

Utposten

6 2014
ÅRGANG 43

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Samisk helse - hva er erfaringene?

Intervju med Per Fugelli
Journalssystemer / E-reseptor

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: Peter Rosen/LaplandMedia

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: ALIS – i, eller utenfor, eventyrland
Badboni El-Safadi

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:
Allmennlegen – hipp hurra og nam nam!
Per Fugelli intervjuet av Sigurd Høye

6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Vold i nære relasjoner – en oversett utfordring
Arild Aambø, Tahirah Iqbal og Bente Fjeldstad

15 'Oppstarthåndbok i allmennpraksis'.
Hva, av hvem, for hvem og hvorfor?
Robert Burman

16 Heroin i Bergen
Ola Jøsendal og Christian Ohldieck

19 Trondheimserklæringen – et visjonært dokument for helsefremmende arbeid
Kristine Asmervik

23 ENQUETE: Fremtidens journalsystem – legenes visjoner
Susanne Prøsch, Dag Nordvåg, Regin Hjertholm og Ole Andreas Bjordal

26 ENQUETE: Fremtidens journalsystem – journalutviklernes visjoner
Endre Dyrøy, Peter Evans og Thorvald Remø

28 Innføring av nasjonal kjernejournal – status og beskrivelse
Bent A. Larsen, Florentin Moser, Eirik Nikolai Arnesen og Nina Refsum

34 Nye veiledere.
Bente Aschim, Kristin Prestegaard, Sverre Lundvall og Peter Prydz

36 Forsvunne notater.
Bjørn Øygaard

37 E-resept i sykehus.
Anne-Berit Norman Paulsen

39 'Tiden er et skip som ikke kaster anker'.
Utvikling av helseog sykdomsbildet og helsetjenester i den samiske befolkningen
Siv Kvernmo

44 REFLEKSJONSNOTAT: Å gjøre godt
Anne Paus

47 Ukas pasient – første uke i allmennpraksis
Stine Skoglund

48 BOKANMELDelse: Oppstartsbok i allmennpraksis
Anmeldt av Johanne Westin og Ole Kristian Losvik

45 FASTE SPALTER

LYRIKKSTAFETTEN **51**

LÆRERIKE KASUISTIKKER **52**

RELIS **54**

HISTORIER FRA VIRKELIGHETEN **56**

ALIS – i, eller utenfor, eventyrland

Tidligere helseminister Bjarne Håkon Hanssen sa allerede i 2009 at det manglet 2200 allmennleger i kommunene (1), president Hege Gjessing i Legeforeningen fulgte opp sommeren 2014 og sa at det vil være behov for rundt 2500 nye allmennleger de neste fem årene (2), med andre ord en økning på 500 allmennleger i året – eller 1,4 pr. dag. Kari Sollien (leder i Allmennlegeforeningen) påpekte nylig at det ikke var tilrettelagt for denne økningen av allmennleger i statsbudsjettet for 2015 til tross for at kravene til fastlegene stadig øker (3).

ALIS (Allmennlege i spesialisering) er et forholdsvis nytt og ukjent begrep i Norge. De fleste har hørt om sykehusenes «LIS-leger» og har en viss anelse om hva en LIS-lege representerer. Den store A'en foran gjør LIS-begrepet litt mer eksotisk og ukjent.

Den plutselige overgangen fra å være fastlønnet lege i en strømlinjeformet tjeneste på en sykehusavdeling til en mer fristilt rolle som næringsdrivende allmennlege kan være mildt sagt utfordrende. Hva allmennlegene gjør når de tiltrer sine arbeidsoppgaver, kanskje rett etter turnus eller etter noen års erfaring i forskjellige fagområder, har tradisjonelt vært opp til hver enkelt lege å finne ut av – med få skuldre å lene seg på og med svært varierende grad av veiledning og veiledningskvalitet (eller mangel på sådan vil noen si).

Det er ikke bare å stille på kontoret og ha pasienter tilgjengelige for å holde driften i gang. Som allmennlege i en fastlegepraksis får man også arbeidsgiveransvar for medarbeidere, med de plikter og forpliktelser dette medfører. Man skal ikke kimse av papirarbeidet og de administrative oppgavene som i dag er blitt betydelige tidstyver. At den ferske allmennlegen skal sjonglere med alt av obligatoriske kurs og endatil få tid til å etablere seg med ektefelle og barn er også et lite kunststykke.

De siste årene har det vært krav om at man skal ha veiledning i en periode etter at man har begynt i allmennpraksis. Det skal gi en kvalitetssikring. Har den nye allmennlegen vært så heldig at vedkommende har havnet på et legekantor med velmenende og hyggelige kolleger som er behjelpelig i en kaotisk oppstartsfasen, så er det gull verdt – nesten som i eventyrland. Derfor har utvalget som har etablert ALIS hatt som sitt første prosjekt å få på plass en veileder som skal hjelpe alle ferske, men også andre allmennleger med å orientere seg og gi nyttige tips til å komme i gang med, og gjennomføre, spesialiseringen i allmennmedisin.

Hva skal til for å lokke 1,4 nye allmennleger daglig til norsk allmennmedisin? Utfordringene står i kø og så langt har vel de færreste klart å finne løsninger som fungerer for alle kommuner. I noen kroker av vårt langstrakte land er det enklere å rekruttere nye allmennleger enn i andre. Noen kommuner har funnet ut at det å tilby fastlønn kan være med på å gi trygghet, rammer, og det har gitt suksess i rekrutteringen. En del kommuner i Nord-Norge tilbyr en blanding av fastlønn og privat virksomhet (ofte omtalt som «incentivmodellen»), mens andre igjen overlater alt det økonomiske ansvaret til den enkelte allmennlegen (typisk storbyfenomen).

Fordelene med fastlønn er forutsigbarhet og trygghet for legen, i og med at feriepenger, pensjonsavtale og kursrettigheter er inkludert i «pakken». Den rake motsetningen er at man selv sitter på alt ansvar og får alle inntekter som genereres – men dermed også risikoen som tilligger næringsdrift. Ved sykdom, ferier eller kurs må man belage seg på tapte inntekter. Usikkerhet rundt inntjening og økonomi og det mange opplever som et overveldende ansvar for praksisdrift, er faktorer som skremmer unge leger bort fra allmennmedisin.

På vårt fastlegekontor i Bergen har vi etablert to «0-hjemler», og som en

velkomstpakke fikk våre nye kolleger overført 200 pasienter hver fra to andre leger. Videre har vi i felleskap funnet en fordelingsnøkkel som alle synes er rettfærdig. Legene med større listelengde betaler en forholdsvis større andel av utgiftene til fellesskapet mens legene som har +/-200 pasienter på sine lister betaler en forholdsvis mindre del. Nå – et halvt år etter etableringen av listene – har legen med den desidert største fremgangen på sin liste så langt tjent 5000 kroner. Det er ingen overdrivelse. Og vi vet med sikkerhet at det blir en stund til den andre legen tjener det samme.

Å etablere fastlegepraksis er et sjansespill og en investering som ikke alle kan ta seg råd til. For å få endene til å møtes må man jobbe mer og det igjen betyr mindre tid til familie, venner og fritid. For unge leger i etablering betyr de nevnte faktorene mye, mange vegrer seg mot å «gi avkall på alt» i noen år. Ved Dalen legesenter var det ikke Bergen kommune, men senteret som tok ansvar og tilrettela startbetingelsene for de to nye legene. Og selv om det blir trange tider ennå en stund, har i alle fall legesenteret gjort det vi kan for å hjelpe de to i gang.

Dessverre har ikke alle legesentre de samme forutsetningene for å bidra like mye ved etablering av 0-lister. Derfor vil jeg på vegne av nye allmennleger utfordre alle til å komme med konstruktive forslag til hvordan vi kan bedre rekrutteringen av fastleger og allmennleger. Vi vet at vi er altfor få i dag.

BADBONI EL-SAFADI

REFERANSER

1. <http://www.vg.no/forbruker/helse/helse-og-medisinhelse-hanssen-vil-ha-2200-nye-fastleger/a/558584/>
2. Sagt i intervju på TV2-nyhetene sommeren 2014
3. [www.dagensmedisin.no/nyheter/pa-stedet-hvil/](http://www.dagensmedisin.no/nyheter/pa-stedet-hvil-/) (10.10.2014)

Allmennlegen -

Per Fugelli ■ INTERVJUET AV SIGURD HØYE

Selv mer enn 20 år etter sin siste konsultasjon som allmennlege, opplever Per Fugelli allmennlegekorpset som en av sine aller viktigste flokker.

En allmennmedisinsk vekkelsespredikant. Den politiske legen. En danser med og mot tidsånden. En vokter av medisinsens grunnstoff. Slik beskrives han i *Per Fugelli. En lesebok. Tekster i utvalg 1969–2014*. Karakteristikkene kommer fra henholdsvis Kirsti Malterud, Steinar Westin, Anne Kveim Lie og Jan Frich, som har bidratt med hver sin analyse av Fugellis forfatterskap.

Per Fugelli er tilsynelatende gjennomintervjuet og gjennompresentert. Nylig klarer til og med VG-TVs reporter å avtvinge ham en demonstrasjon av hvordan han knytter sin sløyfe. Men vi blir likevel ikke lei av å se og høre ham – lik en gammel rockestjerne som fremdeles klarer å produsere god musikk. *Utposten* har fått en dobbelttime for å snakke om, og med, *allmennlegen* Per Fugelli.

Fugellis prøveforelesning over selvvalgt emne til doktorgraden i 1978 handlet om allmennmedisinen, dens tilstand og fremtid. Tittelen var betegnende nok «Vår ære, vår avmakt og veien fram». Tretti år senere holdt han festtale i anledning 40-årsjubileet til Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo. Tittelen var da endret til «Vår ære, vår makt og veien fram».



hipp hurra og nam nam!

UTPOSTEN: Hva hadde skjedd i mellomtiden? Og hva tenker du om faget vårt nå?

– Jeg tenker først og fremst hipp hurra. Det er mulig det er meg som trenger lyspunkter for tiden, men jeg mener det er et lite under i landet at vi har fått dette til. Da jeg var ferdig utdannet i 1969 var allmennmedisinen på vei mot en slags død. Det var mye misme, stigma og fordommer, og mange så på allmennmedisinen nærmest som en slags søppelkasse. Men nå har vi en fastlegeordning, et stolt korps av dedikerte og respekterte folk. Det gjøres undersøkelser i landet, og man spør: Hvem av politi og lærere, prester og journalister og så videre har du mest tillit til, og alltid kommer fastlegene på topp. Allmennmedisin har blitt et hovedfag ved alle de fire universitetene våre. Solide, bærekraftige strukturer for forskning er på plass, så jeg synes det er en drøm som har blitt virkelig. Det eneste ankepunktet, det jeg skulle ønske meg, er at allmennmedisinen og fastlegene mye mer offensivt marsjerer inn i resten av medisinen med sin kompetanse, sine verdier og sitt pasientsyn. Det er utrolig mye ved arbeidet, tradisjonene og idealene i fastlegeordningen og allmennmedisinen som resten av medisinen trenger. *Menneskelegen*, om du vil. Vi skulle infiltrert med freidig mot og sang og spill.

«Allmennmedisinens diamanter»

Fugelli har allerede listen klar over hva allmennmedisinen har å bidra med i resten av medisinen.

– Særlig alvorlig syke på vei mot sin død i sykehus skulle hatt en fastlege med alle fastlegens kvaliteter: nærhet, personkjenning, kontinuitet. Men mer enn det, jeg tenker at sykehusklinikere kan ha godt av å bli trent av allmennpraktikere i det jeg har kalt Godt nok, at allmennlegene kunne være med på å avlære dem perfeksjonisme, frykt for å gjøre feil. Det tredje jeg tenker på, som mange sykehusleger mangler – noen er gode på det, bevare meg vel – er å dele makt. Dette å erkjenne at god klinikk oppstår når to eksperter møtes: legen med medisinsk kunnskap og ferdigheter, og den syke som er ekspert på seg og sine muligheter, begrensninger, fremtidshåp.



Noe av det flotte med å møte allmennpraktikere, gjerne unge allmennpraktikere, er å se deres glede ved legelivet. Den gleden er vanskelig å oppdage i sykehuset. Jeg tror det kommer mye av den personlige relasjonen i allmennmedisinen. Det står til og med i *Håvamål*: Mennesket er menneskets glede. Men man må møte dette andre mennesket med en rimelig grad av varme og nærhet for at mennesket skal bli menneskets glede. Og det siste som vi burde smugle inn til de forkomne i sykehusene, det er stolthet ved faget, opplevelsen av å være i en flokk som er i oppdrag og som har en slags lojalitet til faget sitt. Et korps i begeistring over det de har fått til, og som er på vei.

UTPOSTEN: Et av de fire hovedkapitlene i den nevnte leseboken heter *Allmennmedisinen – en kjærlighetserklæring*. Men har kjærlighet gjort blind? Det er vel noen allmennleger der ute som verken kjenner igjen seg selv eller en del av sine kolleger i denne flotte kompetansebeskrivelsen?

– Ja men altså, for Guds skyld, det er vel 4–5000 fastleger der ute, og heldigvis er de ikke kloner av hverandre, eller av meg. Det

er mange dyr i den allmennmedisinske jungelen, og det er noe av det som gjør den så mangfoldig, vill og spennende. Men jeg tror virkelig folk tenker dette er diamanterne våre, jeg tror ikke det er nostalgisk tøv. Flertallet av disse røverne har marsjert inn i dette faget fordi de tror på noe, de vil noe, de ser noen særpreg ved å være førstelinjelege, fastlege, som er magneter for dem. Hva er så det? Selvfølgelig er det medisinen, det å ta medisinsens kunnskap og teknologi i bruk der ute hvor folk bor, å oversette den galopperende medisinske vitenskap, hente ut hverdagsredskapene og gjøre dem nyttige for folk på en onsdag. Det er gull. Det er det ene. Men det jeg tror er fristelse nummer to – eller egentlig nummer en for veldig mange – er å være menneskelege, å være nær livet sjøl. Jeg synes alltid det er en fest å møte kolleger som har vært i allmennmedisinen lenge; de er nødt til å bli kloke. Og de er nesten uten unntak nødt til å bli rausere. Jeg tror du skal lete lenge blant allmennleger på 60 år etter intoleranse, dømmesyke, fordommer – fordi de i 30 år har vært borti hele eventyret av merkverdigheter når det gjelder mennes-

kets liv med seg selv og med andre. Det å være allmennlege gjennom et liv er et misunnelsesverdig dannelsesprosjekt.

– Men det er utrolig viktig at fastlegene ordner seg slik i forhold til pasientene at disse kvalitetene kommer frem, at pasientene opplever at her er det en som det er mulig å bygge tillit og trygghet sammen med. En som har tid til å lytte og som er god på å pusle bitene sammen til et helhetsbilde. Jeg hører av og til at det er enkelte fastleger som har den ordning at hvis du har to problemer, så må du bestille to timer. Hva er det for en oppfinnelse? Det er jo kollektivt selvmord, og jeg håper det ikke er vanlig. Pasientene vil forståelig nok føle seg krenket og tenke fastlege, ansvarlig lege: tomme tønner.

Sosialmedisin steinauga

Per Fugelli var altså doktor på Værøy og Røst fra 1970 til 1973, og i Porsanger fra 1977 til 1980. Frem til utpå 90-tallet jobbet han som doktor på Røst noen somre. I teksten «Forenklet selvangivelse» fra boken «Med makten i sitt ord. Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen» fra 2003 skriver han at Porsanger satte ham på sporet av en

sosialmedisinsk relativitetsteori: $h = b \times (k+p)ts$, der helse og sykdom er et produkt av biologi ganger kultur og politikk opphøyd i tid og sted. Videre i selvangivelsen skriver han om overgangen fra allmenn- til sosialmedisin rundt 1992:

«Nå hadde jeg vært i allmennmedisinen med enkeltmennesket som arbeidsenhet i over 20 år. Det var på tide å summere erfaringene, bytte individet med samfunnet, flytte fra allmennmedisin til sosialmedisin. Jeg bestemte meg for at neste fase i det faglige livet skulle handle om å synliggjøre og påvirke innholdet i helselikningen», nærmere bestemt å drive «ukontrollerte forsøk på å granske og endre faktor k og faktor p i den sosialmedisinske relativitetsteori.»

Under Fugellis forelesning for oss 1.semestertstudenter i Oslo mot slutten av 90-tallet var likningen forenklet til $h = b \times k \times p2$. Har det vært like givende å prøve å påvirke k og p som det var å være kliniker?

– Det er klart, noe av det deilige med å være i praksis er å få fylt lengselen etter å gjøre nytte for seg på jorden. Da jeg var kliniker i Finnmark og Lofoten og skulle legge meg om kvelden, var det aldri vanskelig å gjøre opp et godt regnskap for denne dagen. Det var til å ta på, jeg kunne nesten holde det i hånden. Det er mye mer strevsomt å forsvare mening i det du gjør når du forsvinner opp i teori, profeti, misjon og politikk. Nyttien er mindre målbar. Så når jeg nå har holdt på med dette i 20 år, er det ikke først og fremst fordi jeg er overbevist om at det har ført til noe, eller vært nyttig, men rett og slett fordi det har vært gøy. Det har gitt mening for meg i betydning selveralisering, ta anleggene i bruk og ha glede av å være i manesjen og sniffe kruttrøyk.

I sin forenklete selvangivelse skriver Fugelli om det medisinske steinauga.

«... jeg følte meg av og til truffet av et uttrykk de har på Jæren. Noe av det beste de kan si om en mann er at han har 'steinaua'. Det vil si at han har en egen, nesten kunstnerisk evne til å 'se' eller 'lese' steinen – hvordan den best kan angripes for å få den opp av jorden, hvordan den passer klokt inn med de andre steinen i gjerdet. På Værøy og Røst utviklet jeg et medisinsk 'steinaua', et klinisk blikk som satte meg i stand til å fange sykdommen tidlig.»

UTPOSTEN: Finnes det så et sosialmedisinsk steinauga?

– Det er heldigvis mange forskjellige sosialmedisinere – vel, egentlig ikke, det er jo snart ingen igjen her til lands. Men ute i verden og opp gjennom historien så har sosialmedisinere nesten alltid blitt trukket mot to poler. Den ene gjengen er epidemiologisk orienterte folk. Bra folk, det er de

som teller, levekår og helse, klasse og helse. Det er anstendige vitenskapsfolk, rene i hjerte og hjerne, og de vil ikke forurense faget sitt med politikk og ideologi. De er i det store flertall. Den andre gjengen er jo de som blir litt besatt, for de tror på noe. De er ikke egentlige vitenskapsfolk, de er heller profeter eller ideologer, politikere, de vil bruke faget til å forbedre verden, skape mer rettferdig samfunn og gjøre livet tryggere og friere for menneskene. Jeg har jo hørt til i den gjengen. Og for dem tror jeg det finnes et sosialmedisinsk steinauga; å ha et våkent blikk for aktualiteter som egner seg for å bli sosialmedisinske case. Du kan preke til du blir rød eller blå om sosialmedisinsk kunnskap, resonnementer og teorier uten å nå frem. Men hvis du klarer å infiltrere det i det folk er opptatt av og drøfter i matpausen akkurat nå, da har du en åpning.

UTPOSTEN: Fugelli er opptatt av å avlære perfeksjonisme og å redusere frykten for å gjøre feil i helsevesenet. Kan også sosialmedisinere gjøre feil?

– Det har vært en del av min metode å ta feil, være urimelig frekk, være naiv og dum, bli gjennomskuet. Hvis du nå har valgt å være en del av denne lille tapre og komiske flokken av sosialmedisinere som bare har forkledd seg i hvit frakk og jukser med tall for å få frem budskapet sitt, så må du være en stuntman. Hovedmålet har vært å flytte oppmerksomhet på makt og helse ut der hvor folk bor, arbeider, leker og elsker, ut i jungelen, ut i hverdagen. For å få til det må du plante nyssgerighet, underholde, skape krig. Og da må du være litt villmann, lyve og ta feil.

Det naturlige eksempelet her er debatten rundt røykeloven for drøyt 10 år siden. Fugelli markerte seg som en motstander av loven den gang.

– Jeg har ingen vansker med å se at det var dumt å gå mot røykeloven som sådan. All ære til Høybråten som modig og med ryggrad fikk gjennom loven. Men det som var et veldig viktig anliggende for meg den gang og som jeg aldri vil gi meg på, var at samtidig med røykeloven ble det pisket opp en hetsstemning mot røykerne, hvor det plutselig ble laget et bilde av dem som undermennekser, som viljesvake og dumme. Det synes jeg var unødvendig.

Helse på norsk

På tross av at han altså ikke omtaler seg som en ordentlig vitenskapsmann, har Per Fugelli bedrevet mye forskning. Han var blant de aller første som avla en allmennmedisinsk doktorgrad i Norge, med avhandlin-





gen *Helsetilstand, helsetjeneste og legemiddel-
forbruk på Værøy og Røst*, og han ble professor
i allmennmedisin ved Universitetet i Ber-
gen allerede som 40-åring.



**UTPOSTEN: Hvilken nytte kan allmennlegen
ha av din forskning?**

– Med hånden på hjertet og hjernen, og jeg mener det virkelig: ingen. Hadde du ikke vært så ondskapsfull at du hadde spurt om nytte nettopp for allmennlegene, så kunne jeg gitt et stolt svar, og det er *Helse på norsk*. Det var et prosjekt jeg gjorde sammen med Benedicte Ingstad, der vi prøvde å sette lys på folks egne erfaringer. Hva er god helse, hva bygger helse, hva river ned helse, for deg, på en onsdag? Det ble en innsiktskapende og viktig folkets helsemelding. Jeg håper at den boken kan være en nyttig grunnbok for dem som jobber med forebyggende helsearbeid, samfunnsmedisin, i Direktoratet, på Folkehelse, folkehelsekoordinatorer som dukker opp overalt i kommuner og fylker. Jeg håper den kan være med på å vaksinere samfunnsmedisinen mot dens kroniske sykdom, nemlig innbilningen at vi vet hva folk er best tjent med. *Helse på norsk* kan sette dem på sporet av hva mottakerne føler og tenker, og bidra til å ta dem med på laget – som en makroversjon av det allmennmedisinerene er gode på, å dele makt. Det var derfor det spørsmålet var så slemme – allmennpraktikerne har jo ikke bruk for dette, for allmennpraktikerne vet det allerede. De får innskudd i innsynsbanken om folks forestilling rundt

helse og sykdom 20 ganger pr. dag. Allmennlegene vil kjede seg med den boken.

På tvers

Tversoversløyfen har vært en fast og gjenkjennelig del av Per Fugellis uttrykk i hele hans offentlige liv. Sløyfen står nøyaktig 90 grader på tvers av det langt mer konvensjonelle legeslipset.

– Javel, på tvers av – men jeg tenker at legene i Norge, og særlig allmennpraktikerstanden, er og har alltid vært en særdeles viktig flokk for meg. Utenom familien og noen nære venner, så er det stammen min. Jeg sier ja takk, nam-nam, til tilhørigheten, tryggheten, identiteten og lojaliteten flokken gir. Men det er også ufattelig viktig at inni disse flokkene skal det være opprørere, kritikere, opposisjonelle som setter flokkens verdier på prøve og bringer dem i utvikling og forandring. Flokker som er på stedet hvil i en misforstått lydighet mot seg selv vil det gå galt med. Og ikke minst i legestanden, og mellom legestanden og samfunnet, er det ufattelig viktig at vi har mot til selvangivelse og selvkritikk og selvforbedring. Av og til har det jeg har sagt falt på stengrunn og det har vært en forbigående kulde, men jeg har alltid følt meg velkommen og verdsatt i legeflokken.

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.

Vold i nære relasjoner

– en oversett utfordring

■ ARILD AAMBØ

Lege og allmennpraktiker, seniorrådgiver ved NAKMI
(Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse)

■ TAHIRAH IQBAL

Rådgiver ved Røde Kors, Tvangsekteskapstelefonen

■ BENTE FJELDSTAD

Konstellatør/traumeterapeut NKf
(Norsk Konstellatørforening)

At vold ikke bare kan medføre skader, men en rekke mer eller mindre kroniske sykdomstilstander, er i dag godt dokumentert (1, 2). Denne sterke sammenhengen mellom vold og trusler på den ene siden og dårlig helse på den andre er også vist i norske undersøkelser (3). Mens betydningen av traumatiske opplevelser i opprinnelseslandet og under flukten på ingen måte må undervurderes, viser forskningen at pasientens situasjon her-og-nå har avgjørende betydning for helse (se for eksempel 4, 5, 6, 7, 8), og mens medisinen har hatt en tendens til å konsentrere seg om pasientens individuelle tilbøyeligheter og adferd, er det i dag gode grunner til at vi også inkluderer pasientens sosiale nettverk i våre vurderinger. Da, på grunn av de helsemessige konsekvensene på både kort og lang sikt, står vold i nære relasjoner i en særstilling.

Hva regnes som vold?

WHO definerer vold som

...the intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, mal-development or deprivation (9).

I følge denne definisjonen omfatter vold også trusler, og kan klassifiseres som:

- Selvskading
- Vold mot en annen person
- Vold mot en gruppe eller et lokalsamfunn.

HOVEDBUDSKAP:

- Å bli utsatt for vold og trusler øker vår sårbarhet for sykdom. Sosial støtte, derimot, beskytter.
- Selv om en ikke har grunn til å tro at vold forekommer mye oftere blant innvandrere enn i befolkningen for øvrig, er innvandrerkvinner spesielt sårbare i denne sammenhengen på grunn av ulike barrierer som hindrer dem i å søke hjelp.
- Mange unnlater å snakke om den volden de blir utsatt for.
- Det er en tendens til at leger og andre helsearbeidere lett kan overse vold eller at de vegrer seg for å snakke med sine pasienter om dette. Dette er beklagelig, fordi slike samtaler har vist seg å skape trygghet, redusere stress, og øke voldsofferets innflytelse over egen situasjon.

Volden kan være av fysisk, seksuell, eller psykisk karakter, men også frihetsberøvelse og omsorgssvikt regnes som vold. Ulike typer vold har imidlertid en tendens til å flyte over i hverandre (10), og noe forenklet kan en vel si at vold dreier seg om handlinger som har til hensikt å skremme eller skade en annen.

Politiet her i Norge definerer *vold i nære relasjoner* som vold eller trusler om vold overfor personer som en er eller har vært gift med, eller som en lever eller har levd med i ekteskapslignende forhold, men også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedadstigende linje, samt adoptiv-, foster- og steforhold inkluderes.

Forekomst av vold i nære relasjoner

Det er vanskelig å komme frem til sikre tall for utbredelsen av vold i nære relasjoner. Underrapportering skjer sannsynligvis i stor grad, av ulike grunner. Det kan bli sett på som en trussel mot egen gruppe å melde fra om vold, fordi å rapportere om vold involverer utenforstående (16). Ofte vil innflytelsesrike personer, religiøse ledere og andre unngå alt som kan stille deres gruppe i et dårlig lys og ødelegge det positive inntrykket som de har arbeidet så hardt for å oppnå (13). Samtidig er der stor variasjon i hvilken grad vold innenfor

hjemmets fire vegger oppfattes som normalt, tolereres, eller til og med rettfærdiggjøres (13, 15). Studier fra USA antyder at problemet med underrapportering sannsynligvis er størst blant asiatiske innvandrere, fordi de gjerne holder seg for seg selv, unngår innblanding utenfra (13) og sjelden snakker om problemer i familien til fremmede (15). Verdier som tette familieband, harmoni og orden beskytter da ikke nødvendigvis mot vold i hjemmet, men fører i stedet til at volden bortforklares eller holdes skjult (21).

Det er likevel klart at vold i nære relasjoner forekommer i alle samfunn. WHO anslår at i løpet av livet har fra 10 til nærmere 70 prosent av kvinner opplevd vold fra sin partner (1), og i en større undersøkelse hvor en sammenlignet forekomsten av vold i ti ulike land i Asia, Afrika, Europa, Sør-Amerika og Oseania, varierte denne fra 15 til 71 prosent. Mellom 4 og 54 prosent hadde opplevd vold i løpet av det siste året (11). Årsakene kan være mange. En undersøkelse fra Bangladesh viser for eksempel at krangel om medgift øker forekomsten av vold i ekteskapet, særlig om mannen har opplevd at faren mishandlet hans mor (22). Studier fra tradisjonsbundne samfunn viser videre at risikoen for vold øker når kvinner blir økonomisk aktive og krever autonomi (12, 22), mens den reduseres når de får utdanning (12). Det ser også ut



WHO anslår at i løpet av livet har 10–70 prosent av kvinner opplevd vold fra sin partner. ILLUSTRASJONSFOTO: CHERIE OTTO

til at menns utdannelse har en beskyttende virkning (22).

Det er da nærliggende å spørre seg om vold forekommer oftere i innvandremiljøer. Mens enkelte undersøkelser tyder på dette (20), viser andre igjen at forekomsten ikke er høyere enn i befolkningen forøvrig (13, 14), men, som nevnt er det vanskelig å få pålitelige tall. Her i Norge ser det ut til at forekomsten av vold er forholdsvis lav, også i innvandremiljøer, og at innvandremenn i større grad er utsatt for vold enn innvandrerkvinner (19). Den aktuelle undersøkelsen skiller imidlertid ikke mellom vold utenfor hjemmet og vold i nære rela-

sjoner. Amerikanske tall viser at 95 prosent av all vold mellom voksne i nære relasjoner er rettet mot kvinner. Og, selv om slik aggresjon ikke sjelden også rettes mot menn, er den volden kvinner opplever grovere og den medfører større skader (14).

