingar som livskvalitet, meistring, heilskaplege og koordinerte tenester og dempa vekst i sjukehusenestene. I prosjektarbeidet har vi arbeidd for at samarbeidet mellom fastlegar (FL) og heimesjukepleie (HBT) skal gjenspegla målsetjingane.

Praksiskonsulentordninga i opprinneleg form skal betra samhandlinga mellom fastlegar og sjukehuslegar for å skape gode pasientforløp med effektiv utredning, behandling og oppfølging (4). Tiltaka skal ha

nytteverdi for pasientar, fastlegar og personale i sjukehus og vere kostnadseffektive. PKO vart første gong teken i bruk i Norge i 1995 ved Stord sjukehus (5). Den har spreidd seg til alle norske sjukehus, og er ein etablert samarbeidsmetode i norsk helseteneste.

PKO har ikkje vært praktisert i førstelinjetenesta verken i Norge eller internasjonalt, og bør prøvast ut og evaluerast.

Hypotesen for denne evalueringa var at systematisk arbeid med å betra tenestene for eldre heimebuande ved bruk av modellen «praksiskonsulentordninga» på kommunenivå kan betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukepleiarar i heimebaserte tenester (HBT) og gje betre og tryggare helsetenester.

Materiale og metode

Stord kommune har omlag 18 000 innbyggjarar og auka folketallet med 271 personar i 2013 (SSB). Regionen Sunnhordland har lokalsjukehus på Stord som server kommunane Stord, Bømlo, Kvinnherad, Fitjar og Tysnes, med til saman om lag 50 000 innbyggjarar. Sjukehuset er ein del av Helse Fonna HF.

143 personar i 87 årsverk arbeide i HBT i Stord kommune, derav 51 sjukepleiarar. HBT er delt inn i fem avdelingar, der tre dekker geografiske avdelingar innan somatikk, ei dekker psykiatri og ei demens. Kommunen har 20 fastlegar fordelt på fem legesentra.

Prosjektarbeidet vart utført av ein fastlege og ein sjukepleiar i HBT i 20 prosent stillingar i tidsrommet januar 2013–februar 2014. Dei stod for gjennomføringsplan, datainnsamling, kommunikasjon med målgruppene fastlegar, sjukepleiarar i HBT og sakshandsamarar ved tingarkontor, Kundetorget (KT).

Basisdata for prosjektarbeidet vart samla inn i januar 2013 ved fokusgrupper og spørjeskjema.

Det vart halde fire fokusgruppeintervju med fastlegar, sjukepleiarar i HBT, sakshandsamarar ved KT og pasientar og pårørande.

Spørjeskjema (questback) vart sendt til fastlegane, sjukepleiarane i HBT og sakshandsamarane ved KT før prosjektstart og ved slutt. Nokon av spørsmåla var opne, for å fange opp samarbeidsproblem og forslag til endringar. Resultata av lukka spørsmål vart samanlikna ved bruk av SPSS.

Analysen av basisdata munna ut i åtte innsatsområde med fleire tiltak innan kvart område.

Prosjektgruppa arbeide systematisk med godkjenning, klargjering, prosedyrar og innføring av samarbeidstiltak i perioden februar 2014–desember 2014.

Statistisk metode

Vi nytta data frå første og andre datainnsamling som to tverrsnittmålingar (n = 58 og n = 40) til bruk i deskriptive framstillingar. Eit para datasett vart nytta til pre- og posttestanalysar for signifikanstesting av hypotesar.

Då det var noko fråfall frå første til andre datainnsamling, og enkelte berre svarte på den andre undersøkinga, vart utvalet i datasettet noko redusert (n = 32). Det framgår i resultatpresentasjonen kva datasett som er brukt. Ein Related samples Wilcoxon Signed Rank test vart nytta for å undersøke om det var signifikante endringar (6).

Resultat

BOKS 1. SATSINGSOMRÅDE	
1.	Tilgang telefon
2.	Kontaktform
3.	Dokumentasjon og informasjonsdeling
4.	Medisinhandtering
5.	Arbeidsoppgåver (overføring av ansvar og oppgåver frå FL til HBT)
6.	Spesialiserte team for grupper med særlege behov
7.	Samarbeid med Stord sjukehus
8.	Prosedyrar for samarbeid

Kvart tiltaksområde inneheld fleire innsatspunkt, kalla «foreslått tiltak». For kvart område viser vi i boksane under tiltak og oppnådd resultat.

konsulentar kronisk sjuke



Regionen Sunnhordland har lokalsjukehus på Stord som server 50 000 innbyggere i fem kommuner.



Fastlandsforbindelse sørover via Dømlo.

BOKS 2. TILGANG TELEFON		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Direkte telefonnummer og mobilnummer til fastlegar, til bruk for heimebaserte tenester og Kundetorg, og utvida telefontider	ja	ja
Telefonnummer/faksnummer til avdelingar og grupper i HBT og KT, til bruk for fastlega	ja	ja
Liste over pasientar med tenester frå HBT kopla med aktuell fastlege	ja	ja

BOKS 3. ELEKTRONISK KOMMUNIKASJON		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Samarbeide med prosjektgruppe for innføring av e-kommunikasjon	ja	ja
Bidra til å utvikle retningslinjer for e-kommunikasjon	ja	ja
E-melding frå sjukehus til FL om innlegging av pasientar som har tenester frå HBT	nei	

BOKS 4. KONTAKTFORM*		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Felles sjukebesøk	ja	ja
Felles kontorkonsultasjonar	ja	ja
Ansvarsgruppemøte	ja	ja
Regelmessige møte mellom FL og HBT	ja	ja

* utanom telefon og e-kommunikasjon

BOKS 5. KONTAKTFORM PÅ SYSTEMNIVÅ		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Årleg seminar, «fastlegeseminaret»	ja	ja
Gjensidig hospitering mellom HBT og FL	ja	ja
Samarbeidslege/praksiskonsulent for HBT med funksjon på systemnivå	ja	nei
Betre informasjon på web Stord kommune om FL, HBT og KT	ja	ja

BOKS 6. KONTAKTFORM, PASIENTBEHOV		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Færre hjelparar per pasient (maks fem)	ja	nei
Årlege evalueringsmøte mellom HBT og pasient/pårørande	ja	nei
Like behandlingrutinar og kortare ventetider på svar frå KT	ja	ja

BOKS 7. DOKUMENTASJON OG INFORMASJONSDELING		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
KT informerer FL om tildelte tenester	ja	nei
HBT informerer FL om endringar i pasientsituasjon via e-kommunikasjon	ja	ja
FL informerer HBT om endringar hos pasienten som nye funn, endra behandling, henvisingar, medisinerbruk og anna, via e-kommunikasjon	ja	ja

BOKS 8. MEDISINHANDTERING		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
FL informerer HBT om endra medisinerbruk	ja	ja
FL gjev medisinerliste til pasientar med fleire medikament til fast bruk	ja	ja
Nye rutinar for pasientar med multidoser	ja	nei
elles legemiddelkort mellom FL, HBT og apotek	nei	

BOKS 9. OVERFØRING AV ARBEIDSOPPGAVER TIL SJUKEPLEIARAR I HBT		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Blodpøvetaking i heimen	ja	ja
Intramuskulære injeksjonar (vitaminer med meir)	ja	ja
Sårbehandling	ja	ja
Kateterisering	ja	ja
Intravenøs behandling i heimen	ja	ja

BOKS 10. SPESIALISERTE TEAM		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Tverrfagleg team for lindrande behandling (palliasjon), som bør omfatte utvida støtte og hjelp til pasient og familie på område som økonomi, NAV-kontakt, diakon/prest, barn med sjuke foreldre og jobbsituasjon for samlivspartnar.	ja	nei
Førebyggingstiltak: systematisert trening i heimen for å betra muskelstyrke og balanse, for å hindre fall og betra daglege aktivitetar.	ja	nei

Prosedyrar

Foreslått tiltak

Elektronisk prosedyrebok for samarbeid mellom fastlegar, heimebaserte tenester, Kundetorg og lokalsjukehus. Prosedyrane skal reviderast årleg.

Oppnådde resultat

Det blei skrive prosedyrer for alle klargjorte og iverksette tiltak. Prosedyrane blei sendt på høyring til fastlegane og sjukepleiarane i HBT. Dei blei etter godkjenning samla i internprosedyrar for HBT og distribuert til fastlegane slik at dei kan inngå i kvalitetssystema på legekantora.

BOKS 11. SAMARBEID MED STORD SJUKEHUS		
FORESLÅTT TILTAK	KLARGJORT	INNFØRT
Epikrise på utskrivingsdagen til pasient, FL og HBT	ja	ja
Melding til FL om innlegging på innleggingsdagen	ja	ja
Akutt-poliklinikk for eldre heimebuande sjuke	ja	ja
Strukturert dag-utredning for skrøpelege eldre	ja	ja
Assistans fra sjukehuset ved innlegging av PVK og IV-infusjon	ja	ja

Statistiske funn, spørjeundersøking

Vi slo saman spørsmål relatert til samarbeid i fire begrepskategori: «samhand-

ling», «samarbeid kring brukar», «fagleg ivaretaking» og «relasjonar/mellommenneskelege tilhøve».

Samhandling (TAB. 1)

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «samhandling» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 16 og ettermålinga 18, $z = -3.461$, $p = .001$. $r = .46$, noko som tilsvarener moderat effektstorleik.

TABELL 1: Samhandling

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING (N = 58)	ANDRE UNDERSØKING (N = 40)
1	Kor tilfreds er du med samarbeidet mellom heimebaserte tenester og fastlegane?	M = 3.16 SD= .751	3.63 .589
2	Er du tilfreds med korleis du og den andre parten løyer faglege problem saman?	M = 3.40 SD= .728	3.75 .494
3	Er den andre parten tilgjengeleg når du søker fagleg kontakt?	M = 3.02 SD= .813	3.48 .640
4	Kor tilfreds er du med faglege råd frå den andre parten?	M = 3.41 SD= .563	3.48 .5544
5	Kor tilfreds er du med funksjons- og arbeidsdeling med den andre parten?	M = 3.33 SD= .574	3.63 .490
6	Utfører du ofte oppgåver som den andre parten burde ha utført? (negativt lada)	M = 2.59 SD= .992	2.54 .854
7	Tenk på samarbeidet med den andre parten i 2012. I kva retning og grad har samarbeidet endra seg?	M = 3.11 SD= .577	---
8	Tenk på samarbeidet med den andre parten i 2013. I kva retning og grad har samarbeidet endra seg?	M= --- SD=	3.87 .695

Spørsmål 1, 2, 4, 5, 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 3: 1 = Svært lite tilgjengelig, 2 = lite tilgjengelig, 3 = nøytral, 4 = tilgjengelig, 5 = svært tilgjengelig. Spørsmål 6: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte. Spørsmål 7, 8: 1 = Samarbeidet er blitt mykje verre, 2 = samarbeidet er blitt noko verre, 3 = ingen endring, 4 = samarbeidet er blitt noko betre, 5 = samarbeidet er blitt mykje betre.

TABELL 2: Samarbeid kring brukar

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Kor tilfreds er du med kommunikasjonen med den andre parten omkring brukarar?	M = 3.19 SD= .611	3.58 .594
2	Møter du ofte den andre parten i faglege møte om brukarar?	M = 2.58 SD= .844	2.58 .874
3	Diskuterer du ofte spørsmål om brukarar med den andre parten?	M = 3.02 SD= .850	3.13 .894

Spørsmål 1: 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 2 og 3: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte

TABELL 3: Fagleg ivaretaking

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Kor tilfreds er du med din part utfører faglege oppgåver?	M = 3.72 SD= .523	3.75 .439
2	Kor tilfreds er du med korleis den andre parten utfører sine faglege oppgåver?	M = 3.50 SD= .628	3.84 .385
3	Kjenner du deg utrygg på korleis du utfører dine faglege oppgåver?	M = 2.21 SD= .674	2.30 .853
4	Kjenner du deg utrygg på korleis den andre parten utfører sine faglege oppgåver?	M = 2.23 SD= .780	2.21 .777

Spørsmål 1, 2: 1 = Svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = Nøytral, 4 = Tilfreds, 5 = Svært tilfreds. Spørsmål 3, 4: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte

TABELL 4: Relasjon/mellommenneskelege forhold

NR	SPØRSMÅL	FØRSTE UNDERSØKING	ANDRE UNDERSØKING
1	Er kontakt med den andre parten prega av likeverd?	M = 3.72 SD= .811	4.21 .695
2	Er du tilfreds med kor godt du kjenner personellet hjå den andre parten?	M = 3.05 SD= .718	3.41 .595
3	Får du ofte ros av den andre parten?	M = 2.21 SD= .767	2.48 .905
4	Gjev du ofte ros til den andre parten?	M = 2.75 SD= .662	2.80 .758
5	Kjenner du deg utrygg på å få kritikk frå den andre parten?	M = 1.78 SD= .762	1.75 .670
6	Kjenner du deg utsett for kritikk frå brukar eller pårørande?	M = 2.18 SD= .966	2.28 .960

Spørsmål 1, 3, 4, 5, 6: 1 = Svært sjeldan, 2 = Sjeldan, 3 = av og til, 4 = ofte, 5 = svært ofte. Spørsmål 2: 1 = svært lite tilfreds, 2 = lite tilfreds, 3 = nøytral, 4 = tilfreds, 5 = svært tilfreds.

