

Utposten

5 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Torfinn Kleive
- den musikalske legen

Er fritidsstøy
farlig for hørselen?

ESBL - hva er
det egentlig?

Utposten

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

Tom Sundar

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

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

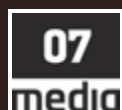
FORSIDE: Tom Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Godt nok for min syke mor?

Kristine Asmervik

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Lege med musikk på hjernen

Torfinn Kleive intervjuet av Mona Søndena og Tom Sundar

6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:

ESBL – hva er det egentlig?

Anne Mette Asfeldt

8 Utilgjengelighet – en ressurs

Arild Aambø og Tove Rutle

14 Utvidet veiledning av leger under spesialisering i allmenntidmedisin.

Rapport fra et prosjekt i Senjalegen, Troms

Karsten Kehlet

16 Erfaringer med kommunale øhjelpenger i distrikts-Norge

Steinar Konradsen og Birgit Abelsen

20 Fritidsstøy – er den farlig for hørselen?

Marit Skogstad, Tore Tynes, Håkon A. Johannessen,

Karl-Christian Nordby og Ingrid Sivesind Mehlum

24 Samarbeid med legesenter gir bedre forskning

Thomas Solgård Svendsen og Anne Lill Mjølhus Njå

26 «Recruit and Retain»

– en tiltakspakke for å rekruttere og beholde

Marianne Vanem

29 Info om PMU • Nytt redaksjonsmedlem i Utposten

30 Spekter av glutenrelaterte lidelser

Gülen Arslan Lied

32 Bruk av INR i sykehjem

NOKLUS, Siri Fauli et al.

36 HelseOmsorg 21 – ny giv for kunnskap og innovasjon innen helse

Tom Sundar

39 REFLEKSJONSNOTAT: Hun som ligner

Ingrid Neteland

41 BOKANMELDelse: Klinisk dermatologi og venerologi

Anmeldt av Mona Søndena

42 BOKANMELDelse: Helsetjenesten i Norge – et overblikk

Anmeldt av Tom Sundar

BOKANMELDelse: Ledelse og kvalitet i helsetjenesten

Anmeldt av Tom Sundar

43 BOKANMELDelse: Lærebok i akupunktur.

Anmeldt av Drude Bratlien

44 LESERBREV: Helsetjenesteaksjonen – hvordan går det?

Torgeir Bruun Wyller

45 FASTE SPALTER

TIPS TIL PRAKSIS 45

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48

Godt nok for min syke mor?

Prosser med nedlegelser av lokalsykehus med tilhørende demonstrasjoner og protester har pågått, og pågår ennå. Innbyggerne kjemper for å beholde det nære helsetilbudet som det lokale sykehuset representerer. Jeg antar at de sannsynligvis opplever tilbudet som trygt og kvalitativt godt nok. Eller er det tap av arbeidsplasser, nærhet og tilgjengelighet til helsetilbudet som skaper uroen?

Samhandlingsreformen legger opp til at folk skal få bedre helsehjelp nær der de bor, og at tjenestene skal henge bedre sammen. Et av virkemidlene er at det skal etableres kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud, KAD-senger, som et ledd i den akuttmedisinske kjede. Det nye tilbudet skal bidra til å redusere antall øyeblikkelig hjelp-innleggelses i spesialisthelsetjenesten (1).

Overgangene mellom et lokalsykehus, KAD og forsterket sykehjem er slett ikke tydelige og heller glidende. KAD skal være et tilbud i stedet for sykehusinnleggelse, og minst like godt eller bedre, for den pasientgruppen det gjelder. Erfaring i hvordan KAD etableres viser at disse sengene ikke nødvendigvis vil være et ruralt nært tilbud om ei helseseng, selv om et sentralt mål i samhandlingsreformen er å gi tjenester nærmere der pasienten bor (2). I Sør-Trøndelag er det eksempelvis fem forskjellige KAD-tilbud som dekker alt fra tre til tolv kommuner. Slik det organiseres i dag kan KAD-tilbudet like gjerne ligge i en storby og vel så langt hjemmefra som sykehuset.

Noen KAD-tilbud omfatter kun en ekstra seng med ekstra tilsyn på sykehjemmet, mens andre har til dels avansert utstyr for både overvåking med skop, utredning med røntgen, CT og blodprøver.

Hvordan kan KAD-tilbudet bli så godt at det er å foretrekke fremfor sykehusinnleggelse? For å sette det absolutte subjektive mål på dette: KAD-tilbudet bør være så bra at jeg selv vil foretrekke det for mine nærmeste.

KAD må ikke organiseres slik at det fører til økt oppsplitting av tjenestene, feilinnleggelses og at pasienter og pårørende får

opplevelsen av å være kasteballer i et inkonsekvent helsesystem. Et helhetlig pasientforløp må være et av kvalitetsmålene. Det er avgjørende å avklare innhold og kvalitet i døgntilbud for øyeblikkelig hjelp-funksjoner, både for å unngå overlapping i og usikkerhet om hvilket tilbud som gis hvor. God kvalitet kjenne- tegnes ved at tjenestene er samordnet og preget av kontinuitet, at de er trygge og sikre.

Det er ikke debatten om kommunale vs. interkommunale løsninger jeg vil løfte frem. Poenget er at vi trenger et kritisk blikk på hva KAD skal innebære, krav til kvalitet og hva som er til beste for pasientene. KAD skal være et allmennmedisinsk tilbud til dem som har behov for observasjon, behandling og tilsyn, men som ikke har behov for sykehusinnleggelse. Plikten er avgrenset til pasienter som kommunen har mulighet for å utrede, behandle og yte omsorg for (3). Det er store variasjoner i hvordan tilbudet organiseres, men kvaliteten bør ikke variere for mye. Det kan også være en fare å etablere et helsetjenestetilbud for de som ellers ville blitt behandlet hjemme, og derved øke forbruket av helsetjenester – det vil si flere liggedøgn i kommuner så vel som sykehus. Eller kan vi forvente kortere ligge- og rekonvalesenstid ved å gi raskere helsehjelp?

KAD-tilbudene rapporterer sentralt og har i tillegg egne statistikker, blant annet på beleggprosent, utskrivelser og liggedøgn. Om KAD-tilbudene er virkningsfulle, og utnytter ressursene på en god måte, får vi kanskje svar på når analysene og evalueringene foreligger. Norsk forening for allmennmedisins referansegruppe for KAD-senger peker på ulike evalueringsverktøy for å vurdere tilbudets kvalitet og effekt (3). NFA-veilederen er basert på erfaringer med KAD i ulike deler av landet og gir faglig begrunnede anbefalinger vedrørende etablering og drift av KAD-enheter. Den er å finne på Legeforeningens hjemmesider.

God kvalitet på helsetjenesten innebærer også å involvere brukerne og gi dem innflytelse. Deloitte gjennomførte i 2013,

på oppdrag fra Helsedirektoratet, en undersøkelse som viste stor pasienttilfredshet; de fleste var eldre som satte pris på å unngå sykehusinnleggelse (4).

Rapporten avdekket imidlertid at innleggelsesrutinene ikke fungerte optimalt og ble opplevd som tungvinte av legene.

Flere KAD-tilbud omfattet ikke fast legetilsyn i helgene. Ved de fleste tilbudene var det også færre pasienter enn forventet. Mulige forklaringer til dette er manglende informasjon om tilbudet, krevende innleggelsesprosedyrer, krav om at pasienter skal behandles innen 72 timer og inklusjonskriterier.

I denne utgaven av *Utposten* skriver Steinar Konradsen med «Erfaringer med kommunale øyeblikkelig hjelp-senger i Distrikts-Norge». Kronikken konkluderer med at det fremdeles er sentrale utfordringer for å få ordningen til å fungere optimalt.

President Hege Gjessing i Legeforeningen har påpekt at «Når pasientbelegget blir høyere enn 92,5 prosent øker dødeligheten signifikant. Norske sykehus dimensjoneres med for høyt belegg opp til 93 prosent, og med dette øker faren for feilbehandling» (5).

Med tanke på dette, er det riktig å bygge ut KAD-tilbud som er bra nok for min syke mor, selv om det ikke er helt i nærheten av der hun bor.

KRISTINE ASMERVIK

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Veiledningsmaterieill revidert 2/2014.
2. Rapport fra Den norske legeforening og KS. Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud. Mai 2014.
3. Norsk forening for allmennmedisin. Dnlf. Medisinsk faglig veileder for kommunale akutt døgntilbud (KAD). 25.04.2014.
4. Deloitte på oppdrag fra Helsedirektoratet. Undersøkelse om kommunalt øyeblikkelig hjelp døgnoophold. Januar 2014.
5. Gjessing H. For mange pasienter er farlig. Tidsskr. Nor. Legeforen. 2014; 134: 1435.

Lege med mus

Torfinn Kleive ■ INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ OG TOM SUNDAR

Ikke nok med at Torfinn Kleive nærmest tenker i noter. Rett som det er våkner han om natta av melodilinjer han har drømt. Hans tonale talenter har fått utløp på en rekke arenaer, ikke minst Primærmedisinsk uke – hans kunstneriske tumleplass gjennom en årrekke. I anledning kongressens 25-årsjubileum i høst, har han skrevet en flerstemt sats til åpningsseremonien.

Det er en sensommerdag når *Utposten* besøker Torfinn Kleive hjemme på Kolsås i Bærum. Han har nettopp kommet hjem fra Seoul i Sør-Korea, hvor han har vært på konsertturné sammen med datteren Julie og delt sprudlende sanggleder med Oslo Kammerkor.

– Det har vært en fantastisk opplevelse, sier han med glød i stemmen: – I Seoul sang vi for et stort publikum, med opp til 1500 tilhørere fra hele verden. Responsen var overveldende, det var reneste popstemningen etter konsertene: Tenk 30 hylende kvinner som overfaller dirigenten for å ha

ham med på «selfies», og endatil skal gi kyss på kinnet og ha autografen. Helt vilt og utrolig morsomt!

Noter om natta

Det er fortsatt en stund igjen til Primærmedisinsk uke (PMU) i Oslo når intervjuet finner sted. Kleive er i ferd med å legge siste hånd på verket av det som skal bli det musikalske anslaget til årets PMU: en komposisjon med tittelen «Valg», i tråd med kongressens motto, skrevet for strykekvartett, kor og hardingfele. Han medgir at det har gått med en del arbeidstimer, men de har ikke vært av den utmattende sorten. For ham er det forløsende å kunne omsette musikk i hodet til skrevne noter.



ikk på hjernen

– Underveis i arbeidet med PMU-satsen har jeg følt at det var noe som manglet, men jeg visste egentlig ikke hva det var. Men så her en natt våkner jeg av at det står en svær mann i senga: Det er verken Gud eller noen annen mystisk skikkelse! Nei, det er rett og slett Knut Buen – folkemusikeren og hardingfelespilleren fra Tuddal i Telemark – som står der... Og han er jo stor, på flere måter, ler Kleive og gestikulerer med armene.

– Der og da tenkte jeg: Selvfølgelig! Det som mangler er jo nettopp en stemme for hardingfele. Så jeg skyndte meg ned i stua, varmet en kopp te og begynte å skrive noter.

UTPOSTEN: Midt på natta?

– Ja visst, sånn er det: Det er ting som bare må ut når jeg bråvåkner av en idé – og der og da skjønner hva jeg skal gjøre. Plutselig kan et musikkstykke få en ny vending eller forandre karakter. Det er utrolig morsomt når slike ting skjer. Og så er det jo gøy å skrive noter, da!

– Jeg tenker om meg selv at jeg er så uskolert, at det som ligger bak mine innfall og alt jeg gjør, er sikkert en syntese av ting jeg har hørt, gjort eller frembrakt tidligere, legger han til med en undertone av beskjenhet.

UTPOSTEN: Kolleger forbinder deg med PMU – og PMU med deg. Især ser vi for oss en engasjert Torfinn Kleive som spretter opp på scenen og trekker i trådene rundt de mange kunstneriske og musikalske innslagene. Det må være en aldeles travel uke?

– Ja, det blir mye løping, medgir Kleive, som har vært sentral i PMUs planlegging og gjennomføring siden 1998. Det var legeektellen Mariann Mathiesen som huket ham inn i hovedkomiteen for arrangementet. Hun hadde selv fått en forespørsel, men ville ha med mannen sin på laget. Det ble et blinktreff. Gjennom sin energi, kreativitet og sitt kontaktnettverk satte Kleive & Mathiesen preg på kongressens profil. Musikk og kultur ble nærmest et varemerke for PMU.

Torfinn er imidlertid snar med å korrigere når vi i anledning PMUs 25-årsjubileum i oktober titulerer ham med «Mr.



PMU»: – Det er alltid hyggelig å få ros, men jeg er opptatt av at PMU er et felles prosjekt. Kall det gjerne et felles pingpongballløp med mange aktører og dedikerte kolleger, der vi underveis i prosessen tester ut ideer på hverandre og til slutt ender opp med en syntese av faglige og kunstneriske elementer. Alt som skjer på kulturfronten i løpet av uken er resultatet av et tett samarbeid mellom Mariann og meg.

Arena for inspirasjon

Han avbryter både seg selv og oss: – Skal vi ha mat? Og litt vin? Smak på denne hvite, hvis den er for tørr, sender jeg den tilbake til «han der kokken» ute på kjøkkenet, ler han, og legger ikke skjul på sin hengivenhet for bordets gleder. Kleive har sans for å lage mat, blant venner har han renommé som hobbygourmet som liker å glede an-

dre med sine retter. Det har ikke minst kona fått nytte godt av i årenes løp.

– Jo da, det er nok jeg som er kjøkkensjefen her i huset, sier han med et glimt i øyet idet han byr på dagens meny: sushi i ulike varianter, servert med en tørr Riesling.

UTPOSTEN: Hvordan kom du med i PMU?

– Mariann kjente folkene i komiteen og dro meg med. Vi var enig om at et samarbeid oss imellom ville være en god måte å jobbe på. Noe av det første vi gjorde, var å sørge for å gi deltakerne en musikalsk «morgenvekker» – og dermed en god start på kursdagen. Vi spurte Ole Paus om han ville ta den rollen, og han sa ja – og senere har han vært med på de fleste kongressene. Paus kan til og med fortelle at han er litt stolt når han forlater huset tidlig om morgenen, da forteller han barna at «far skal på jobb», humrer Kleive og fortsetter:

– Vi gikk også i gang med korte formiddagskonserter for å skape kreative avbrekk i det faglige programmet. I de siste årene har vi innført «pop up»-konserter: korte musikalske innsmett, ofte med et overraskelsesmoment. Det er blitt godt mottatt. Et viktig mål har vært å «holde på folk», å lage et program som er så fristende at deltakerne ikke stikker ut på byen i pausene eller straks etter kursslutt – og det synes jeg vi har fått til. Da PMU var på Soria Moria, brukte vi ofte Holmenkollen kapell eller vi arrangerte ting i baren på kveldstid. Selv nå, etter at vi flyttet kongressen til Oslo sentrum, har vi klart å holde på folk.

Torfinn Kleive traff sin kone Mariann Mathiesen i studietiden i 1970-årene, da de begge returnerte fra studiesteder i Tyskland til det som den gangen het Aker/Lørenskog-kullet. Senere har de stått sammen i tykt og tynt med hensyn til jobb, familie og fritid. De har tre barn: sønnene Erlend og Axel og datteren Julie. Hun har gått i familiens musikalske fotspor og er nå i gang med en sangkarriere.

– Få med at hun skal synge i tv-programmet «Beat for beat» til høsten, sier den stolte faren når samtalen penser over på familien og barnas gjøren og laden. På spørsmål om hva det har betydd for ham å ha en lege til ektefelle, en som til og med jobber på samme kontor som ham, svarer han enkelt: – Hun forstår min arbeidssituasjon og jeg forstår hennes. I PMU-sammenheng har Mariann og jeg hatt stor glede av å jobbe og sparre sammen, og lytte til hverandres ideer.

UTPOSTEN: Hva betyr PMU for deg og hva har fått deg til å fortsette år etter år?

– Det er en arena for inspirasjon, uten tvil. Jeg tror også vi har klart å videreføre og utvikle ideen til Olav Rutle (red. anm.: initiativtakeren til PMU) om å skape en faglig markeds plass, et sted der man kan «shoppe» kurs. Noe slikt tilbud fantes ikke for allmennleger da PMU ble arrangert for første gang i 1989. At kongressen samler både leger og medarbeidere, er også en suksessfaktor. Jeg vet om legekontorer som kollektivt drar på PMU, og det synes jeg er flott. Og for meg har det vært givende å jobbe med kulturprogrammet, vise frem ulike utøvere og ikke minst spre glede blant kursdeltakerne. PMU er en faglig, sosial og stemningsskapende arena der folk treffer hverandre og opplever ting sammen. Så vil vi at PMU skal ha et kvalitetsstempel, derfor jobber vi for å få med både etablerte og mindre etablerte kulturformidlere som kan sette sitt preg på arrangementet. Når jeg ser på listen over utøvere som gjennom årenes løp har vært med, blir jeg både stolt og glad. Utøverne gir dessuten positive tilbakemeldinger om at de setter pris på PMU. Jeg får ofte høre at PMU-deltakerne er veldig lydhøre – og det er noe alle utøvere verdsetter.

Kollegialt nettverk

Kolleger fra Østerås legesenter forteller at Kleive alltid er den som kommer først om morgenen og setter over kaffen, at han ofte over og synger på kontoret – og de beskri-

ver ham som «limet» i arbeidsmiljøet. Hva synes han om det?

– Det er gode ord, men jeg må også si at vi har et unikt arbeidsmiljø. Vi er seks leger som har holdt sammen i mange år. Vi begynte som et ungt legekorp i Bærum, men nå er vi aldrende, pluss/minus 60, og jobber derfor for å få inn unge kolleger. Vi har aldri opplevd splittende konflikter eller tilitskriser. Noen vil kanskje tolke det som «en sånn unnfalleshetsgreie», men det er det ikke!

– Jeg opplever at vi har sammenfallende ideer om hva som er viktige prioriteringer, ikke minst når det gjelder drift og økonomi, og vi bruker hverandre mye – fordi vi er gode på ulike områder og kan utfylle hverandre. Det er også spennende å lære nye ting og ta i bruk ny teknologi, for eksempel ultralyd. Vi vil for all del ikke for-gubbes faglig. Så må jeg også nevne at vi har en dyktig stab av helsemedarbeidere hos oss. Med dem på plass er det meste av det praktiske og tekniske ordnet, og vi leger får bedre tid til pasientene. Vi har en egen diabetesklinikk som drives av medarbeider og lege sammen, det ivaretar det tverrfaglige perspektivet i arbeidet.

Torfinn Kleive drar gjerne langt av sted for å hente faglig inspirasjon. De siste årene har han med jevne mellomrom jobbet som legevikar på Værøy i Lofoten. Det gir spennende erfaringer han ikke vil være foruten: – Å drive som sololege langt unna sykehus og forholde seg til vær og vind og naturkrefter, gir deg tanker og praktiske utfordringer av en helt annen karakter enn det du til daglig møter i en storby nær praksis, ikke minst når det gjelder akuttmedisinske problemstillinger, understreker han. Og igjen dreier samtalen over på PMU: for det er via dette nettverket han er blitt kjent med kolleger som har gitt ham muligheten til å oppleve en annerledes arbeidshverdag i et distriktsstrøk.

Det vanker mange hedersord om intervjubjektet. Han omtales som en mann med usedvanlig godt humør, et raust hjerte og en utpreget respekt for andre. Noen kaller ham et ja-menneske og arbeidsjern, men alle er enig om at han gjør sine saker fullt og helt, ikke stykkevis og delt.

Musikk og medisin

Han og brødrene Iver og Audun har en musikalsk åre, det ligger til familien. Brødrene er yrkesmusikere, og Torfinn medgir sin beundring for dem og det de står for i musikklivet – på hvert sitt felt.

– Far var organist i Skien, hvor vi vokste opp. Tidlig ble musikk og korsang en vik-





tig del av vårt liv. Det var alltid musikk i huset, og slik har det fortsatt å være, smiler Torfinn. I barneårene begynte han med pianospill, i tenårene kom sanginteressen for fullt og som voksen har han vært korsanger i en rekke sammenhenger og fora – fra Grex Vocalis og Det Norske Solistkor til Torfinn Kleives bakteriekultur, en ad hoc-sanggruppe som ble laget i forbindelse med koring på en Ole Paus-plate. Helt siden studieårene i München har Kleives hovedinteresse vært klassisk korsang. Nå trives han som tenor i Oslo Kammerkor.

– Jeg burde kanskje pensjonert meg som korsanger, nå som håret er blitt så hvitt, smiler 62-åringen: – Men jeg har så stor sans for hvordan Kammerkorets dirigent Håkon Nysted kombinerer folkemusikk med klassisk musikk. Det er rett og slett deilig å synge hørbar musikk, noe publikum også vil høre og kan gjenkjenne, i motsetning til mer eksperimentell musikk som jeg tidligere har gjort mye av, men som ikke har den samme appellen på tilhørerne. Når vi synger i Oslo Kammerkor står vi ofte spredt, alle 24 sangere. Det gir en helt annen klang enn om koret står som en hærs-kare på en scene. Så må jeg få legge til at min datter Julie også synger i koret, og da får jeg en ekstra mulighet til å se henne og lage musikk sammen med henne.

UTPOSTEN: Foruten sang og klaverspill, har du en forkjærlighet for cello?

– Ja, jeg har skrevet noe musikk for cello og klaver og solocello. Det er et nydelig instrument å skrive for, fordi klangen er så vidtspennende, fra de dybeste toner til de høyeste. Det er varmt og godt å lytte til.

UTPOSTEN: Hvorfor valgte du medisin fremfor musikk som karrierevei?

– For å leve av musikk, må man være en førsterangs utøver. Jeg tror ikke jeg har kvalitetene som skal til for å være utøver på fulltid. Det handler om stålvilje og selvoppofrelse. Jeg kjenner yrkesmusikere som øver opp til 10 timer om dagen. Skal du være virtuos utøver, må du ha evne til å «gi

bengen» i det som skjer rundt deg og være ekstremt målrettet. Jeg har aldri vært så fast eller sofistisert i en slik rolle at jeg var villig til ofre alt for den. Som ung ble jeg fascinert av legeyrket; å kunne jobbe med problemstillinger og agere faglig, samtidig som man har muligheten til å hjelpe folk... At jeg valgte medisin, har jeg aldri angret på.

UTPOSTEN: Hva betyr musikken for deg i legeyrket?

– Jeg bruker ikke musikk terapeutisk, men nesten daglig har jeg med musikk å gjøre. Den gir variasjon i livet og skaper mange nære relasjoner i musikkmiljøet. Dette tror jeg er med på å forhindre utbrenthet i legeyrket. For meg vil et liv uten musikk være meningsløst.

UTPOSTEN: Du skriver stadig mer musikk. Har du mye på hjertet?

– Ja, det kan man si. Det er litt morsomt å tenke på at jeg for alvor begynte å skrive musikk da jeg sluttet å røyke for en del år siden. Jeg husker i begynnelsen, da jeg ikke lenger hadde røyken, så ble jeg mer urolig og sov dårligere om natta – men så begynte det å komme toner i hodet; det var ikke psykiatri eller noe sånt, men det var musikk. Ja, faktisk. Og da jeg begynte å stå opp om natta og skrive ned det jeg drømte, sov jeg faktisk bedre!

UTPOSTEN: Hva er det du egentlig hører når du våkner om natta?

– Av og til er det sånn at jeg plutselig fanger en melodi, andre ganger er det et virvar av toner som først blir definerbare når jeg setter meg ned ved pianoet eller notepapirene. Det høres sikkert merkelig ut, men slik er det – og slik har det også vært i arbeidet med årets PMU-sats.

Hvitløk og koriander

Kleive kan mer enn musikk og medisin. Den tredje m'en i hans tilværelse må vi også si litt om: matlaging. Både tradisjo-

nelle og eksperimentelle retter finner veien til middagsgrytene på kjøkkenet, men hva liker han best å stelle i stand?

– For tiden er jeg veldig glad i mat som smaker av hvitløk, koriander og ingefær. Den kombinasjonen er mye i bruk. Like-dan har det gått mye i sushi, men akkurat nå har jeg ingen favorittrett. En kollega av meg har stabbur på gården sin, og der har vi noen «lammesider» hengende, så kanskje blir det pinnekjøtt til jul!

UTPOSTEN: Din matlagingsglede har kommet andre til gode gjennom et engasjement i Kirkens bymisjon. Det har kommet oss for øre at du gjør suksess med en kyllingsuppe – kjent som Torfinns kyllingsuppe?

Intervjuobjektet bryter ut i rungende latter: – Ja, det stemmer. Da barna ble store og flyttet ut, og jeg fikk litt mer tid, begynte jeg som frivillig matlager for hjemløse mennesker ved Kirkens bymisjon i Skippergata i Oslo, 1–2 kvelder i måneden. Det er meningsfylt å være til nytte på den måten, samtidig som jeg får svingt meg på kjøkkenet. På noen få timer skal man jo lage varmmat til 50–60 personer, og da må man være kreativ og bruke det som er kjøpt inn samme dag. Det går i gryteretter og supper og fileter og kjøtt og fisk, men Torfinns kyllingsuppe er altså mitt speciale. Den kokes på fennikel, hvitløk og ingefær – pluss noen andre små hemmeligheter. Suppa har vært så populær at flere av klientene har bedt meg om oppskriften. Det er både en spesiell og morsom opplevelse.

UTPOSTEN: Hva så med tiden du har til rådighet, hvor tar du den fra?

Da jeg sluttet i Solistkoret, ble jeg nesten forundret over hvor mye ekstra tid jeg fikk, ikke minst i helgene. Jeg er ingen organisasjonsmann, men jeg er med på mange ting. Det handler om å gjøre det man har lyst til, det som er moro. Det er rart med det, men da er det som om tiden strekker til.

UTPOSTEN: Hva tenker du fremover – hva skal du bruke tiden til i årene som kommer?

– Jeg kan tenke meg å jobbe som lege til jeg er 70. Energien har jeg, og så regner jeg ukritisk med at jeg holder meg frisk. Jeg har en nydelig familie rundt meg; min flotte og kloke kone og tre fantastiske barn med sine samboere. I tillegg til å være i familie er de faktisk mine beste venner. Parallelt med arbeidet vil jeg skrive mer musikk, det er en interesse som blir stadig sterkere. Og da vil jeg ta meg tid til å gjøre nettopp det, smiler Torfinn Kleive idet han setter seg ved pianoet og spiller et utdrag av den nyskrevne PMU-satsen.

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.

ESBL

– Hva er det egentlig?

■ ANNE METTE ASFELDT • Rådgivende smitteverneverlege Finnmarkssykehuset/Helse Nord

Ekstendert Spektrum BetaLaktamase, er et enzym produsert av noen gram negative bakterier, ofte *E coli* eller *Klebsiella pneumonia*. Det bryter ned 3. generasjons cefalosporiner, samt penicilliner og første og annen generasjons cefalosporiner. Resistensgenet som koder for dette sprer seg veldig effektivt. Dette ønsker man å hindre, spesielt i sykehus hvor infeksjonskontroll er helt avgjørende for moderne behandling.

Resistensbestemmelsen i allmennpraksis på en ESBL-produserende bakterie kan virke helt upåfallende da tredjegenerasjons cefalosporiner er intravenøse midler som vanligvis ikke svares ut til primærhelsetjenesten. Henvisninger til sykehus og epikriser fra sykehus bør merkes med funn av ESBL for at nødvendige smitteverntiltak kan iverksettes. Dette er bakgrunnen for svar av typen «*E. coli*, ESBL produserende stamme, bør opplyses ved innleggelse i sykehus». Viktigste tiltak for å forhindre at resistens oppstår er restriktiv antibiotika-bruk. Viktigste tiltak for å hindre at resistens sprer seg er gode basale smittevernrutiner, hvor håndhygiene står øverst.

ESBL for allmennpraksis

Du kjenner kanskje frustrasjonen når du står med et prøvesvar på en urinprøve og svaret sier «*E. coli*» og på neste linje «ESBL-produserende stamme». Resistensbestemmelsen synes du likner på en helt vanlig *E. coli*, men til alt overmål står det i tillegg



Gode rutiner for håndhygiene er et enkelt virkemiddel for å hindre spredning av ESBL.

