

Utposten

1 2015
ÅRGANG 44

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

*Internasjonalt
hjelparbeid*

Nasjonale krav til legevakt
Funksjonssvikt hos eldre

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: anгр-ols@online.no**Kristine Asmervik**

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

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

FORSIDEFOTO: Per Hjortdahl.

Mor og barn på en helsestasjon i Malawi. Bildet er tatt i forbindelse med en ekskursjon for å forberede et mulig samarbeid mellom Universitetet i Malawi og de akademiske allmennmedisinske miljøene i Norge, med tanke på å etablere og bygge allmennmedisin som et eget fag i landet.

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Mye å melde*Tom Sundar***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****'Hjelp – jeg skal bli fastlege!'***Legene ved Granåsen legesenter intervjuet av Kristine Asmervik***8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Nasjonale krav til legevakt***Steinar Hunskår***14 Fremtidens legevakt****– krav til kompetanse og kapasitet***Tom Sundar***17 Funksjonssvikt hos eldre****– målrettet utredning i førstelinjetjenesten***Anette Fosse***22 INTERNASJONALT HJELPEARBEID: Rapport fra oppdrag på Filippinene etter Yolanda***Harald G. Sunde***27 INTERNASJONALT HJELPEARBEID:****Legevakt på Haiti og Filippinene***Anne Herefoss Davidsen***28 INTERNASJONALT HJELPEARBEID:****Fødselsomsorg i Tanga, Tanzania***Veronica Kolstrup og Nils Kolstrup***33 Raushet og velferdsstaten***Magne Nylenna***38 – Medisinen er i uorden. Vi må avgjøre hva som er viktig***Foredrag av Iona Heath oversatt og redigert av Hans Magnus Solli***42 Ebola – håndtering på legekantor***Eli Sagvik***46 Etterjulens glade budskap – det skjedde i de dager***Tore Kjønniksen***48 Forenklet undersøkelse for tuberkulosesmitte***Renate Bendiksen og Tone Ovesen***49 BOKANMELDELSE: Fakta og myter om trygd***John Gunnar Mæland: «Trygd eller arbeid?» anmeldt av Jan Harald Dobloug***50 BOKANMELDELSE: Du skal skrive ditt fag!***Per Fugelli: «En lesebok» anmeldt av Per Stensland***51 FASTE SPALTER****LÆRERIKE KASUISTIKKER 51****RELIS 52****BREV TIL REDAKSJONEN/RELIS 54****TILSVAR FRA RELIS 55****LYRIKKSTAFETTEN 56**

Mye å melde

Helse- og omsorgsdepartementet bebuder stortingsdokumenter, opptrappingsplaner og rapporter på løpende bånd i 2015: en ny folkehelsemelding (den siste kom så sent som våren 2013, men var signert av forrige regjering), en melding om legemiddelpolitikken (den forrige er ti år gammel, det er på høy tid å få inn ferskvare) og sist, men ikke minst stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten – den første i sitt slag. Primærhelsetjenestemeldingen skal sette premisser for arbeidet med å planlegge og organisere kommunehelsetjenesten, dimensjonere fastlegeordningen og videreutvikle samhandlingsreformens intensjon om rett behandling på rett sted til rett tid. Nøkkelordene er kompetanseutvikling i kommunene, sentralisering av kunnskapsstrukturer og fortsatt overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten, for eksempel behandling av astma/kols, infusjonsbehandling og generelle medisinske prosedyrer. At meldingen kommer samtidig med forslaget til ny kommune-reform, er ingen tilfeldighet. Behovet for å rekruttere kompetent helse- og servicepersonell som vil bli i kommunene og bygge opp bærekraftige fagmiljøer skal gi legitimitet til kommunereformen.

Departementet har varslet en opptrappingsplan for rusbehandling og en opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering. Reformen om fritt behandlingsvalg skal implementeres. Rapportene om endringer i legers spesialitetsstruktur og organisering av somatiske akuttmottak skal ferdigstilles. Og til høsten kommer det som «alle» venter på: Nasjonal helse- og sykehusplan, som sammen med endringene i spesialitetsstrukturen vil legge føringer for organiseringen av sykehusene og spesialisthelsetjenesten.

Mange av disse konvergerende prosessene kan ses i sammenheng med regjeringens løfter om å skape «pasientenes helsetjeneste», der omkvedet er å styrke og modernisere helse- og omsorgstjenestene i kommunene, forbedre samordningen av helsetilbudene i primærhelsetjenesten,

få ned ventetidene for behandling i spesialisthelsetjenesten og redusere variasjonene i behandlingskvalitet. Tempoet og ambisjonsnivåer er høyt, det gjenstår å se hvilke virkemidler man velger å ta i bruk for å nå målene – som det for øvrig er bred politisk oppslutning om.

To ting kan vi med sikkerhet si, nemlig at det er behov for en bred gjennomgang av og åpen diskusjon om helsetjenestens organisering og oppgavefordeling på ulike nivåer – og at det kommer til å bli bråk når festtalene skal omsettes til politisk prioritering og praktisk handling. De største bataljene vil dreie seg om hvilke sykehus som får eksistensberettigelse og hvilke som må avvikles, slås sammen eller konverteres til lokalmedisinske sentre etter hvert som kirurgien og traumatologien blir sentralisert. Sykehusstriden i Møre og Romsdal er i så måte et frempek på hva vi har i vente.

En stor utfordring, uansett hvilken retning man velger i helse- sykehuspolitikken, er å møte de demografiske utfordringene knyttet til forgubbing av distriktene. Andelen eldre over 70 år – som har omtrent fem ganger høyere forbruk av sykehustjenester enn yngre aldersgrupper – vil øke suksessivt fra dagens nivå på 10 prosent til 13 prosent frem mot 2030 og videre til 19 prosent i 2060 (1). Gjennomsnittlig levealder vil øke frem mot 2040, og flere vil leve med kroniske sykdommer over tid. En aldrende befolkning vil ha større behov for indremedisinske spesialisthelsetjenester, samtidig som det blir økt etterspørsel etter spesialister i hele det medisinske kunnskapsfeltet. Nok en faktor er de store geografiske avstandene i grisgrendte strøk som vil medføre behov for økt transportkapasitet i takt med sentraliseringen av akutte funksjoner og desentraliseringen av elektive tjenester.

Organiseringen av fremtidens sykehus, spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste henger nøye sammen med hvordan

vi innretter den akuttmedisinske beredskapen og legevaktstjenesten. Den siste NOUen om legevakt var datert i 1998, derfor imøteser vi Akuttutvalgets utredning av legevakt og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus som vil foreligge til høsten. Utvalget har allerede levert en delrapport med innspill til primærhelsetjenestemeldingen og helse- og sykehusplanen, og hovedpunktene er omtalt her i Utposten. Akuttutvalget legger til grunn blant annet analyser og overveielser fra Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm), disse blir redegjort for av Steinar Hunskaar i dette nummeret. Både Akuttutvalget og Nklm peker på hvilke oppgaver som må prioriteres, hvilke funksjoner som skal betjenes og hvilke kompetansekrav som bør oppfylles i fremtidens legevakt. Denne tematikken er også aktualisert i departementets utkast til revidert akuttmedisinforskrift, som har vært ute på høring.

Helsetjenesteplanlegging og helsepolitikk handler om langt mer enn beredskap og behandling. Det omhandler i høyeste grad også velferds- og distriktspolitikk, med de langsiktige konsekvensene det har for arbeidsplasser, infrastrukturer og samferdsel. I tiden som kommer må vi forvente kontroversielle endrings- og sentraliseringsforslag, og dermed høye bølger i diskusjonen om fremtidens Helse-Norge. For lokalsamfunn og distrikter som skjelver av tanken på å miste sine sykehus, er diskusjonen selvsagt en rød klut. Men her må vi se mulighetene for å skape et velfungerende desentralisert helsetilbud med lokalmedisinske sentre som holder høy kvalitet parallelt med en styrket fastlegeordning.

Demografien, teknologien og ressurs-situasjonen utfordrer oss. Da gjelder det å være på offensiven.

TOM SUNDAR

REFERANSE:

1. Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet 31.10.2014

'Hjelp – jeg skal

Legene ved Granåsen legesenter ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK

De er mellom 34 og 40 år, de er unge og lovende og har doser av pågangsmot. Mens de fleste fastleger kommer inn som junior i en etablert praksis, har Ola Berger, Gry Silje Raaen, Are Løset og Arne Winsnes startet fra scratch. Sammen har de fire kollegene bygd opp Granåsen Legesenter i Trondheim. Hvordan går man fram for å lage et legekontor? Hva er oppskriften?

Dette er spørsmål som Utposten vil ha svar på når vi, en kald vinterdag med 14 minusgrader og tett frostrøyk, ankommer Olympiatoppen på Granåsen. Lege Ola Berger kommer direkte fra veiledningsgruppe i allmennmedisin og tar imot oss i første etasje av det store nybygget ved skistadion, der snøkanonene jobber for full kraft. Gjennom store vinduer i hallen kan jeg se inn i de nye lokalene til Trondhjems turnforening.

Her er det en idrettslig atmosfære – hvilket ikke er en tilfeldighet da Granåsen legesenter er samlokalisert med Olympiatoppen og NTNU sitt Senter for Toppidrettsforskning. Lokalene ligger kloss i bymarka med lett tilgjengelig turterreng og treningssenter. Inne i legesenteret i 3. etasje viser Ola Berger oss rundt, fra det luftige venterommet med avskjermet sluse for kontakt med ekspedisjonen, så videre fra ekspedisjonen til laboratoriet og skifte-stua som er godt utstyrt med hjertestarter, suturutstyr, sterilisator og det man ellers måtte trenge på et legekontor. På pauserommet møter vi kollegene Are Løset og Gry Silje Raaen.

Legene tilbyr «tett oppfølging under hele turen til en bedre helse!» – som også er mottoet til legesenteret (www.granasen.legesenter.no). Det fire «gründerne» er alle i spesialisering i allmennmedisin, det vil si ALIS-leger. Deres faglig plattform er idrettsmedisin og allmennmedisin, og de utøver fastlegearbeidet i kombinasjon med egne interesser og familie.

Ola Berger er tidligere skialpinist og langrennsløper som representerer Byåsen IL. Han har også vært aktiv orienteringsløper på nasjonalt nivå. I tillegg til å være allmennlege er han lege for Skiskytterlandslaget (Menn elite), Medisinsk ansvar-



Granåsen legesenter ligger i tredje etasje på Olympiatoppens anlegg på Granåsen i Trondheim.

lig for Orienteringslandslaget, Randoneelandslaget og Trønderhopp.

Gry Silje Raaen er tidligere håndballspiller i eliteserien for Selbu og har familie med barn. Are Løset er lege for langrenns- og skiskytterlandslaget og Arne Winsnes er spesialist i indremedisin og tidligere RBK- og Byåsen-spiller. Han har familie med barn. Flere av legene driver i tillegg forskning som Ola, som også har en 50 prosent forskerstilling på pasientinformasjon ved Institutt for kreftforskning og molekylær medisin ved NTNU.

Foruten å drive praktisk legearbeid er det en utrolig mengde annet man må sette seg inn i når man starter egen bedrift som ung lege. Det er arbeidsgiveransvar, HMS, syke- og pensjonsrettigheter, drift og regnskap for å nevne noe. Dere har startet spesialiseringen i allmennmedisin i tillegg. Det er mye som skal «gå opp»; alt fra familie til økonomi og fritid. Dette er sikkert utfordrende tenker jeg.

Kunne dere fortalt meg litt om hvordan det har vært å åpne et nytt legesenter, hvilke utfordringer har dere møtt på og hvordan dere har taklet dette, nå etter halvannet års drift? Hvordan får dere det til å gå rundt i hverdagen med egen bedrift, familie, barn, fritidsinteresser og eventuelle bi-jobber?

I begynnelsen var det bare én hjemmel

Are forteller at legehjemlene ble lagt ut som vanlig for alle å søke på.

– Felles for vi som fikk hjemlene her var at vi hadde idrettslig bakgrunn og interesse for idrettsmedisin. Dette var ønsket til legesenteret siden det skulle være samlokalisert med Olympiatoppen og Senter for toppidrettsforskning.

Første utfordringen var at bygget var veldig forsinket og ikke ferdig bygd. Tegningene for legekantoret var heller ikke optimale og vi fikk en ukes frist på å gjøre

'bli fastlege!'

endringer selv om vi egentlig ikke fikk gjøre så mange endringer. Likevel fikk vi en frist på 1 uke for å gjøre om på tegningene slik at legekantoret kunne bli mer funksjonelt.

Vi føler det er blitt et bra legekantoret, rent arealplanmessig, tross begrensningene vi fikk i å gjøre endringer.

UTPOSTEN: – Hvilke rammer har dere da, eier eller leier dere lokalene?

ARE: – Vi leier hos en investor. Dette var den andre utfordringen da kommunen hadde lovet entreprenøren at det skulle være et legekantoret her. Dette var noe vi måtte ta en runde med juristen i legeforeningen på, da kommunene egentlig ikke kunne love entreprenøren at det skulle være et legekantoret i bygget. Etter den runden ble de litt mer medgjørige.

OLA: – Ja, det her hadde jo med leieprisen å gjøre, som var satt for høyt i utgangspunkt

et i forhold til kantorets beliggenhet. Vi kunne jo ha fått billigere husleie i andre bygg i nærheten. I tillegg steg leieprisen i takt med at bygget og legekantoret ble forsinket.

GRY SILJE: – Ja! Det ble mange runder.

ARE: – Vi brukte det meste av tiden i starten på møtevirksomhet og å være så gode vi kunne på å skrive grundige møtereferater.

OLA: – Vi ble veldig sammensveiset i denne perioden med felles fiende og forståelse for problemet. Vi ble tett på hverandre. Det svingte mellom å droppe hele prosjektet, eller gå for det.

GRY SILJE: – Til sammen var det vel drøye seks måneders forsinkelse.

UTPOSTEN: – Dette var nok en uventet utfordring. Fikk dere fortsette i de jobbene dere hadde da, i påvente av at legekantoret skulle bli ferdig?

ARE: – Ja, det var jo noen som var lure og

tok sykehuseåret i denne perioden og ble ferdig med dette.

GRY SILJE: – Jeg fikk jo nesten gjort unna det.

OLA: – Ellers var vi heldige sånn at vi kunne jobbe videre i de jobbene vi hadde på legevakt, i forskerstilling eller som allmennlegevikar.

GRY SILJE: – Arne ble jo ferdig spesialist i indremedisin i løpet av venteperioden.

ARE: – Så var vi veldig heldige med de legesekretærer vi fikk tak i. Problemstillingen var om vi skulle velge erfarne og dyrere legesekretærer, eller noe billigere og uerfarne medarbeidere.

Vi valgte å ansette en erfaren legesekretær – og det var et kupp. Summert ble dette mest gunstig økonomisk for oss tross at lønnen hennes var noe høyere. Første måned var det bare ei som jobbet her, men så ansatte vi en legesekretær til. De hjalp til med å handle og skru sammen møbler. Best av alt var at de visste hvordan et lege-

Fantastisk gjeng og gode kolleger på Granåsen Legesenter. Bak fra venstre: Laila Selbek (helsesekretær), Anne Lise Hay (helsesekretær), Are Løset (lege), Merethe Nilsen (helsesekretær), Arne Winsnes (lege). For anledningen i godstolen Ola Berger (lege). FOTO: EGET ARKIV



kontor måtte organiseres og møbleres både i ekspedisjon, på laboratoriet og skadestue for at det skulle fungere. De kjente til telefonnumre på leverandører av medisinsk teknisk utstyr og materiale, og hva som var normal pris på slikt.

Vi kunne fra første dag ta imot pasienter og legesekretærene ordnet alt.

UTPOSTEN: – **Hvor mange medarbeidere har dere ansatt i dag?**

– Vi er i full drift pr. i dag og har 0,75 stilling pr. lege, dvs 2,5 legesekretærstilling - og betalingsautomat, forteller Gry Silje.

På landsbasis er snittet 0,8 legesekretærer pr. lege med privat driftet legekontor.

UTPOSTEN: – **Men hvordan har det vært å starte opp med null-liste?**

GRY SILJE: – Gutta jobbet på legevakt, Ola og Are kjørte hardt og rekrutterte endel pasienter.

Jeg hadde svangerskapspermisjon i oppstartsperioden og begynte ikke før i april 2014. Da startet jeg opp delvis i praksis mens lista bygget seg opp og har hatt full praksis siden i høst 2014. Fordelen med dette var at de mannlige legene var mine vikarer.

ARE: – Dette var veldig lurt gjort. Det ble en vinn-vinn situasjon for oss alle. Gry sin liste vokste raskest mens pasientene ble satt opp på time til oss. Vi hadde pasienter hver dag. Slik var det nok noen pasienter som valgte kvinnelig lege først, men som siden byttet til noen av oss mannlige leger.

UTPOSTEN: – **Så da stemmer det kanskje at kvinner bygger lista raskest opp. Hva er snittet på lista på legekontoret deres?**

GRY SILJE: – Vi har vært ganske jevne.

OLA: – Ja, jeg ligger vel bare hundre bak de andre.

GRY SILJE: – Jeg har vel omtrent 900 etter i år i drift.

ARE: – Ja du leder vel igjen nå da, Gry Silje?

GRY SILJE LER: – Ja, gjør jeg det da?

Ola skyter inn at han og Are har henholdsvis ca 750 og 840 pasienter på lista etter halvannet års drift: – Så det er ganske jevnt.

Det handler nok litt om hvor legekontoret er plassert også. Jeg har hørt om andre nye legekontor i byen som fikk fulle lister på 1200 ila få måneder, men dette kontoret var plassert i et utbyggingsområde med svært mange nye boliger.

GRY SILJE: – Ja, vi ligger jo litt i skogkanten, det er ikke alle som orker kjøre helt opp hit.

ARE: – Og cirka 1/3 av pasientene våre er idrettsutøvere.

Jobb og økonomi

UTPOSTEN: – **De fleste fastleger har kommunal bistilling i noen grad. Er det nødvendig med kommunale bistillinger, eller andre jobber i tillegg, for å få økonomien til å gå opp?**

GRY SILJE: – Vi har ikke kommunale bistillinger for tiden, men må vel til med dette til neste år. Vi har foreløpig fått fritak for å startet opp egen bedrift og legekontor.

UTPOSTEN: **Enn dere andre, må dere Are og Ola ha andre jobber for å spe på inntekt?**

OLA: – For min del har jeg 50 prosent stipendiat på St. Olavs Hospital, 10 prosent i skiskytterforbundet og fem prosent orienteringsforbundet på innleid basis. Det blir mest helgejobbing da.

ARE: – Jeg har tilvarende i langrenn og skiskyting.

OLA: – Og så har vi hatt 33 prosent stilling på natt på legevakta frem til sommeren, men da har jeg regnet på at det bikket 75 timers arbeidsuker stort sett, så da har jeg tenkt at det var på tide å trappe litt ned?

Å jobbe såpass mye kan ikke være lett å kombinere med familie og små barn?

Ola og Are forteller at de ikke har etablert familie med småbarn enda, men at Gry og Arne har det.

ARE: – Det har nok for oss vært en fordel at vi ikke har hatt familie.

OLA: – Ja, jeg tror ikke det hadde gått greit, nei.

ARE: – Vi har vært heldige. Så som Arne, han har små barn, og har vært mye mer på kontoret i starten mens Ola og jeg har vært ute å reist. Vi som er uten barn har brukt mer tid på kontoret ettermiddagstid med å skru sammen og sette opp legekontoret.

OLA: – Jeg føler at vi er veldig heldige med hvordan legekorpset er satt sammen, nesten som det har vært en fordel at vi er i litt forskjellige faser i livet. Arne har vært stabil her, Gry har vært i svangerskapspermisjon og er tilbake nå. Sammen har vi vært veldig fleksible med hverandre.

ARE: – I starten har det vært kun en lege tilstede som har hatt nær fulle timelister. Når vi kom tilbake fra turer og hadde gjort et eller annet fikk vi også nok å gjøre. Det tok ikke lang tid før vi hadde greie nok dager med fulle timelister.

UTPOSTEN: – **Har dere fått videreutviklet konseptet med «Å ta pasientene med på tur fra A til Å»?**

OLA: – Ja, det kom faktisk en mail på dette i dag fra FYSAK-koordinatoren i Trondheim om at prosjektet tas videre. Dette er et prosjekt som vi rekrutterer pasienter til,

og FYSAK-koordinatoren organiserer turene ute.

ARE: – Du må ta en titt inn døra der til høyre for spiserommet. Der holder fysioterapeutene til og det opplever vi som helt unikt. Vi har felles spiserom/ kjøkken med fysioterapeutene, spiser lunsj sammen hver dag og samarbeider om pasienter med felleskonsultasjoner og undersøkelser. Så som i dag hadde vi to pasienter som var litt diffuse, som ingen av oss var helt sikre på hva feilte. Da er det veldig greit å snakke sammen om det og undersøke pasienten sammen i en felleskonsultasjon. Da kommer man plutselig mye lengre.

Dette er i samhandlingens ånd høres det ut som, nyttig for pasienten og lærerikt for legene og fysioterapeutene sammen. Da haster Are videre i et ettermiddagsmøte.

Allmennpraktiker og småbarnsmor

Gry Silje er allmennpraktiker og småbarnsmor. Jeg har lest litt på Eyr, og i noen aviser, om unge kvinnelige allmennpraktikere som gir opp og slutter i allmennpraksis fordi det er for tøffe arbeidsdager og for dårlige betingelser.

UTPOSTEN: – **Hvordan går det synes du, Gry Silje, å jobbe i allmennpraksis i kombinasjon med å være småbarnsmor?**

– Det går nå egentlig greit med barn, nå når vi har fått opp hjemmekontor. Jeg opplever akkurat dette som mer fleksibelt enn på sykehus. Selv om akkurat det her med sykepengerettigheter og sykt barn er veldig vanskelig i allmennpraksis.

UTPOSTEN: – **Ja! Der er det en del å sette seg inn i for å få en oversikt over muligheter og begrensinger.**

– Det er ikke bare bare å være borte, for det kommer ingen å tar pasientene for deg...

UTPOSTEN: – **Hvordan klarer du å strukturere arbeidsdagen da, få gjort det du skal i løpet av dagen?**

– Tja, det varierer jo litt, men jeg synes ikke det er alt for mye å gjøre. Jeg klarer det fint nå med lavere liste på rundt 900, men jeg vet at det kan være en utfordring med 12-1400 pasienter på lista, og det er en helt annen hverdag. Det spørs jo litt hvor man legger lista selv, hvor mange pasienter og hvor høy inntekt du vil ha.

UTPOSTEN: – **Mange pasienter kan lett medføre at arbeidsdagen og arbeidsmengden løper avgårde med deg. Allmennpraksis kan oppleves som litt akkordarbeid. Hva tenker du om dette Gry Silje?**

– Har du først mange pasienter så er det jo noe hele tiden, og det ruller og går med ting som bare må gjøres. Om man ikke blir for grådig kan man få en fin arbeidsdag og et fint liv. Personlig ønsker jeg ikke mer enn 1000 pasienter ei lita stund til og da får jeg det til å gå rundt økonomisk, tidsmessig og med familie.

Oppstart av egen praksis – lytt til erfarne allmennpraktikere

Den store utfordringer er jo hvordan få det til – å starte egen praksis. NFA har laget en undergruppe – ALIS. ALIS er allmennleger i spesialisering på lik linje med LIS leger i sykehus. De har laget ei oppstarts-håndbok i allmennpraksis i 2013, som ble revidert i desember 2014. Denne handler om det å jobbe i allmennpraksis. Her står litt om å være vikar i allmennpraksis, om å overta eller drive egen praksis. Håndboka inneholder også er endel tips om nyttige nettsider for dem som jobber i allmennpraksis, om hvor du kan finne faglige oppdateringer, SOP (syke- og pensjonskassen for privatpraktiserende) og hvordan du kan få hjelp til å ivareta deg selv når du jobber i allmennpraksis. Oppstarts-håndboka i allmennpraksis ligger på legeföreningens hjemmeside. Kjente dere til denne da dere startet opp praksisen?

OLA: – Oj! Denne skulle vi jo hatt da vi startet opp. Jeg føler likevel at vi var flinke til å snakke sammen, og rådføre oss med dem vi kjenner i allmennpraksis – alle tegningene fikk vi vurdert av fire andre leger fra vel-drevne legekantor. De så på hva vi hadde tenkt og gav innspill, dem må vi takke for utrolig god hjelp. Mange erfarne leger bidro til å få legekantoret på plass. Fikk gode innspill som var uvurderlig for oss.

GRY SILJE: – Ja, vi tenkt jo egentlig på å lage en håndbok for å dele våre erfaringer med å starte opp praksis, for vi vet jo egentlig ingenting når vi starter opp. Det er lite føringer på hvordan det er lurt å starte opp allmennpraksis.

OLA: – Sommert er det viktigst å lytte til andre som har etablert eget legekantor, ansett erfarne legesekretærer – de vet hva som skal til for at legekantoret skal fungere for dem og for oss.

Og så må vi ikke glemme IKEA-Siv som kom og kikket på lokalene våre, hadde innredningsforslag til alt og bestilte det vi trengte. Hun hadde super erfaring etter å ha innredet mange legekantor fra før. Da sparte vi både tid og penger. Det aller meste av innredningen vår er fra IKEA med unntak av noen skrivebord og skap som vi fant



På stadion ved legekantoret: Fra venstre: Are Løset, Ola Berger, Gry Silje Raaen og Arne Winsnes.

på finn.no. Det var en bank som ikke skulle ha møblene lengre.

UTPOSTEN: – Dere har jo så mye erfaringer nå at dere må sende tips til forfatterne av oppstarts-håndboka for allmennpraksis.

GRY SILJE: – Det er enda mye vi ikke har på plass og mye som tar tid å få på plass så som kvalitetssystemer – vi er jo kommet noe i gang med trinnvis og avviksregistrering. Det er så mye som må fikses her og nå, slikt som det her blir utsatt. Samme gjelder faglig oppdatering, vi har samling med faglig påfyll med fysioterapeutene omtrent en gang i måneden, men på sikt skal dette inn i en bedre struktur sammen med helsesekretærene.

IT og helsenett, ikke helt lett

UTPOSTEN: – Hvilket journalsystem bruker legekantoret og hvordan har dere fått dette oppkoblet til andre IT systemer som man er avhengig av? Jeg tenker på Norsk helsenett og trådløse løsninger innad på kantoret.

Ola forteller at de benytter System X: – Det var både helsenett og service fra System X som bidro til at vi fikk alt opp å gå.

Litt av utfordringen var at det ikke var god gammeldags telefonlinje inn til bygget, altså analog linje, og analog linje er nødvendig for å få helsenett! De skulle egentlig ha 150 000 kroner for grave opp og legge en analog linje inn til bygget.

UTPOSTEN: – Men hvordan løste dere dette da?

OLA: – I begynnelsen måtte vi kjøre systemet på trådløs linje – men etter en del kranling så ble det ordnet av byggherren. Dette er et eksempel på flere ting som en ikke har oversikt over eller tenker på at kan bli et problem.

GRY SILJE: – Hvem har vel tenkt på at det må være analog linje til bygget for å få helsenett opp å gå?

OLA: – Det var også et lurt grep og bevisst å få lagt opp elektronisk rekvisisjon internt på legekantoret mellom rommene slik at EKG- og spirometriresultater kommer rett inn i pasientjournalen. Dette er sånn som er viktig å få på plass straks og ikke vente med. Det letter arbeidsflyten mye. Sekretærene våre stod på for å få dette ordna.

UTPOSTEN: – Hvilke laborietjenester bruker dere?

– Vi bruker Først elektronisk og på papir, og St. Olavs Hospital sine laborietjenester på papirrekvisisjoner. Først tar elektronisk rekvirering.

Fordelen ved Først er at du ser hva som er rekvirert i pasientjournalen i motsetning til St. Olavs laborier der det ikke kommer frem hva som er rekvirert før elektronisk svar kommer tilbake, forteller Ola.

Da må Gry Silje løpe for å overta stafett-pinnen i heimen og vi hører et muntert «ha det» idet hun er ute av døra.



«Romsdal Rando» 2014,
Ola Berger på vei opp nordryggen av
Kirketaket. Randonee konkurr-
anse Isfjorden, Romsdal.

FOTO DANIEL KVALVIK

Legekantorets spesialitet og filosofi

Legekantoret ligger kloss i bymarka og dere nevnte det faglige samarbeidet med fysioterapeutene, også med felles pasientundersøkelser. Ola har vist meg rundt i fysioterapeutenes lokaler som ligger dør i dør med pauserommet de har felles.

UTPOSTEN: – Har dere samarbeid med Olympiatoppen også?

Ola bekrefter at de har et bra samarbeid med Olympiatoppen.

– Olympiatoppen har sine utøvere som benytter legekantoret, og så har vi litt faglig samarbeid med forelesninger og at Olympiatoppen sponser noen faglige møter i Oslo. Jeg og Are er med i en NextGen gruppe som er en faglig gruppe som Olympiatoppen har for leger og fysioterapeuter. Vi møtes hver andre måned og har forskjellige faglige temaer innenfor idrettsmedisin. Det er litt andre forhold når du skal håndtere et lag på reise. Det er jo på detaljnivå der en forkjølelse kan representere et mål- og inntektstap for utøveren. Det er jo dette de driver med, og de er avhengige av å kunne prestere og ikke ha vondt i halsen.

UTPOSTEN: – Tar dere spesialisering i idrettsmedisin i tillegg til allmennmedisin da?

– I Norge er ikke idrettsmedisin egen spesialitet, men en grenspesialitet, der idrettsmedisinsk forening stiller krav om å delta i en del idrettsmedisinske kongresser og ta idrettsmedisinsk grunnkurs 1 og 2, antidoping kurs, og følge et lag i 200 døgn minimum eller noe sånt. Så må du ha en spesialitet i bunn så som for eksempel allmennmedisin. Så når vi blir spesialister i allmennmedisin, jeg og Are, blir vi også ferdige spesialister i idrettsmedisin.

UTPOSTEN: – Jeg lurte på om legekantoret har en egen filosofi. Jeg la merke til at dere i et avisopplag tok pasienten med på tur fra A til Å. Kan du si litt mer om dette?

– Vi har veldig tro på fysisk aktivitet fremfor medisiner, og samarbeider mye med fysioterapeuter. Vi har mulighet til å tilby fysioterapi tidlig i pasientforløpet fremfor at de må vente i tre måneder på fysioterapibehandling og risikere kronifisering.

Så har vi sammen med Turistforeningen og Trondheim kommune startet et prosjekt som heter Friskturen der vi har gåturer for sykemeldte. Der har vi to turinstruktører der en har egenerfaring, og den andre er tidligere idrettsutøver, men nå helsesekretær.