Samarbeid kring brukar (TAB. 2)

Analysen viste at det ikkje var signifikant endring når det gjaldt «samarbeid kring brukar» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var = 9 og ettermålinga 10, $z = -1.361$, $p = .174$.

Fagleg ivaretaking (TAB. 3)

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «fagleg ivaretaking» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 15 og ettermålinga 15, $z = -2.099$, $p = .036$. $r = .28$, noko som tilsvarener liten effekt storleik.

Relasjon/mellommenneskelege forhold (TAB. 4)

Analysen viste at det var signifikant positiv endring når det gjaldt «relasjon/mellommenneskelege forhold» frå pretest til posttestmålinga: medianen ved førmålinga var 19.5 og ettermålinga 21, $z = -3.502$, $p = .000$. $r = .54$, noko som tilsvarener stor effekt storleik.

Effekt på samarbeidet ved innføring av elektronisk kommunikasjon

Spørsmålet «tilfredsheit med e-kommunikasjon» er tatt med for å synleggjere i kva grad innføring av elektronisk kommunikasjon påverka prosjektresultata.

Vi stilte til spørsmål som omhandlar elektronisk kommunikasjon. Spørsmålet «Har du tru på at elektronisk kommunikasjon med den andre parten vil endra samarbeidet mellom partane?» vart stilt i den første undersøkinga og reflekterer kva tru ein har på den føreståande innføringa av nytt elektronisk kommunikasjonssystem, medan spørsmålet «Har elektronisk kommunikasjon endra samarbeidet mellom partane?» vart stilt i den andre undersøkinga, og gjenspeglar erfaringar gjort med elektronisk kommunikasjon med tanke på samarbeid.

Analysen viste ei negativ endring mellom tru og erfaring. I den første undersøkinga var (mdn = 4.5) og ved den andre undersøkinga 4.0, $z = -3.331$, $p = .001$. $r = -.42$, noko som tilsvarener moderat til stor effektstorleik.

Diskusjon og tolking av resultat

Samhandlingsreforma er ei underliggende årsak til at endringar av samarbeid i kom-

munar lettare let seg gjennomføre. Fastlegar og HBT er blant nøkkelgruppene for å gjennomføre reforma.

Alle partane hadde samanfallande syn på manglar og nødvendige tiltak. Det kom fram både i fokusgrupper og i svara på opne spørsmål om problem og tiltak. Svare viste behov for meir kjennskap til personar, arbeidsoppgåver og arbeidsvilkår. Partane ønska overføring av arbeidsoppgåver, men med reservasjon mot auka arbeidspress.

Det var liten motstand mot endringsprosjektet. Fastlegane var den mest passive gruppa, vist ved at omlag halvparten gav tilbagemeldingar, responderte på spørjeundersøking, deltaking i seminar og høyringar.

Vi monitorerte ytre påverknader som kunne påverke våre indikatorar. Den største antatte påverknaden var innføring av elektronisk kommunikasjon, som viste seg å ikkje ha innverknad på sluttresultatet.

Diskusjon av metode

Prosjektarbeidet var designa som kvalitetsutvikling, evalueringdelen kvalifiserer knapt til forskning. Forskning på opne system i kontinuerleg endring er vanskeleg, og studien kunne ha vært styrka ved bruk av kontrollkommune (5).

Vi kunne styrka evalueringdelen med å innføre fleire parameter til samanlikning i før-etterundersøkinga og ei oppfølging med fokusgrupper på slutten (7).

Vi valde ei tverrfagleg tilnærming. Samarbeidsendring mellom faggrupper som legar og sjukepleiarar krev eit «samarbeidspar» av lege og sjukepleiar, som er i klinisk funksjon og har gode kontaktar og innsikt i kultur og arbeidsmåtar i gruppane. Det handlar både om å ha legitimitet og «hands on» kunnskap om systemet, prosessane og kulturane.

Vi la vekt på diskusjonar med målgruppene gjennom heile intervensjonsperioden. Prosjektet blei presentert for den helsepolitiske komiteen i kommunen. Arbeidet var forankra i og støtta av helseleiinga i kommunen, noko som er ein føresetnad for å lukkast med endringsprosjekt.

Diskusjon av resultat

Kommunikasjon

Forenkling av telefonkommunikasjon mellom FL, HBT og KT med direkte telefonnummer gav tidleg positiv respons. HBT sparte tid på kontakt med FL og perso-

nalet på legekontora merka mindre pågang på telefon og i resepsjon. Den tidlege og enkle intervensjonen skapte velvilje for seinare tiltak.

Den antatt største påverkar utanfor vår kontroll var innføring av e-kommunikasjon. Den var berre delvis innført ved prosjektslutt, og påverka i liten grad samarbeidet.

Årleg fastlegeseminar

«Fastlegeseminalet» er ei nyskaping der fastlegane søker kontakt med kommunehelsetenesta om samarbeid og organisering. Arbeidsmåten til fastlegar kan lett føre til oppfatningar om at dei trekker seg bort frå samarbeid og utvikling, og er vanskelege å få i tale. Ved tiltaket viser fastlegane samarbeidsvilje og får betre kontakt med andre faggrupper.

Oppgåvegledning

Overføring av oppgåver mellom faggrupper i helsetenesta er eit tidsaktuelt tema. I USA har spesialutdanna sjukepleiarar ei sjølvstendig rolle i utredning og behandling (8). Det er naturleg at det same skjer i Norge, ettersom fastlegane får nye oppgåver frå spesialisthelsetenesta og heimesjukepleien tek i bruk ny velferdsteknologi. Betre intrakommunalt samarbeid kan minske risikoen for at kommunehelsetenesta då vert oppsplitta i parallelle og ukoordinerte pasientforløp (9). Prosedyrar for korleis samarbeidet skal skje, er nødvendig for å sikre at pasienten får god oppfølging, og at fastlegen framleis har fagleg oversikt (10).

Det var enighet i FL og HBT om å arbeide med overføring av arbeidsoppgåver som blodprøvetaking, behandling av kroniske sår og infusjon i heimen. Tidlegare har det vært motstand frå kommunalt hald mot at sjukepleiar skal ta blodprøvar, og restriksjonar på tidsbruk til å følgje pasient til lege eller møte lege i felles sjukebesøk (11). Samhandlingsreforma har sannsynlegvis ført til endra syn.

Felles kunnskap og prosedyrar kan minske variasjonar og risiko og betra kvaliteten av behandlinga. Berwick seier at den kanskje viktigaste endring i kvalitetsprosjekt er å redusere variasjon (12). Vi har redusert variasjon ved halde felles kurs i sårbehandling, innført hospiteringsordningar, gjennomført systematisk opplæring i blodprøvetaking og infusjon og innført felles prosedyrar for samarbeid.

Effekten av tiltaka er førebels avgrensa til at prosessane har vært vellukka, og det er lagt eit grunnlag for godt samarbeid. Det står att å sjå om endringane fører til betre og tryggare tenester.

Spørjeundersøkinga

Tabell 1–4 viser at det var noko variasjon i samansetjinga av utvalet i den første og andre undersøkinga, men avvika var ikkje større enn at vi kan samanlikne resultatane mellom dei to undersøkingane på eit deskriptivt nivå. Det para datasettet viser at det var ei grunnstamme på 32 respondentar som svarte på begge undersøkingane. Dette datasettet blei nytta ved bruk av slutningsstatistikk der vi undersøkte gjennom eit pretest-posttest design om det var signifikante endringar mellom første og andre undersøking (6).

Det var ikkje uventa at tiltaka gav positive statistiske utslag på samhandling generelt, fagleg ivaretaking og mellommenneskelege forhold, ettersom vi valte tiltak som det var semje om i gruppene, arbeidet med kommunikasjon og organisering og hadde tett kontakt med målgruppene. Det er heller ikkje uventa lite utslag på samhandling rundt pasienten, fordi dei fleste praktiske tiltaka ikkje var utført over tid ved prosjektslutt.

Samarbeid med Stord sjukehus

God kontakt og samarbeid med lokalsjukehus er viktig for å lukkast i arbeid med kvalitet og pasientsikkerheit på kommunalt nivå. Her gjekk vi inn på arbeidsfeltet for PKO Helse Fonna, og samarbeidde derfor med praksiskonsulent ved Stord sjukehus.

Enno klarer ikkje sjukehus å levere alle epikriser til fastlegen utskrivingsdagen. Fastlegen vert ikkje informert om innlegging når ein pasient er lagt inn av andre enn fastlegen. Om lag halvparten av akuttinnleggingar vert utført av anna lege, oftast av legevaktlege (13). Utredningsforløp av eldre sjuke skjer stykkevis og delt i enkeltprosedyrar med ventetid mellom. Det belastar pasienten og familien med fleire reiser til og frå sjukehus.

Forslag om endringar i kommunikasjon og pasientforløp fekk gehør hos overlegar i Stord sjukehus, men førte ikkje til praktiske tiltak. Sjukehuset hadde ikkje lokal leiar, klinikkdirektørane var lokalisert i Haugesund. Vi burde lagt opp ein betre strategi for kontakt og inngått samarbeid tidleg med praksiskoordinator og leiar for samhandlingsavdelinga i Helse Fonna (14).

Samarbeidslege/praksiskonsulent i kommunen, ein framtidretta metode for betre samarbeid?

Det vert gjort mange forsøk med ulike metodar for å betra tenester og samarbeid i første- og andrelinja i norsk helsevesen.

Praksiskonsulentordninga har ikkje tid-

legare vært systematisk utprøvt og evaluert i ein norsk kommune. Praksiskonsulent/samarbeidslege som arbeider i «par» med sjukepleiar kan vere ein arbeidsmetode for å betra kvaliteten av samarbeid, fagleg kvalitet og pasientsikkerheit i kommunehelsetenesta. Samarbeidsproblem, erfaringar og pasientbehov må styre innsetningen, med pasientforløpskvalitet som ei overordna rettesnor. Partsinteresser eller lokale økonomiske hensyn bør ikkje styre innsatsområde og tiltak (5).

Fastlege og sjukepleiar i 20 prosent stillingar er stor nok personellinnsats i ein middels stor kommune. Dei fleste kommunane har så låg utnytting av tilplikta fastlegetid til oftest oppgaver at ein lege kan fungere som praksiskonsulent på deltid. Mindre kommunar kan gå saman om slike stillingar.

Med dei aukande krava som Samhandlingsreforma set til tverrfagleg og linjeovergrepande samarbeid vil PKO-kommune kunne bidra til effektive og trygge pasientforløp. Metoden kan sikre ei universell til-

nærming til samarbeidsproblem på systemnivå mellom faggrupper og linjer i helsetenesta. Dette krev at PKO får overordna nasjonal forankring og leiing.

Konklusjonar

Praksiskonsulentmodellen kan brukast til å betra samarbeidet mellom fastlegar og heimesjukepleieteneste.

PKO-kommune må samarbeide med med PKO-sjukehus om kliniske forløp, fordi mange pasientforløp har sløyfer inn i sjukehus og tilbake i primærhelsetenesta.

PKO-kommune og PKO-sjukehus bør ha felles forankring og ledelse.

Prosjektet har forankring i helseleiinga i Stord kommune. Den er støtta økonomisk av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerheit. Fylkeslegen i Hordaland har delteke i finansieringa. Forfatarane har ingen bindingar som påverkar prosjektutforming, gjennomføring eller tolking av resultatane.

klinisk praksis. På slutten av prosjektperioden vart det gjennomført ny spørjeundersøking, og før-etterdata vart samanlikna.