ILLUSTRASJONSFOTO: JAN FREDRIK FRANTZEN, UNN

«bør opplyses ved innleggelse i sykehus». Nedenfor skal jeg prøve å lette frustrasjonen:

Hva er det?

ESBL står for «ekstendert spektrum betalaktamase». Dette er en gruppe enzymer som noen gram-negative bakterier produserer, og funksjonen til disse enzymer er å nedbryte betalaktamringen i betalaktam-antibiotika. De fleste gram negative bakte-

rier har «vanlige» betalaktamaser og er f.eks. resistente mot vanlig penicillin. Det som gjør oss spesielt vaksomme mot ESBL, er at ES'et i navnet indikerer at den betalaktamase som nettopp disse bakterier produserer har utvidet spektrum og nedbryter også tredjegenerasjons cefalosporiner (cefotaxim og ceftazidim). Dette er vanligvis de midler man tyr til i sykehus hvor vanlige mer smalspektrede antibiotika ikke virker. Det finnes mange varianter av ESBL-enzymene. Vanligvis vil en ESBL-

produserende stamme være resistent mot både cefotaxim, ceftazidim, alle annen- og første generasjon cefalosporiner, i tillegg til alle penicilliner. Det kan imidlertid forekomme unntak hvor bakterien likevel er følsom for noen betalaktamantibiotika.

Hvorfor bekymrer det oss?

En ESBL-produserende *E. coli* er ikke mer aggressiv enn en vanlig *E. coli*, men kan være vanskelig å behandle, da det kan være få antibiotika å velge imellom. Infeksjon med ESBL produserende bakterier skal følge vanlige retningslinjer for infeksjon. Er man f.eks. overbevist om at pasienten har en behandlingstrengende urinveisinfeksjon, at urinprøven er tatt skikkelig og dyrkningsresultatet er klart, velger man behandling ut ifra resistensbestemmelse. Er det da ikke noe peroralt middel å velge, ringer man til mikrobiologisk avdeling som kan opplyse om hvorvidt de intravenøse midler som er undersøkt (men ikke svart ut) kan være virksomme. Innleggelse i institusjon for i.v. behandling kan da være en mulighet.

Genet som koder for ESBL-produksjon spres veldig lett mellom bakterier. Gram negative bakterier er svært promiskuøse og deler gjerne gener med hverandre, ofte andre species. Slik kan f.eks. en *Klebsiella pneumoniae* plukke opp et resistensgen for ESBL-produksjon fra en *E. coli*. Dette kalles horisontal spredning og er en uhyre effektiv måte for spredning av resistens.

En ulykke kommer sjeldent alene, og bakterier med ESBL-produksjon har en tendens til å plukke opp andre resistensmekanismer også, slik at man ofte ser at disse bakterier i tillegg kan være resistente mot andre typer antibiotika som f.eks. ciprofloksacin og/eller aminoglycosid.

Hvorfor ser resistensbestemmelsen ut som en helt vanlig *E. coli*

Resistensbestemmelse av bakteriefunn i allmennpraksis svares i reglen bare ut med perorale antibiotika. De betalaktamantibiotika som svares ut for gram negative staver i allmennpraksis er ampicillin og mecillinam. Ampicillinresistens er ganske vanlig blant gram negative staver og vekker derfor ikke oppsikt. Mecillinam oppkonsentreres i urin til konsentrasjoner som ofte gjør det til et effektivt urinveismiddel, selv om bakterien produserer betalaktamase som ved lavere konsentrasjoner ville bryte ned medikamentet. Det er tredjegenasjons cephalosporinene som er «testen» for ESBL i laboratoriet og da dette er intravenøse midler svares de van-

Dyrkning
Aerobt – 1 ESCHERICHIA COLI
Urin

Mengde: > 1000 bakt/ml urin:

Dyrkning
Aerobt – 2 ESBL produserende stamme
Urin

Ekstendert spektrum beta-laktamase.

Resistensbestemmelse	1	2
Ampicillin.	R	
Ciprofloxacilin.	S	
Mecillinam.	S	
Nitrofurantoin.	S	
Trim-Sulfa.	S	
Trimetoprim.	S	

Slik ser et typisk prøvesvar ut.

ligvis ikke ut. Dette er bakgrunnen for at resistensbestemmelsen i allmennpraksis på ESBL-produserende bakterier kan se ut som en helt vanlig resistensbestemmelse på en gram negativ stavbakterie.

Hvorfor må det da opplyses ved innleggelse? Må journalen merkes? Blir man kvitt bærerskap?

Spredning av ESBL-genet på sykehus har store konsekvenser da den moderne behandling vi utsetter våre pasienter for (avansert kirurgi, intensivmedisin, prematurmedisin), forutsetter at vi kan kontrollere infeksjoner.

Man vil derfor forsøke å ta smittevern hensyn ved infeksjon og bærerskap av ESBL-produserende bakterier hos pasienter i sykehus slik at disse ikke skal spre seg og bli en del av normalfloraen. Såfremt det lar seg gjøre vil disse pasienter få enerom med eget bad og toalett.

Det er lite sannsynlig at man blir kvitt bærerskap. Dette er gram negative tarmbakterier, sanering av tarmflora kan man ikke påregne, og forsøk derpå vil i reglen bare gi større problemer. Derfor anbefaler vi at journalen merkes med ESBL-bærerskap også etter ferdigbehandlet infeksjon, slik at dette sikrer best mulig ivaretagelse av aktuelle pasient og medpasienter ved fremtidige innleggelse. I sykehus merkes journalene med bærerskap av resistente bakterier under kritiske opplysninger (og dato for siste prøver). Dette er opplysninger som skal inngå i epikrisen slik at primærhelsetjenesten kan være oppmerksom

på dette. På samme måte vil det lette håndtering ved innleggelse om henvisning fra primærhelsetjeneste inneholder opplysninger om bærerskap av resistente bakterier, f.eks. ved at dette noteres under tidligere sykdommer eller kritiske opplysninger. Finn gjerne et godt system for merking av journal.

Skal man screene?

Helsearbeidere screenes ikke for ESBL bærerskap. Det har ingen konsekvens for deres jobb, og man forutsetter at helsearbeidere har såpass gode rutiner på håndhygiene at de ikke sprer sin tarmflora til pasienter. Det kan unntaksvis være aktuelt å screene husstandsmedlemmer til ESBL-bærere såfremt husstandsmedlemmene er spesielt risikoutsatte for infeksjoner, eller hyppige brukere av helsevesenet. Det vil bli en individuell vurdering som gjerne kan diskuteres med smittevernpersonell.

Hva er det viktigste vi kan gjøre?

Vi vet om tiltak som minsker risikoen for at resistens oppstår og sprer seg. Restriktiv forskrivning av antibiotika hindrer at resistens oppstår.

Nasjonale retningslinjer for antibiotika bruk i primærhelsetjenesten er et glimrende verktøy.

God håndhygiene, basale smittevernrutiner i undersøkelse, behandling og stell av pasienter hindrer at resistens sprer seg.

■ ANNE-METTE.ASFELDT@UNN.NO

Utilgjengelighet

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

■ **TOVE RUTLE** • Legesekretær og redaksjonssekretær i Utposten

Denne artikkelen handler om allmennmedisinske idealer og allmennlegens hverdag. Forfatterne reflekterer over noen opplagte sannheter om tilgjengeligheten og dens motstykke, utilgjengeligheten, og diskuterer videre hva som står på spill når legen og hans medhjelpere dras mellom mange og sprikende oppgaver. Enkelte løsninger antydes.

HOVEDBUDSKAP:

- Når legen skal være tilgjengelig for én, må han bli utilgjengelig for andre.
- Utilgjengelighet er således en nødvendig ressurs som må forvaltes med omhu.
- Utilgjengelighet kan formidles gjennom organisatoriske og fysiske byggverk.
- Når utilgjengelighet blir signalisert i møter ansikt til ansikt, kan det lett oppleves som manglende interesse, og hos sårbare personer som avvisning.
- Legesekretæren har en viktig rolle i forvaltningen av utilgjengelighet, både på det menneskelige og det strukturelle plan.



Allmennpraksis er blitt sammenlignet med å gjenkjenne et bestemt ansikt i et forbigående tog

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



- en ressurs

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

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

Allmennmedisinens idealer

Allmennmedisinen har fremdyrket høye idealer. Ikke bare forventes det av allmennlegen at han skal arbeide med et vidt spekter av sykdommer og problemstillinger hos pasienter av begge kjønn og i alle aldre. Han skal forholde seg til folks helseproblemer, ikke som upersonlige sykdommer eller «tilfeller», men ta hensyn til pasientens omstendigheter og livsbetingelser. Fokus skal være på pasientens behov og forventninger, og legen må sette seg inn i hvordan pasienten selv forstår sin lidelse. Behandlingsopplegg skal så forhandles fram i tråd med pasientens egne prioriteringer og med respekt for vedkommendes familie, lokalsamfunn og kultur, og i dette arbeidet skal fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og eksistensielle faktorer integreres i møter hvor kunnskap deles og gjensidig tillit utvikles (1). Dette er idealene. KOPF het det på 70-tallet: Kontinuerlig, Omfattende, Personlig og Forpliktende.

Idealer forskriftsfestes

Tradisjonelt sett legges grunnlaget for legenes selvforståelse i legeutdannelsen, hvor medisinenes kjerneoppgaver defineres og forståelsen av hva som er god medisin utvikles. Legerollen blir på dette grunnlaget forhandlet frem i samspillet mellom legens forventninger til seg selv og pasientens forventninger om hjelp. Men i dag hevdes det at det bør være offentlige myndigheters oppgave å definere hva som er fastlegens oppgaver og plikter ut fra nasjonale helsepolitiske prioriteringer. Befolkningen skal ha et ord med i laget og stiller, gjennom sine politikere, kvalitets- og funksjonskrav til allmennlegen (2). Det er altså ikke lenger opp til lege og pasient å definere innholdet i legerollen. Den er i økende grad blitt et offentlig anliggende.

Etter den nye *Fastlegeforskriften* skal fastlegen da i åpningstiden motta og vurdere alle typer henvendelser, fra bud om øyeblikkelig hjelp til ønske om råd og veiledning. Ut fra pasientens presenterte pro-

blem skal han kartlegge helsemessige risikofaktorer, det vil si «de fysiske, psykiske og sosiale faktorene som i følge oppdatert kunnskap gir økt risiko for sykdom/lidelse» (§20). Dessuten skal han drive oppsøkende virksomhet og tilby oppfølging av listeinnbyggere som ikke selv etterspør hans tjenester (§18). Videre skal han drive systematisk kvalitets sikring, herunder rapportere fra eget arbeid (§29). Jan Tore Sanner viser til studier som bekrefter det mange leger opplever, at de bruker unødvendig mye tid på administrasjon og rapportering: «Tidligere brukte legene 60 prosent av arbeidstiden på pasienter, mens de nå bare bruker 40 prosent» (3). Men fastlegen skal også rydde opp i andres medisiner (§25). Han skal være helsepedagog, koordinator og, ikke minst, et «kontaktpunkt». Det vil si at han samtidig som han i åpningstiden skal være tilgjengelig for alle typer henvendelser fra sine pasienter, også skal være tilgjengelig for en rekke ulike samarbeidspartnere, lokalt og regionalt. Og, ikke nok med det. Flere ting må antas å være underveis ettersom det i *Fastlegeforskriften* forutsettes at legen i fremtiden skal kunne utføre «stadig flere og mer spesialiserte oppgaver på en trygg og effektiv måte» (§27, Departementets merknad). Idealer fungerer ikke lenger som kilde til inspirasjon, men er blitt en prøvestein for adekvat praksis.

Allmennmedisinsk praksis

Allmennpraksis er blitt sammenlignet med å gjenkjenne et bestemt ansikt i et forbi-passerende tog (4). Daglig står legen overfor en rekke uselekterte bekymringer iblandet lidelse, maktesløshet og fortvilelse; uddifferensierte og ofte komplekse helseproblemer som noen ganger, men slett ikke alltid, kan skyldes alvorlig sykdom, gjerne presentert på et tidlig stadium hvor symptomene er både uspesifikke og vage. I det flerkulturelle samfunnet kan arbeidet ytterligere kompliseres av språkproblemer og kulturelt betingede forventninger og

antakelser. Bildet forstyrres. Det skapes usikkerhet og ambivalens. Slik sett handler allmennmedisin ikke bare om effektivitet og trygghet, men i stor grad om å håndtere risiko.

Tilgjengelighetens dilemma

I et migrasjonshelseperspektiv er det gledelig å se at den nye *Fastlegeforskriften* legger vekt på bedre tilgjengelighet – også for utsatte grupper, herunder innvandrere og andre etniske minoriteter; at likeverdig kvalitet i tjenesteytingen vektlegges, herunder kravet om å bruke tolk når lege og pasient har ulik språkbakgrunn (§28); og at alle som *oppholder* seg i kommunen – også de som ikke står på fastlegens liste, herunder udokumenterte innvandrere – skal kunne nyte godt av allmennlegens tjenester (Se §1 og §3, Departementets merknad).

Men det er krevende å kombinere økt tilgjengelighet for øyeblikkelig hjelp og ulike henvendelser på e-post, SMS og telefon med arbeid som krever ro og god tid, for eksempel arbeid med tolk, oppfølging av langtidssykmeldte, habilitering og rehabilitering av kronisk syke/funksjonshemmede, og individrettet forebygging. Selv om det er stor variasjon i hvor sårbare vi i slike situasjoner er for forstyrrelser, vil vel de fleste av oss ha opplevd at konsentrasjon om målrettet virksomhet er vanskelig å opprettholde hvis barrierene mot henvendelser utenfra er svake. Som leger har vi behov for skjerming (5); at vi gjør oss utilgjengelige for noe for bedre å kunne konsentrere oss om noe annet. Da kan tilgjengelighet for én bety utilgjengelighet for en annen.

Forvaltning av utilgjengelighet

Utilgjengelighet blir vanligvis sett på som noe negativt, noe uønsket som lett kan komme i konflikt med hjelperens rolle. Hans fremste oppgave er jo å være tilstede for den som trenger det, klar til innsats for dem med de største behovene. Vi vil like-



vel ta til orde for at en viss grad av utilgjengelighet faktisk er nødvendig for at allmennlegen skal kunne utføre sitt arbeid. I den følgende argumentasjonen vil vi støtte oss til antropologen Inger Altern (tidligere Haugen) som har definert utilgjengelighet slik (6):

Med utsagnet «A er utilgjengelig for B» vil jeg mene at trekk ved As opptreden eller utsagn, samt eventuelt andre arrangementer rundt As person, uttrykker, i følge bestemte koder, at det eksisterer sterke begrensninger på As evne, vilje eller muligheter til å ta imot henvendelser fra B og reagere på dem i samsvar med Bs uttrykte eller tillagte ønske.

Altern peker på vårt felles behov for hva hun kaller en akseptabel grad av utilgjengelighet. Enten det er overfor bestemte andre eller mer allment, om det bare er sin tid man vil beskytte eller det er familieliv og personlig integritet som skal vernes, er utilgjengelighet noe de fleste av oss gjerne legger mye arbeid i å få til, og fordi behovet for slik beskyttelse har en slik allmenn karakter i vårt og andre samfunn, må utilgjengelighet sees som en ressurs som det under bestemte vilkår er verdifullt å ha adgang til, også for legen (7).

Leger trenger således å avgrense seg – både i forhold til andre oppgaver og i forhold til andre mennesker. Strukturelle løsninger på slike avgrensingsproblemer er, i følge Altern, vanligvis ukompliserte, som når «sosiale konvensjoner styrer (pasienten) inn i organisatoriske og fysiske byggverk som ivaretar og begrunner barrierene» (6). Et eksempel på slike «byggverk» er forværelset hos allmennlegen. Et annet «tefontiden». Slike ordninger gjør det lettere å akseptere begrenset tilgang. Det skal vi komme tilbake til.

Det er når tiltak må treffes på stedet, foran hverandres ansikt, at det kan oppstå problemer. I slike tilfeller må utilgjengeligheten forvaltes på en sensitiv måte om ikke pasienten skal oppleve den som mangel på interesse eller endog avvising. Den følgende kasuistikken, som nærmest har form som en anekdote, illustrerer hva som i slike tilfeller kan stå på spill. Historien ble skrevet ned rett etter en konsultasjon som gjorde inntrykk på Arild, som lege – dels på grunn av at det som skjedde var uvanlig, dels fordi han ikke hadde noen god forklaring på hvordan slikt kunne gå til og derfor hadde behov for å reflektere mer over saken. Likevel, det var først i etterpåklokskapens lys og når han med god avstand til den aktuelle hendelsen igjen kunne fordype seg i historien og (re)vurdere dens innhold at han ble klar over hva saken faktisk kan ha dreid seg om.

Lucys historie

Lucy hadde vært plaget av hodepine i over en uke, og kom nå på kontoret i håp om å få hjelp. Et stykke ut i konsultasjonen tok hun plutselig opp en bok som jeg hadde liggende på skrivebordet. Langsomt begynte hun å bla i den. Det var en bok om moderne kunst. Jeg ble forbauset over denne oppførselen, men forsøkte å samle meg, og da hun ble sittende og dvele ved ett av bildene, så jeg en anledning til å smette inn et spørsmål: «Hva i dette bildet tror du best kan symbolisere din hodepine?» Hun pekte på to kraftige penselstrøk som skar hverandre slik at de formed et kryss. Jeg underet meg: «Hvordan da?», og hun svarte: «Det er som en stengt dør ... du vet ... som om to planker er spikret over døren for at folk ikke skal komme inn». Da falt det ut av meg, uten tanke på at jeg skulle si noe fornuftig og enda mindre at jeg skulle drive terapi: «Så rart! For meg ligner det mer på et merke som jeg gjerne bruker når jeg skal sette folk i transe... noe å feste blikket på!» Lucy betraktet bildet igjen, deretter så hun meg like inn i øynene. Et smil bredte seg om hennes lepper, og så kom det: «Ja, det er mulig!» Hodepinen var borte.



Denne historien, som i stor grad dreier seg om en hodepine som så ut til å forsvinne straks pasienten var i stand til å se en abstrakt figur på en annen måte, kan tolkes på flere måter. En mulighet er å ta utgangspunkt i boken med abstrakt kunst som tilfeldigvis befant seg på legens skrivebord. Det malplasserte, fremmedartede ved dette kan ha fanget pasientens oppmerksomhet i en slik grad at hun ble henført og var på nippet til å gå inn i en transe, en tendens som kan ha blitt forsterket da hun fokuserte på de kryssende penselstrøkene og jeg begynte å snakke om transefenomener. I den suggestible tilstanden Lucy befant seg i kan da de kryssede penselstrøkene ha fremkalt en (glemt? fortrent?) følelse av utestengning. At en sinnstilstand kan fremkalles ved omtale er et velkjent fenomen som det finnes mange eksempler på i skjønnlitteratur – kanskje i særlig grad i arabisk poesi (8).

Vi vet i dag også at en trussel om å være ekskludert kan utløse sterk smerte (9, 10). Kanskje Lucy i denne prosessen selv så sammenhengen mellom symbolet og hodepinen, hvorpå den transelignende tilstanden kan ha åpnet opp for nye innfallsvinkler. En annen mulighet er at det var «døren til hennes indre» som hadde vært stengt, døren inn til der hvor det ubestemmelige, tvetydige og enda usagte rår og hvorfra nye muligheter og nytt liv springer ut. Slike fortolkninger var den gangen nokså naturlig for Arild, som var trent i hypnosebehandling og ofte brukte dette i sin praksis.

«Den Annens ansikt»

I etterpåklokskapens lys er imidlertid en tredje fortolkningsmulighet nærliggende, nemlig at det var Arild, legen og hans ansikt, Lucy refererte til, og at det som faktisk ble mulig var at Arild, som hennes lege, kunne legge av seg masken og være spontan, møte hennes blikk og undre seg sammen med henne. En slik tolkning er ikke usannsynlig når en tar i betraktning bakgrunnen for at dette skjedde, nemlig at Lucy – til tross for at hun hadde søkt hjelp for en svært plagsom hodepine – på et tidspunkt så ut til å ha mistet interessen for samtalen. Var det da noe i kommunikasjonen som gjorde at hun ikke hadde følt seg sett, kanskje til og med avvist og utestengt? Hadde legen uforvarende gitt signaler om at heller ikke han hadde tid til å snakke med henne. Eller, kan det være at hun trodde at legen var mer opptatt av (kunst)bøker enn av henne som pasient? Ut fra en slik fortolkning, som i dag synes å være den beste, kan hennes utsagn «Ja, det er mulig!» ha betydd at den ønskede kontakten var blitt opprettet i det den amerikanske psykiateren Daniel Stern kaller *a moment of intersubjective consciousness* som han beskriver slik:

An experience is had by one individual. This is felt directly. It activates almost the same experience in another individual, via intersubjective sharing. This is then reflected back to the first individual in the regard and behavior of the second individual. As they encounter each other in this shared present moment, a reentry loop is created between the two minds. Mutual gaze in particular lets the intersubjective reentry loop reverberate and remain activated for the several seconds needed for the present moment to do its work. This intersubjective recursion involving the perspectives of two people gives rise to a “higher” experience in both of them... This higher experience is intersubjective consciousness (11).

Det tok kun et øyeblikk. Tiden var her ikke det avgjørende. Ut fra Sterns beskrivelse

kan det se ut som om blikkontakten var avgjørende. Det må da sies at ikke alle pasienter føler seg komfortable ved direkte blikkontakt. Kanskje handler det heller om en form for tilstedeværelse, om hva buddhistmunken Thich Nhat Hanh kaller *deep listening* (12), å lytte til pasienten med et ønske om å lindre hans eller hennes lidelse uten å vurdere den andre eller gi råd. For å innstille seg på dette, kan legen si til seg selv: «Jeg er her nå, kun for deg». Dette utsagnet kan knyttes til *mindfulness*, dvs. evnen til å samle seg og derved bli minnet om ens grunnleggende verdier og motivasjon (13), men også til *ubuntu*, som på bantuspråket står for «troen på et bånd som er universelt og knytter all menneskelighet sammen» (14, 15). Desmond Tutu forklarer ubuntu slik:

...It is the essence of being human. It speaks of the fact that my humanity is caught up and is inextricably bound up in yours. I am human because I belong. It speaks about wholeness, it speaks about compassion... (People with ubuntu) know that they are diminished when others are humiliated, diminished when others are oppressed, diminished when others are treated as if they were less than who they are. The quality of ubuntu gives people resilience, enabling them to survive and emerge still human despite all efforts to dehumanize them (16).

Det handler altså om hvordan vi oppfatter «de andre». Denne oppfattelsen kommer før og ligger bak våre intenderte handlinger. Den litauisk-franske filosofen Emmanuel Levinas kaller det å møte «den Annens ansikt», her slik Asbjørn Aarnes gjengir det:

Dette er en humanisme, som ikke påberoper seg innsikt i prinsippet menneske, det dreier seg om et uforberedt møte med medmennesket, med den Annens ansikt, en humanisme som staver og stotrer i sporene av den Annens ansikt, som innstifter meningen med menneskets tilværelse (17).

Det er møter hvor disse grunnleggende elementene i helingsprosessen kan utfolde seg som kan stå på spill når legen i sine tanker blir opptatt med andre ting og således mentalt sett blir utilgjengelig for pasienten. Og slikt kan pasienten lese i legens ansikt.

Medarbeiderens rolle

I konsultasjonen med Lucy gikk det bra – til slutt, takket være hennes evne til å utfordre legen. Men få er som Lucy, og vi vil hevde at det er hjelpernes ansvar å legge til rette for gode samtaler. Og mulighetene for slike gode møter er ikke begrenset til legens kontor. Medarbeideren er legekontoets ansikt utad, og når en pasient ringer eller henvender seg i resepsjonen, får vedkommende fort

inntrykk av hvor tilgjengelige eller utilgjengelige «team legekantor» ønsker å være for pasientene. Således kan en si at konsultasjonen, det «gode møtet», starter allerede når pasienten henvender seg til kontoret for å få hjelp. Medarbeideren er også pasientens første kontakt, og har således en viktig rolle når det gjelder å formidle hvor tilgjengelige vi er og hvor kvalifiserte og engasjerte vi er når det gjelder å ivareta pasientene. Tove, legens medarbeider, forteller:

Agathe har vært pasient hos oss i mange år. Hun har mange diagnoser og mange plager. Dette gjør at hun ofte har behov for å henvende seg til vårt legekantor. Som oftest er det praktiske spørsmål som kan løses av medarbeider, men hun har også behov for å gi uttrykk for bekymring og engstelse. Agathe tar ofte opp det som ligger henne «på hjertet» direkte med medarbeider. Da trenger Agathe noen som kan høre hva hun bekymrer seg for, og hun overlater da til medarbeider å vurdere om dette er noe som hun bør snakke med legen om. Siden vi kjenner hverandre veldig godt, og hun vet at informasjonen alltid blir journalført og formidlet videre til legen, så er dette innimellom en løsning. Men samtalen blir alltid avsluttet med at: «Jeg ber gjerne legen ringe deg på slutten av dagen». Noen ganger er det viktig for Agathe, andre ganger ikke.

En slik måte å håndtere pasienthenvendelser på kan være en god løsning når pasient, lege og medarbeider er trygge på hverandre og bevisste på sine roller. Den passer imidlertid ikke for alle, kun for pasienter som kjenner både lege og medarbeider og som er inneforstått med «metoden». Lege og medarbeider samarbeider tett, med gjensidig tillit til den andres evne og vilje til å ta ansvar, vise respekt og forståelse. En slags «hånd i hanske» løsning av oppgavene. Men det å skjerme seg for forstyrrelser, etablere effektive barrierer og gjøre seg utilgjengelig for det som kan forstyrre kan være et problem også for legens medarbeider, nettopp på grunn av hennes fremskutte posisjon.

Opplevelse av diskriminering, utestengning og empatisvikt

I et migrasjonshelseperspektiv må vi da spørre oss om det er grunn til å tro at innvandrere er mer følsomme, mer utsatt eller mer sårbare på dette området enn andre. Svaret er ikke opplagt, men vi vet at mange ikke-vestlige innvandrere opplever utestengning og forskjellsbehandling i ulike sammenhenger: Mer enn 20 prosent (40 prosent av somaliere) på boligmarkedet, 15 prosent ved utdanningsinstitusjoner. Syv prosent oppgir å ha følt seg diskriminert i helsevesenet. Ved Statistisk sentral-

byrås undersøkelse i 2005/2006 hadde nærmere 50 prosent av de som ble intervjuet opplevd en eller annen form for diskriminering, dog med betydelig variasjon mellom ulike nasjonalgrupper (20). Det er da ikke til å undres over om enkelte innvandrerpasienter er særlig følsomme når det gjelder legers interesse og engasjement for dem og deres sak. Slike forhold går forut for det kliniske møtet, men tillegger hvert ord og hver gest i dette møtet mening.

En rapport fra Statens helsetilsyn fra 2007 om etnisk diskriminering i statlig sektor (21) konkluderer videre med at der er betydelige barrierer når det gjelder tilgang til helsetjenester, barrierer som forverres på grunn av språkproblemer, kulturforskjeller, organisatoriske forhold, og ikke minst, det forholdet at pasienten selv må oppsøke tjenestene. De som ikke kjenner sine behov, som ikke kan ivareta sine interesser, eller som ikke er klar over eller kan stå opp for sine rettigheter, risikerer da ikke å få adekvat hjelp.

Men det kan også være at de erfaringene pasienten presenterer virker fremmedarte eller uforståelige for legen. Kanskje legen selv ikke har hatt følelsesmessige erfaringer som er relevante for å kunne forstå hva pasienten strever med – for eksempel ydmykelse og utestengning. Dessuten, mye i konsultasjonen forblir usagt, og selv om legen har et visst kjennskap til ulike kulturelt betingede oppfatninger om helse og sykdom kan den pasienten han har foran seg være avvikende. Slike faktorer er i sin karakter ganske allmenne, men kan forsterkes når en står overfor en person med en annen språklig og sosiokulturell bakgrunn. Det er således flere tendenser som peker i samme retning: Konsultasjoner hvor pasient og lege har ulik sosiokulturell bakgrunn og hvor tidligere erfaringer fra diskriminering og utestengning kan farge interaksjonen, er sårbare. Resultatet kan da bli sviktende empati.