Her har vi tilskudd fra Turistforeningen

og kommunen, eller fylkeskommunen – vi søkte og fikk tildelt midler og har lagt til litt fra senteret selv da vi har troen på at dette kan være en vei å gå for sykemeldte. Krav er at vedkomne er sykemeldt eller har behov for å komme seg ut.

På sikt burde det være mulig å få til et samarbeid med NAV på dette.

Trondheim kommunes FYSAK-koordinator har vært med på evaluere prosjektet.

Pasientene må ikke betale egenandel for å delta. Vi tjener ikke noe på dette, gevinsten er at de kan snakke om sine problemer litt og finne nye turkamerater. Det går jo på å utnytte senterets beliggenhet så nær marka.

Vi er ikke med på tur men rekrutterer til prosjektet. Vi har jo mange tanker rundt dette i et folkehelseperspektiv. Tenk om toppidrettsutøvere kan være inspiratorer. Vi ønsker eventuelt å videreutvikle konseptet. Dette synes vi er artig og spennende å holde på med.

UTPOSTEN: – Det er mye å holde på med så lenge det inspirer. Kan du si litt om hvordan du ligger an ift spesialiseringa i allmennmedisin Ola?

– Jeg mangler tida i allmennpraksis og grunnkurs C, ellers har jeg det meste i boks.



Are Løset på Elgsethytta.



På tur med gode legevener helgen før jul. Snøtinden Batnfjorsøra Møre og Romsdal. Utsikt mot Moldepanoramaet Romsdalsfjella. FOTO BÅRD SMESTAD

UTPOSTEN: – Du kom rett fra veiledning nå i ettermiddag, hva synes du om veiledninga?

– Jeg synes det er veldig bra og har lært mye. De ulike temaene er en ting, men det å dele erfaring og problemer med kolleger er veldig, veldig nyttig når du er fersk. Jeg kan jo når som helst ringe en av de andre på gruppa eller veilederen. Det gir trygghet.

UTPOSTEN: – Det er jo mange som tar med veiledningsgruppa videre som smågruppe.

– Det tror jeg nok vi skal gjøre vi også. Det gir jo poeng å ha smågruppevirksomhet. Det må vi få til. Veiledningsgruppa er noe av det beste med utdanningen og bør være obligatorisk videre.

Å ta vare på seg selv

UTPOSTEN: – Du Ola, er jo aktiv på mange felt og det kan jo være en utfordring å få alt til å gå opp med å være selvstendig næringsdrivende allmennlege i spesialisering med hobby, fritidsjobber og eventuelt familie?

– Klart det kan være utfordringer, men jeg er så heldig at min samboer er aktiv idrettsutøver og selv reiser mye. Så vi har god forståelse for hverandre.

UTPOSTEN: – Hva med hobbyene dine, randonnee og ski? Hvordan bruker du idretten din i forhold til jobben din?

– Så lenge jeg er frisk og klarer å trene litt hver dag bruker jeg idrettene til å klarne

hodet, samle tankene og sove bedre. Jeg tror på det å ha noe utenom jobben som du har pasjon for, så som å kjøre ned en bratt skrent og kjenne endorfinrusen. Da tenker jeg ikke på noe annet og er helt i nuet. Det er skikkelig stressreduksjon selv om jeg eventuelt må kjøre til Sunnmøre for å få gjort det, er det verdt det.

UTPOSTEN: – Det er noe med det å finne måter for å unngå at jobben sluker hele deg. Det handler vel om å prioritere tid til å hegne om noe som er verdifullt for deg selv uansett.

– Ja, det har jeg hatt troen på hele tiden gjennom studiet. Det å satse idrett ved siden av studiet gjorde meg strukturert og jeg jobbet bedre på lesesalen. Da var jeg helt koblet på – i motsetning til helt koblet av når jeg driver med idretten min. Det er jo alltid noen grublerier, uansett om du jobber på sykehus eller i allmennpraksis, som du kan bruke tankene dine på.

UTPOSTEN: – Dersom du skulle gi to gode råd i forhold til det å ivareta deg selv som person og individ i jobben som allmennpraktiker, hva ville det vært?

– Det er viktig å ha andre ting enn jobben. Finne noe der man glemmer jobben raskt, bare du kommer deg ut. Alltid tvinge dette inn og verdsette dette høyt og heller sette noe annet til side. Klem inn den halvtimen – timen med trening eller skikjøringa i helgen om det er det som betyr noe for deg. Prioriter det høyt nok, jeg tror det er viktig selv når du får barn.

UTPOSTEN: – Har du noen gode råd til oppstart av allmennpraksis da?

– Lytt til erfarne folk, begynn der. Gjerne også med noen som nettopp har startet et legekontor.

Finne gode kolleger, bruk tid sammen og bli en sammensveiset gjeng og vær raus. Gi så det svir i oppstartsfasen. Alle jobber så godt de kan i forskjellige faser. Jeg og Are jobbet mye på kvelden med å sette sammen møbler mens de som hadde barn måtte gå hjem. Vi må ha forståelse for hverandre, for det snur en annen dag og jevner seg ut. Jeg reiser for eksempel en del. Ha det formelle i orden i fall av konflikter som kan, og eventuelt vil komme etter hvert.

UTPOSTEN: – Har du et avsluttende ord?

– Det er gøy med allmennpraksis, jeg har ikke angret meg en dag. Det er en utrolig variert og spennende arbeidshverdag som allmennpraktiker.

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.

Nasjonale krav til legevakt

■ STEINAR HUNSKÅR • Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, og Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

Regjeringens Akuttutvalg utreder den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Utvalget har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i oppdrag å utrede «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene». Her er hovedpunktene i rapporten.

I 2014–15 foregår det flere store og viktige prosesser som angår utviklingen av den kommunale legevakttjenesten i Norge. Blant annet arbeider regjeringens Akuttutvalg med en helhetlig gjennomgang av den delen av den akuttmedisinske kjeden som er utenfor sykehus, med leveringsfrist høsten 2015. Utvalget skal også levere innspill til en stortingsmelding om primærhelsetjenesten, som etter planen skal legges frem våren 2015, der omtale av legevakttjenesten blir sentral. Akuttutvalget ga sommeren 2014 Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse (Nklm) i oppdrag å utrede «Nasjonale krav til legevakt og fremtidens ø-hjelp-tilbud i kommunene» (1).

Hovedpunktene i oppdraget var å gi en status over legevakttjenesten i 2014, komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, utvikle en modellskisse for legevakt i hele/deler av landet og komme med en beskrivelse av fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. I 2009 utga Nklm på oppdrag fra Helsedirektoratet et forslag til nasjonal handlingsplan for legevakttjenesten i Norge. Handlingsplanen (2) har siden vært det ledende referansedokumentet for diskusjoner omkring utvikling av legevakt, både politisk, i Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet, i kommunene og i

tjenesten selv. Den nye rapporten (FIGUR 1) er på mange måter en oppdatering av Handlingsplanen. Den gjentar mange av de samme problemstillingene, men er også en videreutvikling ved at den er mer konkret på for eksempel tids- og ytelseskrav til legevakttjenesten. Den har også et sterkere pasientperspektiv, ved at den gir en rekke eksempler på hvordan konkrete kliniske oppgaver kan løses under ulike geografiske og organisatoriske legevaktmodeller.

Legevaktepidemiologi

Kapittel 3 i rapporten gir en oppdatert beskrivelse av dagens legevakttjeneste og de siste års utvikling. Resultatene er i det vesentligste hentet fra Nklm sitt Nasjonalt legevaktregister (3), Vakttårnprosjektet (4), Årsstatistikk fra legevakt (5) og mange prosjektrapporter og forskningspublikasjoner om legevakt. Hvis man skal oppsummere noen utviklingstendenser for legevakttjenesten de siste 5–10 årene, kan kanskje de to paradoksale stikkordene stabilitet og endring være dekkende.

Befolkningens bruk av legevakt er preget av stabilitet. Legevakt er en stor virksomhet som ruller og går døgnet rundt med om lag to millioner henvendelser i året. Det er ingen indikasjoner på store endringer i henvendelsesrater, hva man



FIGUR 1

braker legevakten til, diagnosespekter eller hastegrad. Demografiske endringer, flere og sykere eldre pasienter med multimorbiditet i kommunene, kommunale akutt-senger eller endringer i det alminnelige sykdomsmønster, lar seg vanskelig oppdage over noen få år i de tilgjengelige nasjonale registerdataene.

Innenfor et bilde preget av stabilitet, er det likevel store lokale forskjeller. Som Vakttårnprosjektet viser, varierer legevaktsøkningen mye mellom legevaktene. På mikronivå er det store forskjeller i aktiviteten gjennom uken, døgnet og delvis også sesongen, som for eksempel svineinfluensaepidemien i 2009, ferieuker i enkel-

te kyst- eller fjellkommuner eller lokale hendelser som stengte veier eller folkerike arrangementer. Noen legevakter har fått ansvaret for kommunale akutttsenger, som gir nye pasientgrupper og spesielle utfordringer. De siste par årene har Nklm dokumentert den store geografiske ulikheten i legevaktbruken, der avstand til tilbudet har mye større betydning enn først antatt (6). Det gjelder alle hastegrader og tiltak, og det synes ikke som om det innføres kompenserende ordninger. Det har heller ikke vært særlig debatt om det faktum at om lag halvparten av barn under ni år og halvparten av personer over 75 år, er i kontakt med legevakten årlig. Andelen grønne henvendelser holder seg høyt og er muligens svakt økende, uten at det er gjort spesielle generelle grep for eventuelt å flytte en del pasienter til fastlegene på dagtid.

Det er klare endringer i legevaktorganiseringen ved at det blir færre og større legevakt-distrikter og en tydelig reduksjon i antall kommuner som har egen legevaktordning. Det er nå ca. 190 legevakt-distrikter i Norge, en nedgang på 30 i løpet av fire til fem år. Antall legevaktssentraler minker også, til ca. 100 i 2014. Utviklingen er i tråd med forslagene i Handlingsplanen, som foreslo at landet bør organiseres i 60–80 legevakt-distrikter, typisk med mellom 30 000 og 100 000 innbyggere på et rimelig areal. Vi ser nå at både de minste og de største legevaktene blir større, og en rekke legevakter er eller kommer til å omfatte mer enn 100 000 innbyggere. Det skjer således en tydelig sentralisering av legevakt-tjenesten i Norge, der avstandene og reisetidene blir lengre for stadig flere av innbyggerne.

Handlingsplanens grunnleggende tanke var at en slik utvikling var nødvendig for å lage robuste enheter. Skulle en omlegging skje med tilstrekkelig medisinsk og organisatorisk kvalitet, måtte det skje en rekke endringer i tjenesten. Handlingsplanens hovedgrep for de organisasjonsmessige endringene er de 121 konkrete forslagene til hvordan legevakt bør drives, der forskriftsfesting av de mest sentrale kravene er et hovedpoeng. Utviklingen siden 2009 har dessverre medført en betydelig asymmetri i utviklingen av legevakt-tjenestene: Organisasjonsendringene foregår i stort tempo, mens premissene ikke blir fulgt opp:

- Det er ikke kommet ny akuttmedisinfor-skrift (men forslag foreligger i mai 2014)
- Store legevakt-distrikter gir problematiske forskjeller i legevaktbruk
- Mange nye, store legevakt-distrikter har bare én lege på vakt, og det er lite bruk av bakvaktordninger

- Nklm har ikke registrert særlig forbedring av utstyr, bruk av legevaktbil eller praktisk trening
- Legekompetansen er synkende
- Fastlegedeltakelsen fortsetter å synke
- Sykebesøktallet fortsetter å synke
- Utrykninger ved akutt sykdom og ulykker blir færre og skjer ofte bare i nærområdene til legevakten
- Det er registrert mangler ved legevaktberedskapen på dagtid mange steder
- Spesialisthelsetjenesten, spesielt bil- og luftambulansetjenesten, melder om mindre samhandling fra legevakt. Utrykket «abdisering fra store landområder» er blitt brukt
- Mange KAD-enheter har mangelfull legeberedskap og delvis manglende diagnostisk og terapeutisk utstyr i forhold til oppgavene, selv om variasjonen her er stor

Handlingsplanen konkluderte med at legevakt var en «nødetat i bakleksa», og at legevakt-tjenestene ikke hadde utviklet seg i takt med den medisinske og organisatoriske utviklingen vi har sett i resten av den akuttmedisinske kjeden de siste 10 årene. Denne konklusjonen må dessverre stå uendret også i 2014, og på noen sentrale områder er situasjonen verre enn i 2009.

Hva skal legevakten være? Visjon legevakt 2015

Basert på Handlingsplanen beskriver den nye rapporten VISJON LEGEVAKT 2015, med nødvendige oppdateringer og tilpasninger utfra vår vurdering av situasjonen i dag. Visjonen er en overordnet omtale av hva legevakt skal være, for hvem og for hva. Kommunal legevakt skal være en offentlig profesjonell nødetat med høy kvalitet, spesifiserte oppgaver og likeverdige tjenester til alle over hele landet. Norsk geografi og bosetning, tilgjengelige og nye medisinske ressurser og teknologier, landet sin infrastruktur og forvaltningsmessige tradisjon tilsier at det må være noe variasjon i tilbudene utfra lokale forutsetninger.

Legevakt må bli mer innrettet mot beredskap, akuttmedisin og det som haster. Volumet av direkte pasientkontakter (legekonsultasjoner) bør reduseres noe i forhold til i dag. Men utover den egentlige akuttmedisinske beredskapen har befolkningen fremdeles behov for, og nytte av, legetjenester utenom vanlig arbeidstid for fastlegeordningen. Dette gjelder for tilstander som gir pasientene stort ubehag, tilstander som kan forverres ved lang ven-

netid på medisinsk vurdering eller behandling, eller tilstander og symptomer som utløser stor uro eller frykt for helseskade. I tillegg er det et stort antall turister og andre som tilfeldig oppholder seg i kommunen, også på dagtid, og som den ordinære fastlegeordningen ikke har som oppgave å ta seg av.

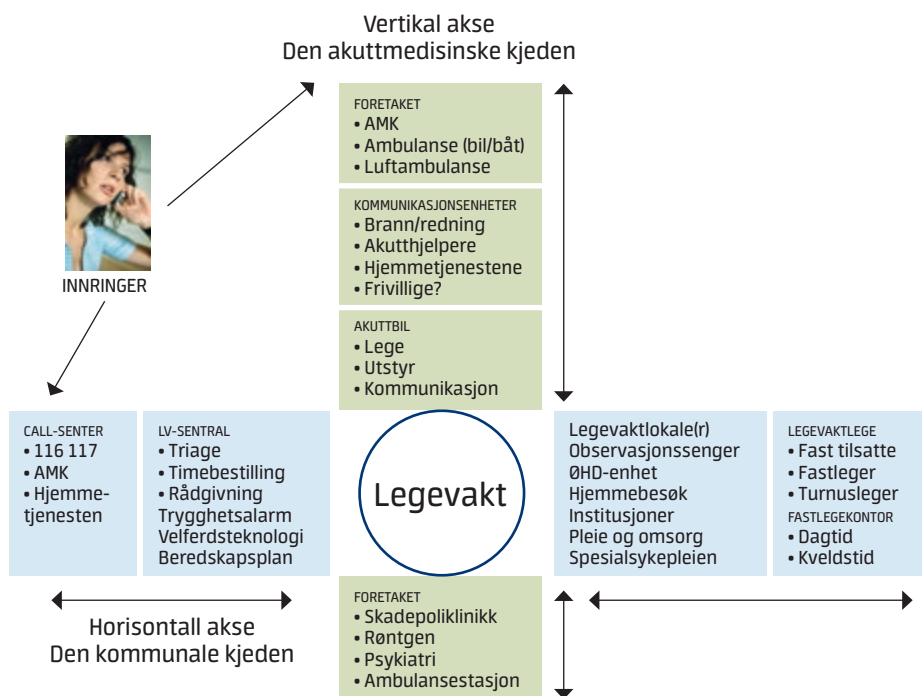
Pasienter med problemstillinger som kan vente til neste virkedag, skal sikres tilgang til vurdering hos fastlegen eller fastlegekontoret. Fastlegen sitt ansvar for akuttmedisinske tjenester til egne pasienter på dagtid må styrkes, og alle som etter medisinsk vurdering trenger time samme dag, skal få tilbud om dette fra fastlegekontoret før arbeidsdagen er slutt, og ikke henvises til legevakten. Økt bruk av utvidet åpningstid på fastlegekontorene om ettermiddagen og tidlig kveld mandag til torsdag, kan minke pågangen til legevakt. Det skal forventes at fastlegen reiser i sykebesøk til pasienter som ikke kan komme til legevaktkontoret. Nklm mener fortsatt at det er et potensiale for flytting av pasienter fra legevakt til fastlege, men omfanget er usikkert, dog kanskje i størrelsesorden 200 000 pasienter i året.

Pasienter eller andre som opplever behov for akutt og livreddende medisinsk vurdering eller intervensjon skal fortrinnsvis nytte det felles nasjonale nødnummeret for helse (113). Hvis hjelpen kan vente litt, skal alle gjennom det felles nasjonale legevaktnummeret 116117 hele døgnet komme i kontakt med den legevaktssentralen som dekker det aktuelle området, for raskt å få en god faglig vurdering og prioritering av tilstanden. Kontakt med legevakt skal i de aller fleste tilfeller først skje via telefon, også ved de største legevaktene.

Kommunene skal organisere seg i legevakt-distrikter som gjør det mulig å drive legevakt i form av veldrevne legevaktstasjoner med profesjonell faglig og administrativ ledelse. Distriktet skal ha en eller flere faste, godt utstyrte legevaktstasjoner i egne lokaler med kvalifisert lege/leger i tilstedevakt, minstenormen skal i utgangspunktet være to leger på vakt. I store legevakt-distrikt med flere leger i aktiv tjeneste kan en ha ulike funksjoner med parallelle vaktplaner, som for eksempel vaktordning for kommunale helseinstitusjoner, kjørende sykebesøkslege, lege som gir telefonråd og er i støttefunksjon for legevaktssentralen, bakvakt for beredskap eller utdanning/veiledning, lege med særskilt ansvar for KAD-senger, i tillegg til vanlig konsultasjonsvirksomhet og beredskap på legevaktstasjonen. Legen skal aldri arbeide alene, og skal ha tilgang til transport (lege-

vaktbil med medisinsk utstyr, registrert som utrykningskjøretøy) med sjåfør med relevant utdanning for utrykning og sykebesøk. Slik skal legevakt være en god, forsvarlig og trygg arbeidsplass, med interessante og utfordrende arbeidsoppgaver for alle medarbeidere.

Legevakt skal være en integrert del av de prehospitalt akuttmedisinske tjenestene og den akuttmedisinske kjeden. Dette betyr aktiv og hyppig samhandling med de andre aktørene, inkludert avanserte kommunikasjonsløsninger via nødnettet og andre digitale kommunikasjonsformer med ambulansetjenesten, AMK og sykehus, samt brannvern og politi når det er nødvendig. Legevakten bør være lokalisert langs logisk reisevei til sykehus for de fleste pasientene, og den bør lokaliseres nær eller sammen med sykehjem, base for hjemmetjenester i døgndrift, KAD-enheter, helsehus, brannstasjon, ambulansestasjon eller lokalsykehus, der slike finnes.



FIGUR 2: En pedagogisk modell for en integrert fremtidens legevakttjeneste, med en vertikal (akuttmedisinsk) og en horisontal (kommunal) akse.

Legevakt er allmennmedisin

Av og til diskuteres hvem som er «best» rustet til å være legevaktlege. Nklm argumenterer fortsatt for at legevaktarbeid slik vi definerer det i Norge, er en del av allmennmedisinen. Både den særskilte første-linjediagnostikken og det store omfanget av vanlige allmennmedisinske problemstillinger tilsier at allmennmedisinsk kompetanse er helt avgjørende for god kvalitet. Forskning viser også at sentral allmennmedisinsk kompetanse som kommunikasjon med pasienten og konsultasjonsteknikk, har avgjørende verdi for sykdomsforløpet, pasientens mestringsevne, fremtidig egenomsorg, fremtidig bruk av legevakt og om det utvikler seg situasjoner med risiko for pasientklager.

Godt utdannede allmennleger er dyktige til å håndtere vanlige og mindre dramatiske tilstander ut fra erfaring og lokalkunnskap, og ingen andre spesialiteter har dette som sitt felt. I den andre enden av spekteret er livstruende sykdom og ulykker der allmennlegen har mindre kompetanse, fordi erfaringsgrunnlaget blir lite. Forventningene er imidlertid store til at legevaktlegen skal mestre også dette feltet, og legevaktlegen er en sterkt ønsket fagperson fra de andre partene i den akuttmedisinske kjeden.

Vi har også belyst påstanden om at fastlegene «ikke tar i mot øyeblikkelig hjelp», men i stor grad henviser til legevakten. Det er uomtvistet at mange steder er der for liten kapasitet i fastlegeordningen, og at legevakten opplever pågang tidlig på etter-

middagen fra pasienter som burde ha kommet til på fastlegekontoret. Likevel er det slik at det på landsbasis blir tatt i mot mange flere akutt-tilfeller daglig i fastlegeordningen enn på legevakt. På legevakt kan det regnes ca. 900 000 legekonsultasjoner årlig. Men de ca. 2 000 legekontorene tar trolig i mot ca. fire millioner akutt-pasienter i året, fire til fem ganger så mange som legevakttjenesten samlet! Det er ønskelig at fastlegeordningen skal øke kapasiteten, minke ventetiden på time og ikke minst ta enda flere akutt-pasienter. Men volummessig er det fastlegeordningen som håndterer klart flest vanlige «legevakt-pasienter».

«Nye tider»: Respons- og ventetider også på legevakt?

I andre land er det systemer for å måle vente-, svar- og responstider i mange sammenhenger i den akuttmedisinske kjeden, herunder legevakt og lignende organisasjoner. Formålet kan være pasientsikkerhet, men også internkontroll, økt brukertilfredshet og kvalitetsindikatorer med eller uten tilknyttede økonomiske incentiver. Akuttutvalget ba Nklm komme med forslag til nasjonale krav, eventuelt veiledende standarder, for legevakttjenesten.

Der er derfor naturlig for Nklm å vurdere innføring av vente-, svar- og responstider. Som kjent fastslår fastlegeforskriften at fastlegen skal tilby akutt-hjelp på dagen

og ellers time til listeinnbyggerne innen fem virkedager. Det er krav om at systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter. I forslag til ny akuttmedisinfor-skrift foreslår Departementet at det stilles noe strengere krav til svartid i LV-sentral enn til fastlegekontorene. Ut fra noe varierende praksis i andre land foreslås det at svarsystemet i LV-sentralen innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen 90 sekunder og 95 prosent normalt kan besvares innen to minutter.

I rapporten diskuteres en rekke mulige tids- og responskrav. Nklm går inn for at det bør settes noen slike krav.

Fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene

Kapittel fem i rapporten gir en fremstilling av et nytt, fremtidig øyeblikkelig hjelp-tilbud som gir innbyggerne et mer helhetlig og samkjørt tilbud enn i dag. Nklm angir en retning og en beskrivende modell for fremtidens legevakt, med vekt på integrering og samhandling med eksisterende tjenester, både i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Modellen karakteriseres av en utvidet akuttmedisinsk kjede med den tradisjonelle akuttmedisinske kjede som en vertikal akse og den kommunale kjeden som den horisontale akse og hvor legevakt

er plassert i kryssningspunktet mellom disse aksene (FIGUR 2).

Den vertikale akse representerer både en tematisk og en organisatorisk akse. Dette er først (og øverst i figuren) den etablerte akuttmedisinske kjeden med vesentlige ansvarsområder plassert i helseforetakene: AMK-sentralene, bil-, båt- og luftambulanse-tjenesten. Deretter ser vi de kommunale ansvarsområdene legevakt og andre kommunale enheter. Men akse har også en geografisk dimensjon, der en del av virksomheten foregår utenfor legevaktstasjonens lokaler. Derfor omtaler vi her legevaktens mobile enheter og kommunale samarbeidspartnere som først og fremst deltar i aktiviteter ved akuttmedisinske hendelser som skader, ulykker og akutt sykdom der helsetjenesten rykker ut til pasienten.

Nederst i denne akse har vi plassert noen enheter som også ligger i foretakene og som kan være mer eller mindre involvert i samhandling med legevaktstasjonene: Ambulansestasjoner, røntgenenhet, felles skademottak, psykiatriske enheter (DPS, akutt-team, spesialistpoliklinikk etc.), samt akuttmottaket.

Den horisontale akse inneholder kommunale tjenester i og omkring legevakten, med en førstekontaktarm på den ene siden (legevaktssentralen og dens mulige oppga-

ver) og utøvende aktuelle kommunale enheter og virksomheter på den andre (eksempelvis KAD-senger, andre institusjoner, fastlegene, spesialiserte tilbud).

Nklm mener at utrykningsplikten ved akutte tilstander er absolutt, og samtidig hetskonflikter og stort volum av mindre viktige tilstander ikke kan være argumenter mot å rykke ut på alle alarmer. Med dette mener vi at legevaktlegen skal motta og vurdere alarmer fra AMK og LVS, og deretter som utgangspunkt rykke ut med ambulanse eller egen transport til pasient/skadested. Dersom utrykning ikke skjer, skal det gis særskilt medisinsk eller operativ begrunnelse, som må dokumenteres. Legens utrykningsplikt bør omtales i legevaktens/kommunens samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten, og det kan på grunnlag av denne også utvikles lokale prosedyrer. For eksempel kan det tenkes at i de største byene kan det beskrives typeeksempel på «fast track-pasienter» der legevaktlege vanligvis ikke forventes å rykke ut.

Indikasjonene for å rykke ut må være vide, og ha en glidende overgang til akutte sykebesøk. Det er vanskelig å fastsette nøyaktige krav til antall utrykninger. Fra ulike undersøkelser fra Nklm og fra AMK-statistikk kan det anslås at behovet er mellom 10–20 pr. 1000 innbyggere pr. år utenom

vanlig åpningstid for fastlegekontorene. Tall fra Nasjonalt legevaktregister 2014 viser at det er legevaktbil ved 36 prosent av de 191 legevaktene. Nklm har gjennomført en utredning med tanke på uniformert legevaktbil.

Akutthjelpere (first responders)

Flere land har ordninger for akutthjelpere/førstehjelpere i tidsrommet frem til helsepersonell kan nå frem til pasienten. I Norge forekommer liknende ordninger hvor annet helsepersonell, brannvesen, frivillige organisasjoner etc., mer eller mindre organisert utfører førstehjelp frem til helsepersonell kan starte sin behandling. Bruken av akutthjelpere som del av den akuttmedisinske kjeden reiser imidlertid problemstillinger av både juridisk, økonomisk og praktisk art. Skal helsetjenesten ta i bruk slike ordninger som en fast del av beredskapen, må responsen være forutsigbar, kompetent og integrert i alarmerings-systemet fra AMK og legevaktssentralen. Et viktig poeng må være at akutthjelpere ikke skal erstatte det offentlige tilbudet, men fungere som et kompensierende tiltak inntil helsetjenesten selv kan komme til unnsetning og dermed et supplement til den profesjonelle innsatsen. Tjenestens innhold vil vanligvis være førstehjelp ved

TABELL 1: I rapporten er det gitt mange konkrete anbefalinger. Her er noen av de viktigste.

- 90 prosent av befolkningen i legevakt-distriktet skal ha maksimalt 40 minutter reisevei til en legevaktstasjon, og 95 prosent skal ha maksimalt 60 minutter.
- 95 prosent av befolkningen og alle tettsteder i legevakt-distriktet må kunne nås av legevaktlege innen 45 minutter ved utrykning.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten rykker ut ved minst 75 % av røde responser.
- Det bør settes som nasjonal norm at legevakten utfører 20-40 sykebesøk pr. 1000 innbyggere pr. år.
- Etter beslutning om sykebesøk skal ventetiden for pasienten være under to timer ved gule hastegrader og under seks timer ved grønne hastegrader.
- Det skal alltid være minst to leger på vakt i legevakt-distriktet.
- Alt legevaktarbeid skal være fastlønnet.
- Ventetiden i legevaktens venterom skal være under 1 time for minimum 80 prosent av pasientene.
- Helsedirektoratet skal utarbeide kravspesifikasjoner til akuttmedisinsk utstyr, laboratorietjenester og medikamentlager for bruk i legevakt.
- Lege i vakt eller bakvakt skal ha tilgang på uniformert bil til bruk ved utrykning og til sykebesøk. Bilen skal være utstyrt med nødvendig utstyr til akuttmedisinske oppdrag og kommunikasjonsutstyr.
- Legevakten skal ha elektronisk journalsystem for alle henvendelser og kontakter tilpasset både funksjon i legevaktssentralen, legevakt, sykebesøk og utrykning. Journalsystemet skal være integrert med den akuttmedisinske kjeden, også ambulanse og AMK, med tanke på elektronisk meldingsutveksling og rapportering.
- Legevaktbil og legevaktlege som arbeider utenfor legevaktstasjonen, herunder bakvakt, lege i sykebesøk og utrykning, skal ha fjerntilgang til journalsystemet på legevaktstasjon.
- Legevaktlegen og legevaktssentralen skal være fullt integrert i kommunikasjonssystemene mellom AMK og ambulanse, slik at de også kan motta digitale meldinger, kliniske opplysninger, kartposisjon og bilder. Dette gjelder også legevaktbil.
- Bakvakt skal ha tilgang til journal og journalføre råd, og bør kunne nå legevaktstasjonen raskt ved behov, og alltid innen 60 minutter.
- Lege som skal ha selvstendig legevakt, dvs. uten kvalifisert bakvakt, må enten være spesialist i allmennmedisin eller allmennlege som har gjennomført tre års veiledet tjeneste, hvorav minimum to års erfaring innen allmennmedisin eller et år som fast ansatt legevaktlege. Andre leger kan ha selvstendig vaktkompetanse, kravene må fastsettes i forskrift.
- Tid til trening o.l. skal ha et omfang på minst 25 timer med lønn i året for alle legevaktleger. Minst sju timer i året skal være praktisk trening i akuttmedisin.
- Sykepleier er best kvalifisert for arbeid i legevaktssentral og legevakt sammen med vaktlegen.
- Sykepleier skal ha minimum to års relevant klinisk tjeneste, og ha gjennomgått opplæringsprogram ved legevakten. Sykepleier som arbeider på legevakten skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin hvert femte år, samt kurs i volds- og overgrepshåndtering. Før alenevakt i legevaktssentralen/legevaktlokalet må sykepleier ha minst tre måneders praksis fra legevakt.
- Det må settes språkkrav til leger og sykepleiere i legevakt.

akutt sykdom og skade, samt klargjøring for videre behandling. Ferdigheter som luftveishåndtering og oksygenbehandling, hjertelungeredning (inkludert bruk av defibrillator), stans av blødninger, forebygge sirkulasjonssvikt og enkel immobilisering er typiske eksempler. I tillegg kan slikt personell bidra ved sikring av skadested og pasient. Nklm synes ikke man bør foreslå en generell stor satsing på akuttgjelpere, men med en ny hjemmel for avtaler i den reviderte akuttmedisinforskriften kan akuttgjelper-ordninger være aktuelle flere steder og bedre integrert enn i dag.