Dei fleste av tiltaka i prosjektet vart godkjent, klargjort eller innført for bruk. Det vart skrivne prosedyrebok for samarbeid. Resultata frå samanliknande spørjeundersøking viste statistisk betring i kategoriane «Samhandling», «Fagleg ivaretaking» og «Relasjon/Mellommeneskelege forhold».Kategorien «Samarbeid kring brukar» viste ikkje statistisk signifikante endringar.

KONKLUSJONAR

Systematisk samarbeidsutvikling ved bruk av praksiskonsulentmodellen viste betring av samarbeidet mellom gruppene fastlegar og sjukepleiarar.

REFERANSAR

1. St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreforma. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Boerma WGW, Dubois CA. In: Primary care in the driver's seat? Organisational reform in European primary care. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, editor. Open University Press; 2006. Mapping primary care across Europe; 22–49.
3. Otterstad HK; Bomann Larsen P, Gran MD. Tilgjengeligheten og servicenivået til den faste legen for pasienter i hjemmesjukepleien Tidsskr Nor Legeforen 1990; 110(27) 3517–20.
4. Allmennelegeforeningen: Helsepolitisk debattskrift. Praksiskonsulentordningen i Norge; et fremtidsrettet dialogverktøy for en sikker og effektiv helsejeneste. 2008.
5. Kvamme OJ. Samarbeid mellom legar: ein studie av intervensjonar i samarbeid mellom allmennlegar og sjukehuslegar, ved akuttinnleggingar i Stord sjukehus. UiO 2000.
6. Altman DG. Practical statistics for medical research. London: Chapman & Hall, 1991.
7. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Universitetsforlaget 2012.
8. Stura EM; Spesialutdannede sykepleiere til primærlegeoppgaver i USA. Utposten 1–2014; 32–5.
9. Sundar T. Sykepleiere med primærlegeoppgaver-aktuelt i Norge? Utposten 1–2014; 36–7.
10. Modin, S Törnkvist, L, Furuhoff, A-K Hylander, I: Family physicians' experiences when collaborating with district nurses in home care-based medical treatment. A grounded theory study. BMC Fam Pract. 2010; 11: 82.
11. Theile G, Kruschinski C, Buck M, Muller CA, Hummers-Pradier E. Home visits – central to primary care, tradition or obligation? A qualitative study. BMC Fam Pract 2011Apr 22; 12–24.
12. Berwick DM. Controlling variation in health care: a consultation from Walter Shewhart. Med care 1991 des.29 (12); 1212–25.
13. St. meld. 16 (2010–2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015), kap 5.4
14. Kvamme OJ, Olesen F, Samuelson M. Improving the interface between primary and secondary care: a statement from the European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP). Qual Health Care 2001; 10 (1): 33–9.

SAMANDRAG

Fleire eldre sjuke bur lenger i eigen heim med støtte frå helse- og omsorgstenesta. Behandling og oppfølging er samansett, og fleire helsepersonellgrupper er involvert over lang tid. Det er behov for å koordinere tenestene.

Praksiskonsulentordninga er ein etablert metode for å betra samarbeidet mellom fastlegar og sjukehuslegar. Modellen er ikkje prøvt ut i kommunehelsetenesta.

Vi ville prøve ut om bruk av praksiskonsulentmodellen på kommunenivå kan betra samla tenester til heimebuande sjuke eldre som treng samtidig innsats frå heimesjukepleie og fastlege.

Prosjektarbeidet vart gjennomført i tidsrommet januar 2013–februar 2014. Før-data vart samla ved bruk av fokusgrupper og spørjeundersøking. Erfaringane vart kategorisert i åtte tiltaksområde med underpunkt og forsøkt klargjort og innført i

Samling på Fornebu-landet

Allmennmedisinsk våruke 2014

■ LISBETH HOMLONG

Allmennmedisinsk våruke vart i år arrangert på Quality Expo Hotel på Fornebu-landet 5.–9.mai. I løpet av veka vart årsmøtet i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og landsrådsmøtet i Allmenlegeforeningen (AF) halde. Samtidig vart det arrangert grunnkurs D for spesialistkandidatar, emnekurser «Overdiagnostikk» og «Det moderne legekontor», det årlege leiingskurset og kurs i helsepolitikk.



Marit Hermansen

I tillegg var det muligheit til å delta på fleire sosiale arrangement. Veka vart avslutta med ein felles festmiddag på arrangementshotellet. Våruka samla i år rundt 350 allmennlegar, stemninga var god, prega av lite kontroversielle saker.

Ingen reservasjonsrett for fastlegar

Årsmøtet i NFA starta berre få timar etter pressekonferansen der helseminister Bent Høie presenterte regjeringa sitt nye forslag til løysing på reservasjonssaka. Dette vart såleis grundig omtala både i NFA-leiar Marit Hermansen si årsmøtetale og AF-leiar Kari Sollien si tale til landsrådet dagen etter. Begge uttrykte stor tilfredsheit med utfallet og la ikkje skjul på at Legeforeningen har vore sentral i prosessen som har leia fram til løysinga på denne vanskelege saka, som har prega dagsorden i foreininga det siste året.

Spesielt AF-leiar Sollien har vore sterkt bidragsytande til løysinga, noko ho også fekk honnør for. – Det innføres ingen reservasjonsordning for fastleger, opna Hermansen med i si tale. Ho understreka kor viktig det har vore for foreiningane at døra skal vere open for alle pasientar på fastlegkontoret. På eit fagleg grunnlag var det umogleg for foreininga å avtalefeste ei ordning som medførte at enkelte pasientar vert utestengte frå fastlegen sitt kontor.

Av andre viktige saker som foreininga har arbeidd med det siste året, trakk Hermansen fram utviklinga av allmenlege-spesialiteten og legevakt. Når det gjeld le-

gevakt vart arbeidet skildra som å gå i ei myr. – I dag er legevakta for billig for kommunene, og da mener jeg billig både med hensyn til vilje, innsats og kroner, sa NFA-leiaren. Ho etterlyste igjen vilje frå myndighetene til å satse på legevakt, men uttrykte ingen stor optimisme i så måte.

Helsejournalistikk til debatt

Årsmøtet i NFA vart også i år innleia med ein helsefagleg debatt. Tema var helsejournalistikk. Fastlege Anette Fosse i Mo i Rana og helsejournalist Hilde Marie Tvedten i Dagbladet, innleia til debatt. Mange har vore, og er, kritiske til spesielt Dagbladet si dekning av helsestoff, noko Fosse underbygde ved å presentere Dagbladet sine framsider i løpet av det siste året, der over halvparten av dei var prega av helserelatert stoff, mykje med negativ vinkling. Journalisten, på si side, påpeika at Dagbladet forsøker å vere medviten sitt samfunnsoppdrag. Avisa ønskjer å opplyse folk og har fokus på saker som kan verke førebyggjande og som kan gjere lesarane sjølv betre i stand til å ta vare på helsa si – som styrking av eigenmestring og andre tiltak som kan betre folkehelsa. Ho hadde også fokus på at journalistar og legar må samarbeide, men understreka at rollene er ulike. Ho etterlyste fleire bidragsytarar frå primærhelsetenesta og oppmoda fastlegane til å bruke media meir aktivt, også sosiale mediar som Twitter, bloggar og liknande. Allmennmedisinsk forskning viste seg å vere upløygd mark for denne journalisten,



Hege Gjessing



Kari Sollien



men Guri Rørtveit frå Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen sørgja for å opplyse om at det finst fire sterke allmenntmedisinske forskingsmiljø i landet som kan bidra med oppdatert kunnskap til media.

Mange i salen engasjerte seg i debatten. Ei generell haldning hos mange var at vi har ein tilstand av «over-helseopplysning» gjennom media, noko som ikkje nødvendigvis gagnar folkehelsa. Fleire etterlyste ein meir ærleg debatt, avisframsidene handlar trass alt om å tene pengar – journalisten påpeika at innhaldet inne i avisene som oftast er meir edrueleg. Nokre undra seg over at folk framleis kjøper all skremsepropagandaen, vert ikkje folk immune? Men journalisten kunne stadfeste at helse framleis sel godt med aviser.

Paradigmeskifte i primærhelsetenesta?

President Hege Gjessing i Legeforeningen opna AF sitt landsrådsmøte dagen etter. Ho innleia med gratulasjonar både når det gjeld opprettinga av Senter for kvalitet i legekontor (SKIL), løysinga på reservasjonssaka og utarbeidinga av dokumentet «Utviklingsplan for fastlegeordninga 2015–2020» (tidlegare «Opptrappingsplanen for fastlegeordninga») som AF og NFA har utvikla saman. Samtidig viste Gjessing til den varsla stortingsmeldinga om helsetenesta i kommunane som er venta til neste år. Statssekretær Lisbeth Normann har varsla eit paradigmeskifte når det gjeld endringane som skal inn i denne stortingsmeldinga.

– Når myndighetene varsler paradigmeskifte, så blir det arbeid for oss å gjøre, understreka Legeforeningen sin president frå talarstolen. Det er dermed ingen grunn til å kvile på sine laurbær.

AF-leiar Kari Sollien var tydeleg i si tale til landsrådet, der ho uttrykte stor tilfredsheit med løysinga på reservasjonssaka: – Jeg mener at forslaget som helseministeren la fram i går er godt, og jeg kan leve med det, og jeg håper at de av våre medlemmer som ikke kan henvise til abort også kan leve med dette forslaget. Sollien uttrykte vidare eit klart ønskje om fleire fastlegar inn i fastlegeordninga. Dette meiner ho vil betre tilbodet til kronikarar. For å rekruttere nye fastlegar inn, må ein jobbe for å utvikle utdanningsstillingar, gjerne med fastløn. Men foreninga meiner fram-

leis at næringsdrift kombinert med folketrygdfinansiering er den mest rasjonelle forma for drift av fastlegetenesta.

Fastlegene Robert Burman i Vennessla og Ole Henrik Krat Bjørkholm i Drammen, presenterte på vegne av Legeforeningen sitt utval for allmennlegar i spesialisering, ALIS, årets nyskaping, «Oppstartshåndbok allmennpraksis», eit lettlest elektronisk oppslagsverk på 23 sider som gir ei innleiing til og ei oversikt over det meste av det ein har behov for når ein er ny i allmennpraksis. Eit svært nyttig verkty for ferske fastlegar!

Velfortent allmennlegepris

Til slutt på årets landsrådsmøte vart Allmennlegeprisen utdelt. I år tilfall den fastlegene Sverre Lundervall og Bente Aschim, for deira langvarige arbeid og engasjement for allmennlegar si etterutdanning, gjennom utdanning av rettleiarar i allmennlegespesialiteten og som kursarrangørar i kognitiv terapi for allmennlegar gjennom mange år. Arbeidet deira har kome både fastlegar og pasientane til gode. Juryen trekkjer fram eit imponerande engasjement og ein kreativitet utanom det vanlege hos prisvinnarane. Dei framstår begge som sær gode rollemodellar, både for rettleiarane dei utdannar og for spesialistkandidatane. Ein svært velfortent pris!

«Det årnær sæ i Fredrikstad!»

I 2015 skal Våruka arrangerast i Østfold, nærmare bestemt Fredrikstad, i perioden 4–8.mai. Våruka er ein fagleg og fagpolitisk møteplass som er vel verdt å få med seg. Rett nok blei det i krokane murra om at Våruka i år var alt for gemyttleg, med få kontroversar, for mykje sjølvskryt og for lite debatt. Kanskje er det eit teikn i tida? Vi skal jo som kjent heie på kvarandre! Det var ikkje så kjedeleg før, hørte eg fleire som uttala!

Er dette spede skrik frå utdøyande dinosaurar eller er det reell grunn til bekymring? For stor konsensus kan i verste fall vere lite utviklande. Men etter den til dels utmattande reservasjonsdebatten som har pågått det siste året, var det kanskje like greitt med ei viss grad av konsensus. Sidan slagordet til Østfoldbyen er som følgjer: «Det årnær sæ i Fredrikstad.» håper vi på god stemning også neste år.



Bente Aschim og Sverre Lundervall vann årets allmennlegepris.



God stemning under den avsluttande festmiddagen.



Helsejournalistikk var årets tema i den helsefaglege debatten.

Badboni El-Safadi, Jan Robert Johannesen og Jørn Kippersund på Sjøflyhavna kro.



Nye retningslinjer for anti – er de nye kostene bedre enn den

■ BJØRN BRATLAND • Legegruppen Arendal

Blodpropp er en viktig årsak til sykdom og død. Norsk Selskap for Trombose og Hemostase har nylig utgitt retningslinjer for antitrombotisk behandling. Det anbefales at nye orale antikoagulasjonsmidler (NOAK) erstatter warfarin ved atrieflimmer. Allmennpraktikere som har de fleste kontrollene må sette seg grundig inn i bruken. Også NOAK har høy risiko for alvorlig blødning. Går anbefalingene for langt i å tilrå antikoagulasjon ved lav tromboembolisk risiko?