Diskusjon

I vår kasuistikk kan det virke som om legen i begynnelsen av konsultasjonen mentalt sett ikke hadde vært tilstede. Kanskje var hans tanker et annet sted. Kanskje var oppgavene blitt for mange eller barrierene mot alt det utenforliggende for svake. Kanskje skrantet samtalen fordi han ikke hadde gjort seg tilstrekkelig utilgjengelig overfor faktorer som kunne forstyrre. Hvordan nå dette måtte være: Resultatet ble at han ble utilgjengelig for pasienten som satt der foran ham. Det oppstod en form for empatisvikt – inntil pasienten fant en måte å



påkalle hans oppmerksomhet og de kom på bølgelengde.

Den kanadiske psykiateren Laurence Kirmayer hevder at empati beror på detaljert kunnskap om den andres verden, både på det individuelle og det kollektive nivå. Empati krever innlevelse i den andres personlige historie, villighet til å oppleve sterke følelser og en selvrefleksjon som kan skille egne følelsesmessige reaksjoner fra den andres. Å vise empati innebærer videre en interaktiv prosess preget av følelsesmessig samstemmighet, hvilket avhenger både av at begge parter føler seg frie til gjensidig påvirkning og at de i samtalen kan tolerere tvetydighet og usikkerhet (19). I vårt tilfelle kan det altså se ut som om empatisvikten til en viss grad ble reparert, selv om det fortsatt var langt til den situasjonen som Kirmayer beskriver. Denne reparasjonen ble mulig da pasienten ved å sette konsultasjonen på spill utfordret legens forestillingsevne og han begynte å følge henne i hennes bevegelser – inn i boken, inn i bildet, og videre inn i hennes symbolverden. Dette peker mot empati forstått som «altersentriske deltakelse», en slags sanse-og-handlings-kobling (18) hvor legen innstiller seg etter pasientens tempo og bevegelser her og nå, samtidig som han i tanken følger pasienten inn i dennes forestillingsverden. Da åpnet det seg nye muligheter, muligheter for å si noe nytt, noe som kunne utvide horisonten og korrigere perspektivene for dem begge. Kanskje handler det da først og fremst om å legge til rette for en interaksjon mellom lege og pasient som tillater gjensidig innflytelse (19). Men det krever en viss grad av skjerming eller, med Alterens ord, utilgjengelighet for andre personer og oppgaver.

Medarbeiderens utfordring ligger i å balansere kontorets tilgjengelighet opp mot praktiske løsninger som gjør at legene kan konsentrere seg om sine mange ulike oppgaver. Telefoner under konsultasjonen må selvfølgelig unngås i den grad dette er mulig. I dag har vi mange og gode systemer både for innkommende telefoner og timeavtaler. Videre trengs rutiner for pasientmottak som også gir rom for uforutsette hendelser, og rutiner som gir pasienten trygghet for at de behov og forespørsler de presenterer blir viderefremmet til legen når de ikke selv får mulighet til å snakke med ham. Alt dette er viktige hverdagsrutiner som må kvalitetssikres og evalueres ofte. Kanskje er det også slik at enkelte administrative oppgaver som legen har, kan delegeres. Eller det kan skapes rom for at også medarbeideren kan ha gode samtaler med pasienten. Utfordringen ligger med

andre ord i å organisere dagen så fornuftig at den som sitter med pasienten har mulighet til å være utilgjengelig ved behov, og således maksimalt tilgjengelig for den pasienten han har foran seg. I denne organiseringen er det da to viktige forutsetninger som må legges til grunn: 1) felles (for)forståelse og 2) felles ansvar.

1) Lege og medarbeider må ha felles forståelse for hvordan vi skal disponere tiden og organisere oppgavene på legekontoret, og, ikke mindre viktig, felles forståelse for og holdning til hvordan vi møter våre ulike pasienter, inkludert pasienter med en annen språklig og sosiokulturell bakgrunn.

2) Lege og medarbeider må ha et felles ansvar for at alle oppgavene løses på en faglig forsvarlig måte. Personlige egenskaper hos både lege og medarbeider vil da kunne ha stor betydning. Evnen til å lytte til pasienten uten samtidig å vurdere hans eller hennes utsagn tar tid å utvikle, og krever at hjelperen både tilegner seg den nødvendige forståelse, øvelse og vilje til stadig å reflektere over egne holdninger og egen praksis. Men, som vi har forsøkt å argumentere for, det krever også at hjelperne kan forvalte utilgjengeligheten på en god måte. I dag, når legerollen i så stor grad er blitt et offentlig anliggende, må en kunne reise spørsmålet om alle som vil ha et ord med i laget er tilstrekkelig informerte om hva som her står på spill.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi forsøkt å belyse fastlegens behov for å gjøre seg utilgjengelig for styrrende elementer på ulike nivåer for at han skal kunne tilrettelegge for gode konsultasjoner og være fysisk og mentalt tilstede og tilgjengelig for den aktuelle pasienten. Vi har hevdet at slik utilgjengelighet må forvaltes med omhu, fordi tiltak for å begrense tilgjengeligheten lett kan oppleves som manglende interesse eller avvising. Men vi har også påpekt grunner til å tro at innvandrerpasienter kan være særlig utsatt og sårbare når det gjelder mer eller mindre bevisste tiltak for å begrense tilgjengeligheten, særlig når slike tiltak må treffes ansikt til ansikt. Noen forstår lett, andre misforstår lett. Og i situasjoner hvor antydninger ikke er nok og en må gå mer direkte til verks, kan tiltakene oppleves ubehagelig for alle parter, ettersom de lett både kan komme i konflikt med allmennmedisinens idealer, og oppleves som avvising. Strukturelle tiltak gjør det nok lettere å akseptere at tilgangen er begrenset, men i begge tilfeller kreves et nøyaktig og godt

samspill mellom legen og hans medhjelpere. Selv om utilgjengelighet for mange er et begrep med negative konnotasjoner, har vi da reist spørsmålet: Hvordan kan tilgjengelighet for noe balanseres med utilgjengelighet for noe annet? Vi har kalt denne balansegangen for *forvaltning av utilgjengelighet*, og forsøkt å vise hvordan den kan påvirke hjelperens evne og mulighet for empatisk forståelse. Slik forståelse kan, som vi vet, være avgjørende for utfallet av konsultasjonen.

REFERANSER

1. WONCA (2011) The European Definition of General Practice/Family Medicine The European Society of General Practice/Family Medicine, s 12.
1. Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift m.m. Helse- og omsorgsdepartementet, 21.12.2011 s 4.
3. Sanner, J.T. (2014) «Halve arbeidsdagen kastes bort» Aftenposten 21. mars 2014.
4. Groopman J (2007) How doctors think New York: Mariner books, s 100.
5. Westin S. (1981) Pasientmottakeren som legebeskytter – rollerelasjoner mellom medarbeidere i allmennpraksis. Nordisk Medicin Vol. 96, s 282–4.
6. Haugen, I. (1978) Om forvaltning av utilgjengelighet – Et perspektiv på studiet av bomiljø og samværsform Tidsskrift for samfunnsforskning Vol. 19, s 405 – 414.
7. Aambø (Red) (2007) Smarter. Smerteopplevelse og adferd Oslo: Cappelen akademisk.
8. Sells, M-A. (1994) Guises of the Ghul. Dissembling simile and semantic overflow in the classical Arabic nasib, i S.P.Stetkevych Reorientations/ Arabic and Persian Poetry Bloomington: Indiana University Press.
9. MacDonald, G. and Leary, M.R. (2005) Why Does Social Exclusion Hurt? The Relationship Between Social and Physical Pain Psychological Bulletin Vol. 131, No. 2, pp 202–223.
10. Panksepp, J. (2005) Why Does Separation Distress Hurt? Comment on MacDonald and Leary Psychological Bulletin Vol. 131, No. 2, pp. 224 – 230.
11. Stern, D. N. (2004) The Present Moment in Psychotherapy and everyday Life New York: W. W. Norton & Company s 126.
12. Hanh, Thich Nhat (2012) Fear. Essential Wisdom for Getting Through the Storm London: Rider Books, s. 117.
13. Dalai Lama (2011) Beyond religion. Ethics for a whole world London: Rider (s 109).
14. Hayes, S.C. et al (2004) Mindfulness and Acceptance. Expanding the cognitive behavioral tradition New York: The Guilford Press.
15. [http://no.wikipedia.org/wiki/Ubuntu_\(ideologi\)](http://no.wikipedia.org/wiki/Ubuntu_(ideologi))
16. Tutu, D. (2004) God Has A Dream. A Vision of Hope for Our Time New York: Doubleday.
17. Aarnes, A. (2006) En annen humanisme – Den Annens humanisme Religion og livssyn s. 11–15.
18. Bråten, S. (2007) Dialogens speil i barnets og språkets utvikling Oslo: Abstrakt forlag, s 54–55.
19. Kirmayer, L.J. (2008) Empathy and Alterity in Cultural Psychiatry Ethos Vol. 36, No. 4, s. 457–474.
20. Tronstad, K.R. (2008) Opplevd diskriminering, i S. Blom & K Henriksen (red) Levekår blant innvandrere 2005/2006 Oslo: Statistisk sentralbyrå, s 128–136.
21. Statens helsetilsyn (2007) Kartlegging av etnisk diskriminering i statlig sektor.

Utvidet veiledning av leger under spesialisering i allmen

■ KARSTEN KEHLET • Fastlege ved Senjalegen

Halvparten av den kliniske læretiden frem til godkjent spesialitet i allmenmedisin er uten strukturert veiledning. Dette har legene på Senja gjort noe med.

Senjalegen er et interkommunalt samarbeid om legetjenesten i kommunene Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik. Vi har siden januar 2013 hatt et prosjekt med systematisert gruppeveiledning av yngre leger som er under spesialisering i allmenmedisin, og som ikke for øyeblikket deltar i den obligatoriske veiledningsgruppen.

Det er fra flere yngre leger ytret ønske om å kunne motta kontinuerlig veiledning i hele perioden frem til de er godkjent spesialist. Dette har inntil dette prosjektet ble iverksatt blitt imøtekommet ved at yngre leger har deltatt i ukentlig veiledning sammen med de legene som har hatt krav på EØS-veiledning. Veiledningen har foregått i form av primært kasus-basert veiledning. Dette har medført at det ofte har vært avgrensede kliniske utfordringer som er blitt diskutert, selv om problemstillingene ofte har vært komplekse og omfattende. Det har derfor vært et behov for å diskutere mer overordnede allmenmedisinske problemstillinger, men også de spesielle lokale utfordringer som eksisterer i Midt-Troms og Nord-Norge.

Lenvik kommune som er vertskommune for Senjalegen, søkte derfor i 2012 om tilskudd fra Helsedirektoratet til å drive en veiledningsgruppe som et tiltak for å rekruttere og stabilisere fastlegetjenesten i de fire kommunene.

Organisering

Det er tilsatt prosjektleder i 20 prosent stilling, og veileder i 10 prosent stilling. Prosjektleder er administrativt ansvarlig, og veileder er ansvarlig for selve veiledningen. Kriterier for å delta i gruppen er:

- Deltakeren skal være i gang med eller ha tenkt å starte spesialisering i allmenmedisin.
- Deltakeren kan ikke delta i veiledningsgruppen samtidig med at vedkommende deltar i den obligatoriske veiledningsgruppen for spesialiteten i allmenmedisin.

- Veiledningsgruppen er åpen både for deltakere som ikke enda har deltatt i den obligatoriske toårige veiledningsgruppen, og for deltakere som har avsluttet den obligatoriske gruppen.
- Det skal være økonomisk kompensasjon for tapt arbeidsfortjeneste for deltakelse i gruppen. Det vil si at fastlønnede skal ha fri med lønn og privatpraktiserende skal ha praksiskompensasjon.
- Deltakeren skal jobbe i Senjalegen (allmenlegetjenesten for Berg, Torsken, Tranøy og Lenvik kommuner), men kan gjerne delta i perioder hvor man er borte i eksempelvis utdannings- eller barselpermisjon.

Veiledningen har bestått av fem heldagsmøter i 2013, og vi forventer et tilsvarende antall i 2014 i tillegg til et dagskurs i løpet av 2014.

Innhold

Ved oppstart våren 2013 oppfylte syv leger kriteriene for deltakelse. Det har underveis vært noe utskifting av leger. På de fleste møtene har det deltatt fem til seks leger, aldri færre enn fire.

Alle møtene har hatt en åpen runde hvor hver enkelt har kunnet ta opp utfordringer som man har møtt, og som man har ønsket å diskutere. Denne runden har vi begrenset til to timer. Alle møter har hatt et tema, og i de fleste møter har det deltatt personer utenfra, eller gruppen har besøkt institusjoner eller virksomheter. Alle møtene har



Møte med Steinulf Henriksen, sjefredaktør i lokalavisen «Folkebladet», som utgis i Finnsnes i Troms.

avsluttet med en kort evaluering av dagens møte og tema. Temaene for møtene har vært:

- Møte med pasientorganisasjon representert ved tidligere leder av sentralstyret i LHL Arne-Ketil Hafstad. Diskusjon og informasjon om samarbeid mellom fastleger og pasientorganisasjoner.
- Besøk på Finnfjord smelteverk (producent av ferrosilisium, en kjernebedrift i Midt-Troms). Diskusjon om samarbeid, spesielt sykemeldingsarbeid.
- Besøk på Troms Folkeblad AS og møte med sjefredaktør i *Folkebladet*, Steinulf Henriksen. Diskusjon om utfordringer i samarbeidet mellom fastleger og pressen.
- Diskusjon om sorg, sorgarbeid, egne reaksjoner og arbeid i kriseteam. Ingen eksterne deltakere.
- Møte på Heimly mottakssenter for asylsøkere. Informasjon om senteret og rammene for asylsøkerne samt diskusjon om samarbeid.

TABELL. Skjematisk oversikt over forskjellene mellom den obligatoriske veiledningen og vårt prosjekt.

	OBLIGATORISK VEILEDNINGSGRUPPE	VEILEDNINGSPROSJEKT I SENJALEGEN
Deltakersammensetting	Homogen gruppe	Mer heterogen gruppe
Struktur	Mer strukturert, følger veiledningen for obligatorisk veiledningsgruppe	Retningslinjer finnes ikke. Innholdet i veiledningen bestemmes i stor grad av gruppen
Tilpasset lokale forhold	Til en viss grad	I stor grad
Deltakerstyring	Til en viss grad	I stor grad
Møte med eksterne parter	Mulig	Inngår som en vesentlig del av veiledningen

nmedisin



Besøk på Finnjord smelteverk 16. april 2013.

Veiledningsgruppen har valgt – delvis på initiativ fra veileder, og delvis som følge av ønsker fra deltakerne – en rekke forskjellige temaer og møter som kan sies å befinne seg i periferien av det allmennmedisinske kjerneområde, men som likevel er svært relevante for allmennmedisin. Vi har valgt å møte lokale samarbeidspartnere som også kan gi deltakerne et innblikk i problemstillinger som ikke kun er lokale. Det lokale perspektivet har vært viktig slik at deltakerne får et kjennskap til institusjoner og næringsvirksomhet i regionen.

Ved det siste møte i desember 2013 ble det gjort en overordnet evaluering av hele forløpet i 2013. Deltakerne uttrykte her at de hadde nytte av å delta i gruppen, og at de ønsket å fortsette med veiledningen. De syntes det var nyttig å møte aktører som de ikke har kontakt med til vanlig.

Diskusjon

Er det behov for veiledning i hele videreutdanningsforløpet i allmennmedisin? Land vi ofte sammenlikner oss med, som Neder-

land og Danmark, har veiledning i hele videreutdanningsforløpet. Imidlertid er selve videreutdanningen i disse landene vesentlig forskjellig fra den norske, og de fleste som spesialiserte seg i Norge vil ha hatt betydelig lengre fartstid i allmennpraksis sammenliknet med kolleger i de to nevnte landene når de er ferdige spesialister. Likevel kan det fortone seg som en svakhet i videreutdanningen at omtrent halvparten av den kliniske læretid i allmennpraksis er uten strukturert veiledning.

Hvilke utfordringer vil strukturert veiledning gjennom hele videreutdanningsforløpet medføre? Først og fremst er det økonomiske utfordringer knyttet til en utvidelse av den obligatoriske veiledning. I vårt prosjekt har vertskommunen, Lenvik kommune, dekket utgifter til praksiskompensasjon for privatpraktiserende og gitt permisjon med lønn til kommunalt ansatte for deltakelse i veiledningsgruppen i prosjektperioden. Dette er en kostbar ordning som neppe er overførbar ut over prosjektperioden eller til andre kommuner. Det anses ikke for rimelig å belaste

unge allmennleger, som ofte vil være i gang med etablering av egen praksis, med utgifter til fravær fra egen praksis hele dager uten mulighet for å dekke innteksttapet. De har allerede et betydelig fravær i forbindelse med obligatorisk veiledning og kursvirksomhet.

Konklusjon

Deltakerne i gruppen har gitt uttrykk for at de opplever veiledningen som nyttig og lærerik, og at de opplever formen med hel-dagsmøter som hensiktsmessig. Det eksisterer ikke i dag et økonomisk rammeverk som gjør det mulig å gjennomføre denne type veiledning uten prosjektmidler og kommunal støtte.

Det bør imidlertid diskuteres hvorvidt en annen organisering kan sikre kontinuerlig veiledning gjennom hele videreutdanningsforløpet. Tilbakemeldingene fra deltakerne synes å avdekke et behov som ikke er ivaretatt i dag.

■ KARSTEN KEHLET@GMAIL.COM

Erfaringer med kommunale øhjelpssenger i distrikts-

■ STEINAR KONRADSEN • Intermediæravdelingen, Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms

■ BIRGIT ABELSEN • Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Institutt for samfunnsmedisin, UiT - Norges arktiske universitet, Tromsø

Over halvparten av pasientene som ble lagt inn med feil eller usikker diagnose, ble overført til sykehus. Tilsvarende andel blant de som fikk riktig diagnose ved innleggelse, var tretten prosent. Denne forskjellen er et hovedfunn i et datamateriale som omfatter 97 innleggelser i kommunale øhjelpssenger i Midt-Troms. Analysen av materialet belyser viktige problemstillinger om behandling av akutt syke pasienter utenfor sykehus.

Argumenter for og mot kommunale øhjelpssenger

Da Samhandlingsreformen ble innført ble det uttrykt skepsis mot at kommunene pålegges å etablere øhjelpssenger for å ta hånd om en del av de friskeste, akutt syke som ellers ville blitt lagt inn på sykehus. Geriater Pål Friis stilte spørsmål ved om legevaktlegene vet nok om akutt funksjonssvikt hos eldre (1). Helse- og omsorgsdepartementets egen ekspertgruppe som utredet behandling av akutt syke eldre utenfor sykehus, foreslo klare krav til hvilke pasienter som fortsatt bør innlegges i sykehus (2). En studie blant sykehusinnlagte pasienter i Helse Nord fant at de fleste pasientene som kunne vært aktuelle for

innleggelse i kommunale øhjelpssenger, har et høyt ressursforbruk når de legges inn på sykehus – og dermed neppe ville fått likeverdig behandling på kommunalt nivå (3).

På den annen side er det publisert noen prospektive studier om pasientforløp i sykestuesenger i Norge (4, 5) og i «community hospitals» i England (6, 7). Ingen av disse studiene gir grunn til bekymring for å behandle selekterte, akutt syke pasienter utenfor sykehus. Ordningen med kommunale øhjelpssenger er etablert i sterk mangel av evidensbasert kunnskap, men det er altså gode argumenter både for og mot.

Organiseringen av øhjelpssengene i Midt-Troms

På Finnsnes i Midt-Troms ble det i april 2013 opprettet fem interkommunale øhjelpssenger (Intermediæravdelingen), som be-

tjener en befolkning på ca. 19 000 personer i kommunene Berg, Torsken, Tranøy, Lenvik, Dyrøy og Sørreisa. Avstanden fra Finnsnes til nærmeste sykehus (UNN Tromsø) er ca. 170 km. De nevnte kommunene har i årevis samarbeidet om interkommunal legevakt.

Intermediæravdelingen har to allmennleger tilsatt i til sammen 70 prosent stilling på dagtid. Én av forfatterne (S.K.) har, som én av disse, halv stilling og innehar det faglige ansvaret. Intermediæravdelingen er samlokalisert med legevakten. Legevaktlegene (ca 20 ulike leger) forventes (i henhold til helsepersonelloven) å ta hånd om alle akutte problemstillinger, inkludert innleggelse ved intermediæravdelingen, etter ordinær arbeidstid og i helgene. Intermediæravdelingen har to sykepleiere på vakt hele døgnet. Avdelingen har i tillegg fysioterapeut i 10 prosent-stilling.

Intermediæravdelingen har tilgang til konvensjonell røntgen på dagtid i ukedagene. Tilgjengelige lokale laboratorieprøver inkluderer celleteller, glukose, CRP, blodgass, TroponinI, D-Dimer og urinstiks samt urindyppekultur. Andre biokjemiske og mikrobiologiske prøver sendes til UNN Tromsø. På avdelingen er det EKG-apparat, blodsukkerapparat og blærescanner. Det er mulig å gi oksygentilskudd til hver pasient, men ikke non-invasiv ventilasjonsstøtte. Ved transport til UNN Tromsø benyttes ambulanse eller helikopter.

TABELL 1. *Diagnosegruppe (ICPC-2) (utskrivelsesdiagnose).*

DIAGNOSEGRUPPE	ANTALL	PROSENT
Luftveier	26	26,8
Fordøyelsessystemet	16	16,5
Urinveier	14	14,4
Muskel-skjelettsystemet	14	14,4
Hjerte-karsystemet	7	7,2
Nervesystemet	6	6,2
Allment	6	6,2
Psykatri	4	4,1
Endokrinologi/metabolisme/ernæring	3	3,1
Hud	1	1,0
Totalt	97	100,0

TABELL 2. *Gjennomsnittsalder totalt og fordelt på kjønn, overført til sykehus (nei/ja) og innleggingsdiagnose (riktig/feil eller usikker).*

		GJENNOMSNIITTSALDER	N	P-VERDI (T-TEST)
Kjønn	Kvinne	74,6	58	0,089
	Menn	68,3	39	
Overført til sykehus	Nei	71,7	75	0,700
	Ja	73,4	22	
Innleggingsdiagnose	Riktig	71,2	68	0,452
	Feil eller usikker	74,2	29	
Totalt		72,1	97	

nale -Norge



Finnsnes i Lenvik kommune er regionssenter for Midt-Troms.

Bruken av øhjelpene i Midt-Troms

Bruken av øhjelpene er beskrevet ved en retrospektiv studie med data fra Intermediæravdelingens internkontrollsystem. Én av forfatterne (S.K.) har samlet data fra innleggelser fra 1. september 2013 til 1. april 2014. De innleggelsene som ikke er med i materialet, er de hvor inn- og utskrivning har skjedd samme helg eller i høytid, og de hvor blodtransfusjon var årsaken til innleggelsen.

Det er gjort enkle analyser som viser hvilken diagnosegruppe hoveddiagnosene tilhører, liggetid, hvem som har henvist pasienten (legevaktlege/fastlege/vikar for eller kollega av fastlege), pasientens bosituasjon ved innleggelse (hjemme/omsorgsbolig/sykehjem) og om innleggingsdiagnosen var korrekt (ja/nei/vet ikke). Denne diagnosevurderingen ble gjort på utskrivestidspunktet basert på diagnostikk utført i løpet av oppholdet. Andelen som legges inn i sykehus, ble beregnet totalt og fordelt på om innleggingsdiagnosen var riktig eller ikke.

Noen hovedfunn

Materialet omfatter totalt 97 innleggelser, 58 kvinner og 39 menn. Fordeling av utskrivelsesdiagnosene på diagnosegrupper (ICPC-2) er vist i tabell 1 nederst på side 16. Luftveier (hovedsakelig KOLS-forverring/pneumoni og astma), fordøyelsessystemet (gastroenteritt, obstipasjon, steinsmerte etc.) og urinveier (pyelonefritt) er diagnosegruppene med høyest forekomst. Aldersfordelingen blant pasientene er vist på side 16 i tabell 2. Gjennomsnittsalderen var 72 år. Gjennomsnittsalderen blant kvinner var noe høyere enn blant menn. Liggetid er vist i tabell 3 på side 18. De fleste oppholdene var på et til to døgn. Andelen pasienter henvist fra legevakt var 74 prosent, fra fastlegen 13 prosent, mens 12 prosent ble henvist av en annen lege (som oftest en vikar for fastlegen). Ved innleggelse var 87 prosent av pasientene hjemmeboende.

Totalt sett ble 23 prosent av pasientene overført til sykehus på grunn av forverring av tilstanden eller komplikasjoner ved behandlingen. Tabell 2 viser at de som ble

overført til sykehus var noe eldre enn de øvrige, men forskjellen er ikke statistisk signifikant. Det er vurdert (av S.K.) at 77 prosent av pasientene fikk riktig innleggingsdiagnose. Andelen med usikker eller feil innleggingsdiagnose var 23 prosent. Tabell 2 viser at de som fikk feil eller usikker diagnose var noe eldre enn de øvrige, men heller ikke her er forskjellen statistisk signifikant. Blant de med korrekt innleggingsdiagnose, var det 13 prosent som ble overført til sykehus, mens det blant de med innleggingsdiagnose som viste seg å være feil eller usikker var hele 58 prosent som ble overført til sykehus. Risikoen for å bli overført til sykehus var sju ganger høyere blant de med feil eller usikker diagnose sammenliknet med de som vurderes lagt inn med riktig diagnose (OR = 7,0 KI = [2,5–19,7], p-verdi < 0,001).

Basert på opplysninger i henvisningen fra innleggende lege vurderes det av forfatterne at 66 prosent av innleggelsene erstattet sykehusinnleggelse, 13 prosent av de innlagte ville trolig ikke ha blitt innlagt i

sykehus, men heller sendt hjem eller tatt hånd om av den allerede eksisterende pleietjenesten i kommunene. For 23 prosent av innleggelsene er det vurdert som usikkert om de uten øhjelpsenge, ville blitt innlagt i sykehus.

De fleste henvises fra legevakt

To tredjedeler av pasientene ble henvist fra legevakt. Fastlegene er kun tilgjengelig på dagtid. Legevakten er alternativet i 128 av ukens 168 timer. Dermed er det å forvente at en stor del av akutt syke pasienter oppsøker legevakten. I tillegg er øyeblikkelig hjelp-tilbudet i den største kommunen (Lenvik) hovedsakelig organisert under legevakten også på dagtid. Dermed vil få pasienter komme til sin fastlege ved akutt sykdom på dagtid.

Legevakten har ikke felles journalsystem med fastlegene. Det kan tenkes at usikkerhet og manglende pasientopplysninger gjør at terskelen for innleggelse blir lav. Likevel er andelen innlagte fra legevakt lavere enn tidligere vist for innleggelser i sykehus. I en observasjonsstudie fra Trondheim kom 88 prosent av pasientene som ble lagt inn på St. Olavs Hospital fra legevakt eller sykehusets skadepoliklinikk (8).

De med feil eller uklar diagnose overføres oftest til sykehus

I vårt materiale var det 22,7 prosent av pasientene som ble lagt inn med feil eller uklar diagnose. Det var en klar overhyppighet av overføring til sykehus blant disse. I rapporten «Helsetjenester til eldre», som omhandler behandling av akutt syke eldre utenfor sykehus, pekes det på at observasjon av uklare tilstander kan være et alternativ til sykehusinnleggelse. Våre erfaringer tilsier at en stor andel av pasienter med uklare tilstander etter hvert legges inn på sykehus. Riktig diagnose tidlig ser ut til å beskytte mot forverring som krever sykehusinnleggelse. Det er forfatterens oppfatning at de som legges inn med uklar tilstand generelt ikke er sikrere enn de



UNN Ambulans Lenvik er lokalisert i tilknytning til distriktsmedisinsk senter (DMS) og den interkommunale legevakten på Finnsnes (IKLv).

som har fått en diagnose. Dette kan derfor neppe forklare overhyppigheten av sykehusinnleggelse blant de med feil eller uklar diagnose. I geriatrien er det god klinisk praksis å sette inn tiltak tidlig i et sykdomsforløp for å forsøke å reversere en uønsket utvikling. Dette kan bli vanskelig jo mer derangert pasienten er før adekvat diagnostikk og behandling etableres. Observasjon av uklare tilstander utenfor sykehus kan i så måte være kontraproduktivt.

Trusler mot pasientsikkerheten?