Nasjonale krav til fremtidens legevakt

Kapittel seks i rapporten inneholder en rekke konkrete forslag til nasjonale krav til fremtidens legevakt. I motsetning til i Handlingsplanen har Nklm denne gang ikke lagt vekt på hvordan kravene eventuelt skal forankres eller hjemles. Dessuten kommer vi med flere funksjonskrav og ytelseskrav i form av responstider, avstandskrav og ulike former for målbare tje-

nestekrav. Noen slike krav er begrunnet i medisinske tidskritiske forhold, mens andre må oppfattes som servicekrav for befolkningen. Tabell 1, som er gjengitt på side 11, viser en del av de mest sentrale kravene som Nklm mener skal stilles til legevaktene i fremtiden.

Modeller for legevaktdistrikter: Fra teori til praksis!

Rapporten avslutter med hvordan Nklm ser for seg et mulig legevakt-Norge i fremtiden, basert på beskrivelsene og forslag til system- og funksjonskrav som finnes i kapitlene foran. Vi har ikke gjort noe forsøk på nøyaktig og reelt å dele landet inn i legevaktdistrikter. Vi har likevel gitt en rekke eksempler på hvilke konkrete geografiske områder i landet vi tror kunne tilpasses de distriktstypene vi foreslår (TABELL 2). Dersom alle legevakter organiseres som beskrevet, vil Norge sannsynligvis kunne deles inn i 75-25 legevaktdistrikter. Antall legevaktstasjoner vil anslagsvis bli 100-150.

REFERANSER

1. Hunskaar S, Blinkenberg J, Bondevik GT, Ellensen E, Furu SF, Johansen IH, Melf K, Midtbø V, Morken T, Raknes G, Rebnord IK. Nasjonale krav til legevakt og fremtidens øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene. Oppdrag fra Akuttutvalget. Rapport nr. 7-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
2. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. er hjelpa nærmas! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. Rapport nr. 1/2009. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Unifob helse, 2009.
3. Morken T, Midtbø V, Zachariassen SM. Legevaktorganisering i Norge. Rapport fra Nasjonalt legevaktregister 2014. Rapport nr. 4-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
4. Eikeland OJ, Raknes G, Tønsaker S, Hunskaar S. Vaktårprosjektet. Epidemiologiske data fra legevakt. Samlerapport for 2013. Rapport nr. 3-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
5. Sandvik H, Hunskaar S. Årsstatistikk fra legevakt 2013. Rapport nr. 2-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.
6. Raknes G, Hunskaar S. Geografisk avstand gir ulik bruk av legevakt. Utposten 2013; 42 (6): 6-9.

■ STEINAR.HUNSKAR@UNI.NO

TABELL 2: Nklm mener at fremtidige legevaktdistrikter kan passe inn i minst et av tre typeeksempler, eventuelt med lokale tilpasninger.

TYPE	KJENNETEGN	MULIGE GEOGRAFISKE OMRÅDER
I Legevakt i befolkningstett region	<p> Dette er legevakter med kort maksimal reisetid til (nærmeste) legevaktstasjon. Reisetiden til sykehus fra både pasientens hjemsted og legevaktstasjonen er vanligvis kort.</p> <p> Over halvparten av befolkningen vil kunne dekkes av slike legevakter, men anslagsvis bare ca. 10 prosent av arealet i Norge. Vi antar at det vil kunne bli 10-15 slike legevaktdistrikter, vanligvis med minst 200 000 innbyggere.</p>	Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Østfold, Akershus, Oslo, Drammensregionen, Mjøse-regionen, Vestfold, Grenland, Stavangerregionen, Bergensregionen og Trondheimsregionen.
II Stor legevakt nær sykehus, store avstander i utkanten	<p> Dette er legevaktdistrikter med lang maksimal reisetid til legevaktstasjonen. Reisetiden til sykehus fra pasientens hjemsted er kort for de fleste, men lang for et mindretall. Reisetiden fra legevaktstasjonen til sykehus er kort.</p> <p> Anslagsvis vil en tredel av befolkningen og om lag 40 prosent av landarealet kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det ville kunne organiseres 25-35 slike legevaktdistrikter i landet, vanligvis med 30 000-100 000 innbyggere.</p>	Denne eller lignende modeller kan være aktuelle i Lillehammer/Gudbrandsdalen, Hamar/Hedmark, Gjøvik med omland, Tynset med omland, Kongsberg/Numedal, Arendal/indre Aust-Agder/Telemark, Kristiansand med omland, Haugesund med omland, Stord/Sunnhordland, Voss/Hardanger, Førde/Sunnfjord/Ytre Sogn, Nordfjordeid/Nordfjord, Volda/Sunnmøre, Ålesund med omland, Molde med omland, Kristiansund med omland, Orkdal, Røros med omland, Levanger/Innherred, Steinkjer, Namsos/Namdalen, Vefsn, Rana, Sandnessjøen/Midt-Helgeland, Bodø, Narvik/Ofoten, Harstad med omland, Stokmarknes/Vesterålen, Lofoten, Tromsø med omland, Hammerfest med omland og Kirkenes med omland.
III Distriktslegevakt med lang avstand til sykehus	<p> Denne legevakttypen karakteriseres av lange avstander, både til legevakt og fra legevakt til sykehus. Mange innbyggere vil ha reisevei over maksimalkrav, og lokale legevaktstasjoner og bakvaktordninger er aktuelle dersom befolkningsgrunnlaget tilsier det.</p> <p> Anslagsvis 15 prosent av befolkningen, men om lag 40 prosent av arealet vil kunne bli dekket av slike legevakter. Vi antar at det kan være grunnlag for 25-40 slike legevakter, med et innbyggertall på 20 000-40 000 innbyggere.</p>	Denne og lignende legevaktmodeller kan være aktuelle i Nord-Gudbrandsdalen, deler av Hedmark, Valdres, Hallingdal, Øvre Telemark, Setesdal, Flekkefjord med omland, Egersund med omland, Ryfylke, områder rundt Bergen, Sogn, øyene i Møre og Romsdal, kysten av Sør-Trøndelag, Brønnøysundregionen, Rødøy/Lurøy/Nesna/Træna, Finnsnes, Indre Troms, Nord-Troms og deler av Finnmark (utenom «nær»-området til sykehusene).

Fremtidens legevakt

– krav til kompetanse og kapasitet

■ TOM SUNDAR • Redaktør i Utposten

Ut med stykkpris, inn med fastlønn. Legevakta skal ikke lenger rydde bort køene som fastlegene ikke rekker å håndtere på dagtid, men derimot rette innsatsen mot pasientene som trenger hjelpen mest. Legene skal i større grad rykke ut – sammen med ambulanspersonell – og det skal fastsettes normer for responstid. Kvaliteten i vaktarbeidet skal forbedres gjennom kompetansekrav, samtrening med samarbeidende personell samt formaliserte bakvaktordninger.

Dette er hovedpunkter i delrapporten fra det regjeringsoppnevnte Akuttutvalget, som ble sendt ut på høring før jul (1). Delrapporten gir innspill til Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med primærhelsetjenestemeldingen som kommer i vår og ny Nasjonal helse- og sykehusplan som er bebudet til høsten. Dessuten vil delrapporten danne grunnlag for en offentlig utredning (NOU) som Akuttutvalget skal levere til høsten.

Akuttutvalget er et offentlig utvalg, ledet av fylkesmann Ann-Kristin Olsen, som ble regjeringsoppnevnt høsten 2013. Mandatet er å gjennomgå akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutt sykdom og skade. Utvalget har fått mandat til å foreslå nasjonale krav for responstider i legevakt. Utvalget skal også vurdere de frivillige hjelpeinstansers rolle, behovet for folkeopplysnings- og kompetansehevings tiltak, strategier for samarbeid og samtrening samt vurdere dagens regelverk.

Faglig styrking av legevakt

Innholdet i delrapporten er spisset mot utfordringer som både stortingsmeldingen og helse- og sykehusplanen skal drøfte. Utvalget har valgt å konsentrere seg om ambulansetjenesten og legevakt: «Sentralisering av sykehusfunksjoner, samling av akuttfunksjoner ved færre sykehus og større og færre legevakter påvirker behovet for og etterspørselen etter akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Utviklingen har ført til at det prehospitale rom er blitt utvidet, og en faglig kompetent lege-

vakt og ambulansetjeneste får større betydning enn før. Kortere liggetid i sykehus har dessuten medført at flere pasienter tas hånd hjemme i et samarbeid mellom spesialisthelsetjenester og kommunens helse- og omsorgstjeneste.»

Utvalget understreker at den kommende kommunereformen aktualiserer behovet for å se på hvordan akuttmedisinske tjenester rettes mot utkantene og spredtbygde områder i kommunene og hvilke kapasitetsutfordringer som de store byene representerer for ambulansetjenesten. *Utposten* gjengir her hovedpunktene i rapporten, som gir en innsiktsfull fremstilling av de akuttmedisinske tjenestene og foreslår en rekke tiltak for å styrke legevakt- og ambulansetjenesten.

Sentrale forslag

- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom de ulike døgnbaserte helse- og omsorgstjenestene og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet. I planene må det klagjøres hvilke forventninger kommunene har til det faglige innholdet i de ulike øyeblikkelig hjelp-tjenestene i kommunen.
- I størst mulig grad bør det etableres tverrfaglige akuttmedisinske team i kommunene som opparbeider kompetanse i akuttmedisin – og som kjenner hverandres ansvar, roller og kompetanse.
- Utvalget foreslår å innføre nasjonale krav som har som siktemål å gi en ret-

ning for fremtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten. Målet er å heve kvaliteten i legevakt og minske forskjellene i tilbudet. Utvalget har dessuten lagt vekt på å foreslå krav som bidrar til å innrette tjenesten i større grad mot de pasientene som har størst behov for akutt medisinsk hjelp. Det er også lagt vekt på å foreslå tiltak som bidrar til å bedre rekrutteringen til legevaktarbeid.

- Helsedirektoratet fastsetter nærmere retningslinjer for utforming og innhold i legevaktstjenesten.
- Fastlønn skal tas i bruk på legevakt: Utvalget mener at dagens stykkprishonorering fører til at legene nedprioriterer psykisk syke sammen med sykebesøk og utrykninger til akuttmedisinske situasjoner. Utvalget mener fastlønn vil bidra til at legevakten i større grad prioriterer pasientene med størst behov.
- Det bør legges bedre til rette for flere fastlønte legestillinger i kommunene som kan inngå i ulike øyeblikkelig hjelp-tilbud som blant annet legevakt.
- Det bør settes i gang et arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.
- AMK-sentralene alltid skal varsle legevaktstjenesten ved rød respons. Tiltak skal iverksettes for å sikre at krav i akutforskriften følges opp.
- Økt omfang av legedeltakelse ved AMK-varsling om rød respons-utrykning: Målsetting om minst 75 prosent legedeltakelse fastsettes i retningslinjer for legevakt.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører 20–40 sykebesøk inkludert utrykninger per 1000 innbyggere per år.
- Utvalget vil innføre et nasjonalt krav om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevakt-distrikt skal ha maksimum 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 prosent av befolkningen skal ha maksimum reisetid på 60 minutter.



ILLUSTRASJONSFOTO: TONE MØRKEN

Utdrag fra høringsinnspill

Hva mener høringsinstansene? *Utposten* har bladd i høringsinnspillene:

Samhandling legevaktlege – ambulansepersonell

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) slutter seg til forslaget om ensartede nasjonale krav for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet, og fremhever viktigheten av en tydelig nasjonal strategi med fokus på felles planlegging, samarbeid og samhandling mellom aktørene i de akuttmedisinske tjenestene. I sitt høringssvar peker Nklm spesifikt på behovet for forpliktende samarbeidsavtaler og samarbeidsfora mellom legevakt og ambulansetjeneste:

Mange steder ser vi at ambulansetjenesten i økende grad arbeider på egen hånd uten involvering av legevaktleger. Noen ganger kan dette være en ønsket utvikling («fast track», for eksempel ved hjerneslag). Men i de fleste tilfeller er dette ikke en faglig ønsket utvikling. Utviklingen skyldes heller manglende samarbeidsrutiner med legevaktleger eller

økende styring fra helseforetaket, slik at ambulansetjenesten ikke føler noen samarbeidsforpliktelse med legevaktlegene. Mange steder gjør store legevaktdistrikter avstandene store, og legevakten «gir opp» å dekke hele distriktet. For få leger på vakt i forhold til oppgavene gjør beredskapen sårbar, og man velger de «nesten friske» framfor de «mulig akutt syke». Dette er en svært uheldig utvikling, og vi mener det vil være riktig og viktig å forskriftsfeste at legevaktordningen og ambulansetjenesten skal samarbeide om håndtering av pasienter med akuttmedisinske tilstander når pasientens tilstand krever dette.»

Nklm presiserer at legevaktens akuttmedisinske forpliktelser må tydeliggjøres: «Samhandling må sikres ved at ambulansepersonell aktivt skal innhente bistand fra lege i vakt når pasientens tilstand krever det, og at lege i vakt har tilsvarende plikt til å vurdere og besvare henvendelser fra ambulansepersonell, delta i behandlingen og/eller gi medisinskfaglige råd.»

«Utstyrforståelse»

Nok et samhandlingspoeng som Nklm tar

opp, er behovet for en felles «utstyrforståelse» mellom legevakttjenesten og ambulansetjenesten: «I størst mulig grad bør klinisk akuttmedisinsk utstyr være likt i ambulansetjenesten og legevakt, siden det samme personellet skal bruke dette utstyret i akuttsituasjoner. IKT-systemer må være tilpasset slik at overføring av data mellom AMK, legevaktsentral, legevakt og ambulanse går raskt og smidig. Man må ikke risikere at bruk av overvåkningsutstyr og overføring av kliniske data (til og fra legevakt, ambulanse og AMK) blir hindret ved at for eksempel legevaktene ikke skifter ut sitt utstyr i takt med resten av den akuttmedisinske kjeden. Her må helseforetakene og legevaktene samarbeide. Det bør lages nasjonal standard for prehospital elektronisk pasientjournal som ivaretar behovet for dataoverføring mellom AMK, legevaktsentral, legevakt og ambulanse. Danmark har kommet langt i utviklingen.»

Responstider

Mens akuttutvalget mener det ikke er faglig grunnlag for å fastsette absolutte re-

sponstider, ønsker Nklm å innføre responstid som nasjonalt kvalitetsmål for lege i utrykning. Nklm mener en nasjonal norm om antall utrykninger fra legevakt, og et definert krav til responstid ved utrykning vil bidra til at legevaktleger i større grad rykker ut når det trengs. Tilsvarende tror Nklm vil gjelde for sykebesøk: «Videre forskning på utkomme av slike krav, i tråd med det utvalget har beskrevet i nevnte avsnitt, kan så nyttes til eventuelt å justere målene etter til enhver tid beste evidens», tilføyer Nklm.

Det er også verd å merke at Nklm advarer mot økte forskjeller i tjenestetilbudet gjennom en organisasjonsreform med stadig større legevaktdistrikter som ikke innfører kompensierende tiltak i form av responstider, bakvaksordninger eller flere leger på vakt: «Det er ved overgang til store legevaktdistrikter med lange avstander at sykebesøksraten faller sterkest og det er her at utrykningsgraden går ned eller i praksis blir et tilbud bare for nærområdet. Utviklingen er ikke bare en praktisk utfordring, men det representerer et etisk problem.»

Sentralisering

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) kritiserer Akuttutvalgets vektlegging av sentraliseringsaspekter i diskusjonen om fremtidens legevakt:

«Våre innvendinger er basert på én sentral setning, som i praksis er i konflikt med mange av forslagene i rapporten, men som utvalget allikevel har valgt å la gå igjen flere steder i rapporten:

«Utviklingen av interkommunalt samarbeid gir i utgangspunktet mulighet for bredere fagmiljø, større og mer robuste organisasjoner og økt kvalitet.» Innvendinger er knyttet til at det ikke er påvist bedre kvalitet eller mer robuste organisasjoner ved sentralisering, at kvalitet gjennom en pasientsikkerhetskultur bygges vanskeligere i to organisasjoner enn i én, og vi etterlyser en åpen debatt om hvorvidt det er ønskelig at legevaktene skal dekkes av andre leger enn fastleger.»

Nasjonal strategi

Legeforeningen støtter forslaget om en nasjonal strategi for å styrke akuttjenestene utenfor sykehus, og etterlyser at helsemyndighetene i større grad må legge føringer for de kommunale akuttjenestene:

«En slik strategi må tydeliggjøre kommunes ansvar og forpliktelser. Kommunen har som øverste forvalter det endelige ansvaret for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Legeforeningen mener dette langt fra er godt nok ivaretatt i dag. Samtidig er det viktig at nasjonale føringer ivaretar muligheter for lokale løsninger.»

Foreningen støtter forslaget om at kommunene må utarbeide en akuttmedisinsk plan, men påpeker at denne ikke må forveksles med samhandlingsavtalene, og den må springe ut fra kommunene: «Planen må ta utgangspunkt i utført risiko- og sårbarhetsanalyse, og blant annet inneholde en tydelig beskrivelse av hva legevakt skal levere av tjenester. «Legevaktens faglige innhold må ses i sammenheng med fastlegeordningen, spesialisthelsetjenesten, det øvrige kommunale helsetilbudet og lokale forhold og behov», understreker Legeforeningen.

REFERANSE

1. Akuttutvalgets delrapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo: Akuttutvalget, 2014.

■ TOM.SUNDAR@GMAIL.COM

Funksjonssvikt hos eldre

- målrettet utredning i førstelinjetjenesten

■ ANETTE FOSSE

Spesialist i allmennmedisin, sykehjemslege med kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin, phd-stipendiat ved Uni Research Helse og Universitetet i Bergen, medlem av Nasjonalt Råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten.

Alderdom er ikke ensbetydende med sykdom, men med alderen oppstår det etter hvert både sykdommer og plager. Mange sykdommer kan ha atypiske og snikende presentasjoner hos eldre, slik at de ikke umiddelbart framstår som en tydelig sykdom.

Svekket evne til å gjøre aktiviteter i dagliglivet (ADL) og ta vare på seg selv blir ofte av pasient og pårørende (og noen ganger av helsepersonell) oppfattet som en naturlig del av det å bli gammel. Det gjør at mange venter med å kontakte lege til funksjonssvikten er blitt påtrengende. Sviktende funksjon hos eldre har som regel sammensatte årsaker som skal utredes med tanke på reversible tilstander. Viktige spørsmål som må besvares av utredningen er hvorfor og hvordan tilstanden oppsto, og hvilke konsekvenser forandringene har for pasienten og for behandling og omsorgsbehov. Det er viktig at fastleger, sykehjemsleger og pleiepersonell er oppmerksom på at akutt og subakutt funksjonssvikt er potensielt alvorlige tilstander som krever rask inngripen.

Funksjonssvikt – svikt i viktige funksjoner som er nødvendige for å klare seg i sitt daglige liv

Noen definisjoner (1) (2)

- ▶ **Akutt funksjonssvikt** – nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av få dager opptil en uke.
- ▶ **Subakutt funksjonssvikt** – nyoppstått, eller forverring av tidligere funksjonssvikt i løpet av to uker opptil tre måneder.
- ▶ **Kronisk funksjonssvikt** – stabil funksjonssvikt som har vært til stede i minst tre måneder (kronisk sykdom, ettervirkning av sykdom, aldersforandringer).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

▶ **Helsesvikt hos eldre («failure to thrive»)** er definert som et vekttap større enn 5 prosent i forhold til utgangsvekten, nedsatt matlyst, dårlig ernæring, inaktivitet, ofte ledsaget av dehydrering, depressive symptomer, kognitiv svekkelse (delir og/eller demens) og økt infeksjonstendens. Forekomsten øker med alderen, og er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet. Symptomene er ofte vage og kan utvikle seg gradvis.

▶ **Skrapelighet hos eldre (frailty)** er i medisinsk sammenheng et distinkt syndrom som kjennetegnes av følgende elementer:

- Langtkomne aldersforandringer
- Flere sykdommer og/eller uklare sykdomsbilder
- Fysisk og/eller mental funksjonssvikt
- Redusert sosialt nettverk

Personer med slike kjennetegn er spesielt sårbare, de blir fortere syke, bruker lengre tid på å restituere seg og har vesentlig større risiko for tap av funksjonsevne enn friske

eldre og yngre mennesker. De har ofte atypisk sykdomspresentasjon, og må få hurtig hjelp for å unngå irreversibel forverring.

Ola er 83 år gammel. Han bor alene i en leilighet. Familien bor langt unna. Han har diabetes og lett svekket kraft i venstre arm og bein etter et lite hjerneslag for et år siden, men greier seg ganske bra i det daglige. Hjemmesykepleier kommer med medisin til ham en gang i uka, og hjemmehjelpen hjelper ham med dusjing og renhold. Den siste uka har han vært litt utilpass, og ustø, og han har spist lite. En dag blir han funnet liggende på gulvet, forvirret, kald og våt. Han klager over smerter i rygg og hofter, og han greier ikke å reise seg selv, men når han får hjelp til å komme seg opp kan han stå og gå til tross for smertene. Han greier ikke å gjøre rede for hva som har skjedd og hvor lenge han har ligget, men bagatelliserer hendelsen. Hjemmehjelpen ringer fastlegen. Hvordan skal fastlegen håndtere denne pasienten?

Tilstandsgruppe/ klinisk bilde	Aktuell helsehjelp i spesialisthelsetjenesten	Gradering av vilkårene i prioriteringsforskriften	Veiledende rettighet og maksimumsfrist for start helsehjelp for tilstandsgruppen som pasienten tilhører	Individuelle forhold som må vurderes før rettighet og maksimumsfrist fastsettes for den enkelte pasient
Funksjonssvikt utviklet over 2–12 uker	Utredning Behandling	Tilstanden anses å være alvorlig Helsehjelpen anses å være nyttig Helsehjelpen anses sannsynligvis å være kostnadseffektiv	Som hovedregel: Rett til prioritert helsehjelp Maksimumsfrist: 4 uker	Listen er ikke uttømmende <ul style="list-style-type: none"> • komorbiditet • multifunksjonssvikt • samtidig delir • grad av svikt i vitale funksjoner • rask progresjon • behandling av alvorlig underliggende sykdom gir gevinst ift. overlevelse • ubehandlet vil infeksjoner, hjerteinfarkt, hjerneinfarkt, delir osv. ha høy dødelighet

FIGUR 1: Helsedirektoratet sin prioriteringsveileder ved funksjonssvikt over 2–12 uker.

Akutt funksjonssvikt

Pasienter med akutt funksjonssvikt bør innlegges i sykehus, helst i sengepost med geriatrisk kompetanse. KAD-senger gir ikke god nok mulighet til nødvendig utredning. Eneste unntak er hvis årsaken til funksjonssvikten er entydig og kjent, og kan håndteres i førstelinjetjenesten. Da kan KAD-seng være aktuelt.

Akutt funksjonssvikt kjennetegnes av «de 5 i-ene»:

- instabilitet (falltendens)
- immobilitet
- inkontinens
- intellektuell svikt (delir)
- iatrogen svikt (legemiddelpåført)

Som regel er ikke årsaken til funksjonssvikten klar. Gamle mennesker med akutt funksjonssvikt legges inn under mange diagnoser, f.eks. cerebralt insult, redusert allmenntilstand, dehydrering, lungebetennelse, urinveisinfeksjon eller andre mer eller mindre velfunderte tentative diagnoser. En organdiagnose vil som regel bare peke på en flik av problemet. Dersom det ikke er noen åpenbar forklaring på funksjonssvikten kan det være riktigere å bruke betegnelsen «akutt funksjonssvikt», et medisinsk begrep som gir en bedre forståelsesramme for utredningen. «Akutt pleie» og «causa sosialis» er innleggelsesdiagnoser som brukes innimellom. Disse «diagnosene» kan være problematiske på to måter:

- dersom de betyr det de gir inntrykk av, nemlig at det ikke er pasientens tilstand som er forverret, men at det er omsorgsapparatet rundt som svikter, er det feil å legge pasienten inn i sykehus. I slike situasjoner bør kommunen, gjerne i samarbeid med familien, finne løsninger for pasienten, f.eks. plass i KAD-seng inntil

riktig omsorgstiltak kan stables på beina.

- dersom diagnosen egentlig innebærer akutt funksjonssvikt, vil slike innleggelsesdiagnoser tilsløre at pasienten har en medisinsk tilstand som trenger aktiv utredning.

Akutt funksjonssvikt betyr at pasienten er potensielt alvorlig syk, og trenger rask og bred utredning i sykehus. Dette må både fastleger/legevaktleger og sykehusleger være klar over. Det er nødvendig å finne både utløsende og bakenforliggende årsaker til funksjonssvikten. Et lårhalsbrudd eller en urinveisinfeksjon er ofte kun et symptom på viktigere årsaker som for eksempel ernæringsvikt, medikamentbivirkninger, hjertesykdom, anemi, subduralt hematom, depresjon, eller kombinasjoner av disse.

Under utredningen må pasienten sikres optimal oksygenering, væske- og elektrolyttkorreksjon og komplikasjoner som trykksår og delir (se senere) må forebygges. Når en eller flere årsaker er påvist skal disse behandles, og pasienten skal mobiliseres tidlig for å unngå videre funksjonstap.

For at sykehuset skal kunne gjøre en god utredning trenger de informasjon om medisinsk tilstand og funksjonsnivå før den akutte funksjonssvikten. Det er derfor viktig at fastlege og omsorgstjeneste gir nødvendig informasjon ved innleggelsen, evt. dagen etter dersom innleggelsen skjer via legevakt. Sykehuset bør ta kontakt med fastlege og omsorgstjeneste dersom de mangler relevant informasjon. Alle pasienter bør ha oppdatert medisinske tilgjengelig. Sykehuset bør dessuten kontakte fastlege og omsorgstjeneste tidlig i utredningen for å planlegge utskrivelse og videre medisinsk og pleiemessig oppfølging og evt. rehabilitering.

Jensine er 93 år gammel og har de siste to årene bodd på sykehjem med en etterhvert langt kommet demens. Hun er lite mobil, må mates, og gir ingen verbal kontakt. I samråd med familien og sykehjemslegen er det avtalt at det ikke skal gjøres inngrep eller omfattende diagnostikk med sikte på livsforlengende behandling. Dette er nedskrevet i journalen, og er kjent blant personalet. En dag blir hun urolig og delvis fjern og det kommer mørk avføring. Det blir tatt en blodprosent som er 6,8. Personalet tilkaller familien som kommer til stede, og hun roer seg med dem til stede. Hun får kontinuerlig oppsyn og godt stell, og i løpet av to dager sovner hun stille inn med pårørende til stede.

I noen situasjoner er det ikke aktuelt med innleggelse til tross for en akutt funksjonssvikt. Det gjelder sykehjemspasienter med langt kommet kronisk funksjonssvikt der innleggelse og utredning i sykehus vil være til større belastning enn nytte. Dette bør sykehjemslegen ha avklart med pasient og familie i en rolig fase før en akutt tilstand oppstår.

Subakutt funksjonssvikt

Dette er en vanlig situasjon som bør fanges opp så tidlig at det er mulig å gjøre noe med den før den blir akutt. Det kan for eksempel dreie seg om forverring av KOLS eller hjertesvikt, infeksjon, smertetilstander, adferdsendringer ved demens, depresjon/angst, medikamentbivirkninger, dehydrering, urinretensjon, forstoppelse, under- og feilernæring osv.

Vanligvis er det pårørende eller hjemmetjenesten som oppdager at noe er i ferd med å skje. Det kan være gammel mat i kjøleskapet, potteplanter som ikke vannes,



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABOR

dårligere personlig hygiene, eller andre tegn på at ADL-funksjonene er i ferd med å svekkes. Falltendens og kognitiv svikt er også vanlige tegn. Alle som bistår eldre mennesker må vite at slike signaler skal føre til kontakt med fastlegen for nærmere undersøkelse.

Når legekantoret får en slik henvendelse bør pasienten få time til undersøkelse i løpet av få dager, og bør vanligvis følges av noen som kan fortelle om endringene (forutsatt at pasienten godtar det). Familien og omsorgstjenesten er viktige samarbeidspartnere i utredning av funksjonssvikt. Fastlegen må gjøre grundig klinisk undersøkelse med bakgrunn i pasientens tidligere sykehistorie og de aktuelle symptomene, og bruke kunnskap om vanlige årsaker til subakutt funksjonssvikt. Andre viktige vurderingspunkter er medikamentgjennomgang, ernæringsstatus, fordøyelse og kontinens, samt vurdering av syn, hørsel, kognitiv status (MMS, klokketest) og angst/depresjon. Det er også nødvendig med kartlegging av sosialt nettverk og hvilke omsorgstjenester pasienten eventuelt har. Mye av dette er ofte kjent for fastlegen fra før, men det er ikke alltid vi har oversikt over pasientens hjemmesituasjon. Ved subakutt funksjonssvikt har hjemmeforholdene stor betydning for valg av tiltak.

Ofta kan undersøkelsen hos fastlegen av-

klare situasjonen slik at riktig behandling og hjelp kan settes i verk hjemme hos pasienten. Noen ganger kan det være nødvendig med en (poliklinisk) utredning på sykehuset. Helsedirektoratet har utarbeidet en prioriteringsveileder til bruk for sykehuslegene som skal vurdere slike henvisninger (FIGUR 1).

I noen situasjoner kan sykdom hos en pasient føre til at ektefellen også må ivretas. Det er viktig at kommunen har muligheter til å håndtere dette på kort varsel.

Hans er 87 år gammel. Han har KOLS og prostatisme, men er selvhjulpen og vel-fungerende. Han bor i eget hus sammen med sin demente kone Kari. Hun er fysisk ganske sprek, men er helt avhengig av at han er der for henne. Den siste uka har han fått produktiv hoste, økende tungpust og føler seg slapp og syk. Han har måttet holde senga de siste par dagene. Nå ringer han legesenteret for å be om hjelp til seg og kona. Hvilke tiltak skal settes i verk for dem?

Dersom årsaken til funksjonssvikten er avklart, men det ikke er mulig for pasienten å være hjemme pga svekket funksjon, kan det være hensiktsmessig med en innleggelse i KAD-seng, eller i en korttidsavdeling på sykehjem, for behandling og videre funksjonsavklaring.