Blodpropp er en av de viktigste årsakene til sykdom og død i Norge. Fagområdet trombose og hemostase er komplisert og krevende og har vanligvis hatt sitt tyngdepunkt i spesialitetene kardiologi, nevrologi og hematologi. Men det forventes at alle leger og tannleger har kunnskap om dette, og allmennpraktikere har ofte mest erfaring med antikoagulasjonsbehandling. En slik spredning av ansvaret og kunnskapen kan være et gode ved at mange kan mye. Samtidig kan det føre til uklarhet om hvem som har autoritet til å lage behandlingsregler, retningslinjer og anbefalinger, noe som er helt nødvendig i dette kompliserte landskapet. Det var derfor en viktig begivenhet at man i 2013 fikk dannet det tverrfaglige Norsk Selskap for Trombose og Hemostase. I november 2013 kom deres retningslinjer for antitrombotisk behandling og profylakse (1), grundig omtalt i forrige nummer av *Utposten*. Med utgangspunkt i amerikanske retningslinjer har de laget en praktisk nettbasert løsning tilrettelagt for norske forhold. Arbeidet er grundig og oppfyller de nye internasjonale standarder for troverdige, kunnskapsbaserte retningslinjer. Det er omfattende og omhandler de fleste aktuelle problemstillinger. Foreløpig mangler anbefalinger om klaffeopererte, men det kommer nok. Mange problemstillinger gjelder sykehusmedisin og er mindre relevante for allmennpraksis, men veiledningen er velegnet som oppslagsbok. Behandling med warfarin har grundig omtale som med noen få unntak samsvarer med det som til nå har vært vår trygge hjelper, «Warfarinbehandling i praksis». 2. utgave av denne kom i 2010, og jeg håper ikke det blir den siste. De nye orale antikoagulasjonsmidlene (NOAK) er en viktig del av den nye veiledningen. Hovedindikasjonen for disse er atrieflim-

mer. Anbefalingene sier nå NOAK fremfor warfarin ved denne indikasjonen. Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet har utgitt en god og praktisk veiledning for bruk av NOAK (2) som bør være obligatorisk lesning før man starter.

Er vi klare til å ta i bruk NOAK?

Våre grunner til å være tilbakeholdne kan være mange. Vi er usikre og kjenner ikke de nye preparatene godt nok med indikasjoner, dosering og bivirkninger, og kan være generelt skeptiske til nye medikamenter. Det er dyrt for samfunnet med kostbare medikamenter, men dette spares angivelig inn ved å slippe INR-kontrollene. Gjennom 50 år har warfarin vært vårt beste middel for å motvirke blodpropp. Allmennpraktiserende leger har stått for det meste av antikoagulasjonsbehandlingen, og de fleste legekontor i Norge har utviklet betydelig kompetanse på dette feltet. Man har lang erfaring og stort pasientvolum. Det er utviklet god skriftlig veiledning til legene, pasientbrosjyrer og kvalitetskontroll gjennom NOKLUS. Vi er blitt ganske gode med den kompliserte doseringen, de lange listene over krevende interaksjoner med medikamenter, mat og drikke, og et arbeidskrevende kontrollregime. Beviset på kvalitetsforbedringen er at antall blødningsdødsfall på warfarin er redusert de senere årene. Likevel er antikoagulasjonsbehandling noe av det farligste vi driver med i vår praksis med krevende balanse mellom tromboemboli og blødning. Jeg har selv vært konservativ og gitt relativt få pasienter NOAK, men jeg mener at tiden nå er inne til å skifte fra warfarin til NOAK for pasienter med atrieflimmer. Det er enklest å starte med nye pasienter, men man bør også overveie å skifte over hos dem som bruker warfarin fra før.

Man må da huske at selve overgangen fra warfarin til NOAK er en risikosituasjon som må gjennomføres oppskriftsmessig og kontrolleres nøye.

Hva er viktig å huske på?

Det viktigste er: NOAK skal ikke brukes ved operert mekanisk aortaventil. Her er det fortsatt warfarin som gjelder.

Det er tre konkurrerende NOAK-medikamenter på det norske markedet som markedsføres energisk. Hva skal vi velge? Det er mange forskjeller. Dessverre er temaet i litt for stor grad overlatt til legemiddelkonsulenter. De fleste spesialister vil ikke uttale seg så mye om dette og konkluderer ofte med «like gode» ved atrieflimmer. Foreløpig er kun dabigatran (Pradaxa) godkjent ved elektrokonvertering av atrieflimmer, kun rivaroxaban (Xarelto) ved venetrombose og lungeemboli. Det er betydelige forskjeller på medikamentene ved redusert nyrefunksjon. Apixaban (Eliquis) virker her tryggest. Selv om nyrefunksjonen er normal ved oppstart kan det fort endres hos eldre pasienter, for eksempel ved dehydrering. Pradaxa og Eliquis doseres to ganger daglig, Xarelto doseres en gang, men må til gjengjeld tas med mat. Pradaxa skal ikke pakkes i multidoser eller dosett på grunn av følsomhet for fuktighet. Valget er vanskelig. Det kan bli svært avgjørende hvordan utviklingen blir med rapporter om blødningsdødsfall. Foreløpig er det rapportert flest på Pradaxa, særlig i USA, hvor advokatene har gode dager. Men dette kan skyldes at preparatet var først på markedet og har solgt mest.

Mange er bekymret for mangelen på «motgift» ved overdosering og store blødninger. Det jobbes iherdig med å finne antidot både mot trombinhemmeren dabigatran og faktor Xa-hemmerne rivaroxaban og apixaban. Men i en blødningssituasjon er det en fordel at halveringstiden er kort, og det meste av stoffet er ute av kroppen på et døgn.

Den korte halveringstiden gir oss imidlertid et annet problem: Man må ikke glemme å ta en eneste tablett. Warfarin kan ukedoseres, tablettene du glemte i går kan du ta i dag. Glemmer man en NOAK-tablett eller to øker tromboembolisk risiko

trombotisk behandling gamle?

vesentlig. Det holdes nå seminarer om «adherence» – hvordan hjelpe pasienten til ikke å glemme tabletter. Her har vi allmennpraktikere en viktig oppgave med grundig muntlig og skriftlig informasjon, forklaring og motivering. Dessuten må vi nok beregne en del kontroller for å passe på nettopp dette. Det utarbeides «apper» med varslinger for å hjelpe hukommelsen. I vår hverdag med de gamle blir nok hjemmesykepleien viktigere.

Hvorfor velge NOAK?

Hva er så den viktigste grunnen til å velge NOAK? Slippe INR-kontroller? Nei, viktigst er nok den dramatiske reduksjonen i hjerneblødninger, den mest fryktede komplikasjonen ved antikoagulasjonsbehandling.

For å snu problemet litt på hodet: Hvis de tre aktuelle NOAK hadde vært standardbehandling gjennom noen år og et nytt preparat, warfarin, ble lansert med alle sine spesielle egenskaper, ville det neppe blitt

en suksess. Men det fungerer fortsatt fordi vi har 50 års solid erfaring.

Til slutt noen ord om pasienter med atrieflimmer. Her sier både norske og internasjonale veiledninger at man må gjøre risikovurdering med CHA_2DS_2-VASc -skår for å beregne tromboembolisk risiko og HAS-BLED-skår for å beregne blødningsrisiko ved antikoagulasjon. Vi har nylig avsluttet en undersøkelse av atrieflimmer i vår praksis i Legegruppen Arendal (3). Median alder var 79 år og median CHA_2DS_2-VASc -skår var 4. De fleste har altså svært høy tromboembolisk risiko og stort behov for god antikoagulasjonsbehandling (ikke Albyl-E). Men ikke alle pasienter med atrieflimmer skal ha antikoagulasjonsbehandling. De friskeste har lav risiko og bør sannsynligvis slippe. Nasjonale og internasjonale anbefalinger (1, 4, 5) mener at pasienter med CHA_2DS_2-VASc -skår ≥ 1 skal antikoaguleres. I vår undersøkelse fant vi ikke gevinst ved å behandle ved så lav risiko. Vi beregnet at de fleste pasienter med CHA_2DS_2-VASc -skår < 3 kan ha negativt utbytte av behandlingen. Selv med NOAK er årlig risiko for å få en alvorlig blødning 2–3

prosent, som blir utgiftssiden i regnskapet. Når inntektssiden består i å redusere en risiko for tromboemboli som i utgangspunktet er omkring 2 prosent synes dette å være en tvilsom investering. Ser vi her et eksempel på at nye preparater kan føre til en overdreven behandlingsentusiasme overfor de friskeste?

REFERANSER

1. Norsk Selskap for Trombose og Hemostase. Retningslinjer for antitrombotisk behandling og profylakse. <http://www.magicapp.org/guideline/#id:1&l:no>
2. Nasjonal rådgivende spesialistgruppe innen antikoagulasjon. Informasjon om warfarin og de nye perorale antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroxaban og apixaban. Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk IS 2050.
3. Bratland B, Hornnes MB. Antikoagulasjonsbehandling ved atrieflimmer i allmennpraksis. Undervurderes blødningsrisikoen? Tidsskr Nor Legerforen nr 2, 2014; 134: 175–9
4. Aamodt AH, Sandset PM, Atar D et al. Atrieflimmer og hjerneslag. Tidsskr Nor Legerforen nr 14, 2013; 133: 1453–7
5. Camm AJ, Lip GY, Caterina R et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J 2012; 33: 2719–47.

■ BJORN@BRATLAND.NO

Kort status om nødnettet

■ KRISTINE ASMERVIK

Kommuneoverlege, Malvik kommune

Stortinget besluttet i 2004 at det skulle bygges ut et nytt nødnett. I 2006 ble første utbyggingstrinn for det nye nødsambandet vedtatt og fra 2010 en nasjonal utbygging. Utbyggingen av nødnettet skal være ferdig i 2015 og skjer gjennom seks faser rundt hvert AMK-område.

Nødnettet skal legge til rette for raskere og mer effektiv kommunikasjon mellom vaktleger, legevaktsentraler, ambulanspersonell og AMK. Det skal bli lettere å ta gode og faglige beslutninger utenfor sykehusets vegger.

Det nye nødnettet erstatter helsetjenestens analoge Helseradionett og blir den nye nasjonale kommunikasjonsløsningen for personell fra brann- og redningsetaten, politi og helsetjenesten.

Nødnettet er et eget lukket nød- og beredskapsnett og helsepersonell kan oppgi taushetsbelagt og sensitiv informasjon over nettet.

Direktoratet for nødkommunikasjon (DNK) har ansvaret for å styre utbyggingen av nødnettet i Norge, samt stå for drift og videreutvikling når det er ferdig. Helsetjenestens driftsorganisasjon HF på Gjøvik håndterer drift og brukerstøtte for nødnett i helsetjenesten.

Vil du vite mer om nødnettet vil du finne dette på Helsedirektoratets hjemmesider under Nødnett; <http://helsedirektoratet.no/it-helse/nodnett/utbygging/innforingsplan/Sider/default.aspx>.

Å bygge et ut et nytt nødnett er en stor og krevende prosess. Rune Arnesen, seniorrådgiver i Helsedirektoratet, informere om at:

- Arbeidet med å innføre nødnett pågår for fullt og det blir stadig flere brukere i nødnettet fra helsetjenesten.
- Helsetjenesten i Oslo, Østfold, Akershus, deler av Buskerud, Hedmark og Oppland bruker allerede det nye nødnettet. Tilbakemeldingene er positive. Tilbakemeldingene forteller også at forberedelsene lokalt er tidkrevende og krever dedikerte ressurser i en travel hverdag.
- Legevaktsentraler, leger i vakt og akuttmottak i nordre Buskerud får installert nytt utstyr før sommeren og starter å bruke nødnett i september når opplæringen er gjennomført etter sommerferien. Deretter fortsetter innføringen av nødnett nedover langs kysten og nordover frem mot 2015.
- Vi er i ferd med å avslutte et omfattende arbeid med å kartlegge legevaktsentraler og om kommunene har organisert seg i

tråd med «Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus». En del kommuner har i den forbindelse foretatt organisatoriske endringer for å være tilknyttet en legevaktsentral med forskriftsmessig utstyr.