Datamaterialet kan ikke belyse om pasientene som ble overført til sykehus, fikk et forverret utfall enn hva som ville ha vært tilfelle om de primært hadde blitt lagt inn på sykehus. Dette er et spørsmål som opplagt bør være gjenstand for fremtidig forskning. Vår avdeling har ikke egne leger i vakt. Innleggende lege vil oftest være den eneste legen som ser pasienten før visitten neste virkedag. Feilvurderinger gjort av innleggende lege, vil derfor som regel ikke korrigeres før neste dag. Dette øker risikoen for mangelfull diagnostikk og behandling. På dette punktet skiller innleggelse i Intermediæravdelingen seg fra innleggelse i sykehus, hvor pasienten først tilses av innleggende lege og deretter én eller flere sykehusleger. Etablering av vaktordning som sikrer alle kommunalt innlagte pasienter tilsyn fra to ulike leger første døgn, vil kunne øke kvaliteten på diagnostikk og behandling.

Det er forfatterens oppfatning at legevakten foreløpig er det svakeste leddet ved innleggelser i Intermediæravdelingen. Det handler ikke om at legevaktlegene ikke er flinke leger. Men legevaktens og Intermediæravdelingens organisering øker risikoen for feilvurderinger i den initiale fasen. Tradisjonelt har legevakten vært et «transittmottak» hvor pasientene vurderes for hjemreise eller sykehusinnleggelse. Denne vurderingen krever mindre diffe-

rensialdiagnostisk tenking enn dagens situasjon, hvor et tredje alternativ er introdusert. Den diagnostiske tilnærming bør da utvides både for å øke sannsynligheten for at det stilles riktig diagnose ved innleggelse og for å utelukke mindre sannsynlige diagnoser. Dette innebærer mer spesifikk testing enn hva som i dag er tilfelle. Det kan oppleves som nytt og uvant for allmennleger å tenke bredere diagnostisk og vurdere komplikasjonsfare forbundet med ulike behandlingalternativer.

De fleste legevaktleger er allmennleger og sideutdanning i indremedisin er ikke en obligatorisk del av allmennlegeutdanningen. Allmennleger har god trening i primærstabilisering og -behandling, men man kan ikke forvente at allmennleger automatisk skal beherske oppfølging av alvorlig syke, inneliggende pasienter. Det gjøres regelmessig mangelfull diagnostikk i forkant av behandlingsbeslutninger. En mulig forklaring er at allmennleger ikke er vant til å vurdere forløp fremover i tid hos innlagte pasienter. Dette kan dreie seg om «hva gjør vi om pasienten ikke blir bedre med denne behandlingen?» (adekvat diagnostikk initialt kan være til hjelp, eks blodkultur, urindyrking etc.), «er det andre mulige forklaringer på symptomene som det er svært viktig å utelukke?» (lav terskel for å ta røntgen thorax, arteriell blodgass etc.) og «hvilke komplikasjoner kan forventes?» (eks luftveisobstruksjon hos astmatiker innlagt pga pneumoni).

Manglende IKT-verktøy er etter forfatterens erfaring én av de største truslene mot pasientsikkerheten ved innleggelse i kommunale øhjelpsenge. Helse- og omsorgsdepartementets ekspertgruppe pekte i 2010 på at tilgang til sykehusets journalsystem er en forutsetning for gode behandlingsløp mellom forvaltningsnivåene (2). Svært få kommunale øhjelpsavdelinger har i dag slik tilgang. Derfor er viktige opplysninger om tidligere sykdommer og diagnostiske tester ikke kjent for behandlere der.

TABELL 3. Liggedøgn.

DIAGNOSEGRUPPE	ANTALL	PROSENT
0 døgn	1	1,0
1-2 døgn	58	59,8
3-4 døgn	26	26,8
5-6 døgn	11	11,3
7-10 døgn	2	2,1
Totalt	97	100,0

Det må satses på kompetanseutvikling

Kommunene mangler erfaring med drift av øhjelpsenger. Det er svake tradisjoner for fagutvikling og forskning i kommunehelsetjenesten. Disse nye enhetene krever kompetanseutvikling. Det er viktig at kommunene tar inn over seg det store ansvaret som følger med driften av slike sengeposter. Det bør legges til rette for faglig forsvarlig drift gjennom satsing på kompetansehevende tiltak. Man kan ikke forvente at allmennleger og sykepleiere uten videre skal beherske behandling av disse pasienten uten målrettet trening og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Kompetansehevingen må settes i system og være en integrert del av daglig praksis. Det er forfatterens erfaring at personell med erfaring fra somatisk sykehus, er en stor fordel for å utøve god kvalitet i behandling av innlagte pasienter på kommunalt nivå. Det bør stilles sentrale minstekrav til hva slike kompetansehevende tiltak skal innbefatte, slik at kompetansen på alle slike avdelinger blir i tråd med det helsemyndighetene tenker kreves.

Til tross for alle utfordringene synes de aller fleste pasientene våre å få adekvat diagnostikk og behandling. Forfatterens subjektive oppfatning er at nærhet til hjemstedet oppleves som svært positivt for akutt syke pasienter. De får ofte besøk av pårørende, og overgangen fra Intermediæravdelingen til hjemmet er enkel å få til på grunn av godt samarbeid med fastleger og kommunale pleie- og omsorgstjenester.

Viktige tiltak for bedret kvalitet

Våre data peker på sentrale utfordringer for å få ordningen med kommunale øhjelpsenger til å fungere optimalt. Lesetilgang i helseforetakets pasientjournal, vaktordning for leger i avdelingen og systematisk opplæring av ansatte i samarbeid med spesialisthelsetjenesten oppfattes av forfatterne som de viktigste enkelttiltakene. Dette vil kunne sikre pasientene diagnostikk og behandling av dedikert og kompetent personell.

REFERANSER

1. Friis P. Sikkerhet for samhandling. Agderposten, 13.12.14.
2. Helsetjenester til syke eldre. http://www.nsd.no/filarkiv/File/Eksterne_rapporter/110124_Rapport_HelsetjenesterSykeEldre24jan.pdf (04.04.13)
3. Heiberg I, Magnus T. Medisinsk øyeblikkelig hjelp i Helse Nord i et samhandlingsperspektiv. *Utposten* 2013; 7: 7–9.
4. Lappegård Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: Experiences for Hallingdalsjukkestugu. *Scand J Public Health*, 2012; 40 (4): 309–15.
5. Aaraas I. The Finnmark general practitioner hospital study. Patient characteristic, patient flow and alternative care level. *Scand J Prim Health Care*. 1995; 13: 250–56.
6. Tomlinson J med flere. Use of general hospital beds in Leicestershire community hospitals. *British J Gen Pract* 1995; 45: 399–403.
7. Round A med flere. Six month outcomes after emergency admission of elderly patients to a community or a district general hospital. *Family Practice* 2004; 21 (2): 173–179.
8. Eikeland G med flere. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 2355–7.

■ STEINAR.KONRADSEN@LENVIK.KOMMUNE.NO

Fritidsstøy

- er den farlig for hørselen?

■ MARIT SKOGSTAD • TORE TYNES • HÅKON A. JOHANESSEN • KARL-CRISTIAN NORDBY • INGRID SIVESIND MEHLUM • ARVE LIE
Statens arbeidsmiljøinstitutt

LYDKILDER I MÅLT DESIBEL



120+



105-115



60-70



10-20

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Statens arbeidsmiljøinstitutt har nylig publisert rapporten «Støy i arbeidslivet og helse» (1). Fritidsstøy ble også berørt i rapporten. Denne artikkelen vil gi en status for hva vi vet om fritidsstøy og helse.

Hva er støy?

Lyd er en sensorisk persepsjon, mens støy er definert som uønsket lyd. Støy kan beskrives som vibrasjoner i et definert frekvensområde. Dette kan være vibrasjoner av legemer eller luftmolekyler som spres som bølger. Lydnivåer angis i desibel, som følger en logaritmisk skala. I et stille rom kan man måle under 40 dB (A), og tett ved en trafikkert vei er nivåene 70–80 dB (A). Det anbefales at omgivelsesstøyen er mindre enn 55 dB(A) i utendørsmiljø ved boliger (1).

Helseeffekter av støy

Nedsatt hørsel er den best dokumenterte helseeffekten av yrkesmessig støyeksposering og skyldes skade på sneglehuset i det indre øret. Mesteparten av skaden kommer i løpet av de første 10–15 årene med støyeksposering. Det er satt grenseverdier for hva som er akseptable støynivåer på en arbeidsplass. Man skal beskytte seg mot støy hvis den overstiger 80–85 dB(A) over åtte timer. Plutselig, kortvarig og intens støy (som ved en eksplosjon) på mer enn 130 dB(A) kan gi et vedvarende hørselstap (1).

Befolkningsstudier viser at den viktigste risikofaktor for hørselstap er økende alder. Det er imidlertid store individuelle variasjoner og kjønnsforskjeller. Menn taper mer hørsel enn kvinner, og arv spiller også en stor rolle. Dessuten ser det ut til at lav sosioøkonomisk posisjon og etnisitet har betydning. Personer med afroamerikansk bakgrunn taper mindre hørsel enn hvite. Røyking, hjerte- og karsykdom, diabetes, høyt blodtrykk og forhøyet kolesterol ser også ut til kunne skade hørselen, men her er forskningsresultatene mer usikre. Eksposering for kjemikalier (løsemidler, bly etc.) og visse medikamenter kan gi nedsatt hørsel, og det ser også ut til at samtidig eksponering for vibrasjon kan forsterke den hørselsskadelige effekten av støy (1).

Støy kan gi andre helseeffekter enn nedsatt hørsel. I et norsk normalmateriale fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fant man at 16 prosent av mennene og 12 prosent av kvinnene rapporterte tinnitus og at tinnitus økte med alderen. Menn med støyende yrker hadde økt forekomst av tinnitus, aldersjustert relativ risiko 1,5–2,1, sammenlignet med prevalensen hos lærere, som ble brukt som referansegruppe. Man fant ikke tilsvarende hos kvinner i støyende yrker (3).

Overømfintlighet for støy (hyperakusis) kan også opptre etter støyeksposering. Tilstanden kan hos enkelte være svært plagende og til dels invalidiserende. Støy kan også føre til fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner, med midlertidig nedsatt kognitiv yteevne som resultat. Flertallet av gode studier som omhandler hjerte- og karsykdom og støy konkluderer med at støy kan påvirke blodtrykket, mens det er mer usikkert for iskemisk hjertesykdom (1).

Overømfintlighet for støy (hyperakusis) kan også opptre etter støyeksposering. Tilstanden kan hos enkelte være svært plagende og til dels invalidiserende. Støy kan også føre til fysiologiske og psykologiske stressreaksjoner, med midlertidig nedsatt kognitiv yteevne som resultat. Flertallet av gode studier som omhandler hjerte- og karsykdom og støy konkluderer med at støy kan påvirke blodtrykket, mens det er mer usikkert for iskemisk hjertesykdom (1).

Det er en vanlig oppfatning at fritidsstøy i form av personlige musikkspillere, konsertdeltakelser, jakt og skyting og bruk av støyende verktøy, som motorsager og driller, kan skade hørselen, men hva sier litteraturen?

LYDKILDE	DESIBEL (DB(A))
Skyting	120+
Sirkelsag	105-115
Jetfly som letter (B737, 100 m)	100
Tung lastebil (10m)	80-90
Inne i personbil (80 km/t)	60-70
Normal samtale (1 m)	50-60
Stille soverom	20-30
Rasling i løv	10-20



Undersøkelser viser at fritidsstøy i form av musikk ved deltakelse på konserter eller diskotekbesøk ikke gir noen sikre holdepunkter for hørselsskade. Noen antyder at en positiv holdning til lyd/musikk kan ha en beskyttende effekt på hørselen. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Skyting i fritiden kan skade hørselen

I en analyse av et norsk normalmateriale (HUNT), som inkluderte mer enn 52 000 deltakere, fant Tambs at skyting hadde en klar effekt på hørselen med et tilskrivbart hørselstap på 7–8 dB (A) (4). Internasjonal litteratur/oversiktlitteratur bekrefter disse funnene (2, 5), og det vises til at bruk av skytevåpen gir en så stor støydose at hørselsskade kan finne sted (6). To større amerikanske tverrsnittundersøkelser av hhv 3753 og 3527 personer fant et betydelig hørselstap i de høye frekvenser (4, 6 og 8 kHz) blant menn som rapporterte skyting/jakt i fritiden (7, 8).

Musikere og konsertpublikum

I en tverrsnittundersøkelse av rockemusikere fra 1978 fant Axelsson at forekomsten av nedsatt hørsel var forbausende lav (9). Forfatteren fulgte senere 53 svenske rockemusikere i 16 år etter første undersøkelse og fant at hørselstapet var litt mindre enn forventet på tross av et eksponeringsnivå på 90–105 dB(A) i 20–25 timer pr. uke (10).

Trommeslagerne hadde litt større hørselstap enn de andre. Forfatteren antyder at en positiv holdning til lyd/musikk kan ha en beskyttende effekt på hørselen.

Andre studier av rocke- og jazzmusikere har avdekket eksponeringer helt opp i områdene 111–129 dB(A) (11, 12). Det er også målt nivåer på mellom 94,5 og 107,5 dB(A) på rockekonserter i Sverige (13), og personer som frekventerer diskoteker utsettes for lydnivåer på mer enn 100 dB(A) (2). Det er rapportert forbigående plager, som tinnitus og hyperakusis, hos ungdommer som er tilhørere på rockekonserter, men uten at det er vist økt risiko for hørselsnedsettelse (13). En tverrsnittundersøkelse av 944 ungdommer i alderen 16–20 år, som omfattet en grundig ØNH-undersøkelse med audiometri, fant ingen holdepunkter for at tilstedeværelse på rockekonserter og andre musikkarrangementer ga hørselsskader (14). Fritidsstøy i form av musikk ved deltakelse på konserter eller diskotekbesøk ga heller ingen holdepunkter for hørselsskade i det norske normalmateriale fra HUNT-undersøkelsen (4).

Kan annen fritidseksposering gi hørselsskade?

En tverrsnittundersøkelse av 3510 kjernekraftarbeidere fant at selvrappertert fritidsstøy som skyting, bruk av støyende verktøy, det å delta i motorsport og å spille i band ikke hadde noen effekt på hørselen (15).

I en analyse av et amerikansk normalmateriale, som omfattet 3571 personer, fant Dalton imidlertid at fritidsstøy med støynivåer på mer enn 90 dB (A) førte til en lett økt risiko for nedsatt hørsel (OR 1,1). Dette kunne dreie seg om fritidsstøy ved trearbeid, metallarbeid og arbeid med motorsag (16).

Barn og unge - musikk på øret

Støybettinget hørselstap hos barn helt ned til 14 måneders alder er beskrevet etter impulsstøy, som ved bruk av skytevåpen eller fyrverkeri (17), og naturlig nok er mange bekymret for om barn får nedsatt hørsel på grunn av støy fra musikkspillere og andre støykilder (18–20).

I en oversiktsartikkel hevder Thorne at «musikk på øret» kan gi skade på hørselen

hvis dosen blir stor nok, men at i praksis er ikke volumet høyt nok, eller det spilles ikke lenge nok til at det har noen særlig betydning for hørselen (21). Zhao på sin side peker på et mulig problem med nye typer musikkspillere med stor batterikapasitet, som bl.a. finnes i mobiltelefoner, og som gjør det mulig med eksponering over lang tid (22). En tverrsnittsundersøkelse av ungdommer fant imidlertid ingen negativ effekt ved bruk av musikkspillere når ungdommer som brukte slike spillere ble sammenliknet med andre som ikke brukte det (23). Rice (24, 25) så på bruken av personbårne musikkspillere, der eksponeringen kunne nå 100 dB(A) eller mer. Han fant at blant nær 800 unge i England og Italia hadde 5 prosent en daglig eksponering på mer enn 90 dB(A). Han konkluderte med at jevnlig bruk over 10 år kunne gi hørselsskade hos 1 av 1500, men nyere longitudinelle undersøkelser mangler, og pr. i dag kan det ikke konkluderes med at slik eksponering gir nedsatt hørsel. I det norske normalmateriale fra HUNT fant man heller ingen holdpunkter for at bruk av personbårne musikkspillere kunne gi hørselstap (4).

Konklusjon

Det er godt dokumentert at bruk av skytevåpen i fritiden kan ha hørselsskadelig effekt. Andre støykilder som mange utsettes for i fritiden har, på gruppebasis, neppe noen særlig effekt på hørselen. På individbasis kan imidlertid skade godt finne sted, gitt en tilstrekkelig stor eksponering over tid.

REFERANSER

- Lie A, Skogstad M, Tynes T, Johannessen HA, Nordby KC, Mehllum IS, Arneberg L, Engdahl B, Tambs K, Støy i arbeidslivet. STAMI Rapport, 2013. 14(10).
- Clark, W.W., Noise exposure from leisure activities: a review. *J Acoust Soc Am*, 1991. 90(1): 175–81.
- Engdahl, B., et al., Occupation and the risk of bothersome tinnitus: results from a prospective cohort study (HUNT). *BMJ Open*, 2012. 2(1): e000512.
- Tambs, K., et al., Hearing loss induced by noise, ear infections, and head injuries: Results from the Nord-Trøndelag Hearing Loss Study. *International Journal of Audiology*, 2003. 42(2): 89–105.
- Dobie, R.A., The burdens of age-related and occupational noise-induced hearing loss in the United States. *Ear Hear*, 2008. 29(4): 565–77.
- Thorne, P., Noise induced hearing loss. Final report, in Auckland UNI Services Ltd. 2006: Auckland, New Zealand.
- Nondahl, D.M., et al., Recreational firearm use and hearing loss. *Arch Fam Med*, 2000. 9(4): 352–7.
- Agrawal, Y., E.A. Platz, and J.K. Niparko, Risk factors for hearing loss in US adults: data from the National Health and Nutrition Examination Survey, 1999 to 2002. *Otol Neurotol*, 2009. 30(2): 139–45.
- Axelsson, A. and F. Lindgren, Hearing in pop musicians. *Lakartidningen*, 1978. 75(13): 1286–1288.
- Axelsson, A., A. Eliasson, and B. Israelsson, Hearing in pop/rock musicians: A follow-up study. *Ear and Hearing*, 1995. 16(3): 245–253.
- Kähäri, K., et al., Assessment of hearing and hearing disorders in rock/jazz musicians. *International Journal of Audiology*, 2003. 42(5): 279–288.
- McIlvaine, D., M. Stewart, and R. Anderson, Noise exposure levels for musicians during rehearsal and performance times. *Medical Problems of Performing Artists*, 2012. 27(1): 31–6.
- Almstedt, A.C., T. Gustafsson, and A. Axelsson, (Risk of hearing damage in connection with pop and rock concerts. The maximum permissible sound level should be legally confirmed). *Lakartidningen*, 2000. 97(10): 1102–4.
- Carter, N.L., et al., Amplified music and young people's hearing. Review and report of Australian findings. *Med J Aust*, 1982. 2(3): 125–8.
- Dement, J., et al., Surveillance of hearing loss among older construction and trade workers at Department of Energy nuclear sites. *American Journal of Industrial Medicine*, 2005. 48(5): 348–358.
- Dalton, D.S., et al., Association of leisure-time noise exposure and hearing loss. *Audiology*, 2001. 40(1): 1–9.
- Brookhouser, P.E., D.W. Worthington, and W.J. Kelly, Noise-induced hearing loss in children. *Laryngoscope*, 1992. 102(6): 645–55.
- Harrison, R.V., The Prevention of Noise Induced Hearing Loss in Children. *International journal of pediatrics*, 2012. 2012.
- SCENIHR, Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks. Potential health risks of exposure to noise from personal music players and mobile phones including a music playing function. Preliminary report 2008.
- Basner, M., et al., Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*, 2013.
- Thorne, P.R., et al., Epidemiology of noise-induced hearing loss in New Zealand. *N Z Med J*, 2008. 121(1280): 33–44.
- Zhao, F., et al., Music exposure and hearing disorders: an overview. *International Journal of Audiology*, 2010. 49(1): 54–64.
- Wong, T.W., et al., The use of personal cassette players among youths and its effects on hearing. *Public Health*, 1990. 104(5): 327–30.
- Rice, C.G., M. Breslin, and R.G. Roper, Sound levels from personal cassette players. *Br J Audiol*, 1987. 21(4): 273–8.
- Rice, C.G., G. Rossi, and M. Olina, Damage risk from personal cassette players. *Br J Audiol*, 1987. 21(4): 279–88.

■ MARIT.SKOGSTAD@STAMI.NO



Samarbeid med legesen

■ THOMAS SOLGÅRD SVENDSEN • Forskningsmedarbeider ved KORFOR, Stavanger

■ ANNE LILL MJØLHUS NJÅ • Forskningsmedarbeider ved KORFOR, Stavanger

I Stavanger brukes et legesenter som arena for forskning på motivasjon og kognitiv fungering ved alvorlige rusproblemer. Det gir fordeler for alle parter.

KORFOR (Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest), har i to år leid kontorer ved Nytorget legesenter i Stavanger. Nytorget legesenter består av syv leger, og flere av legene driver egen forskning og deltar i fagutviklingsarbeid. Legesenteret er lokalisert i et stort handlesenter midt i Stavanger sentrum, og har også et samarbeid med Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Psykiatrisk ungdomsteam og TIPS (Tidlig intervensjon ved psykose). Forskningsmedarbeiderne fra KORFOR sitter i samme lokaler som fastlegene ved legesenteret. KORFOR driver forskning og fagutvikling, nettverksbygging og undervisning på fagfeltet rus, og fungerer som en nettverksorganisasjon

som både initierer og deltar i prosjekter lokalt, nasjonalt og internasjonalt.

Tanken bak samarbeidet med Nytorget legesenter har vært todelt:

- å skape en tettere dialog med fastlegene når det gjelder tidligere intervensjon ved rusmiddelbruk hos pasientene ved legesenteret.
- å bruke Nytorget legesenter som en forskningsarena ved forløpsstudier som skal foregå over flere år.

Lavt frafall

Et av hovedprosjektene til KORFOR er Stayer-studien, en forløpsstudie som startet i mars 2012. Målet er å følge 250 mennesker med en avhengighet over flere år, med fokus på langtidsendringer knyttet til kognitiv fungering, motivasjon og tilfriskning. Vi ser spesielt på mønstrene for endring og tilfriskning, og på hvordan disse mønstrene kan påvirkes ved bruk av forskjellige typer intervensjoner. Vi har kontakt med deltakerne pr. sms/telefon hver

fjortende dag, og møtes for testing hver tredje måned. Slike typer studier er svært sårbare når det gjelder frafall, og vi har derfor brukt en del tid på å finne måter å holde denne lav på. I skrivende stund har studien et frafall på to prosent med 191 deltakere inkludert. Det lave frafallet kan skyldes flere faktorer, men vi tror blant annet at valg av arena for testing har vært viktig.

Et annet prosjekt KORFOR jobber med ved Nytorget legesenter er en klinisk legemiddelutprøving av medikamentet Naltrekson. I samarbeid med Senter for rus- og avhengighetsforskning, UiO (SERAF) er seks helseforetak i Sør-Norge engasjert i studien. Formålet med studien er å finne ut om intramuskulær naltrekson kan gi like god hjelp som dagens førstevalg i LAR til heroinavhengige personer som ønsker å forbli opioidfrie i en ettervernsperiode.

Pasientene som er med i studien blir fulgt opp av forskningsmedarbeidere ukentlig i lokalene våre ved Nytorget legesenter. At lokalene er i kjente og sentrale omgivelser gjør det lettere for våre pasienter å opp-

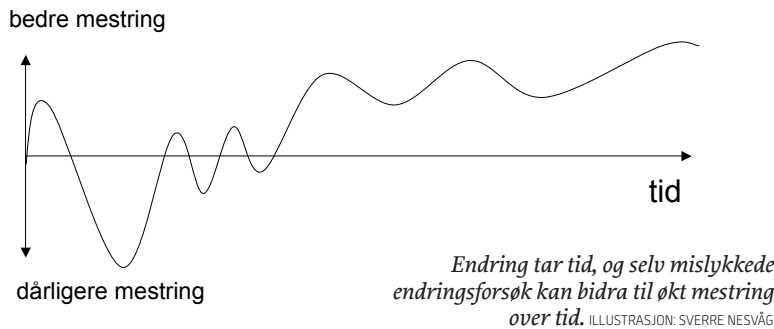
Et sentralt beliggende legekontor gjør det lettere for flere av deltakerne å møte til avtaler.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



ter gir bedre forskning

Endringsforløp:



rettholde den nære kontakten med oss. For å kunne gjennomføre studien er KORFOR videre avhengig av tilgjengelig helsepersonell og deres kompetanse på laboratoriet. KORFOR kjøper derfor de nødvendige tjenesten av legesenteret.

Suksessfaktorer

Noen faktorer som har betydning for valg av arena når man skal jobbe med slike typer studier:

- **En kjent og sentral arena:** Kontorets syv fastleger har ca 9000 listepasienter. Det betyr at legesenteret er en kjent arena for mange av innbyggerne i byen. Det at kontoret ligger sentralt plassert, gjør det lettere for flere av deltakerne å møte til avtaler. Mange bor sentralt i Stavanger, og mange synes det er slitsomt å måtte benytte kollektivtransport når de skal testes.

- **Åpningstider:** Forløpsstudier har bedre muligheter til å lykkes hvis den ordinære kontortiden kan kombineres med fleksible møtetidspunkt. Mange av deltakerne har vanskelig for å forholde seg til samfunnets døgnrytme. Ofte er det etter klokken 12 de fleste avtaler skjer. Ved Nytorget legesenter kan vi benytte lokalene frem til klokken 23 hver kveld. Mange testrunder blir foretatt når kontoret er stengt for fastlegenes pasienter. Det fører til at flere kan møte til avtaler, slik vi ser det.
- **Det normale ved å være pasient på et legesenter:** alle er syke fra tid til annen. Det å besøke fastlegen har ikke det samme stigmaet knyttet til seg, som det å være rusavhengig på venterommet til for eksempel psykiatriske poliklinikker. Flere av deltakerne sier at det å sitte på venterommet sammen med «de vanli-

ge» pasientene er en befrielse i seg selv. Vi roper opp deltakeren på samme måte som fastlegen roper opp sine pasienter. Hvis deltakeren har problemer med å sitte i samme rom som mange andre mennesker, avtaler vi at vi henter pasienten ved legesenterets inngang, og følger vedkommende inn.

- **Forskningsmedarbeiderne får mulighet til å knytte tettere kontakt med fastlegene og personalet ved legesenteret:** Ved at vi samles i lunsjen og ved faglige internsamlinger, blir vi bedre kjent og kan dele kunnskap og erfaringer på en bedre og mer effektiv måte.

Samarbeidet mellom Nytorget legesenter og KORFOR har så langt vært en suksess. Det kan vi blant annet si ut fra det lave frafallet i studien. Mange faktorer spiller inn hvis slike studier skal bli vellykket, og forskningsmedarbeiderne befinner seg på mange arenaer også utenfor legesenteret. Eksempler på dette kan være fengsler, institusjoner, sykehus og hjemme hos deltakerne. Tanken er at deltakeren skal treffes der det passer henne eller ham best.

Ved at vår hovedarena vanligvis er Nytorget legesenter, mener vi å se at avtaler og samarbeid mellom flere instanser blir enklere, både for forskningsmedarbeidere, fastlegene og annet personale ved legesenteret.

Ønsker du å vite mer? Ta kontakt med Thomas Solgård Svendsen eller fastlege ved Nytorget legesenter Torgeir Gilje Lid.

- THOMAS.SOLGARD.SVENDSEN@SUS.NO
- GILJELID@GMAIL.COM

«Recruit and Retain»

– en tiltakspakke for å rekruttere og beholde

■ MARIANNE VANEM

Prosjektleder, Recruit and Retain
Finnmarkssykehuset

Et viktig internasjonalt rekrutteringsprosjekt er avsluttet. Det er prøvd ut innovative løsninger og ervervet nye kunnskaper om å rekruttere og stabilisere helsepersonell til nordlige utkantstrøk.

«Recruit and Retain»¹ er et treårig prosjekt som ble avsluttet i juni 2014 og inngikk som del av EUs «Northern Periphery Programme», et program som skal hjelpe med å utvikle potensialet i nordlige perifere utkantstrøk både sosialt, økonomisk og miljømessig. Recruit and Retain hadde åtte prosjektpartnere fra sju land² der Finnmarkssykehuset var den norske prosjektpartneren. Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Finnmark fylkeskommune var involvert i prosjektet som norske samarbeidspartnere. Prosjektet hadde til hensikt å finne løsninger på de vedvarende utfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering av høyt kvalifisert personell, primært i helsesektoren, men også til andre yrkesgrupper i offentlig sektor.