Innvandrerkvinnerns spesielle situasjon

Innvandrerkvinnerns voldserfaringer ser ut til å variere med ulike faktorer i mottakerlandet. Immigrasjonslovgivning, samfunnets generelle holdninger til vold, faktorer internt i den aktuelle innvandrergruppen, hvilke ressurser kvinnene opplever å ha til

disposisjon, og, ikke minst, den enkeltes sosiale posisjon virker inn. Voldserfaringen forsterkes så av faktorer som manglende språkferdigheter, manglende kontakt med egen familie og nettverk, lite tilgang til passende arbeid og usikker legal status (14). Blant udokumenterte innvandrere kan frykten for politi og offentlige institusjoner holde den mishandlede fanget i taushet. Ved familiejenforening kan kvinnen få problemer hvis hennes oppholdstilatelset avhenger av ektemannen, og det samtidig er ektemannen som mishandler henne (13). Og hvis hun kom først og har fått jobb, vil mannen, når han ankommer,



Kvinner som opplever fysisk eller psykisk mishandling fra sine nærmeste forteller at det gjør dem engstelige, sønderknuste og deprimerte. ILLUSTRASJONSFOTO: OPHELIA CHERRY

kunne oppleve å ha blitt avhengig av sin kone, og tyr til vold for å gjenvinne følelsen av kontroll (15). Hun, på sin side, unnlater å søke hjelp i frykt for at mannen skal bli utvist og hun etterlates alene (13). Slike situasjoner kan utnyttes av mishandleren. Ikke få nærer dessuten en frykt for at helsearbeidere, dersom de hører om voldshandlingene, skal overreagere (16). Innvandrekvinnens livssituasjon kan således bidra til omstendigheter hvor vold florerer, selv om den generelle holdningen i miljøet er at vold verken tolereres eller oppmuntres.

Naimas historie

Vi har tidligere påpekt den nære sammenhengen mellom innvandreres helse og vold. I tillegg til skader som direkte følger av volden ser en at voldsofre ofte lider av posttraumatiske tilstander, kroniske smerter, sykdommer i fordøyelsesorgan og kjønnsorgan (inkludert infeksjoner), hukommelsestap, svimmelhet, selvskadning og selvmordstanker. Kvinner som opplever fysisk eller psykisk mishandling fra sine nærmeste, forteller at dette gjør dem engstelige, sønderknuste og deprimerte. En-

kelte begår selvmord (15, 24–26, 34, 35). Men selv om vold i nære relasjoner har store helsemessige konsekvenser, avdekkes slik vold forholdsvis sjelden, noe den følgende pasienthistorien illustrerer. Den ble fortalt av en kvinne som ønsket at hennes historie måtte bli kjent – i et håp om at andre i samme situasjon kan få bedre hjelp. Historien reiser et vell av problemstillinger, hvorav enkelte vil bli omtalt nærmere. Vi valgte å begrense opplysninger om de sosiale forholdene Naima levde under til et minimum for bedre å bevare hennes anonymitet, men til tross for historiens rudimentære form, er det vårt håp at både de problemene som Naima opplevde i forhold til hjelpeapparatet og hjelperens dilemma skal kunne tre tydelig frem.

Naima var en glad jente, vakker, hyggelig og lett å komme i kontakt med. Hun hadde flere søstre, men ingen brødre, og da hun kom i gifteklår alder ble det bestemt at hun skulle gifte seg med Seif, en nevø som var bosatt i Norge. Etter bryllupet flyttet hun til Norge, og meldte seg etter hvert på norskkurs. Seif ble da med henne til skolen, og i timene stod han gjerne på en høyde utenfor, hvorfra han gjennom vinduet kunne følge med på hva som skjedde i klasserommet. Etter som tiden gikk ble samlivet vanskeligere og vanskeligere. Naima følte at Seif ikke respekterte henne, til tross for at hun hadde født flere barn, og hun måtte hele tiden tåle ukvemsord, slag, spark og annen urettferdighet. Da hun på nytt ble gravid, fikk de vite at barnet var en jente. Seif sa først ingenting til dette, men en dag mens Naima satt på gulvet, grep han en panne med kokende varm melk fra komfyren og helte over henne. Hun ble sterkt forbrent og kom på sykehuset. Siden Seif snakket flytende norsk, ble han da brukt som tolk, og forklarte at det hele dreide seg om et uhell.

Enkelte undersøkelser viser at i rigide, mannsdominerte samfunn (for eksempel latinos i USA) hvor familiens ære er viktigere enn det meste (13)* og hvor nostalgien for det tradisjonelle dyrkes, forsterkes menns behov for å sikre seg makt og kontroll over sine koner (15). Dersom mannens ortodokse kjønnsrolle utfordres eller opplevelsen av kontroll undermineres, kan det føre til vold, slik det også er vist i en undersøkelse blant indiske kvinner i USA (14). Dette kan dreie seg om tilsynelatende små ting, som for eksempel at kvinnen lærer å beherske majoritetens språk (15). Det kan vel ha vært en utfordring også for Seif, men i dette tilfellet var andre faktorer i spill: Naima var gravid, og barnet var en jente.

* Her ligger trusselen i at om mishandlingen lekker ut, vil han kunne trekke tilbake hennes søknad om oppholdstillatelse.

I Sør-Asia er barnedødeligheten fortsatt høy, og høyere blant jenter enn gutter (28). Det kan henge sammen med at guttebarn har prioritet, mens jenter fort oppleves som en ekstra belastning – særlig dersom det i ekteskapsammenheng er snakk om medgift. Videre viser flere studier at vold har en tendens til å tilta både i omfang og alvorlighet når kvinnen er gravid (27, 30, 31) – særlig hvis kvinnen fra før av lever i et voldelig forhold (30). Denne tendensen forsterkes av kronisk fattigdom og arbeidsledighet, om kvinnen mangler sosial støtte fra egne brødre og søstre, og hvis barnet er uønsket (31, 32). Et uønsket barn kan for mannen representere et ytterligere tap av kontroll, og bare tanken på et nytt barn kan øke stressnivået i familien med konflikt og funksjonssvikt som følge. Om en da i tillegg tror at det er legitimt å ty til vold for å løse familieproblemer, kan volden fort eskalere. Og konsekvensene kan være alvorlige, både for mor og barn. Flere undersøkelser viser at kvinner som har vært utsatt for vold fra sine ektemenn oftere rapporterer om svangerskapskomplikasjoner (32, 33), om barn som de har mistet, enten ved spontanabort, fremkalt abort eller dødfødsel (27, 28, 33). Sannsynligheten for lav fødselsvekt hos barnet (<2500 g) er dessuten betydelig økt (33).

Sykehuset kontaktet Barnevernet, og Naima måtte gi fra seg barnet ved fødselen, mens hun selv ble utskrevet og sendt tilbake til sin voldelige ektemann. Familien var nå under oppsyn av Barnevernet, og Naima ble innkalt til flere møter. Da var alltid mannen med. Før slike møter hendte det at Naima ble banket opp for at hun skulle forstå konsekvensene av ikke å holdt tett, og under møtene kontrollerte Seif hele tiden hva hun kunne si – ikke verbalt, men ved sitt blikk. Slik levde Naima i mange år med frykt for Barnevernet på den ene siden og for volds handlinger fra mannen på den andre.

Seif hadde tydeligvis et stort behov for å kontrollere sin kone. Han passet på henne når hun deltok i norskundervisningen, han kjefte på henne og irettesatte henne, han snakket for henne på sykehuset og silte på denne måten hvilken informasjon som nådde frem til behandlerne. Og nå kontrollerte han på voldelig vis hva hun kunne snakke om hos Barnevernet. Slik kontrollerende adferd er ikke enestående for Seif (13, 15). Mange innvandrerkvinner hindres til og med i å ha kontakt med sin egen familie og sin egen etniske gruppe. Dette påfallende behovet for kontroll gir assosiasjoner til en teori som ble utviklet på 90-tallet, en teori om «kontrollbalanse» som grovt sett kan formuleres slik: Uakseptable avvik oppstår hvis der er for stor dis-

krepan mellom den kontrollen en person utsettes for og den kontrollen vedkommende kan utøve over andre (52, 53). Teorien er senere undersøkt i forhold til rollen som offer/overgriper (54), og kan synes spesielt relevant i et innvandrerperspektiv. Vi skal imidlertid ikke gå nærmere inn på dette da det faller utenfor rammen av denne artikkelen.

Naima ble gravid igjen. Da det ble synlig for mannen, sparket han henne i magen slik at hun aborterte. På sykehuset forklarte Seif at hun hadde snublet og falt på gulvet så lang hun var - på magen. Senere oppsøkte Naima Legevakten flere ganger på grunn av knivsnar i hånden. Også dette ble forklart som uhell:» Hun skulle skrelle mango, og kniven glapp!» På Legevakten fikk hun hjelp for sine senaborter og sårskader, men ingen fant anledning til å snakke med henne alene slik at hun kunne komme frem med sin forklaring. Dette gjorde at Naima aldri fikk hjelp for sine psykiske traumer, og hun ble mer og mer deprimeret og innesluttet. Etterhvert overtok Barnevernet omsorgen for alle hennes barn.

Hjemmemiljøet danner grunnlaget for vår oppfatning av oss selv og andre, så vel som av samfunnet generelt (55), og barn som opplever vold mellom sine foreldre kan ta skade av det. På kort sikt handler det først og fremst om adferdsvansker og/eller emosjonelle vansker, mens det fortsatt er noe uklart hvordan sosiale ferdigheter, kognitiv fungering og fysisk helse blir påvirket (37, 38, 39). Det er på det rene at skadevirkningen av å ha vært vitne til vold mellom foreldrene er i samme størrelsesorden som når barnet selv er blitt mishandlet (38, 39), og slik vold kan også ha senvirkninger,

som større risiko for psykisk/somatisk sykdom, større tilbøyelighet til rusmisbruk, ekteskapskonflikter, mishandling av ektefelle og barn, og annen kriminalitet. På denne måten kan en si at volden nedarves i generasjoner (18). Dette skjer uavhengig av sosialøkonomisk status (40).

Det er uklart i hvilken grad Barnevernet kjente til den volden Naima ble utsatt for. Historien sier heller ikke noe om på hvilket grunnlag Barnevernet hadde aksjonert. Forskingen viser at det er gode grunner til at Barnevernet griper inn i en familie der volden har fått slikt spillerom som den hadde i Naimas tilfelle.

De profesjonelle i barnevernet kjente ikke til Naimas personlige problemer, og hun fikk ikke hjelp der heller. En venninne ble med henne til en allmennpraktiker og bad om at hun måtte få psykoterapi. Venninnen forklarte at Naima tidligere var blitt brent, at hun flere ganger var kommet til legevakten med alvorlige skader og at hun hadde hatt gjentatte senaborter som var blitt bortforklart med uhell. Derfor var hun nå deprimeret. Det kom da for en dag at alle disse skadene var beskrevet i allmennlegens journal. Likevel hadde ingen satt seg ned for å se sammenhengen i dette, og muligheten for vold var aldri blitt nevnt. Likevel, Naima fikk ikke henvisning til psykoterapi. Venninnen forsøkte så skaffe en psykolog privat, men fant ingen urdotalende psykolog, og Naima kunne ikke tenke seg å meddele seg til psykologen gjennom tolk. Slik gikk tiden uten at Naima fikk noen form for adekvat hjelp.

Det en her kan undres over er at Naima eller Seif ikke fikk hjelp for sine problemer, verken individuelt eller som familie. Det kan være at slik hjelp ikke ble etterspurt. Fryk-

Det kan se ut som at det eksisterer en uuttalt enighet mellom pasient og lege om at vold er noe man ikke snakker om.

ILLUSTRASJONSFOTO: KATHERINE EVANS

ten for å bli utstøtt, kombinert med lojalitet til familie og eget miljø og, videre, hengivenhet overfor dem som står en nær, kan virke som enorme barrierer når det gjelder å meddele sin situasjon til andre og søke hjelp (13). Særlig hensynet til barna kan gjøre at kvinnen bringes til taushet og blir handlingslammet – at hun i stedet for å søke hjelp bruker alle sine krefter på å holde ut og bli værende i forholdet. I Naimas tilfelle kan det være at slike forhold har vært kombinert med frykt for at tolken ikke skulle overholde sin taushetsplikt, men vi ser også en viss likegyldighet fra behandlerens side. Kanskje ville hun ha fått en annen respons om hun overfor legen kun hadde beskrevet sine psykiske plager og ikke selve bakgrunnen for at hun var så ute av seg.

Hva så med mannen? Allerede på 1980-tallet ble det vist at menn som tyr til vold i hjemmet ofte er betydelig deprimerede (36). Dette er senere bekreftet i flere studier, og det er videre påvist at voldelige ektemenn ofte selv har erfart eller vært vitne til vold i deres opprinnelige familie. Mange oppgir å ha kommunikasjonsvansker, og en del viser svekket evne til problemløsning – gjerne i tillegg til andre personlighetsforstyrrelser (41). Når det gjelder Seif kan det se ut til at han tilhørte en kategori mishandlere som bare utøvde vold overfor familien, og forskning viser at slike gjerne både har mer depressive symptomer og at de føler seg mer udugelige – ofte med et negativt selvbylde (42). Det kan være at menn har en tendens til ikke å reagere på sine depressive følelser med tilbaketrekning og taus fortvilelse, men med bråk og vold, stoffmisbruk eller «arbeidsnarkomani». Mange får derfor aldri riktig diagnose. Den amerikanske skribenten Andrew Solomon skriver i sin innsiktsfulle bok om «depresjonens demoner»:

Det å banke opp sin kone er selvfølgelig en uhensiktsmessig reaksjon på depresjon, men det er ofte tett sammenheng mellom disse symptomene... I de fleste av Vestens samfunn blir det regnet som kvinnelig å innrømme svakhet. Dette har negativ virkning på menn, det hindrer dem i å gråte, og gjør dem skamfulle hvis de opplever irrasjonell angst og nervøsitet. Konemishandleren, som tror at den eneste måten han kan eksistere på er ved å slå sin kone, har åpenbart kjøpt ideen om at emosjonell smerte er noe som krever handling, og at følelser som ikke blir fulgt opp av handling gjør ham til mindre av en mann. Det er svært uheldig at menn - som i ordets videste forstand oppfører seg dårlig, ikke får behandling med antidepressiva (17, s. 198).

Det er utenfor rammen av denne artikkelen å gå inn på medikamentell behandling



Opplevd vold lever enda sterkere når den ikke kan snakkes om. ILLUSTRASJONSFOTO: SARA HOFFMANN

av overgripere. Vi vil nøye oss med disse kommentarene for å vise at vold ikke skjer i et vakuum, at mange faktorer er involvert, hvorav noen trolig kan forebygges eller behandles, og at vold mellom ektefeller rammer hele familien, også overgripere.

Da barna var i sikkerhet hos Barnevernet, ble Naima skilt fra Seif. Så lenge det var barn hjemme, kunne hun ikke ta sjansen på det. Men hennes personlighet var blitt helt forandret. Fra å være en hyggelig, utadvendt og glad jente var hun nå blitt trist, reservert og mistenksom overfor andre mennesker. Det var som om noe hadde gått i stykker inne i henne. Hun tok ikke lenger kontakt med fremmede, snakket lite med andre og ville helst være i fred. Og når hun en sjelden gang var sammen med andre, så ble hun ofte svært utagerende og det hendte at hun slo til dem slik at de fikk blåmerker. Selv hadde hun opplevd så mye fysisk vold etter at hun ble gift at hun betraktet dette som en bagatell. Men så, etter at hun ble skilt, begynte hun å bli mobbet av andre kvinner. Det ble satt ut stygge rykter om henne, og etter hvert så hun som sin eneste utvei å finne en ny mann – som også viste seg å være voldelig.

Hva er det som gjør at en mishandlet kvinne har så vanskelig for å gå ut av et forhold hvor hun stadig mishandles og hvor hun blir syk og deprimeret? Mange teorier er blitt foreslått, men de har vært vanskelig å bekrefte. Mens en stor del av mishandlere enten selv har vært mishandlet eller vært vitne til vold i hjemmet, ser ikke dette ut til i samme grad å gjelde mishandlede kvinner. Heller ikke ser det ut til at de som blir mishandlet er spesielt svake eller inkompetente. Noen kan være økonomisk avhen-

gige og ikke se muligheter for å forsørge seg selv og barna alene. Det forverres naturlig nok når kvinnen ikke snakker språket, ikke kjenner sine rettigheter og ikke minst dersom hennes innvandringsstatus er usikker. Andre kan tro at de etter hvert vil finne en måte å kontrollere mannen på slik at volden opphører – at de har vanskelig for å innse at volden ligger utenfor deres kontroll. Enkelte har vist seg å ha lav selvtillit og noen er rett og slett redd for hva overgriperen vil foreta seg dersom de forlater hjemmet. Det mest overbevisende funnet er imidlertid at svært mange lider av depresjon og/eller PTSD, og dette medfører at deres evne til å mobilisere de krefte som er nødvendig for å gå ut av forholdet, visner hen (43).

I Naimas tilfelle ser det ut til at det var først når barna var i sikkerhet hos Barnevernet at hun kunne begynne å tenke på seg selv og sin egen fremtid. Så lenge barna var hjemme, måtte hun være der og beskytte dem. Kanskje var hun også redd for hva folk i hennes eget miljø ville si dersom hun skilte seg, noe det også ser ut til at hun hadde god grunn for. I asiatiske kulturer er ofte familiehensyn viktigere enn individuelle hensyn, og en kvinne som setter sine egne interesser foran familien og således skaper splid i miljøet, fordømmes lett. Kanskje var det da ikke bare egne tilbøyeligheter, men folkesnakket og ryktene som fikk henne til å velge en ny mann som hadde ry på seg for å være voldelig – en som var sterk, og som ikke vek tilbake for å bruke sin styrke, og som således kunne beskytte henne ved å spre frykt blant ryktesmedene og demme opp for rykteflommen.

Allmennlegens rolle

Vi kjenner ikke til tall fra Norge som viser hvor mange av dem som oppsøker legevakt eller allmennpraktiker som har vært utsatt for vold, men en amerikansk undersøkelse viste at 11,7 prosent av kvinner (med mannlig partner) som søkte øyeblikkelig hjelp, gjorde dette på grunn av at de var blitt utsatt for vold eller trusler. Bare i 13 prosent av tilfellene ble volden identifisert i klinikken, enten ved at de selv fortalte om det, eller at personellet spurte om vold (50). Videre viste en studie fra 13 allmennpraksiser i London at 41 prosent av pasientene hadde vært utsatt for partnervold en eller flere ganger i løpet av livet, 17 prosent i løpet av siste året. Blant dem som i undersøkelsen hadde rapportert om vold, var bare 17 prosent av tilfellene nedtegnet i legens journal (48). Det kan se ut som om svært mange helsearbeidere faktisk vegrer seg for å snakke om vold. For å gi et inntrykk av hva som her kan stå på spill, må vi, i mangel på norske undersøkelser, igjen ty til amerikanske (44). Ulike forhold fremheves:

① **Legen identifiserer seg (for) sterkt med pasienten.** 14 prosent av de mannlige legene og 31 prosent av de kvinnelige tilkjennegav at de var blitt misbrukt som barn, eller hadde opplevd vold fra en partner. Det er altså ikke uvanlig at leger er blitt utsatt for vold, og pasientens betretning kan aktivere legens egne, tidligere erfaringer. Dette krever en viss beskyttelse. På den annen side, dersom legen aldri selv har opplevd vold, er det få som tenker på at slikt kan ha rammet andre. I begge tilfeller kan det føre til at traumer bagatelliseres, og gjennom oppmuntrende tilrop som for eksempel: «Bare ikke bry deg noe om det!» læres vi opp til ikke å se. En slik funksjonell blindhet i forhold til vold i nære relasjoner kan for noen, i visse situasjoner, være en nødvendig overlevelsestrategi. Men når egne traumer settes til side, kan en heller ikke se at andre lider. Dette kan få tragiske utfall når vedkommende er satt til å behandle andre.

② **Legens frykt for å såre eller fornærme pasienten.** Forestillinger om hva som er for privat til at legen bør engasjere seg i det er kulturelt betinget, og kan bli spesielt følsomt når legen står overfor en person med annen kulturbakgrunn, særlig om legen føler seg usikker eller frykter for å bli kalt «rasist». For mange er det å etterspørre vold nærmest ensbetydende med å beskyldte pasientens partner for overgrep. Dessuten er det enkelte som mener at en ikke kan legge vekt på det pasienten forteller siden det som kom-

mer frem sjelden kan kontrolleres. Men her må det legges til at det å være interessert i pasientens erfaringer ikke er det samme som å verifisere dem.

③ **Maktesløshet.** Å spørre om pasienten har opplevd vold blir sammenlignet med å «åpne Pandoras boks», og det er lett å føle seg maktesløs når en står overfor et så komplekst problem som vold i nære relasjoner er. Mange leger kan dessuten føle press på seg til at når problemet først er avdekket, er det opp til dem å gjøre noe med det. Men hvis det blir opp til legen å ta kontroll over situasjonen og løse pasientens problem, er det også lett å frustres når legens råd av ulike grunner ikke etterleves, eller når det viser seg pasienten er ute av stand til å kontrollere sine livsbetingelser, eller når residivene kommer.

④ **Tidshensyn.** Å gå inn på pasientens vanskelige livssituasjon vil kreve tid, god tid, og ikke alle synes de kan bruke av sin knapt tilpassede tid til slikt. Mange nærer dessuten en feilaktig forestilling om at vold i hjemmet forekommer så sjelden at det å spørre om slikt slett ikke er bryet verdt (44, 45), eller at å invitere til slike diskusjoner vil være tidsspille.

De få som i denne undersøkelsen spurte pasientene sine om de hadde vært utsatt for vold, følte derimot dette som naturlig, kanskje først og fremst fordi de ikke så sin rolle som den som løser pasientens problemer, men som en som kan anerkjenne pasientens følelser, diskutere sikkerhetsforanstaltninger og eventuelt henvise pasienten til samarbeidspartnere med erfaring på feltet. De så også endringsprosessen i et lenger tidsperspektiv, noe som gjorde at makt og kontrollaspektet ble mindre fremtredende (44).

Hva kan allmennpraktikeren så gjøre?

Som allerede nevnt, selv om mange kvinner ønsker å snakke om sin situasjon, unnlater de å ta opp spørsmål om vold, dels av frykt for partneren, dels på grunn av skam, tradisjonelle kjønnsroller, frykt for at politi og myndigheter skal involveres, og videre frykt for at helsepersonell skal overreagere. I helsetjenesten står vi altså ofte overfor pasienter som er nølende til å søke hjelp og som gjerne holder tilbake informasjon, samtidig som helsepersonell vegrer seg for å stille spørsmål om vold i nære relasjoner. Det kan da se ut som om det eksisterer en uttalt enighet mellom pasient og lege om at vold er noe man ikke snakker om (49).

En undersøkelse viser imidlertid at når spørsmålet «Har din partner noen gang slått deg, sparket deg eller på noen annen

måte skadet deg?» ble stilt i et spørreskjema som pasientene selv fylte ut før konsultasjonen, økte antallet identifiserte voldsaker fra 0 til 11,6 prosent, og i alle de sakene hvor vold ble identifisert ble det rapportert om stor sykkelighet (46). Det viser seg at det er større sjanse for at den voldsutsatte ber om hjelp hvis legen opptrer empatisk og oppmerksomt, likeså når pasienten fatter tillit til at legen vil respektere at hun selv må avgjøre hvordan hun skal forholde seg til sin situasjon (49). Det hjelper også om legen viser forståelse for den sosiale konteksten volden oppstår i, kvinnens unike behov, hennes frykt og bekymringer. Legen kan så støtte henne i å ta egne avgjørelser, styrke hennes selvtilit og oppmuntre hennes arbeid for å bedre situasjonen. Slik kan kvinnen få oversikt over sin egen situasjon og helsesenteret etableres som et trygt sted hvor hun kan henvende seg når trusselen om vold blir overhengende. Kunnskap om «ikke-voldelig kommunikasjon» (56, 57) vil også kunne være en viktig ressurs i slike sammenhenger.

Når det gjelder kvinner med sørsiasiatisk opphav, er det mange som først og fremst søker hjelp innenfor eget nettverk, gjerne inkludert overgriperens familie. De får da gjerne råd om å bli værende i ekteskapet, holde ut volden og arbeide seg igjennom problemene (16, 47). I slike tilfeller vil mestringsstrategier som matcher kulturelle normer og verdier – som for eksempel å roe ned situasjonen, dempe konfliktnivået og rette søkelys mot de positive sidene ved forholdet - kunne bidra til kvinnens opplevelse av velvære og være både mindre belastende og mer effektive enn å konfrontere partneren, søke hjelp fra utenforstående eller forlate situasjonen (16).

Om en kvinne likevel ønsker å forlate hjemmet, er det lite sannsynlig at hun får støtte fra sin familie eller i sitt sosiale miljø (14). Noen vil da trenge hjelp fra profesjonelle til å skille seg. Andre for å trygge seg selv og barna. For helsearbeidere kan det være uvant å tilby praktisk hjelp som for eksempel å ringe til politiet, fylle ut skjema, eller forholde seg til rettsvesenet for å oppnå beskyttelse, men i mange tilfeller er det nettopp slik hjelp kvinnene trenger. Dessuten er det viktig at de forstår lovverket. I mange tilfeller kan det være aktuelt å samarbeide med et krisesenter for kvinner. I Naimas tilfelle kan det se ut til at hun ikke hadde andre å henvende seg til enn sin venninne, selv om hun gjerne ville ha profesjonell hjelp. Og så snart barna var i trygghet, skilte hun seg, men opplevde da å bli ytterligere isolert, baktalt, og mobbet av andre kvinner. I noen tilfeller kan det også

være at kvinnen skiller seg fordi hun føler dyp skam og skyld for ikke å ha levd opp til egne forventninger.

Å bryte tausheten

Kvinner, som er blitt offer for vold i nære relasjoner, er ofte avhengige av familienettverket og de som er rundt. Erfaringene med å sende dem til krisesentre eller i terapi er da ikke alltid gode. En del etterspør terapeuter som snakker språket, som kan forstå deres situasjon og som kjenner til hvilke endringer de ulike minoritetsmiljøene gjennomgår i møte med sorsamfunnets krav og betingelser, men hvor finnes slike? Likevel, den opplevde volden lever enda sterkere når den ikke kan snakkes om (51), og mange får aldri snakket om slikt til sine nærmeste. Derfor er det viktig at profesjonelle hjelpere er villige til å lytte til henne.

Språkvansker kan gjøre det vanskelig for kvinnen å fortelle nyansert om volden, og i små miljøer er det ofte et problem å skaffe en tolk som ikke er en bekjent, eller som ikke kjenner overgriperen. Det må likevel være et krav at leger og andre hjelpere bruker profesjonell tolk, gjerne telefontolk (av hensyn til anonymiteten), og at legen under ingen omstendigheter tillater at man- gen gang etter gang snakker for sin kone.

Dersom legen først sier litt om hvilken erfaring han har med slike tilfeller, vil dette kunne bidra til å åpne opp for videre dialog. Når pasienten fester lit til at det hun sier vil bli forstått, er det lettere å åpne seg. Det er da viktig at legen ikke forstår for fort, og at han underveis sjekker med pasienten: «Har jeg forstått dette riktig?». Da vil pasienten bli tryggere, og det vil være lettere for henne å komme frem med hvordan hun selv forstår situasjonen. Og, når legen slik tilkjenner en viss forvirring over hva pasienten forteller, vil pasienten gjerne si mer.

Pasientens historie er et genuint uttrykk for hvordan hun erfarer sin situasjon, og det er først når hun kan sette ord på sine erfaringer at hun kan begynne å se og få oversikt over sin egen situasjon. Før hun selv har forsøkt å forklare seg til andre, vil hun således neppe være klar for å lytte til andres synspunkter.

Selv om pasientens historie kan synes underlig eller til og med gal, er det derfor viktig at legen lytter på en åpen og ikke dømmende måte, at hennes historie blir trodd. Det hender selvsagt at enkelte pasienter forteller en historie som ikke er deres egen, kanskje i frykt for at deres egen skal bli misforstått eller at de skal tape ansikt. Likevel kan en gå ut fra at det de forteller på en eller annen måte er relatert til deres

egen historie, og dette kan ofte fungere som et godt utgangspunkt for videre samtale.

Når pasienten så kommer frem med sine forventninger om hjelp, blir det legens oppgave å forstå disse og ikke pushe pasienten lenger – aldri frata pasienten kontroll, men forsøke å forstå og anerkjenne pasientens unike behov. Som utenforstående vil vi ofte få tanker om hva den hjelpesøkende bør gjøre, men vi må da huske at å skape løsninger for andre kan virke mot sin hensikt – i verste fall føre til retraumatisering.

I denne sammenhengen er det viktig å huske på at ikke alle føler seg komfortable ved direkte øyekontakt. Mange er sågar oppdratt til ikke å se fremmede i øynene. Det kan da være en god idé å innrette seg slik at en ikke sitter rett overfor hverandre, men mer parallelt og slik at en ser i samme retning. Og for å vise empati kan en ty til støttende utsagn som for eksempel: «Jeg vet at du har en barnevernssak. Jeg har barn også, og jeg tror at ingen foreldre ønsker å miste sine barn. Derfor kan jeg føle noe av din smerte og slik til en viss grad forstå hva du strever med». Å tåle stillhet under samtalen er viktig, da dette kan signalisere at: «Vel, selv om jeg er profesjonell, er jeg et menneske jeg også, og jeg trenger tid for å kontrollere mine følelser». Vi tror det er en vei ut av volden, men først må folk oppleve hvor lett det kan være å snakke med noen, og hvor godt det gjør dem. Ikke alle vet det. Vi som har opplevd det, må da gjøre vårt beste for å spre budskapet.