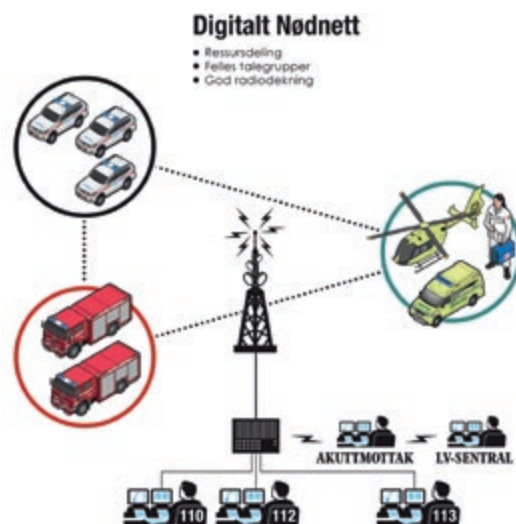
- Det etableres lokale innføringsprosjekter ved AMK-sentraler, akuttmottak og legevaktsentraler som får tett oppfølging og informasjon av områdeledere fra Helsedirektoratet under innføringsprosessen. Når de lokale prosjektene er etablert vil vi se nærmere på en detaljert plan for innføring, opplæring og forberedelse til å ta i bruk nødnett.

Lokalt fra Helse Midt, som tilhører utbyggingssfasen 4, melder Steinar Bjørås, Rådgiver i Helse Midt RHF om at man er i rute med utbyggingen av nødnettet, men at det fortsatt råder litt usikkerhet omkring utsettelse av «go live» og dermed datoer/frister for opplæring. Utfordringen nå er at datoer flyttes på, men det er lovet nye datoer i løpet av kort tid.

«Det vi hører fra områder som har tatt dette i bruk er udelt positive. Selvsagt en del innkjøringsproblemer, men brukere er generelt veldig godt fornøyd med nødnett som verktøy» informerer Bjørås.

På kommunalt nivå i de kommuner som innbefatter de siste utbyggingssfasen har det vært foretatt en kartlegging av husstander med navngivning på gater og husnummer og skilting. Det ble ved årsskiftet gitt tilbakemeldinger og avklart hvor mange radioer (radioabonnement) kommunen ønsket å ha fra kommuner i området tilhørende utbyggingssfasen 4.

Ny veileder for Nødnett i helsetjenesten IS-2172 ligger nå ute til høring med høringsfrist 2. juni 2014. Veilederen beskriver hvordan helsetjenesten bør kommunisere og samhandle i Nødnett. Veilederen retter seg mot både kommune- og spesialisthelsetjenesten og viser retning og gir forslag til hvordan helsetjenesten bør forberede seg på, og videreutvikle bruk av Nødnett. Målet er å klargjøre rammer og beskrive de endringer som følger av overgang fra Helseradionett til nytt Nødnett.



Selve høringsbrevet kan dere finne her : <http://helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Sider/veileder-for-bruk-av-nodnett-i-helsetjenesten.aspx>

■ KRISTINE.ASMERVIK@MALVIK.KOMMUNE.NO

Lægen min!

■ ANNE HELEN HANSEN

MD PhD forsker, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin (NST)

En kollega arrangerte en i overkant kreativ innflyttingsfest, hvor deltakerne skulle stille på ulike utesteder i Tromsø, iført ymse staffasje. Jeg skulle møte på gamle Gjøa Pub – med løsbart. Med kløende ulltråder under nesen og ellers rimelig pyntet entret jeg Gjøa, som definitivt ikke var et av mine stamsteder. Der skulle jeg finne tre andre med løsbart. Usikker speidet jeg utover lokalet da en middelaldrende mann, uten løsbart, reiste seg fra et bord med halvliteren i den ene hånden og røyken i den andre (dette er lenge siden) og ropte utover hele lokalet: «Lægen min». Jeg ble dratt ned ved bordet, hvor hele gjengen engasjerte seg i hans oppdatering om siste spesialistbesøk.

Kontinuitet

Det kan være sterk tilhørighet mellom lege og pasient i fastlegeordningen. De fleste konsultasjonene er med den faste legen, og lege-pasientforholdet er oftest langvarig.

Kontinuitet kan defineres som et terapeutisk forhold mellom en lege og en pasient, som består ut over spesifikke episoder med sykdom eller plager. Det er vist at kontinuitet verdsettes høyt av pasienter og leger, øker etterlevelse av legens råd, bidrar til forebygging, og reduserer bruk av legevakt og innleggelser. Kunnskap om sammenhengen mellom kontinuitet og polikliniske spesialistbesøk har vært mangelfull.

Mindre bruk av spesialisthelsetjeneste

Med data fra den siste Tromsøundersøkelsen (2007–8), undersøkte vi sammenhengen mellom et langvarig lege-pasientforhold og bruk av spesialisthelsetjenesten i den voksne befolkning (30–87 år). Vi fant at de som har hatt den samme legen i mer enn to år brukte spesialist mindre, både poliklinisk og i form av innleggelse. Tendensen var den samme i alle alders- og helsegrupper, men funnene var tydeligst for de som vurderte egen helse som dårlig eller middels.

I studien inngikk selvrapporterte data fra 10624 pasienter som hadde vært hos fastlegen minst en gang det siste året. Av disse hadde 85 prosent hatt den samme legen i mer enn to år. Om alle hadde vært i denne gruppen, tilsier et grovt estimat at pasientene og samfunnet kunne vært spart for ca 50 innleggelser og 415 spesialistkonsultasjoner pr 1000 fastlegebrukere pr år. Mange oppbrudd fra hjem og arbeid, man-

ge slitsomme pasientreiser og mye unødig ressursbruk kunne vært unngått. De fleste har et ønske om å leve livet sitt i nærmiljøet, ikke på venterom og i sykehussenger dersom det ikke er helt nødvendig.

Flest legebytter fordi legen slutter

Vår første tanke er at legebytter skjer fordi pasienten er misfornøyd med legen, og slik er det av og til. Imidlertid skjer nesten halvparten av alle bytter fordi legen flytter, trapper ned eller avvikler praksisen. I 2012 skjedde 13 prosent av byttene fordi pasienten flyttet. Når legen forsvinner rammes alle pasienter på listen likt, mens de fleste i befolkningen som selv flytter er unge og friske. Dette tilsier at de som får brudd i lege-pasientforholdet i mindre grad enn vi kanskje skulle tro er misfornøyd pasienter med dårlig selvvardert helse, på jakt etter en lege som forstår dem bedre.

Tillit

Hva kan være årsaken til sammenhengen mellom kontinuitet i fastlegerelasjonen og redusert bruk av spesialisthelsetjenesten? Vi har ikke undersøkt årsakene direkte, men kan støtte oss på tilgrensende undersøkelser som fremholder at utvikling av kjennskap og tillit til hverandre over tid har stor betydning.

Grunnfjellet i helsetjenesten

Da fastlegeordningen ble innført her i landet i 2001 (forsøksordning i Tromsø fra

1993, var bedre kontinuitet i allmennlegetjenesten et viktig formål. Dette er langt på vei oppnådd. De aller fleste (99,6 prosent av befolkningen) er med i fastlegeordningen. Vi har et stabilt fastlegekorps på godt og vel 4000 leger. I 2012 utførte norske fastleger 13,5 millioner konsultasjoner, gjennomsnittlig mellom 3000 og 3500 på hver lege. Fastlegene er grunnfjellet i helsetjenesten. Når vi i Samhandlingsreformens tidsalder ønsker mest mulig behandling nærmest mulig pasienten, bør det fortsatt tilrettelegges for kontinuitet og stabilitet i allmennlegetjenesten. Dette er ikke oppnådd en gang for alle. Det viktigste virkemidlet for å ivareta kontinuitet mellom lege og pasient, er at legen ikke slutter. Våre funn tilsier at det er mulig å redusere ventelister i spesialisthelsetjenesten gjennom tiltak som sikrer stabile fastleger. Få politikere, om noen, er opptatt av dette når ventelister i spesialisthelsetjenesten diskuteres.

Pasienten på Gjøa visste hvor han hørte til, både når han var på legekantoret og når han var på byen. For de fleste ligger det en trygghet i å vite hvem som kan tituleres «lægen min!» Det gjelder enten helseutfordringene er store eller små, og det gjelder ut over spesifikke episoder med sykdom og plager.

REFERANSE

Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross sectional survey. Br J Gen Pract 2013; e482–9.

■ ANNE.HELEN.HANSEN@GMAIL.COM



Behov for bredere faglig plattform for leger

Fastlegen må kunne håndtere og behandle plager langt utover det som kan forklares naturvitenskapelig. Derfor er medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) et villedende begrep. Men det er behov for en felles faglig plattform også for plager som vi ikke kan forklare i harde maskinfeil.

Mye mer enn naturvitenskap

I en artikkel i *Utposten* nr. 2 2014 tar Ebba Wergeland et oppgjør med flere myter om sykefraværet. Sykmelding er en behandlingsform, skriver hun, som må doseres riktig for å virke etter hensikten. Og det sier seg selv at når personer med varierende former for funksjonssvikt trekkes inn i arbeidslivet, må sykefraværet øke. Men hvordan skal fastlegen dosere sykmelding når sykdommen består av selvrappporterte plager som legen ikke kan måle og ikke forstår årsaken til?

Selv om dagens akademiske medisin er sterkt forankret i naturvitenskapen, er den praktiserende legen historisk sett en syntese av en rekke terapeutiske tradisjoner, der det vi i dag forstår med vitenskap ikke har hatt noen plass. Dette preger i høy grad dagens fastlegerolle, som er et samspill mellom hvordan legen oppfatter seg selv og sin faglige basis og hva samfunnet ønsker og forventer av legen. Disse forståelsene er ikke nødvendigvis sammenfallende. Historisk sett bunner legenes higen etter naturvitenskapelig tilhørighet først og fremst i behovet for å opprettholde legitimitet, status og makt.

Fastlegen befatter seg med og behandler i stor utstrekning tilstander hvor biomedisinsk kunnskap er til liten hjelp. Historien inneholder en rekke eksempler på at legenes forklaringsmodeller har ført til skadelig behandling. Økt fokus på problemstillingen har forhåpentligvis ført til at dette i dag er mindre vanlig, men i mer indirekte forstand er svaret ikke fullt så klart, og effektiv behandling er utvilsomt fremdeles utbredt.

Selv om interessen for alternativ medisin angivelig øker, representerer fastlegen samfunnets uten sammenligning viktigste tilbud til personer med nær sagt enhver plage. Allmennlegen er en dypt historisk forankret og viktig trygghetsskapende institusjon i samfunnet, har en sentral rolle i en rekke formelle samfunnsoppgaver, og yter uvurderlige bidrag i en mengde enkeltsituasjoner. Ingen kjenner utviklingen på lang sikt, men å foreta store endringer i ordningen over natten, ville innebære stor risiko for å kaste barnet ut med badevannet.

Jeg er av dem som tror at sykmelding

kan være en effektiv komponent i behandlingen av en rekke av dagens prevalente og såkalt medisinsk uforklarte plager. Men i så fall tror jeg det trengs en helt annen forståelse for hva fastlegerollen i samfunnet bygger på og bør eller skal omfatte. Dette gjelder ikke bare fastlegene selv, men hele den samfunnsstrukturen de er en del av når de sykmelder, først og fremst NAV, arbeidsgivere og politikere, som legger til grunn at sykefraværet har eksplodert og må håndteres med restriksjoner myntet på de sykmeldte.

MUPS er et dårlig begrep

Bortsett fra å være noe så sjeldent som et innarbeidet norskspråklig akronym, har jeg begrenset sans for begrepet fordi det bygger opp under vår kulturs dyptfestede forestilling om at lidelse som ikke kan forklares i en «hard maskinfeil», ikke er virkelig og egentlig ikke fins. Alt som ikke kan forklares med mikroorganismer, gener og fysisk eller kjemisk påvirkning, som i sin tur har ført til somatiske endringer i vid forstand, som igjen kan repareres med piller eller kniver, er ikke legitime årsaker til å lide og være borte fra jobben.

Pasienten og legen har felles interesse i harde maskinfeilforklaringer. Legen beholder sin makt i kraft av å beholde ekspertrollen, mens pasienten får en forklaring som er bedre egnet til å få både sympati og trygdeytelser. Plager som følge av en uforstått påkjørsel bakfra, tenner som er fulle av amalgam eller et flåttbitt, setter i gang helt andre prosesser enn plager som skyldes mestringsproblemer overfor livets belastninger.