Falltendens og kognitiv svikt – to vanlige symptomer ved akutt og subakutt funksjonssvikt

En utredning av funksjonssvikt innebærer nesten alltid en utredning av fall og/eller kognitiv svikt. Det er viktig å ta målrettet tak i disse symptomene, fordi de har stor betydning for om en pasient kan greie seg mest mulig selv eller ikke.

► **Falltendens:** Når pasient, pårørende eller omsorgstjenesten melder om fall er det viktig å ikke bare avskrive det som en tilfeldig hendelse, men undersøke årsaken til fallet. Til denne utredningen hører bl.a. følgende spørsmål:

- Bevisstløshet i forbindelse med fallet?
- Gange- eller balanseproblemer?
- Svimmelhet? Stillingsavhengig eller ikke?
- Kraftsvekkelse?
- Flere fall det siste året? Redsel for nye fall?
- Medisiner som kan gi fallrisiko?
- Forhold i omgivelsene som førte til fallet?

Noen ganger er årsaken til fall åpenbar og kan gjøres noe med. Andre ganger kan det være vanskelig å finne en forklaring, og pasienten kan trenge henvisning til en målrettet fall-utredning på en geriatrisk poliklinikk.

► **Kognitiv svikt:** Når fastlegen får melding om at pasienten «er blitt glemsk», «er begynt å rote», eller at pasienten ikke greier å

gjøre ting han eller hun kunne før, er det nærliggende å tenke at det er en demenssykdom under utvikling. Ofte er det riktig, men det kan være greit å huske på fem D'er og en M:

- Delir
- Demens
- Depresjon
- Drikking
- Defekte sanser
- Medisiner

Dette er en god knaggerække for utredningen. Husk at pasienten ofte har kombinasjoner av to eller flere av elementene. Jeg går ikke nærmere inn på utredningen her, men vil trekke fram delir som en viktig og ofte underdiagnostisert tilstand som krever spesiell oppmerksomhet. Det er ingen sykdom i seg selv, men et symptom på annen akutt sykdom. Delir (3) er en forvirringstilstand som er preget av svingende kognitive funksjoner og oppmerksomhetssvikt. Den mentale svikten utvikler seg raskt over timer til uker, og må ikke forveksles med demens, selv om den ofte kan oppstå hos en person med demens i forbindelse med interkurrent sykdom.

► **Delir** kan oppstå i alle aldre og ved ulike grader og typer av påkjenninger, men faren for å utvikle delir øker med økende alder, mental svikt, sansedefekter, kroniske sykdommer og mye medisiner. Følgende symptomer bør lede oss til å tenke på delir:

- Akutt endring i mental status, gjerne i forbindelse med somatisk sykdom
- Visuelle hallusinasjoner
- Svingende bevissthetsnivå
- Akutte psykiatriske symptomer hos en person uten tidligere psykiatrisk sykdom
- Akutt start av nye psykiatriske symptomer hos en pasient med kjent psykiatrisk sykdom

- Pasient som beskrives som «forvirret» eller «desorientert»

Delir er en vanlig tilstand på intensiv-, indremedisinske og ortopediske avdelinger, og er antagelig vanligere både hos hjemmeboende eldre og hos sykehjemspasienter enn vi tror. Jeg går ikke nærmere inn på utredning og behandling av delir her, men vil understreke betydningen av at leger og annet helsepersonell gjenkjenner fenomenet, fordi riktig behandling og miljøtiltak vil føre til normalisering av tilstanden og raskere tilfriskning av sykdommen som forårsaket deliret.

Kronisk funksjonssvikt

Johanne er 91 år gammel. Hun har hjertesvikt og angstplager som for to år siden førte til at hun fikk plass i en bemannet omsorgsbolig. Der bor hun i egen leilighet, hvor hun ordner frokost og kveldsmat selv, men får hjelp til middagen. Før hun flyttet til omsorgsleiligheten hadde hun tallrike akuttinnleggelses pga hjertesymptomer, og hun ringte datteren mange ganger daglig fordi hun følte seg redd og ensom. Hun spiste dårlig og gikk ned i vekt. Nå er vekten stabil, og hun virker mindre angstpreget. Personalet ser inn til henne noen ganger i løpet av dagen, og hun er ofte ute i fellesstua sammen med de andre beboerne. Hjertesymptomene er lite plagsomme. Det siste året har imidlertid datteren merket at Johanne husker dårligere, og at hun ikke alltid vet hvor hun er. Dette er foreløpig ikke et problem i det daglige, men datteren kontakter fastlegen for å høre om mora bør undersøkes. Hvordan skal fastlege og omsorgstjeneste følge opp Johanne?

Kronisk sykdom, ettervirkninger etter skade eller sykdom, eller langtkomne alders-

forandringer kan gi funksjonssvikt som er stabil over måneder og år. Når tilstanden er utredet, og behandling og hjelpetiltak er igangsatt, er målet at flest mulig skal kunne bo hjemme lengst mulig. Dette kan skje ved å forebygge fall og ytterligere helse-svikt, sikre rask utredning og behandling ved nyoppstått eller økende funksjonssvikt og gi tilpasset hjelp hjemme. Viktige tiltak for å forebygge ytterligere funksjonssvikt er blant annet riktig ernæring, trening og aktivitet, sosial omgang, sansehjelp for syn, hørsel og balanse, og å sikre god kontroll på kroniske sykdommer. Dette må skje i samarbeid mellom pasient, pårørende, omsorgstjeneste og fastlege. Andreinjetjenesten kobles inn ved behov.

Helsesvikt og funksjonssvikt hos eldre skjer ofte nær slutten av livet. Fordeler utredning og behandling må alltid veies opp mot ulempene. Målet er å identifisere sykdommer som kan behandles uten å utsette pasienten for unødige belastninger. For å kunne gjøre gode, individuelle vurderinger må legen snakke med pasient, pårørende og omsorgspersonell som kjenner pasienten, og avklare hvilke ønsker pasienten har for gjenværende levetid. Uavhengig av om utredning og behandling igangsettes eller ikke, er det viktig å gi god lindring og sette inn tiltak som gir en best mulig hverdag med de plogene og sykdommene pasienten har.

REFERANSER

1. TB. W. Geriatri. En medisinsk lærebok. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2011.
2. Norsk Elektronisk Legehåndbok. Norsk Helseinformatikk; 2013.
3. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. [Delirium in elderly patients]. Tidsskrift for den Norske lægeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny række. 2013; 133: 1596–600.

INTERNASJONALT HJELPEARBEID

inspirerende arbeid med enkle hjelpemidler og godt tverrfaglig samarbeid

I disse dager er det flere norske leger, sykepleiere og annet helsepersonell som jobber for å bremse Ebola-utbruddet i Sierra Leone. *Utposten* forsøkte å komme i kontakt med allmennleger, som hadde deltatt i internasjonalt hjelpearbeid, og fant tre leger som alle hadde jobbet for Røde Kors på forskjellige oppdrag i utlandet.

Silje Longva Todnem er spesialist i allmennmedisin og jobber nå på Bergen Legevakt. Hun har vært på fire oppdrag, to ganger på Filippinene og to ganger i Nigeria, for Røde Kors. Hun forteller at arbeidsgiver har strukket seg langt og tilrettelagt for at hun skal kunne reise ut. De har skaffet vikar og gitt henne permisjon på kort varsel. Røde Kors har dekket lønnen når hun har vært ute.

– Arbeid i felt kan både være svært krevende og til tider frustrerende, men aller mest er det enormt lærerikt og kjekt! Det er et privilegium å få møte spennende og flinke mennesker fra hele verden, både fra lokalbefolkningen der vi jobber og blant kollegaer, sier Todnem.

Utposten hadde problemer med å finne fram til allmennleger, som hadde vært «ute». Vi ble tipset om flere sykehusansatte leger og mange sykepleiere, men få allmennleger. Anne H. Davidsen er allmennlege i Alta, og Harald G. Sunde er tidligere allmennlege, men nå medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset. Nils Kolstrup er både allmennlege og forsker, og han har tidligere jobbet flere år som lege i Tanga i Tanzania. Alle tre har gitt oss noen innblikk i livet som lege og internasjonal hjelpearbeider, og hvordan man kan få det til med begrensede ressurser. Kanskje de kan inspirere flere allmennleger til å reise ut?

Silje Longva Todnem har vært på fire utenlandsoppdrag.



Rapport fra oppdrag

■ HARALD G. SUNDE

Medisinsk fagsjef, Finnmarkssykehuset

Artikkelforfatteren har arbeidet som allmennlege i ca 25 år, men har de siste tre årene hatt jobb som medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset. Han har latt seg verve til lege for utenlandsarbeid gjennom Røde Kors. Hans første utplassering var en måned på Filippinene i januar-februar 2014.

Yolanda

De får navn etter kvinnfolk, disse uregjerlige stormene som herjer med folk og deres hjem. Kanskje litt urettferdig, ettersom kvinner tradisjonelt er de som setter sin ære i å holde hus og hjem i orden.

Men i hvert fall ble den døpt Yolanda, den stormen som kom ute fra Stillehavet et sted den 8. november 2013 og feide innover østkysten av den sørlige del av de filippinske øyer og derfra videre i nordvestlig retning. Med stormer følger også bølger, og når befolkningen bor tett og kystnært, får naturlig nok slike stormer store konsekvenser. Det er anslått at ca 6000-10000 mennesker døde i stormen. Det som var mer påfallende var de voldsomme materielle ødeleggelsene Yolanda medførte. Hus var blitt slått til pinneved i store områder, biler er knust, båter er løftet langt inn på land. Ødeleggelsene på hus og hjem på Filippinene var langt større her enn hva tilfellet for eksempel var da et jordskjelv rammet Haiti for fire år siden. Det er anslått at ca fire millioner filippinere ble hjemløse som følge av Yolanda!

ICRC

Den internasjonale Røde Kors komiteen, ICRC, bestemte tidlig at man måtte gi befolkningen i de berørte områdene forsterkede helsetjenester. Dette skjedde etter at den filippinske regjeringen hadde anmodet ICRC om hjelp. Det ble da bestemt, blant flere andre tiltak, at det skulle settes opp et midlertidig feltsykehus i Basey. Området har en befolkning på ca 40000. Fra før fantes det i byen et allmennlegekontor med en til to leger og et lokalsykehus. Sy-



kehuset hadde fått hard medfart under stormen, og store deler av bygningen stod uten tak. Allmennlegekontoret var ikke blitt skadet i stormen, men utstyret der var svært mangelfullt.

Feltsykehuset i Basey

Da Røde Kors-sykehuset skulle settes opp falt stedvalget på en sportshall i byens sentrum. Sportshallen hadde tak og golv i behold, mens veggene stort sett var blåst vekk. Taket gav feltsykehuset god beskyttelse mot sol og regn, og betonggolvet var reint og solid, så stedvalget syntes fornuftig. Særlig regnbeskyttelse var viktig; med de regnmengdene Basey ble utsatt for (30-40 mm per døgn var ganske vanlig), ville det gitt sykehuset store problemer hvis det ikke hadde hatt denne regnbeskyttelsen.

Sykehuset var en stor arbeidsplass. Vi var 15 internasjonale delegater som bestod av medisinske fagfolk (spesialsykepleiere, jord-

på Filippinene etter Yolanda



Fisker som hadde fått ødelagt båten og dessuten mistet en rekke kolleger og landsbybeboere som følge av stormens herjinger. Han er i gang med å bygge seg en ny båt og derved få levebrødet tilbake. Arbeidsredskapene er to sterke armer, en håndholdt høvel, pågangsmot og optimisme. Dette bildet symboliserer det filippinske folks pågangsmot etter Yolanda.

FOTO: HAROLD G. SUNDE

mor, leger) og administratorer. Det var dessuten leid inn ca 20 filippinske sykepleiere. I tillegg kom annet innleid personell på ca 30 (vakt, renhold, transport osv). Stemningen mellom personalet var usedvanlig god. Alle syntes å samarbeide godt, vi gjorde et godt kollektivt arbeid for å gjøre hverandre god og bruke hverandres sterke sider.

Sykehuset hadde et akuttmottak/poliklinikk, en intensivavdeling med plass til fem pasienter, en sengepost for voksne og en sengepost for barn med plass til åtte pasienter på hver post, samt en isolasjonsavdeling med plass til to pasienter. Hver avdeling eller post var et eget telt. Sykehuset inneholdt også operasjonsavdeling, røntgenavdeling, apotek, et lite kjøkkentelt og et administrasjonstelt.

De innlagte ble tilsett av sine pårørende, og disse overnattet som oftest på sykehuset, så det kunne være ganske trangt om plassen i perioder.

Sykehuset var ikke operativt før månedsskiftet november/desember, med andre ord tre uker etter Yolanda. Dette var naturlig nok for seint til å kunne håndtere de akutte tilfellene etter stormens herjinger. Imidlertid fikk vi fortsatt inn etterskader, dvs sår og kuttskader som følge av stormen. I tillegg var det mange barn og voksne som skadet seg på søppel og skarpe metallkanter som fløt overalt. Sykehusets viktigste funksjon var å gi Basey-området en fungerende helsetjeneste i påvente av at den lokale helsetjenesten fikk reetablert seg.

KART: COLUIREBOX



ERU

Slike feltsykehus, også kalt ERU (Emergency Response Unit), blir vanligvis etablert med tanke på å stå i maksimum fire måneder. Man regner i utgangspunktet med at det lokale helsevesenet i løpet av fire måneder etter en naturkatastrofe skal ha hatt tid til å gjenoppbygge seg, slik at ERUen da kan pakkes ned.

Aktiviteten ved slike feltsykehus kan grovt sett deles opp i tre faser:

1. Oppbyggingsfasen, der sykehusteltene settes opp og alle strukturer i leiren plasseres.
2. Driftsfasen, der man har fullt fokus på pasientbehandling.
3. Nedtrappings- og avslutningsfasen, der man planlegger nedtrapping og avslutning i nært samarbeid med lokalt helsevesen og myndigheter.

Da jeg ankom ERU i Basey hadde sykehuset vært operativt i en drøy måned. Allerede da så vi at behovet for våre tjenester var begynt å avta. Lokalsykehuset hadde dessuten fått taket reparert, om enn midlertidig. Vi beveget oss således fra driftsfasen over i nedtrappingsfasen. Men det betød ikke at jobben var gjort. En ERU tas vanligvis ikke hjem til Norge etter at jobben er gjort. Snarere prøver man å finne verdige mottakere for alt utstyret, slik at Røde Kors kan styrke det lokale helse- og sosialsystemet med utstyr. Og det var naturlig nok mange som meldte sin interesse når til dels avansert medisinsk utstyr til verdi av flere millioner skulle deles ut.



Yolandas herjinger til høyre, lokal business-etablering i form av en kiosk til venstre. FOTO: HARALD G. SUNDE

FOTO: HARALD G. SUNDE



Det internasjonale Røde Kors sørget for reint vann, et viktig bidrag for å forebygge vannbårne epidemier.

Om legearbeidet

Basey-området på Filippinene er et fattig område. Folk bor i små hytter, og mange bodde midlertidig i telt gitt av FN etter Yolanda. Folk bor svært trangt, og mange av de sykdommene vi fikk til behandling var et resultat av nettopp fattigdom og trangboddhet.

Min jobb bestod i å ta meg av akutt innkomne pasienter, og behandle dem – enten poliklinisk eller legge dem inn og ta ansvar for dem mens de var innlagt.

Følgende tilstander var dominerende:

- Astma. Ikke så rart når mat lages over åpen ild i en liten hytte.
- Luftveisinfeksjoner; mye av samme årsak.
- Diare; også dette ofte en følge av fattigdom og trangboddhet
- Byller og hudinfeksjoner; dels etter Yolanda, dels etter å ha blitt påført sår av skarpe metall- og glassgjenstander som fortsatt lå overalt.
- Infeksjonssykdommer av ukjent årsak.

Glem CT, glem MR, glem avansert lab-støtte. Her måtte man stole mye på klinisk blikk. Vår lab bestod av CRP, urin stix, samt hurtigtest for Dengue feber (et mygg-overført virus som gir en kraftig influensa-liknende sykdom). Vi hadde også vanlig røntgen og pulsoksymeter. Det jeg savnet mest var naturlig nok mikrobiologisk lab for alle infiserte byller og sår. Her ble det å skyte med bredspektret antibiotika; særlig når de fleste akutte abdomener var PID (Pelvic Inflammatory Disease), og enhver høy fe-

ber måtte ses på som en truende sepsis-tilstand.

Vi hadde godt med antibiotika, både tabletter og til intravenøst bruk, og vi hadde nok intravenøse væsker.

Vi så naturlig nok også en del langtkomne kreftsykdommer, der pasientene i Norge ville fått omfattende behandling, men der vi bare måtte si «Sorry, Mam/Sir, her er det ingenting vi kan gjøre». Å gi slike beskjeder strider jo mot alt det jeg har gjort av legearbeid tidligere, og kjennes ikke godt. I det hele tatt er det ikke helt enkelt å komme fra Norge med mye faglig kunnskap og godt utstyr til en by som ikke har hatt slik tilgang til utstyr og kompetanse, og som heller ikke kommer til å ha det etter at vi har pakket sammen og reist hjem. I hvor stor grad skulle vi som Røde Kors-sykehus prøve å ta unna alt som kommer på døra av sykdom? Skulle vi la vår kirurg operere alt som meldte seg,

eller ville vi da være med på å øke befolkningens forventning til helsetjenester, slik at det faktisk ville oppstå et tomrom og en misnøye etter oss etter at vi hadde dratt? Det er etiske sider ved å være helsearbeider fra Vesten som ikke alltid er så lette å vurdere.

Journal ble skrevet for hånd; ordinasjoner på venstre side av arket, journal på høyre. Pasienten hadde selv ansvar for å ta vare på og medbringe journal og røntgenbilder, med andre ord ingen arkiveringsproblemer for sykehuset!!

Nattevaktene tilbrakte jeg sovende i administrasjonsteltet under myggnetting. Noen vekkinger per natt ble det, men da var det kort vei tilbake til senga etter at problemet jeg var blitt vekket for var løst.

Et problem for vaktlegen var den lokale kirken, ca 50 meter unna, som tydeligvis var av den oppfatning at vakthavende lege hadde behov for katolsk messe kl 05; dette

Resultat av Yolandas herjinger sammen med telt fra internasjonale hjelpeorganisasjoner var et vanlig syn i Basey-området. FOTO: HARALD G. SUNDE





FOTO: HARALD G. SUNDE



Feltsykehuset i Basey var satt opp i en sportshall, med tak som beskyttet oss mot regn og sol. FOTO: HARALD G. SUNDE

ble jeg minnet på med klokkeklang kl 04.40, 04.45, 04.50 og 04.55. Kl 05 ble så morgenmessen kringkastet fra høyttalere slik at også vakthavende lege fikk ta del i gudstjenesten.

Livet som delegat

Vi var en internasjonal gjeng som jobbet for det internasjonale Røde Kors. Vi var folk fra Rwanda, Sri Lanka, Island, Kroatia, Australia, Hong Kong, Singapore og Sveits. Arbeidsspråket var engelsk. Engelsk er også et offisielt språk på Filippinene og beherskes av mange.

Vi hadde arbeid fra mandag til lørdag, kl 08–16. Vi var fire leger, og det ble firedelt døgnavt.

Grålysningen var i 5–6 tida. Frokost ble

Den katolske kirke spiller en stor rolle i filippineres liv, også for leger. Her den katolske Erkeengelen St. Mikael-kirken i Basey fra 1768.



servert kl 06.30, vanligvis ris med tilbehør (se ellers middagsmenyen) og avreise til sykehuset kl 07.30. Lunsjen lagde vi selv på sykehuset; det gikk i knekkebrød, «Rett i koppen» eller frysetørret «Real turmat». Vi jobbet til kl 16, og dro deretter tilbake til leiren. Dagslyset forsvant rundt kl 18, og vi fikk middag kl 18.30. Middagsmenyen var grei: Ris med fisk, ris med svinekjøtt, ris med kylling, ris med «corned beef», ris med suppe eller ris med hvitløk. Etter midt dagen hadde vi allmøte som ble ledet av kontingentens administrative leder. Det var portforbud mellom kl 20 og 05.

Røde Kors-arbeid i forskjellige katastrofeområder var ofte samtaletema rundt bordet på kveldene. Jeg var selv førstereisgutt og hadde lite å skryte av. Andre hadde vært i Darfur da krigen herjet der, i Pakistan

Artikkelforfatteren fikk prøve finsk sauna på 10 grader nord. Artikkelforfatteren til venstre og Kimmo fra Tampere til høyre (eller omvendt).



FOTO: HARALD G. SUNDE

etter oversvømmelser der, på forskjellige steder i forbindelse med den store tsunamien i Sør-Øst-Asia for noen år siden eller på Haiti etter jordskjelvet der. Det var mye interessant å høre og lære fra mine erfarne kolleger.

I leiren hadde vi verken TV eller internettilgang. Sporadisk kunne vi sende sms, men jeg klarte ikke å motta sms i leiren. Så når middagen var spist og allmøtet avholdt, ble øyelokkene tunge. Jeg kjøyet vanligvis mellom kl 21 og 22, når dagslyset forsvant ble jeg stuptrøtt!

Saunaen i Balangiga

En dag fikk jeg være med en ICRC-delegat på reise rundt på øya, der vi besøkte forskjellige helsesentre og sykehus som var rammet av Yolanda. Avslutningen på turen gikk med til å hilse på våre Røde Kors-kolleger i Balangiga; en landsby et par mil øst for vårt leiområde, der Finsk Røde Kors drev et primærhelsetjenestekontor. Som ellers i Røde Kors systemet er det en rekke nasjonaliteter på et slikt helsesenter; her var det folk fra Island, Singapore og selvfølgelig Finland. «Tervetuloa» var det første ordet jeg hørte; det var hyggelig å høre finsk igjen og bli ønsket velkommen på vårt nabolands språk. Deres velkomsthilsen ble besvart av meg med «kiitos, seamma» som betyr omtrent «takk i like måte», hvoretter vi gikk over til engelsk.

Ryktene om at de hadde satt opp en sauna hadde allerede nådd meg, og bortsett fra at jeg var nysgjerrig på å se deres felt-helse-

senter, var jeg naturlig nok like nysgjerrig på å se badstua. Kimmo – en akuttstykkeleier fra Tampere – var raus nok til å tilby meg saunabad, og etter bare en halvtimes oppvarming var badet klart. I ventetiden ble det servert finsk «Presidentti»-kaffe, noe som høvet seg for en republikaner!

Når Finsk Røde Kors setter sammen utstyr til arbeid i felten, er det en selvfølge at det pakkes en egen sauna-modul. Innholdet består av en elektrisk ovn med steiner, benker i to sittehøyder og eget telt. Teltet var delt i to; badstue i den ene delen, dusj og vask i den andre delen. Nedkjølingen gjorde man ute. Så her i Balangiga, på ti grader nordlig bredde, hadde altså finlenderne etablert sin egen lille lokale saunakultur. Det ble fyrt hver kveld, og legen fra Singapore hadde allerede blitt en ivrig saunabader.

Det var ikke gradestokk i teltet, men jeg vil anta at vi kom opp i ca 55 grader. Med mye vann på steinene ble det utmerket badstuetemperatur, og svetten drev av oss begge. I mangel på Lapin Kulta ble jeg servert den lokale St. Miguel; en utmerket erstatning!

Mario

Det sies at et hvert feltsykehus får sin maskot. Vår maskot var Mario, en ganske vanlig spedbygd 13-åring fra Basey. Han bodde i en

hytte med sin familie, noen hundre meter utenfor Basey sentrum. Han hadde vært uheldig da han våren 2013 pådro seg en stygg ryggskade etter å ha blitt kjørt ned av en motorsykkel. Etter skaden ble han pleiet hjemme i form av sengeleie i åtte måneder, og han var i dårlig forfatning da han ble tatt med til Røde Kors' feltsykehus i Basey. Han hadde da et stort liggesår på ryggen og han var sterkt svekket i beina. Ryggskaden etter trafikkulykken hadde gitt en ryggmarksskade som gjorde at funksjonen i beina var svekket. Sengeleie i åtte måneder hadde ikke hjulpet situasjonen noe særlig.

Etter to måneder var mye endret: Liggesåret blitt stelt, slik at det var så godt som grodd. Videre hadde han fått regelmessig fysioterapi, og han var blitt utstyrt med en spaserstokk med fire bein. Han hadde der ved fått mye av gangfunksjonen tilbake. Han hadde også fått en sykkel som han skulle trene på, og bruke til å forflytte seg mellom hjemmet og skolen.

Mario ble skrevet ut fra sykehuset, utstyrt med sykkel, skoleryggsekk og skolebøker. Noen dager seinere tok jeg en tur oppom den lokale barne/ungdomsskolen for å se hvordan det stod til med ham. Jeg fikk besøke Mario i klasserommet sammen med sine klassekamerater. Det var flott å se ham sammen med alle kompisene. Livet hadde tydeligvis begynt å normalisere seg for Mario. Nedsatt

gangfunksjon vil han ha resten av livet, men med den treningen og de hjelpemidlene han hadde fått, vil han forhåpentligvis klare å fungere bra tross sine handikap.

Folket

Ellers var det utrolig inspirerende å oppleve Filippinernes pågangsmot. Hvor enn jeg gikk så jeg tegn til gjenoppbygging. Søppel etter Yolanda ble ryddet og kjørt vekk, nye hus ble satt opp, små salgsboder ble etablert, elektriske stolper ble satt opp og fiskebåter ble bygget. Tross manglende utstyrsparke og mye manuelt arbeid var befolkningen imponerende arbeidsomme, energiske og optimistiske.

Oppsummering

Hva vil jeg vektlegge av personlige erfaringer etter en slik arbeidsmåned?

- Et inspirerende samhold mellom delegater og andre ansatte på sykehuset.
- Det interessante ved å arbeide i et annet land, med et annet språk, fremmed kultur, en annen infrastruktur og med enkle tekniske midler.
- En dyp beundring over det filippinske folkets evne til å reise seg opp og se framover, det som på godt nordnorsk kalles «å stå han av»!

■ HARALD.GUNNAR.SUNDE@FINNMARKSSYKEHUSET.NO



Hva skal til for å bli Røde Kors delegat?

Ble du inspirert av denne artikkelen? For å bli godkjent delegat kreves intervju, helsesjekk, diverse e-lærings-kurs, samt to kurs av en ukes varighet på Røde Kors' leir «Eidene» på Tjøme.

Les mer på <https://www.rodekors.no/vart-arbeid/Internasjonalt-arbeid/delegat/delegat-i-nodhjelpsoperasjoner/>

Legevakt på Haiti og Filippinene

■ ANNE HEREFOS DAVIDSEN • Spesialist i allmennmedisin, fastlege ved Byhagen legesenter i Alta

Fastlege Anne Herefoss Davidsen har vært på flere internasjonale hjelpeoppdrag. Her deler hun sin erfaring med *Utposten*.

UTPOSTEN: Hvilke oppdrag har du vært på?

Jeg var på Haiti etter jordskjelvet i 2010 og på Filippinene etter tyfonen i 2013. Begge steder jobbet jeg for Røde Kors / International Federation of Red Cross and Red Crescent, på en såkalt Emergency Response Unit. For å få jobbe med Røde Kors må man først søke om å få delta på kurs, både et intro-kurs til organisasjonen og siden et eget Emergency Response Unit-kurs hvor man lærer om drift av feltsykehuset i en praktisk setting.

Sykepleier Dawn Anderson fra Canada, Glenna Lyn Parco som var tolk for oss og Marilyn Perales som drev den lokale kaféen hvor vi hadde lunsj hver dag – og så meg, da.

UTPOSTEN: Som fastlege med ansvar for en pasientliste – hvordan fikk du dette til?

Jeg har en forståelse blant mine nærmeste kollegaer på senteret samt med kommunen om at jeg plutselig kan bli utkalt på oppdrag. Dette er ikke en formell avtale, men de har stilt seg positive til dette, og når jeg får en forespørsel fra Røde Kors kontakter jeg straks leder for senteret samt kommuneoverlege og avtaler at det er greit at jeg drar. Som regel vil turnuslegen «overta» mange av mine pasienter, og ellers må jo de andre legene på senteret ta det som



ikke kan vente en måneds tid. Kommunen har gitt permisjon fra kommunal oppgave. Jeg har søkt om å slippe utgifter den måneden jeg har vært borte, men fått avslag begrunnet i kommunens økonomi. Røde Kors betaler lønn for tiden jeg er ute, basert på dokumentasjon på inntekten i min vanlige jobb. Da jeg var på Filippinene fikk jeg tilfeldigvis en vikar som tok pasientlista og den kommunale oppgaven samt delvis tok utgiftene mine. Fantastisk! – men ikke noe å regne med «til vanlig». Familien har også vært utelukkende positiv til dette.

UTPOSTEN: Hvilket utbytte har du selv fra disse oppdragene?

Jeg får erfaring med sykdommer og tilstander man sjelden ser hjemme. Jeg lærer også å klare meg med mye mindre utstyr og diagnostiske hjelpemidler, inkludert blodprøver. I tillegg møter jeg mennesker som har hatt svært traumatiske opplevelser, men som reiser seg, børster av seg støvet og jobber videre for pasientene og menneskene i nærmiljøet. Når vi kommer med feltsykehuset og trenger hjelp til å sette det opp, finne egnet område, finne vann, medarbeidere til sykehuset og så videre, er det alltid mange som stiller opp, selv om deres eget hus er jevnet med jorda og de ofte har mistet noen av sine nærmeste. Røde Kors samarbeider alltid med den lokale Røde Kors-gruppen, noe som raskt gir oss lokal forankring.

Jeg møter folk fra forskjellige land og profesjoner, og vi må samarbeide for å få opp sykehuset så raskt og effektivt som mulig. Dette er alltid interessante møter med spesielt engasjerte mennesker som ofte har opplevd veldig mye ute i felt tidligere. Dessuten er det interessant å se «innenfra» hvordan verden håndterer katastrofer, for eksempel FNs rolle, de andre organisasjonene, samarbeid mellom disse, og medias rolle. Til slutt: Jeg blir påminnet hvor privilegert vi er i lille Norge – hvor trygt og godt vi har det!

■ ANNEHDAV@GMAIL.COM



Fødselsomsorg i Tanga,

Hvordan få mest mulig ut av knappe menneskelige og

■ VERONICA KOLSTRUP • Jordmorstudent, Tromsø

■ NILS KOLSTRUP • Fastlege, Skansen Legekontor, Tromsø
Rådgiver, Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin

Fattige Tanga i den muslimske delen av Tanzania har høy forekomst av malaria og andre parasitter og samtidig relativt høy forekomst av HIV blant gravide. Ved å gi jern og korte kurer mot malaria og parasitter forsøker man å få medisinen til å rekke lengst mulig. HIV-positive kvinner blir behandlet i vanlige klinikker, men på spesielle dager.