REFERANSER

1. Krug, E.G., et al (2002) The world report on violence and health *The Lancet* Vol. 360, s. 1083–1088.
2. Campbell, J.C. (2002) Health consequences of intimate partner violence *The Lancet* Vol. 359, s. 1331–1336.
3. Blom, S. (2010) Sosiale forskjeller i innvandrers helse 2005/2006 Oslo: Statistisk sentralbyrå.
4. Morgan, C. et al (2010) Migration, Ethnicity, and Psychosis: Towards a Socio-developmental Model *Schizophrenia Bulletin* Vol. 36, No 4, s. 655–664.
5. Seltén, J-P, et al (2007) Migration and schizophrenia *Current Opinion in Psychiatry* Vol. 20, s. 111–115.
6. Lim, C. et al (2009) Psychosocial Factors in the Neurobiology of Schizophrenia: A Selective Review *Annals Academy of Medicine* 2009, Vol. 38, s. 402–7.
7. Dalgard, O.S. (2002) Psykiatrisk epidemiologi i Norge – et historisk tilbakeblikk *Norsk epidemiologi* Vol. 12, No. 3, s. 163–172.
8. <http://www.diabetes.org/diabetes-basics/genetics-of-diabetes.html>.
9. WHO global consultation on violence and health (1996) *Violence: a public health priority (WHO/EHA/SPL.POA.2)* Geneva: World Health Organization.
10. James, S.E. (2003) The Violent Matrix: A Study of Structural, Interpersonal and Intrapersonal Violence among a Sample of Poor Women *American Journal of Community Psychology* Vol. 31, No. 1–2, s. 129–141.
11. Garcia-Moreno, C. et al (2006) Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO

- multi-country study of women's health and domestic violence. *The Lancet* Vol. 368, s. 1260–1269.
12. Koenig, M.A. (2003) Women's status and domestic violence in rural Bangladesh: Individual and community level effects *Demography* Vol. 40, No. 2, s. 269–288.
13. Rasche, C.E. (1988) Minority Women and Domestic Violence: The Unique Dilemmas of Battered Women of Color *Journal of Contemporary Criminal Justice* Vol. 4, s. 150–171.
14. Menjivar, C. & Salcido, O. (2002) Immigrant Women and Domestic Violence—Common Experiences in Different Countries *Gender and Society* Vol. 16, No. 6, 898–920.
15. Bhuyan, R. et al (2005) «Women Must Endure According to Their Karma» Cambodian Immigrant Women Talk About Domestic Violence *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 20, No. 8, s. 902–921.
16. Kasturirangan, A et al. (2004) The impact of culture and minority status on women's experience of domestic violence *Trauma, Violence & Abuse* Vol. 5, No. 4, s. 318–332.
17. Solomon, A. (2001/2014) *Depresjonens demoner, oversatt til norsk* av H. Grinde, Oslo: Forlaget Press.
18. Ehrensaft, M.K. et al (2003) Intergenerational Transmission of Partner Violence: A 20-Year Prospective Study *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 71, No. 4, s. 741–753.
19. Blom, S. og Henriksen, K. (2008) *Levekår blant innvandrere i Norge 2005/2006* Oslo: Statistisk sentralbyrå.
20. Garcia-Moreno, C. et al (2005) WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's response. Geneva: WHO.
21. Ho, C.K. (1990) An Analysis of Domestic Violence in Asian American Communities: A Multicultural Approach to Counseling Women & Therapy Vol. 9, No. 1–2, s. 129–150.
22. Naved, R.T. & Persson, L.Å. (2005) Factors associated with Spousal Physical V Against Women in Bangladesh Studies in Family Planning Vol. 36, No. 4 s. 289–300.
23. Raj, A. & Silverman, J. (2002) Violence Against Immigrant Women. The Roles of Culture, Context, and Legal Immigrant Status on Intimate Partner Violence *Violence Against women* Vol. 8, No. 3, s. 367–398.
24. Campbell, J.C. (2002) Health consequences of intimate partner violence *The Lancet* Vol. 359, s. 1331–1336.
25. Ellsberg, M. et al. (2008) Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study *The Lancet* Vol. 371 s. 1165–1172.
26. Resnick, H.S. et al. (2010) Health Impact on Interpersonal Violence 2: Medical and Mental Health Outcomes *Behavioral Medicine* Vol. 23, No. 2, s. 65–78.
27. Jejeebhoy, S.J. (1998) Association Between Wife-Beating and Fetal and Infant Death: Impressions from a Survey in Rural India. *Studies in Family Planning* Vol. 29, No. 3, s. 300–3008.
28. Silverman, J.G. et al (2007) Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women *BJOG* Vol. 114, s. 1246–1252.
29. Ahmed, S. et al (2006) Effects of Domestic Violence on Perinatal and Early-Childhood Mortality: Evidence From North India. *American Journal of Public Health*. Vol. 96 No 8, s. 1423–1428.
30. Burch, R.L. & Gallup, G.G. (2004) Pregnancy as a stimulus for Domestic Violence *Journal of Family Violence* Vol. 19, No. 4 s. 243–247.
31. WHO (2011) Intimate partner violence during pregnancy, WHO Information sheet.
32. Jasinski, J.L. (2004) *Pregnancy and Domestic Violence—A Review of the Literature* *Trauma, Violence & Abuse* Vol. 5, No. 1, s. 47–64.
33. Yost, N.P. et al (2005) A Prospective Observational

- Study of Domestic Violence During Pregnancy *Obstetrics & Gynecology* Vol. 106, No. 1 s. 61–65.
34. Pico-Alfonso, M.A. et al (2006) The Impact of Physical, Psychological, Sexual Intimate Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and suicide *Journal of Women's Health* Vol. 15, No. 5 s. 599–611.
 35. Fikree, F.F. & Bhatti, L.I. (1999) Domestic violence and health of Pakistani women *International Journal of Gynecology & Obstetrics* Vol. 65, 195–201.
 36. Maiuro, R.D. et al (1988) Anger, Hostility, and Depression in Domestically Violent Versus Generally Assaultive Men and Nonviolent Control Subjects *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 56, No. 1, s. 17–23.
 37. Kolbo, J.R. et al (1996) Children who Witness Domestic violence: A Review of Empirical Literature *Journal of Interpersonal Violence* Vol. 11, No. 2 s. 281–293.
 38. Kitzmann, K.M. et al (2003) Child witness to Domestic Violence: A Meta-Analytic Review *Journal of Consulting and Clinical Psychology* Vol. 71, No. 2, s. 339–352.
 39. Wolfe, D.A. et al (2003) The effect of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-analysis and Critique *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 6, No. 3 s. 171–187.
 40. Straus, M.A. & Schwarz, D.F. (1992) Children and Violence. Report of the Twenty-Third Ross Roundtable on Critical Approaches to Common P [http://scholar.google.no/scholar?q=\(r\)prosent09Children+and+Violence.+Report+of+the+Twenty-Third+Ross+Roundtable+on+Critical+Approaches+to+Common+P&hl=no&as_sdt=o&as_vis=1&oi=scholarit&sa=X&ei=t3OQU-G7HqGLyAPghoEw&ved=oCCIQgQMwAA](http://scholar.google.no/scholar?q=(r)prosent09Children+and+Violence.+Report+of+the+Twenty-Third+Ross+Roundtable+on+Critical+Approaches+to+Common+P&hl=no&as_sdt=o&as_vis=1&oi=scholarit&sa=X&ei=t3OQU-G7HqGLyAPghoEw&ved=oCCIQgQMwAA).
 41. Slep, A.M.S. & O'Leary, S.G. (2001) Examining Partner and Child Abuse: Are We Ready for a More Integrated approach to Family Violence? *Clinical Child and Family Psychology Review* Vol. 4, No. 2, s. 87–107.
 42. Chiffreller, S.H. et al (2006) Understanding a New Typology of Batterers: Implications for Treatment Victims and Offenders Vol. 1, s. 79–97.
 43. Rhodes, N.R. & McKenzie, E.B. (1998) Why Do Battered Women Stay? Three Decades of Research *Aggression and Violent Behavior* Vol. 3, No. 4, s. 391–406.
 44. Sugg, N.K. & Inui, T. (1992) Primary Care Physicians' Response to Domestic Violence *JAMA* Vol. 152, No. 23, s. 3175–3160.
 45. Sugg N.K. et al (1999) Domestic Violence and Primary Care *Arch Fam Med*. Vol. 8, s. 301–306.
 46. Freund, K.M. et al (1996) Identifying Domestic Violence in Primary Care Practice *J Gen Intern Med* Vol. 11, s. 44–46.
 47. Yoshioka, M.R. et al (2003) Social support and disclosure of Abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic Battered Women *Journal of Family Violence* Vol. 18, No. 3 s. 171–180.
 48. Richardson, J. et al (2002) Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care *BMJ* Vol. 324, s. 1–6.
 49. Rodrigez, M.A (1996) Breaking the Silence – Battered Women's Perspectives on Medical Care *Arch Fam Med* Vol.5, s. 153–158.
 50. Abbott, J. et al (1995) Domestic Violence Against Women—Incidence and Prevalence in an Emergency Department Population *JAMA* Vol. 273, No. 22, s. 1763–1767.
 51. Kallivayalil, D. (2010) Narratives of suffering of south Asian Immigrant survivors of Domestic Violence against Women Vol. 17, No. 7, s. 789–811.
 52. Tittle, C.R. (2004) Refining control balance theory *Theoretical Criminology* Vol. 8, No. 4, s. 395–428.
 53. Braithwaite, J. (1997) Charles Tittle's Control Balance and criminological theory *Theoretical Criminology* Vol. 1, No. 1 s. 77–97.
 54. Piquero, A.R. & Hickman, M. (2003) Extending Tittle's control balance theory to account for victimization *Criminal Justice and Behavior* Vol. 30, No. 3, s. 282–301.
 55. Kashani, J.H. (1992) Family Violence: Impact on Children *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry* Vol. 31, No. 2, s. 181–189.
 56. Infante, D.A. et al (1989) Test of an argumentative skill deficiency model of interspousal violence *Communication monographs* Vol.56, No. 2, s. 163–177.
 57. <http://www.iu.folkehogskole.no/sites/i/iu.folkehogskole.no/files/c918374d75db8c71091e5fa617b6c9a3.pdf>.

■ A.AA.NAKMI.NO



'Oppstarthåndbok i allmennpraksis'

Hva, av hvem, for hvem og hvorfor?

■ ROBERT BURMAN • Leder av ALIS-utvalget og redaktør av «Oppstarthåndbok i allmennpraksis»

«Oppstarthåndboken i allmennpraksis» er utarbeidet av ferske allmennleger for ferske allmennleger.

Det har i flere år blitt etterspurt en håndbok eller veileder som på en enkel og oversiktlig måte redegjør for mye av det du må tenke på - og gjøre - før du starter som allmennlege, samt råd for håndtering av arbeidet den første tiden. Med håndboken ønsket vi å lage en lettlese og lett tilgjengelig bok som kunne veilede den kommende eller ferske allmennlegen i jungelen av informasjon som må innhentes, leses, forstås og signeres i oppstartsfasen. Håndboken er ment å gi en introduksjon til, og oversikt over, praktisk håndtering av skjemaer, avtaler og næringsdrift, innføring i spesialiseringsregler, krav til veiledning og «hvordan få et godt liv i allmennpraksis».

Utrykket «fersk» i denne sammenheng er vanskelig å definere. Vi tenker vel om det at man er så fersk som man føler seg. Erfaring og følelse av mestring i faget vil i stor grad bidra til egen opplevelse av hvor fersk man er, og vil sannsynligvis bety mer enn antall år i faget eller om du er spesialist eller ikke. Slik sett, håper og tror vi at ulike deler av håndboken vil være relevant for en stor del av allmennlegekorpset, ikke minst de som driver veiledning av turnusleger og allmennleger i spesialisering, i tillegg til de «ferske».

Hvem er så disse «ferske allmennlegene» som så gjerne ønsker å gjøre hverdagen som «fersk allmennlege» litt lettere, blant annet gjennom å skrive en oppstarthåndbok?

Håndboken er utviklet som det første prosjektet til det nye ALIS-utvalget, et utvalg som utgår fra Norsk forening for allmennmedisin og Allmennlegeforeningen. ALIS står for «allmennlege i spesialisering», noe vi har definert til å bety en allmennlege som har tatt et valg om å bli spesialist i allmennmedisin og er i gang med sin spesialisering. Begrepet ALIS er også skapt for å bygge en sterkere «merkevare» rundt kompetansehevingen som spesialiseringen innebærer, jamfør LIS-begrepet på sykehus.

På årsmøtet til NFA og landsrådsmøtet til AF i mai 2012 ble det vedtatt å opprette et eget utvalg for allmennleger i spesialisering. NFA- og AF-styret er representert med minst en allmennlege i spesialisering i utvalget. Utvalget ble opprettet som et tre-årig prøveprosjekt, og skal jobbe særlig med saker knyttet til:

- Rekruttering av leger til allmennmedisin
- Ivaretagelse av allmennleger som er under spesialisering i allmennmedisin
- Bedring av spesialiseringsløpet, inkludert en mer strukturert videreutdanning med tettere veiledning

ALIS-utvalget vil i tiden fremover jobbe mye med hvordan vi kan nå ut til flest mulig unge allmennleger. Vi har så smått kommet på nett, vi har fått vår egen Facebook-side, og kvitret våre første kommentarer på Twitter.

- INFORMASJON PÅ LEGEFORENINGENS SIDER: <http://legeforeningen.no/yf/allmennlegeforeningen/alis/>
- FACEBOOK: [Facebook.com/allmennleger i spesialisering](https://www.facebook.com/allmennlegerispecialisering)
- TWITTER: @AllmennLIS

I arbeidet vårt videre ønsker vi veldig gjerne innspill og kontakt med så mange unge allmennleger som mulig. Kontakt oss gjerne på Facebook, eller send en e-post til Robert Burman, og vi vil lytte til hva dere har å fortelle oss. Vi håper mange av dere vil få nytte av vår «Oppstarthåndbok», og ikke glem å tipse din ferske kollega på nabokontoret, eller i nabokommunen om håndboka.

■ ROBERT.BURMAN@UNI.NO



Heroin i Bergen

■ OLA JØSENDAL • Avdelingsdirektør, Avdeling for rusmedisin, Haukeland Universitetssykehus

■ CHRISTIAN OHLDieck • Seksjonsleder, Seksjon LAR, Haukeland Universitetssykehus

I Bergen er det for tiden stort fokus på Nygårdsparken og stenging av denne, samt på åpne rus-scener. Vi har derfor skrevet en artikkel med dette utgangspunktet, men som kan være relevant lesing for kolleger også på andre steder i landet.

Avdeling for rusmedisin (AFR) ved Haukeland universitetssykehus ble etablert i 2009, og har fått ansvar for behandling av pasienter med rus- og avhengighetslidelser. I dette ligger også ansvaret for forebygging, forskning, utdanning, samarbeid med kommunene, og arbeid med pårørende. AFR har i juni 2014 ti seksjoner, – fire døgnklinikker, fem poliklinikker, og en forskningsseksjon.

Ledergruppen i AFR har utviklet en modell for forståelse av pasientens tilstand, som skal være førende for allokering av ressurser, både internt, og i samarbeid med eksterne (se tabell nederst på siden).

Alle behandlingstiltak i AFR skal være innrettet slik at pasientene får bistand til å realisere sitt høyest mulige funksjonsnivå (så høy fase som mulig). Vi har et helhetlig perspektiv på den samlede innsatsen i AFR, det inkluderer en målsetting om å komme til så tidlig som mulig, slik at pasientene ikke går inn i et negativt forløp, altså stadig synkende funksjonsnivå (synkende fase).

Vår forståelse av prosesser som fører til avhengighet, og prosesser som bidrar til å komme ut av en avhengighet, får konse-

kvenser for allokering av ressurser. Vår tilnærming til behandlingen er innrettet slik at den skal både bidra til å forebygge skader, redusere omfanget av skader som har oppstått, og bidra til å redde liv. Dette kan også framstilles som en logisk handlingsrekke:

- Forebyggende helsearbeid blant barn og unge (i et bredt samfunnsmessig perspektiv) er første prioritet, og skal føre til at så mange som mulig har et godt liv, og ikke velger å bruke rusmidler.
- En del barn og unge har ikke et godt liv, noen av dem begynner å bruke rusmidler. For denne gruppen settes det inn så stor behandlingssinnsats som mulig, så tidlig som mulig. Målsettingen er å bidra til at pasientene ikke misbruker rusmidler.
- Noen av de som begynner å bruke rusmidler går inn i en avhengighetstilstand. For denne gruppen settes det inn så stor behandlingssinnsats som mulig, så tidlig som mulig, for å bidra til at pasientene kommer ut av avhengighetstilstanden.
- Noen av pasientene med en avhengighetstilstand blir avhengige av opiat. For mange av disse er den primære målsettingen å bidra til at pasienten kommer ut av opiatavhengigheten, gjennom medikamentfri behandling.
- Mange pasienter som er opiatavhengige kommer ikke ut av avhengighetstilstanden selv etter betydelig innsats gjennom medikamentfrie behandlingstiltak. Det kan skyldes at summen av lidelser er for krevende å behandle uten substitusjonsbehandling. Denne pasientgruppen skal tilbys legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det er en målsetting å inkludere

minst 80 prosent av denne pasientgruppen, helst 100 prosent av denne pasientgruppen i LAR. Ut over det medikamentelle tilbudet skal pasientene få tilbud om annen relevant behandling (for eksempel innenfor rusmestring og psykisk helse). Det er også mulig å avslutte medikamentell behandling, etter en vellykket rehabilitering.

- Medikamentene som brukes i LAR er buprenorfin og metadon. Langt de fleste opiatavhengige som trenger LAR har god og tilstrekkelig effekt av disse medikamentene. Det finnes også langtidsvirkende morfinpreparat (Substitol® eller Sévre-Long®) som vil være god behandling for en liten gruppe pasienter som verken tolererer metadon eller buprenorfin, eller som ikke har nytte av de to medikamentene

Hovedmålet med pasientbehandlingen er å bidra til at pasientene får realisert sitt best mulige funksjonsnivå (helst til og med fase 5).

Behandling av pasienter med rusproblemer

Pasienter med langvarig rusmiddelavhengighet har oftest samtidige alvorlige somatiske og psykiske sykdommer, i tillegg til å være i økonomisk og sosial nød. Våre behandlingstilbud skal bidra til at pasientene får bedre innsikt i og kontroll over sin avhengighet, bedre fysisk og psykisk helse, bedre sosiale ferdigheter, bedre relasjonsbygging og opparbeidelse av et rusfritt nettverk, mestring av en tilværelse med lav eller ikke bruk av rusmidler, og en hverdag uten kriminalitet eller annen sterkt uøns-

TABELL: Pasientfaser

FASE 1 OVERLEVELSE	FASE 2 VURDERER ENDRING	FASE 3 ENDRING	FASE 4 STABIL ENDRING MED OPPFØLGING	FASE 5 STABIL ENDRING UTEN OPPFØLGING
Overlevelse, pasienten vurderer ikke endring i retning av bedre mestring av rus og avhengighet	Vurderer endring med tanke på å oppnå bedre mestring av rus og avhengighet	Gjennomfører endring, viser økende mestring av rus og avhengighet med oppfølging	Stabil mestring av rus og avhengighet med oppfølging	Stabil mestring av rus og avhengighet med liten eller ingen oppfølging



I Bergen er det for tiden stort fokus på Nygårdsparken og stengning av denne, samt på åpne rus-scener. FOTO: SVEIN-MAGNE TUNLI

sket atferd. Dette krever en helhetlig, tverrfaglig og tverretattlig tilnærming.

Pasientbehandlingen handler som oftest om et forberedt møte mellom en eller flere behandlere, og en eller flere pasienter. Våre behandlere skal være stabile og forutsigbare voksne, som står stødig fram i det kaoset som ofte preger tilværelsen til ruspasientene. Viktige metoder og arbeidsprinsipper i samarbeidet mellom pasient og behandler er: Individuell plan, behandlingsplan, brukermedvirkning, fokus på pasientens positive ressurser, nært samarbeid med pårørende, motiverende samtale, muntlige og skriftlige avtaler, veiledning innenfor livsstil og fysisk aktivitet, og annet. Den beste behandlingen skapes ved at pasient og behandler byr på seg selv ut over det instrumentelle, i en kombinasjon av kompetanse og medmenneskelighet.

Samtidig er det svært krevende for behandlere over tid å være i mange slike samarbeid, fordi behandlingen med jevne mellomrom vil mislykkes. Da er det avgjørende at man som pasient og behandler er del av et robust system, som kan fange opp vanskelige prosesser, og understøtte videre behandling med tilførsel av ressurser. I tillegg kan både pasienter og behandlere lære av de mange og viktige behandlingssuksessene. Et stort antall pasienter med ruspro-

blemer har oppnådd en ny og bedre helse-tilstand og livssituasjon etter et konstruktivt samarbeid med våre behandlere. De fleste behandlere ønsker å arbeide med denne pasientgruppen fordi gevinstene både for pasientene og samfunnet er svært store når samarbeidet lykkes.

Pasientenes egen opplevelse av grad av rusmestring er avgjørende for hvilket samarbeid vi kan få til, og hvilke ressurser som er mest hensiktsmessig å bruke i dette samarbeidet. Målsettingen for behandlerne er hele tiden å bidra til at pasientene kan realisere sitt beste funksjonsnivå (høyest mulig fase). For mange pasienter er det en reell målsetting å ha fullstendig rusmestring og være i fullt arbeid eller gå på skole. Andre pasienter kan ha så store utfordringer at det å holde seg i live er en krevende målsetting.

Arbeid mot åpne rus-scener i Bergen

Åpne rus-scener er dominert av pasienter som bruker heroin. Dette ble nylig dokumentert i Bergen gjennom Utekontakts kartlegging av åpne rus-scener (Juni 2014). Å få begrenset, eller i beste fall eliminert det illegale heroinmarkedet, har vist seg i andre byer å være avgjørende for å få bukt med åpne rus-scener. Ved å inkludere flest

mulig heroinavhengige i LAR fjerner man kundegrunnlaget for selgere av heroin. Ved samtidig omfattende innsats fra politiet rettet mot selgerne av heroin er det grunn til å tro at en i løpet av få år kan lykkes med å redusere tilgjengeligheten til heroin i vesentlig grad.

Opiatavhengighet, især injiserende bruk av heroin, er vanlig i Bergen. Injisering er forbundet med mange alvorlige sykdommer og ulykker som hver dag legger beslag på store ressurser i helsevesenet, i politiet, hos påtalemyndighetene, og i kriminalomsorgen. Opiatene omsettes på de åpne rus-scenene i Bergen. Å forebygge at flere sårbare unge blir avhengige er selvsagt det mest effektive for den enkelte bruker og av hensyn til samfunnsøkonomien. Innsats for å redusere tilgjengeligheten til heroin og avvikling av åpne rus-scener generelt er derfor en høyt prioritert oppgave.

Omfattende utbygging av LAR vil redusere tilgangen til heroin og forebygge videre økning i antall opiatavhengige i Bergen. En slik utvikling er dokumentert i flere større byer i Europa, samt fra Kristiansand i Norge. Vi vet at behandling i LAR er noe av det mest kostnadseffektive behandlingstiltaket vi har i helsevesenet.

I dette store bildet er inklusjon av flere medikamenter i LAR ikke et sentralt ele-



Opiatavhengighet, især injiserende bruk av heroin, er vanlig i Bergen. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ment, men avgjørende for en liten andel av våre pasienter. Vi må ha et bredt tilbud om inklusjon, diagnostikk og behandling. Minst like viktig er arbeidet med sosiale faktorer som bolig, meningsfylt aktivitet, utdanning og arbeid.

Begrepet «lavterskel LAR» brukes av helsemyndighetene for å beskrive hvordan spesialisthelsetjenesten og førstelinjetjenesten bør innrette tilbud til opiatavhengige som er vanskelige å nå. Det er viktig å understreke at det absolutte kriteriet, opiatavhengighet, fortsatt må være til stede. Begrepet «lavterskel» må altså ikke tolkes slik at behandlingen gis utenom medisinsk indikasjon. I tråd med føringene fra Helse- og omsorgsdepartementet vil vi derfor utvikle tjenester som er brukervennlige og med god tilgjengelighet, med høy kvalitet og med mulighet for rask oppstart i behandling.

Prosjekt M31

I samband med den vedtatte planen for fjerning av åpne rus-scener i Bergen, kommer Helse Bergen HF til å opprette en poliklinikk med et såkalt lavterskel LAR tilbud, eller 'hurtig-LAR', i Møllendalsveien 31. Huset og innholdet vil heretter omtales som M31. Her vil pasientene få møte leger, sykepleiere og annet helse- og sosialfaglig personell som kan bidra direkte og uten timebestilling. Pasientene vil kunne starte sin LAR behandling uten ventetid dersom kriteriene for opptak i LAR er innfridd. De

medikamentelle valgene vil være i prioritert rekkefølge:

- ❶ Suboxone film® (kombinasjonspreparat Buprenorfin og nalokson)
- ❷ Metadon mikstur
- ❸ Langtidsvirkende morfin (Sévre-Long®)

Sévre-Long® kan benyttes dersom det er klare og dokumenterte medisinske årsaker til at pasientene ikke får en hensiktsmessig behandling gjennom buprenorfin eller metadon. Det er lege i Avdeling for rusmedisin som beslutter hvilket preparat den enkelte pasient skal få tilbud om. Sévre-Long® er ikke et forhåndsgodkjent preparat i Norge, og en må derfor søke Statens legemiddelverk om tillatelse til å forskrive det for hver enkelt pasient (registreringsfritak).

Avdeling for rusmedisin vil i løpet av 2014 sette i drift et nylig utviklet medisinsk kvalitetsregister for rusbehandling. Gjennom arbeidet i M31, særlig aktualisert gjennom stengingen av Nygårdsparken, vil vi sannsynligvis komme i kontakt med en pasientgruppe der enkelte kan være aktuelle for behandling med Sévre-Long®. Vi vil gjennom kontakten med denne pasientgruppen og dokumentasjon i kvalitetsregisteret kunne gjennomføre et forskningsprosjekt for å bidra til økt innsikt i kriterier for identifisering av pasienter som vil ha nytte av behandling med andre medikamenter enn buprenorfin og metadon.

Det er grunn til å anta at den lille pasi-

entgruppen som ikke har ønsket effekt av metadon eller buprenorfin, er en sentral del av det illegale heroinmarkedet. Denne pasientgruppen er sannsynligvis også utøvere av en betydelig andel av kriminaliteten som er knyttet til omsetning av illegale rusmidler. Det vil derfor være positivt, både for helsetilstanden til pasientene, og for samfunnet for øvrig at denne gruppen av pasienter får et tilpasset medikamentelt behandlingstilbud. Den helsemessige gevinsten for pasienter i LAR, også de med dårlig rusmestring, er godt dokumentert gjennom forskning. Hovedgevinsten for samfunnet av å inkludere også den mest marginaliserte gruppen av heroin-avhengige i LAR er allikevel å oppnå andre gevinster enn de helsemessige, – innenfor politi, påtalemyndighet og kriminalomsorg.

I M31 vil både kommunen og frivillige organisasjoner bli invitert til samløkalisering og samarbeid. Det er planlagt opprettelse av kafé, tv-stue og tilgang til internett. M31 opprettes for å yte livreddende behandling av høy kvalitet, på en brukervennlig måte, blant annet ved at LAR kan iverksettes uten ventetid på behandlingen. Sannsynligheten for helsemessig gevinst og lavere kostnader for samfunnet synes å være stor.

Vi vil i samarbeid med Universitetet i Bergen gjennomføre en samtykkebasert og forskningsbasert evaluering av behandlingen i M31.

■ OLA.JOSENDAL@HELSE-BERGEN.NO

Trondheimserklæringen

– et visjonært dokument for helsefremmende arbeid

■ KRISTINE ASMERVIK • Utpostens redaksjon

Hva skal til for å utjevne sosiale helseforskjeller? Hva er effektive folkehelseiltak? Hva er gode nærmiljøer og hvordan skaper vi disse? Dette er noen av de mange spørsmål og tema som ble løftet frem på den 11. Nordiske folkehelsekonferansen som ble arrangert i Trondheim fra 26. til 29. august.



Konferansen samlet 747 deltagere fra hele Norden. Gjennom konferansen ble felles nordiske styrker og utfordringer belyst. Sammen utformet deltagerne og kursarrangørene en nordisk folkehelseerklæring. Dette er første gang en slik erklæring blir utformet under konferansen. Hensikten med erklæringen er å sette en standard for fremtidig nordisk folkehelsearbeid, hva gjelder utfordringer, behov og muligheter. På nettsidene til WHO – under nyheter – er Trondheimserklæringen omtalt (1).

Helse i alt vi gjør

Internasjonale kjente navn innen folkehelsearbeid delte sine erfaringer og inspirerte deltagerne til aktivt å ta en rolle i utarbeidelsen av erklæringen. Professor Iliona Kickbush, som er direktør for Global Health-programmet ved Graduate Institute of International and Development Studies ved Universitetet i Geneve, var sentral i utformingen av Ottawa-charteret i 1986. Charteret påpekte at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer og med lokalmiljøet rundt oss. Hun understreket sitt hovedbudskap om «Health in all poli-

cies» for å nå målene i folkehelsearbeidet. Szuzsanna Jacab, som er WHO sin regionsdirektør for Europa, satt fokus på viktigheten av overordnede politiske rammer, så som Health 2020 og den norske Folkehelsemeldingen, for å tydeliggjøre verdier og retninger for det europeiske folkehelsearbeidet.