Forestillingen om at lidelse som ikke kan forklares med naturvitenskap, ikke er ekte, er mange hundre år gammel. Selv om vi i flere tiår har forsøkt å riste denne holdningen av oss, har vi langt å gå før vi har fått det til. I boka *Hystories – Hysterical epidemics and modern culture* fra 1997, skriver den amerikanske litteraturviteren Elaine Showalter: «Den ustoppelige letingen etter en virkelig årsak synes å være forårsaket av at svært mange, både leger og pasienter ser på alt som ikke har en håndfast ekstern årsak som moralsk svakhet» (min oversettelse). En rekke forskere og samfunns-

analytikere fra forskjellige fagmiljøer, inkludert medisinen, har gitt uttrykk for det samme.

I forsøket på å legitimere den plagedes plager blir spørsmålet om årsak og hva tilstanden vitenskapelig sett egentlig er, viktigere enn plagene og behandlingen. Hvis legen gir en forklaring som ligger utenfor pasientens forståelse, kan reaksjonen bli indignasjon. Og hvis de indignerte samler seg i interessegrupper og får enkeltleger og kjendiser til å støtte sine foretrukne forklaringsmodeller, blir det svært vanskelig å trenge gjennom med alternativer, uansett hvor godt faglig begrunnet de måtte være.

I motsetning til hva man i dag kan få inntrykk av, er det den blinde tilslutningen til maskinfeilmodellen som gjennom historien har representert det ikke-vitenskapelige. Det er motkreftene som har representert vitenskapen, ved å mane til forsiktighet med å uttale seg om ting man ikke forstår. Men mot tunge samfunnskrefter har slike stemmer gjerne liten gjennomslagskraft, særlig når det kan være noe å tjene på å la være å lytte til dem.

Selve livet er en årsak til sykdom

Alle fastleger vet at såkalt MUPS ofte er knyttet til livets belastninger. Alle vet også at når ingen maskinfeil kan påvises, er effekten av piller og fysioterapi (for ikke å snakke om kniver) høyst usikker. I mitt arbeid ser jeg likevel nesten daglig eksempler på at fastleger rekvirerer slik behandling lenge etter at de burde begynt å tenke i helt andre baner, samtidig som de fortsetter en håpløs søken etter prolaps, hormonforstyrrelser, antistoffer og vitaminmangel. Alt for ofte opplever jeg at fastlegen er uvitende om, eller muligens velger å overse, gamle sosialrapporter og skoledokumenter som gir opplysninger om omsorgssvikt, mobbing, overgrep og andre grove krenkelser.

Det vesentlige poenget er at slik uvitenhet eller muligens unnfalighet kan frata pasienten mulighet for vellykket behandling. Selv om behandlingseffekt i slike tilfeller uansett er usikker, tilsier det vi så langt vet, at kognitiv tilnærming er det beste grunnlaget for å komme noen vei. For mange fastleger innebærer imidlertid det å gå utenfor sine trygge fagammer. I tillegg innebærer det å måtte konfrontere pasienten med en forklaringsmodell uten maskinfeil, som legen kanskje frykter at pasienten vil ha vanskelig for å akseptere. For mange vil det da være tryggest å tie.

I tillegg til at vår kultur ikke klarer å fri seg fra forestillingen om at livet ikke er en legitim årsak til funksjonsnedsettelse, bidrar NAV til etterspørselen etter harde forklaringer. Som regel går NAV-prosessen atskillig mer knirkefritt når det foreligger en biologisk forklaringsmodell heller enn en psykososial.

Legevaktkvalitet handlar også om akuttmedisin

I *Utposten* nr 2-2014 er interkommunale legevakter eit tema for tre artiklar. Redaktør Tom Sundar gjev ein kort oversikt over temaet. Han relaterer auken av interkommunale legevakter til forslaga som vart gjevne i Nasjonal legevakthandlingsplan frå 2009, og han oppsummerer spenningsfeltet mellom mogelege kvalitetsvinstar på sentralisering, betre vaktordningar for legane og på den andre sida aukande distansar mellom pasientar og legevakt.

Aslak Hovda Lien beskriv Senja interkommunale legevakt på Finnsnes, som omfattar seks kommunar, med til saman 20 000 menneske. Lien sitt hovudbodskap er at den interkommunale organiseringa er eit stort framskritt for kvaliteten på legevakta. Dette gjeld medisinsk diagnostisk utstyr (røntgen, CT skal skaffast, avanserte lab-testar), medisinsk behandlingsutstyr (m.a. trombolyse og CPAP), og at legevaktlegane må dokumentera at dei beherskar akuttmedisinske prosedyrer. Av slike blir avansert hjarte-lungeredning nevnt. Tilbodet som pasientane får er konsistent og føreseieleg. Lien meiner dette oppveg ulempa med auka reiseavstand mellom legevaktdistriktet sine ytterkantane og legevaktlokalet. Dette gjeld sjølv om ambulansenesta blir brukt i høgare grad til inntransportering av pasientar til legevakta. Lien refererer kontakttal for legevakta frå 2012, med 15 000 konsultasjonar, 23 000 telefonar og 660 sjukebesøk, og vidare at det var 773 raude responsar i 2013, der lege i vakt rykka ut m.a. ved brystsmerte, trafikkulukker og høgenergitraume. Eg merkar meg at kontaktfrekvensen til legevakta er 1,97 per innbuar per år, noko som er nær fem gonger så høgt som anslått frekvens for landet. Noko i dei gjevne tal som eg har misforstått?

Jørn Kippersund skildrar Volda interkommunale nattlegevakt. Denne også organiserer seks kommunar, med eit innbuartal på 44 000. Kippersund legg vekt på den rela-

tivt nye undersjøiske Eiksundtunnelen, som gjer at reiseavstand frå ytterkantane i kommunen til legevaktlokalet ikkje har auka vesentleg etter sentraliseringa av nattlegevakta. Tal for kontaktfrekvens og kontakttypar vert ikkje gjevne, og ikkje i kva grad lege rykkar ut ved raud respons, men Kippersund skriv at sjukebesøk vert føreteke, spesielt til pasientar på sjukeheimar. Kvalitet på legevakttjenestene i form av utstyr og krav til legekompentanse vert ikkje beskrive. Kippersund sitt hovudbodskap er at stor vekt har blitt lagt på rettvis fordeling av legevakter og gode interkollegiale drøftingar av legevaktdeltakinga, noko som gjer at oppsluttinga om legevaktordninga er høg hos fastlegane i kommunane.

Dette er interessante og viktige innblikk i to legevakter der leiarane på desse to stadenene har høgt fokus på det dei ser som dei viktigaste punkt for å få vaktordninga til å fungera godt, og ved desse legevaktene har desse punkta vore kvalitet av tenestene ved den eine av dei, og god fastlegeoppslutning ved den andre. Så er spørsmålet: Kva med Sundar sin bekymring over den aukande avstanden mellom pasientar i ytterkantane og legevakta? Både Lien og Kippersund meiner dette problemet er lite for deira eigne legevaktdistrikt sin del.

Men realiteten i mange område av landet er vel den, me har etter kvart mange beskrivingar av dette, at mange sentraliserte legevakter er så svakt lege-bemanna at legen i svært liten grad har mulighet til å rykka ut ved raude responsar, og at det er heilt urealistisk at legen skal kunna rykka ut til ytterkantane av vakttdistriktet. Akuttmedisinske tilfelle er overlete til ambulansenesta, eventuelt til first-respondergrupper. Det skadelege ved dette, mellom anna overhyppighet av innleggingar pga manglande legekompentanse i situasjonen, er dokumentert.

Sundar beskriv sentraliseringa som ein

ønska tendens i forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt frå 2009, levert frå Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin etter oppdrag frå Helsedirektoratet, med Steinar Hunskaar som hovudforfatter. Eg meiner Sundar beskriv forslaget på ein ikkje heilt dekkande måte. Sentraliseringa er ein del av handlingsplanen, rett nok. Ressursmessig opprusting av legevaktene når det gjeld utstyr, personell, kompetanse og tiltaksspekter er like viktige delar. Ikkje minst viktig er handlingsplanen sin framheving av lege-med uttrykking ved raude responsar, og gjenoppbygging av sjukebesøk som eit reelt tilbod til dei som har behov for det.

Mange sentraliserte legevakter har blitt eit vrengebilde av slik det var tenkt, ved at kommunane har gripe tak i det dei kan tena pengar på, og gjort legevaktene ressursfattige og feilorganiserte. Raknes og Hunskaar har, i artikkelen som Tom Sundar refererer, gjevne det konsentratet at legevaktene må produsera mindre volum og meir beredskap.

Kvalitetsmessig og prosedyremessig kompetente legevakter, og vaktordningar som fører til at fastlegane deltek, er viktige delsettar for å kunna beskriva legevakta som forsvarleg. Men kva med legevakttjenesta når pasienten treng det aller mest, i den akuttmedisinske situasjonen? Helse- og omsorgsdepartementet har nedsett eit nytt Akuttutvalg der del av mandatet er å sjå nærare på den prehospitale akuttmedisinske kjeda, og utvalet er spesielt bede om å framsetta krav til legevakt. Utvalet skal levera innstillinga si hausten 2015, og utvalsleiar er fylkesmann Ann-Kristin Olsen. Eg er eitt av 16 medlemmar i utvalet. Det er for tidleg å seia noko om utvalet sine konklusjonar, men eg meiner at det bør stillast krav til at legevaktlegen tek del i dei akuttmedisinske situasjonane.

Slik eg ser det, vil dette krevja auka ressursar, personellmessig og økonomisk, til legevaktene, og det vil krevja omorganisering av mange legevakter. Aslak Hovda Lien etterlyser høgare og tydelegare krav til legevaktkvalitet frå styresmaktene. Eg sluttar meg til det, og målber altså eit utvida perspektiv på kva slik kvalitet skal vera.

SVERRE RØRTVEIT

Revisjon av spesialistkravene for allmennmedisin


Allmennleger benytter seg kontinuerlig av annen kunnskap og erfaring enn den som er biologisk basert. Jeg tror det trengs en mer omforent forståelse av hva allmennlegerollen egentlig omfatter. Jeg tror at samfunnsvitenskapelige, idéhistoriske og sosio-psykologiske perspektiver bør gjøres til sentrale elementer i den allmennmedisinske spesialistutdannelsen – ikke bare som

interessante skråblikk, men med en intensjon om å internalisere en felles faglig plattform om allmennlegen som sentral samfunnsaktør i et komplekst spill om lidelse og sykroller, om holdninger, forståelsesformer og sosiale aktiviteter knyttet til sykdom, om påståtte og innbilte behandlingseffekter og om rettigheter, status, makt og politikk. Og om hvordan retten og muligheten til å sykmelde kan benyttes i helsefremmende øyemed.

Etter min mening bør dette snarest bli et sentralt tema i den allmennmedisinske fagdebatten. Skal det bli mer enn interessante, interne, intellektuelle øvelser, og kaste noe av seg i storsamfunnet, må det også ut til politikere, NAV og folk flest – altså ut i den offentlige debatten.

GEORG ESPOLIN JOHNSON
Georg Espolin Johnson. Cand. med. 1980. Cand. philol. (idéhistorie) 2002 på hovedoppgaven «Idealer, vilkår og maktkamp – en historie om den moderne legerollen». Arbeider som dammer i Trykderetten.

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

Undring i det store alvor

Jeg har valgt meg et dikt av Gro Dahle fra diktsamlingen «Regnværsgåter».

Gro Dahle er en forfatter med tekster som overrasker meg! Hun stimulerer fantasien, og diktene gir meg mange assosiasjoner. Ofte morsomme, ofte burlleske og groteske! De er grensesprengende og peker i

alle retninger! Impulser fra hennes små dikt er som krydder til tankene, og jeg tenker det er en fin ting i å bedrive litt elting av hjernecellene i arbeidet vårt med forskjellige mennesker. Hverdagen som lege er aldri kjedelig og rett fram – i hvert fall ikke hvis man tillater seg å fabulere og le litt også!

Gro Dahles dikt åpner for undring i det store alvor – og det gir glede!

Les diktet – og la det stå til!

Sender stafettspinnen videre til Svein Slagsvold, en god og humoristisk kollega ved Bogerud legesenter i Oslo.

KARI-ANNE HAUG

Hvilket tre vokser ut av mellomgulvet?