Høsten 2012 ble en omfattende spørreundersøkelse gjennomført parallelt i alle sju land. Undersøkelsen skulle kartlegge motivasjonsfaktorer til hvorfor helsepersonell ønsker å arbeide i rurale områder, hva som gjør at de velger å bli værende, og hvorfor noen velger å flytte derfra. I *Utposten* nr. 3/2014 fortalte Birgit Abelsen, konst. forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT – Norges arktiske universitet, om analyserapporten som hun har utført på bakgrunn av spørreundersøkelsen. Abelsen deltok selv i Recruit and Retains norske arbeidsgruppe og konsentrerte seg primært om det norske datasettet, men belyste det i forhold til de internasjonale funnene.

Kort oppsummert var de viktigste funnene i Abelsens rapport følgende:

- Det er drøyt tre ganger så sannsynlig for at en som har tatt deler av utdanningen sin ruralt også jobber ruralt, sammenlignet med en som ikke har tatt deler av utdanningen sin i et ruralt område
- Egen rural bakgrunn er også viktig
- Viktighet av tilhørighet øker også dersom deler av utdanningen også er tatt ruralt
- De som jobber i et ruralt område har økt sannsynlighet for å oppleve isolasjon
- Jobbskifte er som oftest av jobbrelaterede årsaker, og at jobben man gikk til var mer attraktiv

Resultatene fra spørreundersøkelsen skulle danne selve bærebjelken for hele prosjektet og gi et avgjørende utgangspunkt for hvilke tiltak - produkter og tjenester - som skulle utvikles og utprøves.

Tiltakspakke

Det ble utarbeidet en tiltakspakke med 29 løsningsforslag som ble utprøvd i de sju partnerlandene. Denne «verktøykassen» med produkter og tjenester omfattet reklame og markedsføring, administrasjon og organisasjon, faglig støtte, familie og sosial støtte, samt et spesialutviklet web-verktøy. Alle produktene og tjenestene ble utviklet på grunnlag av evidensmaterialet fra spør-

Recruit and Retain er et treårig prosjekt som ble avsluttet i juni 2014.



RECRUIT
& RETAIN

reundersøkelsen, samt 70 semi-strukturerte intervjuer som ble gjennomført i partnerlandene. Intervjuene ga dessuten viktige funn om betydningen av gode motaksordninger for tilflyttere og nyansatte samt behov for parrekrutteringstiltak. De bekreftet hvor viktig det er med et godt samarbeid med universiteter for å skape interesse for rurale områder hos studentene. Samtidig fortalte datamaterialet at man må fokusere mer på å promotere distriktene som attraktive karrieremål og arbeidsteder.

Reklame og markedsføring

Datamaterialet påviste betydningen av å yte god informasjon om hvordan det er å bo og arbeide i et distrikt for å gi et bedre utgangspunkt for å ta beslutningen om å flytte. Hva kan vi gjøre for å promotere våre regioner bedre og formidle hva de har å by på av karriere- og fritidsmuligheter? Hvordan kan vi motivere folk i urbane strøk til å flytte til rurale områder? Prosjektet produserte informasjonsbrosjyrer og rekrutteringsfilmer for å markedsføre distriktområdene på en positiv måte til potensielle medarbeidere. Det ble også kjørt en egen reklamekampanje på Grønland, som fremhever stolte ansatte som håndterer utfordringene i denne unike regionen og som betrakter karrierevalget i det grønlandske helsevesenet som et springbrett. Finnmarkssykehuset utviklet et tekstanonsekurs for å tilby ledere støtte i rekrutteringsprosessen. Kurset viser hvordan man kan bruke en mer målrettet tilnærming mot dem vi ønsker å rekruttere og retter oppmerksomheten mot hvordan man kan «selge inn» hovedbudskapet bedre for å skille seg ut fra mengden i et tøft arbeidsmarked. De nye stillingsannonseene inneholder nå mer informasjon om arbeidstedene i fylket for å promotere dem på en positiv måte.

Web-verktøy

Gjennom arbeidet med datainnsamlingen ble det avdekket et behov for et verktøy i

¹ «Prosjektets fulle tittel er Recruitment and Retention of Health Care Providers and Public Sector Workers in Remote Rural Areas», 2011–2014.

² Island, Sverige, Irland/Nord-Irland, Grønland, Canada, Skottland (2) og Norge.



Steering Committee Recruit and Retain (styringsgruppe): f.v. Niclas Forsling (SMG-koordinator), David Heaney (prosjektleder Skottland/Highland), Roger Strasser (prosjektleder Canada), Thomas Lund Johansen (prosjektmedarbeider, Grønland), Wenche Kjølås (prosjektmedarbeider, Norge), Peter Berggren (prosjektmedarbeider, Sverige), Andrew Sim (prosjektleder, Ytre Hebridene, Skottland), Bernie McCrory (prosjektmedarbeider Irland/Nord-Irland), Hildigunnir Svavarsdóttir (prosjektleder Island), Bjarni Jonasson (prosjektmedarbeider Island), Marianne Vanem (prosjektleder Norge) og Deanne Gilbert (prosjektleder Ytre Hebridene, Skottland).

form av en nettside med utviklet funksjonalitet. Den svenske prosjektpartneren³ var ansvarlig for utviklingen av et web-verktøy med modulbaserte presentasjoner rettet mot forskjellige målgrupper med informasjon om å bo og arbeide i et distriktsstrøk, både fra et faglig og et sosialt perspektiv. Verktøyet inneholder blant annet lenker til jobb-banker i partnerregionene, rekrutteringsfilmer og en interaktiv kartfunksjon.

Administrasjon og organisasjon

Funn fra spørreundersøkelsen viste også et behov for ansatte som kan arbeide med rekruttering og tilflytting. Både Skottland og Grønland har prøvd ut en egen stillingsfunksjon som har fungert som en koordineringsinstans for dette fagområdet. Denne rekrutterings- eller «tilflyttings»konsulenten har spesialkompetanse i de utfordringene og mulighetene som eksisterer i et utkantstrøk og bistår arbeidsgiveren som rådgiver i ansettelsesprosessen.

Finnmarkssykehuset har utviklet og implementert et rekrutterings-årshjul for å systematisere de faste rekrutteringsaktivitete-

ne som finner sted hvert år. De ansatte som deltar er blitt foretakets ambassadører og viktige bidragsytere som sprer positiv oppmerksomhet om Finnmarkssykehuset som arbeidsplass. Helseforetaket har også prøvd ut en «sign-on fee» ordning som engasjerer og belønner ansatte som deltar aktivt i rekruttering av nyansatte til sin avdeling. Som et supplerings tiltak for å beholde den nyrekruttede, tilbys en stabiliseringsbonus etter at ansettelsen har vart i 18 måneder.

Faglig støtte

Fokus på opplæring og utdanningsprogrammer for å sikre at helsepersonellet har den nødvendige kompetansen for å arbeide i perifere distriktsområder, har vært et viktig fokusområde i prosjektet. Samtidig er dette også et middel for å hindre faglig isolasjon. En rekke tiltak ble prøvd ut, som for eksempel en samling med problembaserte læringsscenarioer utviklet for å gi økt faglig støtte til ansatte som har behov for tilleggskvalifikasjoner i nødsituasjoner i distriktsstrøk. Et opplæringsprogram i akuttmedisin ble utviklet for å gi helsepersonell

i distrikt klinisk opplæring og kompetanseheving innen denne spesialiteten. Programmet har vist seg å være motiverende for leger til å søke seg til distriktshelsetjenesten i Irland. Sverige og Skottland har prøvd ut spesialutviklet ultralydsopplæring for distriktsleger, og Island har lykket med å innlemme unge leger i Distriktshelseprogrammet og har dermed økt antallet legestillinger i allmennmedisin i distriktsområdene. Denne prosjektpartneren har også etablert en tverrfaglig rural gruppe som fungerer som et nyttig forum for sykepleiere og leger i distriktstrøk og bidrar også til å forhindre faglig isolasjon.

Datamaterialet i prosjektet bekreftet at mulighetene for faglig utvikling var selve nøkkelen for legestudenter og turnusleger når det gjaldt å velge arbeidsplass. Samtidig er det viktig å opprettholde et godt samarbeid med de urbane universitetene og jobbe for å synliggjøre karrieremulighetene i rurale områder overfor studentene. En database over vitenskapelige prosjekter ble utarbeidet for å motivere både helsearbeidere og studenter til å forske mer på temaer innen distriktsmedisin, og samtidig øke interessen for nettopp disse områdene med tanke på rekruttering.

³ Västerbottens Läns Landsting/Glesbygdsmedicinske centrum og Akut- og katastrofmedicinske centrum

Faglig utvikling og karriere-
fremgang er gjerne et krav for
å bli værende i et distriktsstrøk,
som f.eks. Ytre Hebridene. Disse
øyene vest i Skott-
land har i over-
kant av 25000
innbyggere.
De fleste har
skotsk gælisk
som sitt første-
valg i språk.



FERGE PÅ VEI FRA LOCHMADDY, NORTH UIST, TIL SKYE PÅ INDRE HEBRIDENE. FOTO: REICHAIRN DUDJ



ADMINISTRASJONSSENTERET PÅ YTRE HEBRIDENE ER STORNOWAY MED 9000 INNBYGGERE. FOTO: TONY KINGHORN



NICOLSON'S LEAP PÅ ØSTKYSTEN AV SOUTH UIST. FOTO: TONY KINGHORN



USIKT MOT CASTLEBAY FRA DEN 383 METER HØYE TØPPEN HEAVAL PÅ ØYA BARRA. FOTO: CHRIS McLEAN



FYRTÅRNET VED DET SØRLIGSTE PUNKTET PÅ YTRE HEBRIDENE. FOTO: TONY KINGHORN

Faglig utvikling og karriere-
fremgang er gjerne et krav for å bli værende i et
distriktsstrøk. En spesialutviklet karriere-
planlegger som beskriver karriere- og ut-
danningsveier i helse- og sosialsektoren på
Ytre Hebridene i Skottland er blitt utprøvd.
Denne gir unge mennesker informasjon
om hvilke jobbmuligheter som finnes,
hvilke kvalifikasjoner som trengs og hvor-
dan man kan tilegne seg dem. Målet er å
hindre fraflytting, som er et særlig pro-
blem i denne delen av landet.

Familie og sosial støtte

I tillegg til å yte faglig støtte, erfarte man fra
spørreundersøkelsen at det er viktig å sikre
at ansatte og deres familier har et støtteap-
parat slik at de finner seg godt til rette i lo-
kalmiljøet og blir værende. En fadderord-
ning organisert av en egen sosial gruppe
med ansatte fra hele virksomheten ble
prøvd ut. Ordningen sørger for å gi de ny-
ansatte en god mottakelse og integrering,
både på arbeidsplassen og i lokalmiljøet.
Det arrangeres blant annet en introduk-
sjonsdag som gir medarbeidere og nyan-
satte en fin anledning til å møtes, samt ulike
sosiale aktiviteter og tilstelninger der
ansatte og familier inviteres til å delta.

Ved tilflytting er det også en viktig faktor
å bistå med å finne jobb til partneren. Det
svenske web-verktøyet er utviklet med
parrekuttering i fokus, der man aktivt kan
avgrense jobbsøk innenfor et spesifikt om-
råde og se hvilke pendlermuligheter som
finnes. Slik tilbys tilflyttere en bedre over-
sikt over de geografiske forholdene i et ofte

ukjent område. Web-verktøyet inneholder
også korte videointervjuer av familier som
forteller om livet i distriktsstrøk.

Effekt på rekruttering og stabilisering

Alle produktene og tjenestene er samlet i
en katalog som er tilgjengelig på prosjek-
tets nettside recruitandretain.eu. Den nor-
ske utgaven finnes på Finnmarkssykehu-
sets nettside finnmarkssykehuset.no. Kata-
logen inneholder også informasjon om
hva slags effekt produktene og tjenestene
har hatt på rekruttering og stabilisering.
Flere har imidlertid vist seg å være vanske-
lig å evaluere grundig i løpet av en begren-
set prosjektperiode, fordi de krever et lang-
siktig perspektiv. Det tar for eksempel tid å
«så frø» hos de unge og motivere dem til å
ta karrierevalg for å etterhvert bli potensi-
elle jobbsøkere.

Oppsummeringsvis kan vi si at vi kan nå
langt med å promotere fordelene av å bo i
distriktsområder, bygge omdømmet ved
bruk av ansatte som ambassadører, ha en
god mottakelse fra arbeidsgiver, og sørge
for å ha god opplæring og faglig utvikling
for å forhindre «lekkasje» ved at ansatte
søker seg til andre og større arbeidssteder.
Resultatene viser også at det ikke finnes en-
keltstående løsninger knyttet til rekrutte-
ring, men at kombinasjonen av ulike mål-
rettede tiltak tilsammen vil kunne gi
positiv effekt. Samtidig bør rekrutterings-
og stabiliseringsarbeid foregår systematisk
og kontinuerlig slik at det inngår som
del av den vanlige aktiviteten i virksomhe-
ten.

Veien videre

Prosjektpartnerne skal nå arbeide videre
med å implementere tiltakene i varig drift.
Det pågår også innledende diskusjoner om
å søke midler til et videre implementerings-
prosjekt for å kunne oppnå enda mer i fel-
lesskap og dermed føre til betydelige end-
ringer i den daglige driften hos partner-
organisasjonene. Flere av tiltakene er alle-
rede blitt overført til andre yrkesgrupper i
den offentlige sektor som ledd i Recruit and
Retains «strategiske del», og Finnmark fyl-
keskommune⁴ har nylig initiert et rekrutte-
ringssamarbeid som involverer flere offent-
lige arbeidsgivere. Særlig er det interesse for
å samarbeide mer om parrekuttering.

Erfaringene fra Recruit and Retain har
også hatt innvirkning på regionalt rekrutte-
ringsarbeid i Nord-Norge. Kunnskapen
om betydningen av rural og desentralisert
utdanning slik man har erfart fra den kana-
diske prosjektpartneren, Northern Ontario
School of Medicine, har vært sentral i pro-
sessen rundt forslaget om etableringen av
«Finnmarkspakken», der 5. og 6. års medi-
sinstudenter fra UiT skal få muligheten til
å ta utdanningen sin i Finnmark. En slik
satsning vil være viktig med tanke på re-
kruttering av leger til vårt nordligste fylke.

Flere av tiltakene vil også inngå som
ledd i Helse Nord's regionale rekrutterings-
strategi, som skal sikre at helseforetakene i
Nord-Norge framstår som attraktive ar-
beidsplasser med kompetente medarbei-
dere. Strategien i denne planmessige re-
krutteringen skal være ut fra definerte
kompetansebehov, samt bidra til å skape
en stabiliserende organisasjon.

⁴ Finnmark fylkeskommune var Finnmarkssykehusets strategiske representant og hadde ansvar for å overføre utvalgte tiltak til andre yrkesgrupper i den offentlige sektoren.

25 år med PMU!

Når startskuddet går for Primærmedisinsk uke i Oslo 20. oktober, skrives et aldri så lite kapittel i norsk allmennmedisins historie. Det er nemlig 25 år siden kurskongressen ble arrangert for første gang.

Det var den allmennmedisinske pioneren Olav Rutle (1945–1996) og hans ektefelle, helsesekretær Tove Rutle, som tok initiativet til Primærmedisinsk uke. Olav, som var allmennpraktiker på Jessheim i Akershus og førsteamanuensis ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin i Oslo, hadde som visjon å skape en samlende primærmedisinsk møteplass der leger og medar-



beidere kunne «shoppe» kurs og dermed få et faglig og sosialt avbrekk fra en ellers så travel arbeidshverdag.

«Jeg tror vi har klart å videreføre og utvikle ideen til Olav Rutle. Noe slikt tilbud fantes ikke for allmennleger da PMU ble arrangert for første gang i 1989. At kongressen samler både leger og medarbeidere, er også en suksessfaktor», påpeker Torfinn Kleive, en annen av våre PMU-nestorer, i et intervju i dette nummeret av *Utposten* (s. 2–5). Torfinn og hans legeektefelle Mariann Mathiesen har også – gjennom sitt mangeårig engasjement i hovedkomiteen – satt preg på kongressens profil og bidratt til å fremme musikk og kultur i programmet.

Kunsten å velge

Selv om det er høst, velger vi april som tematisk inspirasjon for PMU 2014: Årets kulturprogram skal gi glede, innsikt og et-

tertanke – og vår kunstneriske inspirasjon er hentet fra Bjørnstjerne Bjørnsons populære dikt *Valg*, som ble trykket første gang i en dansk kalender i 1869. Det fortelles at da Bjørnson ble bedt om å skrive et vers til kalenderen, var alle måneder allerede valgt av andre diktere – med unntak av ett: April stod tilbake, og det passet ham så godt at han moret seg med å innlede: *Jeg velger meg april*. Han skrev med innlevelse og kraft og gjorde det optimale ut av valget han fikk.

Årets PMU-motto *Kunsten å velge* er utledet av så vel Bjørnsons diktstrofer som våre egne refleksjoner om primærmedisinsens oppdrag: å hjelpe våre pasienter med å trefte kloke beslutninger om helse og behandling, samtidig som vi må ta stilling til – og prioritere – bruken av ressurser og virkemidler. Denne tematikken vil bli berørt både i åpningsforedraget 20. oktober av professor Steinar Hunskår og i hovedforedraget 23. oktober av den amerikanske medisinprofessoren Gilbert Welch.

Når dette kommer på trykk, har påmeldingsfristen for PMU utløpt – men vi strekker oss langt for å få med så mange som vi har plass til. Ta kontakt via e-post pmu@pmu2014.no eller besøk websiden www.pmu2014.no

På vegne av PMUs hovedkomité
TOM SUNDAR

Ny i Utpostens redaksjon fra mai 2014

Nysgjerrighet på kroppens funksjoner, sinnets finurlige veier og en viss utfartstrang, bragte meg inn på medisinstudiet i 1989 ved Haskoli Islands i Reykjavik. Klinikken tok jeg ved det Medisinske fakultet NTNU, og ble uteksaminert i 1997. Etter endt studie har jeg latt meg fascinere og engasjere av allmennmedisin som fag og profesjon, og ble spesialist i allmennmedisin i 2006. De små og store øyeblikkene på legekontoret, på legevakt eller i hjemmebesøk, i møte med mennesker i alle livets faser, er noe av det fine ved å være allmennlege. *Utposten* er et magasin som reflekterer dette på et jordnært og gjenkjennbart vis.

Jeg har hatt gleden av å være fastlege i Malvik kommune fra 2000, kombilege som fastlege og kommuneoverlege fra 2008, og heltids kommuneoverlege fra 2014. Samfunnsmedisin har opptatt meg mer og mer siste årene, og søknaden om spesialiteten i samfunnsmedisin er sendt i innværende år. Folkehelse, helsefremmende samfunnsplanlegging, rettferdig fordeling av ressursene i samfunnet og helsevesenet,

samt det å skape arenaer for mestring for de som ikke er vant til å lykkes, er noen av mine hjertesaker.

Jeg har vært engasjert i legeföreningen gjennom fire år som tillitsvalgt og som landsrådsrepresentant. Jeg var medlem i spesialitetskomiteen i allmennmedisin fra 2010–2014.

Min lyst til å lære mer, undervise og skape arenaer for kunnskapsformidling har jeg fått motivert gjennom å være praksislærer for medisinstudenter i en 10 årsperiode, samt lage forskjellige kurs i regi av Kurskomiteen i Sør-Trøndelag (2007–2013) og Nidaroskongressens kurskomite (2009 til 2013).

Jeg er fremdeles aktiv i NEA sin referansegruppe for legevakts medisin, og for tiden medlem av spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin.

Jeg er ydmyk for tilliten som er meg vist, og min nye rolle som redaktør i *Utposten*. Jeg ønsker å tilføre *Utposten* kreativitet og mitt engasjement for fagene allmenn- og samfunnsmedisin.

KRISTINE ASMERVIK

Kristine Asmervik
(f.1970)



Spekter av glutenrelaterte lidelser

■ GÜLEN ARSLAN LIED • Spesialist i gastroenterologi og indremedisin, professor II og overlege ved Haukeland Universitetssykehus

Markedet for glutenfri kost er stadig økende i Norge som i hele den vestlige verden. Årsakene til at man velger denne dietten er varierende, men alt kan ikke forklares med økning i cøliaki.

Unngåelse av hvete-holdige produkter er et verdensomspennende fenomen. Folk unngår hvete på grunn av antatte helsemessige fordeler, og gluten har vært knyttet til et bredt spekter av lidelser, inkludert gastrointestinale plager, ulike hudproblemer, tretthet, migrene og vektøkning. Plager fra gluten hos personer uten cøliaki har fått stor oppmerksomhet i de siste årene, og derfor starter stadig flere med glutenfri kost for sine uforklarlige mage-tarm plager. I USA er markedet for glutenfri kost på ca tre milliarder USD. Det sees også en lignende utvikling i Norge.

Hovedsakelig tre lidelser er relatert med gluteninntak, hvor det kan søkes grunnstønad til dekning av kostnader ved glutenfri diett i Norge; cøliaki, hveteallergi og ikke-cøliakisk glutensensitivitet. Her skal det gis en kort oversikt over disse lidelsene og sammenheng med irritabel tarm (Irritabel bowel syndrome: IBS).

Cøliaki

Forekomsten øker på samme måte som allergi, astma og andre auto-immune sykdommer. Cøliaki opptrer i alle aldre og en studie viste at 19 prosent av cøliakere fikk diagnosen etter at de fylte 60 år (1). Tidligere var cøliaki betraktet som en barnesykdom med diare, malabsorpsjon, avmagring og vekstforstyrrelse, men nå oppdages de fleste cøliakipasienter i voksen alder og kanskje tidligere i sykdomsutviklingen. Derfor ser vi nå det klassiske cøliakibildet sjeldnere. De fleste er normalvektige. Dessuten har de ofte diffuse plager som gjør at

det kan ta tid å stille diagnosen. Ubehandlet cøliaki medfører en rekke følgetilstander og gir en forhøyet risiko for karsinomer og lymfomer i fordøyelsessystemet (2). Cøliaki klassifikasjoner og diagnostiske kriterier skal ikke omtales grundig her, men diagnosen stilles ved tynntarmbiopsi, støttet av klinikk, serologiske tester, HLA-typing og behandlingseffekt. Retningslinjer for diagnostisering kan også variere hos barn og voksen. Behandlingen er strengt glutenfritt kosthold. NAV stiller strenge krav til riktig diagnose ved søknad om grunnstønad.

Hveteallergi

Ved hveteallergi sees allergiske reaksjoner (IgE-mediert) på hveteproteiner. Klinikken og utløsende faktorer kan variere fra typisk klassisk matvareallergi, bakerastma og rhinitt, kontakturtikaria til hveteavhengig anstrengelsesutløst anafylaksi (WDEIA: wheat-dependent exercise induced anaphylaxis). Den sistnevnte er en spesiell form for hveteallergi der gluteninntak alene ikke induserer noen symptomer, men allergiske symptomer utløses når utløsende faktorer som fysisk anstrengelse eller NSAIDs inntaket kommer etter inntak av gluten (3). Både trim og NSAIDs-inntak kan lette allergen absorpsjon fra mage-tarmkanalen slik at allergiske symptomer kan oppstå. Cirka 80 prosent av pasientene med WDEIA har IgE reagerer på omega-5 gliadin, og resten av pasientene til høy molekylvekt glutenin (HMW-glutenin). Samtidig måling av spesifikk IgE mot omega-5 gliadin og HMW-glutenin ble funnet å være meget nyttig i diagnostisering av WDEIA. Symptomer ved klassisk hveteallergi kan være fra hud, magetarmkanal og/eller luftveier, og alvorlighetsgraden kan også variere fra lett til livstruende (anafylaksi). Bakerastma- og rhinitt blir utløst av inhalasjon av mel, mens kontakturtikaria forårsakes av hydrolysert hveteprotein i

kosmetiske produkter. Hveteallergi diagnostiseres ved hjelp av blodprøver (økt spesifikk IgE mot hvete), prikktest og/eller provokasjonsforsøk. Det er også viktig å skille WDEIA fra gress (timotei) allergi. Lett forhøyet spesifikk IgE mot hevetemel kan være kryss reaksjon med timotei. Da ser man at timotei verdiene i blod er høyere enn hvete. Men «ekte» hveteallergi pasienter har vanligvis negativ timotei-verdier eller høyere hvete-verdi enn timotei. Lidelsen behandles med samme diett som ved cøliaki, og den økonomiske stønaden er også den samme som ved cøliaki.

Ikke-cøliakisk glutensensitivitet

Ikke-cøliakisk glutensensitivitet kan også kalles glutensensitivitet, gliadin hypersensitivitet, glutenintoleranse eller glutenintoleranse uten cøliaki. De karakteriske kriteriene for disse pasienter er at de får symptomer utløst av gluten, og lindring etter glutenfri kost etter at man har utelukket cøliaki og hveteallergi. Forekomsten er ca 6 prosent i USA (1), og pasientene kan også ha andre ekstraintestinale plager som leddsmerter, fatigue, depresjon og eksem i tillegg til deres mage-tarm plager (magesmerter, oppblåsthet og avføringsforstyrrelser). Disse pasienter har intoleranse for gluten, men de ikke får den samme reaksjonen i tarmen som ved cøliaki. En får heller ikke den samme reaksjonen som ved hveteallergi. Det finnes ingen klare mekanismer for ikke-cøliakisk glutensensitivitet, og man vet heller ikke sikkert om andre alternative forklaringer som stivelsegluten interaksjon og gjæringsprosessen, placebo-effekt eller andre stoffer i hvete (ikke-glutenproteiner: a-amylasetrypsininhjbitor) kan spille rolle (4). Pr. i dag finnes ingen undersøkelser som kan bekrefte eller påvise denne tilstanden, og diagnostiseringen er basert på å utelukke cøliaki, hveteallergi og andre organiske årsaker som gir disse mage-tarm plagen. Deretter kre-



Ved hveteallergi sees allergiske reaksjoner (IgE-mediert) på hvete proteiner. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ves også dobbel-blinde provokasjonstester med og uten gluten for å få innvilget søknad til grunnstønad.

Etter at man har utelukket organiske, gastrointestinale årsaker, får nesten alle disse pasientene diagnosen av IBS. Hovedsakelig hvete inneholder protein (gluten og ikke-gluten proteiner), men har også karbohydrat og lipid komponenter (1–2 prosent). Mange IBS pasienter får bedring av plagene når de unngår gluten i kosten. Motsatt tåler de gluten hvis de allerede står på lav FODMAP (fermenterbare oligo-, di- og monosakkarider og polyoler)-diett. En studie i 2011 fra Australia viste at gluten reproducerer mage-tarm plagene hos pasienter med IBS (cøliaki var utelukket hos alle) (5). Men, samtidig var mange usikre faktorer i studien og derfor ble det utført en placebo-kontrollert dobbel-blind studie som ble publisert i 2013 (6). Da deltakerne fikk først en lav FODMAP diett i to uker, og deretter fikk de prøve de følgende tre dietter i tre uker: Mye gluten (16 gram gluten pr. dag), lite gluten (2 gram gluten pr. dag og 14 gram myseprotein) eller placebo (16 gram myseprotein). Resultatene viste at gluten ikke ga slike plager hos deltagerne. Det vil si at gluten ikke har reproduisert symptomene etter lav FODMAP diett. Stu-

dien skapte nå en diskusjon om glutenintoleranse eksisterer eller ikke. Men samtidig viste disse to studier forskjellige resultater og derfor er dette tidlig å konkludere.

Her er det ikke proteindelen, men de kortkjedede karbohydratkomponentene i hvete som mest sannsynlige ansvarlige for IBS-plagene. Det er også den samlede mengden av karbohydratene som slippes over i tykktarm og bakteriefloraens fermenteringskapasitet som er avgjørende faktorer ved symptomutvikling. Utfordringene pr. i dag er at de fleste pasienter med glutenintoleranse før de kommer til provokasjonstest som NAV krever allerede har stått eller står på FODMAP-redusert kost, slik at det er vanskelig å reproducere symptomene etter gluteninntak.

Konklusjon

Cøliaki og hveteallergi kan diagnostiseres ved hjelp av objektive diagnostiske tester, mens ikke-cøliakisk glutensensitivitet ikke har slike tester pr. i dag. Det finnes ingen pålitelige epidemiologiske data, ingen diagnostiske biomarkører og ingen klare mekanismer for glutenintoleranse. Tilstanden dokumenteres via provoka-

sjonstester som er både ressurs- og tidskrevende, og utføres ved et begrenset antall steder i Norge. Derfor trenges det bedre diagnostiske metoder, og forholdet mellom gluten og IBS-symptomer bør utforskes ytterligere.

REFERANSER

1. Lundin K.E.A. Nytt om cøliaki. NGF-nytt 2012; 2: 10–11.
2. Halstensen TS. Cøliaki er mye vanligere enn du tror. Indremedisinen. 2013;4: 28–30.
3. Halvorsen R. Anafylaktiske reaksjoner etter inntak av produkter med hvetemel. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2909–10.
4. Junker Y, Zeissig S, Seong-Jun K, et al. Wheat amylase trypsin inhibitors drive intestinal inflammation via activation of toll-like receptor 4. J Exp Med. 2012; 209 (13): 2395–408.
5. Biesiekierski JR, Newnham ED, Irving PM, Barrett JS, Haines M, Doecke JD, Shepherd SJ, Muir JG, Gibson PR. Gluten causes gastrointestinal symptoms in subjects without celiac disease: a double-blind randomized placebo-controlled trial. Am J Gastroenterol 2011; 106: 508–514.
6. Biesiekierski JR, Peters SL, Newnham ED, Rosella O, Muir JG, Gibson PR. No Effects of Gluten in Patients With Self-Reported Non-Celiac Gluten Sensitivity After Dietary Reduction of Fermentable, Poorly Absorbed, Short-Chain Carbohydrates. Gastroenterology 2013; 145: 320–328.

■ GULEN.ARSLAN@MED.UIB.NO

Bruk av INR i sykehjem

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

I samarbeid med NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus) publiserer *Utposten* kasuistikker knyttet til bruk av laboratorieanalyser i sykehjem. I april 2014 sendte Noklus ut to pasienthistorier som omhandlet bruk og tolking av INR. 384 leger ved 276 sykehjem responderte. Tilbakemeldingen viser hvordan sykehjemslegene svarte. Til slutt følger generelle råd med hensyn til vurdering av INR-svar.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

HOVEDBUDSKAP INR

- Warfarin har et stort interaksjonspotensiale som bør evalueres vha. interaksjons-søk (2, 3, 4)
- Prinsipp for intervall for INR-måling i vedlikeholdsfase*:

KLINISK SITUASJON*	TID TIL NY INR (1,5)
Ved endring av annen medikasjon/ ved betydelig interaksjonspotensiale	ca. 1 uke/ 3-5 dager
Ved «svingende INR»; dvs. signifikant/betydelig endring i INR	ca. 1-2 uker
Endring i sykdomstilstand – krever individuell vurdering av tid til ny INR	vurdere kort tid til ny INR
Stabil situasjon mht. INR, warfarindose, annen medikasjon og sykdomstilstand	ca. 4-6 uker

*For pasienter med mekanisk hjerteventil og/eller med terapeutisk nivå 2,5-3,5; se «Warfarin i praksis» (1).

- Prinsipp for dosering av warfarin i vedlikeholdsfase hos pasient uten blødning med terapeutisk nivå 2,0-3,0*(1):

INR-RESULTAT	DOSERINGSRÅD FOR WARFARIN (1)	TID TIL NY INR (1)
≤ 1,5	Gi en ekstra dagsdose. Øke ukedose ca. 5 %.	ca. 2 uker
1,9-1,6	Øke ukedose < 5 %	ca. 2 uker
2,0-3,0	Uendret ukedose	ca. 4-6 uker
3,1-3,4	Redusere ukedose < 5 %	ca. 2 uker
3,5-4,0	Gi 0 tbl. en dag. Redusere ukedose ≤ 5 %	ca. 1-2 uker
4,1-4,9	Gi 0 tbl. en dag. Redusere ukedose 50 %	Kort tid
5,0-8,0	Gi 0 tbl. to dager/ ev. til INR er i terapeutisk nivå. Vurder å gi vitamin K.	Måle INR hyppig
> 8,0	Seponer warfarin og gi vitamin K. Gjenoppta behandling med warfarin når INR er i terapeutisk nivå	Måle INR hyppig

PASIENTHISTORIE 1

– Norun Bertelsen 86 år

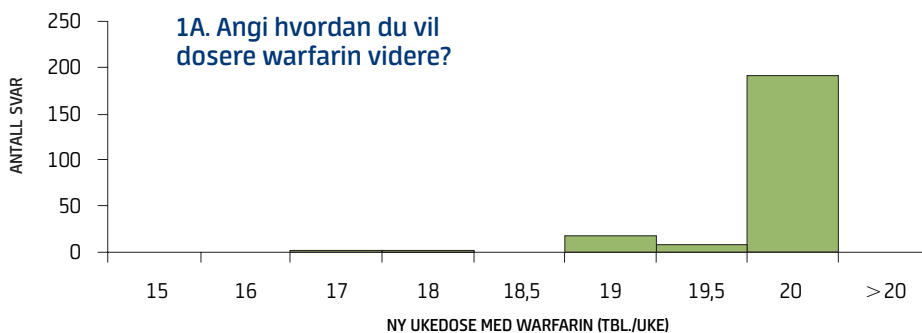
Norun Bertelsen er en 86 år gammel kvinne som flyttet til sykehjem for to år siden, etter et hoftebrudd som var komplisert med dyp venetrombose (DVT) i venstre legg og lungeemboli. Hun har moderat demens og osteoporose. For seks måneder siden fikk hun DVT i høyre legg og det er planlagt livslang antikoagulasjonsbehandling. Etter oppstart med warfarin har hennes INR-verdier vært stabile de siste fire måneder. Terapeutisk intervall skal være INR

mellom 2.0 og 3.0 (målverdi 2.5). Fru Bertel-sens sykdomstilstand og øvrige medisiner er ikke endret de siste fire måneder.

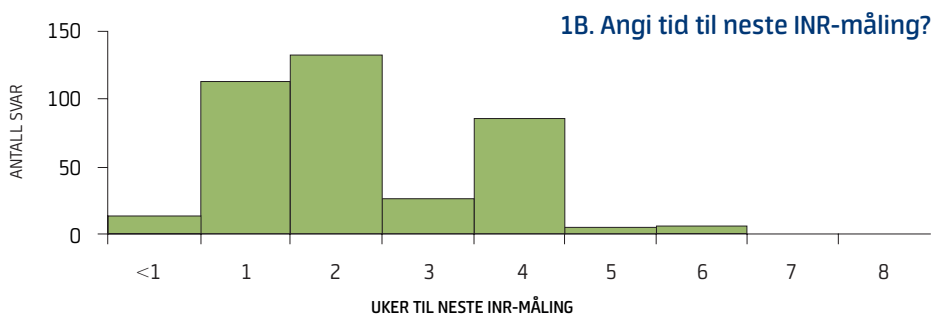
De siste INR-målinger (som alle er utført på samme laboratorium) og ukedose med warfarin oppgitt i antall tabletter på 2,5 mg:

INR for 16 uker siden: 2,3 – ukedose 20 tbl.
INR for 12 uker siden: 2,0 – ukedose 20 tbl.
INR for 8 uker siden.: 2,2 – ukedose 20 tbl.
INR for 4 uker siden.: 2,1 – ukedose 20 tbl.

Ved rutinemessig INR-kontroll i dag er hennes INR 2,9.



FIGUR 1. Svarfordeling viser at de fleste sykehjemsleger (85 prosent) vil fortsette med uendret ukedose med warfarin på 20 tbl./uke.



FIGUR 2. Svarfordeling viser stor spredning i vurderingen av tidspunkt for neste INR-måling. Gjennomsnitt er 15,9 dager. Svar på 1-6 dager vises som < 1 uke, 7-13 dager som 1 uke osv.

KOMMENTAR TIL PASIENTHISTORIE 1

Ved antikoagulasjon med warfarin er målsettingen at INR skal være i terapeutisk nivå som vanligvis er 2,0–3,0. Dersom ≥ 70 prosent av pasientens INR-verdier er i terapeutisk område, indikerer dette god behandlingskvalitet. Når INR er innenfor terapeutisk nivå som i sykehistorien om Norun Bertelsen, bør hun fortsette med uendret dose warfarin (1).

Ved bestemmelse av tid til neste INR-måling er det viktig å vurdere om pasienten er i en stabil situasjon mht. warfarindose, annen medikasjon, sykdomstilstand og INR-resultat. I dette tilfellet, er INR-måling omtrent hver fjerde til sjette uke tilstrekkelig. Ved endring i warfarindose, annen medikasjon eller sykdomstilstand kreves hyppigere INR-måling. Hvis INR-verdien svinger/endres betydelig bør en vurdere hva som er årsaken og i en periode måle INR hyppigere; f.eks. med 1–2 ukers intervall. Ved god analysekvalitet vil en endring på $\geq 0,5$ INR-enheter med stor sannsynlighet representere en reell end-

ring i pasientens INR nivå sammenlignet med en tidligere verdi. Dette gjelder også ved sammenligning med flere tidligere prøvesvar hvis tidligere verdier er stabile. Spriker tidligere verdier, medfører det at differansen mellom prøvesvar vil være noe større for å representere en reell endring. INR-analyse med pasientnær metode i sykehjem gir tilnærmet samme usikkerhet i prøvesvaret som analyse i et større laboratorium forutsatt korrekt prøvetaking. Den aktuelle INR-måling på 2,9 til Norun Bertelsen avviker mer enn forventet fra hennes tidligere verdier omkring 2,0–2,3. Det bør derfor være relativt kort tid til neste INR-måling; f.eks. en til to uker.

Dersom INR-analysering med pasientnær metode i sykehjem gir et uventet resultat bør man vurdere om årsaken er redusert analysekvalitet. Det kan avklares ved å utføre analyse av intern kvalitetskontroll og ev. kontrollprøve med ny INR-måling. Intern kvalitetskontroll innebærer analyse av kommersielt kontrollmateriale hvor resultat innenfor gitte

grenser indikerer god analysekvalitet. Denne kontrollrutine er godt egnet til å avdekke feil ved analyseinstrument og reagenser. Ta gjerne kontakt med laboratoriekonsulent for råd om hvordan intern kvalitetskontroll bør utføres. Kontrollprøve med ny INR-analyse kan gi svar på om det uventede prøveresultatet skyldes feil ved prøvetaking eller analysering. Da er det viktig å forsikre seg om at prøvetaking og analysering blir utført korrekt.

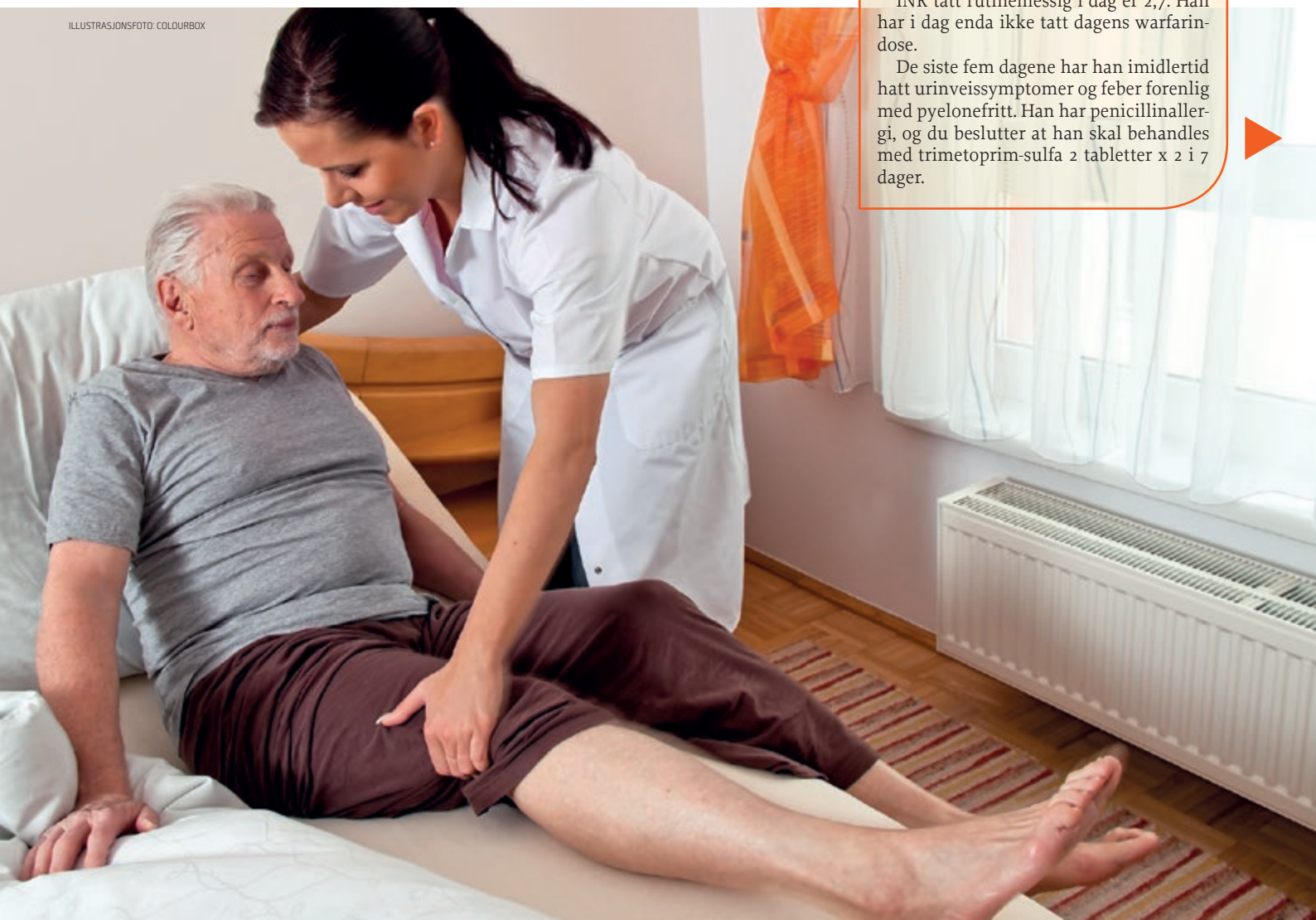
PASIENTHISTORIE 2**– Petter Solheim 81 år**

Petter Solheim er 81 år gammel og har hatt fast plass på sykehjem etter at han fikk hjerneslag for tre år siden. Han har atrieflimmer, hypertensjon og prostatahyperplasi og behandles med warfarin og betablokker. Terapeutisk intervall skal være INR mellom 2,0 og 3,0 (målverdi 2,5). Han behandles nå med 10 tablettar warfarin (på 2,5 mg) per uke med 2 tablettar mandag, onsdag og fredag og 1 tablett de øvrige dager.

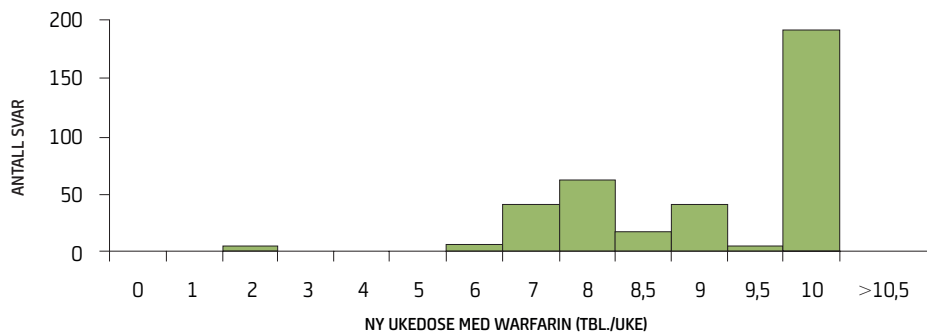
INR tatt rutinemessig i dag er 2,7. Han har i dag enda ikke tatt dagens warfarindose.

De siste fem dagene har han imidlertid hatt urinveissymptomer og feber forenlig med pyelonefritt. Han har penicillinallergi, og du beslutter at han skal behandles med trimetoprim-sulfa 2 tablettar x 2 i 7 dager.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

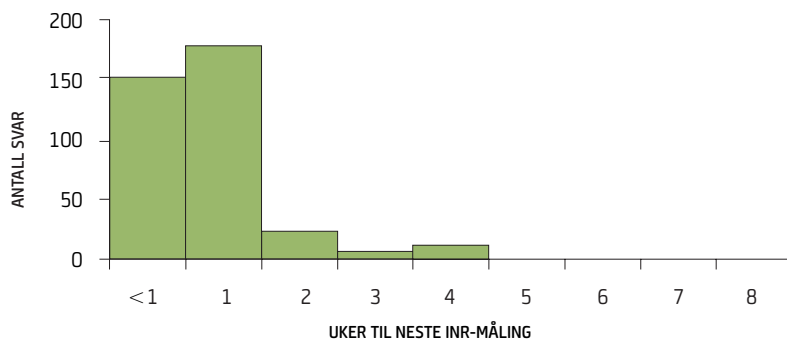


2A. Angi hvordan du vil dosere warfarin videre?



FIGUR 3. Svarfordeling viser stor spredning; gjennomsnitt er 9,0 tbl./uke. 52 prosent av sykehjemslegene ønsker å fortsette med uendret dosering; dvs. 10 tbl./uke. De øvrige sykehjemsleger ønsker å redusere ukedose til 6–9 tbl./uke; dvs. 10–40 prosent reduksjon i ukedosen.

2B. Angi tid til neste INR-måling?



FIGUR 4. Svarfordeling viser at de fleste sykehjemsleger (87 prosent) velger tid til neste INR-måling som er kortere enn to uker; gjennomsnitt er 10,0 dager. Svar på 1–6 dager vises som < 1 uke, 7–13 dager som 1 uke osv.

2C. Ville du i ditt sykehjem først innhentet ytterligere informasjon fra noen hjelpemidler, f.eks. fra retningslinjer eller internetressurser når du skal bestemme videre dosering av warfarin til denne pasienten?

SVARALTERNATIV	ANDEL SVAR	ANTALL SVAR
Ja	51 %	184
Nei	42 %	151
Vet ikke	8 %	28

TABELL 1: Svarfordeling for oppgitt bruk av hjelpemidler i eget sykehjem til denne pasienten.

**Sulfametoxaxol – Se substanser
Wafarin – B01AA03**

Relevans

Forholdsregler bør tas

Klinisk konsekvens

Økt konsentrasjon av warfarin (gjennomsnittlig 1,2 ganger i interaksjonsstuei), økt risiko for bivirkninger, blødninger)

Interaksjonsmekanisme

Trimetoprim-sulfa hemmer metabolismen av warfarin, primært via CYP2C9

Dosetilpasning

Anslagsvis 20–40% reduksjon av warfarin mens trimetoprim-sulfabehandlingen pågår. Interaksjonsgrad varierer mye og det vil være hensiktsmessig å vurdere alternativt antibiotikum framfor dosejustering. INR bør uansett monitoreres



Ved interaksjonssøk på internettside fra Statens legemiddelverk (likelydende innhold vist nederst til venstre) blir det anbefalt å ta forholdsregler ved samtidig behandling med warfarin og trimetoprim-sulfa (2). Lignende anbefaling gis ved interaksjonssøk på www.interaksjoner.no og www.felleskatalogen.no og i anbefalinger i publikasjonen «Warfarin i praksis – tryg- gere antikoagulasjon» fra Den norske legeforening (1, 3, 4).

2D. Når du nå har lest denne informasjon fra Statens legemiddelverk, ønsker du nå å revurdere ditt svar på spørsmål A og/eller B mht. dosering av warfarin og tid til ny INR? (Se tabell øverst på motstående side. Svar 2E og 2F med tilhørende grafer gjengis også på motstående side)

KOMMENTAR TIL PASIENTHISTORIE 2

Warfarin er et legemiddel med et stort interaksjonspotensiale som det er vanskelig for leger i klinisk praksis å ha full oversikt over. De fleste pasientjournalssystem i sykehjem gir per 2014 ikke forskrivningsstøtte for legemiddelinteraksjoner. Det er derfor ofte nødvendig å bruke kunnskapsdatabaser for interaksjoner på internett, eventuelt retningslinjer for bruk av warfarin (1–4). Generelt bør en unngå kombinasjon av warfarin med legemidler med klinisk betydningsfulle interaksjoner, men det lar seg ikke alltid gjøre. Da er nøye oppfølging med hyppig måling av INR viktig. Tid til ny INR vurderes individuelt, men etter ca. en uke er INR og warfarin i ny likevekt. Ved oppstart/ending av annen medikasjon som kan påvirke INR bør en utføre ny INR-måling etter ca. en uke, ev. allerede etter 3–5 dager hvis betydelig interaksjon.

For Petter Solheim vil INR sannsynligvis stige til over terapeutisk nivå, med økt risiko for blødning, hvis behandling med warfarin forsetter med uendret dose etter oppstart av trimetoprim-sulfa (2).

Warfarindosen bør derfor reduseres og INR måles etter tre til fem dager.

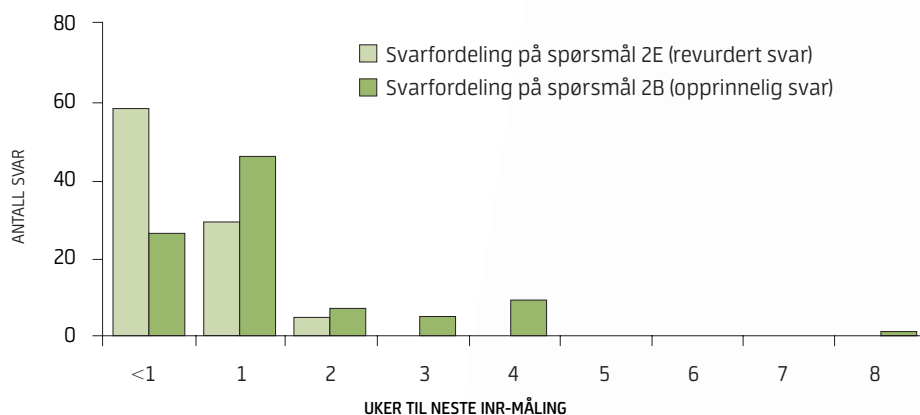
Alle antibiotika kan gi klinisk betydningsfulle interaksjoner med warfarin. Stor risiko foreligger for midler som hemmer metabolismen av warfarin som trimetoprim-sulfa og ciprofloxacín. Langvarig bruk av antibiotika og bruk av midler med bredspektret antibakteriell effekt medfører betydelig risiko for interaksjoner med warfarin. Men også midler med smalspektret antibakteriell effekt som mecillinam kan gi klinisk betydningsfull interaksjon med warfarin.

SVARALTERNATIV	ANDEL SVAR	ANTALL SVAR
Jeg ønsker å revurdere BÅDE dosering av warfarin og tid til ny INR (2A og 2B)	13 %	19
Jeg ønsker BARE å revurdere tid til ny INR (2B)	13 %	32
Jeg ønsker BARE å revurdere dosering av warfarin (2A)	25 %	49
Jeg ønsker IKKE å revurdere dosering av warfarin og tid til ny INR	49 %	101

TABELL 2: 51 prosent av sykehjemslegene ønsker å revurdere sitt svar på spørsmål 2A og/eller 2B mht. dosering av warfarin og tid til ny INR.

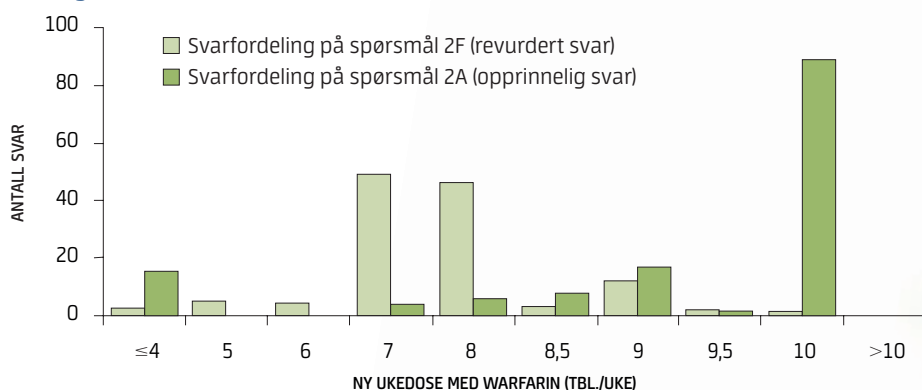
Undergruppen av sykehjemsleger som oppgir at de ønsker å revurdere sitt svar på spørsmål A og/eller B får i tillegg ytterligere ett til to spørsmål:

2E. Angi tid til neste INR-måling?



FIGUR 6: Viser svarfordeling for 91 sykehjemsleger som ønsker å revurdere sitt svar på spørsmålet «Angi tid til neste INR-måling» i spørsmål 2E. Flertallet av sykehjemsleger (74 prosent) ønsker nå å redusere tid til neste INR-måling og oppgir nå i gjennomsnitt 5,0 dager til neste INR-måling. Til sammenligning vises denne gruppe sykehjemsleger sitt svar i spørsmål 2B (det opprinnelige spørsmål mht. tid til neste INR-måling) hvor gjennomsnitt er 10,0 dager til neste INR-måling.

2F. Angi hvordan du vil dosere warfarin videre?



FIGUR 7: Viser svarfordeling for 128 sykehjemsleger som ønsker å revurdere sitt svar på spørsmålet «Angi hvordan du vil dosere warfarin videre» i spørsmål 2F. Flertallet av sykehjemsleger (90 prosent) ønsker nå å redusere ukedose med warfarin og oppgir nå i gjennomsnitt ny ukedose på 7,4 tbl./uke. Til sammenligning vises denne gruppe sykehjemsleger sitt svar i spørsmål 2A (det opprinnelige spørsmål mht. videre dosering av warfarin) hvor gjennomsnitt er ukedose på 9,5 tbl./uke.

REFERANSER

- Warfarin i praksis – tryggere antikoagulasjon. Den norske legeförening. 2010.
- Statens legemiddelverk. Interaksjonssøk. <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Interaksjoner.aspx>
- Interaksjonsdatabase for norske klinikere. www.interaksjoner.no

- Interaksjonanalyse i felleskatalogen. <http://www.felleskatalogen.no/medisin/interaksjon>
- Anbefaling for kontroll av antikoagulasjonsbehandling fra det danske sundhedsvæsen.
- <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformaton/almen-praksis/sjaelland/patientforloeb/forloebbsbeskrivelser/k-hjerte-karsystem/ak-behandling-marevan/>

- Antikoagulasjonsrapport fra Noklus praksisprofil. <http://www.noklus.no/Portals/2/Praksisprofil/Antikoagulasjonsrapport.pdf>.

■ SVEIN.IVAR.FYLKESNES@NOKLUS.NO

HelseOmsorg21

– ny giv for kunnskap og innovasjon innen helse

■ TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Et kunnskapsystem for bedre folkehelse er tittelen på hoveddokumentet fra strategiprosessen HelseOmsorg21. Det tar til orde for å styrke, målrette og koordinere forskning, utvikling og innovasjon i Helse-Norge. Målet er å sikre en bærekraftig helse- og omsorgs-sektor i det 21. århundret.

I juni ble dokumentet overlevert statsminister Erna Solberg og helseminister Bent Høie av strategigruppens leder, professor John-Arne Røttingen fra Universitetet i Oslo og Nasjonalt folkehelseinstitutt. Strategien er tuftet på en bred tverrdisiplinær arbeidsprosess som ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) tidlig i 2013. HOD formulerte følgende mandat*:

«Å skape en målrettet, helhetlig og koordinert innsats for forskning, utvikling og innovasjon i helse- og omsorgsområdet – for å fremme en kunnskapsbasert folkehelsepolitikk og helse- og omsorgstjenester kjennetegnet av høy kvalitet, pasientsikkerhet, brukermedvirkning og effektivitet, i tillegg til utvikling av kunnskapsbasert næringsliv innen feltet og nasjonal økonomisk utvikling.»

Fem hovedprioriteringer

HOD har også gitt føringer om at strategien skal støtte opp under den internasjonale kunnskapsutviklingen om helse og omsorg samt bidra til å fremme et kunnskapsbasert næringsliv innen feltet. Videre skal strategien ses i sammenheng med globale helseutfordringer, være i tråd med prioriteringer i forskningsmeldingen og understøtte departementets sektoransvar for forskning samt myndighetenes og tjenestenes behov for forskningsbasert kunnskap som grunnlag for politikkutforming og tjenesteyting.

Som svar på departementets ambisiøse bestilling, understreker det 150 sider lange dokumentet *HelseOmsorg21 – Et kunnskaps-system for bedre folkehelse* at helse- og omsorgssektorens fremtidige utvikling beror på forskningsbasert verdiskaping samt utvikling av mer og målrettet kunnskap som så kan omsettes til kvalitet i helsetjene-

sten. Strategien er ikke å betrakte som noe fasitsvar på helseutfordringene, men den formulerer en rekke tiltak som må konkretiseres ytterligere og følges opp med politisk handlekraft.

Dokumentet skisserer fem hovedprioriteringer for Helse-Norge:

- et kunnskapsløft for kommunene med solid finansiering, etablering av et nasjonalt register for kommunale helse- og omsorgstjenester og med en universitets- og høyskolesektor og ny instituttsektor innrettet mot kommunenes behov
- helse og omsorg som et næringspolitisk satsingsområde med sektorspesifikke virkemidler og økt samhandling mellom offentlig og privat sektor
- lettere tilgang til og økt utnyttelse av helsedata
- et kunnskapsbasert helse- og omsorgssystem med økt vekt på brukermedvirkning og kompetanse og på å utvikle og dokumentere effekter av tiltak
- sterkere satsing på internasjonalisering av forskning og økt deltakelse i konkurransen i EUs forskningssystem

Gangen i arbeidet med HO21

Norges forskningsråd har vært sekretariat for selve strategien – som utgjør ett av to hovedelementer i HelseOmsorg21 (HO21). En overordnet strategigruppe ledet av John-Arne Røttingen oppnevnte høsten 2013 fem bredt sammensatte arbeidsgrupper for følgende temaområder: næringsutvikling; forskningskvalitet og internasjonalisering, kunnskapsystemet; kommunesektoren; global helse. Hver arbeidsgruppe bestod av 15–30 deltakere fra sykehus, universiteter, næringsliv, kommuner, forvaltning og departementer. Gruppene baserte sitt arbeid og sine



anbefalinger på egen ekspertise og dels på eksterne innspill og kommentarer fra institusjoner, fagmiljøer og enkeltpersoner. Ved årsskiftet 2013/14 la arbeidsgruppene frem sine delrapporter – hver med selvstendig status – som så dannet en tematisk plattform for strategidokumentet.

Det andre hovedelementet i HO21 har vært å etablere et permanent dialogforum – et *topplederforum* – som skal ha et oppfølgingsansvar for strategiarbeidet. Topplederforumet skal etablere dialog og nettverk mellom ulike aktører; bidra til samarbeid mellom de som finansierer og utfører forskning, utvikling og innovasjon; synliggjøre utfordringer og kunnskapsbehov i sektoren; bidra til kunnskapsbredning og implementering av forskningsresultater og innovasjoner i tjenestene; fremme brukermedvirkning i forskning og innovasjon og sikre best mulig ressursutnyttelse.

Kunnskapsløft for kommunene

Jeg hadde gleden av å delta i arbeidsgruppen *Kunnskapsystemet*, der jeg som kommunelege representerte kommunehelsetjenesten. Gruppen ble ledet av forsknings-

* www.helseomsorg21.no

leder Guri Rørtveit ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen og direktør Magne Nylenna ved Kunnskapssenteret for helsetjenesten. Selve begrepet kunnskapssystem henspiller på de mange strukturene og prosessene involvert i å identifisere kunnskapsbehov, innhente og anvende kunnskap, evaluere bruken av kunnskap og formidle den gjennom utdanning.

Gruppearbeidet foregikk gjennom idédugnader på fellessamlingene for HO21 og via telefonmøter samt e-postutveksling. Tidlig i diskusjonen var det bred enighet i gruppen om å rette oppmerksomhet mot behovet for et kunnskapsløft innen kommunesektoren, ettersom kommunene er viktige forvaltningsenheter med en instrumentell rolle i folkehelsearbeidet. Dette perspektivet har også preget de andre arbeidsgruppene i HO21. Samtlige delrapporter vektlegger således behovet for å styrke kompetanse og forskning på kommuneplan – noe som også kommer klart til uttrykk i strategidokumentet. Tiltak som foreslås er å etablere regionale samarbeidsorganer mellom kommunehelsetjeneste og akademia, etablere en infrastruktur for forskning via et primærhelsetjenesteregister; skape forskningsnettverk samt utvikle forpliktende praksissystemer i kommunene for studenter innen relevante profesjonsutdanninger. Et forslag om å innføre en lovpålagt forskningsplikt ble lansert av vår arbeidsgruppe, men ble ikke videreført i hovedstrategien. Diskusjonen i gruppen, innspillene vi mottok og ikke minst prosessen frem mot en omforent rapport, gav meg mange aha-opplevelser knyttet til kompleksiteten i kunnskapssystemet og mulighetene for bedre utnyttelse av kunnskapsressurser.

FIGUR. *Kunnskapssystemet i helsetjenesten. Et kunnskapssystem i helsetjenesten omfatter en kjede som begynner med identifisering av kunnskapsbehov, fortsetter med innhenting og vurdering av eksisterende kunnskap og deretter anvendelse av den beste, tilgjengelige kunnskap. En evaluering av kunnskapsbruken ender ofte med en ny behovsbeskrivelse, kanskje avdekkes også kunnskapshull som må fylles ved hjelp av ny forskning.*



Hvilken betydning får HO21-strategien?

Selve prosessen har utvilsomt skapt nye arenaer og knutepunkter for samspill på tvers av sektor-, fag- og bransjegrenser. Fremfor alt fremhever strategien behovet for et helhetlig og koherent kunnskapssystem. En utfordring som alle arbeidsgruppene har pekt på, er den svake koblingen mellom kommunesektoren – som leverandør av velferdstjenester til befolkningen – og sentrale forsknings- og innovasjonsmiljøer. Enkelt sagt er det i dag for stor avstand mellom kommunesektoren og forskningen ved universiteter, sykehus og forskningsinstitutter. Dessuten trengs det virkemidler for å fremme innovasjon i kommunale tjenester.

En annen utfordring er knyttet til forutsetningene for innovasjon og forskning innen helse- og omsorgssektoren. Denne skiller seg fra næringslivssektoren ved at det private initiativ er svakere. Innen for eksempel bioteknologi og medisinsk teknologi er bedriftene små og svake i forhold til en stor offentlig sektor som leverer tjenestene. En viktig utfordring er derfor å avklare og styrke rammebetingelsene for innovasjon, forskning og utdanning i så vel privat som offentlig sektor.

Hvordan vil beslutningstakere og det politiske miljøet følge opp strategien? Statssekretær Paul Chaffey i Kommunal- og moderniseringsdepartementet kommenterer spørsmålet slik*:

«Et omfattende dokument med forslag til tiltak på mange ulike områder er krevende å følge opp hvis det ikke passer inn i noen politiske prosesser som allerede er der. Heldigvis er det slik at regjeringen har satt i gang flere større prosesser der innspillene fra HelseOmsorg21 passer naturlig inn og kan bli fulgt opp. Satsingen på økt ansvar og sterkere kompetansemiljøer i kommunene og bedre koblinger mellom kommunene og forsknings- og innovasjonsaktørene passer svært godt sammen med ambisjonene i kommunereformen. Koblingene til næringslivet vil bli fulgt opp i flere sammenhenger, blant annet i arbeidet med å forenkle og forbedre regelverket for offentlige anskaffelser. Innspillene om høyere kvalitet på forskning innen helse og omsorg passer tematiske og tidsmessig godt sammen med Kunnskapsdepartementets arbeid med en langtidsplan for forskning og høyere utdanning.»

Vil du lese mer om strategien? Hoveddokumentet og delrapportene er tilgjengelig på www.helseomsorg21.no. Her er det også utfyllende informasjon om hvordan strategiprosessen har vært organisert og gjennomført.

*<http://paulchaffey.blogspot.no/2014/06/overlevering-av-helseomsorg21.html>

«Forventninger til HelseOmsorg21»

Helse- og omsorgstjenesten står overfor krevende utfordringer de neste tiårene, med økte behov og forventninger, høyere krav til innhold og kvalitet og knapphet på helse- og omsorgspersonell. HelseOmsorg21-strategien kommer til å tegne et kart for hvordan arbeidet med forskning og innovasjon i helse- og omsorgstjenesten kan se ut i fremtiden. Hva regner vi med vil skje?

- Vi forventer, større involvering av pasientene og større verdi av forskning og innovasjon for pasientene som sluttbruker.
- Vi forventer, at strategien vil utløse en mer effektiv bruk av ressursene i forskning og innovasjon totalt sett.
- Vi forventer, et mer utstrakt nasjonalt samarbeid og innsats på tvers av alle nivåer og sektorer. Samarbeid bidrar til å heve kvalitet og spredning i tjenesten.
- Vi forventer, kunnskapsproduksjon og kunnskapsanvendelse som bidrar til å nå viktige helse- og omsorgspolitiske målsetninger der relevansen for tjenesten er førende.
- Vi forventer, etisk forsvarlig forskning og god ivaretagelse av pasienten og pårørende. Vi forventer, innspill som kan gi et kunnskapssystem som er hensiktsmessig innrettet, og virkemidler som følger hverandre og støtter opp om en helhetlig kunnskapskjede.
- Vi forventer, at nasjonale utfordringer ses i sammenheng med globale utfordringene på helsefeltet. Kunnskap er i sin natur internasjonal og kjenner ikke landegrensene.

Mye av verdien av en strategi ligger i oppfølgingen av den – hvilke endringer den faktisk vil skape i tjenesten og hvordan disse vil merkes for pasientene og for de som jobber der.

Statssekretær Anne Grethe Erlandsen, HOD (NIFU-innlegg, mars 2014)

«En kunnskapsbasert kommunal helsetjeneste»

– Det blir helt nødvendig å opprettholde et trykk på medisinsk og helsefaglig forskning i lys av de store utfordringene vi står overfor og den raske utviklingen innen medisinen, understreker president Hege Gjessing. Hun representerer Legeforeningen i Topplederforumet, en varig dialogarena som også har et oppfølgingsansvar for HelseOmsorg21.

– Det er viktig å styrke forholdet mellom kommunene og relevante forsknings- og utdanningsinstitusjoner. Senter for kvalitet i legekontor passer godt inn i forslaget til ny instituttsektor slik det er presentert i strategien, sier Gjessing. Senteret skal skape bro mellom de ulike aktørene som kommunelegene og de akademiske sentrene, og er en struktur Legeforeningen mener det bør satses mer på. *Legeforeningens nettsider 26.6.14*

«På tvers av direktoratets forslag»

Mens Helsedirektoratets høringsforslag til ny spesialitetsstruktur foreslår at forskning ikke lenger skal være tellende i spesialistutdanningen, anbefaler HO21-strategien det stikk motsatte. «Aktiv deltakelse i forskningsarbeid knyttet til kliniske studier bør bli meritterende i legers spesialistutdanning», heter det.

– Vi støtter HelseOmsorg21-strategien 100 prosent. Det vi trenger er en sterkere base i forskning fremover, ikke en svakere base, og direktoratets forslag er veldig overraskende og litt sjokkerende, kommenterer Guri Rørtveit (forskningsleder ved Allmennmedisinsk forskningsenhet, Bergen).

Jørund Straand (professor i allmennmedisin, Oslo) er helt enig med Rørtveit: – Vi mener jo at det å ha kunnskap om forskning og den kritiske tenkingen som det innebærer, også gjør at man blir en bedre spesialist i det faget man skal utøve. At forskning bør være tellende som del av spesialiseringen, støtter vi helt og fullt opp under, sier Straand. *Dagens Medisin, 26.6.14*

Hun som ligner

■ INGRID NETELAND • Stud. med. UiB

DU KOMMER I RASK GANGE inn på kontoret. Ung, opptatt av hva du har på deg, nøye sminket, litt lut i ryggen og med lue over bustete hår. Kanskje fikk du litt dårlig tid da du skulle til legen din. Håret ble glemte og da ble luen redningen. Fastlegen din tar deg lenge i hånden og lukker døren etter deg. Meg enser du så vidt, men det var greit for deg at jeg var med. Vi er like gamle. Du er lærerstudent. Jeg er medisinstudent. To forskjellige verdener, men likevel ganske like. Jeg husker ikke når jeg tenkte at vi var like. Det var kanskje ikke før etter denne konsultasjonen. Det var kanskje underveis, eller etterpå at jeg følte meg truffet. Av deg.

«DETTE GÅR IKKE LENGER», er det første du sier til legen din. Du får akkurat sagt det før det brister og store tårer velter nedover kinnet ditt. Store ærlige tårer som fastlegen din har sett før og som hun vet hva kommer av. Hun har kjent deg siden du var nyfødt. Hun tok ultralyd av mammaen din da du var et lite foster inni der. Og siden den gang har hun fulgt deg gjennom store og små utfordringer i livet. Jeg kjenner deg ikke, og vet ikke hvorfor du gråter. Jeg kjenner det bare igjen, det du sitter og holder på med. Du strever, tenker jeg. Og det har jeg sett før. Kjent på før. Du forteller om en ekkel følelse inne i kroppen. Om at kroppen ikke funker, og at hodet er helt på villspor. Og du forteller at det skremmer deg. «Jeg blir så redd», sier du til legen din. «Jeg blir rett og slett redd meg selv». Jeg blir ukomfortabel på stolen min. Vil at du skal slutte å fortelle. Vil egentlig ikke høre om de mørkeste tankene dine. Fastlegen din er like rolig, heldigvis. «Fortell meg hva du tenker», sier hun. Etter dette kommer det mye informasjon. Om pappaen som tok livet sitt, en bestemor som er kreftsyk, en stygg ulykke og om venner som trenger deg og som ikke forstår at det kanskje er du som trenger dem. Fastlegen lytter. Jeg har lukket ørene. Jeg bare ser, men du ser ikke tilbake. Du ser på kvinnen foran deg, som jeg plutselig skjønner kanskje er ditt eneste ordentlige faste, trygge og voksne holdepunkt i livet. Du ser henne rett inn i øynene mens du snakker mellom gråten, og hun ser rett tilbake inn i sjelen på deg. «Dette må vi gjøre noe med», sier fastlegen. Takk og lov, tenker jeg. «Ja, det må vi», sier du, «men hva?». «Vi må

hjelpe deg», sier hun. Vi må hjelpe deg. Det skjønner jeg og, men jeg er ikke like rolig som henne. Jeg kjenner meg ukomfortabel og vet ikke lenger hvor jeg skal se. Du er ferdig med å gråte. Du tørker mascararester med sjalet ditt og er ikke like fint sminket som da du kom. Du kom som en av oss, men du gjorde noe modigere og ble en annen enn oss. Du tok bort muren da fastlegen din lukket døren. Du rev den bort og fortalte oss noe jeg ikke vet om jeg ville gjort, om jeg var deg. Det er ikke fordi jeg ikke tror på ærlighet. Det er ikke fordi jeg tror du gjorde noe feil. Jeg vet bare ikke om jeg hadde hatt mot til det. Det er veldig brutalt, dette livet. Det er ikke rettferdig fordelt heller. Det river i oss på ulike måter og med ulik styrke. Og spør du meg har du opplevd en storm i årevis, og med langt større styrke enn mange andre på din alder. Sånne som meg, som tror det har stormet rundt ørene helt til jeg møter en som deg og samtidig ser meg seg selv i døren. Du ligner på meg, men du er modigere.

«JEG SYNES DU ER FRYKTELIG MODIG», sier jeg. Du ser på meg med rart blikk. Jeg klarer ikke å lese deg. Jeg vet ikke om du ble glad eller sint, lei deg eller ikke forsto hva jeg mente. «Du er fryktelig modig som forteller oss alt dette. Det krever mot å være så ærlig», sier jeg. «Takk», sier du og gir meg ditt første smil. «Hva har jeg å tape?», halvflirer du. «Det kan ikke bli stort verre enn dette». Vi ler alle tre. Resten av konsultasjonen var formaliteter. Du ble henvist til psykiater. Nå var det nok. Nå hadde du strevd lenge nok. Du virker lettet, fastlegen er effektiv og jeg later som jeg er veldig opptatt av skjemaet som fylles ut på pc-en.

FASTLEGEN DIN ER EN ROLIG DAME. En som man føler man kan betro seg til. Det har ingenting med hva hun gjør, det har noe med hvem hun er og hvordan hun er. Som person. Jeg spurte denne flinke fastlegen din ved endt praksisperiode om hvordan hun klarer å være den hun er. Noe annet enn seg selv er kanskje rart, men det jeg lurte på er egentlig hvordan hun kan takle å være nettopp seg selv. For det krever litt. Det krever mye å tåle andre, men det krever også mye å være seg selv. «Det kommer med alderen», sier hun. «Det kommer

med erfaringen». Hvilken erfaring?, undrer jeg meg på. Snakker hun om erfaringene med andre pasienter som ligner på deg? Eller snakker hun om erfaringer fra sitt eget liv? Har hun også opplevd noe av det som du snakket så sårt om, eller har hun bare opplevd andre som snakker om det samme? Hvilken erfaring er i så tilfelle best? Og hvilke erfaring koster mest å kjenne på? Jeg hadde ikke møtt deg før, men jeg kjente likevel at jeg kjente deg. Det føltes i alle fall slik. Du var som et speilbilde av meg selv. Jeg lurte på hva du var for fastlegen din. Noe velkjent, men veldig fremmed, eller noe hun kjente fra sitt eget liv? Var du et speilbilde for henne også? Hun var så rolig, nesten ikke berørt, bare trygg. Kanskje stormet det inne i henne også. Det glemte jeg å spørre om. Fastlegen din fremsto for meg som en person som ikke har yrket sitt som jobb, men som et livsvirke. Noe hun ikke gikk ut og inn av, men noe hun var. På heltid. Kjente du også på det? Hva koster det et menneske å være en yrkesidentitet på fulltid?

JEG TENKTE JEG KUNNE BLI ALLMENNLEGE før praksis. Nå vet jeg ikke lenger. Jeg har møtt flere som deg, selv om du var den som krøp lengst inn i sjelen på meg. Jeg har møtt mennesker i krise, mennesker som skal fjerne en føflekk, mennesker med vondt i magen og mennesker som bare kommer innom for en INR-kontroll. Det som slår meg er at å være fastlege er så altoppslukende. Det å være fastlege er ikke å fikse noe, det er å være noe. Det er ikke en jobb, det er en måte å være på. Ja, man har praktiske prosedyrer som skal gjennomføres, og ja, noen ganger er en vond hals bare en vond hals. Men så veldig mange ganger må man være så mye mer! Jeg blir oppslukt av denne måten å være lege på, men jeg blir også brutalt vett-skremt. Uansett hvilken lege jeg bli, vil jeg veldig gjerne bli en lege som ser hele mennesket foran meg. Jeg vil være en slik lege som fastlegen din er for deg. Jeg vil være den som tåler, den som er trygg og den som du kan komme til og være så modig som du var da jeg traff deg. Det jeg undrer meg over er hvordan man får det til. Hvordan kan man være en som både tåler deg og seg selv? Man må tåle seg selv, for å møte slike som deg. Man må tåle seg selv for å kunne møte seg selv i døren.

Nytt og nyttig om hud og venerologi



Klaus Ejner Andersen, Lars Iversen, Hans Bredsted Lomholt og Hans Christian Wulf
Klinisk dermatologi og venerologi
 Munksgaard
 2014, 4. utgave
 312 sider

Hudsykdommer interesserer meg – sikkert fordi nærmeste hudlege i mange år har vært rundt 90 mil unna. Hudsykdommer er også vanlig i allmennpraksis, og det kjennes greit å se en hudforandring og, nokså ofte etterhvert, skjønne hva det er. Da jeg fikk boken *Klinisk dermatologi og venerologi* til gjennomlesing ble jeg imidlertid noe betenkt. Bokens ytre så nokså kjedelig ut, som en helt ordinær lærebok av typen «liten murstein». Blått og brunt omslag – intet som fristet mitt øye... Så begynte jeg å bla i boken og interessen ble straks vekket.

I forordet står det at dette er en lærebok i hud- og seksuelt overførbare sykdommer beregnet på studenter. Det er ingen ny bok, men en ny utgave (4. utgave). Den er imidlertid velegnet også for allmennpraksis, står det å lese. Boken er dansk og gjenspeiler det som er viktig å vite om dette faget i Danmark i 2014 – sier forordet. Dette er viktig å ha med seg når man leser den venerologiske delen av boken, men heldigvis er lovverket trolig nokså likt det vi har i Norge. Som noe helt nytt følger en digital versjon av boken, en såkalt i-bok som leseren får tilgang til via en unik e-nøkkel som er trykket på innsiden av bokens omslag. Boken har fire forfattere: Klaus Ejner Andersen, Lars Iversen, Hans Bredsted Lomholt og Hans Christian Wulf – alle dermatologer, og tre av dem også professorer, ved danske sykehus.

Boken innleder med en opplisting av nettsted, her er selvsagt kun danske og internasjonale nettsteder gjengitt. Dette er en svakhet når vi jobber i Norge, men nettstedene kan selvfølgelig brukes også her i landet. Første kapittel gir en kort gjennomgang av hud og hudsykdommer. I dette kapitlet er det en figur som meget oversiktlig ramser opp sykdomsmanifestasjoner og tumores som fins på ulike lokalisasjoner på kroppen; i hodebunnen, i munnhulen, i ansiktet og på halsen, på kroppen, på armene, på hendene, på ben og føtter, på intertriginøse områder og på genitalia – og

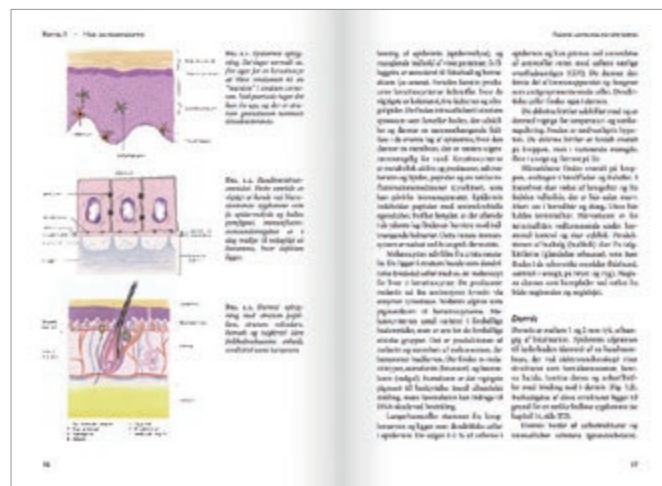
til slutt på neglene. Dette var en meget nyttig oversikt for meg.

Ellers består innholdet av kapitler som inneholder konkrete temaer som eksem-sykdommer, atopisk dermatitt, psoriasis, akne og rosacea. Hvert kapittel innledes med en faktaboks om den aktuelle hudsykdommen. Kapitlet beskriver videre patofysiologi, klinikk (symptomer og objektive tegn) og behandling av sykdommen kapitlet handler om.

Det er meget gode illustrasjoner i form av fotografier. Jeg har aldri sett så gode fotografier i en «hudbok» tidligere. I tillegg til å være gode fotografier, er det mange av dem, og det er lett å kjenne igjen sykdommer jeg har sett tidligere. Oversiktlige tabeller gir en leser som meg, som ønsker rask oversikt, god hjelp.

Boken egner seg kanskje ikke så godt som et oppslagsverk i en travel praksis, men gode fotografier kan nok brukes til å gjenkjenne hudlidelser hos pasienter du har på kontoret. Ønsker man å vite litt mer om ulike sykdommer uten å bruke lang tid, tror jeg boken er glimrende. Den er oversiktlig og lett å finne frem i. Dette er en flott bok for turnusleger som ofte syns hudsykdommer er vanskelig – de gode fotografiene og tabellene er til god hjelp. Dette er definitivt en bok jeg kommer til å ha på kontoret, og jeg anbefaler den også til andre.

MONA SUNDENÅ



Obligatorisk helsetjenestealmanakk



Magne Nylenna
Helsetjenesten i Norge – et overblikk
 Gyldendal Akademisk
 2014, 1. utgave
 222 sider

Denne boken gir en oversikt over helsetjenestens oppgaver, ansvarsområder, styringslinjer, strategier og finansiering. Intet mindre – og det på netto 222 sider. I forordet påpeker forfatteren at intensjonen ikke er å legge frem dyptpløyende analyser av helsetjenestens funksjon i samfunnet, men å lage en håndbok eller faktabok som på en lettfattelig måte forklarer sentrale begreper og prosesser. Boken formidler grunnleggende kunnskap om helsetjenestens mandat, formål og organisering innen ulike arbeidsområder. Målgruppene er først

og fremst helsepersonell under utdanning, pasienter og brukere samt pårørende.

For den som setter pris på resymeer av «de lange linjene» samt begripelige fremstillinger av komplekse problemstillinger og trender – slik jeg gjør – er dette kjærkommen lesning. Her kan man dvele ved spennende tidslinjer i helsevesenets utvikling, fra 1800-tallets koleraepidemier til vår tids fedmebølge; eller fra Villads Nielsen, landets første offentlige lege som ble utnevnt i 1603, til Karl Evang, helsedirektøren som i etterkrigsårene ble den offentlige helsetjenestens store entreprenør. Ulike epokers sykdomsoppfatning og skiftende helsetjenestestrategier drøftes i relasjon til samfunnsutviklingen, fra tuberkuloseomsorgens satsningstid til dagens samhandlingsreform og debatter om prioritering og brukervedvirkning. Ulike kapitler redegjør for helsetjenestens ulike deler og forvaltningsnivåer. At tannhelsetjenesten er viet et eget kapittel er prisverdig, ettersom denne privatiserte, men viktige delen av helsevesenet ofte blir utelatt i den offentlige debatt om helsehjelp og pasientrettigheter. Likeledes vil jeg fremheve kapitlene om finansieringsordninger og om helsetjenesten som en kunnskapsvirksomhet – dette er omfattende temaområder som er forbilledlig godt beskrevet med gjengivelse av oppdaterte tall og kalkyler.

Man skal saumfare sidene for å finne mangler i boken. Fra mitt ståsted som kommunelege, savner jeg større vektning av kommunenes sentrale funksjon i Helse-Norge. Riktig nok er tjenesteproduksjonen i fastlegeordningen og i pleie- og omsorgssektoren omtalt, men kommunenes roller som forvaltnings- og tilsynsenheter er beskrevet nokså overflatisk. Tilsynsoppgaver på statlig og regionalt nivå er nevnt – men ikke kommunenes omfattende tilsynsansvar innen miljørettet helsevern, knyttet til for eksempel godkjenning av skoler, barnehager, hoteller, campingsplasser og svømmebassenger.

Å gi et overblikk over noe så komplekst som den norske helsetjenesten er et ambisiøst prosjekt, men få andre enn Magne Nylenna er i stand til å gjøre den jobben. Han behersker forenklingens kunst uten å kompromittere presisjon eller etterrettelighet. Den gjennomgående bruken av tabeller og figurer gir verdifull faktainformasjon. Referansene er nye og relevante. Foruten målgruppene som allerede er nevnt, vil leger flest ha stor nytte av boken. Journalister og andre som driver med formidling av helsepolitisk stoff bør også ha boken innen rekkevidde – den er simpelthen en obligatorisk helsetjenestealmanakk.

TOM SUNDAR

Forbilledlig lettlest om ledelse og kvalitet



Elisabeth Arntzen
Ledelse og kvalitet i helsetjenesten
 Gyldendal Akademisk
 2014, 1. utgave
 235 sider. Heftet

Tekster og bøker om ledelses- og kvalitets-teori kan ofte ende opp med trettende kravlister, byråkratiske algoritmer og juridiske paragrafer – men Elisabeth Arntzen formidler tingene helt annerledes. For det første kan hun sitt fag: I 2002 var hun en pådriver i arbeidet med å få Kongsvinger sykehus – som det første i landet – ISO-sertifisert «fra kjeller til loft». Senere har hun arbeidet med ledelse og kvalitet innen RHF-systemet og Helsetilsynet.

Arntzen forklarer og operasjonaliserer «kvalitetsspråket» på en måte leseren blir klok av, dette gjelder grunnleggende begreper som kvalitetsstyring og kvalitetsledelse – som henspiller på brukerorienterte styringsmodeller der det er samsvar mellom virksomhetens visjoner og mål og de resultater og tjenester den evner å levere. Her er det altså helsetjenesten det gjelder –

og med utgangspunkt i lovkravet om internkontroll får vi tips om hvordan institusjoner og kommuner kan skape mer dynamiske styrings- og informasjonssystemer som gjør dem bedre i stand til å garantere for helsetjenester som er i samsvar med myndighetskrav så vel som brukerbehov. En så håndgripelig ting som at en lege gir pasienten utskrift av en oppdatert medisinsliste, blir fremhevet som et eksempel på en kvalitetsrutine for overlevering av kritisk viktig informasjon.

Nettopp eksemplets makt kjennetegner denne boken. Forfatteren sier *hvorledes* ting kan gjøres og problemer løses – og ikke minst hvordan et kvalitetssystem kan lages. Bokens innledende kapitler omhandler helsetjenestens formål og ansvar og hvilke helsepolitiske utfordringer som helsetjenesten står overfor. Så følger kapit-

Ny og forbedret lærebok i akupunktur



Oscar Heyerdal og Nils Lystad
Lærebok i Akupunktur
Universitetsforlaget
2013, 3. utgave
377 sider

Dette er «læreboken» som brukes i sertifiseringsprogrammet til NFMA (Norsk Forening for Medisinsk Akupunktur). Jeg skriver lærebok i hermetegn, fordi akupunktur ikke er et fag man lærer fra en bok.

Akupunktur er en av hovedgrenene i TCM (Traditional Chinese Medicine) og har vært praktisert i over 2000 år. Hovedverket Nei Jing Su Wen, den gule keisers klassiske bok i indremedisin, skriver seg fra ca 400 år f.Kr.

Interesse for akupunktur har økt de siste 20-30 år og kanskje spesielt etter «den kalde krigen», hvor man i økt grad har kontakt mellom øst og vest. Ulike faggrupper tilbyr akupunktur, og for den som er ukjent i markedet kan det være vanskelig å navigere.

Jeg hadde lenge hatt lyst å lære mere om nålebehandling, men ikke klart å finne ut hvor man kunne tilegne seg kunnskap som kunne integreres med min naturvitenskapelige basis. Det var egentlig litt tilfeldig at jeg så annonsen for overnevnte sertifiseringsprogram i tidsskriftet våren 2010. I løpet av 2010 og 2011 gjennomførte jeg kurs, veiledning og til slutt eksamen i sertifiseringsprogrammet. Dette ble et år med mye ny kunnskap. Et helt nytt uni-

vers åpnet seg, en ny måte å tenke på. Jeg ble utfordret på mange områder og «tvunget» til å tenke soma og psyke, kropp og sjel, Yin og Yang på en måte jeg aldri hadde tenkt kunne passe i en hverdag i en fastlegepraksis og i mitt liv forøvrig.

Andreutgaven fra 2003 var min lærebok under utdanningen, og den blir fortsatt flittig brukt når jeg har tid og rom for pasienter hvor akupunktur kan forsøkes. Det er en « spennende reise» hver gang jeg tar en pasient i behandling. Når det gjelder akupunktur, så er det ikke helt som med NEL hvor man slår opp hva som er anbefalt behandling. For TCM og akupunktur avhenger behandlingen av mange andre faktorer ved pasienten og lidelsen, og dermed må akupunkturbehandlingen tilpasses den enkelte pasient.

Begge utgaver av læreboken innledes med kapitler som omhandler forskning. Fokus er på anerkjente studier og basalforskning hvor hjernebaner, smertesystemer og autonom regulering gjennomgås meget detaljert. Dette er vanskelig stoff å tilegne seg, men det gir leseren inntrykk av at det nevrofysiologiske og forskningsmessige aspekt vektlegges i stor grad, noe jeg finner tillitsvekkende.

Boken har en stor og ganske omfattende del om grunnleggende prinsipper i TCM; den omhandler 5-fasemodellen, de fysiologiske grunnsstanser, Yin/Yang og funksjonskretsene-Zang Fu.

I tredjeutgaven er det lagt til flere figurer og skjema enn tidligere, noe som kan hjelpe til forståelse. For en leser som ikke har kjennskap til TCM, så er dette kapitler som er vanskelige å absorbere. Etter min mening kreves det at man enten tilegner seg stoffet på kurs (sertifiseringsprogrammet) eller på annen måte er i et miljø hvor man diskuterer innhold og betydning. Begreperne er ikke statiske begreper, forståelse og betydning kan variere, og det gis rom for tolkning. Det er en måte å oppfatte verden på som vi i vesten ikke er skolert til. TCM er et produkt av tradisjonell kinesisk virke-

lighetsforståelse som er dypt integrert i folket, men det kan være krevende å forstå med utgangspunkt i vestlig medisinsk forståelse.

Denne delen av boken synes jeg var vanskelig å forstå i starten, men i dag er det absolutt den delen som fasinere meg mest.

Alle akupunkturpunktene og meridianene er noe man må pugge, og det finnes i begge utgaver et fint punktatlaser for dette. I 3. utgave har man supplert med et tungeatlas med fine fotos av forandringer på tungen, som også en viktig del av TCM. For meg som ikke har kunnskap på dette feltet fra TCM, så blir det mest noen morsomme sider å studere.

Både i utdanningen og i læreboken legges det stor vekt på anvendt akupunktur og nålebehandling i daglig praksis. Det er en grundig gjennomgang av triggerpunkter og de plager det kan medføre med forstyrrelser her, og på elegant vis klarer boken å samle både triggerpunktene og akupunkturpunktene rundt samme kroppsdel og komme med forslag til angrepspunkter i behandlingen.

Tredjeutgaven av boken har avslutningsvis en egen del om lidelser i indre organer, kanskje den del av TCM og akupunkturbehandlingen som er aller mest vanskelig å tilegne seg. Jeg skal ikke kommentere den delen ytterligere i og med at jeg ikke har gjennomført tilleggsutdanningen i Zang Fu, men dette er en utrolig spennende del av TCM og man bør gi seg selv lov til å snuse litt på det.

Boken er en «lærebok» og man bør bruke den mens man lærer prinsippene i akupunktur og TCM. Jeg kan på det varmeste anbefale NFM sine kurs og utdanninger, de er godkjent av legeföreningen og man får tellende kurstimer.

Dette anbefaler jeg til alle som har lyst å utfordre seg selv med ny (gammel) kunnskap, nye tenkemåter og ikke minst oppfriske overflateanatomien. Tredjeutgaven er, etter min mening, en forbedret utgave som anbefales.

DRUDE BRATLIEN

ler om lovkrav, nasjonale føringer for kvalitet, kvalitetsforbedringsteori, tilsynsmetodikk og pasientsikkerhet. Andre sentrale temaer er brukermedvirkning og forutsetninger for et godt arbeidsmiljø og en god organisasjonskultur. Kapitlene om kommunikasjon, mellommenneskelige forhold og samfunnskvalitet gir interessante

perspektiver, men dette utgjør i seg selv en såpass omfattende tematikk at det gjerne kunne vært behandlet i en separat bok.

Layouten er tiltalende, teksten lett å lese og de 24 kapitlene er ispedd gode figurer, tabeller og artikkelfaksimiler. Et annet pedagogisk poeng er at kapitlene kan leses hver for seg – som en oppslagsbok. *Ledelse*

og kvalitet i helsetjenesten treffer uten tvil sine målgrupper: ledere og helsepersonell som arbeider med kvalitet i helsevesenet. Fra et primærmedisinsk perspektiv, vil jeg si at boken absolutt bør leses av kommunaleger og samfunnsmedisinere som har behov for en rask og håndgripelig innføring i kvalitets- og ledelsesteori.

TOM SUNDAR

Helsetjenesteaksjonen

– hvordan går det?

Helsetjenesteaksjonen (HTA) ble stiftet våren 2013 av sju sykehusleger og tre fastleger som oppfølging av kronikken «Ta faget tilbake», som ble publisert i *Tidsskriftet* 19. mars 2013 (1). Vi fikk raskt tilslutning fra andre helseprofesjonsgrupper. Våren og sommeren 2013 hadde vi en rekke medieutspill og kontakt med politikere fra alle partier, og i september arrangerte vi en vellykket punktdemonstrasjon foran Stortinget. I den forbindelse ble «paroleversjonen» av aksjonens budskap formulert:

- **Helse og omsorg er ikke industri!** Vi vil ha menneskeligheten tilbake. Industriens driftsmodeller passer ikke for helse, omsorg og pleie
 - **Plass til alle!** Vi krever flere behandlingsspiller i sykehus, sykehjem, psykiatrien og rehabiliteringen slik at retten til helsehjelp blir reell
 - **Helse og omsorg er et nasjonalt ansvar!** Vi krever at helsemyndighetene tar helhetlig ansvar for helse- og omsorgstjenestene og at Stortinget bevilger tilstrekkelige midler. Slutt å skyve problemene over på kommunene og helseforetakene
 - **La fagfolkene få gjøre jobben sin!** Fagfolkene trenger tid med pasientene, og sier nei til dyrt og meningsløst byråkrati
- I vinter publiserte vi en ny kronikk, denne gang i *Sykepleien*, der vi særlig argumenterte mot troen på at færre senger betyr høyere effektivitet (2).

I løpet av dette første året har vi lært to ting. For det første at det vi står for og har formulert vekker tydelig gjenkjennelse og tilslutning i brede lag i helsetjenesten. For det andre at de utviklingstrekkene vi er skeptiske til er meget sterkt rotfestet i det politiske miljøet og forvaltningen, slik at det vil ta tid å oppnå endring. Derfor må vi belage oss på å være aktive lenge, og aksjonen må organiseres deretter. Vinteren og våren 2014 har vært brukt til å planlegge dette.

Vi har nå omgjort HTA til en medlemsorganisasjon. Det gir oss en bedre dokumentasjon på støtten vi har, og den jobben vi må gjøre krever litt økonomi. Vi har etablert et styre, som skal virke frem til det første ordinære årsmøtet i februar/mars 2015. Styret består nå av:

- Torgeir Bruun Wyller, professor i geriatri, Oslo, leder
- Kine Bentzen, sykepleier, Haukeland sykehus
- Christel Brurås-Leine, sykepleier i sykehjem, Oslo
- Sven Erik Gisvold, professor i anestesio- logi, Trondheim
- Marit Halvorsen, professor i helserett, Oslo
- Heidi Haukelien, sykepleier og sosial- antropolog, Telemarksforskning, Bø
- Arnulf Heimdal, fastlege, Oslo

Vi har utarbeidet et prinsippprogram som er tilgjengelig på nettet, og som utdyper hva vi arbeider for (3). Styret vil frem til første ordi- nære årsmøte prioritere følgende gjøremål:

- Arrangere minst én stor offentlig marke- ring
- Videreutvikle politiske kontakter i alle stortingspartiene
- Være synlige i massemedier og sosiale medier
- Igangsette utredning av alternativ sty- ringsideologi
- Bidra til ytringsfrihet i helse- og om- sorgssektoren, bl.a. gjennom å hjelpe varslere
- Bygge en effektiv og slagkraftig organi- sasjon.

Vi har redesignet nettstedet helsetjenesteaksjonen.no, der vi oppdaterer med saker fra media, og har ambisjoner om også å publisere tilsendte innlegg. Kronikker, innlegg, kommentarer og svar til denne siden kan sendes til post@helsetjenesteaksjonen.no.

Viktigst av alt: Skal vi komme noen vei, trenger vi medlemmer. Kontingenten er 300 kroner pr. år for yrkesaktive og 150 kroner for ikke yrkesaktive. Man melder seg inn ved å sende en e-post med navn, adresse, ev stilling og arbeidssted til post@helsetjenesteaksjonen.no. Det viktigste hver og en kan gjøre for å støtte HTA er å melde seg inn selv og få sine venner og kolleger til også å gjøre det.

REFERANSER

1. Wyller VB, Gisvold SE, Hagen E et al. Ta faget tilbake! *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 655–9.
2. Wyller TB, Engebretsen LS, Aakre M. Plass nok til alle! *Sykepleien* 27.2.2014. www.sykepleien.no/standpunkt/innspill/1479912/plass-nok-til-alle!
3. Helsetjenesteaksjonens prinsippprogram. <http://helsetjenesteaksjonen.no/prinsippprogram>

TORGEIR BRUUN WYLLER
t.b.wyller@medisin.uio.no

Universitetslektorprisen til Suranga Wickramanayake

Universitetet i Bergen deler hvert år ut Universitetslektorprisen til ein allmennlege som har utmerka seg spesielt positivt som rettleiar i allmennmedisinsk praksis- utplassering for medisinstudentar. Kandidaten blir valt ut på grunnlag av den skrift- lege nominasjonen studentane kan gje etter å ha vore i allmennmedisinsk praksis i ein månad.

Prisen for 2013, som vart utdelt på kurset for universitetslektorane på Voss 15. mai, gjekk til fastlege Suranga Wickrama- nayake ved Vossamed Legesenter. I løpet av 2013 vart han nominert heile tre gonger. Suranga Wickramanayake er opprinneleg

frå Sri Lanka, og er oppvaksten i Frankrike. Han, og kona Irina Frolova, har budd og arbeidd på Voss i ca 10 år.

Både han og kona er svært populære blant studentane. Studentane seier at dei begge er genuint interesserte i at studentane skal ha ei så god praksisteneste i all- mennmedisin som mogleg. Dei føler seg svært velkomne og inkluderte i kontorfel- lesskapet den månaden dei er ved legekonto- ret. Studentane kan alltid søke rettleiing, uansett kor travelt det er på kontoret. Su- ranga Wickramanayake er alltid smilande, blid og tålmodig, og er til stor inspirasjon for dei kommande legene.

Universitetslektor-
prisen for 2013 gjekk
til fastlege Suranga
Wickramanayake.



GRADE – ikke bare kunnskapsgrunnlag, men også anbefaling

Legenes kunnskap nyanseres i økende grad. GRADE er et internasjonalt anerkjent system som ivaretar transparens og fleksibilitet når det gjelder kunnskapsgrunnlag og anbefalinger. Før hadde vi en autoritativ lærebok, nå har vi elektroniske oppslagsverk som klarere viser kildegrunnlag og vurderinger.

Hvor godt fundert er en medisinsk sannhet? For legen som beslutter og handler, er søken etter valid kunnskap en kontinuerlig prosess.

«Å vite når man vet noe og å vite når man ikke vet noe – det er kunnskap», sa Konfusius for omtrent 2500 år siden.

I dag kan vi nyansere og gradere dette ytterligere – og i flere tiår har vi hatt en mengde systemer for å angi kunnskapsgrunnlaget for å underbygge vitenskapelig argumentasjon. Kunnskapsgrunnlaget er naturlig nok sterkere dersom vi kan vise til godt utførte studier med klare forskjeller i effektmål og hvor man ikke har risiko for alvorlige bivirkninger sammenliknet med logiske antagelser eller anekdoter. Men det blir fort frustrasjon når vi som leger må forholde oss til flere systemer og definisjoner. Dessuten ønsker vi som klinikere veiledning og anbefalinger – og ikke bare en angivelse av et kunnskapsgrunnlag.

I 2000 grep dr. Andy Oxman ved Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten fatt i dette problemet og dannet en internasjonal gruppe (GRADE Working Group) for å skape ett system.

Representanter fra WHO, Center for evidence-based medicine i Oxford, National Institute for Health and Care Excellence m.m. har over flere år arbeidet sammen med klassifikasjoner og metode. Resultatet kalles Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation (GRADE) og det ble presentert i BMJ i 2004. Systemet er i økende grad blitt anerkjent og brukes i dag i retningslinjer og oppslagsverk verden over. Helsedirektoratet har foreslått at norske retningslinjer burde bruke dette systemet. Så vidt meg bekjent er det kun brukt i antibiotikaveilederen for sykehus i Norge.

Kunnskapsgrunnlag

Kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget graderes for at brukeren skal vite i hvilken grad

resultatene i studiene som retningslinjene bygger på, er til å stole på (1).

▣ **Høy kvalitet** angir at vi har stor tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten, for eksempel en eller flere godt utførte randomiserte studier.

▣ **Middels kvalitet** angir at vi har middels tillit til effektestimater, for eksempel ved risiko for systematiske feil eller skjevheter.

▣ **Lav kvalitet** angir at vi har begrenset tillit til effektestimater, for eksempel bruk av en ikke-ideell studietype i forhold til spørsmålsstillingen. En observasjonsstudie vil normalt vurderes som et svakere grunnlag enn en randomisert studie ved effektvurdering av et tiltak. Imidlertid vil en god observasjonsstudie – hvor vi kjenner godt til det naturlige forløp av en tilstand – kunne vurderes høyere opp i hierarkiet fremfor en dårlig utført randomisert studie.

▣ **Svært lav kvalitet** betyr at vi har svært liten tillit til at effektestimater ligger nær den sanne effekten. Ved case-studier eller case-serier vil antall pasienter være lite og rapporteringen får et «anekdotisk» preg. Disse studiene kan være viktige eller for så vidt sanne, men vi kan ikke uten videre si at det er sikkert. Ofte vil en case-studie være et godt utgangspunkt for hypotesedanning og nye og mer grundige studier, men det gir ikke et godt kunnskapsgrunnlag.

Disse graderingene samsvarer til en viss grad med A-, B-, C- og D-graderinger som brukes mye i de norske retningslinjene. I det elektroniske oppslagsverket Uptodate har de modifisert dette til a, b og c, hvor c står for lav kvalitet. Uptodate er gratis tilgjengelig på Helsebiblioteket.no.

Anbefalinger

Kunnskapsgrunnlaget er bare ett element i puslespillet av faktorer som man skal ta hensyn til før man lager en anbefaling. Anbefalinger vil implisitt ta hensyn til hvilket samfunn vi bor i, hvilke kulturelle og verdimeslige strømninger og økonomiske

muligheter som er til stede. De vil ideelt ta hensyn til ekspertenes skjønn og fagkunnskap samt pasientenes preferanser, der det er naturlig.

GRADE-systemet åpner derfor for graderte anbefalinger. Disse anbefalingene er kontekstuelle, det vil si at en retningslinje som for eksempel er utarbeidet i Peru med GRADE-systemet ikke uten videre kan overføres til Norge.

Anbefalingene er angitt i fire kategorier; med enten en sterk eller svak anbefaling for et tiltak, eller en sterk eller svak anbefaling mot et tiltak. I Uptodate graderes en sterk anbefaling med tallet 1 og en svak anbefaling med tallet 2. Slik kan en referanse merkes med 1 a, b eller c eller 2 a, b eller c. Det vil åpne for en mer livlig diskusjon rundt temaer med svake anbefalinger på legekantorene. Leger bør være åpne for å ta disse diskusjonene når pasientene er interessert i det.

Nå skulle man tro at et kunnskapsgrunnlag av høy kvalitet automatisk ville føre til en sterk anbefaling, men slik er det ikke. Vi vet at penicillin hjelper mot lungebetennelse (høy kunnskapskvalitet), men likevel vil de fleste norske leger sterk fraråde å behandle alvorlige demente, sengeliggende pasienter som har pneumoni.

I andre tilfeller vil kunnskapsgrunnlaget være av svært lav kvalitet, men likevel vil Helsedirektoratet gi en sterk anbefaling om å iverksette tiltak. Da svineinfluensaen startet og tok liv i Mexico, hadde vi ikke tid til å teste ut influensavaksinen skikkelig. Til tross for dette kom det sterke anbefalinger fra Folkehelse og Helsedirektoratet om å massevaksinere befolkningen. Dette viser at GRADE ivaretar transparens og fleksibilitet i forhold til andre viktige elementer ved helsepolitiske beslutninger eller utarbeiding av retningslinjer.

Utarbeiding av retningslinjer er en møysommelig prosess, og interesserte anbefales en grundigere fordykning i litteraturen (1) og samarbeid med kompetente rådgivere. GRADE har etter hvert oppnådd internasjonal anerkjennelse. Da er det et tankekors at selv om opprinnelsen til GRADE har utgått fra det norske kunnskapscenteret, så klarer vi ikke å gjennomføre GRADE-standarden på de norske retningslinjene. Det er et håp om at flere norske retningslinjer kan utarbeides ut fra dette systemet i fremtiden.

REFERANSE

1. <http://helseDirektoratet.no/publikasjoner/veileder-for-utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Sider/default.aspx>

ALEXANDER WAHL
Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket

SPØRSMÅL FRA RELIS

Etter utfasingen av digitoksin er det nå nesten utelukkende digoksin som brukes hos pasienter med behov for digitalisglykosid. Overgangen har ikke vært uproblematisk. Både sykehusinnleggelse og dødsfall har vært satt i sammenheng med ulike typer feil ved bytte fra digitoksin til digoksin. Det er også tydelig at pasientetterlevelse kan være en utfordring. Måling av serumkonsentrasjon er et nyttig verktøy på veien frem til riktig bruk av digoksin, forutsatt riktig prøvetidspunkt. En kasuistikk som illustrerer flere av disse problemstillingene presenteres.



DIGOKSIN: dosering og

Terapeutisk område

I følge godkjent preparatomtale er terapeutisk serumkonsentrasjon for digoksin (s-digoksin) 0,6–1,3 nmol/L. Toksisitet oppstår vanligvis først ved nivåer over ca 2,6 nmol/L, men kan også ses ved lavere konsentrasjoner (1). Det er viktig å være klar over at disse tallene er bunnverdier, det vil si laveste verdi mellom to doser.

Hvor viktig er prøvetakningstidspunktet?

Halveringstiden for digoksin er ca 36 timer, økende til rundt 100 timer ved nedsatt nyrefunksjon. Det tar 3,5 halveringstider, for digoksin altså minst seks døgn, etter oppstart eller etter doseendring å innstille et nytt, stabilt serumnivå («steady-state»). Det er derfor generelt anbefalt at s-digoksin måles tidligst ca en uke etter oppstart/doseendring.

Laveste serumkonsentrasjon (Co; «bunnverdien») mellom to doser av et legemiddel ses rett før inntak av neste dose. Hvis pasienten tar digoksin om morgenen bør prøven derfor tas medikamentfastende neste morgen/formiddag. Dersom pasienten tar digoksin to ganger daglig bør prøven tas 12 timer etter siste dose. Noen timers avvik fra optimalt tidspunkt gir ikke store feil, men prøver tatt mindre enn om lag seks til åtte timer etter siste dose kan være vanskelig å tolke da ekstrapolering til bunnverdien hos enkeltindividet ikke er mulig. Slike prøver vil ofte ha liten informasjonsverdi og er lite egnet som beslutningsgrunnlag for opp- eller nedjustering av dosen.

Ujevn dosering

Noen leger velger fortsatt å forskrive digitalis «én tablett daglig unntatt onsdag og søndag», slik det var vanlig med digitoksin. Det ses også mer kompliserte regimer som to tabletter daglig tre dager i uken + én tablett daglig fire dager i uken. Dette kan selvsagt være problematisk i forhold til etterlevelse, men kan også gi problemer i forhold til tolkning av farmakologiske analysesvar. Digitoksin hadde lang halveringstid (syv døgn eller mer), mens digoksin som nevnt over normalt har en halveringstid på

rundt 36 timer. Ujevn dosering vil derfor gi mer svingende serumkonsentrasjon for digoksin, og i verste fall kan dette føre til endring av dosen på feil grunnlag.

Kasuistikk

En 71 år gammel mann med hjertesvikt, normal nyrefunksjon (s-Kr 78), fikk forskrevet digoksin 0,25 mg, 1 tablett daglig, i november 2013. Elleve dager senere oppgir han at han er trøtt og slapp, men dette tilskrives dårlig regulert diabetes (HbA1c på 11,2 prosent). S-digoksin måles til 1,6 nmol/L, men pasienten hadde da tatt digoksin om morgenen samme dag. Ny måling i slutten av november, samt en prøve tatt midt i desember, viser 1,1 nmol/L. Så tas det en prøve 6. januar som viser 0,4. 27. januar er han inne til ekko-undersøkelse, og i epikrisen står det: Ny medikasjon: Lanoxin 0,125 mg x 1. Speil tatt tre dager senere viser 0,5. I innkomstjournal 6. februar og epikrise 7. februar angis at pasienten bruker Lanoxin 0,25 x 1. S-digoksin rekvirert av fastlegen 18. februar var 1,3, hvorpå doseringen ble endret til 0,125 x 1 unntatt tirsdag og lørdag. Måling 11. mars (som var en tirsdag) viser 1,1. På hjertesviktpoliklinikken 25. mars oppfattes det usikkerhet rundt tablettstyrker og faktisk doserings-regime. Derfor anbefales det nå 0,0625 mg som en fast daglig dose, og ny prøve om to til tre uker. En måned senere (22. april) er s-digoksin 1,1. Så tas det en prøve hos fastlegen 27. mai, der s-digoksin er 3,7. Lanoxin blir da seponert. 6. juni og 11. juni er s-digoksin hhv 0,4 og 0,3.

Ved konsultasjon på poliklinikken 17. juni oppgir pasienten at han er i fin form. Kona bekrefter dette, og forteller at før han sluttet med tablettene satt han for det meste i en stol og småsov. I samtale med sviktskykepleier kommer det frem at det er kona som styrer med medisinene. Hun synes det er vanskelig å dele disse tablettene, og har derfor gitt han 1 tablett om gangen. Det er imidlertid usikkert hvilken styrke som har vært brukt, og om tablettene har vært gitt daglig. Det bestemmes nå at pasienten skal være uten digoksin frem til neste ekkokontroll etter sommeren, og at en ny vurdering om bruk av digoksin må tas da.

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

monitorering

Kommentarer

- Oppstartdosen 0,25 mg x 1 er i samsvar med anbefalingen fra Statens legemiddelverk for pasienter med normal nyrefunksjon. S-digoksin på 1,1–1,3 er i øvre del av referanseområdet.
- Prøver tatt i januar-mars sammenholdt med doseringsinformasjon gir grunn til å stille spørsmål ved faktisk dose; tas det 0,25 eller 0,125 mg, og tas tablettene daglig eller unntatt tirsdag og lørdag?
- Den høye verdien av s-digoksin målt hos fastlegen 27. mai kan skyldes analysefeil, prøvetaking få timer etter inntak, eller bruk av for høye doser over tid. De påfølgende målingene tatt 10 og 15 dager etter seponering er lave (hhv 0,4 og 0,3), og tyder ikke på langvarig overdosering.
- Lanoxin® tabletter finnes kun i styrken 0,25 mg. I Felleskatalogens nettversjon angis at de skal svelges hele, men både her og i godkjent SPC angis doser tilsvarende 1/2 eller 1/4 tablett.
- Digoxin® tabletter finnes i styrkene 250 µg (0,25 mg) og 62,5 µg (0,0625 mg). Tablettene kan deles.

Anbefaling

- Digoksin bør tas i en fast, daglig dose. Bruk av hele tabletter gir trolig bedre etterlevelse enn delte tabletter.
- Etter oppstart/doseendring bør speil tas etter ca en til to uker, når «steady-state» er oppnådd.
- Blodprøve for s-digoksin bør tas medikamentfastende, det vil si rett før neste dose. Prøve tatt mindre enn om lag seks timer etter siste dose gir usikkert svar.
- Både prøvetidspunkt og tidspunkt for siste medikamentinntak må av hensyn til tolkningen av svaret angis når analyse rekvireres.

REFERANSE:

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Lanoxin. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 15.05.2012).

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

Svarte postkort

I

*Almanakken er fulltegnet, fremtid uviss,
Kablen nynner tyst på en folkevise
uten hjemland. Snøfall på blyhav. Skygger
slåss utpå brygga.*

II.

*Midt i livet hender det døden kommer
og tar mål av mennesker. Det besøket
glemmes, livet fortsetter. Selve dressen
syes i stillhet.*

TOMAS TRANSTRÖMER
TIL NORSK VED JAN ERIK VOLD

Jeg har valgt et dikt av den svenske dikteren og nobelprisvinneren Tomas Tranströmer. Han har en rik samling med gode dikt som best leses med hjertet.

Kanskje sier dette diktet noe om at for alt vi vet får vi dette ene livet. Det er alt utmålt og registrert med liten

skrift i en kontrakt som holdes skjult. Best ikke å skille mellom gode og dårlige dager, men leve dem alle så fullt vi kan – øyeblikk for øyeblikk.

Hilsen fra
SVEN SLAGSVOLD



ILLUSTRASJONSFOTOS: COLOURBOX