Sir Michael G. Marmot, professor i epidemiologi og «Public Health» ved University College London, leverte et fyrverkeri av en tale etter helseminister Bent Høie. Han fastslo at «folkehelse er et politisk valg; er du fattig har du mindre forutsetning for å kunne velge god helse» og «vi

▼ Den 11. Nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim i slutten av august samlet nær 750 deltagere fra hele Norden.



må redusere de sosiale helseforskjellene». Marmot ledet arbeidet med WHO-rapporten «Closing the gap in a generation» som kom i 2005, og som omhandler nettopp de sosiale helseforskjeller vi opplever, og hva som forårsaker disse.

Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg!

De nordiske folkehelsekonferansene har en lang tradisjon med start 1987, og har utviklet seg til en hovedarena for erfaringsutveksling, innovasjon og diskusjon om utvikling av folkehelsearbeid. Vi bygger på erfaring, kunnskap og praksis fra våre land og omverdenen og anerkjenner den internasjonale overbygningen gjennom

serien av konferanser om folkehelsearbeid fra «Ottawa Charter for Health Promotion» i 1986 til «The Helsinki Statement on Health in All Policies» i 2013. De globale, regionale og nasjonale gjennomganger av sosiale helse-determinanter har gitt betydelig kunnskap til innsats. De nordiske land har en lang tradisjon for å være pådrivere internasjonalt med å utvikle strategier, modeller og solidarisk bidra til ressurser for å forbedre global helse. I 2012 vedtok alle de 53 medlemslandene i Europaregionen Helse 2020 som rammeverk og strategi for en bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel i regionen innen 2020. For første gang får vi en felles erklæring fra den nordiske folkehelsekonferansen.



ORDLYDEN I ERKLÆRINGEN

Ved den 11. Nordiske folkehelsekonferansen i Trondheim, Norge 26.–29. august 2014 ble de 747 nordiske deltakerne, i kapasitet av seg selv, som engasjerte i ulike roller lokalt, regionalt og nasjonalt i Norden, enige om følgende uttalelse:

Samfunnsutvikling for helse og trivsel

Gjennom befolkningens helse og trivsel kan vi avlese hvor vel politikken lykkes med ett av sine sentrale oppdrag. Helse og trivsel er både en forutsetning og investering for gode liv, et resultat av og en indikator for sosialt bærekraftige samfunn.

Vi vet at sosial ulikhet i helse som danner et systematisk mønster (gradient) gjennom hele befolkningen er et resultat av ulik fordeling av makt, penger og ressurser i samfunnet. De sosiale ulikhetene i helse er uakseptable og urettferdige og oppstår fra de sosiale og materielle betingelsene for menneskers fødsel, oppvekst, voksenliv og alderdom.

I våre nordiske land Danmark, Finland, Færøyene, Grønland, Island, Norge og Sverige er folkehelsens utvikling nært forbundet med nordisk politikk og velferdsutvikling. Grunnleggende er våre universelle velferdsordninger, kombinert med målrettede innsatser.

De nordiske land har et sterkt offentlig ansvar for forhold som er avgjørende for helse og trivsel, som økonomisk sikkerhet og fordeling, bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv og arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, samt kultur og fritid. Til grunn for utviklingen ligger ett demokratisk styresett med et sterkt regionalt og lokalt selvstyre med

stor innflytelse over de samfunnsfaktorene som påvirker befolkningens levekår, helse og trivsel.

I global sammenheng er folkehelsen i Norden svært god. Samtidig står vi overfor betydelige utfordringer. I likhet med andre land, har vi ikke løst vår største utfordring – å redusere sosiale ulikheter i helse. Vi har dermed gått glipp av de største helsegevinstene på befolkningsnivå. Helseforskjellene må bekjempes i forhold til sosioøkonomi, kjønn (gender), etnisitet, funksjonsnivå og seksuell legning.

Retten til helse er grunnleggende. Resurser og muligheter må fordeles slik at mennesker kan forme sine liv ut fra sine egne ønsker og ambisjoner – for seg og samfunnet: Inkluderende samfunn med mennesket i sentrum!

Rettferdig fordeling av helse og trivsel forutsetter:

Innsats rettet inn mot grunnleggende årsaker til helse og trivsel

- Det må investeres i universell velferd som bolig og oppvekstmiljøer, skole og utdanning, arbeidsliv, arbeidsmiljø, helsetjenester og velferdsordninger, for gode levekår.
- For å fremme psykisk helse og trivsel må vi stimulere sosiale nettverk, deltakelse og sosial støtte i hverdagslivet.
- Det er behov for styrket samfunnsrettet innsats for å forebygge ikke-smittsomme sykdommer gjennom forpliktelser med WHO's globale NCD-handlingsplan (2). Innsats innen områdene ernæring, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol, samt rus, skader og ulykker (injuries and vio-



lence) og psykisk helse må også rettes mot de underliggende årsakene basert på en forståelse av politiske og kommersielle drivkrefter.

- Gevinster kan tas ut både ved en god start i livet, ved å fremme ungdommers helse, innsatser i arbeidslivet og aktiv, sunn og trygg aldring.

Styring i samspill og reell gjennomføringsvilje

- Styring handler om forpliktelse og lederskap som gir resultater.
- Strategier, planer og mål er aldri bedre enn gjennomføringen tilsier. Politikk for rettferdig fordeling av helse og trivsel uten ressurser, strukturer og ekte politisk forpliktelse vil ha liten effekt.
- For å kunne holdes ansvarlig kreves

▲ *Professor Iliona Kickbush, som er direktør for Global Health-programmet ved Graduate Institute of International and Development Studies ved Universitetet i Geneve. Hun understreket sitt hovedbudskap om «Health in all policies» for å nå målene i folkehelsearbeidet.*

◀ *Sir Michael G. Marmot, professor i epidemiologi og «Public Health» ved University College London, leverte et fyrverkeri av en tale. Han fastslo at «folkehelse er et politisk valg; er du fattig har du mindre forutsetning for å kunne velge god helse» og «vi må redusere de sosiale helseforskjellene».*

▼ *Szuzsanna Jakab er Europadirektør i WHO. Hun fremholdt blant annet at de nordiske landene må bli enda bedre til å fordele helse- og velferdsgoder.*

målbare mål for å fremme helse og trivsel, med hensikt å redusere de sosiale ulikhetene.

- Samfunnsutvikling for helse og trivsel krever sektorovergrepene samarbeid på like premisser med gjensidig respekt for ulike sektors samfunns mål. Vi må søke gjensidig nytte og samordningsgevinster gjennom partnerskap og allianser, men også identifisere potensielle interessekonflikter og forhandle løsninger ut fra dette.
- Vi trenger åpenhet og medvirkning for bedre resultater og å utløse menneskers og sivilsamfunnets egne ressurser.
- Konsekvensvurderinger må omfatte rettferdig fordeling av helse og trivsel

Bredt kunnskapstilfang og erfaring

- Vi har et godt grunnlag for handling, men må stimulere til økt forskning om årsakssammenhenger, gjennomføring og effekt av tiltak.
- Utvikling av folkehelsearbeidet krever kunnskap fra mange fag og sektorer, og bruk av ulike metoder og deltakelse.
- Innsats må evalueres med en flerviten-skapelig tilnærming hvor vi lærer av erfaringer.

Sosialt bærekraftige lokalsamfunn og helsefremmende nærmiljøutvikling

- Det er der mennesker lever, virker og bor vi kan forme de kvaliteter som fremmer helse, trivsel og tilhørighet.
- Lokale og regionale aktører nærmest befolkningen er ryggraden i folkehelsearbeidet og må sikres tilstrekkelige ressurser og kapasitet.
- Vi må investere i nærmiljøer som fremmer deltakelse, sosiale nettverk og møteplasser, aktivitet og trygghet.

Mange må bidra – sektorer og aktører

Mange samfunnsaktører har et ansvar for rettferdig helse og trivsel. Det endelige ansvaret ligger på våre regjeringer. Stat, fylker og kommuner har alle et ansvar, men ulike virkemidler. Frivillig sektor (NGOs) utfører et viktig arbeid og er en ressurs, policypartner og mobiliseringsaktør.

Likeverdige helsetjenester kan ta systematiske grep som bidrar til rettferdig helse og trivsel.

En koordinert stat kan gjennom strategisk styring, regulering og lovgivning aktivt skape gode forutsetninger for helse og trivsel, nasjonalt, regionalt og lokalt. Næringsaktører har et stort potensial for å bidra til helse og trivsel i rollen som arbeidsgiver, produsent og samfunnsansvarlig partner.

Vi forplikter oss til å

- Spre budskapet fra Trondheimsdeklarasjonen til beslutningstakere
- Ta en aktiv rolle for å nå våre felles ambisjoner
- Bidra til økt nordisk samarbeid for rettferdig helse og trivsel i Norden og bidra til å redusere helseforskjeller globalt
- Utfordre kommende konferanser til å følge opp budskapet fra deklarasjonen

REFERANSE

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/news/news/2014/09/nordic-countries-committed-to-tackling-health-inequities>
2. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf

▼ *Utenom fagprogrammet ble det også underholdning. Her spiller Dag Ingebrigtsen med flere.*



Fremtidens journal-system – legenes visjoner

Det elektroniske pasientjournalssystemet (EPJ) er et av våre viktigste verktøy i allmennpraksis.

Vi har spurt et utvalg allmennleger om følgende:

- Hva opplever du som de viktigste begrensningene ved dagens journalssystem?
- Hvilke muligheter finnes – hva er de utnyttede mulighetene ved elektronisk pasientjournal?

BARE FANTASIEN SETTER GRENSER

BEGRENSNINGER: Elektronisk pasientjournal, EPJ, er bare i startgropa i forhold til hva det kan brukes til! Det har allerede skjedd mye, men utviklingen vil bare akselerere. Om fem år kommer EPJ og elektronisk samhandling til være på et helt annet nivå enn i dag, og vi kommer til å riste på hodet av hvor umodne systemene har vært. Norsk forening for allmennmedisin sin referansegruppen for EPJ og ES (elektronisk samhandling) beskrev i 2010 en lang ønskeliste over funksjonalitet som vi hadde savnet siden EPJ ble vanlig på 90-tallet. Norsk helsenett fra 2004 skulle få fart på ting, men det har vært altfor lite fokus på hva primærhelsetjenesten trenger av EPJ-funksjonalitet. Mye av forklaringen ligger i at det ikke har vært noen form for finansielle incentiver i utviklingen. Fastlegedisketten er et eksempel på hvor galt det har vært.

MULIGHETER: Bare fantasien setter grenser her! Alt som kan og skal dokumenteres i pasientbehandlingen kan i prinsippet bli en del av EPJ. Alt fra anamneseopptak som pasientene kan fylle ut og sende over fra sitt eget nettbrett, til resultater fra diagnostisk utstyr, til beslutningsstøtte for alle trinn i et pasientforløp, til mottak av pasientobservasjoner, mulighet for elektroniske meldinger og skjema til alle mulige samarbeidspartnere, rapporter og statistikk, pasientinformasjon, innkalling og rettighetsbrev fra helseforetak/avtalespesialist/NAV/Helfo. Noe skal sendes og bli helt integrert i EPJ, og noe skal være tilgjengelig i en database, og påloggingen til databasen skal skje så raskt at du ikke rekker å blunke.

Noe av det viktigste som må på plass for

å utnytte alle mulighetene, er å opprette en sentral enhet for meldingsovervåkning og en sentral feiloppsettingsfunksjon. Dagens system er svært sårbart og har for mange feilsendte meldinger. Fastlegekontor har svært avansert teknologi utplassert fra Norsk helsenett. Det er derfor vi er pålagt Normen (Norm for informasjonssikkerhet på legekontor), men hvis myndighetene virkelig mener alvor med Normen, må de utstyre fastlegekontor med egne IT-teknikere, ikke ulikt det sykehusene har. Antall og typer feil er imidlertid så stort og mangfoldig at det ville være mer effektivt at dette ble samlet på ett sted.

Innen fem år håper jeg at klinikere og pasienter opplever EPJ som en reell støtte, utover tekstbehandling og postkasse, med etterspurt og hensiktsmessig funksjonalitet. Brukergrensesnittene, altså hvor lett det er å lære seg og bruke systemet, skal være intuitive, og speile fagutøvelsen. Administrative funksjoner skal utføres automatisk, ut fra allerede eksisterende registre, og IT-personell skal bruke sin kompetanse på å vedlikeholde og ta ansvar for sikkerheten. EPJ-utviklingen skal styres av faglige behov og integreres i alle tiltak som skal øke pasientsikkerheten.

Eksempler på nært forestående EPJ-funksjoner:

- Automatisk adresseregister for elektroniske meldinger
- Nasjonal synonymordliste for laboratorieanalyser
- Elektronisk overføring av fastlegejournal uavhengig av EPJ-leverandør
- E-Multidose
- Sikrere meldingsovervåking av elektronisk meldingsutveksling



- Interaktiv henvisning og rekvirering
- Elektronisk skjema til forsikringselskap
- Universalmelding, en standard elektronisk melding mellom behandlere
- E-dialog

Utover dette har vi en lang ønskeliste, og så fort vi får litt mer ressurser, skal vi oppdatere denne på www.refepj.no. Har noen lyst og anledning til å skrive om EPJ-prosjekter på hjemmesiden vår, er de hjertelig velkomne! Ta kontakt med susanne.presch@hotmail.com

SUSANNE PRØSCH
Fastlege i Sandefjord
Leder av NFAs referansegruppe
for EPJ og ES, styremedlem i Infobruk
Bruker Infodoc Plenario

JEG SER EGENTLIG FÅ BEGRENSNINGER, MEST MULIGHETER

Etter mange magre år og tung kamp for å få bedre EPJ, ser det endelig ut til å løsne. Det er mange gode pågående prosjekter som vil bedre våre EPJ-systemer betydelig i de nærmeste årene, og i forbindelse med takstforhandlingene i år kom det 17 millioner friske kroner for 2014-2015 som skal gi oss bedre EPJ. Det er viktig å ikke ta helt av, holde beina solid plantet på jorden og gjøre det så enkelt som mulig med fokus på pasientsikkerhet og god arbeidsflyt for legene. Bra nok er godt nok, vi trenger ikke luksus og overfladiske fancy detaljer, men en driftssikker og rask EPJ.

Begrensninger ved dagens journalsystemer er manglende nasjonale standarder og for tungvint og manglende utbygget kommunikasjon med andre systemer. Data gjenbrukes ikke smart nok i vanlig pasientarbeid, til forskning og faglige rapporter. Integrering med medisinsk utstyr kunne vært bedre. Videre er det magert med beslutningsstøtte. Årsaken til dette er

etter min mening mangel på nasjonale standarder og for lite økonomiske ressurser i det norske leverandørmiljøet. Det har også vært for lite overskudd til innovasjon.

Som nevnt ser jeg flest muligheter, og mye av dette har vært klart til produksjon lenge:

- Elektronisk overføring av EPJ via helsenettet ved fastlegebytte. Enkel versjon med pdf som det kan kopieres fra og søkes i kommer trolig vinteren 2015. Neste fase er mer strukturert overføring slik at mottaker kan laste data inn i skjermbilder man er vant til i egen EPJ.
- Ta i bruk standarden Norsk laboratoriekodeverk med mappingliste som bringer multiple gamle navn for samme analyse over til ett entydig navn alle forstår. Dette gir tydeligere oversikter og letter kommunikasjon med andre aktører. Dette er allerede klart i Infodoc.
- Melding med vedlegg gir mulighet for å sende bilder, grafer, tegninger, hånd-

skrift og signerte dokumenter. Dette kommer i 2015.

- Åpen dialogmelding som kan brukes mot mange samarbeidspartnere, altså sikker e-post i helsenettet fra EPJ til EPJ om felles pasient. Vi har hatt PLO-meldinger i flere år, nå kan vi snart vi bruke det mot pasient, sykehuslege, forsikringselskap og NAV i 2015.
- Bedre flyt i diagnosesetting og mer medisinsk korrekt diagnose ved hver kontakt.
- Rapporter med dårlig input er for meg helt uinteressant. La oss først lage verktøy som lar oss registrere gode data.
- Bedre registrering av kritisk informasjon (CAVE m.m.), her har kjernejournal allerede en meget bra løsning integrert med EPJ. Bredding er i gang.
- Mer strukturert journal, som avhenger av felles nasjonalt språk for medisinske data. Da vil EPJ kunne regne ut BMI, svangerskapstermin m.m når nødvendige data er tastet inn. Data vil lettere kun-

VIDEREUTVIKLING AV EPJ ER ET KOSTNAD-NYTT- VURDERINGSPROSJEKT



Dag Nordvåg

Dagens EPJ er sammensatt av et standard pasientarkiv i en databaseplattform, kombinert med informasjonsutvekslingssystemer. Førstnevnte blir stadig en mindre del av det allmennlegen ser, mens kommunikasjonsmodulene blir flere og tyngre. Arkivsystemet kan betjenes av standard databaser, som teknisk sett er enkle å vedlikeholde.

Kommunikasjonsmodulene krever integrering mot databasen, hvilket kan være krevende. På toppen kommer kommunikasjonsnett som vi skal kommunisere over, der en leverandør har monopol, noe som medfører høy pris og lav fart- ikke motsatt.

Begrensningene vi ser i dagens EPJ – arbeidsbildet til allmennlegen – er sammensatt. Databehandlingskostnader har på grunn av ovenstående økt for allmennlegene, mens nytteverdien pr. innskutt krone nå nærmer seg null. I dette ligger også medgått tid for oppdatering, nye installasjoner, opplæring og feilrettinger i forbindelse med nye installasjoner. Arbeidsoverføring der allmennlegekontoret

blir sekretær, reisebyrå med mer gir tilsynelatende billige løsninger for statens aktører i helsevesenet.

Eksempler på arbeid som overføres til fastlegene er pasientreisestrukturer og elektronisk resept, men sistnevnte gir kanskje en kvalitetsmessig gevinst. Reisebyråvirksomhet bør gjøres av de som formidler reiser. Reseptoppdateringer og medikamentlister bør oppdateres av dem som gjør endringer, det vil si også av sykehusleger. IKT bør ikke brukes til ren arbeidsoverføring, på tvers av ansvar.

Vi beveger oss slik jeg ser det mot en felles EPJ, i startfasen kalt kjernejournal. Det er antagelig hensiktsmessig, da datareplikering og overføring av data er bedre å gjøre når man trenger dem. Begrensningene i dagens situasjon er at helsenettet ikke tilfredsstiller våre krav til hastighet og oppetid til en overkommelig pris. Det synliggjøres i dag i e-reseptsystemet. Det ble ikke kjappere med bytte av journalsystem, slik mange påstår. Kravspesifikasjoner på tjenester i datasystemene er ofte gode, og stort sett oppfylt av leverandøren, men tidskrav på tjenesten blir sjelden satt, da andre forhold har stor betydning for hvor lang tid arbeidsoperasjonene tar. Som en konsekvens er resultatet tunge datasystemer som bruker for lang tid på enkle oppgaver.

Felles EPJ ligger antagelig 15–20 år frem i tid og vil også være vanskelig å gjennomføre med dagens organisering av helsevesenet.

Gevinstene vi kan hente ut nå er:

- Alle bør kjøre løsninger som innebærer full elektronisk kommunikasjon med sitt sykehus og ulike laboratorier, det vil si henvisning, epikrise, polikliniske notat, laboratoriesvar, labrekvisisjon, røntgenhenvisning og -svar. Alt dette forelig- ger ferdig utviklet.
- Enkle løsninger for kommunikasjon på tvers av geografiske hinder må på plass. Løsningene er der, men krever fortsatt for mye til at man får det installert.
- Kommunikasjon med hjemmetjeneste er på plass (PLO-meldinger), og det er tidsbesparende.
- Pasienttjenester jobbes det med, noen drifter allerede dette, og den store nytten kommer når våre klienter selv kan bestille timer, stille enkle spørsmål, med mer.
- Andre typer meldinger til og fra sykehus utenom henvisning og epikrise må også kunne håndteres.
- Elektronisk legeoppgjør og elektronisk skjemahåndtering til Nav/Helfo bør være på plass hos alle.
- Alle systemene må ivareta datasikkerhet med tanke på eventuelle datatap i for-



Regin Hjertholm

ne overføres til andre systemer. EPJ må kunne hente ut strukturerte standardiserte data basert på fritekst i gamle journaler. OBS! Fritekst i EPJ skal bevares, ellers taper vi legekunsten, poesien, undringen og muligheten til å eksakt skrive inn det pasienten forteller oss.

- Raskere gjenbruk av data som ligger i EPJ når henvisninger og andre dokumenter skal skrives. Automatiske uttrekk ut fra dokumenttype, diagnose og adressat. Vi skal ikke bruke tid på å lete etter og klippe ut opplysninger som systemet burde forstått skal være med i dokumentet.
- Tidslinje som visuelt sammenstiller hendelser og dokumenter.
- Bedre og mer brukervennlig overvåking av elektroniske meldinger.
- Smartere bruk av autotakster.
- Universalmelding – færre meldingsvarianter, en eller noen få robuste som dekker det meste og lettere kan oppgraderes. Helsekort for gravide, ny epikrise og ny henvisning kan inngå i denne. Nesten alle dokumenter vi skriver og sender inneholder de samme medisinske ele-

mentene. La oss forenkle overføring av data og redusere dagens mange varianter og versjoner – de skaper feil og gjør det tungt å skape forbedringer. Eget felt for resyme og emne som automatisk vises i korrepsondanse og fortløpende journal.

- Tydeligere og mer fokusert visning av epikriser, laboratorie- og røntgensvar slik at man kan lese over og bla raskere videre til neste. Mindre tidsbruk på innboks.
- Bedre integrering med software fra medisinsk utstyr – resyme i tekst og kurve/bilder bør lagres i EPJ med lenke til utdypende info og funksjonalitet i spesial-software.
- Intuitivt og selvforklarende design, få tastetrykk, navigering både med hurtigtaster og mus.
- E-resept og samstemmingsvertøy er et fremskritt, men enda mer må gjøres for å få og dele pasientens medisinliste med samarbeidspartnere når det er samstemt, oppdatert og kvalitetsikret av en lege. Legens navn, dato og kvalitetsgrad må settes på listen. NB: Legemiddelgjennomgang er tidkrevende og kan bare gjøres for utvalgte pasienter.

- EPJ må kommunisere godt med nasjonale/regionale registre, tjenestekataloger, samarbeidspartnere og pasient.
- Vi må kunne hente epikriser, rtg.svar, labsvar, vaksiner, adresser m.m ved behov
- Pedagogisk visning til pasient.
- Beslutningsstøtte og automatiske datauttrekk fra EPJ der du trenger det, laget i samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger/andre samarbeidspartnere; den «moderne» metodebok. Dette skal oppleves som nyttig og ikke forstyrrende.

REGIN HJERTHOLM

Fastlege i Bergen. Start nettverk innen helse-IKT, erfaring fra mange EPJ-prosjekter de siste 15 årene, initiativtaker til EPJ-løftet, PKO-er for Helse Vest IKT, tidligere leder for Dnif's IT-utvalg.

LITE STRUKTURERT INFORMASJON



Ole Andreas Bjordal

Mitt inntrykk er at Winmed 2 er god på løpende dokumentasjon og utveksling av henvisninger/epikrise/skjema på papir og elektronisk.

Labdata utveksles enkelt med Fürst elektronisk og rekvisisjonen sendes også elektronisk.

E-resept fungerer bra med Forskrivningsmodulen. Vi har også startet pilotering av e-multidose. Men: det er lite strukturert informasjon bortsett fra klinisk kjemiske data og forskrivningsinformasjon.

Manglende strukturering medfører at det stort sett bare er klinisk kjemiske data og forskrivningsinformasjon som utveksles strukturert med andre aktører.

Systemene støtter en del enkeltstående arbeidsoppgaver (for eksempel elektronisk reseptkjede, rekvirering av blodprøver, henvis-

ninger til eksterne etc) men mangler støtte for pasientforløp.

Gjenfinning og gjenbruk av tidligere journalinnhold er vanskelig og gjøres kun tekstlig.

Jeg ønsker en EPJ som:

- Gir prosessstøtte
- Gir kunnskapsstøtte
- Lager struktur av data i løpende journal/notat
- Gir støtte for pasientforløp
- Gir problemorientering.

OLE ANDREAS BJORDAL

Fastlege i Sandnes. Bruker Winmed 2 med Forskrivningsmodulen og Fürst Forum.

bindelse med overføring, og sikre journalføringer med eventuelle kvitteringsmeldinger. Det må logges blant annet hva som er rekvirert.

- Ulike former for beslutningsstøtte i vid forstand er nok nyttig, for eksempel legemiddelinteraksjonsdelen i e-resept. Slike verktøy på begrensede områder er nyttig (eksempler: Noklus Diabetes, SmartHeart) men større og kostbare helhetlige verktøy har gitt delte erfaringer i andre land.

For å få til dette må vi være villige til å bruke nødvendige midler til å holde pc-er og

servere oppdatert, både når det gjelder software og hardware.

Det er et politisk ønske om tilganger til egen journal og fritt sykehusvalg. Her er det viktig at man plasserer regningen rett. Også det arbeidet som kreves innad på legekantoret må være fortløpende finansiert. Jeg tør påstå at vårt legekantor nok har brukt egne 50000 kroner på e-resept, en kostnad som vi ikke skulle ha tatt. Pasientreiser koster også arbeidsoverføring.

Kommunikasjonsmodulene som tvinger seg inn, dels med rette, vil og bør antagelig ivareta funksjoner som nå ligger i EPJ. Man bør tenke seg løsninger der

elektroniske overføringer av sykmeldinger også til arbeidsgiver blir ivaretatt av for eksempel NAV.

Punktene over er noen eksempler på hva vi overfører elektronisk og som derfor er rimelig enkelt å lagre i en kjernejournal. Det vil være juridisk tvilsomt i dag, men politisk jobbes det med løsninger på dette. På sikt tror jeg at vi kan ha nytte av en slik løsning, jo mer fullstendig, jo bedre, men det krever også politisk vilje for å styre IKT-utviklingen målrettet mot vårt brukerbehov og pasientens behov.

DAG NORDVÅG
Fastlege i Tromsø

Fremtidens journalsystem – journalutviklernes visjoner

Det elektroniske pasientjournalsystemet er et av våre viktigste verktøy i allmennpraksis. Vi har spurt de tre store journalsystem-firmaene i Norge om følgende:

- 1 Hvordan vil fremtidens journalsystem se ut?
- 2 Hva er de viktigste utfordringene i arbeidet med å forbedre journalsystemene?
- 3 Hvilke muligheter finnes – hva er de uutnyttede mulighetene ved elektronisk pasientjournal i allmennpraksis?



Produksjef Endre Dyrøy ved Infodoc

INFODOC

1 Vår visjon om fremtiden er et journalsystem som ikke bare lar leger, helsesøstre, jordmødre og andre behandlere i primærhelsetjenesten utføre jobben sin effektivt, men som også understøtter og forbedrer det det er mulig: Et effektivt grensesnitt for å taste eller tale inn mest mulig strukturert informasjon, innebygget beslutningsstøtte basert på dagens journalnotat, pasientens historikk og nyeste behandlingstips, og full støtte for kontorets administrative rutiner, som prøvetaking, kommunikasjon med pasienter og oppfølgingsrutiner.

Vi ser for oss et forskningssamarbeid med designere for å treffe riktig på individuelle tilpasningsmuligheter som hjelper de fleste, og standardisering av grensesnitt for å forenkle igangsetting og redusere opplæringskostnad. Vi må også treffe riktig i grenselandet mellom å understøtte kompleksiteten og variasjonen i de medisinske arbeidsoppgavene, og et Steve Jobs-inspirert, forenklet og spisset grensesnitt.

2 Enkelt sagt så er de viktigste utfordringene med å forbedre journalsystemene mangel på utviklingsressurser versus den måten utfordringene er nødt til å løses på i dagens Norge. Pasientjournalsystemer med støtte for helsebehandling, elektronisk kommunikasjon, administrativ oppfølging og timestyring, samt økonomihåndtering, er komplekse systemer. I mange andre bransjer kan komponenter gjenbrukes slik at sluttproduktet kan bygges av internasjonale moduler. Dette er mye vanskeligere innen EPJ-/helsesektoren da Norge er et lite land og man er underlagt særnorske lover og standarder både når det

gjelder personvern og behandling. Mer ressurser eller mer internasjonale standarder kunne lettet utvikling.

Et nasjonalt fokus/meldingsløft på å legge gamle meldingsstandarder død (få sistemann fremover) heller enn å starte enda en ny versjon av en melding hos noen få, ville frigjort mye ressurser. I dag er for eksempel alle nasjonale standarder for elektronisk epikrise innført siden 1990 fortsatt i bruk. Utallige ressurser brukes nasjonalt for å støtte EDIFACT 1991/95 etc, i stedet for at man tok et løft og fikk alle opp på gjeldende standard.

Politisk er det også vanskelig å finne en måte å finansiere primærhelsetjenestens EPJ på, siden prispresset er betydelig, og markedet er begrenset i antall og under statlig prisregulering. I tillegg er legene private næringsdrivende. Takster som kunne utløses av leger som brukte journalsystemer med godkjent funksjonalitet, innen bestemte viktige områder, kunne vært en mulighet. Og kanskje en bedre bruk av offentlige ressurser enn utvikling av en forskrivningsmodul.