*Det er bronkialtreet
som stiger opp halsen
med greinene ut gjennom munnen
En brokkoli i blomst i brystkassens drivhus
Lungers forgreining
Som om alt dreier seg om ventilering
Som om treet bærer ut
gjennom luftveiene
Som om alt taler til meg om å puste
Gresset, fuglene, skyene
Bladverket i himmelbregnen
Luftens usynlige skjønnhet
Halsens ventil
Slik puster jeg
en slave av åndedrettet
med drøvlens våte avtrykk på sukket
Dødens skygge under tungen
som en påminnelse
Så kom da,
og gjør det beste ut av det
Fangeslipp over plassen
Fangene løs over engen
La oss gynge på morelltreets øverste greiner
en ettermiddag i juli
La oss løpe nedover
nedover bakken av tistler og strå
med bryster som logrer
Og du skal få drikke av pusten min
som lukter av kjøttsuppe og kefir
Og du skal få base i bladene mine
riste i greinene helt til de brekker
ribbeinrekken et klatrestativ
Brystenes omklamringspunkt av fett
Og munnen et bær jeg deler i to
med tungen, en kniv*



Ukas pasient uke 4

Vi er så heldige på Kirkenes legesenter at vi i løpet av året har tre medisinerstudenter fra Universitetet i Tromsø som har femteårs praksisutplassering hos oss. Det er alltid spennende å høre hvordan studentene opplever den hverdagen de blir «kastet» inn i. Studentene skal levere «ukas pasient» noen ganger i løpet av de åtte ukene de er hos oss. Her kommer Stines tanker om hverdagen – hun hadde nettopp femteårs praksis på legesenteret. Dette er både tankevekkende og godt skrevet.

Vondt i halsen, vondt i tissen, hoste i flere uker, hoste til man spyr, blemmer i ansiktet, byller på baken, sår som væsker; gjørne gult og grønt – hva gjør man? Tar en mikrobiologisk prøve.

Positive svar, negative svar. Falskt positive? Falskt negative? Riktig negative, men feil prøvetaking? Positive prøvesvar, men fra meg selv – eller var det fra benken? Ukas pasient er ikke en enkelt pasient, men alle de jeg har tatt en prøve fra.

Begynnelsen

Noe har de feilet – pasientene. Hatt et problem, en bekymring. Prøvene har jeg tatt for å påvise eller avkrefte. For å løse problemet. Jeg skal ærlig innrømme; jeg har tatt prøver for moro skyld også, for å lære. For å se at influensa er influensa og sår hals skuffende sjelden er streptokokker.

Hvor enkelt det er

En pinne, et kryss på et skjema. Et svar tilbake. Ja eller nei. Fantastisk enkelt! Jeg vurderer; behandling, oppfølging, en beroligende telefon? Kan det være så enkelt?

Sensitiviteten. Spesifisiteten.

Jeg vet det kommer. En dag. Hvilken som helst. Et falskt svar. Et falskt negativt klamydiasvar? Jeg sendte min våryre pasient med åpne øyne og betryggende ord ut i et ufortjent rykte, den sosiale død? Medisinske komplikasjoner? En epidemi i bygda? Et falsk negativt svar på atypisk pneumoni? Manglende behandling, forlenget sykeforløp, innhugg i sykekassa og kanskje, om forholdene (virkelig) ligger til rette for det, død? Heldigvis har studiet forberedt meg på dette. Analysemetodens svakhet. Sensitiviteten og spesifisiteten. Det finnes formler for slikt! Men jeg ligger våken – ble prøven tatt riktig?

Supernaiviteten?

Vi lærer formen og fargen på bakterier. Virusets finurligheter og revers transkriptase. Vi kan forklare prinsippet bak PCR og resistensbestemmelse. Førstestråleurin, nasopharynxprøve, blodkultur og sårpensel. Til vi en dag står der med pinnen i hånda (er det rett pinne?) og nesen foran oss (hvor er egentlig denne nasopharynx?). Hvor hardt skal man egentlig gnikke og gnu på de såre tonsillene? Jeg omsetter tørre ord fra NEL til fuktete prøvepinner. Blir det riktig? Eller er det litt naivt å tro at et håndverk kan læres fra en nettside?

Angsten

Jeg vil sove de neste ukene. Derfor har jeg begrenset angsten til prøvetaking. Jeg skal ikke tenke på de andre fantasillider feil jeg kan gjøre. Eller feilene laboratoriet, patologen, radiologen og den samlede forskerskaren som står bak samtidens sannheter, kan begå (de får sakens gjennomgå i media fra tid til annen). Angsten har en evne til bevisstgjøring. Jeg er svært bevisst prøvetakingens viktighet. Derfor er jeg litt undrende til min praktiske opplæring i prøvetaking. Mine læremestre har vært turnusleger som har lært av en turnuslege som så en assistentlege gjøre det en gang. Og en annen lege som måtte ringe en allmennlege – og i tillegg hadde fått et godt «triks» fra noen som hadde snakket med en bioingeniør. Etter det hadde legen med stor glede fått flere positive svar. Er opplæring i prøvetaking en litt for levende tradisjon? En immatriell kulturarv verdt å ta vare på?

Eller?

Heldigvis går det som oftest bra! Prøvesvarene er som oftest til å stole på. Pasientene blir som oftest friske. Merkelig – ofte blir pasientene friske før prøvesvarene kom-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

mer tilbake. På tampen skal jeg tygge litt på det. Aldri mer skal jeg ta en prøve uten at jeg virkelig, virkelig trenger den. Dyrt og resursskrevende er det. Fare for svar som er vanskelige tolke. Unødig engstelse, papirarbeid. Jovisst, jovisst. Men det er også veien til riktig diagnose og behandling. De gangene pasientene ikke er friske når svaret kommer. De ganger øret fortsatt renner over av gult gørr. Jeg kommer til å svinge penselen med største fornøyelse i framtiden også!

Så enkelt er det (for oss)!

En pinne, et kryss på et skjema. Et svar. Navnet i kursiv, på organismen langt der inne i den grønne byllen! En varm takk til deg som trykker skjema. Til deg som pakker og sender prøven, til deg som tar i mot. Kalibrerer pH-meter, utvikler PCR-metoder, gjør stasisikken! Jeg vil gjøre min del av jobben: ta en representativ prøve. La oss fukte en pinne og tenke litt på det.

STINE SKOGLUND

SPØRSMÅL TIL RELIS

Økt pågang til RELIS og Trygg Mammamedisin.no om behandling til gravide og ammende med pollenallergi er et sikkert vårtegn. En utfordring ved behandling av denne pasientgruppen er at preparatomtaler (SPC), Felleskatalogtekster og pakningsvedlegg i mange tilfeller er mer restriktiv enn hva litteraturen ellers tilsier. Derfor oppsummerer RELIS jevnlig litteraturen og kommer med råd for behandling.

HOVEDPUNKTER

- Gravide og ammende bør så langt som mulig unngå eksponering overfor kjente allergener.
- Ved behandlingstrengende pollenallergi kan lokalbehandling (nesespray/øyedråper) med antihistaminer, natriumkromoglikat, nedokromil eller glukokortikoider trygt forsøkes som førstevalg både til gravide og ammende.
- Annengenerasjons antihistaminer er førstevalg når systemisk behandling er indisert (TABELL). Disse er altoverveiende selektive histaminantagonister (H₁), og virker sjelden sederende, i motsetning til første-generasjons antihistaminer.
- Enkelte annengenerasjons antihistaminer kan kjøpes reseptfritt i små pakninger på apotek eller i dagligvarehandel. Gravide og ammende bør informeres om at pakningsvedlegg og preparatomtaler kan være mer restriktive enn anbefalingene her.

Trygge legemidler til gravide og ammende med pollenallergi

Annengenerasjons antihistaminer: trygge preparater ved behov for systemisk behandling av gravide/ammende med pollenallergi.

VIRKESTOFF	HANDELSNAVN	BRUK I SVANGERSKAPET	BRUK I AMMEPERIODE
Loratadin	Clarityn, Loratadin	Ja	Ja
Desloratadin	Aerius	Ja	Ja
Cetirizin	Zyrtec, Cetirizin, Cetimax	Ja	Ja**
Levocetirizin	Xyzal	Ja	Ja**
Feksofenadin	Telfast	Ja*	Ja
Ebastin	Kestine, Ebastin	Ja*	***
Bilastin	Zilas	Ja*	***

* Vurderes som trygg til gravide, men noe mindre dokumentasjon foreligger enn for de andre midlene.
** Det er ikke rapportert uheldige effekter på barn eksponert for cetirizin via brystmelk. Sedasjon hos barnet kan forekomme i sjeldne tilfeller.
*** Data på overgang i morsmelk er begrenset. Loratadin/desloratadin og feksofenadin bør foretrekkes i ammeperioden.

Av førstegenerasjons antihistaminer, som man i større grad brukte tidligere, er det særlig deksklorfeniramin som fortsatt benyttes ved allergier, også til gravide og ammende. I tillegg til den antihistaminerge effekten har førstegenerasjons antihistaminer en doseavhengig sederende effekt som utnyttes terapeutisk i enkelte tilfeller. Førstegenerasjons antihistaminer har også antikolinerge, antiserotonerge og antidopaminerge egenskaper.

Injeksjoner med glukokortikoider har begrenset dokumentasjon om effekt på pollenallergikere. Behandlingsprinsippet har neppe plass i behandlingen av pollenallergi, ei heller til gravide og ammende.

Ved særlig uttalte allergiplager i pollen-sesongen vil hyposensibilisering med allergenekstrakter kunne være et behandlingsalternativ. Slik behandling skal imidlertid ikke påbegynnes eller gis med økende doser til gravide. Vedlikeholdsbehandling kan fortsette etter nøye vurdering og dersom tidligere behandling har vært uproblematisk. Til ammende kan hyposensibilisering benyttes uten risiko for ugunstig effekt på diebarn.

Lokalbehandling ved graviditet og amming

I mange tilfeller vil lokalbehandling med nesespray og/eller øyedråper som inneholder antihistaminer, natriumkromoglikat,

nedokromil eller glukokortikoider vise seg tilstrekkelig mot allergiske symptomer. Brukt på klar indikasjon og i terapeutiske doser anses denne legemiddelbehandlingen som trygg både for gravide og ammende. Lokal applikasjon i nese og øyne gir minimal eller ingen systemisk effekt, og dermed vanligvis heller ingen påvirkning på foster eller diebarn (1–3). I tillegg kan neseskylling bidra til å redusere plagene (2, 3). Neseskylling tre ganger daglig med 3 prosent NaCl er vist å gi symptomreduksjon og redusert bruk av antihistaminer hos en gruppe gravide (4).

Antihistaminer

Antihistaminer til lokal applikasjon i nese/øyne (eks. levokabastin, azelastin) har utpreget selektiv affinitet til lokale H₁-reseptorer og ingen systemisk effekt. De lave konsentrasjonene av virkestoff i slike preparater vil gi minimale systemiske nivåer hos moren, og påvirkning på foster eller diebarn er svært lite sannsynlig (1, 5–8).

Natriumkromoglikat/nedokromil

Bred klinisk erfaring med oppfølging av gravide tilsier at natriumkromoglikat, en mastcellestabilisator, ikke har fosterskadelig effekt. Overgang i morsmelk er minimal, og natriumkromoglikat anses som trygg å bruke både til gravide og ammende

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

gravide Pollenallergi

(1, 3, 5–8). Nedokromil er også en mastcellstabilisator, på linje med natriumkromoglikat (3, 6–9).

Kortikosteroider

Intranasal bruk av kortikosteroider anses som trygg behandling i svangerskapet og ammeprosessen. Dersom kvinnen er vant til å bruke et bestemt kortikosteroid med god effekt, er det ingen grunn til å bytte preparat fordi hun er gravid eller ammer (1–3, 5–8, 10).

Kombinasjonspreparat

Det finnes nå også et kombinasjonspreparat av antihistamin (azelastin) og kortikosteroid (flutikason) som neseppray (11, 12). Kunnskap om kombinasjonen brukt som lokalbehandling hos gravide og ammende er begrenset. Basert på det som er kjent om antihistaminer og kortikosteroider til lokal bruk hver for seg, synes det likevel ikke å være grunn til å fraråde bruk av kombinasjonspreparat dersom det foreligger klar indikasjon og preparatet brukes i terapeutiske doser.

Systemiske antihistaminer til GRAVIDE

Basert på lang erfaring med bruk til gravide anbefalte man tidligere førstegenerasjons antihistaminer som deksklorfeniramin ved pollenallergi i svangerskapet. Fortsatt anbefales deksklorfeniramin som trygt legemiddel til gravide (3, 6). Den sederende effekten som kjennetegner førstegenerasjons antihistaminer kan være hensiktsmessig i enkelte tilfeller, men virker plagsom for mange.