Det blir gitt prevensjonsveiledning i forbindelse med fødselsomsorgen. Kontrollhyppighet og prosedyrer er i teorien klare. Men kontroll, oppsporing av risikograviditeter og fødsler har svært varierende kvalitet. Fødslene foregår på fødestuer og fødeavdelinger med lite utstyr, vanskelig hygiene og enormt arbeidspress for jordmødrene. Til tross for disse svakheter har det vært en klar nedgang i mødre- og barnedødeligheten. Nedenfor beskriver vi hvordan denne fødselsomsorgen utføres i praksis.

Veronica er jordmorstudent i Tromsø. Hun var utplassert sju uker i Tanga som en del av sin utdanning. Veronica hadde selv sørget for utplasseringen. Hun bodde under oppholdet på Tanga International Competence Center (TICC) (1). TICC samarbeider med sykepleieforbundet og lokale helsemyndigheter i Tanzania om et solidaritetsprosjekt. Prosjektet inneholder bl.a. praksisopphold for studenter i helse og sosialfag. Den vesentligste del av prosjektet er utplassering på relevante institusjoner i Tanga i et tett og godt samarbeid med de lokale fagfolk. Nils er fastlege på Skansen Legekontor i Tromsø og rådgiver på Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin. Han har fire års erfaring fra human parasitologi i Tanga. Nils besøkte Veronica under hennes opphold i Tanga.

Infeksjonssykdommer dominerer i tropeparadiset

Havnebyen Tanga med 275 000 innbyggere ligger på østkysten av Tanzania ved Det indiske hav rett sør for grensen til Kenya og ca. 500 km syd for ekvator. Klimaet er tropisk med lang regntid fra mars til mai, og kort regntid i oktober november. Temperaturen er rundt 30 grader hele året, kjøligst i august og varmest i februar (2).

Nils arbeidet som human parasitolog ved Tanga Research Centre fra 1974–78 (som leder i 1978). Dette senteret er nå et malaria- og HIV forskningscenter støttet

blant annet av Bill and Melinda Gates fondations.

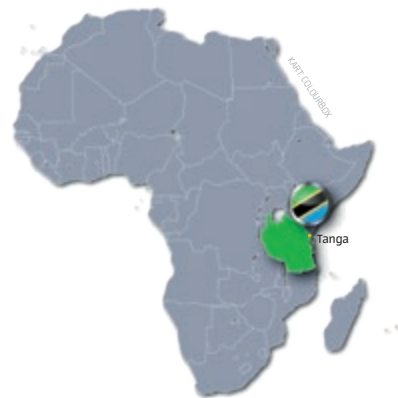
Dessverre er parasittene en stor belastning for befolkningen. Malaria har en av de høyeste prevalenser i verden, selv om det er verst noen få mil inn i landet. Heldigvis har intensiv bekjempelse resultert i en nedgang i forekomsten (3). Hakeorm, en blodsugende tarmmakk, finns i over halvdel av befolkningen. Spolorm, også en utbredt tarmmakk. Bilharzia som gir blødning i blæren og filariasis som gir hydrocoele og elefantiasis, er svært alminnelige parasitter i området. Protozoene amøber og giardia er også utbredt.

HIV har ikke helt så høy prevalens på kysten som andre steder i Tanzania. Men

allikevel er 5,5 prosent av de gravide som går til svangerskapskontroll i Tanga HIV positive (4). Tuberkulose er også utbredt. I Tanga er tuberkulose så tett assosiert med HIV og Aids, at legene antar at alle med tuberkulose også er HIV positive.

For gravide er alle disse sykdomsinfeksjoner en stor trussel mot foster og mor. For fosteret er malaria spesielt farlig, fordi parasitten forhindrer at morkaken fungerer som den skal. Det resulterer i dårlig tilvekst, fosterdød, dødfødsler, for tidlig fødsel og lav fødselsvekt. Malaria hos mor, selv uten symptomer resulterer i anemi, som igjen resulterer i dårlig trivsel hos mor og foster. Mange av parasittene i tarmene og blæra er ikke direkte farlig for det ufødte barn, men

Veronica var mest på Ngamiani Health Center i Tanga by. Senteret består av sju enetasjes bygninger og tilbyr ulike helsetjenester som øyeblikkelig hjelp, HIV- og TB-klinikk og mye mer.



Tanzania

materielle ressurser



Blodtrykk ble tatt mens kvinnene ventet og fikk undervisning.

hakeorm og bilharzia gjør at mor mister blod enten ved at hakeormene direkte suger blod fra tarmveggen eller bilharzia skader slimhinden i blæra og dermed gir blodtap hos mor. De andre tarmparasitter medfører at mor trives dårlig, fordi normal tarmopp- tak av ernæring hindres når det er mange parasitter. Elefantiasisparasitten kan gi feber og utmattelse hos mor. HIV er en alvorlig trussel, spesielt om mor ikke tar profylakse i svangerskapet.

De årlige helseutgifter pr. person i Tanzania er ca. 100 US\$ mot Norges 6000 US\$. Med så få ressurser til helse i Tanzania, må man bruke det man har på smartest mulig måte. Det krever både oppfinnsomhet og aksept for større risiko, for å finne frem til et kontroll- og behandlingsregime som treffer denne balansen best mulig.

I Tanga prøvde man så demokratisk og rettferdig som mulig å dele de materielle og mannskapsmessige ressurser. I Tanzania har de ikke en skog av mer eller mindre

seriøse privatklinikker som selger helse. I mange utviklingsland er en slik privatisering en hindring for en god helsetjeneste, fordi de få kvalifiserte helsearbeidere kjøpes opp av disse klinikker. Ved å gi relativt god og effektiv behandling som folk flest kan betale for, får man stor samfunnsmessig helseeffekt for hver tanzania shilling.

Små helsesentre er førstelinjetjenesten

Veronica var mest på Ngambiani Health Centre i Tanga by. Hun fulgte også fødsler på Bombo Regional Hospital. Ngambiani Health Centre består av sju enetasjes bygninger. Senteret har en øyeblikkelig hjelpklinik, et laboratorium, en HIV og TB klinikk, helsestasjon for barn under fem år, tannlege, et apotek, familie planleggings senter og en fødestue med et barselrom. Bombo Regional Hospital er et 500-sengs stort undervisnings sykehus, som i overkant av to millioner mennesker sogner til.

Det har alle de avdelinger som et stort sykehus har, men med fokus på malaria, TB og HIV. Det er rundt 7500 fødsler pr. år på Bombo. En stor andel av disse er risikofødsler.

Hvordan klarer man en slik helseutfordring med et begrenset budsjett?

Kontrollregimet

Når man kom inn på Ngambiani Health Centre og begynte på svangerskapskontroller var det en lang kø av gravide kvinner. Dette var flotte unge kvinner. På plassen utenfor hadde de hatt felles undervisning om sykdomsforebygging, prevensjon, fødsel og barneomsorg før de kom til kontroll. Køen var stillferdig, med en egen harmonisk tålmodig disiplin. Muslimer med sorte burkaer og hijab, andre kledd i de tradisjonelle fargerike kangaer, alle velstelte.

I følge WHO's retningslinjer for svangerskapsomsorg skal kvinnene gå på fire kon-

troller (5). Det er det beste kompromiss mellom ressursbruk og kvalitet. Formålet med kontrollene er i Tanzania som i Norge å gi råd og avdekke risikosvangerskap som trenger ytterligere oppfølging. Ved mistanke om noe unormalt ved svangerskapet ble kvinnen henvist til gynekolog på Bombo Hospital.

I praksis viste det seg at det var stor variasjon på hvor mange svangerskapskontroller hver kvinne kom til. Ca 25 prosent kom ikke på kontroller i det hele tatt. Dersom de kom på kontroller, varierte antallet fra en til åtte kontroller. Det var noe tilfeldig hvor tidlig i svangerskapet kvinnene kom til førstegangs kontroll og når jordmoren satte opp til neste kontroll. Mange kvinner ble satt opp til kontroll hver fjerde uke. Altså opp til åtte kontroller, mye mer enn de fire anbefalte av WHO. Samtidig var det mange kvinner som kom til få kontroller. Slike uregelmessigheter var vanskelige å unngå. Utdanningsnivået var lavt. Kanskje de mange oppsatte kontroller var for å øke sjansen for at kvinnene i det minste ville komme til noen av kontrollene. Kontroller ble nedprioritert, fordi kvinnene var under krysspress med andre krav fra mann og annen familie.

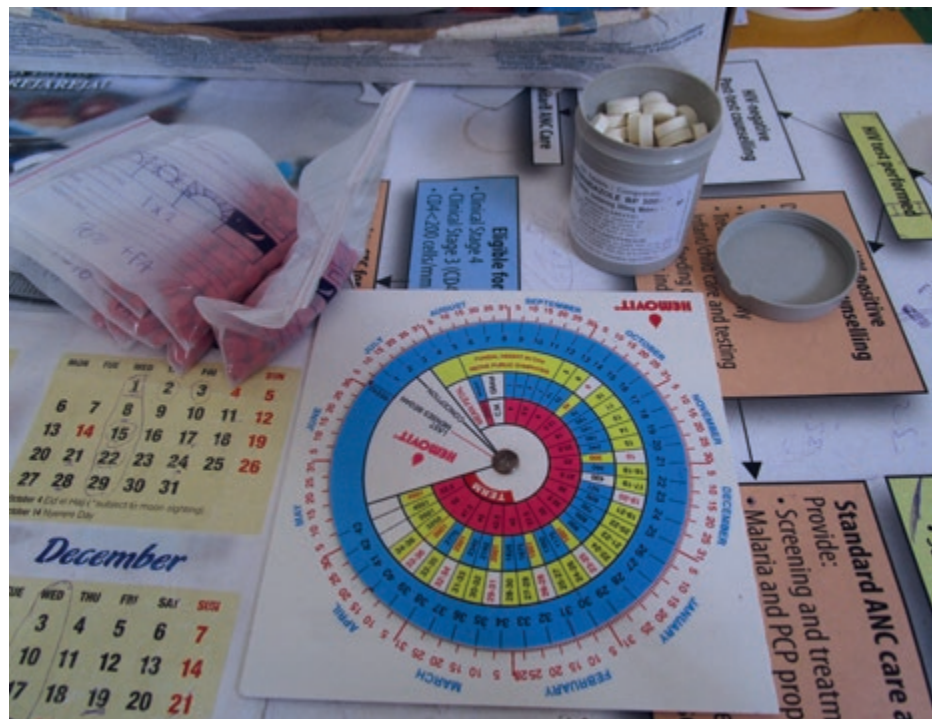
For jordmødrene var hverdagen hektisk. På en normal dag var det opp til 35 kontroller. Det kunne resultere i at viktige symptomer ble oversett. På grunn av mangel på jordmødre hadde helseassistenter blitt lært opp til å utføre enkle oppgaver som å ta vekt og blodtrykk. Når det manglet jordmor utførte en helseassistent svangerskapskontrollene. Oppsporing av risikograviditeter ble da vanskelig, fordi det var en ufaglært som gjennomførte en slik kontroll. Mangel på teknisk utstyr som blodtrykksapparat og urinstix var også medvirkende til at risikograviditeter ble oversett.

Profylaktisk behandling av malaria og makk er anbefalt av WHO og skal gis gjennom svangerskapet. I Tanga fikk kvinnene to profylaktiske behandlinger med mebendazol og albendazole mot makk og sulphadoxine-pyrimethamine mot malaria. Medisinene ble tatt på kontrollene. Pga anemi forårsaket av parasitter skulle de gravide også ha daglig jern og folsyre. De fikk derfor utdelt medisiner på svangerskapskontrollen, slik at hvis de tok det som foreskrevet, hadde de nok til neste kontroll. På grunn av for sjeldne kontroller, mangel på medisin eller at utdeling ble glemt, var det en del av kvinnene som ikke fikk gjennomført disse kurene eller ikke fikk med seg medisin hjem.

Kvinner får gjennomsnittlig 5,7 barn i Tanzania. I 2010 brukte 27,4 prosent av gifte kvinner prevensjon. Kun 12 prosent av kvinner mellom 15–24 år brukte preven-

sjon – derfor blir mange tenåringer gravide (6). Undervisning om prevensjon og utdeling av prevensjonsmidler ble gjort på familieplanleggingskontoret. Jordmor tok ofte emnet opp på svangerskapskontrollene for at kvinnene skulle tenkte på dette til etter fødselen. Kvinnene fikk informasjon om at det finnes usynlige og gratis prevensjonsmidler. De ble anbefalt å begynne på dette samtidig som barnet skulle på seks ukers kontroll. P-stav og injeksjon av prevensjonsmiddel hver tredje måned var mest brukt i denne delen av landet.

HIV positive kvinner ble diskret samlet på egne HIV dager for å øke sannsynligheten for at de kom på kontroller. Under samlingene la man mye vekt på undervisning i forebyggende tiltak og medisiner. Kvinnene fikk gratis antiviral behandling under svangerskapet. Kvinnenes barn fikk antiviral behandling etter fødselen til det ikke var noen smitterisiko lenger. Antiviral behandling vedvarte igjennom de anbefalte seks måneders ammeperiode.



Utdeling av profylakser og beregning av svangerskapslengde.

Fødslene

I Norge er der oftest en jordmor hos den fødende under hele fødselen. Støtte og trygghet til den fødende i hele fødselsforløpet gir en god fødselsopplevelse. For jordmoren på fødeavdelingen på regionssykehuset i Tanga handlet det om å være der det trengtes mest. Det var oftest kun når kvinnen trykket ut barnet. I påvente av forløsningen lå kvinnen på en benk i et rom med andre fødende kvinner. Hun hadde ikke privatliv eller

støtte av pårørende. Fødende måtte ha toalettbøtte med seg. Selv om bøttene hadde lokk var dunsten av urin, avføring og oppkast ofte intens i de 30 varmegrader. Bomull, skalpell, sutur, klyster og plastklemme til bruk ved fødsel måtte kvinnene ha med selv. For kvinner som ikke hadde med utstyr måtte man improvisere, eller ta fra andre som hadde med mer enn de trengte selv. Fatte kvinner og kvinner med HIV ble av og til nedprioritert. Kvinner som lagde lyd un-



I påvente av forløsningen lå kvinnen på en benk i et rom med andre fødende kvinner. Hun hadde ikke privatliv og støtte av pårørende. Duften fra toalettbottene var intens.



Intensiv-avdelingen.

der fødsel ble irttesatt. En ærbar og stolt kvinne skulle ikke si et kny under fødselen.

Etter fødsel ble kvinnene og deres barn flyttet til barselavdelingen. Her var det for få senger. Kvinnene måtte dele seng og ligge andfødtes med en ukjent kvinne og deres nyfødte barn. Hygienen var vanskelig fordi kvinnene var barbeint og delte seng med andre barselkvinner. Mange barn ble lagt inn med sepsis på barneavdelingen tre til fire døgn etter fødselen. Dårlig hygi-

ene resulterende i sepsis er en meget hyp-pig årsak til perinatal død.

Til tross for dette valgte mange kvinner å komme til sykehuset for å føde, for de har lært at det redder liv å føde på sykehuset med jordmor tilstede. Omtrent 48 prosent av kvinnene føder ved hjelp av trent helsepersonell.

Selv om vi med våre kritiske øyne og

mange penger lett kan se forbedringspotensial, så er det bedre å føde i sykehus enn på jordgulv ute i en hytte. Jordmødrene var utrolig dyktige. Med mellom 20 og 30 fødsler i døgnet på to jordmødre på vakt, fikk de en enorm erfaring i å prioritere det aller viktigste.

Hvilket inntrykk sitter vi da igjen med?

Vi har sett at på tross av svakheter har man i Tanzania en ganske effektiv fødselsomsorg. All statistikk på området er usikker. Man har ikke sikker oversikt over fødsler som skjer i hjemmet, uten noen form for kontakt med helsepersonell. Men det har utvilsomt vært en reel forbedring av helse-situasjonen hos både mødre og deres spedbarn. Antallet av aborter er ukjent, men perinatal død (død rundt fødselstidspunktet) har gått ned fra 99 pr. 1000 i 1999 til 50 pr. 1000 i 2010. Mødredødeligheten har samtidig blitt redusert fra 579 til 469 pr. 100 000 (7).

Enkelte av mennene var engasjert i hvordan deres ektefeller hadde det mens de var gravide. Men dessverre var ca. 50 prosent av kvinnene blitt seksuelt misbrukt, de fleste av sine menn. Kvinnene måtte bruke prevensjon, som mennene ikke visste om. For kvinnene var prevensjon vanskelig. Det var en balanse mellom å bli erklært ufruktbar, og få så få barn at hvert barn kunne få mest mulig omsorg og utdanning. Dette trengte barn for å få mulighet for å få utdanning og bedre levekår enn sine foreldre.

Det var slående hvor bestemte disse flotte sterke kvinnene vi så på kontrollene var på å gi den best mulige omsorg for sine ufødte barn. Dette klarte de på tross av ofte vanskelig krysspress hjemme, mangel på utstyr og medisiner på helsesentrene. Som overallt i utviklingsverdenen var det de sterke og modige kvinner som førte an i ønsket om utvikling.

REFERANSER

1. <http://www.meetingpointtanga.net/web/page.aspx?sid=8780>
2. http://www.mamboviewpoint.org/Downloads/Tanga%20Tourism%20Guide_2011.pdf
3. Malaria Journal doi: 10.1186/1475-2875-9-216).
4. http://www.unicef.org/aids/files/hiv_pmtctfact-sheetTanzania.pdf
5. <http://whgibdoc.who.int>
6. <http://tz.one.un.org/index.php/what-we-do/health-and-nutrition>
7. <http://tz.one.un.org/index.php/what-we-do/health-and-nutrition>

■ VERONICA_VOLD@HOTMAIL.COM
■ NILS.KOLSTRUP@TELEMED.NO

Raushet og velferdsstaten

■ MAGNE NYLENNNA • Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

En av forutsetningene for en velfungerende velferdsstat er at befolkningen har evne til å vise omsorg for hverandre. I norsk språk står i denne forbindelse begrepet raushet sentralt. Raushet handler like mye om ikke-materiell toleranse og åpenhet, som om materiell sjenerøsitet. Kollektiv raushet er et fundament for den norske velferdsstaten. Men raushet er også en skjør og undervurdert egenskap som må verdsettes og fremelskes. Raushet er ikke, og skal ikke være, grenseløs. I arbeidet for å bevare velferdsstaten trengs raushet, i holdning og handling, langs mange akser og på alle nivåer.

Raushet er et favorittord, først og fremst på grunn av innholdet og assosiasjonene det gir. Dessuten har ordet, akkurat som *dugnad*, fått en særnorsk betydning. Det kan ikke uten videre oversettes f.eks. med *generosity* på engelsk. Raushet innebærer noe mer enn gavmildhet og sjenerøsitet.

Raushet hos personer handler vel så mye om ikke-materiell, som om materiell sjenerøsitet. Det handler om hjelpsomhet, velvilje og åpenhet, om å være inkluderende og tolerant, også overfor meningsmotstandere, om å kunne glede seg over andres suksess. Derfor er raushet et ideal. Med god rett kan det sies at en diskusjon om velferdsstaten også handler om raushet.

Hva er egentlig raushet?

Raushet har med mer, ja kanskje først og fremst med andre ting å gjøre enn penger og materielle verdier.

La oss likevel begynne med det materielle. I den forbindelse er selvsagt gavmild-

het, det å dele med andre, sentralt, kanskje undertiden synonymt med raushet. I gamle dager hadde vi et ord som het «rundhåndet». «Å gi av sin overflod» er et uttrykk vi ofte bruker i vår del av verden. Mange gir av sin overflod, både individuelt og som grupper, f.eks. i form av nasjonal bistand til andre deler av verden. Alle som har holdt kakelotteri for speideren eller gått rundt på dørene med loddbøker, vet også at det ikke nødvendigvis er de som har mest, som gir mest.

«Vi må alle tenke over hvordan vi kan bli litt fattigere», er et utsagn som er tillagt Pave Frans (f. 1936). Bibelens fortelling om enkens skjerv forteller at materiell raushet ikke bare handler om hvor mye vi gir, men også om hvor mye vi har igjen: «Jesus satte seg rett overfor tempelkisten, og han så på hvordan folk la penger i den. Mange rike ga mye. Men det kom også en fattig enke og la i to småmynter, verdt noen få øre. Da kalte han disiplene til seg og sa: «Sannelig, jeg sier dere: Denne fattige enken har gitt mer enn noen av de andre som la penger i tempelkisten. For de ga alle av sin overflod, men hun ga av sin fattigdom alt hun eide, alt hun hadde å leve av» (1). Enken viste raushet på grensen til det ekstreme.

For å fange begreper, må vi ofte prøve å finne motsatsen, *antonymet*. Før vi forstår hva abduktorer er, må vi vite at det også finnes adduktorer. Vi forstår inflasjon bedre når vi vet at det er noe som heter deflasjon. Det motsatte av gavmildhet er gniighet, gjerrighet, påholdenhet.

Verdien av det meste fastsettes av tilbud og etterspørsel, enten vi liker det eller ei. Det gjelder ikke bare varer og tjenester, men også andre fenomener. Et eksempel på en mangelvare for de fleste av oss, er tid og oppmerksomhet. Vi har så mye å gjøre, i hvert fall før vi blir pensjonister, at det blir umulig å finne tid til alt vi ønsker. Vi utsettes for så mange inntrykk og bombarderes av så mange budskap i dagens mediesamfunn, også etter at vi blir pensjonister, at konsentrasjonen og oppmerksomheten svekkes. Å gi noe eller noen tid og oppmerksomhet er derfor en verdifull gave. Det er en form for raushet, ofte det viktig-

ste vi kan gi, i hvert fall i omgangskretser der den materielle nød er begrenset.

Janteloven er også raushetens motsats, det å holde folk nede, å uttrykke at «du skal ikke tro du er noe». Vi er verken spesielt flinke til å gi eller til å motta ros her i landet.

Raushet handler om mellommenneskelige forhold, om relasjoner. Hva er raushet oss imellom, i tillegg til å gi hverandre tid og oppmerksomhet? Også her kan vi ha hjelp av å lete etter antonymer, motsatser. Jakten på det motsatte hjelper oss å forstå og sirkle inn begreper. Stikkordet innsirkling leder lett til forfatteren Carl Frode Tiller (2). Tiller har en evne til å beskrive dialoger som gjør at du opplever å være til stede, og dialogene han beskriver er ofte av en type som du nettopp ikke ønsker å overvære. Det han beskriver av personers mistenksomhet, tolkning av andres utsagn og motiver er så nær det motsatte av raushet som jeg kan tenke meg. Å ta alt i verste mening: når noen er tilfreds og fornøyd, er de det bare for at du skal føle deg ussel, når noen skryter av deg, gjør de det bare for å innnynde seg, når noen betror deg noe, gjør de det bare av mulig egenernytte etc. Raushet er nemlig å ta ting i beste mening.

Raushet er dessuten det motsatte av egenernytte. Det er uegenernytte. Noe vi gjør av hensyn til andre, ikke oss selv. Raushet innebærer åpenhet, evnen til å lytte. Med en omskriving kan vi si at tale er sølv, men raushet er gull.

Raushet innebærer også vilje og evne til å lytte til nye ideer. Det kan diskuteres hva «helten» Tomas Stockmann – folkefienden – representerer i *En folkefiende* av Henrik Ibsen (3). Hans bror, Peter Stockmann, byfogd og politimester og formann i badestyrelsen, representerer i hvert fall det motsatte av raushet:

Doktor Tomas Stockmann: «Ja, men er det ikke en statsborgers plikt å meddele seg til almenheten, når han har fanget en ny tanke!»

Peter Stockmann: «Å, almenheten behøver slet ingen nye tanker. Almenheten er best tjent med de gamle, gode, anerkjente tanker den allerede har.»

RED. ANM.:

Terrorangrepet mot satiremagasinet *Charlie Hebdo* i januar har reist en betimelig debatt om yttringsfrihetens kår så vel som dens dilemmaer. I dette essayet, først publisert i tidsskriftet *Michael* (2014; 11: 530-7) før jul og således før terroren i Paris, drøfter Magne Nylenna raushet som begrep, idé og kraft – som et fundament for velferd og en forutsetning for toleranse og yttringsfrihet. Essayet er basert på et foredrag ved seminaret «Velferdsstaten på rødlista?» ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, Trondheim 23. oktober 2014 – og trykkes i *Utposten* etter tillatelse.

Nye ideer utfordrer ikke bare folks tanker, men ofte også maktstrukturer.

Ytringsfrihet

Raushet overfor holdninger og meninger er en fundamental del av raushetsbegrepet. Det leder oss inn på en diskusjon om ytringsfrihet og toleranse. Nye medier, og i særdeleshet såkalte «netttroll» som sprer hatske uttalelser og personangrep gjennom avisenes kommentarfelt på nettet, Twitter og Facebook, har aktualisert diskusjonen om hvilke grenser det bør være for ytringer i samfunnet vårt.

En fersk undersøkelse viser at nordmenn flest mener at ytringsfrihet må vurderes opp mot andre verdier (4). Bare en av fire i befolkningen synes at ytringer som håner religion, bør være tillatt. Og tre av fire mener at beskyttelse av svake grupper er viktigere enn ytringsfriheten. Dette har vakt bekymring hos noen, spesielt forfattere og journalister. Mimir Kristjansson kommenterte funnene som «et kraftfullt signal om at folk flest ikke ønsker seg retten til å krenke andre. En uhellig allianse mellom deler av den liberale eliten og hylekoret i nettavisenes kommentarfelt har tvunget fram en ide om at vi må gjøre det lettere å håne religiøse minoriteter eller fremme rasistiske standpunkter i den norske offentligheten» (5).

Grenseløshet er ikke et gode, ifølge folk flest. Det er like viktig å hindre krenkelser som å åpne for all slags ytringer. Den intellektuelle, liberale eliten – som er godt representert i våre akademiske miljøer – er ikke alltid på linje med folk flest.

Er raushet mangelvare hos intellektuelle?

«Noen, men ikke alle, intellektuelles forhold til totalitære regimer og ideer i det 20. århundret er en trist historie». Slik innleder historikeren Øystein Sørensen boken *Intellektuelle og det totalitære* (6). Boken inneholder artikler om Knut Hamsun og Nordahl Grieg, det fascistiske Italia, flere samtidsforfattere, Johan Galtungs forsvar for Kinas brudd på menneskerettighetene og de som ikke tente lys for USA etter terrangrepene 11 september 2001.

Fortellingene omhandler til dels ekstreme personer og grupper. Om intellektuelle har en særlig dragning mot det totalitære, kan ganske sikkert diskuteres. Min egen begrensede erfaring har lært meg at det i hvert fall ikke er overflod av raushet i intellektuelle kretser. I forskningsmiljøer er det påfallende mange velpleide fiendskap, og

jeg overraskes ofte over hvor skrøpelige kår toleranse for andre synspunkter og evnen til å ta ting i beste mening har. Jeg husker fortsatt da jeg kom til Oslo som stipendiat for over 30 år siden og møtte en akademisk kultur med et meget sterkt selvbylde og svært begrensede akseptrammer for alternative oppfatninger. Sammenlignet med bedehusene på Vestlandet, som jeg kjente godt, falt det intellektuelle Oslo jeg møtte, helt gjennom når det gjaldt raushet.

Raushetens tid?

Hvordan er så raushetens kår i sin alminnelighet i vårt land i vår tid? Kathrine Aspaas, som har skrevet boken *Raushetens tid*, er optimist (7). «Raushet, vennlighet og omtanke er den nye effektiviteten», skriver hun. Hun finner tegn til en dreining i samfunnet i retning av mer åpenhet, og, som hun beskriver det «fra venstre til høyre hjernehalvdel» – fra IQ til EQ (emosjonell intelligens). Hun beskriver en ny generasjon som innstiller seg på en fremtid der sosial intelligens og selvinnsikt er viktigere enn før.

«Vi er på vei mot en økonomisk tenkning som baserer seg på omsorg og tillit»; skriver Aspaas, og beskriver en utvikling mange av oss kanskje håper på mer enn vi observerer. Men hun har gode argumenter, til dels belagt med empiri. Som mangeårig økonomijournalist og kommentator i Aftenposten har hun gode forutsetninger for sin analyse. Hun minner oss om at de sakene som deles oftest og leses mest på sosiale medier, er de som handler om ensomhet, kjærlighet, tilgivelse, skam, sårbarhet og livsglede. Hun beskriver journalisters valg av «brutalitet fremfor ømhet» i møte med mennesker som et utslag av frykt for å bli kalt *naiv* – en av de verste karakteristikkene i vårt samfunn. Hun siterer sosiologen og kriminologen Nils Christie (f. 1928): «Du er så naiv, sier mange til meg. Synes du det – tusen takk. Da blir folk litt forvirret», sier han.

Kathrine Aspaas beskriver, og anbefaler dialog fremfor debatt. Kanskje går det i riktig retning?

Et karakteristisk trekk ved raushet er det å dele. *Wikipedia* løftes fram som et symbol på deling. Aspaas siterer professor Yochai Benkler ved Harvard som mener at et slikt, åpent system for kunnskapsdeling avspeiler «De samme egenskapene vi alltid har hatt som mennesker, men som har vært perifere i økonomisk sammenheng: Sosial motivasjon, samarbeid og vennskap, det å henge rundt eller gjøre noe for nabolaget, som har beveget seg fra å være viktige for hvem vi er som sosiale vesener, til å bli

selve kjernen i økonomien til de teknisk og økonomisk mest avanserte samfunnene».

Alle som bruker Facebook, Twitter eller andre sosiale medier, ser hva som deles og hvor mye som deles. Det klages i blant over at det er bare solsiden, og ikke skyggesiden som vises fram. Det er gode ferieminner, vakre barnebarn, prydhager og hvetebackst. Ja visst deles slikt. Men i økende grad deles også tap, savn og sorg. Privatlivet vårt har forandret seg. For igjen å sitere Kathrine Aspaas: «Vi kommer til å bli mer synlige, mer sårbare og må dermed også trene på å bli mer tilgivende og rause. Mindre perfektjonistiske og mer feiltastiske (som er begrepet hun bruker om det amerikanske *flawsome* – en kombinasjon av *flaw* og *awesome*). Mindre dømmende og mer berømmende».

Raushetens grenser

Er så rausheten total og grenseløs? Skal vi gi og dele i uendelighet? Finnes det grenser for hvor åpne vi bør være? Selvsagt er det grenser, også for raushet. Raushet kan grense både opp mot dumhet og sløsing og det som verre er. Spørsmålet er hvem som bestemmer raushetens grenser – og hvordan og hvorfor.

I diskusjonen om et mulig vinter-OL i Oslo i 2022 har raushetsbegrepet dukket opp. Et innlegg i Aftenposten av Marvin Wiseth hadde tittelen «Hvor tok rausheten veien?» (8). Han argumenterer for en norsk OL-søknad og har «lyst til å vise verden et raust og ambisiøst folk». Flertallet av dette folket mente, og mener nok fortsatt at grensen for raushet, både overfor medlemmene av den internasjonale olympiske komite (IOC) og idrettsledere ville blitt overskredet med et slikt arrangement i Oslo.

Det er definitivt også grenser for hva vi kan og bør dele. Fra mediene kan vi i 2014 hente en delingssak som etter de flestes mening passerer raushetens grense. «Buzzit.no er Norges nye sosiale nettside for saker som du synes er verdt å dele med dine venner» heter det i egenreklame for klipp og kleb-nettstedet som produseres av avisen *Nordlys* og tilhører Amediakonsernet (9). De deler andres fortellinger og bilder med et kommersielt motiv, oftest uten kildegjengivelse, og fordømmes av de fleste journalister og redaktører. Deling, men ikke stjeling, må være veilederen for raushet på dette området.

Et annet eksempel på raushetens grenser er allerede gitt i omtalen av ytringsfrihetens dilemma. Folk flest mener at det er viktigere å hindre noen i å bli krenket enn at høyrøstede og meningssterke skal få si



En kollektiv raushet både i holdning og handling er en forutsetning for velferdsstaten, skriver forfatteren. FOTO: R. TUNESTVEIT

akkurat hva de vil, når de vil og hvordan de vil.

Enda viktigere er sannsynligvis grensene for raushet på andres vegne. Her nærmer vi oss også den norske velferdsstaten. Men la oss først ta en visitt innom våre naboland. La oss bruke det minelagte feltet innvandring som eksempel. Vi har lenge trodd at svensk nasjonal identitet skiller seg fra norsk – og for den del dansk – ved å være mer positivt innstilt til innvandring. For eksempel mener færre svensker enn nordmenn og dansker at «det offentlige bruker for mye penger på innvandrere» (10). I motsetning til i Danmark og Norge har man i Sverige behandlet innvandringskritikere nærmest som spedalske, og ført en raus innvandringspolitikk, sannsynligvis rausere enn befolkningen ønsker. I ethvert fall fikk Sverigedemokratarna, et mer innvandreriendelig parti enn nabolandene kan framvise, 12,9 prosent av stemmene i valget i september 2014. De fleste analytikere mener at dette skyldes at man har under-

trykt en åpen debatt om teamet og sannsynligvis vist en raushet på nasjonens vegne som har mobilisert stygge motkrefter.

Raushet på andres vegne er også et tema i forvaltningen av naturressurser. Tiltar vi oss retten til å utnytte ressurser på bekostning av framtidige generasjoner, og på bekostning av vårt eget og klodens miljø? Og i en global sammenheng: er vi raus på andres bekostning i vårt levesett?

Og nå nærmer vi oss den norske velferdsstaten. Hvor raus er den og hvor raus bør den være?

En raus velferdsstat

Vi har i internasjonal sammenheng en raus velferdsstat i Norge. Vi har gode trygdeordninger som brukes med forstand og respekt – og takknemlighet – av de aller fleste. I motsetning til hva mange tror, er sykefraværet redusert de siste ti årene (11).

Til tross for kritikk av den norske helse-tjenesten, er det vanskelig å finne et annet

land som balanserer kvalitet av tjenester og likhet i tilbudet bedre enn Norge. Dessuten er det aller meste av både helsetjenester og velferdsordninger bedre nå enn før. Vi har det simpelthen bedre enn noen gang tidligere. Det skulle man ikke tro av den offentlige debatt. Nostalgikere blir yngre og yngre. Det ropes på de «gode, gamle dager» – tider som aldri har eksistert, og som stort sett skyldes en sviktende hukommelse.

Spørsmålet er imidlertid om rausheten totalt sett er bærekraftig rent økonomisk sett, eller om vi er raus på fremtidens bekostning. En joker i det samfunnsøkonomiske regnskapet er hvor mye fritid vi unner oss, med andre ord hvor mye og hvor lenge vi ønsker å arbeide. Erling Holmøy og Birger Strøm ved Statistisk sentralbyrå har nylig beregnet at fortsatt redusert arbeidstid kombinert med høyere standard i helse og omsorg – i tråd med økte forventninger – og ikke minst endret demografi med flere eldre, vil forutsette en betydelig skatteøkning, kanskje ikke de første årene,

men fra 2020 (12). Økningen kan bli så stor, fra 37 til 63 prosent gjennomsnittlig skattesats er antydning, at det er spørsmål om det er gjennomførbart. Sannsynligvis må begrepet «godt nok» introduseres i helse-tjenesten så snart som mulig for å beholde de viktige trykdeordningene vi har.

Det er grenser for alt, sannsynligvis også for folks skattevilje. Derfor må rausheten vi ønsker også på velferdsområdet, diskuteres åpent, og kunnskapsbasert.

Hvordan bevare velferdsstaten?

Den norske velferdsstaten er et felleseie vi alle ønsker å beholde, selv om det er forskjeller i hvor omfattende vi synes den bør være, og hvordan den bør organiseres.

En kollektiv raushet både i holdning og handling er en forutsetning for denne velferdsstaten. En slik raushet behøver tilstrekkelig forankring i enkeltpersoner på tvers av generasjoner, sosioøkonomisk status og politisk oppfatning. Verdien av raushet, så vel i ikke-materiell som i materiell forstand, må fremelskes, formidles og læres.

Dersom det er viktigere å bevare velferdsstaten enn å drive valgkamp – av og til kan man lure på det – tror jeg at noe av det mest ukloke man kan gjøre, er å gjøre velferdsstaten til et prosjekt som én politisk retning, enn si, ett politisk parti har eieomsretten til. Det er en form for ideologisk arroganse som har mange effekter. En av dem er at velferdsstaten som et ekte fellesprosjekt svekkes. La oss være rause overfor hverandre. La oss ikke mistro hverandres motiver selv om vi iblant er uenige i midler og kanskje endog i mål.

Mer raushet vil gjøre både velferdsstaten og alle andre stater bedre å leve i. Mer raushet forutsetter flere rause personer!

REFERANSER

1. Bibelen. Markus 12, 41–44.
2. Tiller CF. Innsirkling 3. Oslo: Aschehoug, 2014.
3. Ibsen H. En folkefiende. København: Gyldendal, 1882.
4. Staksrud E, Steen-Johnsen K, Bernard E et al. Status for ytringsfriheten i Norge. Resultater fra befolkningsundersøkelsen 2014. Oslo: Stiftelsen Fritt Ord, 2014.
5. Kristjánsson M. Pass munnen din. Klassekampen 13.09.2014:3.
6. Sørensen Ø, Hagtvet B, Brandal N, red. Intellektuelle og det totalitære. Pervertert idealisme? Oslo: Dreyer, 2014.
7. Aspaas K. Raushetens tid: fra misunnelse til beundring. Oslo: Aschehoug, 2012.
8. Wiseth M. Hvor tok rausheten veien? Aftenposten Del II 23.10.2014:10.
9. buzzit.no/
10. Botvar PK. Danmark er annerledeslandet. Vårt Land 22.09.2014: 18–19.
11. www.ssb.no/sykefratot
12. Holmøy E, Strøm B. Fritid, forbruk og skatt fremover. Samfunnsøkonomen 2014; nr. 6: 10–18.

■ MAGNE NYLENN
@KUNNSKAPSSENTERET.NO

– Medisinen er i uorden. Vi må avgjøre hva som er

■ **OVERSATT OG REDIGERT AV HANS MAGNUS SOLLI**

Hans Magnus Solli er tidligere allmennlege, dr. med., og forsker nå på trygdemedisinsk etikk og vitenskapsteori ved Klinikk psykisk helse og rusbehandling, Sykehuset i Vestfold.

Iona Heath holdt et fyrverkeri av et foredrag i Medisinsk-filosofisk forum ved Universitetet i Oslo 9. september 2014. Mange allmennleger var møtt fram for å høre og diskutere med henne. Her er foredraget oversatt, lett forkortet og redigert, basert på hennes manus.



Iona Heath

Iona Heath arbeidet som allmennlege i London i 35 år. Hun har hatt en rekke tillitsverv blant allmennleger både i Storbritannia og internasjonalt. Hun har vært en slagferdig talskvinne og tenker for sitt fag, både muntlig og skriftlig, gjennom mange år. I 2009 ble hun valgt til president i Royal College of General Practitioners for tre år. Nå er hun pensjonist.

En medisin i uorden

Det spørsmålet jeg stiller i kveld er dette: Hvorfor er det så lett å se skader som tidligere generasjoners leger påførte sine pasienter – og så vanskelige å se hva vi selv gjør? Hvilke krefter frambringer skader, og hva slags skader er det tale om i vår tid?

Tre slag krefter blir karakterisert av poeten Octavio Paz slik:

«Forgudingen av stadig forandring, troen på framskritt som en historisk lov, og framtidens forrang» (*In Light of India*, 1997).

Vi fortsetter med å mene at forandring er det samme som framskritt. Tanken på framtida besetter oss. Vi går så langt som å være beredt til å ødelegge nåtida fordi vi håper på en bedre framtid, og i alle fall en *lengre* framtid. Til disse tre kreftene vil jeg legge til to: *Tallbesettelse* og *frykt for usikkerhet*. Helsetjenestens byråkratier trenger tall og tall gir vi dem. Byråkratiets behov for tall legitimerer og utløser en rekkefølge av ytterligere diagnostiske, terapeutiske og administrative tiltak. Disse tiltakene dekker til at tallene er konstruerte.

Gjennom hele menneskehetens historie har skruppelløse mennesker forsøkt å tjene penger på menneskers sykdom. I dag gjelder kanskje dette mer enn før. Folk hjelpes aktivt av en giftig cocktail bestående av gode intensjoner, ønsketenkning, frykt og grådighet. I vår tids medisin driver denne cocktailen fram et stadig økende problem med overdiagnostisering og overbehandling. Dette problemet er nå dypt begravd i hele verdens helsetjenester. Cocktailen understøttes av et nett av finansielle krav og inte-

ressekonflikter. Disse trenger inn i og forurenser farmasøytisk og medisinsk teknologisk industri, medisinsk forskning og kontrollorganer, klinisk arbeid, betalingssystemer, produksjon av retningslinjer og de nasjonale helsetjenestesystemene. Medisinen er i uorden. Vi må avgjøre hva som er viktig.

Forfatteren John Berger har identifisert de to viktigste forholdene i livet slik: Menneskelige relasjoner og å forsøke å fortelle sannheten (*Here is Where We Meet*, 2005).

I samme boken skriver han at hans mor sa dette:

«Alt du trenger å vite er om du lyver eller forsøker å fortelle sannheten. Du kan ikke lenger tillate deg å ta feil i denne begrepsforskjellen».

Jeg trodde først dette var to helt atskilte temaer. Nå tenker jeg at de er dypt vevet i hverandre. La oss begynne med å forsøke å fortelle sannheten.

Om å erkjenne usikkerhet

Naturvitenskapelig kunnskap er grunnlaget for den medisinske profesjonens forsøk på å fortelle sannheten. Det seriøse studiet av medisinsk naturvitenskap er helt essensielt for oss alle. Men denne kunnskapen er aldri tilstrekkelig. Det er mye mer ved medisinsk praksis enn naturvitenskapen som dens påstander er basert på.

I forsøket på å snakke sant trenger vi derfor å vedkjenne oss den naturvitenskapelige medisinen

- skadelige virkninger – sammen med sitt potensial for det gode,

- kunnskapskrav – som ikke holder for nærmere granskning,
- eksklusjon av andre viktige kilder til kunnskap
- korrupsjon på grunn av interessekonflikter.

«Skeptisisme er nå blitt et etisk imperativ», sa professor i allmennmedisin James McCormick (i foredrag på WONCA-møte i Dublin 1998). En understrøm av tvil, som nærer skepsis, er en essensiell del av forsøket på å fortelle sannheten. Det er nødvendig å tvile på sannheten i eksisterende forklaringer. Det er nødvendig å se etter bedre forklaringer. Grunnlaget er vår evne til forundring. Forundring er i sin tur en vesentlig del av menneskelige relasjoner – det forbausende under som er den andre personen.

Den forførende mulighet å forebygge sykdom har tatt tak i både ønsketenkning og gode intensjoner. Den nåtidige entusiasmen for screening er uttrykk for en ønsketenkning som ikke holder for nærmere granskning. Den uttrykker riktignok en mulig sannhet – men den er blitt omstyrtet til løgn. Som vitenskapshistorikeren Ilana Löwy skriver:

«Både profesjonell og lekmenns forståelse av kreft var, og fortsetter å være, formet av forhåpningen om å identifisere og fjerne prekankrose lesjoner. Denne idéens ekstraordinære levedyktighet reflekterer a) dens tilsynelatende riktighet, b) dens evne til å henvende seg til nedgravet frykt, og c) dens kapasitet til å aktivisere et mangfold av kundekretser. Den peker også på risiko for å forenkle komplekse fenomener på en overdrevet måte» (*Preventive Strikes: Women, precancer and prophylactic surgery*, 2010).

viktig

Iona Heath og Gisle Roksund,
fastlege og tidligere leder av NFA.



Både leger og pasienter dekker over problemet overdiagnostisering, fordi pasienter kan presenteres å ha blitt «reddet» fra kreft. I dette scenario er det mer løgn enn sannhet.

En del av det å fortelle sannheten handler om å erkjenne utbredelsen av usikkerheten vår – om å utforske den og ikke skjule den bak tall. Leger har en sterk tendens til å komme med flotte påstander om hva de håper kommer til å vise seg sant i stedet for å begrense seg til det de vet er sant.

Spenningen mellom generell og partikulær menneskekunnskap

Historien har gode modeller som renessansehumanistene Erasmus Roterdamus, Thomas More, Michel Montaigne og William Shakespeare. De levde også i en tid preget av usikkerhet. De la vekt på å beskrive og forstå menneskers individualitet, forskjellene mellom mennesker og ikke det generelle som de har felles. Filosofen Stephen

Toulmin skriver:

«Vi må forsøke å gjenerobre humanistenes praktiske beskjedenhet, som lot dem leve uten angst, på tross av uvisshet, flertydighet og pluralisme» (*Cosmopolis: the hidden agenda of modernity*, 1990).

Og:

«I det virkelige livet er generaliseringer risikable og det er for mye å spørre om visshet. De Eksakte Vitenskapene forsøkte å sette alt i teoretisk orden. Den formelle sikkerhet var deres mål. Slik ble en spenning mellom påstander basert på rasjonalitet på den ene siden, og basert på rimelighet på den andre, altså kravet om et beviselig riktig svar på teoretiske spørsmål, og respekt for ærlig ueenighet om praktiske spørsmål, stilt opp som en utfordring som har vart inntil vår egen tid» (*A Dissenter's Life. Thomas Jefferson Lecture*, 1997).

Og her, i et nøtteskall, er utfordringen med å fortelle sannheten. De påviselige rette svarene som kommer fram i retningslinjer

og protokoller er svært forførende. Når de passer, er de vidunderlig brukbare. Men enkeltpasientenes partikularitet gjør at de sjelden passer. Der de ikke passer, kan de være skadelige og demoraliserende. Vi trenger å fortelle vår sannhet om denne realiteten i klinisk praksis. Vi har vært for trege til å droppe illusjonen, til og med villfarelsen, om formell sikkerhet. Vi må innrømme denne praktiske realiteten for våre pasienter, politikere og media, til og med for oss selv.

Den nåtidige renessansehumanisten Martha Nussbaum skriver om romanens forpliktelse. Den er å vise

«den moralske betydningen av å følge et liv gjennom alle dets eventyrlige hendelser, i alle dets konkrete kontekster» (*Poetic Justice: The Literary Imagination and Public Life*, 2001).

Denne forpliktelsen er, eller bør være, grunnlaget for å fortelle sannheten både i medisinen og i menneskelige relasjoner.

Alle legers grunnleggende ferdighet er å stille diagnoser. Men diagnosen stiller selv fram dype problemer, både vedrørende omfang og brukbarhet, og dessuten sannferdighet. Enhver erfaren kliniker er fullt klar over at to individer aldri erfarer den samme diagnostiserte sykdom på nøyaktig samme måte. Men de internasjonale klassifikasjonene som avstiver diagnosene, ignorerer denne underliggende sannheten. Diagnosene slik de tabuleres på denne måten er teoretiske abstraksjoner. Men vi er tilbøyelige til å gi dem en troverdighet og realitet som tenderer til å gi dem større troverdighet og realitet enn den pasienten som de er brukt til å sette merkelapp på.

Medisinen har et påtrengende behov for en bredere tilnærming til diagnostisering, en tilnærming som viser mer om sykdommens sanne årsaker. Idet vitenskapen langsomt oppklarer psykoneuroimmunologiens kompleksitet og kraft, begynner vi å se klarere hvordan biologen, felles for alle mennesker, blir modulert av den biografien som er unik for hver enkelt. Men likevel vedblir den kliniske medisinen evidens å

Iona Heath og representanter for Medisinsk filosofisk forum.

Fra venstre: Bjørgulf Claussen, Sigurd Høye, Iona Heath, Hans Magnus Solli og Eli Berg.



være rotfestet i naturvitenskapens generaliseringer. Disse er avledet fra randomiserte kontrollerte forsøk der ethvert spor av individuelle forskjeller er bevisst ekskludert. Slik mine norske venner har lært meg, er biologi og biografi tett sammenvevet. Dette er feltet der splittelsen mellom teori og praksis endelig burde oppløses. Det er fordi vi begynner å forstå mer og mer hvordan generaliserende biologisk kunnskap modifiseres i detalj av individuell livserfaring. Slik innsikt vil også kunne få samfunnsmessige konsekvenser. Den vil bemyndige at samfunnet nærer *alle* dets medlemmer på en mer fair måte enn i dag. Men dette vil selvsagt ikke være i de rikes og mektiges interesser. Det er fare for at medisinen vil fortsette å tilby tekniske løsninger på det som i realiteten er politiske utfordringer. Jeg oppsummerer: *Medisinen er i en tilstand av uorden fordi vi har prioritert teori framfor praksis, sykdom framfor pasientens opplevelse og erfaring, tall framfor beskrivelse, og vi har tillatt grådigheten å spille på frykt på alle nivåer i helsetjenesten.*

Menneskelige relasjoner og sannhet i helsetjenesten

Noe av det jeg mener er viktigst nå, er følgende:

Å være en sårbar profesjonell

Å være profesjonell avhenger i stor grad av å forbli sårbar, og ikke minst bevare åpenheten for tvil og usikkerhet. Bare dersom vi er usikre, vil vi fortsette å reflektere over detaljer og kompleksiteten ved hver enkelt person. Slik vil vi kunne holde fast på det som filosofen, mystikeren og den politiske aktivisten Simone Weil beskriver som

«makten til å skyte inn, mellom impuls og handling, det lille mellomrommet som er refleksjon. Der det ikke er rom for refleksjon, er det heller ikke rom verken for rettferdighet eller klokskap» (*The Illead or The Poem of Force* (1939–40)).

Pioneren i helstjenesteforskning, Avedis Donabedian (han med triaden «struktur», «prosess» og «resultat»), sa i et intervju like før han døde i 2000:

«Bevisshet om systemer og deres utforming er viktig for helseprofesjonelle. Men de er ikke nok. De er kun mekanismer som gjør handling mulig. Det vesentlige for systemers vellykkethet er individers etiske dimensjon. Til syvende og sist er kjærlighet hemmeligheten for å oppnå kvalitet» (*Health Aff.* January 2001, vol 20, no 1, 137–41).

Til tross for at han hadde arbeidet et helt yrkesliv med systemer, var Donabedian helt klar på betydningen av menneskelige

relasjoner. Og dødeligheten kan ikke velges bort. Den er fullt og helt en del av den menneskelige eksistensen.

Å være trofast mot klarhet i usikkerhet

Det gjelder å kunne betrakte den enkeltes virkelighet med et upartisk og kjærlighetsfullt blikk. Forfatteren og filosofen Iris Murdoch skriver om dette:

«Oppgaven å være oppmerksom pågår hele tiden. Også i tilsynelatende tomme og hverdagslige øyeblikk 'ser' vi. Med små anstrengelser kikker vi nysgjerrig, bruker fantasien. Slike anstrengelser har viktige resultater som tiltar med tiden» (*The Sovereignty of Good*, 1970).

Jeg tror hver allmennlege vil kjenne igjen «slike små anstrengelser der vi kikker nysgjerrig og bruker fantasien» – og hvor mye de hjelper. Poeten Zbigniew Herbert skriver:

Mr Cogito's imagination
has the motion of a pendulum
It crosses with precision
from suffering to suffering
there is no place in it
for the artificial fires of poetry
he would like to remain faithful
to uncertain clarity

REPORT FROM THE BESIEGED CITY AND OTHER POEMS, 1983

Dette diktet uttrykker en grunnleggende forpliktelse i profesjonell praksis til «an uncertain clarity», en *klarhet i usikkerhet*. Uttrykket sier noe om at vi har et ansvar for å vite det vi ikke vet, og å være klar over vår usikkerhet.

Å nære og verdsette usikkerhet

Den store gaven ved det vi gjør, er at vi hver dag, dersom vi tillater oss ikke bare å lytte men også å høre etter, bringes ansikt til ansikt med det vi ikke vet. Det er grenser både for forstand og kraft i det teoretiske grunnlaget for det vi forsøker å gjøre. I diktet ovenfor krever Herbert at vi ikke skal lyve for oss selv om naturen til den virkeligheten som vi bor i og er vitner i. Det er en stor hjelp at ingen i dette rommet vet nøyaktig hva som vil skje oss i morgen. Vi vet mye om sannsynlighet, men sannsynlighet er langt fra sikkerhet. Folk får ikke alltid det resultatet som deres livsstil predikerer. Situasjoner er mye mer komplekse. Vi er bare i begynnelsen på å forstå menneskesinnets kraft til å påvirke kroppens funksjoner – både lykke og desperasjon påvirker prognose.

Usikkerhet er nå blitt grunnlaget både for intellektuell frihet og politisk motstand. Jeg slutter med sosiolog og filosof Zygmunt Baumanns visdom:

«Å være ansvarlig betyr ikke å følge reglene.



Iona Heath og Sverre Lundevall, fastlege i Oslo.

Iona Heath og Per Fugelli, professor i sosialmedisin ved Universitetet i Oslo.



Kravet kan ofte være å se bort fra regler eller å handle på en måte som reglene ikke hjemler. Bare ansvar forstått på denne måten gjør at borgeren kan delta i oppbyggingen av et menneskesamfunn med nok av ressurser og tankekraft til å mestre de nåværende utfordringer» (*Alone Again: Ethics After Uncertainty*, 1994)

At jeg bryter regler, innbærer at jeg gjør gjeldende at forandring ikke er det samme som framskritt og at nåtida er viktigere enn framtida. Jeg ønsker at vi kan lære å nære og verdsette usikkerhet og ikke være redd for den. Og jeg ønsker at vi husker at mennesker er viktigere enn tall. Min påstand er at alt dette vil komme som følge dersom vi alltid søker å bygge tillitsfulle menneskelige relasjoner, og dersom vi forsøker å si sannheten. Mange takk!

■ IONA.HEATH22@YAHOO.CO.UK
■ HMSOLLI@ONLINE.NO

Ebola

– håndtering på legekontor

■ ELI SAGVIK • Smittvernoverlege i Trondheim kommune

Ebolautbruddet

Det pågående ebolautbruddet i Vest-Afrika er alvorlig, på grunn av utbruddets størrelse og dødeligheten av sykdommen. Det er en risiko for at sykdommen kan spre seg til andre land i området. Det er rapportert om enkelte hjelpearbeidere som er smittet i Vest-Afrika og fraktet til sine hjemland for behandling, inkludert en norsk lege som jobbet for Leger Uten Grenser i Sierra Leone. I Spania og USA har det blitt påvist smitte fra pasienter med ebola til helsearbeidere. Status pr. 14. januar 2015 er 21 296 registrerte pasienter, hvorav 8429 døde.

Risiko for en epidemi i Norge

Risiko for en epidemi i Norge er lav, men både gjenåpningen av kommersielle flyruter mellom Vest-Afrika og Europa, samt utsending av norsk bistandspersonell øker risikoen for at personer som kommer til Norge kan være eksponert. For tiden er ca 200 norske hjelpearbeidere klargjort for

oppdrag i de ebola-rammede områdene. De kan være i en inkubasjonsfase ved hjemkomst, og utvikle symptomer på sykdom i en norsk kommune.

Helsepersonell må være oppmerksomme på mulig smitte med ebolavirus hos personer som har vært i berørte områder i løpet av siste 21 dager, eller på annen måte kan ha vært eksponert for ebolavirus. Tidlig identifisering av syke er viktig for å unngå videre smitte.

For å smittes av ebola må man ha hatt direkte kontakt med blod eller kroppsvæsker til mennesker som allerede er smittet og har symptomer, eller ha hatt kontakt med gjenstander som er forurenset med biologisk materiale som inneholder viruset.

Håndtering av ebola på legekontor

Legekontorer bør ha rutiner som omfatter både pasienter som møter opp på legekontoret og der det ved mottak fremkommer mistanke om smitte med ebola, og for pasienter som ringer til legekontoret og der det under samtalen fremkommer mistanke om smitte med ebola.

Hvis pasienten har ankommet legekontoret når det fattes mistanke om smitte med ebola, er det viktigste tiltaket at pasienten holdes adskilt fra helsepersonell, andre pasienter og andre personer i nærheten, inntil situasjonen er avklart i samråd med infeksjonsmedisinsk bakvakt. Man bør unngå nær kontakt (<1,5 meter) med pasienten og unngå kontakt med vedkommendes kroppsvæsker. *Den syke bør plasseres på et eget rom.*

Hvis det i telefonhenvendelsen fattes mistanke om smitte med ebola, er det viktig at pasienten venter hjemme til legen har avklart situasjonen med infeksjonsmedisinsk bakvakt, som vil vurdere risikoen for om pasienten kan være smittet. Hvis mistanken om ebola opprettholdes, skal pasienten henvises til innleggelse på isolat ved infeksjonsmedisinsk avdeling, etter avtale med infeksjonsmedisinsk bakvakt, og ikke via akuttmottaket.

Beskyttelsesutstyr er nødvendig ved kontakt med/undersøkelse av pasienter, der det er mistanke om smitte med ebola. Se beskrivelse av anbefalt utstyr «*Bruk av beskyttelsesutstyr i primærhelsetjenesten*». Det viktigste blir å holde avstand til situasjonen er avklart.

Tiltakene må også sikre at de som har vært i kontakt med den mistenkte pasienten med ebola, under oppholdet på legekontoret og i forkant av dette, registreres på liste for videre oppfølging. Denne kontaktoppsporingen må iverksettes tidlig, og er aktuelt ved mistenkt eller bekreftet tilfelle av ebolavirus sykdom. Dette er kommunelegens ansvar og listen over mulige kontakter skal videreformidles til kommunelegen. Formålet er at alle kontakter følges opp for å hindre videre smitte av ebola i Norge.

Ebolavirus sykdom er en varslings- og meldingspliktig smittsom sykdom, jf. MSIS-forskriften.

Rutine for bruk av beskyttelsesutstyr i primærhelsetjenesten.

Ved kontakt med person uten symptomer

Ved kontakt med/undersøkelse av person uten kliniske symptomer og som vurderes for ebolavirus sykdom, skal basale smittevernrutiner alltid følges. Personlig beskyttelsesutstyr er kun nødvendig ved direkte kontakt med kroppsvæsker.

Ved kontakt med person med symptomer

Å holde avstand fra pasienten vil gi god beskyttelse mot smitte. Dette anbefales med mindre pasienten trenger akutt hjelp. Personlig beskyttelsesutstyr er nødvendig når man må ha nær kontakt (nærmere enn 1,5 meter) med en symptomatisk person som vurderes for ebolavirus sykdom, eller direkte kontakt med kroppsvæsker fra vedkommende. Dette gjelder også ved rengjøring, desinfeksjon og håndtering av tekstiler og avfall.

Det er viktig at personalet har god kunnskap om, og har trent på av- og påkledning



FOTO: COLOURBOX

av personlig beskyttelsesutstyr. Det bør være to personer som hjelper hverandre og kontrollerer at på- og avkledning av personlig beskyttelsesutstyr blir utført korrekt. Det er svært viktig at beskyttelsesutstyret tas av i riktig rekkefølge, og uten at man rister på tøyet. Dette er fordi det er betydelig øket smitterisiko når man tar av seg beskyttelsesutstyr.

Før helsepersonell begynner påkledning av personlig beskyttelsesutstyr, skal smykker og personlige gjenstander fjernes og håndhygiene utføres. Kontroller at utstyret er intakt før det tas i bruk.

Følgende personlig beskyttelsesutstyr tas på i nummerert rekkefølge:

1. Åndedrettsvern av klasse FFP₃, eventuelt kirurgisk munnbind om åndedrettsvern ikke er tilgjengelig.
 2. Hårbeskyttelse (hette for å samle håret).
 3. Øyebeskyttelse (vernebriller eller visir for å dekke utsatte områder i ansiktet).
 4. Innerhansker (lateks- eller nitrilhansker).
 5. Engangs væsketett smittefrakk med lange ermer og mansjett.
 6. Ytterhansker med lang mansjett som tas utenpå frakkemansjett (lateks- eller nitrilhansker).
- Personer med skjegg vil ikke få optimal beskyttelse ved bruk av åndedrettsvern.

Ta beskyttelsesutstyret av i følgende rekkefølge og kast det direkte i gul sekk eller annen beholder for smitteavfall:

1. Dersom det benyttes visir, ta av dette først.
2. Knyt opp snoren rundt livet på smittefrakk.
3. Ta av ytterhansker.
4. Ta av engangs smittefrakk (vrenses slik at innsiden vender ut). Unngå kontakt med framsiden av drakten.
5. Ta av innerhansker.
6. Utfør hånddesinfeksjon med desinfeksjons-sprit.
7. Ta av vernebriller ved å ta tak under strikken bak og dra den framover samtidig som hodet bøyes framover.
8. Ta av hetten.
9. Fjern åndedrettsvernet (eller munnbind)

slik: Ta først på en ren hanske på den ene hånden og støtt åndedrettsvernet med denne hånden. Ta tak under strikken bak med den andre hånden og dra den framover samtidig som hodet bøyes framover.

10. Ta av hansken.

11. Utfør hånddesinfeksjon med desinfeksjonssprit.

Strakstiltak ved eksponering av ebolavirus på hud eller slimhinner

Personer som har kommet i direkte kontakt med kroppsvæsker fra en ebolapatient, må få hjelp til å fjerne dette raskt. Den som hjelper til med å fjerne, desinfisere og skylle, må bruke beskyttelsesutstyr, som beskrevet i «Rutine for bruk av beskyttelsesutstyr i primærhelsetjenesten».

Tiltak:

- Forhold deg rolig. Tenk gjennom hvordan du kan unngå ytterligere eksponering for smittestoff.
- Beskyttelsesutstyr, klær og sko som er synlig kontaminert med kroppsvæsker, tas av, legges direkte i gul pose og håndteres som smittefarlig avfall.
- Kroppsvæsker på bar hud vaskes bort med en klut som er fuktet med såpevann. Deretter desinfiseres huden med desinfeksjonssprit (70–85 prosent). Brukt materiale kastes som smittefarlig avfall.
- Kroppsvæsker på ikke-intakt hud og sår skylles umiddelbart med vann og desinfiseres deretter med Klorhexidin 1mg/ml. Omliggende hudområder desinfiseres deretter med sprit.
- Ved sprut av kroppsvæsker mot øyne, skylles øynene umiddelbart med rikelig vann i minst fem minutter med lukket munn. Vann/slim som eventuelt samler seg i nesen fra tårekanalen, blåses ut i papir og kastes som smittefarlig avfall.
- Dersom kroppsvæsker kommer inn i munnen, skylles munnen gjentatte ganger med vann, men uten at vannet svelges.

Underveis i strakstiltakene kan det være nødvendig å utføre håndhygiene flere ganger og bruke rent beskyttelsesutstyr for å unngå ny eksponering av hud og slimhinner, for eksempel hansker, tette briller og munnbind.

Etter skylling og desinfeksjon kan den eksponerte personen vaske seg med såpe og vann i vanlig dusj.

For å sikre riktig oppfølging må kommunelagen varsles om alle som har blitt eksponert for kroppsvæsker fra personer med mis-



tenkt eller bekreftet ebola, og hvordan eksponeringen skjedde.

Under følger forslag til rutiner for håndtering av ebola på legekontorer i Trondheimsregionen, utarbeidet av smittevernoverlege Eli Sagvik, Trondheim kommune og kommuneoverlege Kristine Asmervik, Malvik kommune. Rutinene kan tilpasses og overføres til bruk i mindre legevaktsenheter. Rutinene er i henhold til nasjonale anbefalinger. Rutinene er utviklet etter at Faglig samarbeidsutvalg (FSU) for akuttmedisinsk kjede og beredskap tok kontakt med smittevernoverlege Andreas Radtke ved St. Olavs Hospital, regional smittevernoverlege Kaja Fjeldsæter ved Regionalt kompetansesenter for smittevern og smittevernoverlege Eli Sagvik i Trondheim kommune med intensjon om å styrke beredskapen mot ebola ute i kommunene Berørte aktører/fagpersoner ved St. Olavs Hospital og Trondheim kommune inkludert. Legevakta i Klæbu, Malvik, Melhus, Midtre Gauldal og Trondheim har deltatt i en arbeidsgruppe som har jobbet med å utvikle rutiner for håndtering av ebola ved sykehuset og ved legevakta.

Ebola – håndtering på legekantoret

A. Håndtering på legekantoret ved mistanke om ebola hos pasient som møter opp på legekantoret

Ved oppmøte av pasient som:

Har ett eller flere symptomer på infeksjon, særlig feber; sterk hodepine, slapphet, muskel- og leddsmerter, sår hals, oppkast, diaré, utslett eller indre og ytre blødninger OG

Har vært i Guinea, Liberia eller Sierra Leone i løpet av de siste tre ukene

ELLER

på en annen måte kan ha vært eksponert for ebolavirus, f.eks i kontakt med pasient med bekreftet ebola

Mistanke om ebola gir nye og store utfordringer for primærhelsetjenesten.



1. Første prioritet er å sikre seg selv og andre på kontoret mot smitte. Å holde avstand fra pasienten vil gi god beskyttelse mot smitte.

1.1. Hvis pasienten sitter inne på legens kontor, be pasienten bli sittende og holde seg i ro på legekantoret. Legen utfører håndhygiene og forlater rommet eller holder nødvendig avstand.

Hvis pasienten oppholder seg i ekspedisjonen, be pasienten gå direkte inn på eget rom. Hold avstand, gi eventuelt pasienten et munnbind. Berørt helsepersonell utfører håndhygiene og forlater selv rommet eller holder nødvendig avstand.

1.2 Varsle kolleger om situasjonen. Det sikres at ingen går inn til pasienten uten å beskytte seg i tråd med «Rutine for bruk av beskyttelsesutstyr i primærhelsetjenesten».

1.3 Personer (pasienter eller ansatte) som har kommet i direkte kontakt med kroppsvæsker får hjelp til å fjerne dette og desinfisere/skylle eksponert hud eller slimhinner, jf. «Strakstiltak ved eksponering av virus på hud eller slimhinner».

1.4 Vurdere om pasienten skal holdes på kontoret eller flyttes til et bedre egnet rom der pasienten kan oppholde seg inntil den videre oppfølgingen er klarlagt. Det enkleste og tryggeste smittevernmessig kan være å unngå å flytte pasienten fra der han allerede er.

1.5 Personlig beskyttelsesutstyr er nødvendig når man må ha nær kontakt (nærmere enn 1,5 meter) med en symptomatisk person som vurderes for ebolavirusykdom, eller direkte kontakt med kroppsvæsker fra vedkommende. En slik situasjon kan være der pasienten trenger akutt hjelp.

2. Legen innhenter nødvendig informasjon fra pasienten og vurderer dennes tilstand. Et alternativ er å gjennomføre konsultasjonen via telefon.

2.1 Legen må informere pasienten om å holde seg i ro på rommet inntil videre oppfølging er bestemt. Videre må legen avklare:

- Hvordan pasienten har blitt eksponert for ebolavirus
- Hvilke symptomer pasienten har
- Når symptomene startet/når pasienten begynte å føle seg uvel
- Alle steder pasienten har vært etter at symptomer startet/pasienten begynte å føle seg uvel
- Hvilke personer pasienten har/kan ha hatt nær kontakt med etter at symptomene startet/pasienten begynte å føle seg uvel
- Alle relevante opplysninger må noteres og videreformidles til de som følger opp pasienten og situasjonen (både spesialisthelsetjenesten og kommunelegen)

3. Legen ringer Infeksjonsmedisinsk bakvakt, som vil vurdere risikoen for at pasienten er smittet med ebola og avklarer om pasienten skal innlegges i isolat. Se «Risikoavurdering av smitterisiko» nederst i prosedyren.

4. Legen varsler kommunelegen som overtar ansvaret for den videre smitteoppsporingen og aktuelle smitteverntiltak. Legen oppgir kontaktinformasjon til pasienten eller pasientens pårørende. Kommunelegen varsler Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet, tlf. 21 07 63 48. Dersom kommunelegen ikke er tilgjengelig, varsler legen Smittevernvakta direkte.

4.1 Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet kan bistå legen og kommunelegen med å vurdere situasjonen og gir råd om smitteverntiltak og videre håndtering.

5. Ved mistanke om smitte med ebola skal pasienten henvises direkte til innleggelse på isolat (ikke via legevakt eller akuttmotak) ved Infeksjonsmedisinsk avdeling.

5.1 Infeksjonsmedisinsk bakvakt varsler AMK, som rekvirer smitteambulansen. Ambulansepersonellet som henter pasient, skal sørge for at områder synlig kontaminert med kroppsvæsker fra pasienten blir desinfisert på stedet.

5.2 En ansatt ved legekantoret lager en liste over personer (pasienter og ansatte) som kan ha blitt eksponert for smitte på legekantoret, med navn, adresse og telefonnummer for hver person. Den ansatte skal videreformidle denne listen over mulige kontakter til kommunelegen, som er ansvarlig for den videre kontaktoppsporingen.

5.3. Etter avtale med kommunelegen får kontaktene på legekantoret nødvendig informasjon om videre oppfølging, muntlig og skriftlig, hvor informasjonsskriv til kontakter deles ut.

6. Kontaminert område/ rom må sikres/

stenges av. Det kan være aktuelt å la det stå låst og urørt inntil ebolavirusssykdom er bekreftet eller avkreftet.

Ved behov for desinfisering og rengjøring av kontaminert område, kan det bestilles fra St. Olavs Hospital, Driftservice, Renholdsavdelingen. Et renholdsteam vil dra ut til legekantoret. Kontaktperson ved legekantoret må møte renholdsteamet og definere hva som er kontaminert område. Området/rommene vil bli desinfisert og rengjort etter rutine.

B. Håndtering på legekantoret ved mistanke om ebola hos pasient som ringer til legekantoret

En pasient ringer legekantoret og opplyser om mulig eksponering for ebolavirus:

Har ett eller flere symptomer på infeksjon, særlig feber; sterk hodepine, slapphet, muskel- og leddsmerter, sår hals, oppkast, diaré, utslett eller indre og ytre blødninger OG

Har vært i Guinea, Liberia eller Sierra Leone i løpet av de siste tre ukene
ELLER

på en annen måte kan ha vært eksponert for ebolavirus, f.eks i kontakt med pasient med bekreftet ebola

Helsepersonell som mottar telefonhenvendelsen, setter over samtalen til lege på legekantoret som skal kartlegge symptom-bildet, reisehistorie, allmenntilstand til pasienten og deretter gjøre en risikovurdering.

1.2. Legen skal alltid ta kontakt med infeksjonsmedisinsk bakvakt, som vil vurdere risikoen for at pasienten er smittet med ebola og avklarer om pasienten skal innlegges i isolat. Se «Risikovurdering av smitterisiko» nederst i prosedyren.

1.3 Ved mistanke om at pasienten kan være smittet med ebola, skal pasienten henvises direkte til innleggelse på isolat (ikke via legevakt eller akuttmottak) ved Infeksjonsmedisinsk avdeling. Avtal oppmøtetid mellom pasienten og Infeksjonsmedisinsk avdeling.

1.4 Hvis pasientens tilstand er stabil, be pasienten vente hjemme til avtalt møtetid. Hvis pasienten kan kjøre egen bil, be om at pasienten kjører selv og parkerer utenfor Infeksjonsmedisinsk avdeling – St. Olavs Hospital - og vente der til helsepersonell fra Infeksjonsmedisinsk avdeling kommer og møter pasienten.

1.5 Hvis behov for ambulanse, varsler Infeksjonsmedisinsk bakvakt AMK, som rekvirer smitteambulansen. Ambulansen henter pasienten og kjører direkte til Infeksjonsmedisinsk avdeling. Ambulansepersonellet som henter pasient, skal sørge

for at områder synlig kontaminert med kroppsvæsker fra pasienten blir desinfisert på stedet.

2. Legen varsler kommunelegen som overtar ansvaret for den videre smitteoppfølgingen og aktuelle smitteverntiltak. Legen oppgir kontaktinformasjon til pasienten eller pasientens pårørende. Kommunelegen varsler Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet, tlf. 21 07 63 48. Dersom kommunelegen ikke er tilgjengelig, varsler legen Smittevernvakta direkte.

2.1 Smittevernvakta ved Folkehelseinstituttet kan bistå legen og kommunelegen med å vurdere situasjonen og gir råd om smitteverntiltak og videre håndtering.

Risikovurdering av smitterisiko – 3 kategorier:

Meget lav risiko

- Ingen kjent kontakt med mistenkte eller bekræftede syke med ebola

Pasienten skal vurderes av lege i samråd med infeksjonsmedisinsk bakvakt. Infeksjonsmedisinsk bakvakt vil vurdere risikoen for om pasienten kan være smittet.

Om mistanke om ebola opprettholdes skal pasienten innlegges i isolat ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital.

Lav risiko

- Hvis man har hatt tilfeldig kontakt med oppegående, febril ebola-pasient (eks i samme rom/venterom, under offentlig transport, resepsjonist-arbeid)

- Hvis man har vært i nær kontakt med febril, oppegående ebola-pasient, for eksempel som helsearbeider og har benyttet adekvat beskyttelsesutstyr
 - Ved direkte ubeskyttet kontakt med flaggermus eller aper i berørt område
- Pasienten skal innlegges på isolat ved infeksjonsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital.

Høy risiko

- Hvis man har vært i kontakt med ebola-pasient med symptomer som oppkast, hoste, blødninger, diare uten å ha brukt anbefalt beskyttelsesutstyr
 - Hvis man har vært utsatt for nålestikk, hud- eller slimhinne-eksponering med blod, kroppsvæsker, vev eller prøvemateriale fra ebola-pasient
 - Hvis man har deltatt i begravelseritualet eller annen direkte kontakt med avdød ebola-pasient i berørte områder, uten tilstrekkelig beskyttelsesutstyr
- Pasienten skal umiddelbart innlegges på isolat ved Infeksjonsmedisinsk avdeling, St. Olavs Hospital.

REFERANSER

- Ebola – veileder for helsetjenesten www.fhi.no/tema/ebola
- Nasjonal beredskapsplan mot ebola www.helsedirektoratet.no
- Faglige råd for prehospital håndtering og transport ved mistenkt eller bekreftet ebolavirusssykdom (EVD – Ebola Virus Disease) Nasjonal behandlingstjeneste for CBRNe-medisin (CBRNe-senteret)
- www.who.int

■ ELI.SAGVIK@TRONDHEIM.KOMMUNE.NO

Etterjulens glade budskap

– det skjedde i de dager

Det skjedde i de dager at det gikk ut befaling fra helseminister Bent Høie om at alle i Norge skulle nå få den behandling de ønsket på det sykehus de foretrakk, privat eller offentlig. Denne første innskrivning til behandlingsgaranti ble holdt mens Bjørn Guldvog var helsedirektør i Norge. Og alle drog av sted for å la seg innskrive, fra hvert sitt hus og hver sin leilighet. Jesper dro da fra Svartskog i Oppegård kommune opp til Follo DPS, siden han var av de narkomane personlighetsforstyrrede ætt. Han ville la seg innskrive i Follo DPS sammen med Marit, sin trolovede, som ventet på behandling for sin spiseforstyrrelse. Men det var ikke plass til dem i Follo DPS, slik at når tiden kom for Jespers neste skudd og Marits neste oppkasting, måtte det skje på et lite nærliggende legesenter, hvor det var plass til alle som ville inn til sin fastlege, for se, de kunne ikke nekte noen plass.

Det var noen fastleger der på senteret som var like utenfor og skulle kjøpe sin lunsj samtidig som de holdt vakt over sine pasienter. Med et stod en utsending fra Follo Akutt Team (FAT) foran dem, og Follo DPS sin herlighet lyste om dem. De ble meget forferdet. Men utsendingen fra FAT sa til dem: «Frykt ikke! Jeg kommer til dere

med bud om en stor glede, en glede for hele folket: I dag er det bakt inn i statsbudsjettet en stor pengebevilgning til psykiatrien. Og dette skal dere ha til tegn: Dere skal finne at hver henvisning som sendes fra dere vil bli svøpt inn med omsorg og medføre innkalling for deres pasienter.» Med ett var utsendingen omgitt av en himmelsk regjering som lovpriste statsminister Erna, med helseminister Bent og finansminister Siv i spissen: «Ære være denne regjering som løser problemer både i somatikken og psykiatrien».

Da utsendingene hadde forlatt legene og vendt tilbake til sine kontorer, sa legene til hverandre: «La oss skynde oss tilbake til vårt legesenter for å se dette som har hendt, og som utsendingen har kunngjort oss.» Og de skyndte seg av sted og fant Marit og Jesper liggende på akuttrommet like ruset og suset som da de gikk ut derfra sist. Da de fikk se dem, fortalte legene alt som var blitt sagt dem om dette nye statsbudsjett. Alle som hørte på, undret seg over det legene fortalte. Nå gjemte legene dette i sitt hjerte og grunnet på det og NESTE gang de henvisste en vanskelig pasient til Follo DPS så...

TORE KJØNNIKSEN
fastlege ved Greverud
legesenter, Oppegård kommune



Forenklet undersøkelse for tuberkulose-smitte

■ RENATE BENDIKSEN

Tuberkulosekoordinator UNN Tromsø

■ TONE OVESEN

tuberkulosekoordinator UNN Tromsø/
Kompetansesenter i smittevern Helse Nord

Det er økende forekomst av aktiv tuberkulose, overveiende importtilfeller. Fra oktober 2014 kom det ny og enklere veiledning for undersøkelse av tuberkulose i primærhelsetjenesten, og nytt skjema for henvisning til spesialisthelsetjenesten. Personer som skal testes kan møte direkte til blodprøve (IGRA), det kreves ikke lenger innledende hudtest (Mantoux).

Tuberkulose i Norge

I følge Folkehelseinstituttets rapport om tuberkulose i Norge 2013, har det de seneste årene vært en jevn stigning i forekomst av tuberkulose i Norge fra 201 tilfeller i 1996, til 401 i 2013. Langt de fleste sykdomstilfellene av tuberkulose i Norge skyldes reaktivering av latent tuberkulose, ikke nysmitte skjedd her i landet. For enkelte personer med latent tuberkulose kan det være aktuelt med forebyggende tuberkulosebehandling. Rundt 5–10 prosent av de som er smittet av tuberkulose vil utvikle sykdom, og denne andelen kan reduseres ytterligere med medikamentell behandling. I 2013 var det totalt 759 personer som fikk behandling for latent tuberkulose i Norge (1).

Tuberkulosebehandling ved UNN Tromsø

UNN Tromsø behandlet i 2014 21 personer med aktiv tuberkulose diagnostisert nevnte år. Dette var i stor grad personer som har UNN Tromsø som lokalsykehus, men UNN Tromsø behandler også andre pasienter tilhørende Helse Nord. Dette gjelder særlig i de tilfeller hvor det er indikasjon for regional kompetanse i behandlingsperioden. Ingen av de nevnte pasientene som ble behandlet for aktiv tuberkulose ved UNN Tromsø var norskfødte. I tillegg til



disse fikk 34 personer behandling for latent tuberkulose.

I 2013 hadde 42 prosent av pasientene diagnostisert med aktiv tuberkulose oppholdt seg i Norge under ett år (1). Rutineundersøkelse av aktuelle personer er dermed svært viktig for tidlig å kunne diagnostisere og behandle tuberkulose.

Enklere undersøkelse for tuberkulose

Fra 15. oktober 2014 ble tuberkuloseundersøkelsen i Norge forenklet. Fortsatt er røntgen thorax den viktigste undersøkelsen for å kartlegge aktiv sykdom, men mantoux-test er ikke lenger nødvendig i rutineundersøkelse for tuberkulose. Dette betyr at en kan ta IGRA-test uten innledende mantoux. IGRA-test er en blodprøve som bestilles fra og betales av spesialisthelsetjenesten. Direkte kostnader i forbindelse med å ta blodprøven må imidlertid betales av aktuell kommunehelsetjeneste. Hver enkelt kommune må finne egnede løsninger for hvor IGRA-testen skal tas. Dette kan være på nærmeste sykehus eller på et legekonsultor. I sistnevnte tilfelle må prøvetakingskit, samt aktuell informasjon om behandling av prøven bestilles/innhentes fra sykehus som skal analysere prøven.

Forenklet tuberkuloseundersøkelse har ført til nye flytskjema, som er tilgjengelig på Folkehelseinstituttets nettsider (2).

Det er nytt flytskjema både i forhold til rutineundersøkelse for tuberkulose, samt smitteoppsporing rundt personer med smitteførende tuberkulose.

Henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten

15. oktober 2014 ble også skjema for henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten revidert av Folkehelseinstituttet (3). Skjemaet inneholder blant annet en enkel kartlegging av pasientens risikofaktorer for å utvikle tuberkulose. Det er ønskelig og anbefalt at gjeldende henvisning benyttes slik at nødvendige opplysninger fremkommer. Kommunene er fortsatt ansvarlige for koordinering av rutinemessig tuberkuloseundersøkelse. Sykehus som behandler tuberkulose har tuberkulosekoordinator ansatt. Ved spørsmål i forhold til forebygging og kontroll av tuberkulose kan lokal tuberkulosekoordinator kontaktes.

REFERANSER

1. Arnesen T, Eide K, Norheim G, Mengshoel A, Sandbu S, Winje B, Tuberkulose i Norge 2013 – med behandlingsresultater for 2012
2. [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&t rg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498 &MainContent_6246=6503:0:25,5511&Content_6503=6259:112266:25,5511:0:6250:1:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&t rg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498 &MainContent_6246=6503:0:25,5511&Content_6503=6259:112251:25,5511:0:6250:1:::0:0)
3. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&t rg=Content_6503&Main_6157=6246:0:25,5498 &MainContent_6246=6503:0:25,5511&Content_6503=6259:112266:25,5511:0:6250:1:::0:0



John Gunnar Mæland
Trygd eller arbeid?

Et sosialmedisinsk perspektiv på sykefravær og uførhet

Cappelen Damm Akademisk
 Oslo, 2014

283 sider
 ISBN 978-82-02-42993-5

John Gunnar Mæland er professor emeritus i sosialmedisin ved Universitetet i Bergen. Han har i tillegg i en årrekke arbeidet som rådgivende overlege i NAV, og han er en nestor i norsk trygdemedisin.

Er dagens norske trygde- og velferdsordninger for generøse? En del toneangivende forskere mener at jo høyere ytelse er, jo mer blir de brukt, og følgelig bør kompensasjonsgraden ikke være for høy. Trygghet i systemene (trygd og forsikring) gir lavere insitament til egen innsats. Hvor stort er det politiske handlingsrommet for å kunne gjøre større endringer i de ulike ytelse-ner? Her er det ulike syn.

Mæland anlegger et sosialmedisinsk perspektiv. Er ansvaret for egen helse blitt overlatt til fastlegene og staten? Mye av årsakene til sykdom og uførhet tillegges samfunnsforholdene. Det har nok en god del for seg. Men hvis årsakene til sykdom, sykefravær og uførhet er så multifaktorielle, blir det nesten uhåndterlig. Og hvis løsningen på dagens utfordringer, med overforbruk av sykmeldinger og uføreytelser (hvis dét da er korrekt) krever at man først kan «endre de tilgrunnliggende årsakene i samfunnet», vil det kunne innebære at nødvendige endringer bare kan skimtes langt inn i fremtiden.

Fastlegenes rolle diskuteres, ikke minst den sentrale rollen de har i tildelingen av helserelaterte ytelse, og det dilemma legen kommer i som behandler på den ene siden og som «portvakt» på den andre siden. Men en noe bredere diskusjon av legenes «kundevennlige bidrag» til dagens sykmeldings- og uføreproblematikk savnes. Hva kan gjøres for å hindre og/eller forkorte den første sykmeldingen? Utnytter fastlegene den kunnskap som fins om positive insitamenter, betydningen av forventninger, endring av tankemønstre og motivasjonsfremmende aktiviteter? «Norske legeerklæringer inneholder mye lidelse, men er fattige på funksjon, mestring og mulighet» (s. 158). Mæland henviser til omfat-

Fakta og myter om trygd

tende trygdemedisinsk forskning både i Norge og i andre sammenlignbare land, og presenterer ny kunnskap om hva som virker – og ikke minst hva som ikke virker – på sykefraværet.

Mæland spør om tiden er i ferd med å løpe fra legenes sentrale rolle «i denne vel hundreårige trygdemedisinske løsningen». Han beskriver utførlig det særnorske fenomenet - at det har skjedd en medikalisering av strukturelle problemer i arbeidslivet og at en så stor del av trygdeytelsene er helse-relaterte. Legenes primære oppgaver er diagnose og behandling. Hvorvidt sykefravær i større grad burde være et anliggende mellom arbeidstaker og arbeidsgiver, er lite problematisert. Ordningen med egne trygdeleger har både fordele og ulemper, men blir ikke fremhevet som noen entydig god løsning.

Mæland gir bred omtale av NAV. NAV krever at medisinske opplysninger må suppleres med annen informasjon om den enkelte som helt eller delvis er falt ut av arbeid. Spesielt gjelder det arbeidsevnevurderinger. Forfatteren påpeker det problematiske i fastlegens begrensede kunnskaper om pasientenes arbeidsoppgaver ifm sykmeldinger og uføreattestasjoner. Et hovedproblem for NAV er misforholdet mellom de NAV-ansattes manglende helsefaglige kompetanse på den ene siden og den travle hverdagens manglende mulighet til opplæring av NAV's medarbeidere på den andre siden. Tankevekkende er Mælands gjennomgang av de mange tiltak NAV har iverksatt de senere årene, som på ingen måte har virket etter intensjonene: oppfølging av sykmeldte, IA-avtalen, ulike tilretteleggingstiltak, «Raskere tilbake» og bruken av aktiv sykmelding (avviklet i 2011). Heller ikke NAVs arbeidslivssentre har vært noen ubetinget suksess. I følge Mæland, og flere andre forskere, har NAV lagt alt for stor vekt på «tilbudssiden», dvs. ulike kvalifiseringstiltak for sykmeldte, men i alt for liten grad rettet innsats mot etter-spørselssiden (er kvalifiseringen etter-spurt?).

På den andre siden vil det etter Mælands mening være riktig å styrke NAVs rolle, men det forutsetter en forutgående grundig revisjon bl.a. av den nåværende oppfølgingsmodellen av sykmeldte, som Mæland beskriver som «svært krevende og for am-

bisiøs». Man må «tenke helt nytt om sykefraværsoppfølgingen». Den «ansvarspulversering» mellom arbeidsgiver, arbeidstaker og NAV som Mæland beskriver, må forbedres. Villkårene for ung ufør bør endres (oppheve alvorlighetskavet). Det har festet seg en overdreven tro på tidsfaktoren. Hverken åtte eller 12 uker er kritiske lengder av sykmeldingsperioden med tanke på å vende tilbake i arbeidslivet. Mæland anbefaler utvidelse av egenmeldingsperiodene. Effekten av graderte sykmeldinger er omdiskutert.

Forfatteren er bekymret for rettferdighet og rettsikkerhet i uføresaker, og for variasjonen i skjønnsutøvelse, som kommer til uttrykk i de store fylkesvise forskjellene i avslagsprosent hos NAV ved krav om uføreytelser. Spørsmålene rundt innvandring, arbeidsinnvandring og våre nye landsmenn blir kun summarisk omtalt.

Boka gir en bred gjennomgang av det norske trygdesystemets historikk og presenterer omfattende dokumentasjon av trygdemedisinske forskning, et område med høy aktivitet også i vårt land. En stor mengde fakta, tall og kurver presenteres på en oversiktlig måte. Med bakgrunn i det omfattende tallmaterialet som presenteres, gir Mælands analyser god innsikt i mye av det som skjer i arbeidslivet, og i utviklingen på sykmeldings- og uføreområdet. Boka har ca 280 referanser, mange norske.

Målgruppene er «studenter innen helse-, sosial- og samfunnsfag, men også for dem som jobber med sykefravær og arbeidsuførhet.» Til den siste gruppen hører alle leger som skriver erklæringer for trygden (og forsikringsselskaper), dvs. alle fastleger, og leger i arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Mange av problemstillingene er velkjente, men boka gir både oppdatert og ny kunnskap. For mange leger, saksbehandlere og beslutningstakere vil boka kunne bidra til en bevisstgjøring om det norske trygdesystemet – både hva som er enestående godt, og hva som er (over)modent for endring. Vår forståelse av sykefravær, sykmeldingspraksis og uførhet kan i noen grad være basert på utdatert kunnskap. Mælands bok avleverer flere nyttige «mytemord».

JAN HARALD DOBLOUG
 Medisinsk kyndig rettsmedlem
 Trygderetten

Du skal skrive ditt fag!

Per Fugelli
En lesebok.

Tekster i utvalg 1969–2014. Med bidrag fra Jan Frich, Anne Kveim Lie, Kirsti Malterud og Steinar Westin.
Oslo: Universitetsforlaget 2014, 576 s.

Per Fugelli har en mediestjernestatus som plasserer ham i elitedivisjonen. Han har nå respekt i brede lag som sannsiger av fellesskapsverdier, og kan til tider plasseres i en posisjon hevet over den hverdagslige debatten. Men i de snart femti årene han har vært en del av mediebildet, har han inntatt mange og ulike roller: Provokatøren, den frekke f., den uforutsigbare refereren, den gode utkantlegen, den kloke ...

For allmennpraktikere har han vært et faglig fyrtårn gjennom flere tiår. Akademikeren Per F er utstyrt med en utpreget evne til å formulere seg klokkeklart. Derfor var han en utmerket strateg i oppbyggingen av allmennmedisin som fag i 80-årene. I skrift og tale argumenterte han for at klinisk allmennmedisin måtte bli et hovedfag, og bidro sterkt til en utvikling av faget som mange i dag tar for gitt. Men denne utviklingen skjedde i sannhet mot motstand. Per Fs tidlige tekster om utvikling av akademisk allmennmedisin er en studie av argumentasjon for dette kliniske faget slik vi

ser det når det er på sitt beste. Jeg kunne ha ønsket meg at boka hadde noen flere tekster fra denne viktige epoken.

Per F mestrer ikke bare å skrive klart, han er like kjent for å kunne snakke og skrive i bilder som gir mening. Setningene hans har fulgt oss og formet faget. Ikke bare bruker han utbroderte bilder, men han snekrer fortattede nyord: Den allmennmedisinske jungelen, ulvetid, engangslegen, nullvisjonen, nokpunktet, flokken din... Ordene og språket har retning, han har latt dem bære fram et salig trøkk av et engasjement. Han har en sjelden nese for å løfte fram og beskrive problemfelt i tida og i tidsånden. Og så gir han omtalen en form som inviterer deg til å stoppe opp og tenke.

Det er lett å bli fascinert av denne mannen bak ord, språk og tekster, også når han har æreskjelt både kollegaer og studenter (for eksempel for deres påståtte hang til å drikke kaffe latte på hovedstadens Café Sjakk Matt i stedet for å tjene folket der ute i jungelen) eller når han har dradd den saklige strikken i overkant langt for eksempel i omtalen av EU-sykdommene.

Denne boka gir deg tilgang til et stort utvalg av disse skriftene. Stoffet er ordnet i fire bolker med overskrifter: Allmennmedisi-

nen; Helsesamfunnet og fremmedfrykten; Himmelsyken, nokpunktet og livet; Medisinen og døden. Per har skrevet en kort introduksjon til hvert tekstutvalg og hans venner Kirsti Malterud, Steinar Westin, Anne Kveim Lie og Jan Frich har skrevet en tekst basert på kritisk lesning av hvert utvalg.

Dette er ikke en bok jeg foretrakk å lese fra perm til perm. Jeg startet med å gjøre meg kjent med den, bladde og snuste på den, skråleste, gledet meg over tekster jeg kjente igjen, undret meg over tekster som jeg ikke hadde fått med meg og leste kommentartekstene. De er både anerkjennende, kritiske, og ikke minst gir de nye innspill til å bla tilbake og se nærmere på boka.

Jeg anbefaler boka med glede. Her finner du premisser for utvikling av primærmedisinen gjennom flere tiår. Her fins også sosialmedisinsk stoff og personlige erfaringer som burde kunne gi innspill for forbedringer av det medisinske hus i årevis framover. Jeg tror boka vil kunne være inspirasjon for nye kollegaer i faget allmennmedisin, men også for erfarne allmennpraktikere som ønsker gjensyn med godt formulerte tekster. I tillegg vil Per Fugellis tekster ha appell langt utover legekolleget. En bok som er fin å ha.

PER STENSLAND



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 kontakinfo, 2. omslagsside.

✦ Kast dere frampå, folkens!

Medikamentindusert hypertyreose

Dette er en historie om en av mine pasienter som jeg har kjent i mer enn 20 år. Han er 57, er selvstendig næringsdrivende på en liten plass i Finnmark. Han har en travel arbeidsdag og jeg syns han stresser mye, og mener nok at han tar litt lite vare på seg selv – tatt i betraktning at han har flere kroniske sykdommer; atrieflimmer, diabetes type II, hypertensjon og hyperkolesterolemi. Han kan vel neppe sies å være velregulert, men kommer når jeg innkaller ham og har brukbar kontroll over sine sykdommer.

Under en rutinekontroll hos meg før jul ble det tatt en rekke blodprøver. Han var egentlig ikke til konsultasjon hos meg, men var på laboratoriet for å ta fastende blodprøver før timen uken etter. Jeg så ham imidlertid og snakket litt med ham. Han virket oppkavet og var nokså hektisk, svett og rødmusset da han kom. Av en eller annen grunn ba jeg sekretæren min om å ta stoffskiftet i

tillegg til de andre prøvene. Jeg ble nokså forundret da prøvesvarene kom: FT4 28 og TSH under 0,010. Jeg ba ham ta nye prøver og fikk på nytt omtrent samme resultat: FT4 34, TSH under 0,010, FT3 7,5 samt TRAS under 1. Alt så en hypertyreose, men med normal TRAS. Dette forstod jeg ikke helt så jeg skrev et brev til endokrinologen på UNN. Jeg fikk et meget interessant svar derfra:

Takk for forespørsel.

Hvis jeg oppfatter riktig, bruker han fortsatt Cordarone, og vi mistenker derfor først og fremst Cordaroneindusert hypertyreose. Vi anbefaler derfor at man kontakter kardiolog for vurdering om han kan seponere denne, evt erstatte preparatet med et annet. Cordarone demper omdanningen fra T4 til T3, og det er ikke sikkert at han har en FT3-toksikose på tross av forhøyet FT4. Vi anbefaler at denne måles, og er den forhøyet eller pasienten frambyr symptomer på tyreotok

sikose (tachycardi spesielt) anbefaler vi behandling med prednisolon for eksempel 20–30 mg x 1 med langsom nedtrapping over tre til fire måneder. Hans stoffskifteprøver må da følges jevnlig for å se at de faller ned mot normalen igjen.

Skulle TRAS være positiv, er situasjonen en annen, og jeg ber da om at du tar kontakt igjen, det samme om stoffskiftet fortsatt stiger på tross av steroider.

FØRLØP: Kardiolog ble kontaktet og vi ble enige om å seponere Cordarone. Kardiologen mente dette var greit siden han fra før brukte Selo-Zok 100 mg og hans atrieflimmer hadde vært under kontroll en stund. Han ble i tillegg satt på prednisolon i nedtrappende doser. Han har det bedre og TSH er i ferd med å normaliseres, men både puls og stoffskifte kontrolleres jevnlig. For meg var dette en særdeles lærerik historie.

MONA SØNDENÅ

Under en rutinekontroll ble det tatt en rekke blodprøver av pasienten. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX





Nord-Norge Sør-Øst
Tlf. 77 64 58 80 Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge Vest
Tlf. 72 82 81 00 Tlf. 55 87 53 80

www.relis.no

NSAIDs: 'Det er fali' det'

Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID-preparater) virker gjennom hemming av enzymet syklooksigenase (COX), som omdanner arakidonsyre til en serie prostaglandiner.

COX foreligger i to isoformer som delvis har ulike egenskaper:

- COX-1 er et permanent uttrykt enzym som bidrar til å danne blant annet tromboksen A2 i blodplater, noe som stimulerer trombocyttagregasjon, og til produksjon av slimhinnebeskyttende prostaglandiner i magen.
- COX-2 er et induserbart enzym som oppreguleres av blant annet inflammatoriske stimuli og bidrar til at det dannes prostaglandiner som forsterker inflammasjonsprosessen. COX-2 fører også til økt produksjon av prostasyklin (PGI₂) som har vasodilaterende egenskaper og bidrar til å opprettholde normal endotel-funksjon.
- Hemming av COX-1 øker risikoen for magesår og blødninger i gastrointestinalkanalen. Hemming av COX-2 uten samtidig hemming av COX-1 kan derimot gi ugunstige kardiovaskulære effekter, siden de karbeskyttende effektene av prostasyklin reduseres uten at man samtidig får en hemmet trombocyttagregasjon.

COX-spesifisitet

De selektive COX-2-hemmerne ble utviklet i håp om å redusere de gastrointestinale bivirkningene av NSAIDs. Det ble tidlig klart at rofekoksib (Vioxx) hadde alvorlige kardiovaskulære bivirkninger, selv om det tok fire år før preparatet ble trukket fra markedet (1, 2). De kardiovaskulære bivirkningene viste seg også å gjelde de øvrige COX-2-selektive legemidlene, og valdekoksisib (Bextra) fikk også trukket sin markedsføringstillatelse. De øvrige selektive COX-

2-hemmerne fikk alle innstramminger i sine preparatomtaler på grunn av kardiotoksitet (1):

- Med mulig unntak for lavdose acetylsalisylsyre er ingen NSAIDs COX-1-selektive i særlig grad, slik at alle NSAIDs har potensial for å gi kardiovaskulære bivirkninger. Ettersom celekoksib ble markedsført som en selektiv COX-2-hemmer mens benevnelsen fremdeles var positivt ladet, er det også lett å glemme at diklofenak, et av de mest forskrevne NSAID, i praksis er like COX-2-selektivt som celekoksib (3).

Terapieffekter

Alle NSAIDs har utelukkende symptomatisk effekt. Det er ingen klinisk relevante forskjeller i analgetisk og antiinflammatorisk effekt mellom forskjellige klassiske NSAIDs eller mellom klassiske NSAIDs og mer COX-2-selektive hemmere. NSAIDs virker godt ved akutte smertetilstander med en inflammatorisk komponent, men effekten er langt mer beskjeden ved kroniske lidelser som for eksempel artrose («slitasjegikt») (1, 4).

Bivirkninger

Viktige risikofaktorer eller sykdommer som predisponerer for bivirkninger etter NSAIDs inkluderer høy alder, hypertensjon, hjertesvikt, nyrefunksjonsforstyrrelser, tidligere gastrointestinale sår eller blødninger og diabetes mellitus. Pasienter med slike tilstander er som regel ikke inkludert i kliniske studier. Dette innebærer at bivirkningsfrekvensene som oppgis i preparatomtalene er betydelig lavere enn de er i realiteten. Det er også viktig å være klar over at bivirkningsrisikoen for NSAIDs trolig gjelder allerede fra første tablett, slik at korte kurer ikke nødvendigvis gir noen risikoreduksjon for disponerte pasienter (5).

Eldre er fire til sju ganger mer utsatt enn yngre for å oppleve NSAID-bivirkninger som fører til sykehusinnleggelse. Dette skyldes blant annet aldersrelaterte farma-

kokinetiske og farmakodynamiske forandringer, flere kroniske tilstander og gjelder aller mest for de som bruker mange legemidler (6, 7). NSAIDs er blant de legemiddelgruppene som hyppigst er årsak til sykehusinnleggelse, og sammen med blodfortynnende og diuretika står de for omtrent halvparten av tilfellene som er forutsigbare og dermed kan unngås (8–10). NSAIDs er også blant legemidlene som oftest gir dødelige bivirkninger. I en svensk undersøkelse av hvert syvende dødsfall i tre svenske fylker (N=1574) ble det vurdert at 49 (3,1 prosent) av dødsfallene skyldtes legemiddelbivirkninger som gastrointestinale blødninger (37 prosent), hjerneblødninger (29 prosent), hjertesykdom (10 prosent) og nyresvikt (4 prosent). NSAIDs var involvert i 18 prosent av disse, og platehemmere i 43 prosent. I sistnevnte kategori sto 20 av 21 på acetylsalisylsyre (11).

Kardiovaskulære og gastrointestinale bivirkninger

NSAIDs kan gi hypertensjon på grunn av elektrolytt- og væskeretensjon samt bortfall av prostaglandinindusert vasodilatasjon. Risikøkningen for de mer alvorlige kardiovaskulære bivirkningene som hjertesvikt og tromboembolisk sykdom tilsvarende en dobling i antall hjerteinfarkter hos brukere av selektive COX-2-hemmere. Risikøkningen er tilsvarende for pasienter som får behandling med diklofenak eller høydose ibuprofen. Naproksen gir liten eller ingen økt risiko for kardiovaskulære bivirkninger (12–14).

Denne kunnskapen har ført til skjerpede råd fra legemiddelmyndighetene i Norge og Europa med hensyn på forskrivning av diklofenak (juni 2013) og nye innskrenkede vilkår for reseptfri diklofenak (desember 2013) i Norge (15). Pr. 15. januar 2015 er det ikke lenger tillatt å selge diklofenak tabletter eller kapsler uten resept i England, men diklofenak gel er fremdeles tilgjengelig uten resept (16).

Alle NSAIDs gir betydelig økt risiko for

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

gastrointestinale bivirkninger. Selektive COX-2-hemmere gir færre gastrointestinale bivirkninger, men eliminerer ikke risikoen (14). Ved behov for behandling med et NSAID, spesielt til risikopasienter, bør det vurderes tillegg av protonpumpehemmer (PPI). Ytterligere et alternativ er topikale NSAIDs. Disse gir flere lokale bivirkninger (hudreaksjoner), men betydelig mindre gastrointestinale bivirkninger enn ved peroral behandling. Effekten av topikale NSAIDs ved for eksempel kroniske smertetilstander i muskel og skjelett er tilsvarende den man ser for perorale NSAIDs (17).

Interaksjoner

NSAIDs har flere kjente interaksjoner som skyldes deres virkningsmekanisme og derfor gjelder hele legemiddelgruppen. Disse er likevel verdt å gjenta ettersom de kun er svært sparsomt beskrevet i mange av de respektive preparatomtalene, og dette gjelder legemidler som mange eldre bruker fast:

- Kombinasjon med ACE-hemmere, angiotensin II-antagonister og tiaziddiuretika kan gi akutt nyrrersvikt.
- Kombinasjon med antihypertensiva kan gi redusert blodtryksenkende effekt.
- Kombinasjon med blodfortynnende (inkludert lavdose ASA og kanskje selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI)) kan gi blødninger eller forverring av blødninger.
- Kombinasjon med kortikosteroider gir økt risiko for gastrointestinale komplikasjoner, væske- og elektrolyttforstyrrelser, samt blodtrykkøkning.
- NSAIDs reduserer utskillelsen av litium og lavdose metotreksat og øker derved forgiftningsfaren.

Oppsummering

NSAIDs er utelukkende symptomatisk behandling med beskjeden effekt ved kroniske lidelser som artrose. Det er ingen grunn til å anta at et NSAID har bedre effekt enn et annet. Alle NSAIDs hemmer både COX-1 og COX-2, men i noe varierende grad. COX-1-hemming gir gastrointestinale bivirkninger og COX-2-hemming gir kardiovaskulære bivirkninger. NSAID-bivirkninger er årsak til en betydelig andel sykehusinnleggelses og dødsfall, spesielt blant eldre



Eldre er fire til sju ganger mer utsatt enn yngre for å oppleve NSAID-bivirkninger som fører til sykehusinnleggelses. ILLUSTRASJONSFOTO: ALEXANDER RATHS

(og) komorbide pasienter. Det er kun narkosen som tilsynelatende ikke gir økt risiko for kardiovaskulære komplikasjoner. Topikal behandling gir mindre risiko for gastrointestinale bivirkninger og bør vurderes som et alternativ. Ved all NSAID-behandling bør laveste effektive dose i kortest mulig tid etterstrebtes. Mulige interaksjoner og tillegg av protonpumpehemmer bør alltid vurderes før man forskriver et NSAID til en pasient.

REFERANSER

1. Reikvam Å, Hexeberg S et al. Klinisk bruk av COX-hemmere – en konsensus. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126(5): 591–5.
2. Jüni P, Nartey L et al. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. Lancet 2004; 364(9450): 2021–29.
3. Solomon DH. Selective cyclooxygenase 2 inhibitors and cardiovascular events. Arthritis Rheum 2005; 52(7): 1968–78.
4. Bjordal JM, Ljunggren AE et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs, including cyclo-oxygenase-2 inhibitors, in osteoarthritic knee pain: meta-analysis of randomised placebo controlled trials. BMJ 2004; 329(7478): 1317.
5. Slørdal L. Skandaleoppslag om COX-2-hemmer. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122(17): 1708–9.
6. Salvi F, Marchetti A et al. Adverse drug events as a cause of hospitalization in older adults. Drug Saf 2012; 35(Suppl 1): 29–45.
7. Kongkaew C, Hann M et al. Risk factors for hospital admissions associated with adverse drug events. Pharmacotherapy 2013; 33(8): 827–37.
8. Howard RL, Avery AJ et al. Which drugs cause preventable admissions to hospital? A systematic review. Br J Clin Pharmacol 2007; 63(2): 136–47.

9. Kongkaew C, Noyce PR et al. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. Ann Pharmacother 2008; 42(7): 1017–25.
10. Pirmohamed M, James S et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ 2004; 329(7456): 15–9.
11. Wester K, Jönsson AK et al. Wester et al. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. Br J Clin Pharmacol 2008; 65(4): 573–9.
12. Reddy KS, Roy A. Cardiovascular risk of NSAIDs: time to translate knowledge into practice. PLoS Med 2013; 10(2): e1001389.
13. Bello AE, Holt RJ. Cardiovascular risk with non-steroidal anti-inflammatory drugs: clinical implications. Drug Saf 2014; 37(11): 897–902.
14. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. Lancet 2013; 382(9894): 769–79.
15. Statens legemiddelverk. Nye anbefalinger for diklofenak. <http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Sider/Nye-anbefalinger-for-diklofenak.aspx> (Først publisert: 25. juni 2013).
16. Medicines and healthcare products regulatory agency. Press release: Diclofenac tablets now only available as a prescription medicine. <http://www.mhra.gov.uk/NewsCentre/Pressreleases/CON500341> (Publisert: 14. januar 2015).
17. Derry S, Moore RA, Rabbie R. Topical NSAIDs for chronic musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 9. Art. No. CD007400. DOI: 10.1002/14651858.CD007400.pub2

PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND
legemiddelrådgiver, cand.pharm., RELIS Midt-Norge

Tiotropium Respimat øker ikke dødelighet

RELIS har nylig argumentert for en restriktiv tilnærming til tiotropiumbromid inhalasjonsvæske gitt i Respimat inhalator ved behandling av pasienter med hjerte- eller nyresykdom og anbefaler tiotropium inhalasjonspulver gitt i HandiHaler inhalator inntil det foreligger mer data (1). Dessverre er en del informasjon som er relevant for å forstå konteksten, utelatt. Hensikten med dette innlegget er å gi lesere supplerende opplysninger for å belyse problemstillingene som reises av RELIS.

Bakgrunn til TIOSPIR-studien

Det kliniske fase-III programmet til tiotropium Respimat inkluderte bl.a. fire randomiserte placebokontrollerte studier utført av Boehringer Ingelheim (2). Det deltok totalt 6096 pasienter i programmet (3). En samlet analyse av disse studiene fant en numerisk økning i mortalitet i gruppen som fikk 5 µg tiotropium Respimat (68 dødsfall) sammenliknet med placebo (51 dødsfall, RR 1,33; 95 prosent KI: 0,93, 1,92) (2, 3). Denne forskjellen var signifikant hos pasienter som hadde hjerterytmeforstyrrelser ved inklusjon (21 vs. 5 tilfeller, RR 3,40; 1,28, 9,02), men ikke hos de som hadde øvrige kardiovaskulære sykdommer. Andel pasienter som diskontinuerte behandling underveis i de fase III studiene var høyere i placeboarmen noe som potensielt kunne ha introdusert en skjevhet («bias») i data.

TIOSPIR-studien ble designet for å avklare hvorvidt denne numeriske økningen i mortalitet var et reelt eller et tilfeldig funn. Denne studien hadde 17 135 pasienter og primært endepunkt var forskjell i mortalitet mellom gruppen som fikk tiotropium 18 µg i HandiHaler og 5 µg i Respimat (4). I motsetning til påstand fra RELIS, var studien dobbelblindet, randomisert og double-dummy, men uten placeboarm. Grunnen til dette er at mistanken om økt mortalitet knyttet til Respimat oppsto i placebokontrollerte studier og man igjen kunne risikere et høyere frafall blant pasientene som fikk placebo. Tiotropium HandiHaler har i en fire-års studie vist reduksjon i mortalitet med 16 prosent vs. Placebo (5), og var dermed vurdert til å være en mer

relevant og etisk forsvarlig komparator. TIOSPIR-studien, som er den eneste studien per i dag med adekvat statistisk styrke til å kunne påvise forskjell i mortalitet, viste ingen forskjell mellom disse to gruppene.

Metaanalyser er ikke «nye» data

Forfatterne refererer til metaanalyser for å underbygge påstanden om at tiotropium Respimat er knyttet til økt mortalitet og å understreke problemstillingens aktualitet ved å omtale disse som «nye studier». Fellesnevneren for disse metaanalysene er at de er basert på fase-III studiene til tiotropium. De endelige estimatene for mortalitetsrisiko varierer mellom metaanalysene avhengig av hvilke beregninger og statistiske modeller som er brukt. Disse metaanalysene er altså ikke å anse som «nye» eller «flere» studier, og det foreligger dermed ingen nye data som viser at tiotropium Respimat øker risikoen for død.

Generaliserbarhet av TIOSPIR-studien

RELIS diskuterer hvorvidt data fra TIOSPIR-studien er generaliserbare ettersom en større andel av uselekterte kols-pasienter i klinisk praksis ikke oppfyller inklusjonskriteriene til intervensjonsstudier. Her understrekes det at mistanken om økt mortalitetsrisiko oppsto i kontrollerte kliniske studier og ikke i en uselektert populasjon, som ble avkreftet av TIOSPIR-studien. Hvorvidt data er generaliserbare for uselekterte kols-pasienter er en helt annen diskusjon og gjelder ikke bare tiotropium, men inhalasjonsbehandling generelt. Det anbefales derfor at preparatomtaler følges nøye med tanke på kontraindikasjoner og forsiktighetsregler.

Dødelige hjerteinfarkter i TIOSPIR-studien

Økt antall dødelige hjerteinfarkter i Respimat-gruppen er nevnt. Det var 10 (0,2 prosent), 11 (0,2 prosent) og 3 (0,1 prosent) tilfeller av dødelige hjerteinfarkter i gruppene som fikk henholdsvis 2,5 µg, 5 µg i Respimat og 18 µg i HandiHaler, med ca.

5700 pasienter i hver gruppe. Det er vanlig å bruke begrepet MACE (Major Cardiovascular Adverse-Events) som et kompositt-endepunkt for kardiovaskulære hendelser i studier siden disse er sjeldne. Det var ingen forskjell mellom gruppene i dødelige MACE. Videre har den Europeiske legemiddelmyndigheten (EMA) basert på supplerende opplysninger fra TIOSPIR, utført egne analyser og konkludert med at denne numeriske forskjellen sannsynligvis reflekterer tilfeldig variasjon når antall hendelser er lavt (6).

Plasmakonsentrasjon

Det hevdes at tiotropium Respimat gir høyere plasmakonsentrasjon enn HandiHaler som kan være årsak til økt mortalitetsrisiko i Respimat-gruppen. Vi henviser til norske preparatomtalen til tiotropium Respimat og HandiHaler (7) samt en dobbel-blindet, randomisert studie der plasmakonsentrasjon ble målt gjentatte ganger etter inhalasjon av tiotropium i både HandiHaler og i Respimat i ulike doser (8). Det er ingen holdepunkter for at 5 µg gitt i Respimat gir høyere systemisk eksponering enn 18 µg gitt i HandiHaler.

Norsk preparatomtale

Resultater og eventuelle sluttsatser fra TIOSPIR-studien er i skrivende stund ikke inkludert i gjeldende preparatomtaler og er for tiden under evaluering hos legemiddelmyndighetene. I følge gjeldende preparatomtaler skal tiotropium brukes med forsiktighet hos pasienter med kreatininclearance 50 ml/min, og skal kun brukes til disse pasientene hvis den forventede nytten av behandlingen oppveier potensiell risiko (2, 7). Denne nytte-risiko vurderingen er overlatt til den enkelte behandler, og det er viktig å bemerke seg at dette gjelder begge formuleringene.

Konklusjon

Foreliggende evidens viser ingen forskjell i mortalitet mellom tiotropium HandiHaler og Respimat, og 5 µg tiotropium Respimat gir ikke høyere systemisk eksponering.

TILSVAR FRA RELIS

Vi legger merke til at Boehringer Ingelheim velger å sette fokus på egne, utvalgte data fremfor å diskutere uavhengige vurderingers funn. Vi vil nedenfor kommentere noen av de punktene som firmaet tar opp.

Dødelige hjerteinfarkter

Vi har i vår artikkel (1) allerede diskutert og referert TIOSPIR-studien, og ser ikke at Boehringer Ingelheims tilsvarende tilfører noe nytt i forhold til det firmaet har skrevet i den publikasjonen hvor man redegjør for studien (2). Vi vil bare nok en gang peke på denne studiens problemer i forhold til eksklusjon av risikogrupper for hjertedød.

Metaanalysene

Vi har aldri hevdet at metaanalyser er «nye data» i betydningen nye pasienttilfeller. Fra andre områder vet vi at metaanalyser noen ganger gir ulike resultater avhengig av designmessige forhold som valg inklusjonsgrunnlag og valg av endepunkt. Det at flere metaanalyser her finner prinsipielt samme resultat, styrker robustheten og relevansen av funnene. De refererte metaanalysene har inkludert et betydelig antall (50 000) pasienter, og samtlige viser forskjeller i Respimat's disfavør som vi finner det verdt å diskutere seriøst.

Plasmakonsentrasjon

Boehringer Ingelheim står selv bak studien som indikerer at både tiotropium 5 og 10 mikrogram i Respimat gir høyere plasmakonsentrasjon og total eksponering enn tiotropium 18 mikrogram i HandiHaler (numerisk, men ikke-signifikant høyere for 5 mikrogram, signifikant høyere for 10 mikrogram) og omtaler resultatet som «The finding was not unexpected» (3). Denne artikkelen er bakgrunnen for diskusjonen omkring forskjeller i eksponering i de metaanalysene vi har referert. Verken vi eller metaanalysene har uttalt at det er denne forskjellen i plasmakonsentrasjon som er årsak til økt risiko for død ved bruk av Respimat versus HandiHaler. Boehringer Ingelheims nye farmakokinetikkstudie fem år senere (4) indikerer også at dette lite trolig er forklaringen. Imidlertid er begge disse studiene gjennomført hos et lite antall personer, så de utelukker ikke at det i sjeldne tilfeller kan oppstå langt høyere konsentrasjoner hos enkeltindivider.

Norsk preparatomtale

En myndighetsgodkjenning av preparatomtalen for et legemiddel er ikke ensbetydende med at videre risikovurderinger kan utelates. I dette tilfellet er vår mening at risikoprofilen ved bruk av tiotropiumbromid inhalasjonsvæske i Respimat er såpass uavklart, spesielt for pasienter med hjerte- eller nyresykdom,

at det er rimelig å anbefale en restriktiv tilnærming til å forskrive tiotropiumbromid i administrasjonsformen Respimat til pasienter med hjerte- eller nyresykdom. Dette spesielt fordi det ikke har vært mulig å finne data som viser at behandling med Respimat er mer effektiv enn HandiHaler.

Konklusjon

Vi mener at så lenge relativt omfattende data (N 50 000) indikerer at pasienter med hjerte- eller nyresykdom kan ha økt mortalitet ved bruk av tiotropiumbromid inhalasjonsvæske i Respimat, er det grunnlag for å anbefale en restriktiv tilnærming til bruk av en behandling som ikke er dokumentert bedre enn det eldre alternativet HandiHaler. Nyere er ikke synonymt med bedre, selv om det kan innebære forlenget markedsbeskyttelse.

REFERANSER

1. Roland PDH, Spigset O. Tiotropiumbromid (Spiriva) i Respimat versus i HandiHaler. Utposten 2014; 43(6): 54–5.
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. Van Noord JA, Cornelissen PJ, Aumann JL, Platz J, Mueller A, Fogarty C. The efficacy of tiotropium administered via Respimat® Soft Mist Inhaler or HandiHaler® in COPD patients. Respir Med 2009; 103(1): 22–9.
4. Hohlfield JM, Sharma A et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of tiotropium solution and tiotropium powder in chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Pharmacol 2014; 54(4): 405–14.

Dette er også i tråd med konklusjonen til både EMA og FDA (6, 9).

INTERESSEKONFLIKT: Forfattere er ansatt som medisinsk rådgivere hos Boehringer Ingelheim Norway KS

FARAZ AFZAL (lege og PhD)
ANNE-PERNILLE OFSTAD (lege og PhD)
Boehringer Ingelheim Norway KS

REFERANSER

1. Roland PDH, Spigset O. Tiotropiumbromid (Spiriva) i Respimat versus i HandiHaler. Utposten 2014; 43(6): 54–5.

2. SPC Spiriva 2,5 µg inhalasjonsvæske. Sist oppdatert 27.08.2014.
3. http://trials.boehringer-ingelheim.com/content/dam/internet/opu/clinicaltrial/com_EN/results/Pooled%20analysis/PA_205.372_251_252_254_255_U10-3255-01.pdf. Sist besøkt 04.11.2014.
4. Wise RA, Anzueto A et al. Tiotropium Respimat inhaler and the risk of death in COPD. N Engl J Med. 2013 Oct 17; 369(16).
5. Tashkin DP, Celli B et al. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2008 Oct 9; 359(15).
6. European Medicines Agency. Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC): minutes of the

- meeting on 5–8 May 2014. 2014. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Minutes/2014/06/WC500169468.pdf Sist besøkt 10.11.2014.
7. SPC Spiriva 18 µg HandiHaler. Sist oppdatert 23.10.2013.
8. Hohlfield JM, Sharma A et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of tiotropium solution and tiotropium powder in chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Pharmacol. 2014 Apr; 54(4): 405–14.
9. <http://www.fda.gov/downloads/AdvisoryCommittees/CommitteesMeetingMaterials/Drugs/Pulmonary-AllergyDrugsAdvisoryCommittee/UCM410978.pdf>. Sist besøkt 10.11.2014.

Jeg blir veldig glad om dere kan gi meg en tilbakemelding dersom dere:

- Har flyttet
- Har fått nytt postnummer
- Har fått gateadresse

Vennlig hilsen
Tove Rutle
redaksjonssekretær

E-POST: rmrtove@online.no

Kjære abonnenter

Ved hver utsendelse av *Utposten* får jeg i gjennomsnitt ca 20 tidsskrift i retur på grunn av feil adresse.

Noen av grunnene er at Posten har gitt oss nye postnummer, en annen grunn er at Posten ønsker at vi skal bruke gateadressen, se faksimile. Og så skal det sies at noen av dere faktisk har flyttet.



I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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

Je suis Charlie – Je suis les misérables

BERGEN 11.1.2015: Det er en helg i ettertanke: 20 mennesker i Paris er drept, blant dem et dusin journalister og forsvarere av ytringsfrihet, fire med jødisk identitet på handletur, og tre utstøtte med et uforsonlig hat mot oss som forsvarer demokrati og meningsmangfold. Hva er grunnen til at medmennesker kan utvikle dette voldsomme hatet mot oss? Vil vi noensinne finne det ut? Har det noen hensikt å stille spørsmålet?

Det er lett å bli selvgod og prektig i vår avsky mot forbryterne. Men kan forbrytelsene si noe om majoritetskulturen? Har vi skapt en ny underklasse av unge mennesker, mange med fremmedkulturell bakgrunn, som samfunnet ikke har plass til? Der den humanistiske godheten oppleves som en hån og et dogmatisk hykleri fra velferdsytende og likegyldige funksjonærer. Der situasjonen oppleves som prekær og desperat for et voksende «prekariat» som ser på det vellykkede «meritokrati» med

voksende avsky. Der kravet om å tåle karikaturer av religiøse identitetssymboler oppleves som grovt sårende fordi den sekulære «velferdsstatskirken» ikke har noen forgrunnsfigurer som lar seg karikere. Den baserer seg på en dogmatikk som er allemannseie og derfor umulig å identifisere.

I stedet for mothat og antipati vil jeg anbefale en kombinasjon av tydelig avstandtaken og selvransakelse. Vi må ta inn over oss at den sekulære kontrakt med de troende kan trenge justeringer og reforhandling. Der vi fremmer demokratiske verdier som viktig fundament, men gjør det tydelig at flertallets «sannhet» ikke er et absolutt dogme. Der vi gjør det klart at vi forstår de troendes samvittighetforpliktelse overfor naturens og det guddommeliges begrensninger, men samtidig inviterer til demokratisk dialog om lover og regler som også gir plass til avvik. Vi må ha plass til alle, og vår toleranse er arrogant og hyklerisk hvis vi

ikke evner en sårbar selvransakelse der vi er villig til å lytte og lære av den andre. Piet Hein setter ord på dette på en god måte:

5. juni tanke

*Sandheden gror i det brogede spil,
hvori samtlige synspunkter kives.
Tro ikke sandhedsapostle som vil
at bare een tro ska ku trives.
Med sandheden står det så underligt
til, at den ikke kan overdrives*

PIET HEIN

Diktsamlingen: *Lad oss blive mennesker*

I fantasien deltar jeg i kveldens demonstrasjon i Paris under banneret: Je suis Charlie – Je suis les misérables.

Til lyrikksafetten i *Utposten* nr 3/2015 utfordrer jeg Esperanza Diaz.

Hilsen fra

EIVIND MELAND

Terrorhandlingene i Paris i januar 2015 avstedkom en rekke markeringer for ytringsfrihet og for å hedre ofrene, både i Frankrike og andre land. Den største ble sørgemarsjen fra Place de la Republique (bildet) til Place de la Nation i Paris søndag 11. januar, der anslagsvis over tre millioner mennesker deltok.

FOTO: OLIVIER ORTELOPA