3 Den beste kilden til nærliggende uutnyttede muligheter i EPJ i dag er EPJ-løftets nettside <http://www.refepj.no/epj-loeftet> hvor dette er godt dokumentert. Flere av oppgavene er allerede løst og breddet til kunder, som sammenstilling av medikamentlister og overgang til nytt laboratoriekodeverk. Andre oppgaver som gjenstår er elektronisk overføring av EPJ, meldinger med vedlegg i en form som kan brukes av alle, og sikker kommunikasjon med pasienter via for eksempel Helseportalen.

De fleste primærhelsepasientjournaler i dag har mye historikk lagret pr. pasient. Det må finnes muligheter for å kunne utvikle individuell beslutningsstøtte, kunne lage gode uttrekk som viser livshistorien, eller mer spesifikt: sykdomshistorien til enkelt-pasienter. Det bør også kunne lages populasjonsbeslutningsstøtte i systemene. Dette kan tas videre slik at man for eksempel kan sammenligne egne diabetespasienter og den

behandlingen de har fått med landsgjennomsnittets behandling og resultat.

Når det gjelder kommunikasjon mellom helsepersonell, og mellom helsepersonell og pasienter, kan mye gjøres: integrering med kjernejournal, remote-tilgang til journal og sikker kommunikasjon for å sjekke åpningstider, ventetider etc. Vi ser også for oss at mye kan gjøres for å forenkle driften på et legekontor. Data og/eller arbeidsflater kan legges til sikker sky, det kan tilbys tjenester for å døgnovervåke og følge opp elektronisk kommunikasjon, eller sekretærtjenester.

Allerede i dag kan brukere av Infodoc Plenario samarbeide og dele snarveier («knapper») på tvers av kontorer, via e-post eller Infobruks nettsider. Dette kan også videreutvikles og gjøres enda enklere.

Det er heldigvis(?) langt enklere å finne gode, dokumenterte ideer for forbedring enn å ha nok ressurser, så det blir travelt og spennende i skjæringspunktet mellom IT og helse fremover også.

ENDRE DYRØY
Produksjef, Infodoc

HOVE MEDICAL SYSTEMS AS

1 Mennesket har alltid ønsket å kunne vite hva som venter oss inn i fremtiden, og det har aldri være mangel på spådommer. Spådommer om teknologiske nyvinninger har som regel vært fantasifulle, men vi har ofte sett at virkeligheten har overgått selv de modigste spådommene. I Hove Medical Systems, som utvikler System X, har vi derfor fokus på å sikre at vi hele tiden benytter teknologi og verktøy som gir oss fleksibilitet til å utvikle effektive og brukervennlige løsninger, samtidig som vi alltid har det siste av teknologi tilgjengelig og har støtte for flere plattformer, databaser og programmeringsmåter, slik at vi enkelt kan følge endringene som nødvendigvis vil måtte komme inn i fremtiden.

Vi mener det er viktig for brukerne at de har et journalsystem som utvikler seg gradvis og fornyes over tid, slik at de kan få tilgang til de nyvinningene som vil

COMPUGROUP MEDICAL NORWAY AS

❶ Dette kommer selvsagt an på hvor langt inn i fremtiden man ser, men overordnet peker dagens utvikling i retning av et system som reduserer brukerens behov for å jobbe med data og administrasjon, og som ikke bare øker tilgjengelig tid til pasientbehandling, men som også sømløst støtter og beriker denne. For å oppnå dette er det flere områder som må være på plass:

Tilgjengelighet

Systemet må være lett tilgjengelig for brukerne på flere forskjellige måter. Fra nettleser til nettbrett til smarttelefoner, smartklokker, smartbriller o.l. Tilgjengelige funksjoner i de forskjellige grensesnittene er tilpasset brukers naturlige arbeidsflyt.

Beriket arbeidsflyt

Fremtidens journalsystem må ikke bare til late bruker å gjøre jobben sin – det må også berike og effektivisere den. Jeg ser for meg kontekst-sensitiv intelligent beslutningsstøtte sømløst tilpasset det tilgjengelige verktøyet.

Pasientinvolvering

Det virker som at det er konsensus om at det er medisinsk fordelaktig at pasienten blir mer delaktig i egen helse. Fremtidens journalsystem må derfor gi pasientene bedre kontroll over egen helse og behandlingsløp – alt fra resultater på prøvesvar til bestilling av time, til en grafisk oversikt over hvor man er i et behandlingsløp inkludert god informasjon om hva som forventes av pasienten på et hvert tidspunkt. Diverse målinger, kontrollert selvmedisinering, registrering av relevant informa-

sjon – alt dette kan legges til rette for i et datasystem, noe som både kan gi en betydelig helsegevinst samt god samfunnsøkonomisk effekt, dersom det gjennomføres på en god måte.

Samhandling

I dag er det mye fokus på samhandling og meldingsutveksling, men i en fremtidsvisjon trenger man ikke å begrense seg til den tankegangen. Visjonen må være at all nødvendig pasientinformasjon alltid er oppdatert og tilgjengelig der den trengs, når den trengs, og dette finnes det andre og bedre tekniske muligheter for å oppnå. Systemet jeg beskriver som fremtidens journalsystem er fullt mulig teknisk selv i dag, og jeg håper at de riktige tiltakene blir gjort for å ta oss dit i en fremtid som ikke inkluderer laservåpen og flyvende biler.

❷ Et nøkkelspørsmål blir «forbedre for hvem»? For oss i dag er vi faktisk i en situasjon der de mange samtidige nasjonale samhandlingsprosjektene trekker våre ressurser bort fra umiddelbare behov og ønsker som våre kunder har, og som de mener vil hjelpe dem i større grad. Samtidig er de nasjonale prosjektene fremtidsrettede drivere mot visjonen om «fremtidens journalsystem», men vi skulle gjerne hatt muligheten til å tilpasse disse prosjektene til vår – og våre kunders – timeplan på en bedre måte. Våre kunder utgjør over halvparten av primærhelsetjenesten, og det kan hende at rekkefølgen på hva vi leverer når kunne vært mer optimal både for oss og våre kunder, samtidig som man hadde ivaretatt nasjonal fremdrift. Til dette formålet håper



Produktsjef
Peter Evans,
Compu-
Group
Medical
NORWAY
AS

vi at Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) etablerer seg som et godt og sterkt organ for koordinering. God finansiering av disse prosjektene er naturligvis også svært viktig. Pr. i dag er nasjonale prosjekter lite lønnsomme for oss som leverandør, noe vi håper vil bedres.

I tillegg til et samlende organ for koordinering av nasjonale prosjekter skulle vi ønsket oss et felles bestillingsorgan fra primærhelsetjenesten, på tvers av leverandører, og at dette organet samarbeidet tett med NUIT.

Vi etterlyser også en klar og konkret strategi og roadmap for å implementere samhandlingsreformen og stortingsmeldingen «Én innbygger – én journal».

❸ Dagens EPJ-systemer har en rekke innovative muligheter som kunne vært implementert dersom det hadde vært betalingsvilje og tilgjengelige ressurser for dette. Som nevnt tidligere ville det pr. i dag vært teknisk innen rekkevidde å bevege seg godt på vei mot «fremtidens journalsystem» dersom det forelå en klar strategi for samhandling og standardisering. Samtidig må lovverket være oppdatert og legge til rette for denne strategien, spesielt med tanke på diskusjonen rundt personvern versus pasientsikkerhet.

PETER EVANS

Produktsjef CompuGroup Medical NORWAY AS



Salgs- og markedsjef
Thorvald Remø, Hove
Medical Systems AS

har av den grunn alltid det siste av teknologi tilgjengelig i bunnen av systemet og er alltid kompatibelt med gjeldende plattformer og operativsystemer. System X programmeres i «native code» som er den mest moderne måten å gjøre dette på. Dette gir oss blant annet muligheten til å gjøre System X operativsystemuavhengig, utnytte kraften i dagens maskiner optimalt og samtidig være så godt forberedt som

komme fremover uten å måtte bytte til en helt ny løsning. I System X har vi ivaretatt dette ved å gi programmet en modular struktur der alle deler kan videreutvikles individuelt eller byttes ut ved behov, både med tanke på moduler, struktur og tilgjengelig teknologi. System X

mulig på ny teknologi som vil komme fremover.

Hvordan fremtidens journalsystem vil se ut er det erfaringsmessig vanskelig å si noe sikkert om, men jeg føler meg rimelig trygg på at noen viktige stikkord vil være mer elektronisk samhandling, enklere, sikrere og raskere informasjonsflyt mellom de forskjellige journalsystemene, kvalitets-sikring av pasientbehandling, bedre kommunikasjon med diagnostisk utstyr og enda bedre tilpasningsmuligheter.

❹ Vi møter stadig nye utfordringer i arbeidet med å forbedre våre løsninger, og det er vår oppgave å finne de beste og smarteste løsningene for disse. Store og kostbare offentlige prosjekter tar mye av ressursene. Disse kunne vært brukt til å utvikle ny og forbedret funksjonalitet i journalsystemene. Dette har lenge vært en utfordring for alle aktørene, og spesielt utfordrende blir det når det ikke følger penger med disse prosjektene. De fleste offentlige prosjektene har gitt brukerne ny og viktig funksjonalitet (eResept, PLO-meldinger, kjernejour-

nal, OSEAN m.m.) som både forenkler og gir sikrere behandling av pasientdata, men det har nok dessverre gått på bekostning av hastigheten på utvikling av andre etterlegete funksjoner i journalsystemene.

❺ Med de mulighetene vi har tilgjengelig med dagens teknologi og utviklingsverktøy, er det nesten bare fantasi og ressurser som setter grensene for hva vi kan få til. Vi har selvsagt en klar mening om hvilke muligheter som ikke er utnyttet og det er mange nye ting som allerede ligger klart for neste hovedoppdatering av System X, i tillegg til alt som allerede er under utvikling eller ligger i planene fremover. Hva som vil komme fremover kan jeg av forståelige årsaker ikke gå i detalj på. Det er vel ingen hemmelighet at en av de viktige tingene i System X er enda bedre muligheter for tilpasninger til den enkelte bruker. På den måten blir det enklest mulig å orientere seg, samtidig som riktig og nødvendig informasjon er tilgjengelig der du trenger den.

THORVALD REMØ

Salgs- og markedsjef, Hove Medical Systems AS

Innføring av nasjonal – status og beskrivelse

■ BENT A LARSEN

Spesialist allmennmedisin og fastlege i Halden, rådgiver i Helsedirektoratet

■ FLORENTIN MOSER

Overlege ved Avdeling for Akutt- og Mottaksmedisin, St. Olavs Hospital

■ EIRIK NIKOLAI ARNESEN

Lege, seniorrådgiver i Divisjon e-helse og IT, Helsedirektoratet

■ NINA REFSUM

Farmasøyt, seniorrådgiver ved Avdeling kjernejournal og e-resept, Helsedirektoratet

La oss tenke et scenario der enkemann herr Hansen er på ferietur i Nordland med Hurtigruten. Ved en bytur underveis kollapser han. Han er dårlig kontaktbar og er i sjokk (svært hypotensiv). Når han ankommer sykehuset, er journalen hans tom, fordi han bor i Oslo, der han også glemte sine tabletter. Situasjonen er kritisk, og bortsett fra persona lia har man ingen opplysninger tilgjengelig om mannen. Mangelen på informasjon vanskeliggjør den diagnostiske prosessen og øker risikoen for feilbehandling.

Derimot, med kjernejournal, vil AMK allerede når noen ringer 113, åpne kjernejournalen og oppdage at han fikk en koronarstent for seks uker siden, og at han står på dobbel platehemming. Med i forslag til differensialdiagnoser vil da være akutt instent-trombose allerede før pasienten har ankommet sykehuset, og all behandling kan skje mer målrettet og effektivt.

Alle leger som jobber klinisk, er avhengig av at tidligere hendelser, prøvesvar og gjennomførte prosedyrer er dokumentert på en oversiktlig og lett tilgjengelig måte. Det genereres store informasjonsmengder om alle pasienter i helsetjenesten, men tilgangen til denne informasjonen har hittil vært begrenset på grunn av bestemmelser i



Helseregisterloven. Der spesifiseres det at hver enkelt virksomhet skal ha en egen pasientjournal. Som virksomheter regnes på den ene siden en liten soloallmennpraksis, på den andre siden et helseforetak som St. Olavs Hospital med flere tusen ansatte. I planlagte forløp vil aktørene i virksomhetene sende informasjon til hverandre. Men i akutte situasjoner vil det være vanskelig å spore opp slik informasjon, informasjonsutvekslingen er ofte ufullstendig, og dermed kan livsviktig informasjon være utilgjengelig (for eksempel fordi avdeling/kontor er stengt).

Legemiddeloversikter som finnes hos fastlege, ved sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste avviker ofte fra hverandre. Det

te svekker pasientsikkerheten. En studie med 196 pasienter som ble innlagt akutt og som brukte medisiner, viste at medisinlisten manglet hos 76 av disse (1). En annen studie av 177 akutte innleggelser viste at avgjørende informasjon manglet i 10 prosent av tilfellene (2). Om lag seks prosent av alle innleggelser på sykehus anslås å være relatert til utilsiktede hendelser med legemidler. Samfunnet har årlige kostnader på omkring tre milliarder kroner knyttet til slike legemiddelhendelser (3).

Hensikt med og konseptet kjernejournal

Formålet med den nasjonale kjernejournalen er å øke pasientsikkerheten ved å bidra

kjernejournal

Lege/Medisinsk EPJ-rådgiver UNN, Anne-Berit Norman Paulsen, og kst.seksjonsoverlege på nyremed. seksjon UNN, Marie Kjærgaard, prøver ut e-reseptordningen på UNN og bringer UNN et steg videre mot nasjonal kjernejournal.



til rask og sikker tilgang til strukturert informasjon om pasienten (4). Det samles utvalgte og viktige opplysninger fra apotek, spesialisthelsetjeneste, folkeregisteret og fastlegeregisteret, og pasienten selv kan registrere egne opplysninger. Behandlende lege kan registrere kritisk informasjon. Informasjonen gjøres tilgjengelig via den elektroniske pasientjournalen.

Pasientens rolle blir et novum: Kjernejournalen er et helseregister der pasienten selv kan logge seg inn fra egen PC og legge inn opplysninger, og ikke minst følge med på hvem som har åpnet kjernejournalen. Innbyggere får sikker tilgang på nett gjennom helsenorge.no med samme innlogging som i nettbank. Innbyggeren har mulighet å dokumentere cirka 350 definerte sykdommer, eventuelle kommunikasjonsbehov (døv, stum, tolk etc.) og kontaktpersoner som f.eks. nærmeste pårørende. Dette er informasjon som man tidligere

kjenner fra f.eks. et preoperativt skjema.

Imidlertid er ikke kjernejournal en pasientjournal med alle diagnoser, konsultasjoner hos lege eller legevakt, blodprøver eller røntgensvar. Kun utvalgte opplysninger fra folkeregisteret, fastlegeregisteret, informasjon om utleverte medisiner og, med noe etterslep, kontakter med spesialisthelsetjeneste vil registreres automatisk. Kjernejournal erstatter ikke pasientjournalen eller kommunikasjon mellom helsepersonell i form av brev eller meldinger.

Kjernejournal inneholder følgende informasjon:

Legemidler

Her registreres alle legemidler utlevert fra apotek i Norge, forskrevet på resept. Informasjonen samles inn fra den dagen innbygger får kjernejournal og blir lagret i tre år.

Kontakt med spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten rapporterer pasientens besøk til Norsk Pasientregister. Kjernejournal viser informasjon om tidspunkt og hvilken avdeling/type spesialitet pasienten har vært hos fra 2008.

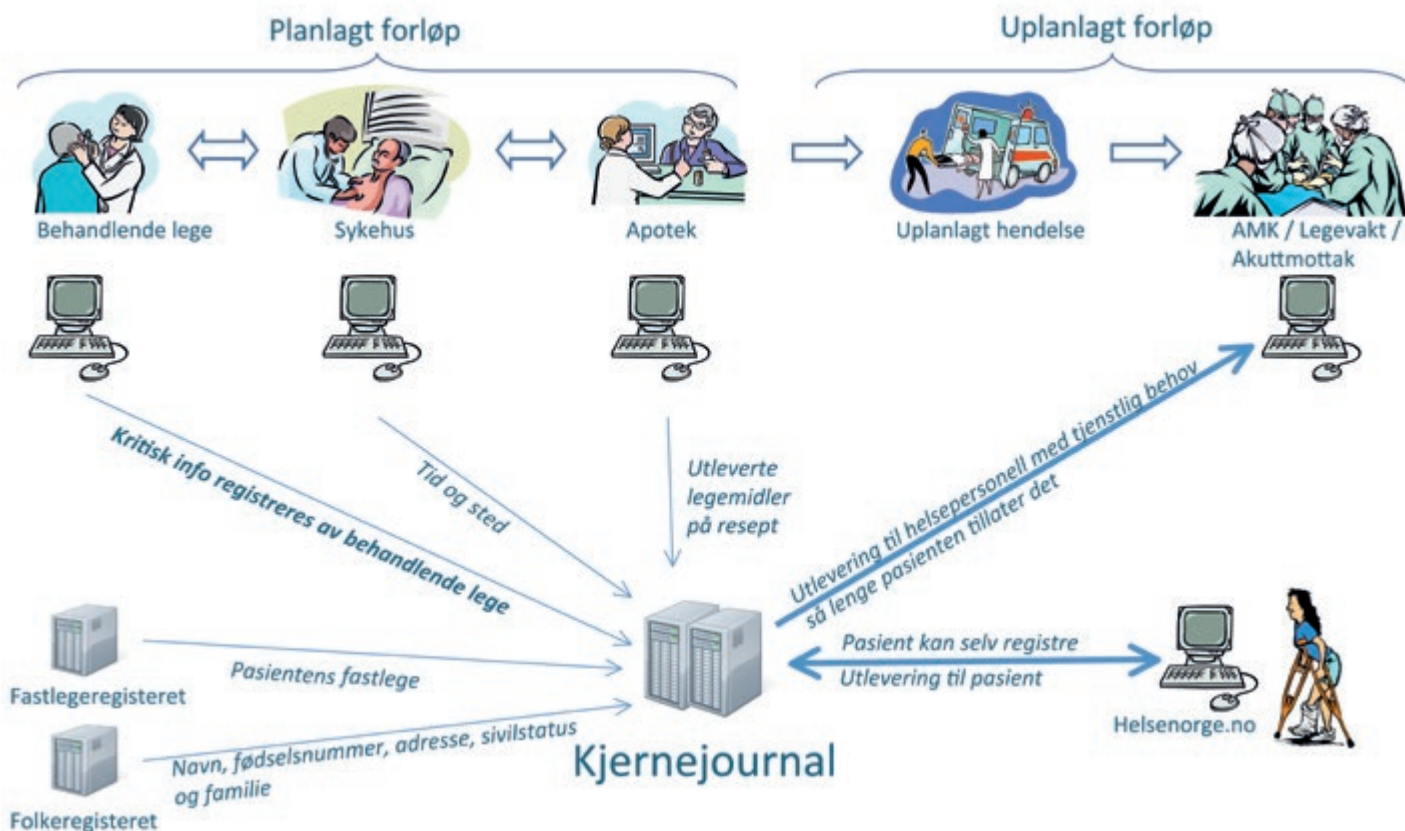
Pasientens egne registreringer

Personopplysninger med familie og bosted hentes fra Folkeregisteret. Fastleger de siste tre år hentes fra Fastlegeregisteret. Pårørende, andre kontakter i helsevesenet og sykehistorie kan registreres av pasienten selv på helsenorge.no.

Kritisk informasjon

En varslingsmodell der informasjon skal registreres hvis den er vanskelig å oppdage i en akutsituasjon, men samtidig har potensiale til å skade eller ta livet av pasienten. Kritisk informasjon er utredet i prosjektet, basert på den svenske modellen om

FIGUR 1: Behovet for og innhold i kjernejournal. GRAF: HELSEIDIREKTORATET



Line Danser
040988 05660
Kvinne (27 år)
Kjernejournal opprettet 08.01.2012

Skriv ut kjernejournalen (PDF)

OM PASIENTEN LEGEMIDLER KRITISK INFO BESØKSHISTORIKK ADMIN

Utvid alle rader

Verifikasjon OM KRITISK INFORMASJON

Overfølsomhetsreaksjoner Legg til

Curacit Inj væske	Anafylaktisk reaksjon	Bekreftet	Endre: 17.01.2014
Dispril Oppl tab	Uspesifisert tung post	Uklart	Endre: 17.01.2014

Komplikasjoner ved anestesi Legg til

Kritisk medisinske tilstander Legg til

Binyrebarkvikt		Endre: 17.01.2014
----------------	--	-------------------

Pågående behandling / implantater Legg til

Smitte Legg til

Miljø: Utviding (2.13.8-SNAPSHOT-standalone) Driftstatus

FIGUR 2: Kritisk informasjon i kjernejournal

«Varningsinformasjon» (5) og beskrevet i en egen rapport (6). Kritisk informasjon er delt i fem kategorier:

Alvorlige overfølsomhetsreaksjoner og allergi

Som kan få skadelige konsekvenser hvis ikke de tas høyde for.

Anestesikomplikasjoner

Problemer ved narkose og bedøvelse, slik som intubasjonsproblemer.

Kritiske tilstander

Spesielle diagnoser som blødertilstand, stoffskiftesykdommer og andre tilstander som er vanskelig å oppdage, men potensielt skadelige eller dødelige hvis de ikke tas høyde for.

Implantater og pågående behandling

Visse implantater som koronar stent, transplantater som solide organer, behandling som kan nedsette immunforsvaret.

Smitte

Infeksjon og bærertilstand med multiresistente mikrober som MRSA, ESBL og VRE.

Registrering av kritisk informasjon

Erfaring hittil tyder på at hos fastlegen er det aktuelt å registrere kritisk informasjon for en til to prosent av pasientene. Registrering av standardtilstander som «mekanisk

hjerterklaff» eller «anafylaksi på røntgenkontrastvæske» tar ca tre minutter, men ved registrering av hendelser som ligger langt tilbake, tar det lenger tid å oppspore gammel dokumentasjon. I utprøvingen ser det ut til at sykehuslegene i like stor grad som fastlegene registrerer kritisk informasjon.

Kritisk informasjon omfavner mye mer enn registrering av en anafylaktisk reaksjon på kontrastvæske. Mange tilstander kan diskuteres om de fyller kriteriene eller ikke, og det blir en balanse mellom mangel på avgjørende informasjon og unødig registrering av åpenbare tilstander. At en pasient har amputert høyre bein vil innvirke på livet hans i stor grad, men denne informasjon er såpass åpenbar at den ikke trenger spesiell fremheving.

Når det er lagt inn kritisk informasjon, varsles dette på krysset i øvre venstre hjørne (fig 2), for eksempel ved registrert anafylaksi, som rødt utropstegn. Ved registrert smitte eller implantat endres utseendet på varslings symbolet. I det øyeblikket man har registrert kritisk informasjon, blir kjernejournal-knappen i pasientens elektroniske journal rød og indikerer at det foreligger kritisk informasjon. En blå kjernejournal-knapp betyr at pasienten selv har registrert medisinsk informasjon i sin kjernejournal. At kjernejournal-knappen ikke er rød, betyr likevel ikke at pasienten er fri for spesielle helsetilstander, siden kritisk informasjon må registreres av behandleren.

de lege. Spesielt i startfasen kan denne registreringen mangle.

Brukergrensesnittet viser kun det mest relevante, men man kan klikke seg til mer utfyllende informasjon om en tilstand. Det samme prinsippet gjelder for utleverte legemidler.

Selve bruken av kjernejournal er selvforklarende. I hovedmenyen til dagens pasientjournal ble det integrert en knapp som åpner kjernejournalen. Her logger bruker seg inn med PIN-kode (nivå 4) og kommer da rett inn i kjernejournalen for den pasienten som var valgt i pasientjournalen.

Begrensninger

Kjernejournalen er på ingen måte en journal som kan erstatte dagens standardanamnese. Innholdet er for begrenset i omfang, og det er begrensninger i lagringstid. Registrerte diagnoser og tilstander blir ikke det samme som en uttømmende anamnese om tidligere sykdommer. Derimot skal man i akutte situasjoner finne de viktigste opplysninger umiddelbart. Et blick på varslings symbolet indikerer at det foreligger noe som kan være relevant, det ligger ikke skjult i en journal med mange hundre notater.

En konstant bekymring for pasientsikkerheten er mangelfull legemiddelinformasjon: Hvilke legemidler bruker pasienten? Å ha oversikt over dette er en stor utfordring, om ikke umulig. Feilbruk, bi-

virksomheter, feil i overføring av informasjon fra en henvisning til innkomstjournal, derfra til kurve og til slutt til epikrisen, gir mange muligheter for inkonsistent og mangelfull informasjon. Kjernejournal bidrar med en liste av alle reseptbelagte legemidler som er utlevert fra apotek i Norge. Doseendringer etter utlevering, reseptfrie legemidler og behandling gitt direkte på sykehus/poliklinikk fremgår ikke. Imidlertid vil overforbruk av legemidler kunne oppdages enklere. Listen er et godt utgangspunkt for samtale med pasient om hvilke legemidler de bruker.

Kjernejournal er et helseregister. Dette innebærer at innbygger har rett til reservasjon og sperring, altså at hans/hennes kjernejournal blir slettet totalt, eller at deler av kjernejournalen blir sperret for innsyn.

Utvikling og design

I rapporten «Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013» er kjernejournal nevnt som et tiltaksområde som skal utredes og etableres (7). Målet var å gi tilgang til pasientinformasjon på tvers av virksomheter. Dette ble utredet i flere runder, før man samlet utredningene i en forprosjektrapport høsten 2010 (8). Arbeidet foregikk i tett samarbeid med aktører i helsevesenet. Det ble etablert referanse-

grupper med representanter fra fagforeninger, spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, pasientforeninger og fler. Hypoteser ble testet ut, korrigert og forankret.

I 2011 ble det foretatt en endring av helseregisterloven som gjorde det mulig å etablere kjernejournal. Endringene ble vedtatt våren 2012 (9). Også i dette arbeidet var referansegruppene og samarbeidet med helsevesenet sentralt.

Utviklingsarbeidet startet høsten 2012 etter en offentlig anskaffelse gjennomført etter prosedyren «konkurranspreget dialog» (10). Det ble tidlig etablert et forum for sluttbrukere, Helsepersonellforum, for tett dialog om utviklingen av kjernejournal. I tillegg ble det gjennomført flere brukervennlighetstester («usability tests») både via Internett og ved videointervjuer som førte til flere forbedringer i kjernejournal. Referansegruppene ble videreført og styrket, slik at prosjektet hele tiden hadde tett kontakt med representanter som vet hvor skoen trykker. Høsten 2013 var kjernejournal klar for utprøving.

Personvern og sikkerhet

Informasjonssikkerhet og personvern ble bygget inn i kjernejournal fra første dag. Datatilsynet har fulgt utviklingen av løsningen tett og har vært med å utforme

den. De mest sentrale personene i utviklingen av kjernejournal er sikkerhetsklarert. Det gjøres jevnlig sårbarhetsvurderinger for å sikre at lovverk og sikkerhetsrutiner følges.

Det er kun forhåndsgodkjente virksomheter tilkoblet det lukkede helsenettet som får tilgang til kjernejournal. Helsepersonell må identifisere seg på høyeste sikkerhetsnivå og skal være godkjent av virksomheten for å få tilgang. Tilgang skjer via EPJ.

Selv om innbyggere automatisk blir innlemmet i ordningen, kan man når som helst reservere seg fra å ha kjernejournal. Da slettes alle opplysninger, og innsamling av nye opplysninger stopper. Det er også mulig å sperre innholdet for innsyn fra navngitte helsepersonell og for innsyn fra helsenorge.no. Trusselutsatte personer (såkalte kode 6-personer) blir automatisk slettet fra kjernejournalen.

Ved å logge seg inn på helsenorge.no kan innbyggerne se hvem som har slått opp i sin egen kjernejournal. Snart vil innbyggere få e-post når kjernejournalen opprettes, og de som ønsker det, kan få informasjon når det gjøres oppslag.

Helsedirektoratet overvåker oppslag etter mistenkelig snokemønstre. Skulle innbygger eller internkontroll avdekke snoeking, vil saken meldes til den virksomheten det gjelder, Helsetilsynet og Datatilsynet.

FIGUR 3:
Legemiddelvisning i kjernejournal.

VRKSTOFF / ATC	SST REKVIRET LEGEMIDDEL	DOSERING	SST UTLÈVERT
▼ Drosiprenon og etinylestradiol ATC: G03AA12	Yasminelle 28 Tab 0.02 mg/3 mg	1 tablett daglig	31.08.2013
E-resept Status: Aktiv Andel utlevert av totalt på resepten: 50%			
Rekvirert:	Yasminelle 28 Tab 0.02 mg/3 mg		
Rekvisisjonstype:	3 x 28 stk		
Antall:	1		
Referansjoner:	3		
Bruksområde:	Antikonsepsjon		
Dosering:	1 tablett daglig		
Utlevert dato:	29.05.2013		
Utløper:	15.05.2014		
Rekvirert:	Cle Cranon		
Utleveringshistorikk:			
	31.08.2013	Yasminelle 28 Tab 0.02 mg/3 mg	1 (å 3x28 stk) Dosering
	31.05.2013	Yasminelle 28 Tab 0.02 mg/3 mg	1 (å 3x28 stk) Dosering
► Furosemid ATC: C03CA01	Furin Tab 40 mg	VANNDRIVENDE, 1 tablett hver morgen.	23.08.2013
► Trimetoprim ATC: J01EA01	Trimetoprim Tab 100 mg	1 tablett daglig	03.08.2013
► Amlodipin ATC: C02CA01	Amlodipin Sandoz Tab 5 mg	1 tablett daglig	03.04.2013

Utprøving av kjernejournal

Trondheim og de nabokommunene som hørte inn under legevaktens dekningsområde, ble valgt for den første utprøving av kjernejournalen høsten 2013. Hensikten med utprøvingen var å undersøke om den tekniske løsningen fungerer tilfredsstillende, om brukerne er tilfredse med funksjonalitet og utforming, om innbyggerne er informert godt nok, om opplæring av helsepersonell var tilfredsstillende og om kjernejournal oppleves som nyttig.

Utprøvingen omfattet akuttmedisinsk kjede med Legevakta i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim, samt Akuttmottaket og AMK ved St. Olavs Hospital.

Kjernejournalen ble opprettet for innbyggerne i Trondheimsområdet 30. august 2013 og tatt i bruk av helsepersonell i løpet av høsten. Alle fastlegene ble invitert til å delta i utprøvingen på frivillig basis. De fikk tilbud om å delta på flere opplæringsmøter med demo av kjernejournal. Opplæringsmaterieell og en demoversjon av kjernejournal var tilgjengelig på helsedirektoratet.no, til bruk for selvstudium. Det ble også gitt tilbud om individuelle besøk på legesentrene. Pr 7. september 2014 er kjernejournal tatt i bruk ved 37 legesentre i Trondheim og omegn.

Kjernejournal er tilgjengelig via alle EPJ-systemene som er i bruk i Trondheimsregionen, og det har, som forventet i en utprøving, vært noen tekniske utfordringer. Disse har stort sett blitt løst fortløpende.

Erfaringer fra St. Olavs Hospital

Så langt virker kjernejournal lovende. Større tekniske problemer har uteblitt. Innlogging pleier å gå enkelt og raskt. Personlig erfaring er at ekstraarbeid i form av registrering oppveies av informasjonsgevinsten. Spesielt legemiddelopplysninger viser seg å være nyttig ved vanlig mottak av pasient. Mange pasienter går på en eller annen kur, der de ikke husker navn på legemidlene, og med få klikk kan man finne ut hva det er. Siden legemiddelinformasjon samles fra august 2013, har mange pasienter opplysninger om hvilke legemidler de har hentet på apotek liggende i kjernejournal. Kritisk informasjon som allergi eller implantater som ikke kommer inn automatisk, blir registrert etter hvert, og til nå er ca 1300 kritisk informasjon registrert.

Nyttig for fastlegene

I en foreløpig evaluering blant fastleger

svarte 87 prosent av respondentene at de vil anbefale sine kolleger å bruke kjernejournal.

Kjernejournal inneholder først og fremst opplysninger som er nyttige når man ikke har tilgang til opplysninger om pasienten i egen journal. Fastlegene har som regel journaler om sine faste pasienter og vil derfor ha mindre nytte av opplysninger fra kjernejournalen. Man ønsket likevel å ha med fastlegene i utprøvingen da de er informasjonsgivere for kritisk informasjon.

Erfaringen fra utprøvingen i Trondheim viser imidlertid at fastlegene har nytte av kjernejournal i mange tilfeller. Vi har fått tilbakemelding fra fastleger om at legemiddelvisningen er nyttig til tross for at man har tilgang til reseptformidleren gjennom e-resept. Kjernejournal har lengre historikk og lagrer pasientens utleverte legemidler selv om man ikke har mottatt disse fra reseptformidleren i eget EPJ. Dette er spesielt nyttig når man får inn nye pasienter på lista eller er vikar for annet legekantor. Annet som fremheves som spesielt nyttig, er kontaktinformasjon til tidligere fastleger for pasienten, opplysninger fra folkeregisteret og listen over tidligere kontakter med spesialisthelsetjenesten.

Vi har og fått rapportert om tilfeller hvor det er registrert viktig informasjon i kjernejournal som fastlegen ikke kjente til. Vi har på denne relativt begrensede tidsperioden fått høre om tre tilfeller hvor dette var så viktig at det endret behandlingen av pasienten. Selv om man ikke kan legge noen avgjørende vekt på slike enkelttilfeller, kan dette tyde på at kjernejournalen også har sin berettigelse hos fastlegene.

Veien videre

Sommeren 2014 ble kjernejournal også tatt i bruk i Stavangerregionen, og i løpet av høsten utvides antallet kommuner hvor kjernejournal brukes med flere kommuner – både i Trondheimsregionen og Stavangerregionen.

Ved sykehuset har bruk og tilgang til kjernejournal i utprøvingen vært begrenset til leger og sykepleiere i akuttkjeden, men det planlegges utvidelse til flere avdelinger ved St. Olavs Hospital og Stavanger Universitetssykehus.

Høsten 2014 skal utprøvingen evalueres, og deretter legger Helsedirektoratet en plan for nasjonal utbredelse. I utgangspunktet kan alle som yter helsehjelp og har tjenstlig behov, få tilgang til kjernejournal. På lengre sikt vil hjemmetjenester og andre grupper helsepersonell kunne inkluderes, men i første omgang vil kjerne-

journal breddes til landets fastleger og helsepersonell i akuttkjeden.

Utviklingen av elektroniske løsninger går fort, og kjernejournal vil ikke bli utviklingens endepunkt. En del av dagens begrensinger har juridiske grunner, men lovverket vil også forandre seg med tiden. Kjernejournal er bare et stadium i evolusjonen, men kanskje et skillemerke likevel.

For mer informasjon, se Helsedirektoratets nettsider om kjernejournal: www.helsedirektoratet.no/kjernejournal

REFERANSER

1. Frydenberg K, Brekke M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelseskriv og epikrise. Tidsskr Nor Legeforen nr. 9–10, 2011; 131:942–5.
2. Remen VM, Grimsmo A: Closing information gaps with shared electronic patient summaries – How much will it matter? Int. J. Med. Inform. (2011), doi:10.1016/j.ijmedinf.2011.08.008.
3. Anders Grimsmo, Vebjørn Mack Remen, Torbjørn Nystadnes. Nasjonal IKT og Innovasjon Norge. Forprosjekt ELIN-s del 1: Oppsummert pasientinformasjon (kjernejournal) 22. februar 2009. <http://helsedirektoratet.no/it-helse/kjernejournal/Documents/oppsummert-pasientinformasjon-kjernejournal.pdf>.
4. Forskrift om nasjonal kjernejournal (kjernejournalforskriften), FOR-2013-05-31-563, Helse- og omsorgsdepartementet 2013.
5. Sjukvårdsrådgivningen 2008. Varningsinformasjon Etapp 2. Sluttrapport. <http://www.nepi.net/res/dokument/Sluttrapport-varningsinformasjon-etapp2.pdf>.
6. Kritisk og viktig helseinformasjon i kjernejournal 2013, IS-2093. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kritisk-og-viktig-helseinformasjon-i-kjernejournal>. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kritisk-og-viktig-helseinformasjon-i-kjernejournal>.
7. Samspill 2.0 – Nasjonal strategi for elektronisk samhandling i helse- og omsorgssektoren 2008–2013. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgssektoren-2008-2013-kortversjon/Publikasjoner/samspill-20-nasjonal-strategi-for-elektronisk-samhandling-i-helse-og-omsorgssektoren-2008-2013-kortversjon.pdf>.
8. Rapport fra forprosjekt nasjonal kjernejournal 2011 IS-1885. <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapport-fra-forprosjekt-nasjonal-kjernejournal>»<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapport-fra-forprosjekt-nasjonal-kjernejournal>.
9. Prop. 89 L (2011–2012): Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i helseregisterloven mv. (opprettelse av nasjonal kjernejournal m.m.). <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-89-l-20112012.html?id=678828>.
10. Kunngjøring om kontraktstildeling: Anskaffelse av teknisk hovedsamarbeidspartner til utvikling av Kjernejournal. <https://www.doffin.no/Notice/Details/2012-272328>. <https://www.doffin.no/Notice/Details/2012-272328>.

■ BENT.ASGEIR.LARSEN@HELSEDIR.NO

Nye veiledere

Veiledningsgruppene i spesialistutdanningen i allmennmedisin er kjent for de fleste av *Utpostens* lesere. Veiledningsgruppene går i to år, vanligvis med seks til ti deltakere og møtes en dag i måneden. Mange som har vært gjennom programmet vil se tilbake på det med stor glede.

Å være veileder for en slik gruppe er en spennende oppgave. Veilederen er ikke «lærer» i tradisjonell forstand, men den som skal se til at gruppa fungerer, at viktige spørsmål blir stilt, at alle får ta del i å løse oppgaven, og at deltakeres ressurser i størst mulig grad kommer alle til del. Over tid vil man også merke at man som veileder i stor grad nyter godt av tradisjonell faglig oppdatering gjennom samarbeidet med yngre kolleger, og dessuten kan det være en kilde til inspirasjon og entusiasme i faget.

Hvordan blir man veileder? Man må være spesialist i allmennmedisin, og gjennomføre Legeforeningens veilederkurs. Dette er tre kurs, hver på fire dager, i løpet av to år. Deltakerne begynner å veilede en gruppe etter første kurs. Kursene inneholder i hovedsak gruppebasert voksenpedagogikk med mye egenaktivitet, samt innslag av kultur og friluftsliv. Vi

røper ikke mer her. Bildet er en typisk scene fra en gruppeoppgave på et veilederkurs, i idylliske omgivelser på Kongsvold Fjellstue på Dovre.

Vi starter ny veilederutdanning for allmennmedisinere i januar 2015, og er interessert i å komme i kontakt med kolleger som kan tenke seg å bli veiledere. Spesielt i de større byene med omkringliggende områder er det behov. Det er en fordel at man har erfaring fra undervisning og veiledning i andre sammenhenger, men det viktigste er at man har interesse for slik virksomhet.

Finn fram til veilederkoordinatoren for ditt område på Legeforeningens nettsider og ta kontakt dersom dette kan være noe for deg: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Specialistutdanning/Veiledningsgrupper/nettsider-for-veiledere/kontaktinformasjon/>

Oppgi referanser, enten egen veileder eller andre du har jobbet og gjort ting sammen med.

HILSEN VEILEDER- KOORDINATORENE

Bente Aschim
Sverre Lundevall
Kristin Prestegaard
Peter Prydz

Deltakere på Kongsvold Fjellstue.



Forsvunne notater

■ BJØRN ØYGARD

Assisterende fylkeslege i Finnmark

Valg av elektronisk pasientjournal (EPJ) leverandør: Brukermakt eller myndighetskontroll?

I løpet av første halvår 2014 fikk Fylkesmannen i Finnmark fem uavhengige tilbakemeldinger fra fem ulike legesentra i fem ulike kommuner om funksjonsproblemer med WinMed 3. Problemene var knyttet til lagring av løpende journalnotater, elektronisk korrespondanse med spesialisthelse-tjenesten, lagring av prøvesvar mv. I tillegg ble det rapportert om mangelfull «support» fra leverandør når problemene ble adressert dit. Dette påførte legekantorene betydelig med ekstraarbeid for å kompensere for funksjonsproblemene. Dette førte i sin tur til redusert produktivitet og økt risiko for nye feil knyttet til kravene om forsvarlig behandling, dokumentasjon og personvern.

Fylkesmannen i Finnmark vurderte problemene som alvorlige og valgte derfor å engasjere seg i saken av hensyn til pasientsikkerheten og for å bistå legekantorene

som var rammet. Vi var i kontakt med både Statens helsetilsyn, Helsedirektoratet og Datatilsynet, som gjorde oss kjent med at det var tilsvarende problemer over hele landet. Kontakten avdekket imidlertid få virkemidler overfor IT-leverandører på myndighetsnivå: Det er ingen tilsynsmyndighet eller sertifiseringsordning overfor leverandører av EPJ-systemer.

Sluttbrukeren (den enkelte virksomheten) blir derfor selv ansvarlig for å sikre at det EPJ-systemet som velges fyller krav i helselovgivningen. Avhengig av organisering og interne avtaler, kan dette ansvaret ligge på legesenteret selv eller overordnet virksomhet, eksempelvis kommune. I tillegg blir virksomhetene ansvarlige for å lage rutiner eller kompensatoriske systemer for å sikre pasientsikkerheten også når EPJ-systemet svikter. Pasientsikkerheten skal være ivaretatt til enhver tid.

Den enkelte lege eller helsepersonell får også et ansvar for å følge de kompensatoriske rutineene som eventuelt innføres i virksomheten og tilbakemel-

de og korrigere for all svikt som avdekkes.

Den grunnleggende utfordringen er det asymmetriske kunnskapsnivået mellom bestiller og leverandør av EPJ-systemer: Den enkelte virksomhet vil sjelden ha en bestiller-kompetanse som kan matche en leverandør som gjerne vil selge sitt EPJ-produkt. Konsolidering av forbrukermakt eller kontakt/ samarbeid med uavhengig spisskompetanse synes å være de mest åpnebare løsningene på kort sikt, i tillegg til en eventuell nasjonal dialog med EPJ-leverandører.

WinMed 3- saken har nok avdekket en sårbarhet og avhengighet av EPJ-systemer som ikke er ønskelig. På lengre sikt vil derfor veivalget for å redusere denne sårbarheten ligge mellom økte myndighetskrav/ virkemidler overfor EPJ-leverandører eller å øke kvaliteten i den frie konkurransen, for eksempel med at internasjonale leverandører i større grad slippes inn på det norske markedet?

■ FMFIBOY@FYLKESMANNEN.NO

Funksjonsproblemer i EPJ kan lett skape frustrasjon hos brukeren.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



E-resept i sykehus

■ ANNE-BERIT NORMAN PAULSEN

Medisinsk EPJ-rådgiver, E-helse og IKT-forvaltning,
Universitetssykehuset Nord-Norge

E-resept er i bruk blant de fleste fastleger i Norge. De regionale helseforetakene (RHF) er nå godt i gang med arbeidet som skal sikre at e-resept også gjøres tilgjengelig for rekvirenter i sykehusene.

E-resept er en del av den nasjonale satsingen på elektronisk samhandling i helsetjenesten der Helse- og omsorgsdepartementet har overordnet ansvar. I Helse Nord og Helse Sør-Øst pågår pilotering av DIPS ASA sin e-resept løsning. DIPS ASA er den største leverandøren av systemer for elektronisk pasientjournal til norske sykehus. Helse Vest har tatt e-resept i bruk, de benytter Helsedirektoratets Forskrivningsmodul. Helse Midt Norge er i gang med forbedrende aktiviteter.

Bakgrunn

Hva er e-resept?

E-resept er en elektronisk samhandlingskjede som håndterer resepten fra forskrivning til utlevering fra apotek eller bandasjist og videre til HELFO for refusjonsoppgjør. E-resept defineres som en resept

som rekvirenten sender elektronisk og som utleverer ekspederer elektronisk.

Helsedirektoratet har illustrert prinsippene med e-resept i figuren nederst på siden.

Universitetssykehuset Nord Norge HF (UNN HF) har siden våren 2014 prøvd ut e-resept løsningen i det elektroniske journalsystemet DIPS Classic. DIPS e-resept løsning omfatter mulighet for oppslag mot Reseptformidleren, registrering, sending, og tilbakekalling av elektroniske resepter, samt søknad til Helseøkonomiforvaltningen (HELFO) om individuell refusjon for lege- og næringsmidler, søknad til Statens legemiddelverk (SLV) for legemidler uten markedsføringstillatelse og PKI-signering. Formålet med testingen av e-resept, både i testmiljø og ved utprøving i pasientbehandling, har vært å kvalitetssikre funksjonaliteten.

Piloteringen ved UNN HF har vært organisert som et prosjekt under ledelse av Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, avdeling for E-helse og IKT. UNNs prosjektdeltakere har hatt ansvaret for brukerne og deltatt i testing av funksjona-

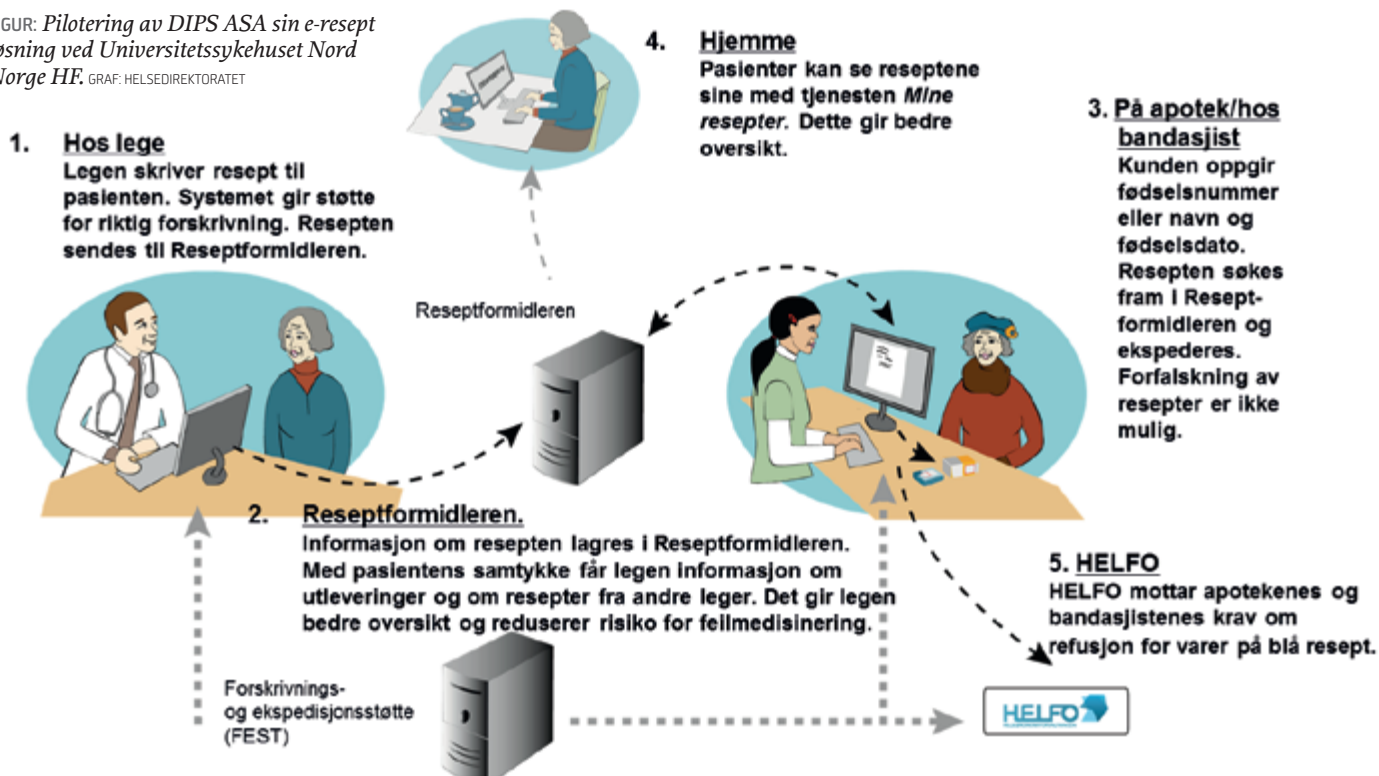
litet før og under pilotering, mens Helse Nord IKT har hatt ansvaret for den tekniske delen. Legene ved nyremedisinsk seksjon ved Legeavdelingen i Medisinsk klinikk i Tromsø piloterer og har sammen med Sykehusapoteket i Tromsø vært aktive med tilbakemeldinger.

Tilbakemeldingene fra legene som er med i utprøvingen er positive. Legene opplever funksjonaliteten som god, løsningen og brukergrensesnittet er intuitive. Det brukes kortere tid på å tilgjengeliggjøre e-resepter versus papirresepter for pasientene, oversikten over pasientens resepter blir bedre og løsningen gir muligheter for riktigere bruk av legemidler.

Med bakgrunn i de gode tilbakemeldingene fra nyrelegene ønsker UNN HF å ta i bruk løsningen for hele sykehuset, men før dette kan skje må DIPS sin e-resept løsning godkjennes av Helsedirektoratet. Det at legene i helseforetaket kan benytte e-resept på samme måte som fastlegene er en fordel for pasientene, og det kan bedre samhandlingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten hva gjelder pasientenes legemidler.

■ ANNE-BERIT.NORMAN.PAULSEN@UNN.NO

FIGUR: Pilotering av DIPS ASA sin e-resept løsning ved Universitetssykehuset Nord Norge HF. GRAF: HELSEDIREKTORATET



'Tiden er et skip som ikke kaster anker'*

Utvikling av helse- og sykdomsbildet og helsetjenester i den samiske befolkningen

■ SIV KVERNMO • Professor, Institutt for klinisk medisin, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet

Den samiske befolkningen har status som urfolk og har sin særegne historie, sitt eget språk og sine egne tradisjoner, verdier og normer. Samene har like stor grad av variasjon i levemåte og kulturelle uttrykk som den øvrige befolkningen, fra det tradisjonelle til det moderne og globale. Gjennom tidene har ikke møtet mellom den samiske pasienten og helsetjenesten alltid vært like enkelt og vellykket, verken for pasient eller helsearbeider.

Den økende tilveksten av samiske leger og annet samisk helsepersonell har de siste 20–30 årene ført til økt fokus på samenes helse. Allerede på midten av 80-tallet etterlyste Samisk legeförening mer kunnskap og forskning om helsesituasjonen i den samiske befolkningen og oppfordret Universitetet i Tromsø til å gjennomføre en helseundersøkelse i den samiske befolkningen, noe som ble avvist. Inntil da var samisk helseforskning omtrent fraværende. Heldigvis har kunnskapsfeltet de siste tiårene bedret seg betraktelig selv om det fortsatt er behov for mer forskning og kunnskap. Denne artikkelen er et forsøk på å gi en kort og summarisk beskrivelse av hovedtrekkene i forskning om samenes helse i Norge. Artikkelen gir også en kort oversikt over helsetilbudet til den samiske befolkningen i Norge.

Samisk helseforskning

Per Fugelli var den første som utførte en helseundersøkelse av den samiske befolkning, som var utformet med henblikk på samenes særegne levemåte, kultur og leveste, også kalt Skoganvarre-undersøkelsen (1). Senere ble det gjennomført flere større og mindre epidemiologiske og kliniske stu-

dier før helseundersøkelsen SAMINOR ble gjennomført i store deler av den voksne samiske befolkningen i Norge (2, 3). Studien ble til etter mye press fra ildsjeler og samiske forskere og gjennomført av det den gang nyopprettede Senter for samisk helseforskning ved Universitetet i Tromsø. Senere har antallet kvantitative og kvalitative studier av samenes helse økt, men de fleste publikasjoner og doktorgrader de siste årene har utgangspunkt i data fra SAMINOR – undersøkelsen og Ungdomshelseundersøkelsen i Nord-Norge. Studiene de siste tjue år har i (4) motsetning til de tidligere store befolkningsundersøkelsene som f.eks. Finnmarksundersøkelsen, inkludert kulturspesifikke spørsmål om samenes levemåte, kultur og helse. Dette har gitt oss en bredere forståelse av de kulturelle, psykososiale og sosioøkonomiske prosesser som har påvirket den samiske helsen. En oppfølging av SAMINOR-undersøkelsen har vært gjennomført det siste året.

Det har vært avlagt en rekke doktorgrader de siste 10–15 årene om samiske helse, både av samiske fagfolk og andre som arbeider i de samiske områdene. Tema for avhandlingene dekker en rekke områder fra medisinsk antropologi til fag som reumatologi, folkehelse, hematologi, barne- og ungdomspsykiatri. Med utgangspunkt i det psykiatriske fagmiljøet i Karasjøk har

spesielt hatt en stor forskningsaktivitet med sju avlagte doktorgrader og flere som er underveis.

Fysisk helse

De første helseundersøkelsene av samers helse ble gjennomført i forbindelse med Finnmarksundersøkelsene på 70-tallet og dreide seg i hovedsak om hjerte- karlidelser. Resultatene viste at samer hadde en lavere forekomst av hjerte- karlidelser enn den øvrige befolkningen (5). Senere studier har vist at denne forskjellen er utlignet, mest sannsynlig som et resultat av endrede kostvaner med en økende overgang fra tradisjonelle til vestlige matvaner (6). Kroppsmasseindeksen hos samiske kvinner er i SAMINOR-undersøkelsen funnet å være signifikant høyere enn hos norske medstuderte med en odds ratio på 1.9 (7). I følge en svensk studie kan samer være genetisk disponerte for koronare hjertesykdommer. Studien påviste en høyere forekomst (31 prosent) av APOE*4-allelen av APOE-genet som disponerer for hjerte- karlidelser (8).

Selvrapporert angina pectoris ble i SAMINOR-undersøkelsen i større grad rapportert av samiske menn og kvinner enn norske, men liten eller ingen etnisk forskjell i risikofaktorer for angina pectoris ble funnet (9). En større forekomst av hjerte- karlidelser ble funnet hos den samiske befolkningen i marginaliserte norsk-dominerte områder sammenlignet med samer i samisk-dominerte områder.

Enkelte tilstander har vist forskjellig forekomst mellom den samiske og ikke-samiske befolkningen i Skandinavia. Mb. Bekterew forekommer hyppigere i den samiske befolkningen enn i den norske befolkningen (i hele landet). Prevalensen blant samer i Finnmark er 1,8 prosent

* Samisk ordtak

mens prevalensen i Norge er 0,8 prosent (10). Forskjellen er forbundet med en høyere forekomst av HLA B27 hos samer.

Primær laktoseintoleranse er i finske studier påvist å forekomme hyppig blant samer i Finland. Tilsvarende undersøkelser er ikke utført i Norge. Foreløpige dataanalyser fra SAMINOR-studien indikerer imidlertid en høyere forekomst av laktoseintoleranse blant samer (Hansen & Johnsen, under publisering).

Det har vært en gammel myte om den låghalte samene opp gjennom tiden, men det har ikke vært påvist at samene har en høy forekomst av medfødt hoftefeil, såkalt hofteledds dysplasi eller medfødt hofteleksjon. Johnsen og medarbeidere (2009) fant imidlertid en høy forekomst av hofteledds dysplasi blant samer. 38 prosent av samene fra indre Finnmark hadde større eller mindre grad av hofteledds dysplasi. Det ble ikke påvist noen sikker årsaksammenheng mellom hofteledds dysplasi og hofteleddsarthrose, og heller ikke at samene hadde mer hofteleddsarthrose enn hvite europeere.

Psykisk helse

De fleste undersøkelser av psykisk helse i den samiske befolkningen, er gjort på barn og unge. Undersøkelsene har ikke vist forskjeller mellom samiske og norske barn og ungdom av betydning, mens det innad i den samiske gruppen har vært signifikante forskjeller (4, 11). I likhet med studier generelt rapporterer jentene flest problemer. Samisk ungdom som lever i hva en kan kalle marginale samiske strøk, hvor de utgjør en klar minoritet, rapporterer flest problemer. Psykiske problemer hos samisk ungdom er knyttet både til generelle risikofaktorer, men kan også knyttes til kulturelle faktorer (12–14). Etnisk identitet har generelt ingen sterk relasjon til psykisk helse, men i de tilfeller dette forekommer, virker en sterk etnisk identitet negativt inn på psykisk helse. Dette kan forklares med at samisk ungdom som har en sterk etnisk identitet også i større grad eksponerer seg for etnisk diskriminering. Et interessant funn er at etnisk identitet virker beskyttende på alkoholbruk. Samisk ungdom rapporterer både et lavere alkoholforbruk for seg selv og for foreldrene enn norske ungdom. Dette gjelder spesielt de ungdommene som er knyttet til læstadianismen (15, 16). Samisk språkkompetanse og deltakelse i kulturelle aktiviteter beskytter mot angst og depresjonssymptomer.

Javo og medarbeidere (2004) viste i sin studie av fire-åringere i de samiske kommu-

nene i Finnmark forskjeller i barneoppdrags- og helse mellom samiske og norske foreldre. Samiske foreldre vektla i større grad selvstendighet hos barn enn norske foreldre. Samtidig hadde barna større grad av autonomi når det gjaldt samsoving med foreldre og spisevaner. Heller ikke blant fire-åringere var det etniske forskjeller i psykisk helse (4).

Selv mord

Selv mord forekommer hyppigere i de arktiske strøk enn ellers i verden og da spesielt blant urbefolkninger. Den samiske befolkningen skiller seg positivt ut i denne sammenheng med lavere forekomst enn for andre urfolk. I en kohortstudie av selvmord i perioden 1970–1998, ble det funnet en signifikant overdødelighet av selvmord blant samer, særlig blant unge menn i alderen 15–24 år fra indre Finnmark (17). Totalt var selvmordsraten 19/100 000 i den samiske kohorten mot 12/100 000 blant den norske delen av befolkningen i de samme områdene og nasjonalt. Forekomsten for samiske menn var på 29/100 000 og for kvinner 8/100 000. Tilhørighet til reindriften var en beskyttelsesfaktor for menn. Den etniske forskjellen kan forklares med et kluster av selvmord på åtti-tallet. Til forskjell fra den norske delen av befolkningen avtok selvmordforekomsten med stigende alder i den samiske gruppen. Etter 1980-årene har selvmordsraten både i Norge, Finnmark og i den samiske kohorten gradvis avtatt selv om Finnmark fortsatt har den høyeste forekomsten i Norge. For selvmordsforøk blant ungdom er det ikke påvist noen etnisk forskjell mellom samisk og norsk ungdom, mens det kan se ut som om at blant voksne er en økt tendens til selvmordstanker blant samer (18, 19).

Dødelighet

Forskjellene i helse mellom samer og nordmenn er små, men det finnes likevel noen særlige helsemessige utfordringer i den samiske befolkningen. En relativ fersk dødelighetsstudie fra Nord-Norge (20) viste at totaldødeligheten er signifikant høyere blant samiske menn og kvinner, henholdsvis med seks og ti prosent. Referansebefolkningen er den ikke-samiske befolkningen i Nord-Norge. Voldsom død var 32 prosent høyere blant samiske menn sammenlignet med norske menn. Det ble også påvist økt dødelighet av sirkulasjonssykdommer (hjerte- kar og hjerneslag) hos begge kjønn, og størst blant kvinner. Dødelighet pga kreft var imidlertid signifikant

lavere enn i den norske gruppen, spesielt blant samiske menn.

Spedbarnsdødeligheten i 40–50 årene i Indre Finnmark var langt over de nasjonale normene. Nyere undersøkelser gjort i tidsrommet 1991–2006 viser at innlandskommuner med en høy andel samiske innbyggere hadde en høyere spedbarnsdødelighet sammenlignet med «samiske» kommuner på kysten og ikke-samiske områder (21).

Barn og unges helse

Det er svært få epidemiologiske studier av nyere dato som har studert somatisk helse hos samiske og nord-norske barn. Dette gjelder spesielt små barn. I Brox og medarbeideres (22) studie av kostholds- og livsstilsvaner blant 13–14 åringer i Kautokeino og Hammerfest fra slutten av 90-tallet ble det ikke funnet forskjell i risikofaktorer for hjerte- kar sykdom mellom ungdomsgruppene. Hele 70 prosent av studiepopulasjonen hadde en økt forekomst av kjente risikofaktorer for hjerte- kar lidelser som høyt kolesterol og lav fysisk aktivitet. Spørsmålet er om dette kan forårsake en økt risiko for hjerte- kar lidelser hos den samiske befolkningen i fremtiden.

Studien viste også at ungdom på innlandet hadde et høyere inntak av kjøtt og proteiner, og større jernlagre som følge av et mer tradisjonelt kosthold. De hadde også et mindre inntak av sukker enn kystungdommen selv om begge gruppene hadde for høyt inntak av sukker og fett og for lavt inntak av D-vitamin og fiber enn nasjonale anbefalinger. Inntaket av fisk var lavt i begge ungdomsgruppene. En kort kosttintervensjon hadde bare minimal effekt på matvaner og livsstil.

Manglende deltakelse fra de nordligste fylkene i Mor- barn studien, har ført til at det mangler kunnskap om både samiske og ikke-samiske sped- og småbarns helse i nord, noe som er ugunstig for forebyggen- de tiltak.

Samisk helseatferd og forhold til helsetjenestene

Det er i flere internasjonale studier påvist at ulike etniske eller kulturelle grupper har ulike syn på helse og sykdom. Den kvalitative studien «Samer snakker ikke om helse og sykdom – samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur» basert på intervju med 21 samisktalende samer i Finnmark, viste at samer ikke snakker om helse og sykdom. En nærmer seg



Det er svært få epidemiologiske studier av nyere dato som har omhandlet somatisk helse hos samiske og nord-norske barn. Dette gjelder spesielt små barn. ILLUSTRASJONSFOTO: PETER ROSEN/LAPPLANDMEDIA

helse og sykdom på tause og indirekte måter (23). Normer om å klare seg selv og ikke vise svakhet står sterkt. Psykiske forstyrrelser kan bli oppfattet som at noen har «satt vondt» på vedkommende. Studien viser hvordan ulike forståelser er kilde til samhandlingsproblemer mellom samiske pasienter og det offentlige norske helsevesenet. Samisk helsepersonell må bevege seg mellom to verdener. Ved at den samiske forståelseshorizonten åpnes mer også for ikke-samisk helsepersonell, vil mulighetene for spørsmål og dialog styrkes.

Nystad et al (2010) viste med utgangspunkt i SAMINOR-studien at samisktalende

pasienter i større grad enn norsktalende pasienter var misfornøyd med den kommunale helsetjenesten. Samisktalende pasienter opplevde manglende språkkunnskaper hos fastlegene og mer misforståelser mellom lege og pasient grunnet språkbarrierer enn norsktalende pasienter. En tredjedel ønsket heller ikke å bruke tolk i møtet med legene (24).

Etnokulturelle faktorer påvirker også samisk ungdoms bruk av helsetjenester. Blant annet synes det som om samisk ungdom som opplever diskriminering i mindre grad benytter seg av skolehelsetjenesten (25).

Etnisk diskriminering og rasisme som helse- og rasiserisiko

Mobbing og diskriminering er to viktige prediktorer for psykisk helse. Etnisk diskriminering og mobbing rapporteres i SAMINOR-studien oftere av samiske og kvenske menn enn norske, og viser en sammenheng med mer psykisk stress. Diskrimineringen og mobbingen skjer oftest på skole, arbeidsplass, men også i lokalsamfunnet og uttrykkes som sladder og kommentarer (26, 27). Også blant ungdom i Nord-Norge har man undersøkt betydningen av etnisk diskriminering (14). Selv om etnisk diskriminering opplevdes hyppigere hos samisk ungdom enn hos norsk jevnaldrende, viste den ingen sammenheng med dårligere psykisk helse i motsetning til hva som var tilfelle blant norsk ungdom. Muligens skyldes dette at samisk ungdom forberedes på diskriminering av sine foreldre som selv har opplevd dette og at ungdommene i så måte tilegner seg strategier for å takle dette.

Sentrale føringer vedrørende samisk helse

Utredningen, *NOU 1995:6 Plan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge* synliggjorde behovet for å bygge opp behandlingstilbud til samiske pasienter innenfor en samiskspråklig og kulturell ramme, parallelt med kompetanseoppbygging gjennom forskning, utviklingsarbeid og undervisning. I 2001 vedtok Regjeringen en handlingsplan for å videreføre tiltakene, «*Mangfold og likeverd. Regjeringens handlingsplan for helse- og sosialtjenester til den samiske befolkning i Norge 2002–2005*». Prioriterte områder i planen var bl.a. tolketjeneste, tilbud til samiske barn og unge, eldreomsorg, rehabilitering, somatiske spesialisthelsetjenester og psykisk helse.

Tilbudene innen psykisk helsevern ble særskilt ivaretatt gjennom en videre utbygging av Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) i Karasjok og Distriktspsykiatrisk Senter (DPS) i Lakselv til et samisk nasjonalt kompetansesenter og senere en nasjonal kompetansetjeneste innen psykisk helsevern – SANKS (Samisk nasjonalt kompetansetjeneste i psykisk helse og rus (SANKS)).

Videre ble Spesialistlegesenteret i Karasjok beskrevet som et viktig tiltak for å unngå unødvendige sykehusopphold for samiske pasienter. Imidlertid har senteret ikke vært tilført ressurser, slik som psykisk helsevern, for å ivareta den samiske befolkningens behov. Senteret, som er under Finnmarkssykehuset HF, inngikk først i



2014 i en større plan for spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

Samelovens kapittel om samisk språk gir utvidet rett til bruk av samisk i helse- og sosialsektoren i det samiske forvaltningsområdet. I dag er det kommunene Karasjok, Kautokeino, Nesseby, Porsanger, Tana, Kåfjord, Lavangen Tysfjord, Snåsa og Røyrvik som utgjør forvaltningsområdet. Men spesialisthelsetjenestelovens formål om at tjenestetilbudet skal være tilpasset pasientenes behov, innebærer at det i tillegg vil være nødvendig å tilpasse behandlingstilbudet både språklig og kulturelt også utenfor forvaltningsområdet.

Samisk spesialisthelsetjeneste

Dagens spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen ivaretas både gjen-

nom de tjenester som er etablert særskilt for den samiske befolkningen slik som Spesialistlegesenteret i Karasjok (innen somatiske helsetjenester som hudsykdommer, indremedisin, reumatologi og ØNH) og Samisk nasjonalt kompetansetjeneste i psykisk helse og rus (SANKS) i Karasjok/Lakselv med både et poliklinisk tilbud innen barne-, ungdom- og voksenpsykiatri, rus samt døgntilbud innen familiebehandling, ungdoms- og voksenpsykiatri. SANKS og Spesialistlegesenteret er en del av Finnmarkssykehuset, men har landsdekkende funksjoner for samer i Norge. Begge tilbudene har samisktalende behandlere og leger.

SANKS har utekontorer i Oslo, Snåsa og Tysfjord. Det skjer også en utstrakt ambulerings ut til de samiske kommunene i Finnmark. Denne modellen har vist seg

som svært positiv og har blitt godt mottatt i det samiske miljøet. Samtlige kliniske enheter tilbyr hjelp til samer fra hele landet som ønsker det, i tillegg til alle innbyggerne i opptaksområdet. Tilbudene har hittil vært organisert under ulike klinikker i helseforetaket, men er nå vedtatt samordnet i en Samisk helsepark lokalisert til Karasjok.

Utfordringene ved en spesialisthelsetjeneste til den samiske befolkningen er flere, men noen forhold peker seg særskilt ut:

- Spredt samisk bosetting, og lange avstander til tilbudene
- Ulik kompetanse i samisk språk og kultur både i primærhelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, spesielt utenfor de samiske kjerneområdene
- Mangel på samisktalende legespesialister, psykologer og annet helsepersonell
- Etter hvert en stor «bybefolkning» i



Tromsø, Alta og Oslo som har stor avstand til de samiske spesialisthelsetjenestene i Indre Finnmark

- Mangel på forskning om sykdomsbildet spesielt hos barn, bruk av helsetjenester og behov for tilrettelagte tjenester

Konklusjon

Den samiske befolkningens sykdomsbilde skiller seg i dag lite fra den ikke-samiske befolkningen. Imidlertid ser det ut til at den tidligere tradisjonelle samiske livsstilen har forsvunnet ved overgangen til en moderne og vestlig livsstil og dermed den beskyttende effekten av denne. Dette er spesielt aktuelt for hjerte-, kar- og sirkulasjonsforstyrrelser. Med unntak av selvmord er psykiske lidelser ikke et større problem blant samer enn nordmenn. Sam-

menlignet med andre urfolk kommer samene godt ut, og de store forskjellene som finnes mellom urfolk og majoritetsbefolkningen i andre vestlige land er ikke et problem i Norge eller Skandinavia. Dette kan mest sannsynlig tilskrives de sosioøkonomiske forholdene som samer lever under i dag. På tross av stor likhet i sykdomsbildet, er det likevel behov for mer forskning om og tilrettelagte helsetjenester for et folk som både har sitt eget språk, kultur og tradisjoner og ikke minst sykdomsforståelse.

REFERANSER

1. Fugelli P. Den norske lege i Sameland. Etske og etniske problemer ved Skoganvarreprosjektet. [The Norwegian doctor in Sami areas. Ethical and ethnical problems regarding the Skoganvarre-project]. Samesymposium. 1991; 15.
2. Lund E, Melhus M, Hansen KL, et al. Population based study of health and living conditions in areas with both Sami and Norwegian populations—the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2012;66. doi:10.3402/ijch.v66i2.18241.
3. Brustad M, Hansen KL, Broderstad AR, Hansen S, Melhus M. A population-based study on health and living conditions in areas with mixed Sami and Norwegian settlements – the SAMINOR 2 questionnaire study. *Int J Circumpolar Health*. 2014;73:1–8. doi:10.3402/ijch.v73.23147.
4. Javo C, Rønning JA, Heyerdahl S. Child-rearing in an indigenous Sami population in Norway: A cross-cultural comparison of parental attitudes and expectations. *Scand J Psychol*. 2004; 45: 67–78. doi: 10.1111/j.1467-9450.2004.00380.x.
5. Njølstad I, Arnesen E, Lund-Larsen PG. Cardiovascular diseases and diabetes mellitus in different ethnic groups: the Finnmark study. *Epidemiology*. 1998; 9: 550–556.
6. Tverdal A. Cohort study of ethnic group and cardiovascular and total mortality over 15 years. *J Clin Epidemiol*. 1997;50:719–723. doi: 10.1016/S0895-4356(97)00021-8.
7. Nystad T, Melhus M, Brustad M, Lund E. Ethnic differences in the prevalence of general and central obesity among the Sami and Norwegian populations: the SAMINOR study. *Scand J Public Health*. 2010;38:17–24. doi:10.1177/1403494809354791.
8. Ross AB, Johansson A, Ingman M, Gyllensten U. Lifestyle, genetics, and disease in Sami. *Croat Med J*. 2006; 47: 553–565.
9. Eliassen B-M, Graff-Iversen S, Melhus M, Lochen M-L, Broderstad AR. Ethnic difference in the prevalence of angina pectoris in Sami and non-Sami populations: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2014; 73. doi: 10.3402/ijch.v73.21310.
10. Johnsen K. The prevalence of ankylosing spondylitis among Norwegian Samis (Lapps). *J Rheumatology*. 1992; 19(10): 1591–1594.
11. Javo C, Rønning JA, Handegård BH, Rudmin FW. Cross-informant correlations on social competence and behavioral problems in Sami and Norwegian preadolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2009; 18: 154–163. doi: 10.1007/s00787-008-0714-8.
12. Kvernmo S, Heyerdahl S. Influence of ethnic factors on behavior problems in indigenous Sami and majority Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998; 37: 743–751. doi: 10.1097/00004583-199807000-00014.
13. Kvernmo S. Ethnic Identity and Acculturation Attitudes among Indigenous Norwegian Sami and Ethnocultural Kven Adolescents. *J Adolesc Res*. 2004;19:512–532. doi:10.1177/0743558403259991.
14. Bals M, Turi AL, Skre I, Kvernmo S. Internalization symptoms, perceived discrimination, and ethnic identity in indigenous Sami and non-Sami youth in Arctic Norway. *Ethn Health*. 2010; 15: 165–179. doi: 10.1080/13557851003615545.
15. Spein AR. Substance use among young indigenous Sami—a summary of findings from the North Norwegian Youth Study. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 122–134. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18248.
16. Spein AR, Melhus M, Kristiansen RE, Kvernmo SE. The Influence of Religious Factors on Drinking Behavior Among Young Indigenous Sami and Non-Sami Peers in Northern Norway. *J Relig Health*. 2011; 50: 1024–1039. doi: 10.1007/s10943-010-9335-x.
17. Silvikken A, Haldorsen T, Kvernmo S. Suicide among indigenous Sami in Arctic Norway, 1970–1998. *Eur J Epidemiol*. 2006; 21: 707–713. doi: 10.1007/s10654-006-9052-7.
18. Silvikken A. Prevalence of suicidal behaviour among indigenous Sami in northern Norway. *Int J Circumpolar Health*. 2009; 68: 204–211. doi: 10.3402/ijch.v68i3.18336.
19. Ragnhild Broderstad A, Eliassen B-M, Melhus M. Prevalence of self-reported suicidal thoughts in SLiCA. The survey of living conditions in the Arctic (SLiCA). *Glob Health Action*. 2011; 4. doi: 10.3402/gha.v4i0.10226.
20. Tynes T, Haldorsen T. Mortality in the Sami population of North Norway, 1970–98. *Scand J Public Health*. 2007; 35: 306–312. doi: 10.1080/14034940701226159.
21. Brustad M, Pettersen T, Melhus M, Lund E. Mortality patterns in geographical areas with a high vs. low Sami population density in Arctic Norway. *Scand J Public Health*. 2009; 37: 475–480. doi: 10.1177/1403494809106502.
22. Brox J, Bjørnstad E, Olaussen K, Østerud B, Almdahl S, Løchen M. Blood lipids, fatty acids, diet and lifestyle parameters in adolescents from a region in northern Norway with a high mortality from coronary heart disease. *Eur J Clin Nutr*. 2002; 56: 694–700.
23. Bongo B. «Samer snakker ikke om helse og sykdom». Samisk forståelseshorisont og kommunikasjon om helse og sykdom. En kvalitativ undersøkelse i samisk kultur. 2012. Available at: <http://hdl.handle.net/10037/5458>.
24. Nystad T, Melhus M, Lund E. Sami speakers are less satisfied with general practitioners' services. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 114–121. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18246.
25. Turi AL, Bals M, Skre IB, Kvernmo S. Health service use in indigenous Sami and non-indigenous youth in North Norway: a population based survey. *BMC Public Health*. 2009; 9: 378. doi: 10.1186/1471-2458-9-378.
26. Hansen KL, Sorlie T. Ethnic discrimination and psychological distress: A study of Sami and non-Sami populations in Norway. *Transcult Psychiatry*. 2012; 49: 26–50. doi: 10.1177/1363461511433944.
27. Hansen KL, Melhus M, Høgmo A, Lund E. Ethnic discrimination and bullying in the Sami and non-Sami populations in Norway: the SAMINOR study. *Int J Circumpolar Health*. 2008; 67: 97–113. doi: 10.3402/ijch.v67i1.18243.

■ SIV.KVERNMO@UIT.NO

REFLEKSJONSNOTAT: Å gjøre godt

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en konsultasjon (eller heller en samtale), der jeg i liten grad var en stor bidragsyter. Etter alle menneskemøtene jeg har opplevd gjennom en lang utplassering, er det allikevel dette møtet, der jeg hadde en særs passiv rolle, som har gjort størst uttrykk.

JEG ER I FØLGE MED en av fastlegene på kontoret på sykehjemsbesøk på en palliativ avdeling. Selv om ordet palliativ runget i meg fikk jeg fort inntrykk av at avdelingen var langt fra siste stasjon. Den virket godt organisert med faste ansatte og et utvidet tverrfaglig samarbeid. Vi går inn og hilser på første pasient. Etter et langt og tøft studium har jeg på et vis funnet en måte «å holde maska på», selv om jeg utallige ganger har fått kommentert at jeg er det motsatte av et pokerfjes. Men personen som sitter i den store, mørke lenestolen gjør at jeg vet jeg må ha gitt uttrykk for noe – et lite hakeslepp, en utviding av pupillene. Gutten som en gang kanskje var en liten pjokk med solbleket hår som løp rundt på halvøya han vokste opp på et sted på Vestlandet, er sunket inn og forsvunnet. Den bleke huden ser voksaktig ut og det rødlige håret ligger pistrete rundt ansiktet. Det er på et vis en klisjé, men jeg har aldri før så tydelig sett et menneske som fremstår så «levende dødt». Historien som delvis er blitt skissert for meg før inntreden i rommet fyker igjennom hodet; en rusmisbruker som relativt plutselig har fallert kraftig, som nå har fått en alvorlig nyresvikt, og der resten av organene holder på å klappe sammen, en latent hepatitt holder på å slå ut i full blomst. Det later til at nyresvikten dyttet han over kanten av et stup med få sikkerhetsnett etter et langt og utprøvd liv. Det hele hadde gått ganske raskt, fra å være LAR-pasient med et noe utsvevende liv til å bli nesten fullstendig pleietrengende.

JEG GÅR BORT OG HÅNDHILSER og det eneste jeg tenker på er at jeg må klare å fokusere på å se ham oppriktig i øynene. Jeg tenker at det er litt selvsentrert å tenke på det, men det er likevel det eneste jeg tenker på. Hva tenker han om meg, som er dratt med som et femte hjul på vogna? Jeg tror det er så viktig for meg fordi jeg vil

at han skal skjønne at jeg ønsker å være tilstede for ham og ikke fordi jeg er på en utstillingsarena for læring. Han uttrykker ingenting, kanskje en ørliten overraskelse i øynene. Men ingen fullstendig avvisning. Det gjør meg lettet, jeg trår forsiktig bort til sitteplassen min.

Legen setter seg ned i stolen nærmest vinduet, snakker hverdagslig. Jeg setter meg ned og prøver å finne min plass, med det i tankene at jeg for all del må unngå å stirre intenst på pasienten. Men det er det jeg har mest lyst til, følge furene i ansiktet og se etter innstikksteder og gjenskinnet i øynene. Se og suge inn.

LEGEN SNAKKER så naturlig og rolig og jeg lurer på om det er fordi det er blitt så hverdagslig for ham gjennom et langt yrke å møte syke personer og forsøke å møte dem på en måte som passer omgivelsene. For rommet er hyggelig innredet, omgivelsene med det lune inventaret er innbydende. Legen begynner med å snakke om det akutte, hva nyrelegen hadde skrevet i siste epikrise. De slappe, men samtidige oppmerksomme øynene til pasienten følger med. Legen fortsetter med å kommentere «jeg ser du liker maten sterk», på det lille bordet står det en boks chilikrydder. Kanskje en teknikk, men det spiller ingen rolle, for uansett om det er teknikk eller ikke trekker pasienten på smilebåndet. Jeg tar meg i å lure på om legen spør om det bare fordi det falt ham inn, eller om han tenker på saltrestriksjon i kosten. Legen spør litt videre om hvilke dager pasienten er i dialyse på sykehuset og hvordan det er for ham å gjennomgå det.

SAMTALEN FLYTER FINT. Legen tar pauser og ser ut av vinduet. Jeg blir litt flau i pausene, kanskje fordi jeg ikke er helt trygg i situasjonen selv. Jeg tenker at legen bør si noe for å holde hele samtalen flytende. Mens jeg tenker det får jeg en plutselig

innskyttelse av å forsyne meg med kaffe og twist som står på det lille bordet foran meg. Jeg håper bare det er et slags uttrykk for at når hjernen jobber med til dels uutholdelige situasjoner, får den innimellom noen helt feiltilpassede innskyttelser. Eller hadde det å ha tatt kaffe vært så feil? Hadde det vist at her er det tid og uttrykt at jeg liker å snakke, med deg – jeg liker å sitte i dette rommet, og jeg har tid. Jeg undres også over at jeg kan tenke alle disse tankene og metatankene på så kort tid. Samtidig som jeg prøver å være fullstendig tilstede i rommet. Jeg føler meg igjen som en klovn, et slags påtvunget klistremerke. Ikke sier jeg noe heller, føler risikoen for å si noe feil er for stor. Jeg er egentlig den typen som snakker mer enn mindre og kanskje er vel ivrig etter å bryte stillheten. Men jeg får meg ikke til å si noe, selv om jeg lurer på mye. Men egentlig ikke så mye av det «medisinske». Jeg lurer på hva han tenker på om dagene, er det noe han ville gjort eller hatt gjort? Kommer de som betyr noe for ham på besøk?

I SAMTALEN MED SYKEPLEIER før pasientmøtet, får vi høre at han har styrt en del med medisinen, trikset litt med doser og unnlatt å ta noen av dem. Han har fått sykepleieren til å slå opp om interaksjoner. En liten del av meg tvinges til å tenke at han vil ha mest mulig rus ut av miksen. Men det tenkte jeg mer før jeg møter han. Når jeg ser den hengslete kroppen sitte der i stolen tenker jeg at det godt kan være det er slik, men jeg bryr meg ikke så mye om det. Så spør legen plutselig om det er noe han er redd for. Pasientens ansikt har ikke noe uttrykk, så er legen stille litt igjen, og det kommer sakte fram at han er redd for smertene. Pasienten er redd for å få det vondt. Igjen tenker jeg på en liten gutt som sitter der og er bare det. Redd. Legen beroliger og sier «det med smertene skal vi nok klare, det trenger du ikke å tenke på». Legens rolige fremtreden og tryggheten hans er smittet over på hele rommet og det har senket seg en ro over hele samtalen. Jeg puster lettet ut selv. Godt det var noen her som kunne «ordne opp», trenge inn gjennom muren og bare være der litt. Det var ikke meg denne gangen.

ANNE PAUS

Ukas pasient – første uke i allmennpraksis

Hullsaga mistet grepet i treverket. Danset piruett over pasientens venstre hånd. Landet med et klask i gulvet. Slik kom «ukas pasient» til meg. Overfladisk flenge i 2. finger. Frynsete kutt og flikete hudlapper i 3. finger. To rette kutt i 4. finger. Et sirkelkutt i 5. finger, samme dimensjon som hullsaga. Perfekt for anatomisk studie av sene; åpne adventsluka laget av hud og kjøtt for direkte inspeksjon.

Tilliten – å få slippe til

– Kom, du må sy! sa sykepleieren.

– Klart, sa jeg, og spiste videre.

Så gikk det opp for meg. Det var jeg som var ledig. Jeg måtte sy. Eller i det minste se på saken, oppholde pasienten en stund. Til noen andre kunne, noen med lang ansienitet i lappeteknikk. Men vaktlegen voktet over andre.

– Husk stivkrampesprøyte, sa han og forsvant.

Mestringsfølelsen

Mot formodning fant jeg ingen panikk hos meg selv. Over all forventning tenkte jeg rasjonelt (dette var tross alt første gangen jeg så blod og gørr i kaos som ikke var forårsaket av en kirurg eller som stammet fra en fisk). Pasienten kan snakke og gå, altså er vitale parametre ok.

– Kan du bøye fingran? spurte jeg. – Ja, svarte pasienten.

– ... og strekke dem telbake?

– Jada, det går heilt fint.

– Og du kjenne det her?

– Ja, inn i marginen.

Varm perifer, god kapillærfylning. Da var det bare å ta på seg hanskene. Rense. Finne hudkanter som passet sammen. Sting for sting, 27 til sammen. Det gikk helt fint.

Tilliten – skaper ro

Roen senket seg når første finger var unna gjort. Hos meg. Hos pasienten. Og hos sykepleieren. Rommet var rolig. Pasienten spurte etter kaffe. Sykepleieren fant fram radioen. Vi hadde kontroll. Det glemmer jeg aldri.

– Det va no ho bestemor som lærte mæ å sy, sa jeg (og tenkte i mitt stille sinn at det var en video på YouTube som lærte meg å sette suturer). Ka dokker trur, passe de her to flikan i lag?

Det nikkes. Vi er enige.

– Det va då som farsken, no vinn han na-boen min me flest skitura tel Storstein! utbrøt pasienten.

– Men du slepp no å vaske opp nån daga no?

– Hehe, jo da.

Pasienten stolte på mitt håndverk. Jeg stolte på meg selv.

Samarbeidet

Jobbe mot et felles mål (pasientens helbredelse), hjelpe hverandre, utfylle hverandre. Det gjorde vi, sykepleieren og jeg.

– Det blei jo steike fint det her, sa pasienten.

– Om æ ska sei det sjøl, så blei det no ikkje så hakkanes galt, sa jeg. Det hadde aldri blitt så bra om jeg hadde jobbet alene. Mange oppgaver trenger flere hender, flere innfallsvinkler. Hvorfor samarbeides det ikke mer på tvers av faggrupper i løpet av studiet? Hvorfor vet jeg egentlig ikke hva en sykepleier kan og gjør? En fysioterapeut? Ergoterapeut? Logoped? Manuell terapeut? Miljøarbeider? Sykehusklavn? Prest? Jeg skal huske å spørre neste gang jeg ser en. Jeg liker å samarbeide.

Tilbakemeldingene

Jo, de hadde sett til meg underveis. Sett at det gikk bra. Sjekket resultatet. Etterpå fikk jeg (gode) tilbakemeldinger. Til og med skryt. Det er tredje gang jeg får tilbakemelding på mine ferdigheter i løpet av seks år på medisinstudiet (inkludert et år på forskerlinja). Foruten et eksamensresultat i året. Den første fikk jeg fra en pasient. Han synes jeg var for lett på hånden. Den andre av medstudenter. Vi evaluerte videokonsultasjoner. Den tredje var nå. Man kan bli høy på pæra og få røde kinn av mindre!

Oppfølgingen

– Hei, korsn går det? spør jeg på telefonen.

– Jo, det går så fint atte, svarer pasienten. Æ sa tel kjerringa at æ sko no la ho studenten få ta stingan mine!

– Da sees vi, svarte jeg - og gledet meg litt.

Pasienten kom. En liten infeksjon, til tross for antibiotikaproylakse. Men sømmene var fint grodd sammen.

– Æ koinne ikkje dy mæ, æ har vorre på et par skitura alt. Æ måtte bære være litt forsiktig, betrodde pasienten meg.

Jeg setter på strips, tar en dyrkningsprøve. Ny antibiotika. Ny telefon en uke senere. Alt vel.

Pasientens tanker?

– Dæven steike, tror jeg pasienten tenkte da uhellet var ute. Han prøvde å tørke litt blod fra garasjegulvet og saga. Kona måtte ikke bli skremt når hun kom hjem.

– Jaha, korsn ska det her gå? tror jeg han tenkte når studenten ble shanghaiet til å «berge» hånda hans.

– Det va jo orden i sysakern, håper jeg han tenkte da vi var ferdige. Jeg vet han måtte utsette et snekkerprosjekt. En skikonkurranse ble muligens tapt. Kona fikk litt mindre hjelp en ukas (forhåpentligvis to) tid. Bandasjer måtte byttes. To uker med forandring i planene. Han var pensjonist, så sykmelding var ikke et tema. Men hvordan gikk det egentlig videre? – Tenk at det gikk sæ tel. Handa e nesten som før! Neste år ska æ vinne den der ski-greia, håper jeg er det eneste pasienten tenker i dag. Da er jobben min gjort.

Hva lærte jeg?

Denne pasienten lærte meg å våge. Jeg kan mer enn jeg tror selv. Bare noen ser meg, lar meg slippe til. Uten at jeg må ploge meg fram med spisse albuer, mellom turnusleger, ambisiøse assistentleger og overarbeidede overleger, påberope meg en selvsikkerhet jeg ikke har. Det inspirerer.

Denne pasienten lærte meg om ferdighet og tillit. Gjør man en god jobb, får man tillit tilbake. Det inspirerer.

Denne pasienten viste meg hvor gøy legeyrket kan være. En praktisk tilnærming til teorien man har stampet inn i hodet på en sliten lesesal - i kombinasjon med sunn fornuft. Det inspirerer.

Denne pasienten lærte meg om relasjoner. Det å bli kjent med et annet menneske i en uvanlig situasjon. At samtalen flyter lett, med et menneske man aldri før har møtt. Det inspirerer.

Denne pasienten lærte meg om tilfredsstillelsen i samarbeid. Viktigheten av tværfaglighet på veien mot målet. Noen å jobbe sammen med, dele suksessen (og nederlaget) med. Det inspirerer.

Denne pasienten lærte meg gleden av å følge en pasient over (dog begrenset) tid. At det slett ikke trenger være vanskelig (for en med telefonskrekke) å ta en telefon en fredag ettermiddag. Det inspirerer.

Denne pasienten lærte meg mye mer. Men jeg stopper her. For jeg er nok inspirert. Inspirert til å lære mer. Om skader. Skadebehandling. Pasientkommunikasjon. Retningslinjer og antibiotikaveiledere. Se flere videoer på YouTube.

En passe stor utfordring, en jeg kunne mestre. Det var det som skulle til. Jeg er inspirert til å studere et år til. Denne pasienten, denne skaden, var kanskje ikke mye å skryte av i den store sammenhengen. Men det var akkurat det jeg trengte. En liten, sjelden opptur. Kanskje blir lege av meg også en vakker dag?

STINE SKOGLUND

Oppstartbok i allmennpraksis

ALIS-utvalget, mai 2014

Denne starthjelpen for ferske allmennpraktikere er en håndbok for både de aller ferskeste i faget allmennmedisin, men også de som er i spesialisering. For de av oss som er ferdige spesialister var veien fram kronglete og uoversiktlig, i stor grad basert på tilfeldige muntlige råd fra kolleger og mye leting etter informasjon i den store internettjungelen. Denne håndboken letter hele prosessen i stor grad, og gir en fin og trinnvis oversikt over praktisk håndtering av skjemaer, avtaler og næringsdrift, innføring i spesialistregler, krav til veiledning og ikke minst inneholder den et eget kapittel om «Hvordan får et godt liv i allmennpraksis».

Det er en styrke at boka er skrevet av ferske allmennleger for ferske allmennleger. Det har vært med på å gjøre den brukervennlig og oversiktlig. Den er inndelt etter temaer og kan fint brukes som en grunnbok fra starten, men også en bok å ta fram under spesialistløpet. Den egner seg både for fastlønnede allmennleger og for leger i privat praksis.

Boka åpner med å presentere de viktigste nettsider/linker der man finner alt man trenger innen skjemaer, kurs og avtaleverk, det er en styrke at alle nettadresser er oppgitt i teksten. Man har til og med poengtert i hvilken rekkefølge de ulike søknader/skjema må fylles ut, så her blir man kyndig veiledet. For den yngste av anmelderne – som nylig startet i allmennpraksis – har den vært til uvurderlig hjelp når alt av skjema og avtaler skulle spores opp. Det er også en del tips om fallgruver man bør unngå.

I neste kapittel tar man for seg ulike aspekter ved å overta ny hjemmel, her gis det gode råd på veien og helt sikkert mange man ikke lett ville ha fått kjennskap til som førstegangsetablere. Det gis både praktiske råd og en del etiske refleksjoner om hvordan man kan drive en praksis godt over tid. Det poengteres at praksiser drives ulikt og man finner sjelden en fasit da leger jobber på ulike måter. Rådene er uansett fine å ha med seg.

Boka avsluttes med regelverket for å bli spesialist i allmennmedisin, de er praktisk å ha og hører naturlig nok hjemme i en slik bok.

Boka er nyttig og etterlengtet, vi ser tydelig at den vil lette spesialisingsløpet for kommende allmennleger. Den yngste av anmelderne har allerede brukt den flittig, og synes den er gull verdt i oppstarten av privat praksis, også fordi den reduserer fa-

ren for at man havner i fallgruver. Sannsynligvis vil også både SAK og HELFO sette stor pris på at denne boken har kommet. Kort oppsummert er dette en svært bruker-

vennlig og nyttig oppstartbok som vil lette hverdagen for alle ALIS'er i framtiden.

JOHANNA WESTIN *Spesialist i allmennmedisin, Røros legesenter*
OLE KRISTIAN LOSVIK *Fastlegevikar, Greverud legesenter*

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

Å være tilstede...

«Å være tilstede i øyeblikket» vet vi er viktig enten det er på jobb, i møte med pasientene, eller i møte med andre mennesker vi er i kontakt med daglig. Det er både lærerikt, inspirerende og spennende. Like berikende og interessant kan det være å være tilstede i egne tanker, forventninger og drømmer.

Jeg har valgt et dikt av Stein Mehren fra samlingen «Anrop fra en mørk stjerne», Aschehoug fordi jeg opplever en sårhet, en lengsel og ikke minst en følelse av tomhet når man «sløser med tiden». Jeg synes det er en vekker for meg både som fagperson og privat; til nettopp å være tilstede der jeg er. Tiden og øyeblikkene er verd å

ta vare på. Jeg synes tittelen om helsetilstanden i den samiske befolkningen er kloke ord å ha med seg; «Tiden er et skip som ikke kaster anker». Det er det som gjør det så artig å være menneske.

Jeg utfordrer Petter Øgar.

Hilsen fra
TOVE RUTLE

Stedet

Før lengtet jeg alltid etter noe annet
Det var alltid ting jeg ville eie, steder
jeg ville reise til, liv jeg ville leve

Nå gripes jeg stadig oftere av lengsel
etter det livet jeg har levet, gjennomlyst
av vemod for alt jeg har elsket og tapt

Jeg kan våkne om natten, alene, åpen
full av savn fordi jeg lengter så usigelig
etter stedet hvor jeg er, her

STEIN MEHREN

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

☛ Kast dere frampå, folkens!

Et hissig, generalisert

En organfrisk kvinne i 40-årene, uføretrygdet på grunn av fibromyalgi og psykiske plager, oppsøker fastlegen med et hissig generalisert flassende eksanтем. Det ser dramatisk ut, med overflatisk avløsning av huden – som er rød, men ikke væskende – over så å si hele kroppen. Det klør en del, sier hun, men ikke så mye som legen skulle forvente etter det kliniske bilde å dømme. Hun er afebril og i tilfredsstillende allmenntilstand, hun har ingen sår i munnslimhinnen eller i genitalia, ei heller leddplager.

Tilstanden har utviklet seg over tre ukers tid, det begynte som et «soleksem» etter at hun tok solarium tre ganger med korte intervaller. Hun har tidligere opplevd forbigående soleksem – så dette kom ikke som noe sjokk på henne: «Men denne gangen er det verre enn noen gang før.» En uke etter utbruddet var hun på legevakten for å få hjelp. Legen forordnet høydosert prednisolon med nedtrapping over en uke, men «kuren hjalp ingenting». Hun har valgt å se an situasjonen i et par uker, men da hun så at store hudflak løsnet hver gang hun tok seg en dusj, begynte hun å bli redd.

Når hun kommer til fastlegen, ses massiv hudavflassing i ansiktet, over torso og på ekstremitetene. Det kliniske bildet er

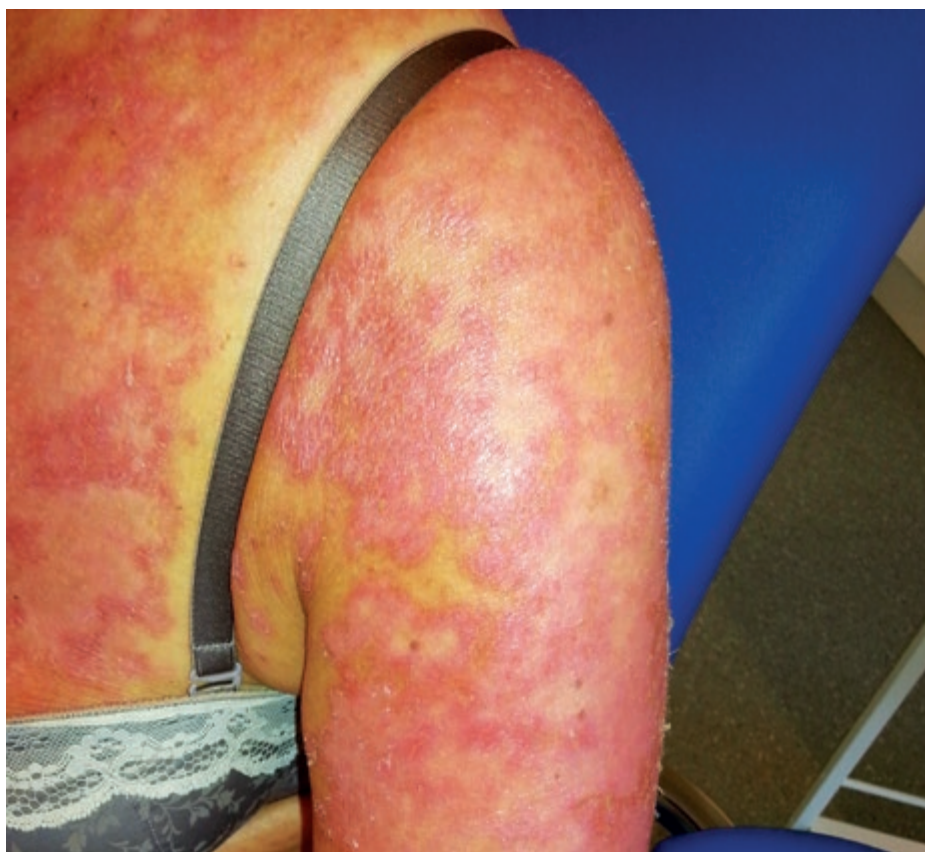
forenlig med *eksfoliativ erythrodermi* – men hva er årsaken, og hvilken hjelp kan hun få? Er det infeksiøst, immunologisk eller legemiddelutløst? Hennes faste medisiner er cetirizin 1 tbl daglig og carbamazepin (Tegretol) 100 mg x 2. I flere måneder har hun tatt quetiapin 50–100 mg vesper, men dette sluttet hun med like før utbruddet. En gang i blant tar hun en Sobril mot angst og uro.

CRP er 30, Hb og SR er normal. Fastlegen velger å gi nok en kortisonkur og tar pasienten til kontroll etter en uke. Ved kontrollen ser kuren ut til å ha hatt en stabiliserende, dog beskjeden effekt (jfr. bilde-serien). Hun er ikke blitt verre, men heller ikke nevneverdig bedre. CRP og SR er

fortsatt normal. Legen henviser så til en hastevurdering ved hudpoliklinikken neste dag.

Spesialistenes vurderinger

Hudlegen beskriver bildet som «klart avgrenset symmetrisk erytematose, anulære lesjoner med deskvamasjon i randsonen, mest uttalt på bryst, rygg, ansikt og overekstremiteter». Hudlegen tar biopsi til immunfluorescens-undersøkelse og reumaseologi. Reumaprøvene viser positiv ANA (>160) og positiv anti-SSA (220); for øvrig normale parametere. Hematogrammet viser en beskjeden lymfocytopeni. Urinstix er normal. Hudlegen konkluderer med carbamazepin-utløst *subakutt kutan lupus erythematosus*. Carbamazepin seponeres, da litteraturen viser at legemidlet kan utløse subakutt LE. Samtidig bes pasienten om å fortsette med prednisolon: 30 mg pr. dag i 10 dager, så nedtrapping over tid. Hun settes også på klorokin (Plaquenil), to til tre tabletter à 200 mg daglig, et antimalariamiddel med antireumatisk effekt. Hudlegen avtaler kontrolltime og henviser samtidig til reumatologisk poliklinikk med spørsmål om systemisk lupus erythematosus (SLE).



eksantem

Pasienten kommer til reumatologen tre uker senere. Hun er blitt atskillig bedre etter seponering av carbamazepin, hun har ikke lenger utslett i ansiktet og er mindre rød over torso så vel som ekstremitetene. Hun er ikke blitt verre under nedtrapping av prednisolon (nå 15 mg x 1). Reumatologen bemerker at hun verken har leddmanifestasjoner, Raynaud-fenomener, orale eller genitale ulcera, sicca-symptomer eller glandelsvulst. Hun har heller ikke hatt feber eller tromboemboliske hendelser. Organstatus er normal.

Nå foreligger også hudbiopsisvaret: «perivaskulær og perifollikulær kronisk betennelse, men ingen immunedslag». Reumatologen rekvirerer nye labprøver som viser normale verdier for CRP, SR, hematologi, urinsyre, stoffskifte, nyre- og leverfunksjon samt serumelektroforese.

I epikrisen skriver reumatologen:

«Anamnestisk og klinisk finner jeg ikke holdepunkter for SLE. Normal nyrefunksjon og ingen andre tegn til organaffeksjon. Altså kun hudmanifestasjoner som har sammenheng med hennes positive ANA – og mest sannsynlig utløst av ubeskyttet overeksponering for sol/solarium og mulig carbamazepin.»

Reumatologen avtaler videre nedtrapping av prednisolon, men hun skal fortsette

med klorokin på ubestemt tid. Det rekvireres røntgen thorax for å utelukke lungefor-tetninger samt røntgen av hendene grunnet mistanke om begynnende CMC-artrose, og det avtales kontroll om noen måneder.

Samtidig får vi en ny epikrise fra hudlegen, som opprettholder diagnosen kutan lupus erythematosus:

«Sannsynlig kutan lupus som imidlertid må utredes med tanke på systemisk affeksjon på bakgrunn av positiv serologi, lymfopeni, fotosensitivitet, tidligere ansiktsødem og diskoide hudforandringer».

Hudlegen setter tilstanden i sammenheng med bruk av legemidlene carbamazepin og quetiapin, som begge kan avstedkomme lysømfintlighet.

Fastlegen innkaller patienten til en kontrolltime – to måneder etter den første kontakten. Hun er tilfreds med utviklingen og hun har få plager. Legen konstaterer at de initiale erytematøse hudmanifestasjonene har gått tilbake. Nå ses flekkvise postinflammatoriske lesjoner med tegn til hyperpigmentering. Sluttepikeiser med endelige konklusjoner fra hudlege og reumatolog foreligger ikke, så noen fasitdiagnose kan jeg ikke gi leserne.

TOM SUNDAR

DERMATITTEAKSJONER OG SUBKUTAN LUPUS – NOEN OVERVEIELSER

- Utbredte eksemtilstander er relativt sjelden legemiddelindusert, men kan ses der patienten tidligere er sensibilisert med legemidlet percutant
- Generalisert eksfoliativ dermatitt eller erythrodermi (erytem over absolutt hele kroppsoverflaten) kan utløses av legemidler, med lymfeknutesvulst, feber og percutant væsketap – og med behov for utredning og hospitalisering. Prognosen i slike tilfeller vil vanligvis være god
- Lupus erythematosus er en relativt hyppig forekommende autoimmun sykdom som kan være primært systemisk (SLE) eller lokalisert til hud som diskoid lupus erythematosus (DLE). Symptomene er økt følsomhet for lys, og hudforandringene forekommer gjerne på lyseksponerte områder, typisk som «sommerfuglutslett» i ansiktet
- Utbredt DLE kan involvere andre områder enn hode og hals. Pasienter med utbredt DLE har større sannsynlighet for å utvikle SLE og er vanskeligere å behandle.
- Behandlingen er initialt middels potente lokale kortikosteroider, eventuelt antimalariamidler

KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK



Hudmanifestasjonene etter tre ukers progresjon og en ukes prednisolonbehandling. På dette tidspunkt ble patienten henvist til hudpoliklinikk. Bildene publiseres i Utposten med patientens eksplisitte samtykke. FOTO: TORBEN BUCH

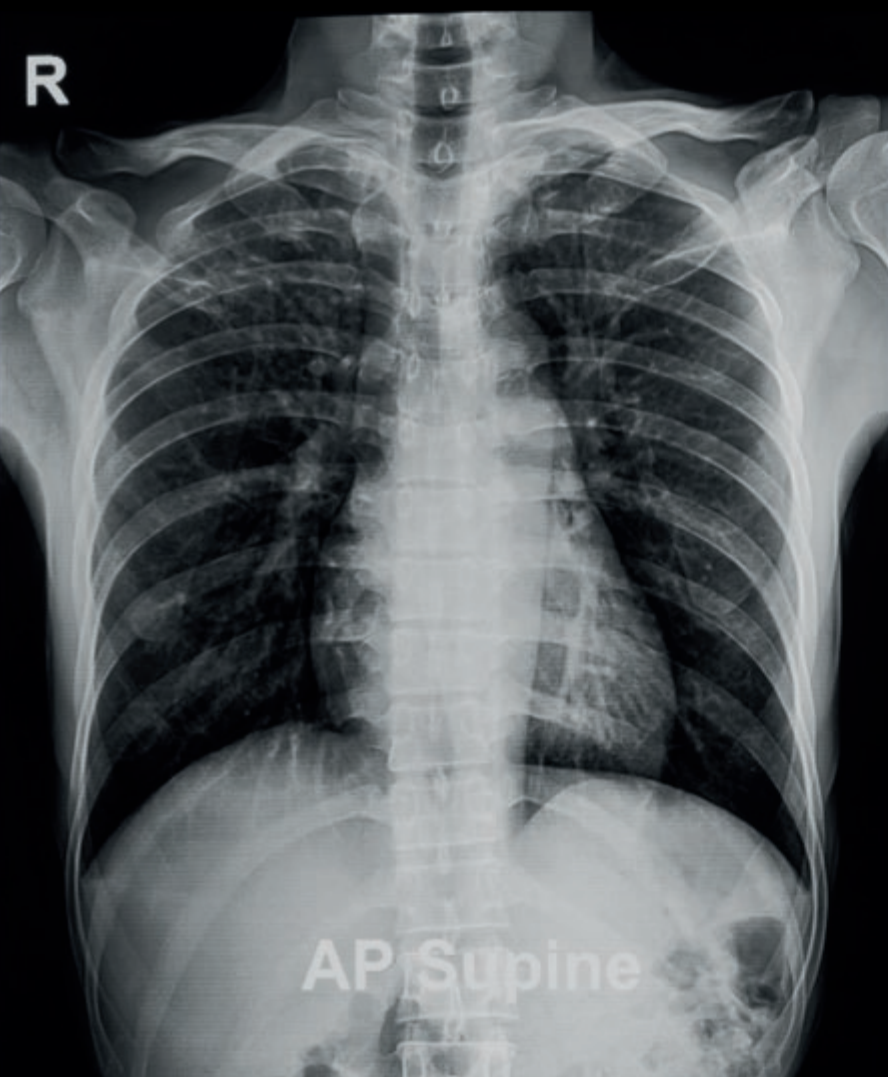
Tiotropiumbromid (Spiriva) i Resp

En metaanalyse av fem studier publisert i 2011 viste at KOLS-pasienter behandlet med tiotropiumbromid inhalasjonsvæske i Respi-mat hadde en fordoblet risiko for død av kardiovaskulære årsaker i forhold til pasienter som fikk placebo (1).

Etter at dette ble kjent, gjorde produsenten av preparatet en sikkerhetsstudie (TI-OSPIR) hvor tiotropiumbromid inhalasjonsvæske i Respi-mat 2,5 eller 5 mikrogram ble sammenlignet med tiotropiumbromid inhalasjonspulver i HandiHaler 18 mikrogram. Studien var åpen, ikke-randomisert, uten placeboarm og ble avsluttet når 1302 dødsfall hadde blitt registrert.

Verken alvorlige kardiovaskulære hendelser totalt eller slag, TIA eller hjerteinfarkt separat var signifikant forskjellig mellom Respi-mat og HandiHaler i denne studien. Studien fant heller ingen signifikante forskjeller i effekt mellom Respi-mat og HandiHaler i de sekundære utfallsmålene med tanke på eksaserbasjoner av KOLS (2).

Denne studien (2) ble ledsaget av en led-



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

RespiMAT versus i HandiHaler

erartikkel som mente at problemstillingen nå var avvist (3) til tross for at forfatterne selv poengterer at de konkluderer motsatt av flere andre studier (2). TIOSPIR-studien fikk etterpå kritikk for å ta for lett på den 3,5 ganger økte risikoen for dødelig hjer-teinfarkt som de observerte i RespiMAT-gruppen når man slo sammen begge doseringene, og for å ha ekskludert pasienter med moderat eller alvorlig nyresvikt (GFR < 60 ml/min). Data fra andre studier viser nemlig at risikoen for død (alle årsaker) i RespiMAT-gruppen var særlig økt hos de pasientene som hadde redusert nyrefunksjon (4).

Hvilke pasienter som inkluderes (og ekskluderes) i studier påvirker generaliserbarheten av resultater og sikkerhetsdata, og det kompliserer fortolkning for subgrupper av pasienter. Ved gjennomgang av 700 uselekterte pasienter med diagnostisert KOLS fant man at over 80 prosent av disse ville blitt ekskludert på minst ett vanlig kriterium for KOLS-studier (5).

En ny metaanalyse publisert i 2013 viste fortsatt at KOLS-pasienter behandlet med tiotropiumbromid i RespiMAT hadde økt risiko for død (alle årsaker) både i forhold til pasienter som fikk placebo og som fikk annen inhalasjonsmedisin, inkludert tiotropiumbromid i HandiHaler. Denne var basert på i alt 42 studier som alle varte i minst seks måneder. Totalt omfattet disse studiene 52 516 pasienter (6). Risiko for dødsfall både uansett årsak og av kardiovaskulære årsaker var signifikant økt for pasienter som fikk tiotropiumbromid i RespiMAT versus alle de andre behandlingene, inkludert tiotropiumbromid i HandiHaler [odds ratio (OR) = 1,65 (alle årsaker), OR = 2,38 (kardiovaskulære årsaker)]. Data fra dette materialet indikerte også en enda større risikoøkning for pasienter med eksisterende hjerterytmeforstyrrelser pasienter behandlet med tiotropiumbromid i RespiMAT versus placebo [OR = 3,2 (alle årsaker), OR = 8,6 (kardiovaskulære årsaker)] (6).

En systematisk oversiktsartikkel pub-

lisert i 2014 oppsummerer data fra 74 randomiserte kliniske studier (RCT) og tre observasjonsstudier hvorav 54 sammenlignet tiotropiumbromid i HandiHaler versus placebo, 13 sammenlignet tiotropiumbromid i RespiMAT versus placebo og fem sammenlignet tiotropiumbromid i HandiHaler versus i RespiMAT. Forfatterne mener her at det foreligger betryggende dokumentasjon for at tiotropiumbromid i HandiHaler enten reduserer eller ikke har noen effekt på mortalitet, verken generelt eller av kardiovaskulære årsaker, versus placebo. Data for tiotropiumbromid i RespiMAT er delvis motstridende. Produsentens egen sikkerhetsstudie (TIOSPIR) hadde relativt strenge inklusjonskriterier og generaliserbarheten er derfor begrenset. Andre og mindre studier, inklusive de randomiserte, kontrollerte studiene, viser en økt mortalitetsrisiko både generelt og av kardiovaskulære årsaker spesielt. Risiko for død ved bruk av tiotropiumbromid i RespiMAT kan være ytterligere økt for KOLS-pasienter med samtidig kardiovaskulær sykdom og/eller nyresykdom (7).

Plasmakonsentrasjonsstudier har vist at 5 og 10 mikrogram tiotropiumbromid inhalasjonsvæske via RespiMAT kan gi både høyere toppkonsentrasjon og høyere gjennomsnittskonsentrasjon enn 18 mikrogram inhalasjonspulver via HandiHaler (1). Det foreligger imidlertid ikke tilstrekkelig dokumentasjon for å si med sikkerhet at høyere plasmakonsentrasjoner er årsaken til økt risiko for død ved bruk av RespiMAT versus HandiHaler (7).

Konklusjon

Flere studier har funnet en generelt økt mortalitetsrisiko i størrelsesorden 50 prosent for pasienter som får tiotropiumbromid i RespiMAT versus placebo og i størrelsesorden 30 prosent versus pasienter som får tiotropiumbromid i HandiHaler. Mer detaljert gjennomgang av data fra disse studiene antyder at det ikke er signifikant forskjell mellom administrasjonsfor-

mene RespiMAT og HandiHaler for pasienter uten samtidig kardiovaskulær sykdom og med normal nyrefunksjon. Det kan på bakgrunn av dagens kunnskap ikke utelukkes at pasienter med samtidig kardiovaskulær sykdom og/eller moderat eller alvorlig nyresvikt har en økt mortalitetsrisiko, spesielt av kardiovaskulære årsaker, ved behandling med tiotropiumbromid i RespiMAT versus i HandiHaler. Som behandler bør man inntil det foreligger konklusiv dokumentasjon på at det ikke er forskjell for disse pasientgruppene være restriktiv med å forskrive tiotropiumbromid i administrasjonsformen RespiMAT til pasienter med hjerte- eller nyresykdom, spesielt fordi det ikke foreligger data som indikerer at RespiMAT er mer effektivt enn HandiHaler.

REFERANSER

1. Singh S, Loke YK et al. Mortality associated with tiotropium mist inhaler in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2011 Jun 14; 342: d3215.
2. Wise RA, Anzueto A et al. Tiotropium RespiMAT inhaler and the risk of death in COPD. *N Engl J Med* 2013; 369(16): 1491–501.
3. Jenkins CR. More than just reassurance on tiotropium safety (editorial). *N Engl J Med* 2013; 369(16): 1555–6.
4. Loke YK, Singh S et al, Verhamme KM, van Blijderveen N et al, Wise RA, Jenkins CR. Tiotropium RespiMAT inhaler and the risk of death in COPD. (letters). *N Engl J Med* 2014; 370(5): 480–3.
5. Scichilone N, Basile M et al. What proportion of chronic obstructive pulmonary disease outpatients is eligible for inclusion in randomized clinical trials? *Respiration* 2014; 87(1): 11–7.
6. Dong YH, Lin HH et al. Comparative safety of inhaled medications in patients with chronic obstructive pulmonary disease: systematic review and mixed treatment comparison meta-analysis of randomised controlled trials. *Thorax* 2013; 68(1): 48–56.
7. Mathioudakis AG, Chatzimavridou-Grigoriadou V et al. Comparative mortality risk of tiotropium administered via handihaler or respimat in COPD patients: are they equivalent? *Pulm Pharmacol Ther* 2014; 28(2): 91–7.

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND
cand. pharm.

OLAV SPIGSE
prof., dr. med., spes. klinisk farmakologi – RELIS Midt-Norge

Den døde pasienten

Telefonen ringer ubarmhjertig klokken 03:30. Gamlemor er død. Kunne jeg komme og skrive en dødserklæring?

Jeg svarer bekræftende, jeg kan ikke la være. Alt er ukjent og nytt, alt er famlende. Skumringen, veien og huset. Den døde vet jeg ingen ting om, og det er min første dødserklæring som turnuslege. Jeg retter meg i ryggen og banker på.

Sønnen tar i mot meg og fører meg inn i stua. Der står hele storfamilien pakket sammen- alle fokuserer på meg, samtidig, alvorstynget. Jeg vakler av trykket. Jeg hadde forventet en død pasient, men nå er perspektivet snudd – det er jeg som er sentrum for oppmerksomheten. Et øyeblikks rådvillighet viker plassen for et gammelt rituale. Jeg tar alle i hånden og ytrer de fremmede, upersonlige ord: «Jeg kondolerer». Vi er alle litt sjenerte og brydd. Men det er en hilsen som gir meg litt tid til å områ meg. Det er tid for reorientering. Det er ikke den avdøde som er pasienten, det er familien som er pasienten nå. Jeg føres inn i soverommet. Det er dunkelt og gulvplankene knirker. Hun ligger i sengen og er utvilsomt gammel og like utvilsomt død. En tung stillhet ligger i rommet, og selv om jeg har ryggen min til familien, føler jeg at alle mine bevegelser iakttas og kontrolleres. Alt må skje i verdige former, legen er jo så ung. Han bør være troverdig. Jeg trekker frem en lykt og lyser henne i øynene. Jeg har kommet så nær at jeg må fortrenge en eim. Det føles brutalt å berøre henne, å fikle med øyelokkene, å lyse inn i det sluknede liv. For et øyeblikk siden rommet hjernen hennes et univers av sansning, musikk og historier. Nå har milliarder av synapser ebbet ut, alt faller fra hverandre. Ingen doktor kan rykke henne tilbake fra dødsriket. Familien er like ubehjelpelig, ingen tåreflom er stor nok

til å skylle henne opp på livets bredder. Jeg føler en ærefrykt for det som var, men en død kropp er noe helt annet enn en døende pasient. En død kropp er bare et spor av noe som var. En død kropp blir snart et praktisk problem. Lik bør naturlig få være i fred, sier mine instinkter, men min motvilje må betvinges. Det er min oppgave å igangsette prosessen til varig fred og hvile. Jeg berører øyelokkene og kjenner kulden, kjenner kald silikonkonsistens med fremmed motstand i vevet. Rigor mortis. Jeg grøsser, slik skal jeg en gang stivne, bli til ingen. Jeg trekker frem stetoskopet og føler det hele absurd. Jeg er med i livets tragiske teater og legger stetoskopet på et lunkent bryst.

Etterpå sitter jeg på kjøkkenet med penn og papir. Jeg fyller ut en dødserklæring. Nå er jeg blitt en kommissær som stiller profane spørsmål. Jeg trenger hennes ID-kort eller pass. Spørsmålet kommer bardust på familien, og flere setter i gang med å lete. Hvor kan hun ha lagt passet sitt? Jeg må også fundere på en dødsårsak.. Hva døde hun av? Ønsker dere kremasjon? Spørsmålene punkterer den stille vemod brutalt og til slutt stempler jeg skjemaet med et drønn. Kjøkkenbordet rister, selv om det ikke var ment slik. Til slutt er det tid for avskjed, og jeg lurer på om jeg kan ta meg betalt og om hvordan et slikt spørsmål kan formuleres.

På veien hjem ser jeg solen farge fjellene rosa. Slik har jeg aldri sett fjellene før. Alt var nytt i natt, og jeg skjønner at *legelivet* bare så vidt har startet.

ALEXANDER WAHL

Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket,
Nasjonalt kunnskapssenter
for helsetjenesten