Annengenerasjons antihistaminer har nå vært i bruk i en årrekke på verdensbasis, og man har bred erfaring fra klinisk bruk med disse medikamentene. Spesielt gjelder det loratadin og cetirizin, og inkluderer behandling av gravide. Man har ikke funnet holdepunkter for økt risiko for fosterpåvirkning, heller ikke i første trimester (1–

3). For noen av preparatene, som desloratadin (metabolitt av loratadin) og levocetirizin (L-enantiomer av cetirizin), er erfaringsgrunnlaget hos gravide noe mindre på grunn av kortere markedsføringsperiode og mindre bruk enn henholdsvis loratadin og cetirizin. Likevel anses det fullt forsvarlig og trygt for gravide å likestille loratadin med desloratadin og cetirizin med levocetirizin når det gjelder bivirkningsprofil og sikkerhet ved bruk i svangerskapet (1, 5, 6, 13). Annengenerasjons antihistaminene feksofenadin, ebastin og bilastin kan også benyttes av gravide, selv om det foreligger mindre dokumentasjon og mindre klinisk erfaring med disse (1, 6, 10, 14).

Systemiske antihistaminer til AMMENDE

Annengenerasjons antihistaminer anses som klart førstevalg til kvinner som ammer fordi preparater i denne gruppen gir mindre sedasjon hos barnet enn førstegenerasjonsmidlene (1, 2, 7, 15). Tilgjengelige data tyder på at overgang i brystmelk er liten for loratadin, desloratadin og feksofenadin, som derfor bør foretrekkes (7). Cetirizin skiller ifølge preparatomtalen ut i brystmelk i konsentrasjoner som tilsvarer 25–90 prosent av plasmakonsentrasjon målt på varierende tidspunkt etter inntak. Derfor angis forsiktighet ved bruk til ammende (16). Selv om sedasjon ikke helt kan utelukkes, er det ikke rapportert om uheldige effekter på barn eksponert for cetirizin/levocetirizin via brystmelk (7, 8, 17a–b). Sjeldne tilfeller av redusert melkeproduksjon kan forekomme ved bruk av enkelte annengenerasjons antihistaminer (1, 8).

Glukokortikoider til injeksjon ved graviditet og amming

Enkelte gravide og ammende med pollenallergi som ikke får tilstrekkelig symptombedring av systemisk og lokalbehandling, kan ha fått god umiddelbar effekt av en enkeltinjeksjon med glukokortikoid. Imidlertid finnes det lite dokumentasjon om sikkerhet og langtidseffekter ved denne behandlingsformen, heller ikke til gravide og ammende (18). Bruk av systemiske glukokortikoider kan føre til for tidlig fødsel, lav fødselsvekt og binyrebarksuppresjon hos barnet gjennom overgang via placenta. Effekt grunnet overgang i brystmelk kan heller ikke utelukkes (6, 7, 18). Steroidinjeksjon til gravide og ammende med pollenallergi bør derfor unngås.

Hyposensibilisering ved graviditet og amming

Hyposensibilisering med allergenekstrakter hos gravide allergikere er neppe assosiert med fosterskadelige effekter (3, 6). Likevel bør oppstart og doseøkning unngås hos gra-

vide, blant annet grunnet endret immunrespons i svangerskapet og risiko for anafylaksi som kan gi føtal hypoksi (3,6,9,19–21). Etablert vedlikeholdsbehandling med allergenekstrakt kan fortsette etter at kvinnen er blitt gravid under forutsetning av nøye vurdering av pasientens tilstand og evaluering av effekt på tidligere behandling (3, 6, 9).

Allergenekstrakter består av proteiner og karbohydrater, og overgang i brystmelk anses derfor usannsynlig. Dermed er det lite trolig at spedbarn som ammes vil bli påvirket dersom mor behandles med hyposensibilisering (7, 17c).

REFERANSER

- Norsk legemiddelhandbøk for helsepersonell. T9 Allergi. L9 Legemidler ved allergiske lidelser. G7 Graviditet og legemidler. G8 Amming og legemidler. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Søk mars 2014).
- deShazo RD, Kemp SF. Pharmacotherapy of allergic rhinitis. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 14. februar 2014).
- Schatz M. Recognition and management of allergic disease during pregnancy. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert: 16. januar 2014).
- Garavello W, Somigliana E et al. Nasal lavage in pregnant women with seasonal allergic rhinitis: a randomized study. *Int Arch Allergy Immunol* 2010; 151(2): 137–41.
- Schaefer C, Peters P et al., editors. *Drugs during pregnancy and lactation* 2007; 2nd ed. 65–7, 461, 767.
- Källén K, Winbladh B. Läkemedel och fosterpåverkan. Levokabastin. Azelastin. Emedastin. Ketotifen. Olopatadin. Natriumkromoglikat. Nedokromil. Cetirizin. Desloratadin. Dekschlorfeniramin. Ebastin. Fexofenadin. Loratadin. Budesonid. Flutikason. Mometason. Betametason. Triamcinolon. Allergenekt. <http://www.janusinfo.se/Beslutstod/Lakemedel-och-fosterpaeverkan/> (Søk mars 2014).
- Avdelningen for klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Läkemedel och amming. Levokabastin. Azelastin. Emedastin. Olopatadin. Natriumkromoglikat. Nedokromil. Cetirizin. Desloratadin. Ebastin. Fexofenadin. Loratadin. Budesonid. Flutikason. Mometason. Betametason. Triamcinolon. Allergenekt. <http://www.janusinfo.se/Beslutstod/Lakemedel-ammning/> (Søk mars 2014).
- National Library of Medicine (USA). *Drugs and Lactation database (LactMed)*: Levocabastine. Azelastine. Cromolyn. Nedocromil. Cetirizine. Desloratadine. Fexofenadine. Levocetirizine. Loratadine. Budesonide. Fluticasone. Mometasone. Triamcinolon. <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/search> (Søk mars 2014).
- Angier E, Willington J et al. Management of allergic and non-allergic rhinitis: a primary care summary of the BSACI guideline. *Prim Care Respir J* 2010; 19(3): 217–22.
- UK Teratology information service (uktis). Allergic rhinitis. http://www.uktis.org/html/maternal_exposure.html (Publisert: juli 2011).
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Dymista. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsoek> (Sist endret: 26. februar 2013).
- Carr W, Bernstein J et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129(5): 1282–9.
- González-Núñez V, Valero A et al. Safety evaluation of desloratadine in allergic rhinitis. *Expert Opin Drug Saf* 2013; 12(3): 445–53.
- Lucero ML, Arteché JK et al. Preclinical toxicity profile of oral bilastine. *Drug Chem Tox* 2012; 35(S1): 25–33.
- Teratology Information specialists (OTIS). Loratadine and pregnancy. <http://www.mothersbaby.org/fact-sheets-s13037#6> (Oppdatert: mai 2013).
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Zyrtec. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsoek> (Sist endret: 20. november 2012).
- Hale TW, editor. *Medications and mothers' milk: A manual of lactational pharmacology* 2012; 15th ed. 220(a), 667–8(b), 52–3(c).
- Aadal M, Størdal L. Glukokortikoidinjeksjoner i behandling av sesongallergi. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2014; 134(2): 186–8.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Alutard SQ Bjørk. Alutard SQ Timotei <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsoek> (Sist endret: 22. mai 2013).
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Grazax 75000 SQ-T. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsoek> (Sist endret: 20. februar 2014).
- Norman PS. Subcutaneous immunotherapy for allergic disease: Indications and efficacy. In: UpToDate. <http://www.uptodate.com/> (Sist oppdatert 24. mai 2013).

TANJA HOLAGER

cand. pharm., RELIS Sør-Øst, Oslo universitetstssykehus/Ullevål

JENNY BERGMAN

cand. pharm., RELIS Vest, Haukeland universitetssykehus



KASUISTIKK

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

☞ *Kast dere frampå, folkens!*

Gastroenteritt med renale manifestasjoner

En 35 år gammel mann fra innlandet oppsøker den lokale legevakten på grunn av raskt tilkomne gastroenterittsymptomer: Han er kvalm, har kastet opp flere ganger de siste dagene og avføringen er blitt vann-tynn. Han er subfebril og CRP måles til 100. Han er palpasjonsømt periumbilikalt, men buken er ikke peritonittisk.

De to til tre siste ukene har han følt seg sjabere og tiltakende uvel. «Nei, jeg har ikke reist utlandet», svarer han når legen spør. Han bor alene, driver et småbruk og ferdes mye i naturen. På fritiden er hundekjøring favorittsysselen – og de siste ukene har han vært mye ute med bikkjene, til tross for at han føler seg dårlig.

Legevaktlegen overveier appendicitt, men det er ingen typisk smertevandring i sykehistorien. Ved rektal eksplorasjon er det ingen ømhet som man ville forvente. Legen vurderer sigmoiditt og eventuell infeksjon i urinveiene. Men det kliniske bildet stemmer ikke. Dessuten er pasienten uømt i nyreløsjene. Lungestatus og øvre luftveier er uten anmerkning. Legen konkluderer med gastroenteritt, det svenskene kaller for mageinfluensa. Pasienten sendes hjem med råd om viktigheten av å drikke rikelig. Han får med seg paracetamolstikkpiller.

Tilstanden forverres, og ut på påfølgende dag må han be en kamerat om å kjøre ham til fastlegen. «Når han ikke kan kjøre bil, må han virkelig være syk», sier ledsageren til fastlegen. Pasienten er blek, urolig og klager over sterke smerter i magen. De er nærmest blitt konstante i løpet av formiddagen. Han kjenner det også i ryggen. Han har hatt febertokter i natt; og han klarer ikke å holde på mat eller drikke. Temperaturen er 38,0 og CRP 125. Blodtrykk er fint, puls er ca. 100, oksygenmetningen er normal.

Legen reagerer på at pasienten er så urolig; han vil helst vandre i rommet, men er så medtatt at han bare sitter fremoverbøyd på undersøkelsebenken. Nyrestein? undrer legen, men det stemmer ikke med de voldsomme brekningene. Det som kommer opp i pussbekkenet er vanntynt, fargeløst slim. Hva med nefritt?

«Det er vondt overalt», ynker pasienten når legen undersøker rygg og buk: Det er slippømheter i nedre umbilikalregion og ut mot venstre flanke. Smertene angis som «belteformet» over buken. Fastlegen legger ham inn med diagnosen enteritt/akutt abdomen, obs. nefritt – og rekvirerer ambulans. Dagen etter ringer legen til sykehuset for å vite utfallet.

Indremedisineren på sykehuset forteller:

«Ved innkomst var kreatininverdien 380, CRP var 180 og leukocytter 17. Akutt nyresvikt. I dag er kreatinin på 410. Han får væske og antibiotika intravenøst, mens vi venter på svar på infeksjonsserologien», sier han. «Vi mistenker hantavirusinfeksjon med renale manifestasjoner; vi hadde et nesten identisk tilfelle med musepest i forrige uke.»

Noen dager senere bekreftes diagnosen av de serologiske prøvene. Sykehuset seponerer antibiotikabehandlingen når prøvesvarene kommer, men fortsetter med væskebehandling. CT abdomen og rgt. thorax er normale. Natrium var 133 ved innkomst, men normaliseres første døgn. Pasienten er kvalm med oppkast og vanntynne diareer i tre dager, før vendepunktet kommer. Magesmertene avtar, kreatinin og infeksjonsparametere faller. Etter fem dager på sykehuset blir han utskrevet; CRP er nå 34, kreatinin 280 og leukocytter 9. Han får med seg antiemetika og beskjed om å drikke rikelig i tiden som kommer.

TOM SUNDAR

NEPHROPATHIA EPIDEMICA – MUSEPEST

- Definert som hemoragisk feber med renalt syndrom. Det er en zoonose som spres med smågnagere. Agens er et hantavirus.
- Smitte skjer som oftest gjennom kontakt med ekskretter og sekreter fra mus via ferdsele i skog og mark. Smitte kan også forekomme fra forurenset drikkevann.
- I Norge er utbredelsen størst i Hedmark og Oppland.
- Klinik: 3–6 ukers inkubasjonstid. Akutt influensaliknende febersykdom, men kan også være asymptomatisk. Kan medføre akutt nyresvikt med oliguri, proteinuri og hematuri. Svekket nyrefunksjon oftest 3–5 dager ut i sykdomsforløpet
- Kan forløpe i faser: influensafasen (3–4 dager), hypotensjonsfasen (timer), oligurifasen (3–10 dager) og en polyurisk fase
- Prognosen er god. I Norge er det kun meldt om ett tilfelle med dødelig utgang der det var mulig at nephropathia epidemica var dødsårsak

KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK