



Utposten

2 2015
ÅRGANG 44

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

*Helseberedskap
ved ekstremvær*

Turnuslegeordning i fokus
HPV-test i fire fylker

Utposten

KONTOR:

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

Tom Sundar

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Badboni El-Safadi

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com

Sigurd Høye

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no

Kristine Asmervik

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

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

FORSIDE: Anita Dalhaug

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Alltid beredt

Anne Grethe Olsen

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Toppengasjert på Tinget

Kjersti Toppe intervjuet av Sigurd Høye

6 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Vondt i ryggen – fortsatt en utfordring for fastlegen

Erik L. Werner

9 Pakkeforløp for kreft. Forutsigbarhet og trygghet for pasientene

Anne Hafstad og Kjell Magne Tveit

14 Innføring av HPV-test i primærskanning i fire fylker fra 2015

Trude Andreassen

18 Diabetiske komplikasjoner – onde sirkler eller mangelfull kontroll?

Arild Aambø

25 Ekstremveret Nina 10. januar 2015

– helsetenesteberedskap i ein øykommune

Sverre Rørtveit

27 ESSAY: Bjørnehelsetjenesten

Anders Danielsen Lie

29 Omstilling ved lokalsjukehus – Nordfjord

sjukehus som modell for 'Framtidas lokalsjukehus'

Odd Søreide

32 Ny turnuslegeordning

Grethe Kolloen

32–37 Ulike erfaringer med turnuslegeordningen

Mona S. Søndena / Elisabeth Holven / Lisbeth Bjugdan, Marit Langi og Kristine Asmervik / Helge Lund

38 Råkjør mot engelsk allmennpraksis

Steinar Westin

42 Nasjonal forskerskole i allmennpraksis – en suksesshistorie

Siri Evju Janssen og Elin Olaug Rosvold

44 Vise valg

Alexander Wahl

46 Elektronisk meldingsutveksling. – Vi spør, Norsk Helsenett svarer

INTERVJU: Mona S. Søndena. SVAR: Norsk Helsenett

48 Smertefullt utslett på bena etter besøk i svømmehall.

Pseudomonas Hot-Foot Syndrome?

Guttorm Nustad Eilertsen

50 En snap fra solariumsenga

Kari Løvendahl Mogstad

51 Ukas pasient – en students betraktninger

Stine Skoglund

52 REFELEKSJONSNOTAT: KAOS

Ella Roksend Carlsson

53 BOKANMELDelse: Lytt. Legerolle og kommunikasjon

Edvin Scheis bok anmeldt av Gisle Roksend

53 BREV: Kunnskap og kjennskap

Kari Sollien

54 FASTE SPALTER

LYRIKKSTAFETTEN **54**

LÆRERIKE KASUISTIKKER **55**

RELIS **56**

Alltid beredt

Mons, Nina og Ole har tatt oss med storm i vinter. Ekstremvårvarslene med kjente og kjære navn er kommet for å bli, og «vi står han og henne av» gang på gang. Ole har nettopp vært her. Han raserte enkelte utsatte båthavner, rev med seg hustak og garasjer og forsinket båt- og flyavganger. Befolkningen, som ble varslet i god tid, tok sine forholdsregler, så personskader ble det heldigvis ikke mange av.

Jeg har et «nært» forhold til stormen Narve, som besøkte Nord-Norge i januar 2006. Det var to ting som gjorde den spesiell: lav temperatur og bar mark. Den lave temperaturen kombinert med mye vind og manglende snølag som isolasjon, kjølte ned flere hus med rekordfart. Mange måtte evakueres og noen rakk å bli nedkjølt og forkommen før hjelpa nådde fram. Det fantes ikke snø på bakken, og det gjorde både at vannet frøs og at vinden fikk fatt i mange løse gjenstander; spader, snøskuffer, søppelbøtter, stiger og verandakasser fløy fritt omkring. Stormen tok til og med tak i steiner, og løftet dem fra bakken. Mange endte opp med skader på hus og biler. Utrykningskjøretøy fikk særlig merke dette. Heldigvis unngikk vi større personskader, fordi folk holdt seg innendørs, og vi klarte å evakuere fort nok til at ingen frøs ihjel. Vann, mat og brensel ble levert til dem som hadde behov for det.

Når stormvarslene kommer er mange av oss i beredskap, og helsevesenet leverer. Det får vi stadig bekreftet. Vi er gode på beredskap, vi forebygger skader og vi

redder liv. Veldig mange strekker seg langt for å bidra når stormvarslere truer og når ulykker faktisk skjer. Noen jobber bare med det – og er i beredskap hele tiden. Vi andre er det av og til, men jeg tror svært mange har det innebygd i oss ikke bare at vi må, men at vi også *vil* bidra når noe truer folks liv og helse.

Det er ikke alltid det finnes planer for hva vi skal gjøre når ekstremvær varsles eller ulykken rammer. Den innebygde beredskapen i hver enkelt helsearbeider og evnen til å holde hodet klart når krisen plutselig kommer, har sannsynligvis både begrenset skadeomfanget og reddet liv i kriser som har rammet norske kommuner. Selvsagt i samarbeid med de andre nødetatene: brann og politi, samt kommunal kriseledelse og frivillige organisasjoner. Men når krisen varsles og eskalerer, bør planverket være på plass.

Kommunelegen i Austevoll kommune, Sverre Rørtveit, synliggjør i denne utgaven av *Utposten* hvor viktig den kommunale helseberedskapen er når stormen kommer. I Austevoll var man forberedt på at bruene kunne bli stengt, at fergesambandet til fastlandet kunne bli rammet, at mobil- og radionettet kunne ryke og at strømmen kunne gå når stormen Nina slo til. Alt skjedde, men ved å plassere ut legeressurser på de største øyene sikret man legeberedskapen. Det ble også brukt mye tid og ressurser på å informere befolkningen om hvordan de kunne få kontakt med lege ved akutt sykdom. Historien bekrefter at oppmerksomheten rundt konsekvenser av strømbrudd,

manglende radiokontakt og brudd på mobilnettet bør være tilstede før de skjer. Da er det så mye enklere å forebygge alvorlige hendelser som følge av ekstremvær eller andre naturkatastrofer.

I Austevoll hadde kommunelegen en sentral rolle, ikke bare for å sikre den helsemessige beredskapen, men også som viktig bidragsyter i det tverrfaglige samarbeidet i kommunen. Hans forslag til hvem som måtte sikres strøm – sykehjemmet – ble selvsagt hensyntatt. ROS-analyser og beredskapsplaner for mulige hendelser ved ekstremvær fantes ikke i kommunen, men man var tidlig ute med å peke ut mulige scenarier og derved forberedt når de faktisk oppsto.

Ved mindre ulykker og kriser som har et begrenset omfang, er det kanskje ikke behov for beredskapsplaner. Det kan også fungere uten planer når erfarent personell, med lang fartstid i kommunen, er tilgjengelig. Men gode beredskapsplaner med konkrete tiltak for større hendelser i kommunen, er en sikkerhet for befolkningen og trygghet for den enkelte helsearbeider. Det er også arbeidsbesparende både for ledere og innsatspersonell, når man har oppdaterte planverk. De kommunale samfunnsmedisinerne har en viktig rolle i beredskapsplanleggingen og i å bidra til at kommunene gjennomfører ROS-analyser, som gir et godt grunnlag for planarbeidet. Det kan begrense skadeomfanget ved ekstremvær og andre kriser og derved også redde liv.

ANNE GRETHE OLSEN

Toppengasjert

Kjersti Toppe ■ INTERVJUET AV SIGURD HØYE

Hennes siste legejobb gikk ut på å Toppe laget. Nå kjemper stortingsrepresentant Kjersti Toppe for en bedre folkehelse og mot et alt for toptungt helsevesen.

På vei til avtalen vår på Stortinget oppdager jeg Kjersti Toppe på Løvebakken sammen med kamerafolk og journalister. Hun har nettopp uttalt seg kritisk til det nye lovforslaget om forbud mot tigging og medvirkning til tigging, og media har kastet seg over henne. Regjeringen har nemlig regnet med Senterpartiets støtte til forslaget – men Toppe vil det annerledes. Mer om det siden.

Kjersti Toppe er første nestledere i Stortingets Helse- og omsorgskomite, og har sittet på Hordalandsbenken for Senterpartiet siden 2009. Før det satt hun i bystyret i Bergen og fylkestinget i Hordaland. Og før det igjen var hun helsestasjonslege i Bremanger og etter hvert legevakslege i Bergen. Nå er hun Stortingets eneste lege, men har ikke noe behov for å utbasunere det.

– Det står aldri noe om min utdanning noe sted, men alle vet at Kjersti er lege, bemerkker sivilagronom Per Olaf Lundteigen, som er innom kontoret hennes.

– Ja, det er sant det. Jeg har aldri blitt omtalt så mye som lege som etter at jeg kom inn på Stortinget. Jeg sier det aldri selv i intervjuer, men jeg opplever at journalistene slenger det på når de skriver. Rådgi-verne mine mener jeg må si at jeg er lege, men jeg tenker at det er unødvendig.

Sykehus versus primærhelsetjenesten

Utposten tenker imidlertid at det er helt på sin plass å be om en dobbelttime med den tidligere kommunalt ansatte legen. Hun har et stort engasjement for kommunehelsetjenesten, og hun leverer stadig representantforslag og interpellasjoner av betydning for primærhelsetjenesten.

– Det er et *grådig* stort fokus på spesia-



Kjersti Toppe er med rette stolt av sine broderiferdigheter.

på Tinget

KJERSTI TOPPE

- Født 1967 i Bergen
- Cand.med. Universitetet i Bergen 1992
- Kommunelege II, Bremanger 1996–1997
- Kommunelege II, Bergen 1999–2000
- Stortingsrepresentant for Senterpartiet siden 2009
- Første nestleder, Helse- og omsorgskomiteen

listhelsetjenesten. Sånn er det bare – det ligger nok i politikken vesen. Trykket vi får utenfra er i hovedsak på spesialisthelsetjenesten, og når det gjelder kommunehelsetjenesten er det stort sett kun to ting som kommer opp: hvor mange sykehjemsplasser vi klarer å skape, og utbygging av skolehelsetjenesten. Sykehusene har en sterk struktur gjennom de fire regionale helseforetakene. Selv liker jeg ikke den strukturen, men den medfører i hvert fall at spesialisthelsetjenesten får en sterk og samlet stemme. Det mangler primærhelsetjenesten. Kommunenes sentralforbund klarer ikke å være den tydelige stemmen for primærhelsetjenesten, og Legeföreningen skal jo ivareta begge sider. Jeg savner en felles enhet som kan representere primærhelsetjenesten, sier Toppe.

Fra et allmennmedisinsk synspunkt står det flere viktige meldinger for tur fra regjeringen dette året; en ny legemiddelmelding, en melding om fremtidens primærhelsetjeneste og en ny folkehelsemelding.

– Jeg vet ikke mer enn dere om hva meldingene vil inneholde, men det er svært viktig at primærhelsetjenesten nå må prioriteres økonomisk. Samhandlingsreformen skulle være en retningsreform – nå skulle veksten i helsebudsjettet komme primærhelsetjenesten til gode. Men det er fremdeles slik at vi har satset for lite på denne delen av helsetjenesten. Hvis det kommer nye krav til oppgaver i primærhelsetjenesten, må dette følges med budsjett, fremholder Toppe.

Flink, men ikke fornøyd

Noen av sakene Kjersti Toppe har vært opptatt av og jobbet med den siste tiden, er antibiotikaresistens og overdiagnostisering og -behandling. Til å være i opposisjon, synes hun å få mye oppmerksomhet og gjennomslag for sakene sine. Selv synes hun at hun kunne gjort ting enda bedre.

– Du ville vel si at jeg er plaget av flink pike-syndromet; jeg skal klare alt, men blir stort sett aldri fornøyd.

UTPOSTEN: Hva er du fornøyd med da?

– Skal jeg være veldig usaklig nå? spør hun og henter frem et bunadsbroderi fra en plastpose under kontorpulten.

– Jeg er veldig flink til å brodere. Der er jeg stolt av meg selv. Se hva jeg broderer på flyturene mine – flink pike! Jeg har konfirmant denne våren, og holder på med å sy belte og brystduk til en nordhordlandsbunad.

UTPOSTEN: Hva vil dine kolleger si du er flink til?

– De ville nok sagt jeg er aktiv, selvgående og at jeg tar opp mange saker, så da er det vel litt sant. Jeg er engasjert i mange saker, og det er ikke akkurat negativt. Men så spør det hva som kommer ut av alt engasjementet – det kan man lure på alle og enhver. Det er likevel ikke noe alternativ til bare å stå på. Når man jobber som lege har man en pasient eller en problemstilling foran seg, og må håndtere dem på best mulig vis. Forskjellen i denne jobben er at man selv kan bestemme seg for hva man skal gjøre og hva man skal engasjere seg for. Når det gjaldt antibiotikaresistens bestemte jeg selv at det var en kjempeviktig sak å gjøre noe med. Saken fikk mye oppmerksomhet – ikke kun på grunn av mitt engasjement, men vi var i hvert fall på ballen. Det ble en stor sak som vi jobbet mye med, og det var givende.

Omtrent på dette tids-

punkt stikker partileder Trygve Slagsvold Vedum hodet inn døren:

– Du var flink på det møtet!

– Hehe, det e så gale! Vi snakket akkurat om flink pike.

Etter at partilederens latter har lagt seg, ber han henne om en samtale etter intervjuet.





Kjersti Toppe trives på Stortinget. Hun sier hun heller vil angre på det hun har gjort, enn det hun ikke har gjort i jobben her.

– Ikke hvis du skal kjeft på meg! Ny lederlatter.

– Hun er så flink skjønner du. Hvis hun er redd for å få kjeft, sier hun det alltid i forkant, så da har jeg ikke noe poeng lenger. Vi snakkes i gruppemøtet.

UTPOSTEN: Det virker gøy å jobbe her?

– Ja, det er det. Men jeg tror nok jeg kommer til å få litt kjeft for min kritikk mot regjeringens forslag til tiggeforbud. Vi har programfestet et tiggeforbud i partiprogrammet, men jeg har altså gått ut og sagt at dette ønsker jeg en omkamp på. Det er

ingen selvfølge at vi skal stemme for det regjeringen har sendt ut på høring. Det er jo klart at vi bør ha en stemme utad, og så har jeg kanskje kludret det til akkurat nå, men det får jeg tåle. Akkurat denne saken går jeg ut med uansett. Noen vil bli sure – eller kanskje de blir det, da – men det er greit. Da skal jeg si at ja, det forstår jeg. Når jeg er ute av denne plassen, det kan være om to år eller senere, så vil jeg aldri angre på det jeg har gjort, men heller på det jeg ikke har gjort. Jeg hadde kommet til å angre hvis jeg ikke gjorde noe i denne saken når vi er de avgjørende stemmene. Så får vi en ny de-

batt og kanskje en avgjørelse på landsmøtet, og avgjørelsen skal jeg respektere, men da har jeg i hvert fall gjort det jeg kunne.

UTPOSTEN: Er det lett å merke effekten av det du gjør i denne jobben?

– Både og. Av og til virker det litt nyttesløst. Her jobber jeg veldig hardt, og så kan det virke som om ingen bryr seg. Men så kan jeg treffe folk på butikken, folk jeg ikke kjenner, som sier at de leser alt jeg skriver. Noe negativ tilbakemelding, men stort sett positiv. Det er det som gjør det verdt det. Man er valgt av folket, og da må



man bety noe for dem også, gi noe igjen, ellers er man en dårlig folkevalgt. Så jeg er avhengig av å få tilbakemelding – både godt og gale.

Var, er eller blir lege?

Toppes ektemann er hudlege med egen praksis i Bergen. På ukedagene styrer han familien i Bergen, mens Kjersti ukependler til Oslo. De to har bidratt ganske betydelig til å øke befolkningen i bykommuner; de har seks barn, jevnt fordelt i alderen 10 til 22 år.

– Ungene våre sier det veldig presist når de skal fortelle folk hva foreldrene gjør: pappa er lege og mamma var lege. Skal du ikke bli lege igjen?, spør de meg. De synes nok det er stas at jeg er på Stortinget, men de synes også det er litt rart at jeg ikke jobber som lege når jeg er utdannet lege. Og det er jo rart.

UTPOSTEN: Skal du bli lege igjen?

– Jeg ser ikke for meg det – jeg har vært borte fra yrket i 12 år, og det synes jeg er for lenge. Jeg føler meg ikke lenger kompetent til å drive med direkte pasientrelatert arbeid, selv om det ikke hadde vært umulig å lese seg opp igjen. Sånn ble det – livet fører deg litt tilfeldig rundt omkring, og meg førte det hit.

Veien inn i politikken for Toppe var en forespørsel fra Senterpartiet om å sitte i en komite.

– Jeg tror ikke jeg en gang var medlem den gangen, men jeg kommer jo fra en kjent senterpartifamilie. Vi hadde tre barn da, og jeg jobbet i 50 prosent stilling på legevakten. Etter barn nummer fire gikk jeg over til en enda mer fleksibel stilling, jeg kunne jobbe fra ti til to – det ble sagt at jeg kunne komme og Toppe laget... Etterhvert ble også det vanskelig å få til å gå opp med kabalen hjemme, og jeg sluttet å jobbe som lege da jeg skulle ha barn nummer fem. Jeg bestemte meg for at hvis jeg ikke klarte å være i en 50 prosent stilling i det yrket, så måtte jeg bare kutte ut. Man har behov for faglig påfyll. Jeg fikk jo aldri med meg et morgenmøte.

Toppe følte seg heller ikke helt tilfreds med å kjøre legevakt under turnustjenesten i Kvam i Hardanger.

– Det var utrolig tøft å kjøre legevakt i distrikt. For meg var det utrygt og skummelt. Jeg følte meg ikke bekvem med å kjøre lange avstander på glatte og mørke veier, og å ikke ane hva som møtte meg i hjemmene til folk. Men arbeidet på legekantoret, legevakten, sykehjem og helsestasjon var veldig givende. Jeg kunne ikke tenke meg å jobbe på sykehus, så hvis jeg skulle fortsatt i yrket måtte det likevel vært i primærhelsetjenesten.

UTPOSTEN: Hvordan merkes det i Helse- og omsorgskomiteen at du har din bakgrunn fra primærhelsetjenesten?

– Jeg har jo min utdannelse, erfaring og kunnskap som jeg tar med meg inn i denne jobben. Under studiene i Bergen jobbet jeg også på sykehjem og i ambulansetjenesten, og jeg har sett en del av det folk sliter med.

Jeg er ganske steil i alkoholpolitikken, men det var jeg ikke før ambulans- og legevaktjobben. Da jeg så all elendigheten der ute fikk jeg bakoversveis, jeg hadde ikke trodd at dette fantes. Etter det har jeg blitt verre enn Kristelig Folkeparti i skjenkepolitikken.

For Toppe er altså verken legeyrket eller helsevesenet generelt nøkkelen til en bedre folkehelse. Hun siterer både sosialmedisins grunnlegger Rudolf Virchow – «Politikk er intet annet enn medisinen i stort» – og den amerikanske statsviteren Aaron Wildavskys 10/90-regel: helsetjenesten står kun for 10 prosent av innvirkningen på befolkningens helsetilstand, de resterende 90 prosent står politikk, økonomi og miljø for.

– Den største svakheten med politikken er at den er veldig oppdelt i sektorer. Ta for eksempel spørsmålet om økt fysisk aktivitet i skolen. Det dreier seg om folks helse, men avgjørelsen her er underlagt kunnskapsministeren. Man kan spørre seg om hvem som er den viktigste ministeren når det gjelder folkehelsen – kulturministeren, arbeidsministeren, kunnskapsministeren? Det er påvist at helsesituasjonen i et land er sterkt avhengig av de sosioøkonomiske forskjellene i samfunnet, så jeg mener at det i utgangspunktet ikke finnes noen grenser når det gjelder hva som er helsepolitikk.

Partilederen dukker opp igjen – dobbelt-timen er over. Toppe synes ikke å være særlig bekymret over kritikken hun regner med vil dukke opp på gruppemøtet. Og dagen etter intervjuet kommer nyheten – Senterpartiet har bestemt seg for å likevel ikke støtte forslaget til nil lov som forbyr tiggings og medvirkning til tiggings, og med manglende flertall i Stortinget trekker regjeringen sitt eget forslag. Det er mer enn broderier å være stolt av.



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.

Vondt i ryggen

fortsatt en utfordring for fastlegen

■ ERIK L. WERNER • Fastlege, førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo og seniorforsker ved Allmennmedisinsk Forskningsenhet i Bergen

Ganske ofte møter jeg kolleger som spør «Er det noe nytt med de vonde ryggene?», og som regel svarer de selv, før jeg rekker det: «Nei, det er vel ikke det. Ikke noe som virker....» Begge deler er feil, og i det følgende skal jeg redegjøre litt for det.

I en relativt nylig publisert studie sammenlignet vi forekomst og behandling av ryggplager hos fastlegene i 2011 mot 2001 (1). Resultatene var for så vidt ikke så opplyftende; forekomsten av pasienter som henvender seg til fastlegen for sin vonde rygg var nokså uendret på 3 prosent av alle konsultasjoner, og fastlegens håndtering av disse hadde ikke endret seg på ti år. Den eneste forskjellen vi fant i 2011 i forhold til 2001, var at like mange ble henvist til bildediagnostikk, men nå til MR mot tidligere til vanlig røntgenundersøkelse.

Akutt vond rygg går over spontant

Det er viktig at fastlegen skiller den akutte vonde ryggen fra den langvarige (kroniske) fordi dette har behandlingsmessige konsekvenser. 90 prosent av de akutte vonde ryggene går over i løpet av noen dager eller uker, sjelden mer enn fire til seks uker (2). Fastlegens viktigste oppgave her er å formidle nettopp dette til pasienten, og eventuelt gi god smertelindring underveis. Det er ikke vist at noen kjent behandling (akupunktur, medikamenter, kiropraktikk) forkorter forløpet for den akutt vonde ryggen (3,4). «The good news» er altså at det går over, forutsatt at ikke pasienten inntar pasiviserende holdninger og aktiviteter.

Min erfaring er at frykten for alvorlig sykdom eller senere komplikasjoner er en sterkere drivkraft for pasientens krav om at «noe må gjøres», enn smerteintensiteten i seg selv. Jeg tror mange leger tar for lett på dette, og glemmer å hente frem pasientens tanker og frykt i denne fasen. Det er bare når pasienten kan få uttrykt dette, at vi kan klare å formidle en betryggende forståelse av viktigheten av å opprettholde vanlig aktivitet mens vi venter på naturens tilhelende krefter.

Hva når pasienten krever et MR-bilde?

De fleste leger har fått med seg at MR-bilde ikke er indisert ved akutte, uspesifikke korsryggmerter, men mange fortsetter likevel å rekvirere dette. Fordi pasienten forventer det, eller vil føle seg tryggere når bildet er tatt. Det er vist i flere studier at MR-bilder ikke påvirker behandlingen, men at det forlenger forløpet (5,6). Ingen blir bra i ventetid, er min erfaring.

Denne samtalen har jeg ofte:

PASIENTEN: Jeg vil gjerne ha tatt et MR-bilde. Jeg tror jeg vil føle meg tryggere da, ved å være helt sikker på at det ikke er noe galt.

JEG: Ja, men det kan vi ordne. Det tar riktignok litt tid, kanskje fire til fem uker, eller du kan betale noen tusenlapper og gjøre det privat.

PASIENTEN: Ja, da får jeg heller betale det som det koster.

JEG: OK, da kan jeg ordne det. Men hva tenker du at dette bildet skal bidra til?

PASIENTEN: At du kan se at det ikke er noe galt i ryggen!

JEG: Men alle slike bilder vil jo vise noe «galt» i ryggen! Vi vil helt sikkert kunne se at noen av skivene dine buker litt, kanskje har du et prolaps, og kanskje er det litt

trangt i kanalene der nervene går ut. Sånn er det hos oss alle. Men det forklarer ikke ryggsmertene dine.

PASIENTEN: Å?

JEG: Nei, dette er normale forandringer i ryggen som finnes både hos folk som har vondt i ryggen og like hyppig hos de som ikke har det. La oss nå skru tiden noen uker frem i tiden, vi sier at vi har tatt bildet som viser det jeg nevnte, og ryggsmertene dine er sannsynligvis litt mindre intense. Hva tenker du nå at vi kan bruke dette bildet til?

Omtrent på dette stadiet er det at det som regel går opp for pasienten at dette bildet kanskje ikke er så viktig. At det kanskje er bortkastet tid og penger. Studier har dessuten vist at det oftere er legen enn pasienten som faktisk er drivkraften for å rekvirere bildediagnostikk (7). Det gir vel en følelse av handlekraft og tiltak. Men det pasienten etterspør er trygghet og eventuelt smertelindring.

Når den vonde ryggen ikke går over

I 10–15 prosent av tilfellene går ikke den vonde ryggen over som forventet. Personlig tenker jeg at de ryggplagene som ikke har gitt seg etter fire til seks uker, ikke kommer til å gjøre det etter 12 uker heller, som er den vanlige grensen for når vi kaller det kronisk, eller langvarig, ryggsmerte. (De norske retningslinjene opererer med uttrykket *langvarig* fremfor kronisk, for å unngå inntrykket av livslang lidelse (8).) Da må vi spørre oss hvilke mekanismer som hindrer tilhelingen. Ofte er slike langvarige ryggplager forbundet med tilsvarende langvarig sykefravær, og her er nok forholdene som påvirker dette ganske sammensatte. Enhver sykmelding er påvirket av forhold ikke bare ved pasienten,

men også ved legen, arbeidsplassen og samfunnets ordninger. I en oversiktsartikkel har vi sett på faktorer knyttet til hver av disse partene (9). Vi ser at ryggplagene i seg selv kanskje er de minst viktige, mens pasientens og legens holdninger, grad av selvstendighet i jobben, og samfunnets holdninger og trygdeytelser sannsynligvis har større betydning. Det kan være nyttig om legen forsøker å utforske disse forholdene sammen med pasienten, og se hvor skoen trykker.

Behandlingen av den langvarige ryggdilelse tar utgangspunkt i pasientens frykt for alvorlig sykdom og frykt for å fremprovosere smerter. De fleste ryggpasientene vil kunne bekrefte at de har gjort vesentlige endringer i dagliglivet: sluttet å trene, sluttet å gjøre fritidsaktiviteter, tilpasset gangmønsteret for å unngå smerter, og som regel vært sykmeldt. Mange har oppsøkt ulike behandlere og fått mange divergerende forklaringer og råd. Dette skaper

frustrasjon og usikkerhet. Når vi ser på bevegelsesmønsteret, så er det mange unaturlige bevegelser som er innlært av frykt for å fremprovosere smerter. Det er rimelig å tenke at dette gjør noe med det muskulære samspillet som igjen kan virke vedlikeholdende på ryggsmertene.

Både norske og internasjonale retningslinjer anbefaler tverrfaglig kognitivt basert behandling av pasienter med langvarige ryggplager (8). Det er ikke vist at noen spesiell treningsteknikk har fortrinn fremfor andre (8), og det viktigste blir å normalisere bevegelsesmønsteret. Vi bruker samme teknikk som i behandling av angst; eksponeringsstrategi. Pasienten må lære å utføre bevegelser slik han/hun pleide å gjøre før. Rent praktisk vil stavgang og uttøyinger være hensiktsmessig. Parallelt med dette må pasientens frykt, tanker og holdninger bli utfordret i en trygg atmosfære.

Min erfaring er at fastlegen ikke kan klare dette selv. Derfor er mitt innstendige råd

til kollegene at den ryggpasienten som ikke er tilbake på jobb og frisk i ryggen etter fire til fem uker bør henvises til et tverrfaglig, gruppebasert ryggtilbud. Dessverre erfarer vi stadig at legene lar pasientene bli gående med uendret smerte, og fortsatt sykmeldt i månedsvis, før dette skjer.

Modic-forandringer og antibiotika

Jo, det skjer stadig «noe nytt» i ryggforskningen. De siste årene har det vært mye oppmerksomhet rundt såkalte Modic-forandringer på ryggvirvlene. Dette er degenerative forandringer på endeplatene, som man finner sammenhengende med pasientens aktuelle ryggplager (10). Det er vist at Type 1 Modic-forandringer er sterkere assosiert med sykefravær enn Type 2-forandringer (11).

Betydningen av Modic-forandringer er omdiskutert (11) og mange klinikere spør seg om nytten av slik bildediagnostikk. Et

Fastlegen har en svært viktig rolle for ryggpasienter.





90 prosent av de akutt vonde ryggene går over i løpet av noen dager eller uker. FOTO: COLOURBOX

naturlig budskap til pasienten med Type 1-forandringer vil jo være at smertene er kommet for å bli og at intet kan gjøres for å påvirke dette. Personlig bestrider jeg dette utsagnet, og jeg tenker at vi med dette kan sende mange ut i uhensiktsmessig uførhet.

En gruppe danske forskere fant for noen år siden forekomst av de anaerobe mikrobenes *Propionibacterium Acnes* og *Corynebacterium propinquum* hos pasienter med Type 1-Modic forandringer, og mente å kunne vise at behandling med amoxicillin i kombinasjon med klavulansyre ga en effekt på smerte og funksjon som var bedre enn placebo (12). Studien er til dels kraftig imøtegått på grunn av metodiske svakheter (13). Det pågår nå større studier for å etterprøve resultatene.

Sammensatte plager

De fleste pasienter med langvarige ryggsmarter har flere helseplager samtidig. I en norsk studie fra en ryggpoliklinikk viste det seg at bare syv av 457 henviste pasienter ikke hadde til dels betydelig komorbiditet (14). Spesielt vil mange (1/3) ha en depresjon, selv om det er usikkert i hvilken grad denne skyldes eller følger av ryggplagene (15). Allmennlegens oppgave er å se hele pasienten, og da må vi se pasientens samlede helseplager under ett. Kanskje blir det meningsløst å fokusere på en vond rygg, hvis plagene er sammensatte og andre både medisinske og ikke-medisinske

forhold kanskje har større betydning. Vi har foreløpig ikke etablert gode behandlingsstrategier for MUS (medisinsk uforklarte symptomer), men dette er viktige forskningstema for flere allmennmedisinske forskningsgrupper i Norge.

Konklusjon

Fastlegen har en svært viktig rolle for ryggpasienten. Legen må være bevisst sin rolle og få frem pasientens frykt og bekymringer, slik at rådet om å opprettholde daglige aktiviteter og å gi pasienten tillit til plagenes selvtilhørende egenskaper blir troverdige. Hvis plagene likevel varer ved, må legen ikke drøye lenge med å henvise til et tverrfaglig ryggtilbud i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Parallelt med dette må legen utforske pasientens totale situasjon, og drøfte sammen med pasienten hvordan ulike faktorer kan tenkes å påvirke smerteopplevelsen og eventuelt arbeidsuførheten.

Så hva skulle jeg svare kollegaen som fastslo at det ikke hadde skjedd noe nytt med ryggforskningen, hvis jeg hadde vært kjapp nok i replikken? I min egen praksis finner jeg det nyttig å vite *hvilken* ryggpasient jeg snakker med; er det et akutt tilfelle, eller et som har vart lenge? Denne inndelingen avgjør hvordan jeg forholder meg til pasienten. Foreløpig legger jeg liten vekt på MR-beskrivelser av Modic-forandringer, og det norske ryggmiljøet er sam-

stemte i en avventende holdning til eventuell antibiotikabehandling inntil vi har mer kunnskap. Og jeg synes kunnskapen om MR-bildenes begrensede nytte er viktig for å kunne møte pasienten med noe mer enn en kjapp henvisning til bildediagnostikk. I sum gjelder det vel her som i all annen medisin på legekontoret; å ha en bevisst strategi for ulike problemstillinger.

REFERANSER

1. Werner EL, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Legefor 2012; 132: 2388–90.
2. van Tulder M, Becker A, Bekkering et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. Eur Spine J 2006; 15 (Suppl 2): S169–S191.
3. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJJ et al. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. Cochrane Summaries 2011; Issue 2. Art. No.: CD008112. DOI: 10.1002/14651858.CD008112.pub2.
4. Madsen MV, Gøtzche PC, Hröbjartsson A. Acupuncture treatment for pain: systematic review of randomized clinical trials with acupuncture, placebo acupuncture, and no acupuncture groups. BMJ 2000; 338:a3115.
5. Webster BS, Cifuentes M. Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. JOEM 2010; 52 (9): 900–907.
6. Gilbert FJ, Grant AM, Gillan MG et al. Low back pain: Influence of early MR imaging or CT on treatment and outcome – multicenter randomized trial. Radiology 2004; 231: 343–351.
7. Ring A, Dowrick C, Humphris G et al. Do patients with unexplained physical symptoms pressurize general practitioners for somatic treatment? A qualitative study. BMJ 2004; 328 (7447): 1057–1060.
8. Lærum E, Brox JI, Werner EL. Vond rygg – fortsatt en klinisk utfordring. Tidsskr Nor Legefor 2010; 130: 2248–51.
9. Werner EL, Côté P, Fullen BM et al. Physicians' determinants for sick-listing LBP patients. A systematic review. Clin J Pain 2012; 28(4): 364–71.
10. Jensen OK, Nielsen CV, Sørensen JS et al. Type 1 Modic changes was a significant risk factor for 1-year outcome in sick-listed low back pain patients: a nested cohort study using magnetic resonance imaging of the lumbar spine. The Spine Journal 2014; 14: 2568–2581.
11. Steffens D, Hancock MJ, Maher CG et al. Does magnetic resonance imaging predict future low back pain? A systematic review. Eur J Pain 2014; 18 (6): 755–65.
12. Albert HB, Sørensen JS, Christensen BS et al. Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy. Eur Spine J 2013; 22: 697–707.
13. McCartney M. Antibiotics for back pain: hope or hype? BMJ 2013; 346:f3122.
14. Hagen EM, Svensen E, Eriksen HR et al. Comorbid subjective health complaints in low back pain. Spine 2006; 31 (13): 1491–95.
15. Reme S, Eriksen HR. Is one question enough to screen for depression? Scand J Pub Health 2010; 38: 618–24.

■ E.L.WERNER@MEDISIN.UIO.NO

Pakkeforløp for kreft

Forutsigbarhet og trygghet for pasientene

■ ANNE HAFSTAD • Prosjektleder, Nasjonal kreftstrategi, Helsedirektoratet

■ KJELL MAGNE TVEIT • Strategidirektør, Nasjonal kreftstrategi, Helsedirektoratet

Målet med innføring av Pakkeforløp for kreft er bedre forutsigbarhet og trygghet for pasienter og deres pårørende. Pakkeforløpene skal gi rask utredning og diagnos-

tikk av pasienter med mistanke om kreft, og rask oppstart av behandling hvis mistanken om kreft bekreftes. Ikke-medisinsk begrunnet ventetid skal vekk. Videre er det

et mål at også fastlegene får mer forutsigbarhet når de mener deres pasienter bør utredes for kreft i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene gis i diagnoseveiledere for hvert enkelt pakkeforløp en «oppskrift» for hvilke symptomer, kliniske funn og undersøkelsesresultater som gir begrunnet mistanke om kreft og grunnlag for henvisning til Pakkeforløp for kreft. Spesialisthelsetjenesten skal ta pasientene inn i pakkeforløp når henvisningen mottas, men kan avslutte dette når som helst i forløpet hvis de mener mistanken er avkrefte. Målet for innføring av pakkeforløpene er også bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, mellom sykehusene og internt i det enkelte sykehus.

Tydelig politisk oppdrag

Innføring av Pakkeforløp for kreft er et klart og tydelig politisk oppdrag. Pakkeforløp skal etableres, med nødvendig kapasitet, forløpskoordinatorer, ledelse og samhandling, var budskapet fra helseminister Bent Høie våren 2014. Han og Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. Pakkeforløpene er et sentralt virkemiddel.

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide Pakkeforløp for kreft og diagnoseveiledere for fastlegene våren 2014. Pakkeforløpene skal implementeres i helsetjenesten i 2015, lød oppdraget. Tiden var knapp. Til sammen 21 arbeidsgrupper med mer enn 200 fagfolk og brukerrepresentanter brettet opp ermene, jobbet godt og intensivt i noen hektiske måneder fra april til september i 2014. For noen grupper tok arbeidet noe lenger tid. Ulike spesialister innen kirurgi, onkologi, patologi, indremedisin, sykepleiere og koordinatorer i spesialisthelsetjenesten, samt fastleger og brukere utarbeidet i felleskap utkast til 28 pakkeforløp og diagnoseveiledere for kreft. Fastleger var med i alle gruppene. De hadde også en egen gruppe hvor de kunne diskutere felles utfordringer og løsninger på



ILLUSTRASJONSFOTO: ALEXANDER PATHS

tvers av gruppene. På tilsvarende måte var brukere med i alle gruppene, samtidig som de hadde en egen gruppe for drøfting av deres felles utfordringer, erfaringer og innspill. Helsedirektoratet laget i forkant av arbeidet en felles mal for pakkeforløpene og diagnoseveilederne. Alle utkastene fra arbeidsgruppene blir bearbejdet videre av Helsedirektoratet i samarbeid med lederne for gruppene. Målet er at pakkeforløpene er mest mulig like i form og innhold.

Hva er Pakkeforløp for kreft?

Pakkeforløp for kreft er standardiserte pasientforløp som er faglig basert og normgivende. Pakkeforløpene er basert på faglige retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft. Med utgangspunkt i pakkeforløpet skal et individuelt forløp for hver enkelt pasient tilrettelegges, fra mistanke om kreft, gjennom utredning og eventuell behandling, rehabilitering og oppfølging. De aller fleste som henvises til Pakkeforløp for kreft vil få avkreftet mistanken om kreft. Det anslås at av fire pasienter som henvises til pakkeforløp vil i gjennomsnitt kun en pasient få en kreftdiagnose. I pakkeforløpene er det satt opp differensierte normerte forløpstider fra henvisning mottas i spesialisthelsetjenesten til behandlingen starter. Det er definert hvor lang tid det maksimalt bør ta fra henvisning er mottatt i spesialisthelsetjenesten til pasienten møter i sykehus, hvor lang tid utredningen bør ta, hvor lang tid det maksimalt bør gå fra beslutning om diagnose og eventuell behandling til oppstart av behandling og samlet tid fra mottak av henvisning til behandlingsstart. Forløpstidene er fastsatt med grunnlag i medisinsk begrunnede ventetider mellom de ulike elementene i forløpet. Sentralt er også at pasienten skal få informasjon og medvirke til beslutninger om eget forløp.

Forløpstidene i pakkeforløpene skal monitoreres. Resultatene skal brukes som styringsverktøy og til forbedringsarbeid i det enkelte sykehus. Forløpstidene skal offentliggjøres.

Pakkeforløp for kreft og tidene definert i disse er ikke en juridisk pasientrettighet. Tidene i pakkeforløpende er normgivende og setter standarden for hva helseforetakene skal strekke seg etter for å gi pasienter med mistanke om kreft et forutsigbart forløp uten unødig ventetid, uavhengig av hvor i landet de bor. Innføring av Pakkeforløp for kreft endrer ikke gjeldende juridiske prioriteringskriterier og heller ikke pasientenes rett til fritt sykehusvalg.

Implementering

I januar 2015 ble Pakkeforløp for brystkreft, prostatakreft, tykk- og endetarmkreft, samt Pakkeforløp for lungekreft implementert i norsk helsetjeneste. Disse fire kreftformene utgjør rundt halvparten av alle krefttilfeller i Norge. I 2015 skal 24 nye pakkeforløp implementeres. Dette skjer på to tidspunkt.

1. mai implementeres:

- Diagnostisk pakkeforløp
- Pakkeforløp for kreft i spiserør- og mage-sekk
- Pakkeforløp for testikkelkreft
- Pakkeforløp for blærekreft
- Pakkeforløp for nyrekreft
- Pakkeforløp for livmorkreft
- Pakkeforløp for livmorkreft
- Pakkeforløp for eggstokkreft
- Pakkeforløp for hode- halskreft
- Pakkeforløp for lymfom

1. september implementeres:

- Pakkeforløp for metastaser med ukjent utgangspunkt
- Pakkeforløp for sarkom
- Pakkeforløp for kreft hos barn
- Pakkeforløp for nevroendokrine svulster
- Pakkeforløp for kreft i bukspyttkjertel
- Pakkeforløp for peniskreft
- Pakkeforløp for myelomatose
- Pakkeforløp for føflekk-kreft
- Pakkeforløp for akutt leukemi og høyrisiko myelodysplasi
- Pakkeforløp for kronisk lymfatisk leukemi
- Pakkeforløp for skjoldbruskkjertelkreft
- Pakkeforløp for primær leverkreft
- Pakkeforløp for galleveiskreft
- Pakkeforløp for hjernekreft

De første pakkeforløpene for kreft ble utarbeidet og implementert i Danmark i 2007. De norske pakkeforløpene tar utgangspunkt i de danske forløpene, men er tilpasset norske forhold. Helsedirektoratet har utarbeidet en Nasjonal implementeringsplan for Pakkeforløp for kreft. Planen er utarbeidet av en nasjonal implementeringsgruppe ledet av Helsedirektoratet og med representanter fra de fire regionale helseforetakene, utvalgte helseforetak, og Norsk forening for allmennmedisin (NFA). I 2015 fungerer denne gruppen som en Nasjonal implementeringsgruppe som sikrer koordinering og gjennomføring av nasjonale og regionale tiltak. Helsedirektoratet har hovedansvar for organisering og gjennomføring av de nasjonale tiltakene i 2014 og 2015.

Den nasjonale implementeringsplanen beskriver bakgrunnen for oppdraget, erfaringer fra Danmark, nasjonale implementeringstiltak, implementeringstiltak i de regionale helseforetakene og sykehusene, hos fastlegene/primærhelsetjenesten, samt implementering av monitorerings- og kodeverktøy for måling av forløpstidene i pakkeforløpene. Særskilte utfordringer ved implementeringen, mulige flaskehalser, koordinering og ledelse i implementeringsfasen beskrives også. Deler av planen har konkrete tiltak som skal gjennomføres i 2015. Planen inneholder også forslag som aktuelle aktører kan bruke til nærmere planlegging av innføring av Pakkeforløp for kreft regionalt og lokalt.

Erfaringer fra Danmark

Pakkeforløp for kreft regnes som en suksess i Danmark. Innføringen hadde umiddelbar effekt på forløpstidene. Spesielt ble svært lange pasientforløp kortere. Forløpene er ytterligere forkortet etter innføring av den målrettede registreringen. I 2014, syv år etter implementering av de første pakkeforløpene, er andelen av pasientforløp gjennomført innenfor standard forløpstid rundt 80 prosent.

I oktober 2014 offentliggjorde den danske tenketanken Velfærd en undersøkelse som konkluderer med at innføring av Pakkeforløp for kreft ser ut til å redusere sosial ulikhet i behandlingssystemet. Analysen peker på at strukturerte pasientforløp med rimelig klare tidsrammer og krav kan virke dempende på eventuell sosial ulikhet målt ved pasientenes utdanningsnivå.

Det Nationale Analyse- og Forskningsinstitutt for Kommuner og Regioner ga i 2012 ut en forskningsrapport om implementering av Pakkeforløp for kreft i Danmark. En rekke faktorer som har bidratt til suksessen beskrives. Det pekes på betydningen av at bakgrunnen for pakkeforløpene var en politisk beslutning med klare krav til helsetjenesten, og vedvarende politisk oppmerksomhet på området. At pakkeforløpene har et solid faglig grunnlag og forankring – og gir mening for fagprofesjonene har vært avgjørende. Videre trekkes involvering av fagmiljøene ved utarbeidelse av pakkeforløpene frem som en suksessfaktor. Pakkeforløpene er en overbygning på kjente metoder som LEAN, pasientforløp, tverrfaglige møter og koordineringsfunksjoner, heter det i evalueringsrapporten. Det understrekes at stort lederfokus med tverrgående ledelse og organisering på tvers av nivåer i sykehus og avdelinger har vært avgjørende. Sist men

Et av de 29 veiledningsheftene for pakkeforløp for ulike kreftformer utgitt av den danske Sundhedsstyrelsen.



ikke minst understrekes betydningen av forløpskoordinatorer som loser pasienten gjennom forløpet, er kontaktleddet mellom pasient og sykehus og mellom sykehus og fastleger. Koordinatorene må ha tilstrekkelig myndighet, være forankret direkte i avdelingens ledelse og kunne forhåndsbestille tider for ulike undersøkelser.

Av spesielle utfordringer fremheves overganger mellom ulike nivåer i helsetjenesten, samt lokale flaskehalsar som radiologi, patologi og mangel på legespesialister ved utredning og behandling av kreft. Også utfordringer knyttet til IKT trekkes frem.

Erfaringene fra Danmark tilsier at forutsetningene for å lykkes med Pakkeforløp for kreft i Norge er gode. De politiske styringssignalene er tydelige og den politiske oppmerksomheten høy. Pakkeforløpene har sterk faglig forankring. Utarbeidelsen av pakkeforløpene skjer i tett samarbeid med både fagfolk og brukere. Det synes å være konsensus om at Pakkeforløp for kreft er et godt grep til beste for pasienter med mistanke om kreft. Men utfordringene som er skissert i den danske evalueringen av ordningen der, er de samme utfordringene som trekkes frem som krevende, også i Norge. Det er vanskelig å estimere omfanget av disse utfordringene før man er kommet i gang. Nå er de fire første pakkeforløpene implementert i helsetjenesten. De neste månedene vil alle aktører som er involvert i Pakkeforløp for kreft høste nyttige erfaringer. Basert på disse vil flaskehalsar identifiseres og tiltak kunne iverksettes. Det er derfor viktig å minne hverandre om at ingen kan forvente at alt er på plass, at alt går som smurt og at pasienter med mistanke om kreft ikke lenger vil oppleve unødig ventetid for utredning og behandling for kreft. Endring tar tid og forventningene til umiddelbare resultater må være dempet.

Erfaringer så langt

Fire pakkeforløp og diagnoseveiledere er utarbeidet og implementert. For hvert av pakkeforløpene er det utarbeidet pasientinformasjoner. Videre er det utarbeidet generell informasjon om Pakkeforløp for kreft tilpasset helsepersonell. Det er tilrettelagt for henvisning til Pakkeforløp for kreft i fastlegenes EPJ under punktet hastergrad. Tilsvarende informasjon tilpasset pasienter til bruk for fastlegene er utarbeidet. Videre er det utarbeidet informasjon om pakkeforløpene både på helsedirektoratet.no og på helsenorge.no. Her ligger også alt materiale som er utarbeidet for Pakkefor-

løp for kreft. Det er laget en kortfattet informasjon til fastlegene som også omfatter informasjon om henvisning av pasienter til Pakkeforløp for kreft. Denne, samt diagnoseveilederne for kreft i bryst, lunge, prostata og tykk- og endetarmskreft og den generelle pasientinformasjonen er sendt alle landets fastleger i desember 2014. Også dette kan lastes ned på helsedirektoratet.no. Helsedirektoratet har etablert en egen e-postadresse, pakkeforlop@helsedirektoratet.no for helsepersonell. Helsepersonell oppfordres til å sende spørsmål de har eller kommentarer de ønsker å formidle til denne. Vi følger e-posten alle hverdager og svarer de aller fleste samme dag, alternativt så raskt vi har svar. Videre har Helsedirektoratet i januar og februar enkle annonser om Pakkeforløp for kreft med henvisning til våre nettsider i en rekke fagtidsskrifter for helsepersonell. Også Facebook og Twitter brukes aktivt som informasjonskanal mot både helsepersonell og befolkningen. Det er laget søkerord på Google som kanalisere flest mulig som søker på de aktuelle kreftformene eller pakkeforløp i Norge til helsenorge.no. Mot befolkningen benyttes enkle budskap om Pakkeforløp for kreft på Hvildepuls i perioden desember 2014 til juni 2015. Det er etablert monitorering og koding av pakkeforløpene i helseforetakene.

De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringsarbeidet i sin region. Sykehusene har etablert forløpskoordinatorer for de fire første pakkeforløpene. Oppgaven til forløpskoordinatorer er å sikre et forløp uten unødig ventetid for hver enkelt pasient. Koordinatorene har grundig kjennskap til pakkeforløpet og til det Pasientadministrative systemet (PAS), og de aller fleste er erfarne sykepleiere. Koordinatorene har de fleste steder myndighet og kompetanse til å bestille undersø-

kelser i henhold til det eller de pakkeforløpene koordinator arbeider med. Forløpskoordinatorer er pasientenes kontaktpunkt i sykehuset under utredningen, og er lett tilgjengelig for pasienter og fastleger. Erfaringene med forløpskoordinatorer så langt er at de er avgjørende for gode forløp.

De aller fleste sykehus har god og lett tilgjengelig informasjon på sine nettsider om den lokale innføringen av pakkeforløpene, inkludert telefonnummer til forløpskoordinatorer for de ulike pakkeforløpene. De fleste sykehusene har i tillegg til lokal spesifikk informasjon også den generelle informasjonen utarbeidet av Helsedirektoratet på sine nettsider, eller henvisning til denne informasjonen. En rekke sykehus har arrangert egne møter med fastlegene de samarbeider med. Praksiskonsulentene er sentrale i disse møtene.

Så langt synes implementeringen av pakkeforløpene å være godt i gang de fleste steder, men det er utfordringer. Spesielt rapporteres det om utfordringer knyttet til koding og monitorering, overføring av pasienter mellom sykehus, samt henvisning fra fastleger der dette ikke kan gjøres elektronisk.

Veien videre

1. mai implementeres 10 nye Pakkeforløp for kreft i helsetjenesten. Utarbeidelsen av disse, samt diagnoseveiledere og pasientinformasjon er i sluttfasen og vil bli sendt helseforetakene før påske. Alle landets fastleger vil få tilsendt diagnoseveilederne og pasientinformasjonene for disse pakkeforløpene. 1. september implementeres 14 nye pakkeforløp. For disse planlegges tilsvarende materiale som beskrevet over. Alt vil fortløpende publiseres på helsedirektoratet.no, både som utskriftvennlige PDF-filer og i elektroniske versjoner. Det arbeides også med at alle diagnoseveilederne etter hvert skal kunne lastes direkte inn i fastlegenes EPJ, uavhengig av leverandør.

Det arbeides videre med forbedring av monitorering og koding av forløpstider i sykehusene. Helsedirektoratet har en koordinerende rolle i dette arbeidet. Målet er enklere kodeprosedyrer, samt etablering av bedre systemer for systematisk oppfølging av forløpene i det enkelte helseforetak. Det arbeides også med at avtalespesialistene som en del av spesialisthelsetjenesten skal få en tydeligere rolle i pakkeforløpene.

■ ANNE.HAFSTAD@HELSEDIR.NO

Innføring av HPV-test i primærscreening i fire

■ TRUDE ANDREASSEN • Prosjektleder HPV-test i primærscreening, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og Kreftregisteret

Livmorhalskreft

Livmorhalskreft er globalt den fjerde vanligste kreftformen hos kvinner etter bryst- og tarmkreft (Cancer research UK). På verdensbasis får årlig rundt 530 000 kvinner livmorhalskreft, og så mange som 270 000 kvinner dør (Arbyn et al, 2011). I Norge får om lag 300 kvinner livmorhalskreft hvert år der halvparten av disse er under 50 år. I 2012 døde 68 norske kvinner av livmorhalskreft (Skare og Lönnberg 2014).

HPV

Humant papillomavirus (HPV) er et DNA-virus som ble satt i sammenheng med utvikling av livmorhalskreft av Harald Zur Hausen i 1976. Det er påvist over 150 typer av viruset hvorav 16 er såkalte høyrisikotyper (hr). Disse hrHPV-typerne er HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82 (Munoz et al 2003). Infeksjon med hrHPV kan føre til livmorhalskreft. Det finnes over 130 HPV-typer som er ufarlige eller lavgradige. To av de lavgradige typene (HPV 6 og 11) kan føre til kondylomer (Munoz et al 2010).

HPV overføres via seksuell kontakt og så mange som 70 prosent av alle seksuelt aktive kvinner og menn blir smittet med en eller annen type HPV, en eller flere ganger i løpet av livet (Zandberg et al, 2013). De aller fleste HPV-infeksjoner går over av seg selv i løpet av 6 mnd til et par år uten at det fører til sykdom (Rodriguez et al 2010). HPV kan sees på som en asymptomatisk underlivsinfeksjon.

Livmorhalskreft utvikler seg via celleforandringer som enten kan være atypiske celleforandringer (ASCUS) eller lavgradige celleforandringer (LSIL), til forstadier som klassifiseres fra CIN I til CIN II+, til kreft. Det tar normalt fra 10–15 år fra man er smittet med viruset til kreft eventuelt oppstår (Holowaty 1999). Alle stadiene før kreft oppstår kan gå i spontan regress.

Hva som gjør at noen utvikler celleforandringer og forstadier og kreft vet man ikke. Derfor har man valgt å følge med på alle lette celleforandringer (ASCUS /LSIL), mens behandling tilbys alle kvinner som har CIN 2/3 for å stoppe kreftutvikling (Nygård et al, 2013).

Forebyggende tiltak

Det finnes primærforebyggende tiltak mot HPV-smitte og sekundærforebyggende tiltak mot utvikling av livmorhalskreft. Det primærforebyggende tiltaket er HPV-vaksinasjon som ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 2009 som en frivillig vaksine til alle jenter på 12 år. Det sekundærforebyggende tiltaket ble innført i Norge i 1995 i form av et nasjonalt organisert screeningprogram der man leter etter HPV-infeksjoner, celleforandringer, forstadier og kreft.

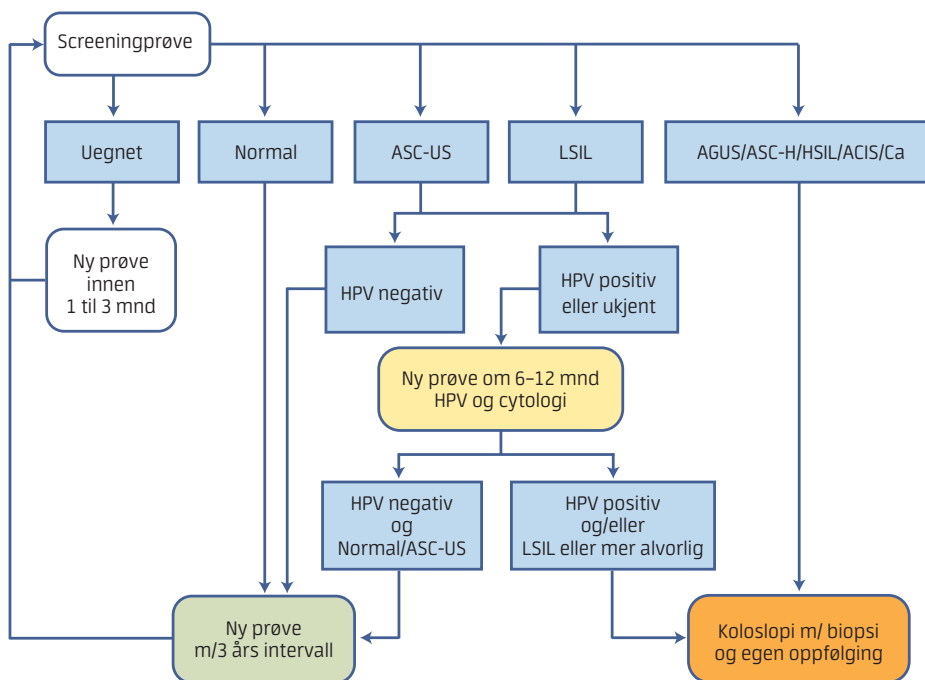
Screening

På 1950-tallet kom teknikken med celleprøvetaking for påvisning av forstadier til kreft i livmorhalsen til Norge. I starten når denne teknikken ble tatt i bruk, var prøvetakingen usystematisk og initiert av den enkelte lege, eller av kvinnen selv. Antall tilfeller av livmorhalskreft ble redusert da celleprøve ble tatt i bruk, men reduksjonen stoppet opp rundt 1990-tallet, til tross for et økende antall celleprøver. Det ble derfor

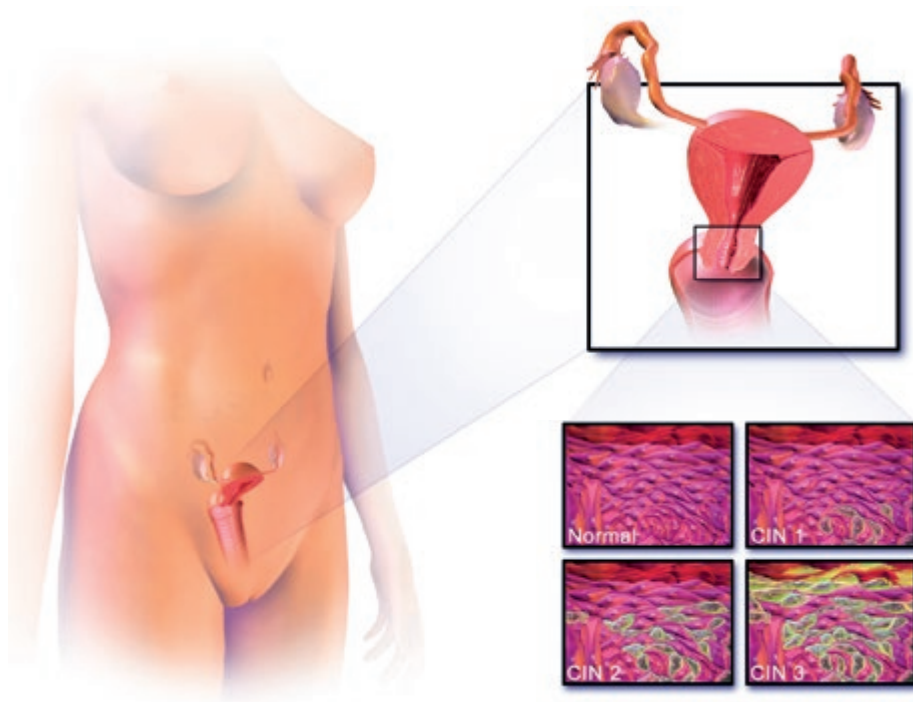
besluttet at screeningen skulle settes i system (Haldorsen 2008; Nygård 2002).

I 1995 startet Kreftregisteret opp et nasjonalt screeningprogram, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (heretter livmorhalsprogrammet). Kreftregisteret står for den daglige drift av livmorhalsprogrammet, og mottar rapportering fra alle landets patologiavdelinger for sentral registrering av data. Livmorhalsprogrammet er et samarbeid mellom Helsedirektoratet, landets patologi- og mikrobiologiavdelinger, landets prøvetakende leger, Folkehelseinstituttet og Kreftregisteret. Faglige anbefalinger for hvordan screening og oppfølging og utredning av unormale celleprøver skal gjennomføres, utarbeides av Kreftregisteret i samarbeid med en ekstern faggruppe, Rådgivningsgruppen, før beslutning fattes i en Styringsgruppe. Retningslinjer for behandling og oppfølging etter behandling inngår i Veileder i Gynekologisk onkologi. Rådgivningsgruppen og Styringsgruppen er opprettet for å ivareta livmorhalsprogrammets målsetting som er å redusere forekomst og dødelighet av

FIGUR 1: Flytskjema for dagens screeningprogram mot livmorhalskreft for kvinner 25–69 år.



fylker fra 2015



Væskebaserte celleprøver tas fra livmorhalsen. Dette materialet kan både HPV-testes og/eller analyseres cytologisk. Forandringene er her illustrert som histologiske diagnoser stilt etter kolposkopi med biopsi. ILLUSTRASJON: WWW.QUICKWIKI.COM

livmorhalskreft ved optimal ressursutnyttelse. Anbefalingene for hvordan screeningen skal gjennomføres, samles i en algoritme med tilhørende notater som har status som en nasjonal retningslinje, vedtatt av Helsedirektoratet.

En forutsetning for iverksettingen av livmorhalsprogrammet var etablering av et cytologiregister der samtlige celleprøver, som tas fra kvinners livmorhals, registreres. Den livmorhalskreftforebyggende effekten av livmorhalsprogrammet er evaluert gjentatte ganger ved hjelp av data fra Kreftregisteret. Evalueringene viser at livmorhalsprogrammet har en positiv effekt. Siden 70-tallet har insidensen av livmorhalskreft blitt redusert med 50 prosent mens dødeligheten har blitt redusert med 70 prosent. Man antar at uten et organisert screeningprogram ville vi hatt rundt tre ganger flere livmorhalskrefttilfeller pr. år, i Norge (Vaccarella et al 2014).

Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet er rettet mot kvinner i alderen 25–69 år. Informasjon om

programmet sendes til alle kvinner det året de fyller 25 år. Livmorhalsprogrammet er et frivillig helsetjenestetilbud som det er opp til den enkelte kvinne om hun vil benytte seg av. Via programmet anbefales kvinner å gå til screening hvert tredje år. I livmorhalsprogrammet er prøvetakingen integrert i det offentlige helsetjenestetilbudet og kvinnen må selv bestille time hos sin fastlege for å få tatt en celleprøve fra livmorhalsen. Celleprøver som tas undersøkes i mikroskop for celleforandringer. Celleprøveanalysen kan avdekke celleforandringer som krever videre oppfølging, eller alvorlige celleforandringer som kan føre til livmorhalskreft. Kvinner som deltar i programmet tilbys effektiv behandling der alvorlige celleforandringer oppdages.

Årlig er 400 000 kvinner i målgruppen for livmorhalscreening i Norge. Kreftregisteret sender påminnelse til kvinner når det nærmer seg tid for ny screeningrunde. Deltakelsen til Masseundersøkelsen er på 78 prosent, målt etter fem år. Av kvinner som deltar i Livmorhalsprogrammet fanges det årlig opp 10 000 kvinner med celle-

forandringer som krever behandling eller videre oppfølging, og 3000 kvinner får årlig utført konisering (Skare et al, 2014).

HPV-test, en ny analyse-metode benyttet i Livmorhalsprogrammet

I år 2005 ble HPV-test tatt i bruk i livmorhalsprogrammet som en tilleggs-test for hjelp til å finne de kvinnene som krever behandling eller videre oppfølging, og de kvinnene som trygt kan gå tilbake til screening hvert tredje år. Denne bruken av HPV-test kalles sekundærscreening, det vil si at HPV-test brukes som test nummer to etter at det er funnet celleforandringer (cytologi).

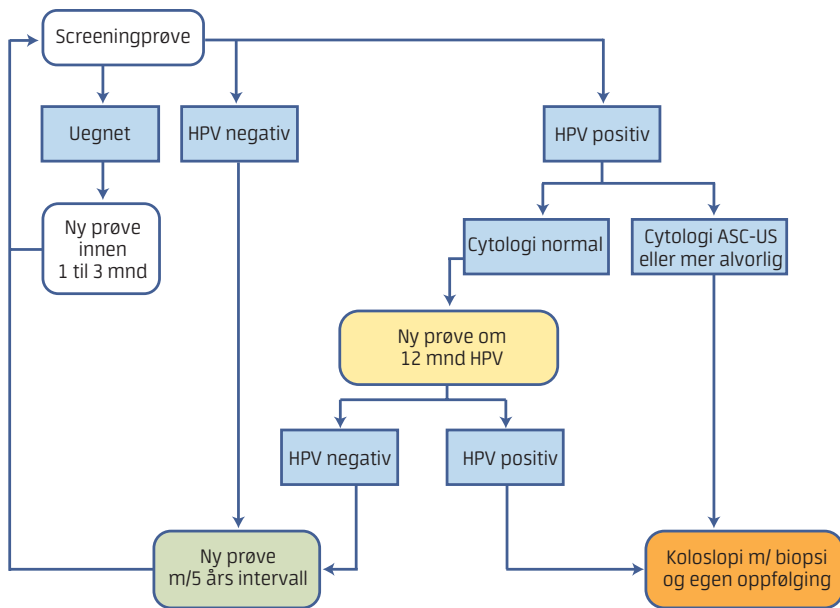
Det finnes i dag solid internasjonal kunnskap basert på randomiserte studier om at HPV-test bør benyttes i primærscreening mot livmorhalskreft, og at cytologi kun gjøres i de tilfeller der HPV-testen er positiv. Grunnen til dette er at en HPV-test er mer sensitiv for å oppdage forstadier sammenlignet med cytologi. Studier (Ronco et al, 2013) viser at et HPV-basert screeningprogram kan føre til opp mot 40 prosent bedre beskyttelse mot livmorhalskreft, sammenlignet med et cytologibasert program.

Helsedirektoratet har på bakgrunn av denne kunnskapen, sammen med en norsk arbeidsgruppes anbefalinger (Nygård et al, 2013) gitt Kreftregisteret i oppdrag å forberede en omlegging av dagens screeningprogram mot livmorhalskreft fra å være basert på cytologisk prøve til å være basert på HPV-test i primærscreening.

HPV-test i primærscreening

Kreftregisteret forberedte i år 2014 innføring av HPV-test i primærscreening, med oppstart våren 2015. HPV-test i primærscreening skal innføres i et randomisert design i fire fylker (Hordaland, Rogaland, Nord og Sør-Trøndelag) til kvinner i alderen 34–69 år. Kvinner skal pseudo-randomiseres til de to ulike screeningmetodene (dagens metode og ny metode) basert på fødselsdato. Kvinner som er født på en partallsdag skal tilbys den nye testmetoden, HPV-test, og kommer da i HPV-armen. Kvinner som er født på en oddetallsdag skal tilbys dagens metode, cytologi, og kommer da i cytologi-armen. Implementeringen gjøres pseudo-randomisert for å muliggjøre evaluering på gitte indikatorer og endepunkter.

Alle kvinner i alderen 25–33 år vil få sine celleprøver analysert som i dag med cytologi. Grunnen til at kvinner i alderen 25–33 år anbefales å fortsette med dagens cytologibaserte program, er at forbigående HPV-infeksjon er svært vanlig i denne alderskorten. HPV-test benyttet i denne alders-



FIGUR 2: Flytdiagram for HPV-test i primærscreening.

gruppen vil derfor føre til en høy andel positive tester med liten klinisk signifikans. Den totale positivitetsraten er lavere blant kvinner i aldersgruppen 34–69 år og en høyere andel av infeksjonene vil være klinisk relevante persisterende infeksjoner.

Da HPV-test er en mer sensitiv metode enn cytologi kan kvinner som tilbys HPV-test, forlenge sitt screeningintervall til hvert fem år. De som analyseres med cytologi som primærttest-metode må fortsette med et screeningintervall på tre år (Nygård et al. 2013).

Informasjonskampanjer

Før Kreftregisteret iverksetter den nye metoden er det viktig at kvinner som bor i de fire fylkene får informasjon om den kommende endringen. Kvinnene skal gis rett til å si «nei-takk» til å få sin celleprøve analysert med HPV-test, og kan da velge å få celleprøven analysert ved hjelp av dagens metode. For at kvinner skal kunne ta et reelt valg, må de ha mottatt informasjon som gjør at de forstår budskapet som formidles. Kreftregisteret har derfor iverksatt en omfattende informasjonskampanje og jobber med å utarbeide informasjon som både når fram til de aktuelle kvinnene, og som gjør at kvinner forstår hva de formidles.

Dersom kvinnen ikke ønsker å få sin celleprøve HPV-testet i primærscreening må hun signere et skjema som hun får tilsendt sammen med påminnelsen hun får fra Kreftregisteret to måneder før hun normalt skal ta en ny screeningprøve. Dersom kvinner kommer til sin fastlege uten dette

skjemaet samtidig som de ikke ønsker å komme i HPV-armen, må fastlegen skrive ut dette skjemaet fra Kreftregisterets hjemmeside. Skjemaet må følge kvinnens prøve til laboratoriet slik at hun ikke randomiseres i feil arm.

Kreftregisteret vil sende en informasjonspakke om den kommende implementeringen til alle fastleger og avtalespesialister i de fire fylkene i god tid før implementeringsstart. I denne pakken vil det foreligge informasjon til legen, informasjon som legen kan gi til kvinnen, en plakat som kan henges opp på legekontoret samt link til hvor skjema for de kvinner som ikke vil i HPV-armen kan skrives ut.

Det forberedende året 2014

I 2014 har Kreftregisteret forberedt implementering av HPV-test i primærscreening. Det er i den forbindelse nedsatt to arbeidsgrupper. Prosjektets faglige innhold forankres i et Faglig Panel. Den andre arbeidsgruppen er en praksisforberedende gruppe som er nedsatt for å bistå alle forberedelsene som skal gjøre i laboratoriene og i Kreftregisteret i forkant av implementeringen. Faglig panel og praksisforberedende gruppe skal til sammen bestå av mikrobiolog, patolog, gynekolog, cytolog, leder for Livmorhalsprogrammet og prosjektleder.

Myndighetsforankring skjer i Helsedirektoratet ved at prosjektleder legger frem de ulike delene av prosjektet som har behov for myndighetsforankring i Styringsgruppen for Livmorhalsprogrammet.

Innføring av HPV-test i primærscreening

har som mål å redusere forekomsten av behandlingstrengende forstadier til livmorhalskreft og livmorhalskreft.

Hvorfor innføres HPV-test i primærscreening innen et randomisert design

Grunnen til at implementeringen skal innføres innen et randomisert design til halvparten av kvinnene i alderen 34–69 år i kun fire fylker er sammensatt. For det første ønsker man å muliggjøre evaluering av implementeringen. Dette er viktig for å forsikre seg om at eventuelle endringen i endepunkter og prosessindikatorer kan relateres til den nye screeningalgoritmen. En gradvis implementering vil også gi et grunnlag for kvalitetssikret innføring.

En individuell randomisering vil være den beste måten å kvalitetssikre implementeringen med grundig evaluering av effekten på helsetjenestens funksjoner. Grunnen til dette er at forekomsten av forstadier til livmorhalskreft varierer mellom ulike regioner i landet. En sammenligning av fylker vil derfor ikke gi den kunnskapen som randomisering innad i et fylke vil kunne gi. Uten randomisering vil en umuliggjøre evaluering hvis endringer skulle skje over tid.

Implementering av HPV-test i primærscreening vil kunne føre til at flere kvinner med celleforandringer detekteres, noe som igjen vil føre til en økning i antall kolposkopier og biopsier. Et randomisert design kan gi svar på om dette vil skje i det virkelige liv. En gradvis implementering vil også kunne avdekke utfordringer som kliniske randomiserte studier ikke har fanget opp (Nygård et al, 2013).

Hvorfor innføres HPV-test i primærscreening i fire fylker:

Grunnen til at vi starter med primærscreening i fire fylker er at en overgang til HPV-test i primærscreening i hele landet vil medføre en betydelig omlegging av laboratorievirksomheten. Det vil være behov for betydelig nedtrapping av cytologivirksomheten i de 18 laboratoriene som i dag analyserer celleprøve og HPV-tester tatt som ledd i livmorhalsprogrammet. Antall cytologiske prøver vil ved en landsdekkende innføring reduseres fra 400 000 til rundt 100 000 mens antall HPV-tester vil økes fra 10 000 i dag til 200 000 (Vogt et al 2012).

HPV-test i primærscreening krever også at alle laboratorier har gått over til væskebasert cytologi, noe bare halvparten av la-

boratoriene har gjort i dag. En innføring krever omstilling, noe som tar tid, samtidig som omskolering er nødvendig for å opprettholde kompetanse og kvalitet i laboratoriene.

Implementeringen er en kommunikasjonsmessig utfordring både hva angår budskapet som skal formidles og måten dette skal gjøres på. Ved å implementere den nye metoden gradvis kan vi skaffe oss kunnskap om hvordan dette på best mulig måte kan kommuniseres til befolkningen.

I dag tas det celleprøver hvert tredje år. Den foreslåtte implementeringen øker intervalleret fra tre til fem år for alle kvinner over 34 år. Ved en samtidig implementering i hele landet ville dette medføre at hele screeningpopulasjonen rulles inn i det nye fem-års intervall i løpet av tre år.

Samlet sett vil en forsiktig implementering bidra til at man kan evaluere at HPV-test i primærskreining fungerer slik det skal, samtidig som infrastrukturen og informasjonsutleveringen kan kvalitetssikres.

Evaluering

Implementeringen vil vare fra våren 2015 til 31.12.18. Trønderfylkene starter opp 01.02.15 mens Rogaland og Hordaland star-

ter opp 01.04.15. Det er laget egne evalueringsplaner. Fra og med 2016 skal det åpnes for at andre fylker kan ta del i implementeringen. Egne søknader skal utformes for dette formålet.

Før utgangen av 2018 skal det avgjøres om HPV-test i primærskreining skal innføres som nasjonalt screeningprogram for alle kvinner i Norge.

REFERANSE

1. Arbyn M, Castellsague X, de Sanjose S, et al. Worldwide burden of cervical cancer in 2008. *Ann Oncol* 2011; 22(12): 2675–86.
2. Cancer Research UK, Cervical cancer incidence statistics, tilgjengelig fra: <http://www.cancerresearchuk.org/cancer-info/cancerstats/types/cervix/incidence/#By>.
3. Haldorsen T, Skare GB, Steen R, et al. Cervical cancer after 10 years of nationally coordinated screening. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128(6): 682–5.
4. Holowaty P, Miller A B, Rohan T, To T. Natural History of Dysplasia of the Uterine Cervix, *JNCI*, vol 91, No 3, February 3, 1999.
5. Munoz N, Bosch FX, de Sanjose S, et al. Epidemiologic classification of human papillomavirus types associated with cervical cancer. *N Engl J Med* 2003; 348(6): 518–27.
6. Nygard JF, Skare GB, Thoresen SO. The cervical cancer screening programme in Norway, 1992–2000: changes in Pap smear coverage and incidence of cervical cancer. *J Med Screen* 2002; 9(2): 86–91.
7. Nygård M, Andreassen T, Berland J, et al. HPV-test i primærskreining livmorhalskreft. Kontrollert implementering og evaluering av helsetjeneste. Oslo; Helsedirektoratet 2013.
8. Munoz N, Kjaer SK, Sigurdsson K, et al. Impact of human papillomavirus (HPV)-6/11/16/18 vaccine on all HPV-associated genital diseases in young women. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102(5): 325–39.
9. Rodriguez AC, Schiffman M, Herrero R, et al. Longitudinal study of human papillomavirus persistence and cervical intraepithelial neoplasia grade 2/3: critical role of duration of infection. *J Natl Cancer Inst* 2010; 102(5): 315–24.
10. Ronco G, Dillner J, Elfstrom KM, et al. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2013.
11. Skare G.B, Lönnberg S, Årsrapport 2012, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Oslo; Kreftregisteret, 2014.
12. Vaccarella S, Franceschi S, Engholm G, Lönnberg S, Khan S, Bray F. 50 years of screening in the Nordic countries: quantifying the effects on cervical cancer incidence. *Br J Cancer*. 2014 Aug 26; 111(5): 965–9. doi: 10.1038/bjc.2014.362. Epub 2014 Jul 3.
13. Vogt C, Eide M L, Hagmar B et al. Fremtidig organisering av celleprøver i laboratorier. En rapport utarbeidet av gruppe Fremtid. Oslo; Helsedirektoratet 2013.
14. Zandberg DP, Bhargava R, Badin S, et al. The role of human papillomavirus in nongenital cancers. *CA: a cancer journal for clinicians* 2013; 63(1): 57–81.

■ TRUDE.ANDREASSEN@KREFTREGISTERET.NO

Diabetiske komplika – onde sirkler eller mangelfull

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

Forekomsten av diabetes II blant innvandrere er stor og økende, og behandlingen i mange tilfeller krevende. Mange oppnår ikke adekvat kontroll av blodsukkeret, og risikoen for komplikasjoner er stor. Denne artikkelen vil belyse enkelte problemstillinger som kan gjøre seg gjeldende blant innvandrere fra Sør-Asia.

De siste 25 år har forekomsten av diabetes II økt kraftig i store deler av verden. Mest urovekkende er økningen i lav- og middelinntektsland, særlig på landsbygda (1), men det er stor variasjon i og mellom ulike land og folkeslag (2–5). Flere studier har vist at etniske minoriteter rammes sterkt (2) og at risikoen for å utvikle sykdommen øker ved flytting fra land til by (6) eller fra lavinntektsland til høynntektsland (7).

I Norge er sykdommen utbredt blant innvandrere fra bl.a. Tyrkia, Pakistan, Sri Lanka, og Vietnam og særlig er forekomsten høy blant kvinner (8, 9). 14 ganger så mange kvinner av pakistansk opprinnelse rapporterer om diabetes sammenliknet med innfødt norske (9).

En rekke faktorer bidrar til den høye forekomsten av diabetes II blant innvandrere fra Sør-Asia. Bl.a. er det i denne folkegruppen påvist svakere insulinfølsomhet, tendens til β -celle dysfunksjon, forholdsvis mye abdominalt fettvev med høye nivåer av leptin og cytokiner (CRP), men lavere nivå av det beskyttende hormonet adiponectin (10, 11). I tillegg kommer forhold knyttet til urbanisering og migrasjon som både kan medføre et betydelig (akkulturasjons)stress og forsterke uheldige sider ved kostholdet (12–14).

Ikke bare finnes stor variasjon i forekomst av sykdommen. Ulike komplikasjoner er også ulikt fordelt i ulike folkegrupper. I denne artikkelen vil jeg rette oppmerksomheten mot sørasiater. Det er flere grunner til det. For det første synes sykdommen å være mer aggressiv i denne gruppen. De utvikler aterosklerose tidligere, risikoen for hjerte- og karsykdom er økt, og første hjerteinfarkt opptrer i gjennomsnitt fem år tidligere enn hos kaukasiere (15, 16). For denne gruppen ser det dessuten ut til at vedvarende hyperglykemi har spesielt stor negativ innvirkning på hjertets autonome funksjon (17, 18). Sammenliknet med kaukasiere har sørasiater dessuten økt tendens til hjerneslag. Når det gjelder mikrovaskulære komplikasjoner, er risikoen for nyresykdom og retinopati økt, mens (perifere) nevropatier er forholdsvis sjeldne (6). Sann-

synligheten for at det utvikles aterosklerose i beina – og således risikoen for amputasjoner – er også noe lavere (15). Enkelte av disse forholdene aktualiseres og illustreres i den følgende kasuistikken.

Bibis historie

Bibi er en pakistansk-norsk kvinne i femti-årene. Hun kontaktet meg fordi hun ønsket å formidle noen erfaringer fra sitt liv med diabetes. Bibi snakker flytende norsk, og samtykket i at det ble gjort opptak av samtalen. Deler av hennes fortelling gjengis i det følgende, men først litt bakgrunnsinformasjon. Hun ble født og vokste opp på landsbygda et godt stykke utenfor Lahore. Etter å ha giftet seg med en norskpakistansk mann, kom hun til Norge på 70-tallet, og i løpet av de neste ti år fødte hun fire barn. Mens hun var høygravid med den siste, fikk hun påvist svangerskapsdiabetes, og kort tid etter fødselen kom sykdommen tilbake. Den ble først holdt i sjakk med diett, men etter hvert økte problemene på, og hun måtte begynne med medisiner: Glucophage (metformin) tabletter, etter hvert i kombinasjon med insulin. De siste årene har hun brukt Insulatard kombinert med NovoRapid. Hennes fastlege lærte henne å måle blodsukkeret selv, og hun regulerer selv insulin dosen når det trengs. Dette er ikke spesielt. Behandlingen er «etter boken», men, som hun selv forteller, det er ikke alltid så lett:

Blodsukkeret går opp og ned. Det er høyt og lavt. Før hadde jeg en jobb. Jeg jobbet med mennesker, noe jeg likte veldig godt, og jeg gledet meg hver dag til å gå på jobben. Dessuten var jeg mye ute. Jeg likte å være ute – gå lange turer. Men nå har jeg fått forkalkninger i knærne og klarer ikke det lenger. Det er ikke det – jeg går ut to eller tre ganger hver dag, gjerne sammen med mannen min, men jeg blir fort sliten. Bare fem minutter på kjøkkenet gjør meg sliten. Jeg blir så svak. Det er vanskelig å reise seg også. Beina klarer ikke... og noen ganger får jeg vann i knærne... (pause) Jeg har fått uførepensjon, men jeg klarer heller ikke sitte hjemme.

HOVEDBUDSKAP

- Både forekomsten av diabetes II og tendensen til å utvikle komplikasjoner varierer sterkt mellom ulike innvandringsgrupper, og risikoen er spesielt stor hos sørasiater.
- Ulike forhold i pasientens omgivelser betyr trolig mer for sykdomsutviklingen enn genetiske faktorer. Spesielt bør en være oppmerksom på kostendringer, fysisk aktivitet og forhold ved migrasjonen som medfører økt stressnivå.
- Legene kan bidra til å utsette både sykdomsdebut og utvikling av komplikasjoner ved å tilrettelegge for at pasienten oppnår optimal glykemisk kontroll.
- Mange pasienter har god innsikt i hvilke faktorer som påvirker deres sykdom og også kunnskap om tradisjonell behandling og sunn kost. Slik kunnskap bør lokkes frem og anerkjennes, eventuelt utfordres eller suppleres.
- For å sikre adekvat hjelp til den stadig voksende gruppen diabetikere, vil det i stigende grad bli nødvendig å sette i gang kultursensitive tiltak på gruppenivå. Slike tiltak bør være både opplysende og støttende.



sjoner kontroll?

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

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

Vi står her overfor flere problemstillinger som det er verdt å legge merke til. For det første får vi inntrykk av et svingende blodsukkernivå. For det andre plages Bibi av uttalt trettbarhet, og for det tredje har hun fått artroseforandringer i knærne som gjør fysisk aktivitet vanskelig. Før hun forteller videre, skal vi se litt nærmere disse forholdene.

Diabetes og kardiale komplikasjoner

Enkelte nyere undersøkelser viser at et sterkt svingende blodsukker, som hos type 2-diabetikere kan finne sted selv ved normalt HbA1c, gjerne medfører økt oksidativt stress og lavgradig inflammasjon – begge sentrale faktorer i utviklingen av diabetiske komplikasjoner (19). Svingende blodsukker kan i seg selv medføre trettthet og redusert aktivitet (20), men i Bibis tilfelle er det nærliggende å se tretttheten hun forteller om i sammenheng med den økte tendensen til forstyrrelser i hjertets autonome funksjon som en ofte ser hos sørasiater (16, 17). Slik funksjonssvikt kan oppstå uavhengig av koronar aterosklerose, og antas å ha sammenheng med den sterke bindingen mellom HbA1c og oksygen. En forhøyet verdi av HbA1c (> 7 prosent) vil således medføre redusert oksygentransport til hjertemuskulaturen. Resultatet blir at ventrikkelens kontraktile respons hemmes, arbeidskapasiteten reduseres og risikoen for koronarsykdom øker (17,21). Likevel kan det se ut som om Bibi er mer opptatt av plagene fra knærne.

Diabetes og artrose

Artrose er en vanlig sykdom. Forekomsten øker med alderen, og kvinner, særlig etter overgangsalder, rammes hyppigere enn menn. Tidligere ble tilstanden gjerne oppfattet som et resultat av fysisk belastning (for eksempel overvekt eller tungt, ensidig arbeid), tidligere skader eller høy alder. Men i det siste har metabolske forhold kommet i søkelyset (22–27), og man vet i



ILLUSTRASJONSFOTO



dag at fettvev ikke bare er et passivt energilager, men fungerer som et endokrint organ og produserer bl.a. ulike adipokiner, som for eksempel leptin. Dette hormonet har vist seg å spille en viktig rolle i utviklingen av både diabetes og artrose (11, 18). For eksempel er det påvist direkte sammenheng mellom BMI, grad av bruske degenerasjon og konsentrasjon av leptin i leddvesken (24). Det er dessuten velkjent at artrose forekommer spesielt hyppig blant diabetikere og at begge bedres ved vektreduksjon (28–30). Nå virket ikke Bibi spesielt overvektig, men asiater har, som nevnt, forholdsvis mye abdominalt, leptinproduserende fettvev. I denne gruppen vil derfor selv lett vektøkning øke risikoen for både diabetes og gonartrose betraktelig (32)¹. Nylig er det også kommet kliniske studier som viser at mangelfull diabetesregulering medfører økte smerter og nedsatt leddfunksjon hos pasienter med gonartrose (31).

Sammenhengen mellom Bibis kneplager og diabetes er ut fra dette neppe tilfeldig. Viktigere er det imidlertid at den reduserte fysiske aktiviteten – som følge av økt tretthet og knesmerter – gjør det vanskelig for Bibi å oppnå tilfredsstillende blodsukkerkontroll, og at dette i sin tur forverrer hennes plager. Det blir en «ond sirkel». Og det er ikke hennes eneste problem. Hun forteller videre:

Og så blir jeg sint og sur – kanskje på grunn av sukkersyken. Da vil jeg ikke snakke med andre. Jeg vet ikke hvorfor, men jeg blir helt stille. Det er nesten som å gråte. Og når jeg våkner om morgenen er blodsukkeret gjerne på 16–17. Da må jeg regulere insulin dosen, to–tre enheter, og så sjekker jeg blodsukkeret igjen etter en stund. Men jeg må være forsiktig med maten. Chapati er farlig! Der som jeg spiser mer enn en halv chapati, går blodsukkeret rett til værs. Jeg må også være forsiktig med ris. Derfor spiser jeg mye «norsk mat» – fisk og grønnsaker, av og til litt frukt, noen ganger en kake, men da må jeg ta ekstra insulin.

Diett

Flere studier viser at migrasjon kan medføre betydelige endringer i kostholdet. En rekke faktorer, som for eksempel hvilket land en kommer fra og om en kommer fra byen eller landsbygda, gjør seg gjeldende. Likeså andre sosiale, økonomiske og kulturelle forhold. Men det gjør også livssituasjonen i landet en kommer til. Ved inn-

¹ I denne gruppen predikerer livvidde diabetes II bedre enn BMI. Risikoen øker betydelig når livvidden overstiger 72–75 cm, mens tilsvarende verdi for kaukasiske kvinner er 85–88 cm (33, 34)



Migrasjon kan medføre betydelige endringer i forhold til det vannte kostholdet. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

vandring fra lavinntektsland til høyinntektsland er det en tendens til at kaloriinntaket stiger, ettersom det brukes mer fett, sukker og salt i maten, mens inntaket av fiber synker (12, 14). Bak slike endringer skimtes travle dager, høyt stressnivå, få sosiale relasjoner, barn med egne preferanser og krav, usikkerhet når det gjelder råvarens kvalitet samt begrenset tilgang til tradisjonelle matvarer (13). Bibis historie er imidlertid lite typisk i så måte. Hun har lagt om kosten i tråd med vanlige kostråd og spiser mye «norsk mat». Det skal vi komme tilbake til.

Diabetes og depresjon

Men, får vi ikke her også inntrykk av en viss dystymi – en slags innesluttet depresjon? Det har lenge vært antatt at det må være sammenheng mellom diabetes og depresjon. Sammenhengen synes å være sterkere i lav- og middelinntektsland (35), men igjen er det uklart hva som er årsak og virkning. Det er ikke urimelig å tenke at det å få påvist en alvorlig kronisk sykdom kan gjøre at en blir lei seg. Det er heller ikke rart om de daglige anstrengelsene for å holde sykdommen i sjakk kan gjøre en motløs og tafatt. Men kan det også være slik at langvarige depresjoner utløser eller forverrer sukkersyke? En meta-analyse av ni longitudinelle studier (fra før 2005) konkluderer med at deprimerte mennesker faktisk har høyere risiko for å utvikle diabetes II (36, 37), og dette bekreftes av en nyere amerikansk studie (38). En registerstudie på asylsøkere til Nederland i perioden 2000–2008 viser imidlertid *ikke* en slik sammenheng. Men her fant man sammenheng mellom diabetes og PTSD, og denne var faktisk sterkere for dem som ikke sam-

tidig led av depresjon (39). Det kan stemme med en amerikansk undersøkelse som viste at både mistillit overfor andres velvilje og kronisk stress var sterkere assosiert med lavgradig inflammasjon (som disponerer for diabetes) enn depresjon (CES-D score) (40). Litteraturen er altså ikke entydig på dette punktet. Flere studier viser imidlertid at mortaliteten øker betydelig hos diabetikere som er deprimerte (41, 42).

Stress og bekymringer knyttet til hjemlandet

Men så er det at jeg tenker så mye. Dersom det er et problem i familien, tenker jeg hele tiden – tenker, tenker, tenker. Det er ikke det at jeg har så mye problemer. Mine barn og deres familie her har det bra. En sønn og svigerdatter bor hjemme hos oss. De har en jente på syv måneder, og jeg liker å være sammen med dem. Men mine foreldre og svigerforeldre bor i Pakistan. Det er ikke alltid så lett ... selv om de bor bra og har det de trenger. Det hender at de krangler ... og når jeg tenker og hodet er fullt av bekymringer, så går blodsukkeret opp! Jeg tenker på gamle dager. Det er ikke vonde minner, men nå kommer minnene helt automatisk, hver dag! Jeg har en mann som er flink, snill, og han hjelper meg, men også han blir trett av dette og sier: «Hvorfor snakker du ikke? Nå må du være litt glad!» Og min sønn sier: «Nå må du glemme, mamma, vær så snill!» Men jeg glemmer ikke gamle dager. Det jeg glemmer er det vi snakket om i går – eller i dag.

Diabetes og kognitive forstyrrelser

Vår hjerne er et energikrevende organ. Det er anslått at så mye som 25 prosent av glukoseforbruket skjer i hjernen, og insulin spiller her en viktig rolle både for næringsinntak og i vårt belønningssystem. Dess-



uten har det betydning for læring, hukommelse og selektiv oppmerksomhet (43). Forstyrrelser i energimetabolismen i hjernen, oksidativt stress, lavgradig inflammasjon og nedsatt insulinfølsomhet ser ut til å spille en viktig rolle i utviklingen av demens (44), og en studie viser at en mild form for kognitiv svikt (dvs. at lege, pasienten selv eller en sykepleier uttrykte bekymring for pasientens kognitive funksjon) forekommer hyppigere dersom diabetes II oppstår før 65 års alder, dersom sykdommen har vart mer enn 10 år, og spesielt ved insulinbehandling og tilstedeværelse av andre komplikasjoner (45). Andre studier har vist at risikoen for demensutvikling øker dersom pasienten samtidig er deprimeret (46,47). Den økte risikoen tilskrives gjerne et kronisk forhøyet HbA1c, og det er da ikke usannsynlig at bedret glykemisk kontroll vil bedre tilstanden (48).

Vi kan selvfølgelig ikke diagnostisere depresjon og/eller kognitiv svikt bare ut fra Bibis fortelling, men i lys av den økte risikoen, gir den en mistanke som nok burde vært utredet nærmere. Vi skal også merke oss at for Bibi er det ikke så mye situasjonen i Norge som bekymrer henne, men det som skjer blant hennes nærmeste i hjemlandet. Det er hun ikke alene om. En annen uttrykte det slik: «Dersom jeg har det bra her, tenker jeg på dem der hjemme som lider, og da får jeg også vondt. Når jeg har det vanskelig her, tenker jeg på hvor bra jeg hadde det der, og smerten blir større». Slike utsagn står i en viss kontrast til epidemiologiske undersøkelser som viser at tilknytning til opprinnelseslandet er av liten betydning for utvikling av sykdom (49). Men, folk er ulike. Bibis bekymringer stopper heller ikke der:

Noen ganger glemmer jeg å ta insulin. Og når jeg er på besøk hos noen eller på en fest, er det vanskelig. Jeg klarer ikke å ta sprøyte når noen ser på. Jeg må gå inn i et annet rom ... Noen ganger blir blodsukkeret alt for lavt, også. En dag da jeg gikk i butikken sammen med mannen min, begynte jeg å se dårlig og jeg ble helt slapp i hele kroppen. Etter hvert klarte jeg ikke å snakke. Tungen lystret ikke. Jeg kunne ikke der og da få målt blodsukkeret, men mannen min tok meg inn på kafeteriaen og gav meg litt juice å drikke, men så husker jeg ikke mer før jeg våknet i ambulansen. Da fortalte de at jeg hadde hatt et alvorlig tilfelle av føling, og at de hadde gitt meg en sprøyte i armen ... Jeg fikk god hjelp, men jeg blir litt redd ... Bibi stopper opp et øyeblikk. Så kommer det: Jeg vil så gjerne reise til Pakistan! Kanskje tar vi en tur til vinteren. Jeg vil så gjerne se mine foreldre igjen! Men det er vanskelig. Det er så stor forskjell her og der. Og hva skal jeg gjøre med insulinen? Den skal helst oppbevares litt kjølig, men der er det så varmt! Ofte langt over 30 grader – og jeg må reise i mange timer med bil fra flyplassen. Kanskje hjelper det å ha den i en kjølebagg? Dette er en stor bekymring for meg. Hele tiden tenker jeg på: Hvordan kan jeg passe på insulinen?! Noen ganger når jeg er hos legen, forteller han at kolesterolet mitt er for høyt, men at alt er bra og jeg trenger ikke komme tilbake på tre måneder. Han overlater hele kontrollen til meg ... og så tenker jeg på det!

Bibi beskriver her det som i litteraturen gjerne går under betegnelsen «glukose- og insulin-ekskursjoner» – et sterkt svingende blodsukker som til tider gir alarmerende hypoglykemi. I den nye ADVANCE-studien har en sett en sammenheng mellom hypoglykemi og makrovaskulære komplikasjoner, og det postuleres at forekomsten av hypoglykemiske episoder faktisk kan peke ut hvilke pasienter som er mest utsatt for dette. Selv om Bibis blodsukker må antas å ligge ganske høyt, er det derfor ikke sikkert at en strengere regulering ville bedret hennes situasjon. Men det er tydelig at den situasjonen hun befinner seg i medfører både angst for sykdommen og bekymring for hvordan hun skal kunne greie behandlingen, spesielt dersom hun skulle ta sjansen på en tur til hjemlandet. Spørsmålet er da om en overflatisk kontroll hos fastlegen hver tredje måned er tilstrekkelig. Bibi har selv merket at bekymringer fører til økning av blodsukkeret, og ut fra det hun forteller kan det virke som om hun hadde ønsket mer tid hos legen for å snakke igjennom sin situasjon. Kanskje fastlegen også burde innta en mer aktiv rolle, for eksempel når det gjelder å forklare sykdomssammenhenger og behandlingmuligheter.

En serie av onde sirkler

Bibi, som har levd med type 2-diabetes i over 30 år og som nå erfarer at visse komplikasjoner i stigende grad gjør seg gjeldende, forteller sin historie så vennlig og stillferdig at en virkelig må forsøke å gå med henne inn i de ulike situasjonene for å forstå hva dette kan dreie seg om. Hennes hensyn til andres behov er påfallende. Hun forstår mannen, som vil at hun skal være glad, og sønnen, som vil at hun skal glemme det som har vært. Og hun vil gjerne komme dem i møte, men klarer det ikke. Hun ønsker å hjelpe sin familie i hjemlandet, men er bekymret for å reise og føler seg maktløs. Interessen i, for sin egen del å utvikle nye og bedre behandlingsstrategier, kommer helt i bakgrunnen. Hvorvidt dette er et resultat av en «diabetisk personlighet» (50, 51), om det er betinget av et høyt blodsukkernivå (52), eller om det skyldes sosial eller kulturell påvirkning, kan vi vanskelig si noe om. Men en studie har vist at et høyt blodsukkernivå faktisk er assosiert med mindre angst og depresjon, mindre fiendtlighet, selvpåttatthet og sårbarhet, og større velvilje overfor andre. Dersom dette er riktig, kan det se ut som om Bibis høye blodsukkernivå faktisk har en funksjon. Det kan være at det gjør henne mindre bekymret, trist, sint og frustrert enn hun ellers ville ha vært – at hun føler seg mer vennlig stemt overfor sine omgivelser og bedre i stand til å håndtere stress. Med andre ord: Kan det være at det høye blodsukkeret faktisk beskytter Bibi mot negative emosjoner og fremmer hennes opplevelse av mestring?

Vi ser at i Bibis tilfelle veves biologiske, psykologiske, familiære, sosiale og kulturelle forhold sammen til et nett som det er svært vanskelig å komme fri fra, et nett som med tiden er festnet til på grunn av selvforsterkende, «onde» sirkler. For det første medfører dårlig blodsukkerregulering økt tretthet og leddproblemer, hvilket igjen fører til inaktivitet og redusert insulinfølsomhet som ytterligere forverrer tilstanden. For det andre kan det se ut til at Bibi er i ferd med å utvikle kognitiv svikt på grunn av vedvarende høyt blodsukkernivå. Paradoksalt nok kan tilførsel av eksogent insulin her kunne forverre denne svikten, ettersom kronisk perifer hyperinsulinemi gir nedsatt insulinopptak i hjernen, hukommelsesvan-sker og kognitiv svikt (45,53). For det tredje virker familieproblemer i hjemlandet stressende på henne. Hun har observert at blodsukkeret går til værs ved «bad news» og ønsker å reise hjem for med sine egne øyne å se hvordan tilstanden er. Men tanken på reisen bekymrer henne i en slik grad at hun



ILLUSTRASJONS FOTO



blir både motløs og deprimert. Når alt dette snøres sammen, er det ikke underlig om sykdommen progredierer.

Ulike behandlingsstrategier

Behov for tett oppfølging

Det er vist at både kognitiv funksjon og hjertets autonome funksjon bedres ved adekvat glykemisk kontroll (17, 21). I Bibis tilfelle har det vært vanskelig, og skrekken etter alvorlige hypoglykemiske anfall sitter i. Hun måler selv sitt blodsukker, og det er viktig. Men like viktig er det å få et bilde av hvordan nivået av HbA1c utvikler seg (57, 58). Det vet hun ikke noe om, og det er uklart om HbA1c i det hele tatt er blitt målt. I slike tilfeller vil det – i alle fall i perioder – neppe være tilstrekkelig med legekontroll hver tredje måned. Det handler ikke utelukkende om medikamentell behandling. For når legen, uten å måtte skynde seg, i komfortable omgivelser konsentrerer seg om pasienten, lytter til ham, undersøker ham nøye, forklarer hva som skjer og antyder veien videre, ligger det til rette for så vel god medisinsk behandling som betydelig placeboeffekt (54). Placebo er nemlig ikke bare noe vi må leve med og kontrollere for i kliniske studier, men noe vi kan optimalisere i pasientbehandlingen. Her er lege-pasientforholdet av største betydning. Det gjelder i høy grad også ved osteoartrose (55), hvor placebo effektivt reduserer smerter og stivhet og således bedrer funksjonsnivået – selv om effekten på røntgenfunnene uteblir (56).

Vektreduksjon og fysisk aktivitet

Mye tyder på at livsstilsendring i form av vektreduksjon (minst 7 prosent) og økt fysisk aktivitet av moderat intensitet, for eksempel hurtig gange i minst 150 min hver uke, kan bremse utviklingen av diabetes II like effektivt som metforminbehandling (82). Men selv friske innvandrere fra Sør-Asia synes å være lite fysisk aktive (83, 84), og selv de som ønsker livsstilsendring har vansker med å implementere råd om fysisk aktivitet i hverdagen. Mange anser det sågar som en ekstra byrde (85). En norsk studie viser at kvinner med pakistansk opprinnelse har spesielt lavt fysisk funksjonsnivå. Over 95 prosent rapporterte om smerter i muskelskjelettsystemet, spesielt i skuldre, armer og i leggene ved gange. Over 70 prosent om tretthet. De som rapporterte om smerter var også mer deprimerte og hadde hyppigere søvnproblemer (86).

For inaktive pakistanske menn fører økt fysisk aktivitet både til lavere insulinivå i blodet og redusert livvidde (87, 88). Om det



Måltidet uttrykker for mange felles verdier og etablerer kulturell identitet og styrker fellesskapet.

samme gjelder for kvinner, er mer usikkert. For dem kan det være nødvendig å legge til rette for felles turer, sørge for barnevakt, etc. (89). Ved depresjoner synes intens livsstilsintervensjon i form av vekttap å ha bedre virkning enn bare råd og informasjon (90). I begge tilfeller er støtte fra familien av stor betydning (84).

Kost og matkultur

Sørasiatisk kosthold beskrives som lavt inntak av umettede fettsyrer og fiber og høyt inntak av mettet fett, karbohydrater og transfett (1), et kosthold som er forbundet med nedsatt insulinfølsomhet og dyslipidemi. Man kunne her ønske at også positive sider ved det tradisjonelle sørasiatiske kostholdet i langt større grad ble fremhevet. På landsbygden, hvor forekomsten av hjerte- og karsykdom har vært lav, har det tradisjonelt vært et høyt inntak av fullkorn (i form av hvete, ris og hirse), belgfrukter (bønner og linser som er rike på linol- og α -linolensyre), sennepsolje (som er spesielt rik på omega-3-fettsyrer), samt chili, løk og hvitløk (antioksidanter) – en diett som kombinert med frisk frukt og grønnsaker beskytter mot hjertekarsykdom (59). I denne sammenhengen må også nevnes planter med regulerende virkning på blodsukkeret,

som gurkemeie (*curcuma longa* (60, 61) og bittergresskar (*momordica charantia*) (62). Alt dette er i dag mulig å skaffe i Norge, og kan være et verdifullt tilskudd til behandlingen. Vi vet ikke om Bibi har kunnskap om dette. Hun snakker i alle fall ikke om det, men fremhever «norsk mat». Det må vel da være fisken hun sikter til, siden det ikke er så vanlig å spise fisk der hun kommer fra. Men, det finnes utvilsomt sunne mattradisjoner også der hun kommer fra, og hjemme ville trolig tilfredsheten rundt matbordet bli større dersom hennes diett lettere lot seg forene med et tradisjonelt kosthold.

For kostholdet er ikke et individuelt anliggende – slett ikke i en sørasiatisk familie. For mange representerer den tradisjonelle kosten en betydelig kulturell verdi, og måltidet blir da et middel for å uttrykke spiritualitet og felles verdier og, ikke minst, for å etablere kulturell identitet og styrke fellesskapet. Det er således av stor betydning at leger og andre helsearbeidere forstår hvordan kostholdet påvirker og påvirkes av den sosiale og kulturelle konteksten, og tar det i betraktning ved utforming av tiltak. Spesielt viktig er det å forstå betydningen av slike kontekstuelle faktorer når den medisinske kunnskapen avviker fra pasientens oppfatning (63).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Medikamentell behandling

Medikamentell behandling av diabetes II er et omfattende tema, og det henvises her til nasjonale retningslinjer. Jeg skal bare antyde noen problemstillinger som er spesielt relevante for innvandrere fra Sør-Asia. God glykemisk kontroll er utvilsomt viktig også for disse, men en ny norsk undersøkelse viser at minoritetspasienter med diabetes i gjennomsnitt har høyere HbA1c enn innfødte norske (7,3–7,5 prosent versus 6,9 prosent), andelen med dårlig glykemisk kontroll (dvs. HbA1c > 9 prosent) er større (19,6 prosent, versus 5,6 prosent) og bare 56,1 prosent (versus 72,6 prosent av de innfødte norske) nådde behandlingsmålet, HbA1c < 7,5 prosent (64). Her er tydeligvis et stort forbedringspotensial. Hos sørasiater er risikoen for både hjerneslag og hjerteinfarkt betydelig større enn i andre etniske grupper. I denne sammenhengen er blodtrykkskontroll viktig, og det er vist betydelig reduksjon i både makro- og mikrovaskulære komplikasjoner ved blodtrykkreduksjon til 140 mm Hg (65). Aspirin (acetylsalicylsyre) som profylakse er omdiskutert (66,67). Mens enkelte studier har vist at aspirin kan redusere forekomsten av hjerneslag hos kvinner med diabetes og hjerteinfarkt hos menn med diabetes (65), har det vært reist tvil om hvorvidt

fordelene ved slik behandling oppveier risikoen. Tendensen går i dag mot en restriktiv bruk av aspirin til diabetespasienter uten kardiovaskulære komplikasjoner (67). I Bibis tilfelle, hvor gonartrose også er et problem, kunne vel en forsiktig bruk av antiflogistika likevel vært overveid.

Statiner ikke bare senker lipidnivået, men har gunstig effekt på blodplateaggregasjon, trombosedannelse, endotelfunksjon, lavgradig betennelse og plakstabilitet. Statiner reduserer således risikoen for kardiovaskulær sykdom betydelig (68–70). Når en vet at sørasiater har tendens til dysfunksjonelt HDL-kolesterol (71) og mindre og tettere LDL-partikler (72,73), kan det synes riktig å starte statinbehandling både tidlig og i forholdsvis høye doser. En dansk undersøkelse viser imidlertid at pakistanere, i likhet med enkelte andre innvandregrupper, bruker mindre statiner enn danskfødte, til tross for økt sykdomsrisiko. En forklaring på dette kan være at statinbehandling ofte gir bivirkninger i form av muskelsmerter, i enkelte studier opp til 24 prosent (74). Slike muskelsmerter ser ut til å forekomme særlig hos pasienter med lavt D-vitaminnivå (25-hydroxyvitamin-D < 26 ng/ml), men bedres når D-vitaminnivået korrigeres (75,76). Et adekvat D-vitaminnivå er også assosiert med bedret glykemisk kontroll (77–79), og en norsk forskergruppe har vist at når D-vitaminnivået hos diabetikere heves fra < 50 mmol/l til over 100 mmol/l, bedres også endotelets funksjon (80). Pr. i dag er der likevel neppe holdepunkter for å anbefale D-vitamintilskudd til diabetikere såfremt D-vitaminmangel ikke er påvist (81).

Fastlegens rolle

Ved kronisk sykdom bør allmennpraktikere ta rede på hvordan kulturen bidrar til å utforme symptomer og sykdomsattferd, vise interesse for så vel personlig mestring som tradisjonell behandling, og, ikke minst, utforske familieforhold som påvirker pasientens muligheter for tilpasning og akkulturasjon (91). Særlig er det grunn til oppmerksomhet når det gjelder pasientens opplevelse av sosial støtte (83).

Men en må også være oppmerksom på at mange innvandrerkvinner forblir tause om ikke-fysiske forhold ved helsen med mindre de blir spurt om livssituasjonen generelt, og selv da er det gjerne familiens helse – ikke kvinnens egen – som står i sentrum (92). Anerkjennelse av den enkeltes behov for å videreføre religiøs praksis, for eksempel faste under ramadan, kan i slike tilfeller være et godt utgangspunkt for videre samarbeid (93). En fornuftig bruk av tolkeres-

surser er et krav, men også en utfordring (96,97), og for dem som har bodd her lenge uten å ha funnet veien inn i storsamfunnet, kan det være nødvendig å finne frem til mer fleksible og kultursensitive tilnærminger, for eksempel gjennom å etablere samarbeid med ressurspersoner fra pasientens eget miljø (94,95). Enkelte har også sett god effekt av å sende korte påminnelser om behandlingsopplegg på SMS (84).

Vanlig undervisning om sukkersyke og hvordan den kan behandles synes å ha mindre effekt (84), men en norsk studie viser at et kulturelt tilpasset utdanningsprogram (InvaDiab-DEPLAN) basert på empowermentstrategier kan fungere godt (89). I dette opplegget blir pasientens egen erfaring og kunnskap lokket frem og anerkjent og deretter sammenholdt med mer evidensbasert veiledning og informasjon, bl.a. om kostens innvirkning på blodsukkeret og betydningen av fysisk aktivitet. Slik skapes en opplevelse av mestring.

Å leve med kronisk sykdom i familien kan til tider også være konfliktfylt, og i noen tilfeller bør legen overveie å dra hele familien inn i behandlingen (98). Om ikke andre tiltak fører frem, ser det ut til at det for noen kan være en løsning å flytte til et nabolag hvor forekomsten av diabetes er lavere (99). Å utforske pasientens sosiale forhold uten å bli for involvert i vedkommendes private anliggender kan til tider være vanskelig og blir av mange ansett som en kunst, men, som så ofte ellers, kan en komme langt med godt skjønn og interesse for saken.

Epilog

Noen måneder etter at Bibi hadde fortalt sin historie, fikk hun sitt første hjerneslag. Hun hadde da hatt sin sykdom betydelig lenger enn noen i de studiene som her er referert til, og det er usikkert hvorvidt slagtilfellet kunne vært unngått ved mer intens glykemisk kontroll, vektreduksjon eller profylaktisk bruk av statiner. Bibi ville kanskje opplevd større velvære og tilfredshet dersom hennes lege hadde vist henne mer oppmerksomhet, men Bibi er ikke alene. Antall eldre innvandrere vil øke i tiden som kommer, og det kan forventes en betydelig økning av kompliserte tilfeller av diabetes. Fastlegen kan da ikke rekke over alt. Men han eller hun kan ta initiativ til tiltak på gruppenivå hvor flere enn legen kan involveres. Funnene fra InvaDiab-DEPLAN (89) er oppmuntrende, og antyder veien videre.

REFERANSER FÅS VED HENVENDELSE TIL FORFATTER

■ A.AA@NAKMI.NO

Ekstremveret Nina 10. januar 2015

– helsetenesteberedskap i ein øykommune

■ SVERRE RØRTVEIT • Kommunelege i Austevoll kommune

Ekstremveret var varsla tre dagar på førehand, og me følgde her i Austevoll utviklinga av vindvarsela med betydeleg bekymring. Me er ein øykommune med knapt 5000 innbuarar, utan fastlands-samband, og fem store bruar bind dei største øyane saman internt.

Det er eitt legekantor på kvar av dei to største øyane, og me har ambulansestasjon med ambulansabil og -båt. Me har eiga legevaktordning internt i kommunen, men den telefonmottakande legevaktssentralen er lokalisert til Os og er felles for fleire kommunar.

Med orkanen «Dagmar» i minne, som la sentrale samfunnsfunksjonar daude i fleire døger i delar av Sogn og Fjordane og Møre og Romsdal i desember 2011, så var det all grunn til å tenka seg om i forkant om kva som kunne skjje.

Vonleg scenario 9. januar

Vermeldinga som vart sendt ut fredag 9. januar gjekk ut på at det «berre» kom til å bli vestleg full storm. Stormsenteret ville ramma lenger nord på Vestlandet med full tyngde, her av sterk storm eller orkan styrke. Kommunikasjonen mellom dei ansvarlege i kommunen si redningsteneste og meg som medisinsk beredskapsansvarleg gjekk då på fredagen ut på at det hos oss ikkje var behov for ekstraordinære tiltak fordi

- bruene ville vera køyrbare for vanlege bilar.
- eventuelle straumstansar kunne ventast å ikkje bli veldig langvarige.
- ferjene til fastlandet kunne forventast å gå.
- ambulansébåten ville kunna gå over fjorden med pasientar, eit alternativ kunne vera å leggja inn pasientar med ferje og ambulansabil.

Reelt venteleg scenario 10. januar

Men morgonen laurdag 10. januar vakna me til eit endra varsel frå Meteorologisk institutt: Ekstremveret ville ta ein litt sørlegare bane, og treffa sentrale delar av Hordaland med størst tyngde. Vindstyrken ville bli sterk storm eller orkan frå vest. Det kunne ventast at alle dei fire kulepunkta ovanfor ville svikta, og det var naudsynt med betydelege beredskapstiltak.

Kriseførebuingar

Nokre av oss ringde rundt, og det vart avtalt krisemøte på den lokale brannstasjonen tidleg på føremiddagen. Lensmann, brann/redning, vaktavande lege og eg som medisinsk beredskapsansvarleg lege, og ambulansetenesta var der.

Frå helsesida iverksette me dette:

- Ved manglande køyrbare over bruene:
 - Ein lege skulle stasjonere på kvart av dei to legekantora, og ein ekstrainnkalt ambulansemann med reservebilambulans skulle stasjonera i lag med legen på det minste legekantoret.
 - Vaktavande lege stasjonere på hovudlegekantoret
- Dette vart kommunisert til befolkninga ved masse-sms frå Austevoll kraftlag, ved lensmannen sine facebooksider, og ved opplysning på dei to lokale nettavisene
- Ved kommunikasjonssvikt (umogeleg for publikum å komma fram via telefon til legevaktssentral eller medisinsk nummer)

- Den beskrivne utplasseringa av ressursar skulle også gjelda for denne situasjonen

Delvis samanbrot i samfunnsfunksjonar utover dagen 10. januar

Frå kl 12 stoppa ferjesambandet til fastlandet, som venta, og kom ikkje i gong att før påfølgande morgon. Frå kl 1615 om lag forsvann straumen, også som venta, og var vekke deretter i om lag eit døger på dei to største øyane, til dels lenger på delar av andre øyar. Me iverksette då den beskrivne utplasseringa.

Vinden var på det sterkaste ca kl 16–19, eg trur den var då dels av sterk storm styrke og dels av orkan styrke, og minka utover kvelden til full storm styrke.

Kommunikasjonsmessig så var det kommunale radionettet fungerande med radio-til radio-samband og delvis til naudetat-sentralane i Bergen. Mobiltelefon fungerte også delvis. Då vindstyrken minka litt utover kvelden, var bruene køyrbare og det virka som at mobiltelefon virka såpass at det gjekk an å ringa legevaktssentral, sjølv om straumen framleis var vekke. Me gjekk då utpå kvelden 10. januar tilbake til vanleg alarmering av vaktavande lege, basert på at LV-sentralen ringde vaktavande lege opp når publikum kontakta legevakt.

Eit spesielt kritisk problem var den manglande stramforsyninga til sjukeheimen i kommunen. Naudstraum ved straumagregat var ikkje etablert til sjukeheimen, slik at sjukeheimen vart mørklagt, med angst til følge for pasientane og rådvile for personalet. Elektriske dører fungerte ikkje, og ein dement pasient som flykta ut gjennom vinduet frå rommet sitt vart så vidt berga inn att.

11. januar: Mindre vind, men manglende straum og kommunikasjonar

Om morgonen søndag 11. januar viste det seg at både mobiltelefoni og kommunalt radiosamband var heilt vekke, antakeleg pga at naudstraumkapasiteten til basestasjonane var oppbrukt. Ved kurer-beskjedar vart informasjon gjeve om nytt krisemøte, no på på det lokale Kraftlagsbygget (der naudstrøm var etablert), på føremiddagen. Der var same etatar som ved møtet 10. januar, i tillegg til Kraftlaget og representant for rådmannen i Austevoll.

Det vart orientert om utsiktene til at straumen skulle bli retablert i Austevoll (sannsynleg 11. januar om dei to største øyane), og det vart lagt plan for skaffing av naudstraum til dei viktigaste basestasjonane for radionett og mobilnett på ein av fjelltoppane i kommunen, i løpet av den følgjande timen. Dette vart gjort av kraftlaget og den kommunale redningstenesta, mobilleverandørane Telenor og Netcom såg me ingen ting til. Det vart orientert om etablering av aggregat til pleie- og omsorg (PO)-senteret (10. januar: etablert straum med mindre aggregat til minimumsbelysning, 11. januar skaffa større aggregat frå Bergen som vart tilkjørt med første ferje, som etablerte straum både til oppvarming og belysning til storparten av PO-senteret).

Helsesida sine disposisjonar: Bruene var godt kjørbare frå 10. januar om kvelden, men frå 11. januar var det ikkje fungerande telefonisamband. Derimot var det ein viss grad av fungerande sms-teneste, og via Kraftlaget si sms-massevarsling vart det informert til publikum at lege no ville vera å finna på sjukeheimen. På dei to legekontora vart det skrive oppslag om dette. Både vakthavande lege og medisinsk beredskapsansvarleg lege etablerte seg på PO-senteret, og to ekstra-innkalte ambulansemannskap fungerte som ordonnansteneste, men desse to vart snart aktivisert i innkjøring av eldre personar som trong innlosjering på sjukeheimen.

Naudstraumen som vart re-etablert til basestasjonane sørga for at radio-til-radio-kontakt fungerte, men det var ikkje radiokontakt med AMK- eller LV-sentral. Derimot

vart det formidla kontakt til den interkommunale legevaktssentralen, som er lokalisert til Os kommune, via ein lokalitet i Austevoll der Os sitt radionett kunne nåast, slik at legevaktssentralen fekk informasjon om legetenesta sin mellombels lokalisering.

Gradvis re-etablering av straum og kommunikasjonar utover dagen 11. januar

Det var nytt krisemøte på Kraftlaget kl 15. Der var ovannemnde instansar, i tillegg til ordførar og rådmann. Kraftlagsstyraren informerte om at straum i løpet av den kommande timen ville bli re-etablert til mesteparten av dei to største øyane. Dette skjedde også. Mobiltelefoni vart deretter litt bedre fungerande, men det var ikkje full framkommelighet på mobiltelefon likevel. Radionettet fungerte framleis berre i radio-til-radiomodus. Vakthavande lege hadde då fått straum til legekontoret, og etablerte seg på Storebø legekontor.

Då det kl 18 hadde vore stabil straum i to timar, og mobiltelefoni kontakt med LV-sentralen såg ut til å fungera på geografiske punkt med sikt til fjelltoppar, gjekk me på nytt over til å ha ordinær alarmering av lege via telefon til og frå LV-sentralen. Dette fekk me Kraftlaget til å informera om ved SMS-masseutsending.

Helsetenesta sine disposisjonar, kva fungerte bra og kva fungerte dårleg:

- Bra:
 - Samarbeid og samordning med kommunal redningsteneste, kraftlaget og politiet var viktig
 - Det å forutsjå ferjestopp, straumstans og kommunikasjonsbortfall var viktig
 - Det å etablere seg på to geografiske stader med ekstra lege og ekstra ambulanseressurs, var viktig
 - Det at me kunna nytta masse-kommunikasjon, spesielt Kraftlaget si masse-sms-utsending, for å informera, var svært viktig
- Usikkert:
 - Gråsoner med usikkerhet om kva tid

me skulle gjenoppta den ordinære alarmeringsmodus for legevaktkontakt, via LV-sentralen, då mobiltelefonen fungerte delvis

• Læringspunkt:

- Det bør på førehand vera lagt planar for dei punkt me har vore gjennom i dette ekstremveret. Det var ikkje lagt slike planar no.
- Dei ansvarlege for naudetatane har før bede kommuneleiinga om at det skulle iverksettast ein prosess for utarbeiding av planar for spesifikke samfunnskatastrofer, der ekstremver er eit av fleire viktige område.
- Det må skaffast eige aggregat til sjukeheimen, med god nok kapasitet. Dei fleste vil seia at dette er sjølvst, og stilla store spørsmålsteikn ved kvifor det ikkje var gjort frå før. Også andre viktige institusjonar i kommunen (brannstasjon og legekontor mellom anna) må sikrast med naudlogistikk, både straumaggregat og anna.

Ekstremveret var ei nyttig erfaring.

Kommunen sine naudetatar gjorde, saman med kraftlaget, politiet, ambulansetenesta og PO-tenestene, ein enorm innsats under ekstremveret. Antakeleg var omlag 60 personar i full aktivitet med krisearbeidet desse to døger. Det var ei spesiell erfaring å arbeida saman med alle desse ansvarsfulle og uthaldande medarbeidarane. Det kjendest godt å erfara den gjensidige solidariteten i lokalsamfunnet i ein slik situasjon. Me er også glade for at det kraftlaget vårt har solid lokal forankring i kommunen, me føler oss ikkje sikre på at krisemannskap ville ha blitt mønstra i ein så storstilla skala med framande eigarar.

«Nina» var i grunnen eit relativt «snilt» ekstremver. Me kan komma til å oppleva atskillig verre hendingar enn dette. Erfaringane som denne dama gav oss, var eigentleg ei kommunal beredskapsøving i stor skala. Også den kommunale legetenesta må vera med og ta ansvar i slike situasjonar.

■ SVERRE.RORTVEIT@AKNETT.NET

Bjørnehelsetjenesten

Vil helseministeren la pasienten bestemme over legen?

■ ANDERS DANIELSEN LIE • Lege, skuespiller og fagbokforfatter

«VI SETTER PASIENTEN I SENTRUM.

Vi flytter dem som sitter nederst ved bordet, øverst», sa Bent Høie i sin første sykehustale 7. januar 2014. I denne talen gir helseministeren sine politiske styringssignaler for spesialisthelsetjenesten. Nøyaktig ett år senere, i sykehustalen 7. januar 2015, låter det sånn: «Vi flytter makt fra andre som har makt og til pasienten.» Hakk i plata, altså.

For tretti år siden var det ingen som snakket slik i Norge. Det var på 1980-tallet at ideen om brukermedvirkning først dukket opp. Så fulgte en utvikling som skulle føre til lovendringer: I 1997 – samme år som Lønning II-utvalget la frem sine kriterier for prioritering av helseressurser – kom NOU-en «Pasienten først!». Få år senere fikk tanken om pasientautonomi juridisk fotfeste i «Lov om pasientrettigheter» (1999) og «Lov om helseforetak» (2001). Helsevesenet ble heretter pålagt å involvere brukerne i beslutninger, både på organisasjonsnivå i helseforetakene og på legekantorene.

«Pasient» kommer fra et latinsk ord som betyr «den som leder». Fra å ha vært en *passiv* figur som ble behandlet og bestemt over, skulle pasienten nå bli en *aktiv* aktør som var med på å ta avgjørelser. Dette er demokratiske ideer som opprinnelig vokste frem i borgerrettsbevegelsen i USA på 1950- og 60-tallet. Det er lett å bli besnæret av retorikken. Men kan pasientens medbestemmelsesrett komme i konflikt med helsevesenets økende kompleksitet og prioriteringsbehov? Og er det egentlig sant at folk vil bestemme mest mulig over egen kropp?

MODERNE MEDISIN er en ung vitenskap. For hundre år siden hadde leger lite å tilby utover diagnoser og dødsbudskap. I dag

har de mistet mye av sin status, men har desto mer å tilby av virksom behandling. Det nye problemet er at ressursene ikke strekker til. Det må prioriteres. Helse er samfunnets mest politiserte felt.

Ved knapphet på helseressurser vil pasienter kjempe for å få størst mulig del av kaken. Det er deres fordømte rett å tenke på seg selv. Aldri maksimerer vi egen nytte så mye som når vi er syke. Aldri er vi mer selvsentrerte og partiske. Dersom pasienter gis mer beslutningsmyndighet, øker risikoen for at kaken fordeles på en urettferdig måte.

LØNNING II-UTVALGET lanserte i 1997 tre offisielle kriterier for prioritering av penger til helsehjelp i Norge: 1) Sykdommen må være alvorlig, 2) det må foreligge god dokumentasjon for nytten av tiltaket, og 3) det må være et rimelig forhold mellom nytte og kostnad. Norheimutvalget 2014 har foreslått endringer, og deres rapport er ute på høring. I praksis finnes det allerede en rekke «skjulte» prioriteringskriterier i tillegg til de offisielle, for eksempel at en sykdom er sjelden, eller at et behandlingstiltak bidrar til teknologisk innovasjon, forebygging av sykdom eller sosiale helseforskjeller. Mange av disse er det gode argumenter for.

Et mer kontroversielt prioriteringsprinsipp er at den som roper høyest, skal få mer hjelp. Men slik er det. De siste årene har vi sett mange eksempler på at pasientaktivister setter helsepolitisk dagsorden gjennom lobbyvirksomhet og intens tilstedeværelse i media. Slike aktivismiljøer er noe mer enn vanlige pasientorganisasjoner. De er populistiske og emosjonelle i sin retorikk, og de tar ofte lite hensyn til vitenskapelig dokumentasjon og kostnadseffektivitet. De kan sammenliknes med politiske parti-

er som representerer velgere med særinteresser. Pasientaktivister i media er dessuten fluepapir for politikere som vil vise at de bryr seg om mennesker i nød.

At folk roper høyt, betyr ikke at de er verdt å lytte til. De taueste på et venterom er gjerne de sykeste. Mentaltrener Live Landmark påpekte i en kronikk på NRK Ytring 26. juni 2014 hvordan Helsedirektoratet i et feilslått forsøk på brukermedvirkning har gitt den meget aktive ME-foreningen innpass med udokumenterte og potensielt skadelige råd i den nasjonale veilederen for behandling av kronisk utmattelsessyndrom.

STERKE PASIENTAKTIVISTMILJØER kan få gjennomslag for innføring av dyre medisiner med liten gevinst i forhold til utgifter. Dette er penger som kunne vært brukt på mer kostnadseffektive tiltak og flere gode leveår til andre pasientgrupper. Til tross for overbevisende dokumentasjon mener mange pasientaktivister at prioritering er helt unødvendig. Brystkreftaktivist Lise Askvik har kalt prioritering av helseressurser et «brudd på menneskerettighetene» (NRK Debatten 13. november 2014). I en kronikk i *Aftenposten* 10. desember 2014 skriver hun og Kristin Moe følgende om Norheimutvalgets rapport: «Utvalget skisserer et primitivt system basert på en rå og snever kostnadsvurdering, uten øye for menneskeverd og moral.» Med slike virkelighetsfjerne utspill blir det vanskelig å føre en saklig diskusjon.

Men det er ikke bare pasientaktivistene som ikke vil innse at helsevesenet er en prioriteringsbransje. Leger er selv ganske dårlige til å tenke samfunnsøkonomi i egen praksis. Det har liksom vært klinikerens privilegium å bruke pasienten som menneskelig skjold mot økonomisk an-

svar og klage over invasjonen av «blåruss» i sykehuskorridorene. Noen leger blir regelrette advokater for sin pasientgruppe, av og til sponset av legemiddelindustrien. I tiden som kommer, blir leger i offentlig sektor antagelig tvunget til å tenke mer på velferdsstatens bærekraft også i møtet med pasientene de har behandlingsansvar for.

DET SNAKkes MYE mindre om ressursbruk i førstelinjetjenesten. Venterommene på legekantorene er i ferd med å fylles opp av friske forbrukere som med jevne mellomrom må kontrollere at de er friske. De vil ha mest mulig utredning, uavhengig av tilstandens alvorlighetsgrad. En pasient kommer med vondt kne og vil ha MR ved første konsultasjon. Sjansen for at bildet får noen konsekvenser for behandlingen er minimal, men de må jo vite hva det er! En annen pasient har møtt veggen, og googlet seg frem til en smørbrøddliste med blodprøver som han gjerne vil ta. Mye tyder på at fastleger oftere bør sette ned foten for uundvendig og kostbar utredning.

I den pasientsentrerte helsetjenesten legges det vekt på valgfrihet mellom ulike aktører på helsemarkedet. I privat sektor får pasientene oftere det de peker på. Ingen stopper kontrollkarusellen der. Jeg tror hele helsevesenet er i ferd med å bli smittet av friske, utålmodige pasienters frykt for sykdom. Målet blir å imøtekomme disse pasientkundernes bestillinger, hinsides medisinsk-faglige indikasjoner og prioriteringer. En slik helsetjeneste styrt av tilbud og etterspørsel vil raskt komme i strid med kunnskapsbasert praksis, for eksempel når Volvat Medisinske Senter i fjor kjørte en stor reklamekampanje for «helsjekk» av unge mennesker. Friske folk er enkle å ekspedere. De gir effektiv inntjening. Men det finnes ingen dokumentasjon for at dette er god medisin, snarere tvert imot.

EN AV DEM Som har kritisert utviklingen mot en mer tilbudsorientert helsetjeneste, er Norges fremste ekspert på hypokondri, indremedisineren Ingvard Wilhelmsen. I helsebransjen har ikke kunden alltid rett. «Man går ikke til legen bare for å få ros, sympati og dulling», sa han i et intervju med *Dagens Medisin* i fjor. «Av og til må man konfrontere pasientene og få dem til å tenke. Da må man si det akkurat som det er, selv om de skulle bli irriterte», forklarte han. I sine bøker har Wilhelmsen beskrevet en type psykoterapeutisk behandling som kan minne om det man i rus- og avhengighetsfeltet kaller «hard kjærlighet». Han er kritisk til at pasienttilfredshet er

blitt et så viktig mål for kvalitet. Hvis vi som helsepersonell alltid skal være på tilbudssiden, oppstår problemer når pasientens ønsker er i strid med hva vi som fagpersoner tror er rett – og best for dem. I psykologien snakker man om *indulgent parenting*, en type oppdragelse der foreldrene prøver å være kompis med sine barn, å etterkomme alle deres ønsker, men unngår å stille krav. Resultatet er at barna blir kravstore og hjelpeløse. Denne beskrivelsen passer for de bortskjemte pasientkundene. Pasientautonomi bygger på et premiss om fullkommen enighet mellom lege og pasient. Men ganske ofte vet ikke pasienter sitt eget beste. Hvis vi bidrar til å opprettholde hypokondriske tankemønstre, forverrer vi folkehelsen. Fastlegen bør være en trygg autoritetsfigur som setter grenser, omtrent som en ansvarlig forelder.

ØKT FRIHET til å velge innebærer også mer ansvar. Vet vi noe om konsekvensene av det? Den amerikanske psykologen Barry Schwartz har i boken *The Paradox of Choice* (2004) skrevet om hvordan valgfrihet påvirker vår psykiske helse. Vi trenger valgmuligheter for å være lykkelige. Men et sted går grensen. I mange vestlige land har vi for lengst oversteget den, og Schwartz har vist hvordan den menneskelige psyke reagerer når valgmulighetene blir for mange. To ting skjer: 1) Du blir handlingslammet, det blir mye verre å velge. 2) Du blir mindre fornøyd med valget du tok – selv om det isolert sett var et godt valg. Du kan aldri vite hva du har gått glipp av. Dette er valgfrihetens paradoks i velstående land: Den reduserer lykke og velferd.

Schwartz mener man ikke kan legge et forbrukersperspektiv til grunn for valg som angår helse. Valgene er ofte mer kompliserte enn ellers i livet, og de krever betydelig kompetanse. Følelser og frykt spiller inn. I lys av dette blir pasientautonomi et problematisk ideal. Pasienter er ikke i stand til å ta vanskelige medisinske beslutninger for hverken seg selv eller andre. De kan i høyden tas med på råd. Min erfaring er at straks det er snakk om noe vanskelig eller alvorlig, fraskriver de seg ansvar. De vil overlate seg i hendene på noen som kan det. – Det er du som er legen! sier de.

<<DET ER VANSKELIG å sette pasienten i sentrum hvis det allerede står noen andre der», sa Bent Høie da han møtte pasient- og brukerorganisasjonene til samarbeidsmøte i desember 2013. Skal vi ta fraser som dette bokstavelig? Når politikere holder taler, er det ikke alltid lett å skille retorikk og politikk. Ofte blander de sammen *kom-*

munikasjon og *brukermedvirkning*, jevnfør denne formuleringen i årets sykehustale: «Brukermedvirkning og kommunikasjon har for lav prioritet i helsetjenesten.» Det er riktig at folk klager mest over dårlig og uklarer kommunikasjon. De klager derimot sjelden over at de har for lite ansvar. Pasienter vil ikke nødvendigvis bestemme, de vil bli sett, hørt og forstått. Det er ikke det samme.

Jeg tror man snakker pasientaktivistene etter munnen for å roe gemyttene. Hvis idealet var et *pasientsentrert* helsevesen, skulle man tro vi hadde mer enn nok med gjeldende lovverk, som i over femten år har pålagt oss å ta brukerne med på råd i beslutninger. Hva mer trenger vi egentlig? Hvis Høie vil gå videre på denne galeien, er det vanskelig å forstå ham på annen måte enn at pasientene skal gis mer reell makt, også i spørsmål som omhandler ressursfordeling.

I DEBATTENE SOM HAR FULGT i kjølvannet av Norheimutvalgets rapport, har Bent Høie vært ganske offensiv. Han har slått fast at det er blant helsevesenets viktigste oppgaver å prioritere tøft slik at vi får mest mulig ut av helsekronene. I år skal Høie levere Stortinget en plan for hvordan både primær- og spesialisthelsetjenesten skal endres til mer brukervennlige systemer, som et ledd i prosjektet «pasientens helsetjeneste». Det gjenstår å se hvor mye beslutningsmakt han vil overføre til pasientene. Økt pasientmakt er etter mitt syn uforenlig med en tøffere prioriteringslinje – og dessuten tror jeg vi gjør pasientene en bjørnetjeneste.

Dersom det skal gjøres strukturelle endringer i helsetjenesten, bør vi ha solid dokumentasjon for at det virker. Systematiske kunnskapsoppsamlinger viser at det er få målbare effekter av brukermedvirkning, både på individnivå og i organisasjoner. Da må vi spørre: Er dette veien å gå? Vil vi at *pasientsentrert* skal være ensbetydende med *pasientstyrt*? Det stadig økende gapet mellom ønsker og ressurser er vår største utfordring i fordelingen av offentlige velferdsgoder. Det er viktigere enn noen gang at fagfolk tar kontroll. Pasienten får gjerne spille hovedrollen. Men da må legen ha regien.

Dette essayet sto første gang på trykk i *Morgenbladet* 16. januar 2015. Gjengitt med tillatelse fra forfatteren og *Morgenbladet*

Omstilling ved lokalsjukehus

– Nordfjord sjukehus som modell for 'Framtidas lokalsjukehus'

■ ODD SØREIDE • Leiar av styringsgruppa, professor dr. med. og prosjektleder

Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i føretaksmøte for Helse Vest RHF i april 2011 å gjennomføre eit nasjonalt prosjekt ved Nordfjord sjukehus (NSH) for å utvikle sjukehuset til eit tidsmessig lokalsjukehus for Nordfjord (sju kommunar; folketal ca 32 000; opptaksområdet for NSH er noko mindre). NSH er organisatorisk ein del av Helse Førde HF saman med Lærdal sjukehus (lokalsjukehus) og Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane, Førde (SSF; hovudsjukehuset). Dei tre sjukehusa dekker behovet for spesialisthelsetenester innan somatikk i Sogn og Fjordane fylke (folketal 107 000). Ved NSH er det og eit distriktspsykiatrisk sjukehus (Nordfjord psykiatrisenter).

Bakteppet for prosjektet var vedtak i Helse Førde HF i 2010 om å omforme NSH, frå eit «tradisjonelt» tredelt lokalsjukehus, til eit distriktsmedisinsk senter. Vedtaket førte til eit oppheta offentleg ordskitte med eit sterkt politisk engasjement, ein lokalsjukehusaksjon med ei aktiv rådgjevande helsefaggruppe, og ei tydeleg lokalpresse. Synspunkta var sterke mot Helse Førde HF og sentralsjukehuset og mot leing og styre som og deltok i ordskittet.

Mandatet stadfesta at det framleis skulle vere eit sjukehus på Nordfjordeid. Prosjektet skulle gje tilråding om kva pasientretta aktivitet som kunne bli organisert ved NSH for pasientgrupper som i framtida vil ha størst behov for helsetenester lokalt, desentralisering av spesialisthelsetenester og rolla til lokalsjukehusa. Prosjektet skulle og vurdere og gje tilråding om endra oppgåvefordeling mellom nivå i helsetenesta med vekt på samhandlingsreforma og endringane i oppgåver og ansvar for aktørane som følgjer av denne. Forslaga skulle vere berekraftige over tid.

Det skulle vere eit tilbod om døgnbehandling innan indremedisin, og støttetenester innan radiologi og laboratorietenes-

ter tilgjengelege heile døgnet. Arbeidet skulle bygge på omtalen av lokalsjukehus og deira rolle i Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011–2015. Stortinget si presisering om at anestesi skal vere ein del av tenestetilbodet låg og som ein føresetnad. Vedtak om nedlegging av fødeavdelinga og ortopedisk døgnbehandling vart stadfesta. Vurderingane skulle og omfatte tverrfagleg, spesialisert rusbehandling og psykiatri. Prosjektet vart tilført 75 millionar kroner som skulle støtte omstillinga.

Utviklingsprosjektet vart leia av Helse Vest RHF og vart organisert med styringsgruppe, prosjektgruppa (med underliggjande arbeidsgrupper), og ei brei samansett referansegruppe. Helse Førde HF og kommunane var med i styrings- og prosjektgruppa og i arbeidsgrupper på like fot, og tillitsvalde og brukarrepresentantar var representerte. Ei nyskaping var og ei følgjeforskningsgruppe som ga faktakunnskap til prosjektet.

Om grunnlaget for forslaga

I planlegging må vi vite om og forstå befolkninga sitt historiske «forbruk» av somatiske spesialisthelsetenester i opptaksområdet til NSH. Analysane viste mellom anna at

- NSH dekkja om lag 42 prosent av døgn- og dagbehandling og 39 prosent av poliklinikkaktiviteten. Dette viste at folket i Nordfjord ikkje berre er avhengig av tenestene frå NSH, men og av Fylkessjukehuset i Sogn og Fjordane (FSS) og region-sjukehuset (Haukeland universitetsjukehus; HUS). Polariseringa retta mot FSS, tente ikkje folket/pasientane i Nordfjord sine interesser.
- Pasientane frå dei 7 kommunane brukte sjukehusa ulikt, sannsynlegvis grunna i innarbeid praksis og forventningar frå befolkninga utvikla over lang tid.

- Kirurgisk ØH-aktivitet, definert som akuttinnlegging der det vart utført eit kirurgisk inngrep, utgjorde 8 prosent av døgnbehandlingsaktiviteten. Også pasientane i Nordfjord skal sjølvstilt ha eit godt kirurgisk akuttilbod, men å basere vidare aktivitet ved NSH med dette som hovudargument, vert for snevert.
- I Nordfjord, som i landet elles, brukte 10 prosent av pasientane om lag 50 prosent av heildøgnavaktiviteten. Desse «storforbrukarane» var dei multisjuka eldre med behov for tenester frå fleire spesialitetar.
- Den polikliniske aktiviteten var om lag 1 200 besøk pr. 1000 innbyggjarar; ca 34.000 årlege polikliniske besøk for Nordfjordregionen samla. Ein stor del, varierende frå spesialitet til spesialitet, kunne skjøttast desentralt, dvs ved NSH.
- Analyser av «Raud respons» (AMK) grunna utrykking for traume/multitraume, viste at dei alvorleg skadde pasientane gjekk direkte til traumesjukehuset (FSS) eller til det regionale traumesentret ved HUS. Det var dei minst alvorleg skadde pasientane som vart lagt inn ved NSH, mange av dei vart behandla poliklinisk. I ein 3-års periode var det ikkje utført hemostatisk naudkirurgi ved NSH.
- Aktiviteten ved skadepoliklinikken var konsentrert til dagtid, svært sjeldan til natt. Dette var grunnlaget for samarbeid med den interkommunale legevakta.

Det inngjekk i mandatet å etablere og utvikle det tidlegare planlagde rusbehandlingstilbodet ved Nordfjord psykiatrisenter. Det vart utvikla ein modell for rusomsorga som er omtala i Stortingsmeldinga om rus (2012; Nordfjord-modellen). Ein identifiserte områder der spesialisthelsetenesta kunne støtte opp under kommunehelsetenesta slik føringane i Samhandlingsreforma la opp til; til dømes innan smittevern og på legemiddelfeltet (farma-

si-fagleg rådgjeving; samstemming av legemiddellister, legemiddelbruk i sjukeheimane og i heimetenesa). Grunnlaget og modell for tenester for eldre med samansette medisinske problemstillingar og for pasientar med behov for koordinerte, langvarige tenester vart og utgreia. Det vart avsett midlar til ombygging for å legge til rette for auka dagbehandling (dialyse, kreft- og infusjonspoliklinikk) og for å få på plass betre tilhøve for den interkommunale legevakta (fem kommunar). Problemstillingar knytt til spørsmålet om lokal leiding, og til regionalt samarbeid vart og utgreia.

Korleis står det «nye» Nordfjord sjukehus nå fram?

Fundamentet for «nye» NSH er bygd på at tenestene som kan og bør leverast lokalt skal desentraliserast. Rolla til eit lite lokalsjukehus kan neppe byggast på dei «få», akutte pasientane som så langt hadde fått størst merksemd. Sjølv sagt skal også desse ha eit tilbod som er trygt og likeverdig med det alle andre får. Lokalsjukehuset må og skal vere ei viktig brikke i eit større system, men er neppe levedyktig aleine. Framtidas lokalsjukehus ved NSH kviler på

- **Døgnbehandling** konsentrert om akutt indremedisin og som er basert på klare faglege tilrådingar og felles prinsipp og retningslinjer for heile føretaket.
- **Dagbehandling** er styrka, inkludert dagkirurgisk aktivitet. Etablering av nye tilbod (til dømes hjarterehabilitering) og utviding av dialyse (frå tre/fire til sju behandlingss plassar), styrking av kreftpoliklinikken og etablering av infusjonspoliklinikk (cytostatika, biologiske legemiddel).
- **Poliklinikk-aktiviteten** er styrka og utvida med fleire spesialitetar med grunnlag i analysane nemnd tidlegare. Det er etablert nye, tverrfaglege polikliniske tilbod for pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester, og for pasientar med samansette psykiske og fysiske behov (til dømes ved kognitiv svikt). Ein avtalespesialist i augesjukdomar er tilsett med arbeidsplass på NSH.
- **Skadepoliklinikk (24/7)**. Det vart utvikla ein driftsmodell med samarbeid med den interkommunal legevakta som var lokalisert ved NSH. Ca 2200 pasientar årleg unngår ekstra reisetid til FSS.
- **«God start»-eining**. Etter nedlegging av fødeavdelinga ved NSH skjer lågrisiko-fødslar ved Volda sykehus (Helse Møre og Romsdal) i eit avtalebasert samarbeid, medan risikofødslar skal til fødeavdelin-

ga ved FSS. «God start»-eininga ved NSH er resultatet av ein driftsmodell utvikla ved Helse Førde HF, med vekt på god og heilskapleg svangerskapsomsorg, og med døgn-tilbod til dei fødande som ønskjer eit opphald etter fødselen i trygge omgjevnader.

- **Nytt tilbod om tverrfagleg, spesialisert rusbehandling** basert på «Nordfjord-modellen» (døgn-, dag- og poliklinisk behandling).
- **Styrking av akuttpsykiatrisk tilbod** ved det distriktsmedisinske senteret ved NSH.
- **Røntgen- og laboratorietenester** – vidareføring med døgntilbod (NSH har ein vel utstyrt og moderne røntgenavdeling med ultralyd, CT og MR).
- **Styrking av kompetanse**. Det er utarbeidd ein kompetanseplan og tilført midlar for å realisere denne. Utvida og målretta bruk av telemedisin går inn i dette og der tilbod til kommunane inngår.

Prosjektet har og drøfta prinsipp for samarbeid på tvers av regiongrensene der forståing av regionaliseringsprinsippet (frå 1974; den viktigaste helsepolitiske reforma dei siste 50 åra) og at føringane i den organiserte traumeomsorga (basert på planarbeid i alle RHF frå 2007) står fast.

Endringane som vart føreslegne er i hovudsak implementerte slik eg har oppfatta det, både innan somatikk, psykiatri og TSB. Det er nå tilsett lokal leiar ved NSH. Styra i Helse Vest RHF og Helse Førde HF skal handsame status for gjennomføring av lokalsjukehusmodellen våren 2015.

Refleksjonar i ettertid

«Alle» vil ha *utvikling* av spesialisthelsetenesa, men svært få vil ha *endring*. Endring har, slik eg ser det, vore og er og blir norma i helsetenesa. Og drivarane for endring er i hovudsak ikkje å finne i ressursmangel og såkalla «kutt» eller reduksjon i budsjetta.

Mykje av den faglege utviklinga i moderne medisin er sentraliserande av natur; meir avansert og teknisk krevjande utstyr som krev stort nok volum, tilpassa kompetanse og investeringar, auka spesialisering som fragmenterer medisinen og medfører behov for eigne vaktteam, større merksemd i det offentlege rom på kvalitet og pasientsikkerheit, er nokre døme på det som «driv» sentraliseringa.

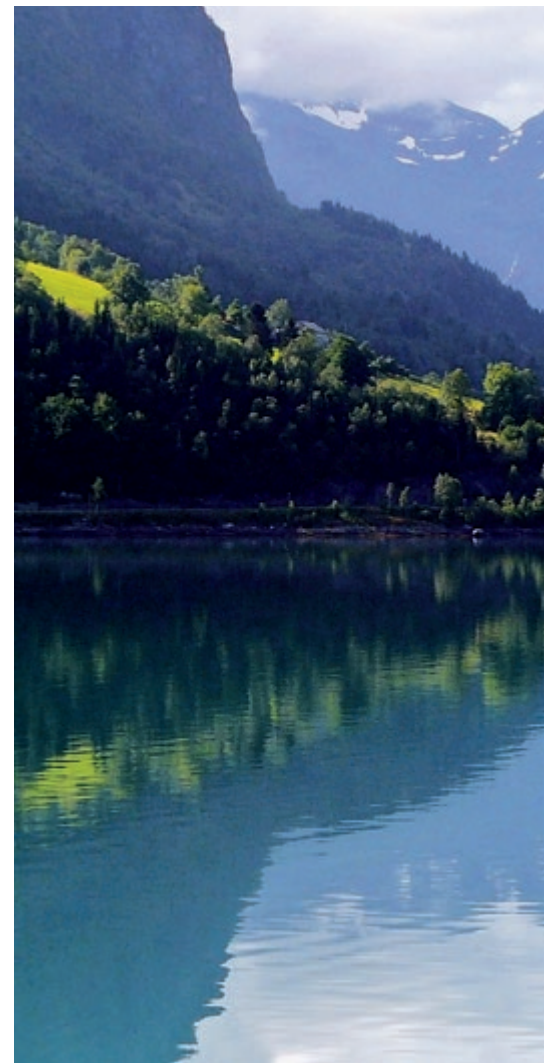
Men den faglege utviklinga har og som motstykke at medisinsk praksis kan desentraliserast, stor-volum aktivitetar som poliklinikk og auka dagkirurgi er døme på dette. Og spesialisthelsetenester som kan

leverast lokalt må jo vere eit gode for pasientane når reise- og transporttid kan redusert monaleg og tenestene kan gjevast med god kvalitet.

Stemmene i ordskiftet i Nordfjord var høge, og dei faglege argumenta både *mot* endring (fastlegane/kommunelegane) og *for* endring (sentralisering; legane ved FSS) var sterke. Stikkorda var kvalitet og handtering av akutte tilfelle, spesielt akuttkirurgiske/ortopediske pasientar og risiko ved auka transporttider.

Min observasjon var, i Nordfjord som ved andre mindre sjukehus, at likelydande faglege argument fører til diametralt forskjellige konklusjonar. Og kva empirisk grunnlag bygger ein på når endringar i ein liten del av akuttilbodet vil medføre dramatiske og negative konsekvensar for befolkninga? Og kvifor er det slik at endringar – ikkje nedlegging – i eit sjukehusstilbod alltid berre har negative konsekvensar for befolkninga samla sett?

Det har vore eit tankekors at alle diskusjonane om eit lokalt spesialisthelsetenes-



tetilbod omhandlar somatikk. Psykiatri og rus utgjer bort i mot en femtedel av totalaktiviteten, uttrykt i ressursar, i spesialisthelsetenesta. Ei styrking av desse to sektorane som ved NSH representerer ikkje ei nedbygging av tenestetilboda.

Det vart hevda at endringane ved NSH fører til at ein ikkje lenger har noko sjukehus. Mange etterlyser «standardar for lokalsjukehus» og ein definisjon av sjukehusomgrepet. Eg vil tru at ein slik definisjon, om den nokon gong kjem, ikkje kan knytast til talet på senger, eller til kor mange døgnbehandlingsaktivitetar og spesialitetar som skal vere i sjukehuset. Tvert om, det er type spesialisthelsetenester og at kontakten med sjukehuset utløyer ein veldefinert og sikker kjede av tilbod, lokalt eller på høgare nivå, tilpassa tilstanden pasienten har, som må karakterisere dei minste sjukehusa. Tilpassa aktivitet for dei mange er viktigare enn tilbod til det sjeldne og uventa. Dei akutte tilfella må og sikrast gode tilbod, men løysinga er ikkje status quo.

Lokalsjukehusstrukturen i Norge er historisk grunngeve, skulle vi bygd ein ny struktur basert på stoda i dag, ville vi ha hatt eit anna bilde. Vi må forstå at det ligg forplikningar i dette; mellom anna er sjukehus viktige arbeidsplassar og representerer ein tryggleiksbase for folk. Men fortida sin måte å forme og drive lokalsjukehusa på løyer ikkje dei utfordringane vi har i dag. Eg vil argumentere for at ei god, empirisk grunngeve omstilling er det som sikrar befolkninga eit lokalt spesialisthelsetenestetilbod for mange og som kan sikre drifta ved fleire lokalsjukehus. Føresetnaden er ein tettare integrasjon med hovudsjukehuset i føretaket, ikkje minst for å sikre og oppretthalde kompetanse.

Det kjem ein ny nasjonal helse- og sjukehusplan høsten 2015. Den vil nok ikkje seimentere gamle ideologiar, myter og interesser dersom vi skal legge helseministeren si «sjukehustale» i januar 2015 til grunn. «Framtidas lokalsjukehus» er ei nyskaping for organisering og drift av lokalsjukehus

og som og viser veg for eit utvida og betre integrert samarbeid mellom spesialisthelsetenesta (sjukehus, føretak), kommunane og fastlegane.

Det ansvarlege politiske nivået, dvs ordførarane, i Nordfjord-kommunane var aktive pådrivarar og støtta prosjektet og tilråingane. Haldninga i befolkninga veit ein mindre om. Min spådom er at den varierer og er mellom anna forma av eigen sjukdom, familien sin og/eller omgjevnaden sine erfaringar med spesialisthelsetenesta samla sett. Den lokale sjukehusaksjonen var og er framleis sterkt kritiske til premisane for og endringane ved NSH, men engasjerte seg ikkje inn mot prosjektet. Fastlegane var og tydelege på at dei ønskte å bevare NSH som det var, men deltok i arbeidsgrupper med konstruktive innspel.

Sluttrapporten (mars 2013) og grunnlagsmateriale er tilgjengelege på <http://www.helse-vest.no/no/FagOgSamarbeid/Framtidalokalsjukehus/Sider/default.aspx>.

■ OD-SOE@ONLINE.NO



NY TURNUSLEGEORDNING

■ GRETHE KOLLOEN • Ansvarlig for turnusleger ved Akershus Universitetssykehus

Ny ordning ble innført fra 1. desember 2012. Endringene innebar blant annet:

- Ingen har rett til turnusplass
- Søknad istedenfor loddtrekning
- Autorisasjon direkte etter endt studium (noen unntak)
- En del av spesialistordningen
- Turnus er tidsbegrenset til 12 måneder i sykehus og seks måneder i distrikt
- Turnusstillingene lyses ut to ganger i året (tidligere fire) på egen portal
- Turnusstillingene kan være koblet til en spesifikk kommune (§ 12A) eller en gruppe kommuner i et geografisk område (§ 12B)
- Søkerne har ingen begrensning på antall søknader
- Søkeren kan kun takke ja til en stilling
- Vikariater på to måneder eller mer må lyses ut
- Staten skal styre fordeling og antall turnuslegestillinger (950 årlig)
- Tilsetting av turnusleger likestilles med det ordinære arbeidslivet
- Helseforetakene må inngå avtaler med kommuner om mottak av turnuslege

Hvilken betydning har endringene for arbeidsgiverne

Arbeidsgiverne får mye merarbeid ved innføring av den nye ordningen, for det første



Turnuslegen kan føle seg kastet ut i et system uten sikkerhetsnett.

Fordeling av turnusleger i Øst-Finnmark våren 2015 – en kommuneoverleges frustrasjoner

Jeg har vært kommuneoverlege i Sør-Varanger i snart 30 år, og har sett turnuskandidater komme og gå, og jeg har også sett modeller for tildeling av turnusleger til kommunene komme og gå. En av de første ukene i januar i år kom jeg til å tenke på at jeg som kommuneoverlege ikke hadde fått beskjed om hvilke turnusleger som skulle komme til kommunen vår fra 01.03.15. Det gikk da opp for meg at den gamle ordningen, med at fylkesmannen ved fylkeslegen fordelte kandidatene, var opphørt og ny ordning innført (fylkeslegen hadde fordelt turnusle-

gene til kommunene i første runde av søknadsbasert turnustjeneste, så derfor kom sjokket litt sent). Jeg visste imidlertid ikke hvordan fordelingen var tenkt å være nå. På grunn av dette kontaktet jeg Kirkenes sykehus, både ved medisinsk fagsjef og andre. Der fikk jeg vite at OSO (overordnet samarbeidsorgan) tidligere hadde vedtatt at det skulle være en kommunekoordinator i hver av vertskommunene for våre to sykehus – altså Hammerfest og Sør-Varanger kommune – som skulle ha ansvar for fordeling av turnusleger til de kommunene som

hadde koblet turnustjeneste med de respektive sykehus (altså Hammerfest og Kirkenes sykehus). Jeg forhørte meg i egen kommune, men ingen jeg var i kontakt med hadde fått en slik beskjed. Vi var da kommet til midten av januar og turnuslegene skulle til kommunene i løpet av en drøy måned. Med god hjelp fra Finnmarkssykehuset og personalavdelingen i Sør-Varanger kommunene ble imidlertid turnuslegene fra Kirkenes sykehus fordelt, og skriftlig melding ble sendt til kommuner og turnusleger – sent, men forhåpentligvis godt.

er det en ordning som skal sikre god legedekning til utkantstrøk ved at turnuslegestillingene i slike områder skal lysnes ut og tilsettes før stillingene i sentrale strøk. Dette medfører for noen helseforetak fire ordinære utlysninger i året med mange søkere. Fra våren 2015 er det innført kun to utlysninger. Det blir spennende å se hvordan denne endringen påvirker rekruttering til distriktene.

Avtaler

Den nye ordningen medfører også at helseforetakene må inngå avtaler med kommuner om mottak av turnuslege. Kommunene har ansvar for å sørge for nok turnusplasser ved legekantorene i kommunene. Inngåelse av avtalen mellom helseforetakene og den enkelte kommune har blitt en stor utfordring for mange aktører. Det finnes ingen oppskrift på hvordan dette skal gjøres, eller hvor omfattende en slik avtale skal være. I Akershus har dette gått smertefritt, ved at vi har opprettet en gruppe bestående av fem kommuneoverleger som fikk de nødvendige fullmaktene til å ivareta de andre 15 kommunenes interesser. Det spesielle for Akershus er at det er én person som koordinerer alt som skjer både før under og etter at turnuslegen har fått tilbud om turnusplass. Denne personen har «stålkontroll» over turnuslegene, antall plasser, utlysninger (både i helseforetaket og for kommunene), i tillegg til å være kontaktperson for alle som omfattes av ordningen.

Utfordringer i gammel og ny ordning

Ordningen ble innført som en konsekvens av at staten ikke lenger klarte å administrere den gamle ordningen med loddtrekning på en god nok måte. Antall søkere fra utlandet var stigende, antall søknader om parplass, barneplass og særplass økte. Ordningen lot seg ikke lenger administrere på en rettferdig måte. Antall plasser som var valgbar på de store (sentrale) sykehusene var sterkt redusert på grunn av alle særordningene. Et økende antall turnusleger ble underkjent på grunn av manglende språkkunnskaper, manglende faglige kunnskaper og/eller praktiske ferdigheter. Den enkelte kandidat var avhengig av et lavt trekningsnummer for å komme ut i turnus, de andre måtte vente, ventelistene ble lengre og lengre.

Det var for få turnusplasser i kommunehelsetjenesten på landsbasis i forhold til i sykehus. Det igjen medførte mange pålegg til kommuner hvert halvår.

Den nye ordningen medfører store utfordringer, ikke bare for arbeidsgiverne (helseforetak og kommune), men også for den enkelte turnuslege, som nå aktivt må søke på utlyste turnusstillinger. Konkurransen er stor og mange søker på alle stillinger mens andre kun søker noen få sykehus. Det er sparsomt med informasjon om det enkelte turnussykehus og hvilke kommuner som kan søkes, utover det som blir skrevet i utlysningsteksten.

Hovedprinsippet er at turnuslegen skal ha sin distriktplass i samme område som opptaksområdet til turnussykehuset da

det vil øke samhandlingen mellom kommunehelsetjenesten og helseforetaket. I de tilfeller der det er et misforhold mellom antall sykehusplasser og turnuslegeplasser i distrikt skal det foretas en kobling mellom sentrale helseforetak og perifere distriktplasser. Ahus og Vestre-Viken blir pålagt å ha noen (10–11) av sine kommuneplasser i Finnmark.

Det er nesten umulig å få oversikt over hvor mange turnuslegestillinger som skal lysnes ut da det fortsatt er mange i gammel ordning. Et nært og godt samarbeid med Fylkesmannen og SAK (Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell) er helt nødvendig for å lykkes.

Utlysning av turnuslegestillinger medfører en rekke søknader av ymse slag. Noen lange, noen korte, noen med mange vedlegg, noen uten, og av og til søknader skrevet på engelsk eller som er «googleoversatt». Det er mange søkere som har forbedringspotensiale på sine søknader.

Det store valget

- Hvilke kriterier skal legges til grunn for utvelgelse til intervju?
- Hvordan skille søkerne fra hverandre?
- Hvem skal være med på intervju?
- Oppmøte, telefon, skype, facetime?
- Autorisasjon eller turnuslisens?

Når svarene faller på plass blir intervjuene avholdt. Helseforetakene tar sine valg, noen med representanter fra kommunene, andre ikke. De færreste har med tillitsvalg-

Dette har vært frustrerende og arbeidsintensive uker, og jeg finner situasjonen meget beklagelig – ikke minst for turnuslegene, men også for kommunene. Tildeling av kommuner skulle selvfølgelig vært gjort for lenge siden. Dette kan vi ikke gjøre om, men vi kan få det bedre til i fremtiden. Jeg tok derfor, sammen med assistierende fylkeslege i Finnmark, initiativ til et møte i Tromsø med involverte instanser for å utarbeide konkrete retningslinjer for hvordan tildelingen skal foregå og hvem som skal utføre den. Til møtet kom både representant for KS, for Finnmarkssykehuset, for OSO i Finnmark, for fylkeslegen, flere kommuneoverleger fra fylket, koordinator for turnusleger fra Hammerfest

kommune samt seniorrådgiver og turnuslegeansvarlig Grethe Kolloen fra AHUS. Vi fikk referert hva som tidligere var gjort. Vi fikk høre erfaringer fra fylkeslegen og Finnmarkssykehuset, og ikke minst fra AHUS – dette var nyttig kunnskap vi kunne bygge videre på. Vi utarbeidet en omforent plan for arbeidet videre, og i planen er ansvaret for ulike oppgaver fordelt og tydeliggjort. Jeg håper at vi, på bakgrunn av dette møtet, ikke vil komme i en situasjon som den vi var i januar i år. Det fortjener verken turnuslegene eller kommunene.

MONA S. SØNDENÅ
Kommuneoverlege i Sør-Varanger

Kirkenes sykehus



te. Ahus har alltid med representanter fra klinikkene, kommunene og tillitsvalgte. Det vi har erfart er at vi ser etter litt forskjellige ting avhengig av hvem vi representerer. Dette ser vi er en styrke og sikrer mangfoldet heller enn en mer ensidig tilnærming.

De som ikke blir valgt

Endring fra loddtrekning til søknadsbasert rammer enkelte hardt. Det ene valget går etter det andre uten at enkelte kandidater kommer i posisjon til å bli valgt ut til intervju, dette vil naturligvis øke frustrasjonen. Disse vil trenge mye råd og veiledning for å komme i bedre posisjon til neste utlysning... Men det er ikke enkelt å skaffe seg jobberfaring som lege i Norge i dag, i alle fall ikke i det sentrale Østlandet. Hvor blir det av de kandidatene som ikke får jobb? Flere ender med å arbeide på sykehjem, som pleiere eller sykehjemsleger i påvente av turnus. Det er et paradoks at de får sin jobberfaring blant de mest sårbare og syke eldre med sammensatte og komplekse diagnoser.

Flere studentorganisasjoner har oppfordret kandidatene til å be om innsyn og sende inn klage når de ikke velges. Noen klager har også havnet hos Sivilombudsmannen, som igjen har medført en del

merarbeid for enkelte arbeidsgivere, ofte uten at kandidatene har fått medhold.

Søkerne har krav på søkerliste i henhold til offentlighetslovens § 25. Men det innebærer ikke at søkerne har krav på utvidete søkerlister, eller annet materiale som legges til grunn for ansettelse av turnusleger.

Enorm økning i søknader

På Ahus har den nye turnusordningen medført 3473 søknader til 109 stillinger. Av disse var det utlyst 11 stillinger i distrikt. En ny trend som nå har begynt er at kandidater som ikke er fornøyd med sin koblede turnusplass i distrikt, sier opp denne med en måneds varsel for å søke på utlyste distriktplasser andre steder. Dette vil medføre at de små utkantkommunene blir skadelidende og sittende igjen potensielt uten turnuskandidat.

Min spådom er at dette kommer til å øke i omfang. Intensjonen med koblede stillinger er god, men så lenge kandidaten kan si opp sin stilling en måned før oppstart må to separate utlysninger vurderes, alternativt at oppsigelse av distrikt må gjøres med tre måneders varsel. Utkantkommunene i Akershus blir som regel valgt sist av kandidatene, men de plassene er mer populære for turnusleger som har fått mer perifere kommuner i andre fylker.

Mange aktører

Den nye ordningen medfører at det er en rekke nye aktører, der mange er usikre på sine roller og ansvar, og at de aktørene som tidligere har vært involvert nå har fått andre roller. Mange har heller ikke den kunnskap og kjennskap til turnustjenesten som er nødvendig for at det skal gå på en smidig og smertefri måte. Der synes nok det berømte ordtaket om: «mange kokker mye søl» å være veldig dekkende. Men det store spørsmålet ingen har svart på så langt er... hvem skal rydde opp?

Avsluttende kommentar

Forfatteren støtter den nye ordningen. Det er et privilegium å få velge ut egne turnusleger, men ordningen medfører en del merarbeid. Den faller og uheldig ut for de med barn i skolepliktig alder eller som av en eller annen grunn ikke er flyttbare. Arbeidsgiverne har ansvar for å ivareta pasientsikkerhet og faglig forsvarlighet, vi er derfor avhengig av å ha dyktige turnusleger.

Ordningen skal evalueres, og det kan synes hensiktsmessig å legge turnus inn som en del av den nye spesialistutdanningen som er under utarbeidelse.

■ GRETHE.KOLLOEN@AHUS.NO

Erfaringer med søknadsbasert turnustjeneste

Etter omlegging til søknadsbasert turnustjeneste er det mange brikker som skal falle på plass. Utfordringer knyttet til søknadsprosessen har vært omfattende. Ved tredje søkerrunde ble kun halvparten av søkerne ansatt. Det er fortsatt betydelige utfordringer knyttet til den nye turnusordningen.

Fjorårets søkerrunde

Etter tredje søkerunde til legeturnus var antallet norske søkere som ikke ble tilsatt uendret fra året før (1). Forventningen om at andelen leger uten turnusplass, tidligere omtalt som «turnuskø», skulle reduseres etter omleggingen, er så langt ikke oppfylt.

Medisinstudenter opplever det som frustrerende at kapasiteten i turnus og spesialisering ikke står i samsvar med behovet for legespesialister i norsk helsevesen. Legeforeningen løftet i fjor frem problematikken knyttet opp mot norsk helsetjenestes avhengighet av å rekruttere legespesialister fra utlandet for å dekke spesialistbehovet. Hege Gjessing skriver i denne forbindelsen (2):

«Vi mener det er bra med mangfold og berikende med kolleger fra andre land og kulturer. Men vi er mot en systematisk legeimportering som går på bekostning av egne krefter, og som gjør at andre land får problemer, mens Norske myndigheter unnlater å ta ansvar for, og bære kostnadene av utdanning av et tilstrekkelig antall leger her hjemme.»

Leger uten turnus

Blant de 364 norske legene som ikke ble tilsatt høsten 2013, er det bare 41 som søkte turnus ved alle søkerrundene. Leger som ikke tilsettes i turnuslegestilling jobber hovedsakelig i relevant arbeid. Langt de fleste jobber som legevikarer, men noen også som sykepleiere, ambulansarbeidere og en svært liten andel som hjelpepleier eller pleieassistent. I Nmfs (Norsk medisinerstudentforening) spørreundersøkelse til nylig autoriserte lege fra oktober 2014¹, anga 21 prosent av legene uten turnusansettelse

at de var arbeidsledige. Blant disse var det to som utdypet at de hospiterte på sykehus eller jobbet gratis på legekontor, for å opparbeide seg mer relevant erfaring før neste søkerrunde.

Ansettelsesprosessen

På nevnte spørreundersøkelse svarte syv av ti leger som ikke var tilsatt i turnuslegestilling, at de hadde opplevd kritikkverdige forhold ved ansettelsesprosessen. Tilsvarende tall for tilsatte turnusleger var tre av ti. Det rapporteres om ulike kritikkverdige forhold ved ansettelser; fra nepotisme til totalt fravær av svar på søknader. Samtidig finnes det også helseforetak med gode rutiner for ansettelsesprosess, og enkelte foretak gjør bruk av standardiserte vurderingskriterier. Ahus kan nevnes som et eksempel her.

Fordi konkurransen om turnusplassene er stor, er det viktig å sikre at ansettelsesprosessene er ryddige og rettferdige. Undersøkelse gjort av *Dagens Medisin* (3) viser at arbeid som legevikar er det tyngst vektete vurderingskriteriet ved ansettelse av turnusleger. Nmf avdekket i fjor vinter at tre fjerdedeler (4) har følt seg forbigått i søknadsprosessen og 42 prosent har opplevd uryddighet i forbindelse med ansettelse som legevikar. Dette anses som svært problematisk, da stillingene synes avgjørende for hvem som ansettes i turnusstilling.

Turnustjenesten fremover

Søknadsbasert turnusordning gir arbeidsgiver mulighet til å tilpasse ansettelseskriterier til lokale behov. Dette kan være positivt for rekruttering både i sentrale og desentraliserte områder, men fordrer selvsagt at vurderingskriteriene er offentliggjort. Med god informasjon om turnusstedets tilbud og hva som vektlegges ved ansettelse, kan man nå ut til turnussøkere som motiveres av særegenhetene til de enkelte turnusplassene.

Alle de utlyste turnusstillingene har blitt besatt. Med bakgrunn i en gjennomgående god rekruttering til distrikt, besluttet Helsedirektoratet i fjor høst at ordningen

med puljevis utlysning skal avvikles. Samtidig ser vi at omtrent halvparten av turnussøkerne takker «nei» til et turnustilbud. Nmf håper medisinstudentenes nye mulighet til å velge hvor de vil søke turnus og hvor de vil takke «ja» til ansettelsestilbud, også vil bidra til en positiv konkurranse på kvalitet og tilbud mellom de ulike turnusstedene.

Omlegging til søknadsbasert turnus har syntes å være et helt nødvendig grep for å stoppe en voksende turnuskø. Dette målet er oppnådd. De viktigste utfordringene fremover er knyttet til ryddige ansettelsesprosesser og en dimensjonering av turnustjenesten for å svare til dagens og fremtidens spesialistbehov.

REFERANSER

1. <http://legeforeningen.no/Student/Norsk-medisinstudentforening/Nyheter/2014/Ny-rapport-fra-Helsedirektoratet-om-turnusordningen/> (lest: 12.02.15)
2. <http://tidsskriftet.no/article/3232099/> (lest: 11.02.15)
3. <http://www.dagensmedisin.no/nyheter/distrikterne-ansetter-lokale-turnusleger/> (lest: 12.02.15)
4. <http://www.dagsavisen.no/innenriks/jobber-gratis-for-C3%A5-f%C3%A5-jobb-1.283461> (lest: 12.02.15)

ELISABETH HOLVEN

Arbeidslivsansvarlig i Norsk medisinerstudentforening
e.b.holven@gmail.com



1. Undersøkelse sendt ut 1. oktober 2014 til 490 tidligere Nmf-medlemmer uteksaminert vår 2014. 275 stk, 56 prosent, svarte på undersøkelsen.

Fordeling av turnusleger i Sør-Trøndelag, ny ordning

Som turnuslege i ny turnusordning søker turnuslegen på utlyste stillinger gjennom turnusportalen. Dette innebærer at man har en ordinær ansettelse og ansettelseskontrakt med både et helseforetak og en kommune.

I søknaden på stillingen må turnuslegen presisere hvilken kommune de ønsker å ha turnusplass i etter gjennomført sykehustjeneste. Noen få søkere har, som det er bedt om ved søknadstidspunktet, ytret ønske om spesifikke kommuner for å gjennomføre kommunehelsetjenesten. Ønsker om plassering i bestemte kommuner som kommer inn etter søknadstidspunktet, og ofte når sykehustjenesten er påbegynt, hensynstas i regel ikke med mindre det foreligger spesielle grunner til dette.

Sykehuset foretar ansettelsen av turnuslegen gjennom ordinær tilsettingsprosess. Dette innebærer at sykehuset beslutter hvilken region i fylket den enkelte turnuslege skal tjenestegjøre i. Sør-Trøndelag fylke er delt inn i fem regioner som er henholdsvis Trondheimregionen, Fjellregionen, Orkdalsregionen, Fosenregionen og Værnesregionen. Sistnevnte tilhører Nord-Trøndelag fylke men har to turnusplasser tilknyttet St. Olavs Hospital HF. I hver region er det opprettet en kontaktperson som mottar informasjon om fordelingen av turnuskandidater fra personalrådgiveren på St. Olavs Hospital.

I Trondheim kommune er det administrasjonen i Enhet for legetjenester og smittevernarbeid (ELS) som er kontaktinstans for Trondheimsregionen. ELS får beskjed via brev fra personalrådgiver fra St. Olavs Hospital hvilke turnusleger som skal plasseres i Trondheimsregionen. Trondheimsregionen har syv turnusplasser fordelt på fem kommuner (Trondheim, Klæbu, Melhus, Midtre Gauldal og Malvik). Enhet for legetjenester og smittevernarbeid har ansvaret for å fordele turnuslegene til de fem kommunene. ELS informerer pr. brev de ulike kommunene om navn på turnuslege, turnusperiode samt videresender søknadspapirene fra

turnuskandidaten til de enkelte kommunene.

I hver kommune er det opprettet en kontaktperson som mottar informasjonen om fordeling av turnusleger i kommunehelsetjenesten.

Eksempel på når kommunen varsles ift når turnuslegen kommer:

Den 12. september 2014 ble det mottatt brev fra personalrådgiver fra St. Olavs Hospital med informasjon om hvilke turnusleger som skal over i kommunehelsetjenesten fra 1. september 2015. I brevet er det presisert at turnuslegene er lovet tildeling av kommunehelsetjeneste to måneder etter tiltrødelse i sykehus, altså innen 1. november 2014. Det er kommunehelsetjenesten som er ansvarlig for å orientere den enkelte turnuslege samt lage arbeidsavtale.

Turnuslegen får brev om hvilken kommune vedkommende skal gjennomføre turnustjenesten i.

Den enkelte kommune har ansvar for å skrive tilsettingsbrev og velkomstbrev til turnuslegen.

Fylkesmannen får informasjon pr. brev om tildelingen. Dette er for å ha en oversikt og kunne koordinere ved tjeneste som avviker fra det ordinære, for eksempel ved sykdom og foreldrepermisjon og lignende. Fylkesmannen skal også ha beskjed dersom det tilkommer endringer i tjenesten for turnuslegen, både i sykehustjeneste og i kommunehelsetjeneste.

Fylkesmannen i Sør-Trøndelag sender ut informasjon til turnuslegen om turnuskurs. Trondheim kommune arrangerer introduksjonskurs for turnuslegene i Trondheimregionen

Den nye turnusordningen har påført Trondheim kommune mer ansvar, men vi har utarbeidet gode rutiner, og opplever at det fungerer.

LISBETH BJUGAN

Spesialkonsulent v/ELS Trondheim kommune
lisbeth.bjugan@trondheim.kommune.no

MARIT LANGLI

Spesialsykepleier v/ELS Trondheim kommune
marit.langli@trondheim.kommune.no

KRISTINE ASMERVIK

kommuneoverlege i Malvik kommune
Kristine.asmervik@malvik.kommune.no

Erfaringer med ansettelse av turnusleger etter at loddrekning ble erstattet med søknadsbasert tildeling

Jeg er kommuneoverlege i tre kommuner; Røros og Holtålen i Sør-Trøndelag som er en del av Helse Midt-Norge og i Os kommune, som ligger i Hedmark fylke og således hører under sykehuset Innlandet (Helse Sør-Øst). Disse to regionale helseforetakene håndterer dette ulikt. Fra Helse Midt får jeg tidlig (to måneder etter at de har startet i sykehustjenesten) beskjed om hvilke turnusleger jeg kan velge mellom til Røros og Holtålen. Det er hensiktsmessig, og de får tilsendt brev vedrørende tildelte turnuslegestilling i aktuell kommune. Fra sykehuset Innlandet kommer tildelingen av turnusleger mye senere (ca to måneder før oppstart i distrikt). Dette er noe sent, men fungerer. Tilsettingsbrev sendes ut og aksept av stillingen returneres til meg.

Jeg fryktet at distriktene ville være tapere i kampen om turnusleger i kommunehelsetjenesten, men erfaringen så langt tilsier at så ikke er tilfelle i «mine regioner». Noen kommuner fikk ikke turnuslege i den gamle ordningen heller. Dette skjer fortsatt, men ikke i større omfang – hittil i alle fall.

Jeg er gruppeveileder for turnuslegene i Hedmark og på siste fellesveiledning for hele fylket var det, i motsetning til tidligere, flere norske navn blant turnuslegene. Om dette er et gode eller onde får andre vurdere, men inntrykket er at mange som var fra Hedmark gjerne søkte seg til sykehus der og til kommuner i nærheten. Dette er nytt og nå mulig siden loddrekning er borte.

Enn så lenge har jeg ingen dårlige erfaringer med den nye ordningen.

HELGE LUND

Kommuneoverlege, Os, Røros og Holtålen kommuner

Råkjør mot engelsk allmennpraksis



■ STEINAR WESTIN

Fastlege i Trondheim og professor emeritus ved Norges teknisk-naturvitenskapelig universitet (NTNU)

Stadig undrer det meg at norsk presse ikke har vært mer interessert i å formidle hva som foregår i den engelske helsetjenesten, den som ofte omtales som «the mother of all publicly financed health services». Etter en rekke av reformer siden Margaret Thatchers tid kom den mest radikale med Cameron-regjeringen i 2012, den som blant annet *The Lancet* omtalte som «The end of the NHS» – slutten på National Health Service – eller amerikaniseringen av den, som kritikerne sier. I mange av disse reformene har politikerne skjøvet allmennpraktikerne foran seg, dels med gulrot, dels med pisk. Overbelastede og utrygge allmennleger har vist seg å være den offentlige helsetjenestens svakeste ledd.

Så følg med – for kanskje er det nettopp i England at fremtiden for Europas offentlige helsetjenester og velferdsstater avgjøres.

Det er gode grunner for oss i Norge til å ha et vaksomt blikk nettopp på den engelske helsetjenesten (1), denne «National Health Service» – blant briter bare omtalt som NHS – eller som «britenes mest elskede institusjon». Den ble til med et dristig vedtak like etter Den annen verdenskrig, med den sagnomsuste Labour-minister Aneurin Bevan som fanebærer. Slik fikk alle briter fra 5. juli 1948 – årsdagen feires fortsatt der borte – tilgang til legebehandling og sykehus gratis, «free at the point of use».

Sentralt i reformen stod allmennmedisinen. Med flygeblader på dørmatter og i postkasser den 5. juli ble alle briter invitert til å velge seg en allmennpraktiker som sin fastlege, uten å behøve å bekymre seg for kostnader (FIGUR 1). Alt skulle dekkes gjennom skatter – mye for de rike, lite for de fattige. Slik ble fastlegeordningen til; «list based general practice», den som også ble en viktig inspirasjon for den norske fastlegereformen i 2001.

Reformen skapte den gang enorm entusiasme blant vanlige folk. Med økende misnøye gjennom mellomkrigstiden hadde man sett hvordan moderne og god legebehandling var tilgjengelig bare for dem som kunne betale. Selv Archie Cochrane¹, han som har lånt sitt navn til Cochrane-bevegelsen, forteller i innledningen til sin mest

berømte bok at han i 1930-årene – som ung medisinstudent – gikk gjennom Londons gater i demonstrasjoner med plakaten «All effective treatment must be free!» (2).

Etter hvert ble den skattefinansierte britiske NHS en modell for mange av Europas offentlige helsetjenester, og med Felleseklæringen av 1945 og Folketrygdmeldingen av 1948 også for den norske (3). I sine beste år skaffet NHS kvalitetsmessig god og gratis helsetjeneste for alle briter til en kostnad pr. innbygger som ikke var høyere enn det det alene kostet å administrere den privatiserte amerikanske, der alle må sende regninger til hverandre. «If everybody is insured, nobody needs insurance», er fortsatt NHS-entusiastenes slagord.

Allmennpraktikere i førersetet?

Under trykket av økende kostnader, som alle vestlige lands helsetjenester krevde, ble det britiske NHS gjennom 1980-tallet i stigende grad sulteføret, selv om den faglige kvaliteten stadig rangerte høyt. Så – under Margaret Thatcher – kom ideene om å øke effektiviteten ved å introdusere markedsmekanismer, det såkalte «purchaser-provider split», bestiller-utfører-modeller. Berlin-muren var nettopp falt, og troen på markedet som regulerende mekanisme, også i offentlig sektor, var for oppdagæn-

de. «Managed competition», styrte markeder, kom på moten. Ideene var amerikanske (4), men ble altså i England omsatt til den mye omtalte Fund-holding-reformen fra 1991.

Reformens mest besnærende argument var å snu maktforholdene i helsetjenesten. «Allmennpraktikerne i førersetet», lød det, og modellen gikk ut på å allokere det meste av helsebudsjettet til allmennpraktikere, som deretter skulle kjøpe alle nødvendige helsetjenester til sine pasienter. De visste jo best hva pasientene deres trengte. Ved å la allmennpraktikerne komme på kjøpersiden ville man tvinge spesialisthelsetjenesten til å bli mer ydmyke, og by seg fram med bedre service.

Dette er en lang historie. Om hvordan allmennlegekorpset delte seg nærmest på midten, for og mot reformen (5). Om hvordan noen av allmennlegene i denne fasen grep sjansen til å underlegge seg et større antall praksiser og bli rike. Om hvordan de måtte ansette et større antall jurister og økonomer for å forhandle kontrakter med sykehusene. Og om misnøyen fra pasienter, som etter hvert begynte å mistro sine allmennleger for å beholde for mye penger selv, og dermed brakte reformen i vanry. Aller mest bekymringsfullt var det kanskje at de usedvanlig lave administrasjonskostnadene i NHS på få år steg fra i underkant

1. Etter hvert som tilgangen til helsetjenesten faktisk ble gratis, ble Archie Cochrane mer opptatt av hva «effective treatment» egentlig innebar, skrev han som opptakt til hyllesten til de randomiserte kliniske forsøkene (2). Boka ligger på nett, og første side er fortsatt vidunderlig lesning: www.nuffieldtrust.org.uk/sites/files/nuffield/publication/Effectiveness_and_Efficiency.pdf



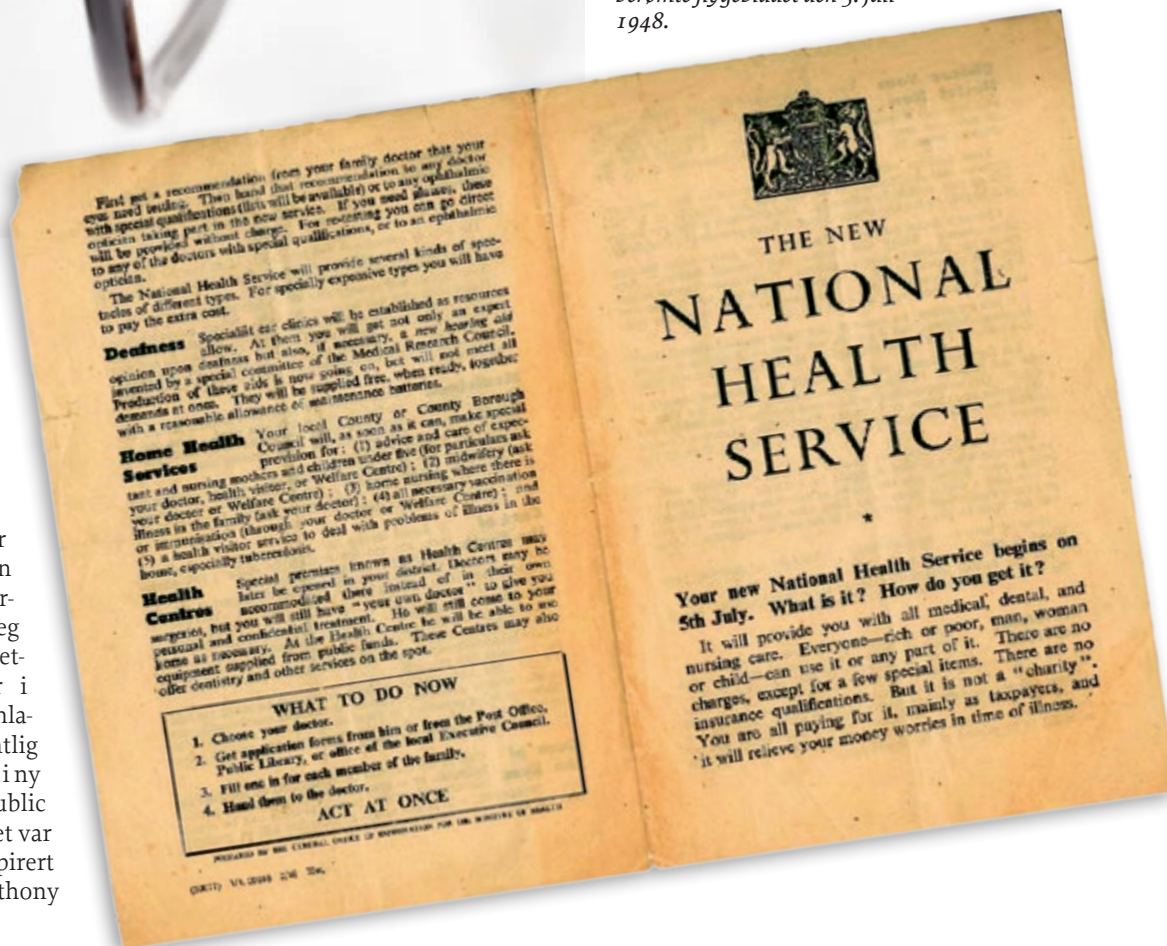
Giddens og hans «trede vei» (6). Markedets kjøp- og salg-mekanismer skulle fortsatt styre kostnader i helsetjenesten, og offentlig-privat samarbeid kom på moten (PPI – Public Private Initiative, OPS her hjemme). Fortsatt var det lite gjennomslag for kritiske røster om at helsetjenester ikke egner seg for konkurranse i pengestyrte markeder.

Her ser vi igjen parallellene mellom utviklingen i engelsk og norsk helsetjeneste. Også Stoltenberg første regjering var sjarmert av Giddens «trede vei» og New Public Management. Med Helseforetaksreformen i 2001, «Tønne-reformen», ble bestiller-utførermodellen innført også i norsk spesialisthelsetjeneste. At den medførte et helt nytt og omfattende måle- og telleregime hadde initiativtakerne neppe sett helt for seg. Men noen av oss prøvde med vår såkalte Motmelding (7) å advare mot nettopp det, mot businesskulturen, og vi fremhevet at markedet ville bli en dårlig herre i helsetjenesten.

Kvalitet – må vite

Det kan se ut som ideene med å bruke markedet og økonomiske incentiver som sty-

FIGUR 1. “You are all paying for it, mainly as taxpayers, and it will relieve your money worries in time of illness”, stod det på dette berømte flygebladet den 5. juli 1948.



av seks prosent til godt over 13 prosent. «Where there were formerly 100 nurses, there are now 100 economists», hørte jeg mine engelske kolleger si.

Fra Maggie til Tony

Da Margaret Thatcher lenge etter sin avgang ble spurt om hva hun anså som sin største suksess, svarte hun «Tony Blair». Det viste seg nemlig at Labours wonderboy, etter en overveldende valgseier i 1997, slett ikke gjorde om på jernladyens markedsreformer i offentlig sektor, men bare pakket dem inn i ny ideologisk drakt som «New Public Management». Sosialdemokratiet var blitt mer moderne, må vite, inspirert blant annet av sosiologen Anthony

ringsmiddel fikk et slags hegemoni i det engelske NHS etter Thatcher-epoken. Nesten store omstridte sak ble et utspill fra politikere og helsemyndigheter for å øke kvaliteten i allmennpraksis, det såkalte «Quality and Outcome Framework», QOF-reformen fra 2004. Englands allmennleger ble invitert til å melde seg på et system med poengberegning for sin legevirkosomhet, både for prosedyrer, for kliniske utfall og for administrative egenskaper ved praksisene. Inntil 25 prosent av den enkelte allmennleges inntjening skulle baseres på denne modellen, og hvis man skåret høyt kunne det bety en betydelig inntektsøkning.

Igen stor strid blant landets allmennleger. Mange advarte mot denne sammenblandingen av klinisk medisin og økonomiske belønningssystemer. De fryktet enda mer måling og telling, og at kliniske vurderinger kunne bli pervertert av sideblikket til hva som nå lønnet seg best i konsultasjonen.

Så vil noen si at dette også er en del av norske allmennlegers hverdag, gjennom normaltariffens takster. Men den viktige forskjellen består i at våre engelske kolleger blir honorert blokkvis for hvorvidt «målet» er nådd for hvert enkelt «item»: dels på prosedyrer (hvor stor prosent av kvinnene på din liste har hatt cervix-cytologi, hvor mange overvektige har du faktisk veid etc.), dels på såkalte utfall (hvor stor andel av dine pasienter har blodtrykk eller kolesterol under en gitt verdi, etc.), dels på egenskaper ved praksisen (ventetid og konsultasjonslengde etc.). Innvendinger om at dette ville medføre enda mer byråkrati ble møtt med at slike data kunne hentes rett ut av datajournalen, automatisk for hvert kvartal.

Selve avtalen gjelder fortsatt, og 2014-versjonen beskrives i et dokument på 182 sider med til sammen 121 antall indikatorer som skal måles eller telles. I rapporten fra året før kan man f.eks. lese:

«The average achievement score for practices was 831.4 points out of 900. This is 92.4 per cent of the total available compared to 96.7 per cent in 2012–13».

Det er ikke utenkelig at statistikkene fra disse registreringene kan være nyttige. Men lite er ennå skrevet om hvor mye av allmennlegenes tid og oppmerksomhet som nå går med til å lese, forstå og registrere de dataene som skal gi ekstra inntekt. Vi minnes perioden da fagmøter på sykehusene her hjemme stort sett gikk med til å diskutere DRG-koding.

«Totally ridiculous», sa vår engelske kollega Iona Heath tidlig om dette systemet (8), og la ikke skjul på at denne reformen

var en av grunnene til at hun selv sluttet i klinisk allmennmedisin flere år før tiden. Hun følte seg i økende grad presset til å utføre prosedyrer i konsultasjonen som kunne være direkte uheldige der og da. For eksempel å plage enda en overvektig kvinne opp på vekta – noen ganger en ydmykende prosedyre for en som vet så alt for godt at hun er for tykk, men gjort enda en gang for at doktoren ikke skulle risikere å miste poeng på denne «måloppnåelsen». For ikke å snakke om blodtrykkverdiene, som skal hentes rett ut av journalen og kan gi blokkmessig økonomisk tap for den legen som ikke er «flink nok». Det heter så pent at «Indicators should, where possible, be based on the best available evidence». Men som vi alle vet – god pasientbehandling på dette området kan avhenge av så mye mer enn selve tallet, særlig når også behandlingsmålene er omstridte (9).

Mer marked og konkurranse

Ansatte i den engelske NHS, og ikke bare våre kolleger i allmennmedisin, følte seg i tiltakende grad utsatt for denne slags telle- og måleregimer. Debatten var ikke ulik den vi kjenner her hjemme, tydeligst målbåret gjennom Helsetjenesteaksjonen. Men flere reformer stod i kø, og svært ofte var det allmennpraktikerne som ble ført i fronten – som da de pep over økende arbeidspress. I stedet for å ruste opp allmennmedisinen foreslo regjeringen at fastlegene kunne få avlastning for vaktarbeidet ved at denne delen av legevirkosomheten ble satt ut på anbud, «outsourced». Her så de private aktørene en mulighet for å komme inn. Fra 2004 har store internasjonale firmaer som Serco og Virgin overtatt vaktarbeidet i mange områder med egne ansatte leger.

Men ikke bare her. Også i noen tynt befolkede områder med svak legedekning kunne noen av disse firmaene tilby seg å drive legesentra, delvis fordi de ikke var avhengig av umiddelbar lønnsomhet. For noen av dem var det viktigere å få en fot innenfor NHS. Og det fikk de. Også gjennom tilbud om å bygge og leie ut sykehusbygninger der de offentlige budsjettene for investering var trange. Denne PPI-ordningen (her OPS) var umiddelbart tiltrekkende, men har etter hvert påført engelske NHS svære betalingsforpliktelser i en størrelsesorden som langt overskrider de kostnadene NHS ville hatt ved å eie dem selv. I styrerommene til de private selskapene snakkes det visstnok om gyldne kontrakter (10).

Med en gradvis større plass innenfor NHS vant disse private aktørene etter hvert fram også med såkalt utfordringsrett. På noen områder ble de invitert til å legge inn anbud på deler av allmennlegenes kliniske virksomhet, for eksempel svangerskapskontrollene og INR-pasientene. Med ett ble mange engelske legesentra tvunget til å sette seg ned og skrive anbudsdokumenter på sine egne pasienter. Slik jeg forstod det, var dette dråpen i begeret for vår norgesvenn Iona Heath da hun bestemte seg for å slutte (8), riktig nok for å bli fulltids president i Royal College of General Practitioners. Derfra har hun og hennes kolleger ført en innbitt kamp mot det som da seilte opp: enda en ny reform.



FIGUR 2. Helseminister Andrew Lansley's markedsføring av «The Health and Social Care Bill», som ble vedtatt i april 2012.

“Liberating the NHS”?

Reformtrettetheten var allerede stor blant leger og ansatte i NHS da parlamentsvalget i 2010 stod for døren. Regjerende Labour, med statsministrene Blair og Brown, hadde sviktet NHS, lød det fra toryen, som i valgkampen lovet å la helsetjenesten nå få

fred for flere økonomireformer. «Ingen flere ovenfra- og nedad-reformer av NHS!», lød det fra de konservative.

Men så snudde de altså etter valget – og den blå-gule koalisjonsregjering med David Cameron og Nick Clegg fikk i april 2012 gjennomført den mest radikale omstruktureringen av engelske NHS noen sinne. Retorikken fra helseminister Andrew Lansley var slående (FIGUR 2). Nå skulle han «frigjøre NHS», *liberating the NHS*, hvilket i praksis betød at de ville la de enkelte delene av NHS opptre som markedsaktører med anledning til å inngå kontrakter med «any willing provider», enhver villig leverandør. Altså et nytt langt skritt i retning av det mine kolleger der borte kaller privatisering. Fortsatt skyver de allmennlegene foran seg i de lokale *Commissioning Boards*. Bare i navnet, sier mine kolleger, for beslutninger tas i praksis av et større apparat av jurister og økonomer.

En svær folkelig motaksjon var allerede på vei, og lever fortsatt med høy profil rundt om i landet som KONP, *Keep Our Na-*



tional Health Service Public. Allmennlegenes organisasjoner og de fremste medisinske fagtidsskriftene med *the Lancet* og *BMJ* i spissen advarte på det sterkeste mot det de så som en oppstyking og åpen privatisering av NHS (11,12). «The end of our NHS», skrev *Lancet*-redaktøren (FIGUR 3).

Raskt ble nå hele den engelske helsetjenesten (fortsatt ikke den skotske) innrettet med bestiller-utfører-modeller, med enda mer konkurranse og et nytt stort innslag av private aktører. Protestene har vært store og tydelige over hele England, ikke minst sist høst, da det blant annet ble arrangert en omfattende marsj til forsvar for det offentlige NHS, en gjentakelse av den 50 mil lange såkalte Jarrow-marsjen mot fattigdom og arbeidsløshet i 1936. Ti tusener av demonstranter ved avslutningen på Trafalgar Square den 6. september. Men helt taust i norske medier.

Engelske medier, derimot, preges nå av nyheter om et voksende byråkrati, stadige skandaler om misligholdte kontrakter, sykehus som går konkurs, og et helsevesen som i økende grad drives av amerikanske og internasjonale helsekjeder. Egenandeler er igjen på dagsorden. Mine venner i allmennpraksis der borte plages av komplisert anbudsarbeid, og jeg hører at flere ser etter muligheter for å slutte.

Hvorfor dette råkjøret?

«I hate to sound paranoid, but...» lød det fra allmennmedisinens nestor Julian Tudor Hart da han innledet om den foreslåtte Lansley-reformen under et norsk-britisk

seminar i Oslo høsten 2011 (13). Hans «but...» gikk ut på at han likevel ikke kunne unngå å se at de største internasjonale helsetjenestefirmaene har hatt en langsiktig og svært målbevisst strategi for å komme seg inn nettopp i britenes NHS. Denne oppfatningen er det flere enn ham som deler (12, 14). Dels knytter det seg stor prestisje til NHS, dels er det den største enkeltstående offentlige helsetjenesteorganisasjonen i Europa. De store investeringsfondene rundt om i verden er på jakt etter sikre og langsiktige investeringer, skrives det (10, 14), og de europeiske velferdstjenestene fremstår nå som nye umodne markeder. «... If I can make it there, I'll make it anywhere ...», som Frank Sinatra synger om sitt New York.

Hva dette betyr for innholdet i helsetjenesten, og for allmennmedisinen, på lang sikt, kan det være delte meninger om. Men ingen bestrider at det som nå skjer i England er et betydelig skritt i retning av en amerikanisering av NHS. Den tradisjonsrike normstyrte engelske helsetjenesten basert på profesjonsetikk og tillit vil nok i høyere grad bli preget av marked og kjøp og salg. Det hjelper åpenbart ikke at all rimelig erfaring viser at helsetjenester ikke er egnet for marked og kjøp og salg – at det medfører mer byråkrati og større forskjeller mellom fattig og rik.

«Dere allmennleger må snarest ta disse sakene opp til diskusjon», sa den kjente engelske helsetjenesteforskeren Allyson Pollock da hun innledet under den såkalte Oppdals-uka for allmennleger i 2010. Hun hadde hørt at det også i Norge var liknende frustrasjoner blant unge fastleger med høy gjeldsbelastning, stort arbeidspress og svak sosial trygghet. Vi som var til stede hørte at flere av dem ikke så det som utenkelig å la seg ansette av et privat firma på fast lønn og med god pensjonsordning, dersom det

var et alternativ til å være næringsdrivende under det presset de nå opplever (1). I sannhet en utfordring for kommunene og fastlegeordningen.

Jeg skal ikke overdrive min uro (15), men for knapt et år siden fikk jeg et par interessante telefoner fra London. Jeg forsto at det dreide seg om et internasjonalt byrå for markedsundersøkelser. De hadde funnet navnet mitt på nettet, og ønsket min bistand som synlig samfunnsmedisiner for å vurdere «markedsmulighetene i Norge», siden vi nå hadde fått ny regjering, med større åpning for investeringer fra private helseaktører. Jeg vet ikke hva de ville betalt, eller hvem som var oppdragsgiver. For det ble stille på telefonen etter et par dager.

REFERANSER

1. Nylenna M. British health care reforms and Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 8: 423–7.
2. Cochrane AL. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health services. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust, 1972.
3. Westin S. The beginning of the NHS – and the impact on Norwegian health care. *Michael Quarterly* 2011; 4: 476–89.
4. Waitzkin H. The strange career of managed competition: military failure to medical success? *Journal of the American Public Health Association* 1994; 84: 482–9.
5. Fugelli P, Heath I. The nature of general practice. Yes to traditional values must mean no to fundholding and managerial ambitions. *BMJ* 1996; 312: 456.
6. Giddens A. *The Third Way: The renewal of social democracy*. London: The Polity Press, 1998. (Norsk oversettelse, Pax forlag 1999).
7. Arnesen T, Bergsdahl B, Brattebø J, Bråten M, Fosse A, Gilbert M, Johansen D, Smeland E, Westin S, Wisborg T. Motmelding 2. til høringsnotat fra sosial- og helsedepartementet om «Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten og forslag til Lov om helseforetak mm.» Mo i Rana/Oslo: Eget forlag, 2001 (nå på «For velferdsstatens» nettsider).
8. Westin S. Min britiske venninne. *Adresseavisen* 5. mai 2010. www.adressa.no/meninger/article/1478705.ece
9. Westin S, Heath I. Thresholds for normal blood pressure and serum cholesterol. *BMJ* 2005; 330: 1461–2 (editorial).
10. Pollock AM, Price D. OPS i helsevesenet. *Storbritannias erfaringer, lærdommer for Norge*. Oslo: Manifest analyse, Rapport 3/2013.
11. Editorial. The end of our National Health Service. *Lancet* 2011; 377: 353.
12. Pollock A, Price D. How the secretary of state for health proposes to abolish the NHS in England. *BMJ* 2011; 342: 801–6.
13. Hart JT. Which future for the UK National Health Service (NHS)? *Michael Quarterly* 2011; 8: 442–59.
14. Davis J, Tallis R. *NHS SOS: How the NHS was betrayed – and how we can save it*. London: Oneworld Publications, 2013.
15. Westin S. Er velferdsstaten en av verdens utrydningstruede arter? I: Tellnes G, Claussen B (red). *Er folketrygden bærekraftig?* Oslo: Cappelen Damm, 2014.

FIGUR 3. Faksimile av *Lancet*-redaktørens syn på Lansley-reformen, «...the catastrophic breakup of the NHS».

Editorial

The end of our National Health Service

There is a crisis in the National Health Service (NHS). The publication of the Health and Social Care Bill last week heralds dramatic changes for the NHS, which will affect the way public health and social care are provided in the UK. Those changes alone will have huge impact, but it is the formation of an NHS Commissioning Board, and commissioning consortia, that will once and for all remove the word "national" from the health service in England. The result, due to come into force in 2013, will be the catastrophic break up of the NHS.

business plan is urgently needed to allow transparent appraisal of how the Board plans to monitor patients' outcomes.

The UK coalition Government has now been in power for about 8 months. Neither the Conservatives nor the Liberal Democrats included the formation of an NHS Commissioning Board, or GPs' commissioning consortia, in their health manifestos on which the electorate voted. The speed of the introduction of the Health and Social Care Bill is surprising, especially given the absence of relevant detail in the health manifestos. The



■ STEINAR.WESTIN@NTNU.NO

Nasjonalt forskerskole i allmennmedisin – en suksesshistorie

■ SIRI EVJU JANSSEN • Administrativ koordinator, NAFALM

■ ELIN OLAUG ROSVOLD • Professor, leder av NAFALM

Etter knapt to års drift er det lov å kalle Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM) en suksesshistorie. Skolen sikrer praksisnær forskning og forskningsbasert praksis i allmennmedisin.

Rekrutteringen av allmennmedisinske ph.d-studenter til forskerskolen har vært god, og skolen har pr. i dag 36 studenter fra ulike fagområder (lege, sykepleie, antropologi, farmasi, samfunnsfag) fordelt på to kull. De forsker på temaer som influensa i allmennpraksis, medisinsk uforklarte plager og sykdommer, svangerskaps- og barseldepresjon i en multietnisk befolkning, språk i legeerklæringer, og livets slutt i sykehjem. En stor andel av studentene arbeider i klinisk praksis ved siden av sitt ph.d-studium.

Et allmennmedisinsk løft

Nasjonalt forskerskole i allmennmedisin startet opp i 2013, etter å ha fått tildelt 23,8 millioner kroner fra Norges forskningsråd for en periode på åtte år. Forskerskolen er et allmennmedisinsk samarbeidsprosjekt mellom universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, samt Uni Helse i Bergen. Universitetet i Oslo er vertsinstusjon for skolen, og professor Elin Olaus Rosvold ved Avdeling for allmennmedisin er skolens leder. Med seg på laget har hun Siri Evju Janssen som administrativ koordinator i 50 prosent stilling. Professor Sabine Ruths ved Universitetet i Bergen er faglig koordinator i 10 prosent stilling, og i tillegg er det 20 prosent administrative koordinatore i Bergen (Elin Christine Gundersen) og Trondheim (May Karin Dyrendahl). Styringsgruppen består av professor Jørund Straand, (UiO), professor Guri Rørtveit (UiB), Professor Johann August Sigurdsson (NTNU), professor Hasse Mellbye (UiT), professor Cecilia Björkelund, Göteborgs universitet og studentrepresentant Anja Brænd.

Målene for skolen var klart definert i søknaden. Dette skulle bli et løft for allmennmedisinsk forskning gjennom syste-

matisk å utvikle og styrke ph.d-utdanningen i allmennmedisin i Norge. Ved å tilby kurs med tydelig allmennmedisinsk vinkling til ph.d-studentene, vil skolen bli et supplement til den allerede eksisterende ph.d-utdanningen ved de medisinske fakultetene. Gjennom å invitere utenlandske forelesere til skolens kurs, og ved å legge til rette for studieopphold i utlandet for både studenter og veiledere, skal man stimulere til økt internasjonalt samarbeid. Forskerskolen skal også bidra til et nasjonalt miljø for teori- og metodeutvikling innenfor faget. Videre ønsker man å fremme både flerfaglighet og tverrfaglighet i primærmedisinsk forskning.

Tiden fra tildeling til oppstart ble brukt til å få administrasjonen på plass, til å få godkjenning for de første kursene og til å ta opp skolens første studentkull. Skolens ph.d-kurs skal være et tillegg til de obligatoriske kursene i universitetenes ph.d-program, og de skal kunne inngå i den frie delen av studentenes ph.d-program. Alle kursene som tilbys, må derfor godkjennes på de respektive medisinske fakultetene. Dette kan være en tidkrevende prosess, men i løpet av sommeren 2013 ble programmet for det første NAFALM-seminaret lagt. Det første kullet med NAFALM-studenter ble tatt opp, og alt var klart for Nasjonal forskerskole i allmennmedisins ofisielle åpning.

I oktober 2013 gikk startsskuddet. 17 entusiastiske ph.d-studenter var sammen med skolens styringsgruppe samlet på Hardingasete i Hardanger til det første av Forskerskolens obligatoriske seminarer. For å markere skolens åpning ble denne første samlingen lagt i forkant av det årlige Allmennmedisinske universitetsmøtet, og



FOTO: SIRI JENSEN

NAFALMS første studentkull, tatt opp i 2013. Foran fra venstre: Reidun Sandvik, Nilam Shakeel, Johanna Laue, Ingvild Vik. Andre rekke fra venstre: Kristian Jansen, Anette Fosse, Åse Ruth Eggemoen, Frøydis Gullbrå, Anja Brænd, Odd Martin Vallersnes. Bakerste rekke fra venstre: Bjarne Austad, Kristian Simonsen, Hege Therese Bell, John-Tore Eid. Aase Aamlund og Salwan Al-ani var ikke tilstede.

en høytidelig åpning av skolen ble foretatt av leder av styringsgruppen, Jørund Straand.

NAFALM-seminaret

Skolens hovedaktivitet er NAFALM-seminaret, som markerer starten på Forskerskolen for årets nye studentkull. Her samles alle studentene som er tatt opp på Forskerskolen til egne kurs, fellesaktiviteter og evalueringer. Veilederne slutter seg til gruppen det siste døgnet. Det er også introduksjon til rekken av obligatoriske webinarer som går gjennom vinteren. Et av Forskerskolens mål er å skape et faglig nettverk for ph.d-studentene som sitter spredt omkring i landet med sine prosjekter, og en tredagers samling gir rom for både faglig og sosialt påfyll.

Første NAFALM-seminar var i regi av Universitetet i Bergen. I 2014 tok Universitetet i Oslo over stafettpinnen, og andre NAFALM-seminar fant sted i september 2014 på Sundvolden. Her var begge studentkullene og flere av veilederne med. Denne gangen ble det kjørt tre parallelle kurs. Forskerskolen var spesielt glade for å ha professor Stuart Spencer, redaktør i *The Lancet*, med på laget.



NAFALMs styringsgruppe.
Fra venstre: Hasse Melbye, Jørund Straand, Johann August Sigurdsson, Anja Brænd, Guri Rørtveit og Cecilie Björkelund.

FOTO: SIRI JENSEN



NAFALMS studentkull tatt opp i 2014. Første rekke fra venstre: Sigurd Danielsen, Ane Erdal, Irene Aasmul, Ingun Toftemo, Gro Beate Samdal, Anne Jølle, Sven Eirik Ruud, Anne Cathrine Sundseth, Magnus Hjortdahl. Bak fra venstre: Trygve Skonnord, Elin Høyen Bergene, Christine Gulla, Marianne Bollestad, Marthe-Lise Næss-Andresen, Tone Seppola-Edvardsen, Lene Dalbak. Henrik Vogt var ikke tilstede da bildet ble tatt.

Professor
Stuart Spencer,
redaktør i *The Lancet*,
underviser på NAFALM-
seminaret 2014

Han veiledet studentene om hvordan skrive gode abstracts og var også med på evalueringen av studentenes poster.

Det obligatoriske webkurset for andreårsstudentene er «Den allmenntedisinske kanon», et kurs som har som mål å gjøre studentene kjent med sentral litteratur for allmenntedisinske fag og forskning gjennom å lese og diskutere i grupper. Gruppediskusjonene forgår via webseminarene, og studentene forbereder seg til seminarene ved å lese artikler og se en introduksjonsvideo hvor erfarne allmenntedisinske forskere kommenterer artiklene som er pensum.

Webseminarer og poster

Som en del av nettverksbyggingen har skolen satset på bruk av web i undervisningen, og dette har vist seg å være en effektiv møteplass for student og lærer. Studentene på forskerskolen er spredt ut over hele landet fra Alta i nord til Stavanger i sør. Mange er deltidsstudenter som også arbeider i klinisk praksis. Dette gjør webseminarer spesielt godt egnet for Forskerskolens studenter.

Den første vinteren gjennomfører studentene webkurset «Presentere, publisere, disputere». Her lærer de å skrive abstracts og lage poster, og alt er basert på eget prosjekt. Som evaluering av kurset lager de en poster som så presenteres og evalueres i plenum på høstens seminar. I år ble en rekke av disse posterne også presentert på Primærmedisinsk uke. Dette var en fin måte å vise frem forskningsprosjektene til skolens studenter, og vi håper at posterne fra Forskerskolen blir et fast innslag på PMU og Nidaroskongressen i årene fremover. Allmenntedisinsk forskningsfond (AMFF) har opprettet en pris for forskere på ph.d-nivå. Denne ble utdelt for første gang på PMU 2014 og gikk til NAFALM-student

Heidi Fidjeland for poster-presentasjonen «General practitioners' experiences with and attitudes to cancer follow-up».

Professor Sandra Eldridge fra Queen Mary University of London foreleste på kurset om randomiserte kontrollerte studier i en allmenntedisinsk setting, som ble avholdt i Oslo i november.

I 2015 holder skolen kurs om forskning på multimorbiditet i Trondheim og et statistikk-kurs i Tromsø. Videre planlegges et kurs i forskning innen farmakoepidemiologi i samarbeid med Nasjonal forskerskole i farmasi.

Utenlandsopphold og internasjonalt samarbeid

Forskerskolen ønsker å stimulere ph.d-studentene til større mobilitet internasjonalt. Studentene kan søke stipend for kortere opphold, og på sikt ønsker skolen å legge til rette for opphold utenlands også for veiledere. Kanskje kan studenter og veiledere reise sammen, og på denne måten bygge opp et internasjonalt faglig nettverk. Ph.d-kursene har også hatt deltakere fra våre skandinaviske naboland. Studenter fra den svenske forskerskolen i allmenntedisin har deltatt på kurs i regi av NAFALM, og for en av studentene førte dette til et utvidet opphold ved UiB.

I 2014 var to av NAFALM-studentene på forskningsopphold utenlands, en ved University of Melbourne i Australia og en ved Stanford i USA. Ytterligere en søknad om støtte til opphold ved University of Canterbury, New Zealand, er innvilget.

NAFALM har stor glede av det gode samarbeidet med Nasionella forskarskolan i allmänmedicin i Sverige, og en representant derfra, professor Cecilia Björkelund ved Göteborgs universitet, sitter i skolens styringsgruppe. Redaktør Richard Horton omtalte i en kommentar i *The Lancet* i sep-

tember 2014 den svenske forskerskolens betydning for allmenntedisinsk forskning i Sverige. Her trekker han også frem den norske forskerskolen i allmenntedisin, som har hentet ideer og inspirasjon fra nettopp den svenske forskerskolen.

NAFALM skal i samarbeid med Den nasjonella forskarskolan i allmenntedisin arrangere en workshop på Nordisk Kongress i allmenntedisin i Göteborg i juni.

Foran tidsplanen

I søknaden til Norges Forskningsråd var det skissert at skolen skal tilby ph.d-kurs tilsvarende 10 studiepoeng i løpet av de to første driftsårene. Ved utgangen av 2014 tilsvarer antall godkjente kurs 13,5 studiepoeng. Skolens kursportefølje er bygget opp av obligatoriske kurs som består av det årlige NAFALM-seminaret og en rekke med web-baserte kurs som går over alle tre år. I tillegg tilbys det egenutviklede ph.d-kurs som har en allmenntedisinsk vinkling, og disse kursene er som regel praktisk rettet slik at studentene kan bruke egne ph.d-prosjekter i arbeidet med kursets pensum. Disse kursene er også åpne for veiledere og studenter som ikke er opptatt på Forskerskolen i den grad det er plass.

Skolen har til nå fått mange positive tilbakemeldinger fra studenter og veiledere, og vi har allerede opplevd at «jungeltelegrafene» har rekruttert studenter til skolen. Målet for skolen er at alle ph.d-studenter knyttet til de allmenntedisinske fagmiljøene deltar på forskerskolen, og foreløpig ligger vi godt an til at målet skal nås.

Se også: <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/doktorgrad-karriere/forskerskoler/nafalml/>

■ S.E.JANSSEN@MEDISIN.UIO.NO
■ E.O.ROSVOLD@MEDISIN.UIO.NO

Vise valg



I vinter har trollmannen Gandalf fra «Hobbiten» besøkt oss igjen på kinolerretene. Han lever i en tid hvor vismannen står ganske så alene. Vi leger lever i en tid hvor vi kan støtte oss på internasjonale tenketanker.

Choosing wisely

Klinisk praksis utvikler seg i pakt med hvilke muligheter samtiden gir. Nye muligheter for diagnostikk eller behandling ønskes velkommen, men det er mye nytt som har begrenset verdi. Likevel kan det bre om seg en praksis hvor flere og flere gjør det samme som de andre uten at det finnes god forskning som understøtter dette. Slik kan vi få et helsevesen som er ineffektivt og kostbart. Det er derfor grunn til å kritisk vurdere vår praksis med jevne mellomrom.

«Choosing wisely» (1) er et amerikansk initiativ hvor man har satt ned grupper av spesialister for å vurdere unyttige rutiner innenfor egen spesialitet. Initiativet var opprinnelig igangsatt fra non-profitorganisasjonen American Board of Internal Medicine. Målet med opprydningen er å understøtte at pasienten får undersøkelser eller behandlinger som

- er begrunnet i god forskning
- ikke gjentar tidligere tester og prosedyrer (duplisering)
- er minst mulig skadelige
- er helt nødvendige

Hva du ikke skal gjøre

For å konkretisere forbedringspunkter har man utarbeidet 180 forslag til hva man bør slutte med i blant annet allmennpraksis (2). Listen utvides kontinuerlig og burde være et interessant utgangspunkt for diskusjon i smågrupper. Tankegangen har spredd seg videre, og Canada har nylig publisert deres liste over forbedringspunkter (3). Canada er ikke så ulikt Norge, så hvorfor ikke skjele til deres konklusjoner?

I faktarammen oppsummeres noen forslag hva den oppdaterte fastlegen ikke bør gjøre uten å ha tenkt seg grundig om. For grundigere forklaring av listen henvises til referanse 3.

Når jeg ser gjennom punktene for meg selv må jeg nok innrømme at jeg har et forbedringspotensiale. Det er så lett å føle at man gir god service ved å ta en test til og kanskje en til..

Endring?

Gammel vane er vond å vende, sier et gammelt munnhell. Det betyr for de fleste at det både er vanskelig å begynne med noe nytt, men enda vanskeligere å slutte med en automatisme. En gammel professor med tett Gandalfskjegg kom opp til meg etter en forelesning om Helsebiblioteket. Med engasjert stemme roste han vårt arbeid for oppdateringen av vårt fag – «det er så mye skrot der ute, og vi klarer ikke å bli kvitt det- ut med skrotet-ut med det gamle!» sa Gandalf junior.

Gandalf senior kommer snart til en kino nær meg. Med profetisk stemme hører jeg han si «For even the very wise cannot see all ends». Nei vel, tenker jeg, men kanskje kunne Norsk forening for allmennmedisin utfordres til en tilpasning av listene i en norsk kontekst?

REFERANSER

1. <http://www.choosingwisely.org/about-us/>
2. <http://www.aafp.org/afp/recommendations/search.htm>
3. <http://www.choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2014/04/GP-CFPC-EN-web.pdf>

ALEXANDER WAHL

Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket,
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

11 PUNKTER SOM PASIENT OG FASTLEGER BØR FORHOLDE SEG TIL.

- Ikke rekvirere bildeundersøkelser ved lumbago før seks uker har gått unntatt ved «røde flagg»
- Ikke bruke antibiotika ved øvre luftveisinfeksjoner som skyldes virus
- Ikke ta rutinemessig ekg eller rtg thorax av lavrisikopasienter
- Ikke ta rutinemessig cytologisk prøve av livmorhals utenfor screeningsgruppen (i Norge fra 25-69 år)
- Ikke ta årlige blodprøvesjekk bortsett fra der hvor pasienten har en sykdom eller risikoprofil som må følges opp.
- Ikke mål rutinemessig vitamin D i normalbefolkningen. Anbefal heller generelt
- D-vitamintilskudd i mørketiden.
- Ikke gjør mammografiscreening på kvinner fra 40-49 år
- Ikke gjør årlige fysisk helsekontroll på normalbefolkningen. Følg anbefalt intervall i stedet.
- Ikke gjør benmasseundersøkelse på pasienter med lav risiko
- Diabetespasienter som ikke bruker insulin behøver ikke måle blodsukker selv.
- Ikke ta stoffskifteprøve av asymptomatiske pasienter

Elektronisk meldings

– Vi spør, Norsk Helsenett svarer

Sist høst hadde *Utposten* en enquete med fastleger og journalleverandører (nr. 6, 2014). Denne gangen vil jeg gjerne vite litt om hva som gjør vår daglige kommunikasjon mulig. Jeg har derfor henvendt meg til Norsk Helsenett for å få svar på noen spørsmål.

Erfaring med Nordnorsk Helsenett og Norsk Helsenett (NHN)

Jeg ble oppnevnt som styremedlem i Nordnorsk Helsenett i 2002 – ikke i egenskap av datakyndig ekspert, men fordi jeg var allmennlege og daglig bruker av nettet.

Mine datakunnskaper var den gang, som nå, forholdsvis sparsomme, men kanskje det var bra fordi styret da måtte snakke et språk som også jeg forstod. Helse Nord RHF hadde vedtatt å betale tilknytning til nettet for alle fastlegekontorene i Nord-Norge, derfor var fastlegekontorene i landsdelen tidlige brukere av nettet. Vi kunne sende elektroniske henvisninger og fikk tilbake elektroniske epikriser fra sykehusene allerede for mange år siden. Det som imponerte meg som styremedlem i Nordnorsk helsenett den gang, var hvor godt mange av de ansatte kjente fastlegekontorene i landsdelen. Jeg var også imponert over kunnskapsnivået og grundigheten de ansatte hadde. I 2014 ble jeg oppnevnt som styremedlem i Norsk Helsenett, og igjen er jeg imponert.

I en årrekke har vi kunnet sende og mota henvisninger, epikriser, røntgensvar og blodprøvesvar. I tillegg kan vi nå kommunisere elektronisk med pleie- og omsorgstjenesten i kommunen. Dette er en utvikling det ikke gikk an å tenke seg da jeg startet i allmennpraksis i 1984.

- **Hva er den største fordelene ved å ha helsenettet?**
- **Kunne vi klart oss uten?**

Fordelene er mange. Helsenettet gir legen tilgang til å utveksle elektroniske meldinger som inneholder sensitive pasientdata innenfor rammen av lover og forskrifter. Samtidig får du tilgang til NHN-adresseregister, som sørger for at meldinger kommer frem til rett mottaker. Du får også tilgang til en rekke offentlige tjenester som

oppgjør og sykmelding, frikort, e-resept, pasientreiser, prøvesvar, henvisning og epikrise, og kan slå opp i et oppdatert folkeregister. I tillegg har du, gjennom tilknytningen til helsenettet, mulighet for bankterminal, hjemmekontor, fjernhjelp og kundesupport 24/7. Via helsenettet har du også oppfølging på sikkerhet, og har du mistanke om at datautstyr kan være angrepet av virus kan du ta kontakt for å få hjelp.

Gitt at vi ønsker å kommunisere elektronisk mellom for eksempel sykehus og kommune, kan vi ikke klare oss uten helsenettet. Det er her vi legger til rette for at den digitale utvekslingen av pasient- og personopplysninger kan foregå på en sikret måte og i henhold til kravene i Normen¹.

- **Hvorfor kan vi sende dialogmeldinger til pleie- og omsorgstjenesten, men ikke til sykehusene?**

Basismeldinger brukes i stor skala mellom fastleger og sykehus, mens dialogmeldinger som kan brukes til ulike formål som henvisning og epikrise, ennå ikke er tatt i bruk. Hovedårsaken er at adresseringen til sykehus går til avdelinger og ikke personer som i primærhelsetjenesten. Derfor har vi til nå ikke klart å få til et system for personlig mottak av dialogmeldinger hos spesialisthelsetjenesten. Helse Vest pilottester for tiden dialogmeldinger mellom sykehus og fastlege, knyttet opp mot henvisninger.

I løpet av fjoråret var 422 kommuner i gang med mottak og/eller sending av pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) med fastlegene og/eller sykehus. Det betyr at størstedelen av landets leger og legekontorer har mulighet til å sende meldinger.

- **Er det bare sykehus, fastleger, pleie- og omsorgstjenester og apotek som er knyttet til nettet, eller er det også andre?**
- **Hvilke planer foreligger for eventuell utbredelse av nye tjenester, som meldinger, og i så fall hvilke?**

Spesialisthelsetjenesten, private sykehus, alle kommunene (pleie- og omsorgstjenesten, helsestasjon, ambulanse og fengselstjenesten), alle fylkene (tannhelse) samt flertallet av tankeklarer og NAV er tilknyttet

1. «Norm for informasjonssikkerhet i Helse-, omsorgs- og sosialtjenesten» – forkortet «Normen», en samlet oversikt over de lover og forskrifter som regulerer behandling av personopplysninger, samt sektorens egne tilleggskrav.

nettet. I tillegg er flere enn 130 ulike tredjepartstjenesteleverandører tilknyttet helsenettet, og som gjennom det leverer tjenester til sektoren. Eksempler er Infodoc, som leverer journalsystem til blant andre allmennleger, Curato røntgen og HELFO.

Utvikling av nye meldingstyper er HelseDirektoratets ansvar, så det spørsmålet om flere nye tjenester må rettes til dem.

- **Har Norsk Helsenett samarbeid med journalleverandører til helsesektoren for eksempel ved å stille krav til kvalitet, sikkerhet eller tekniske løsninger?**

Norsk Helsenett har dialog og samarbeid med de fleste journalleverandørene i markedet. Alle som ønsker å være tredjepartslieferandør i helsenettet, må verifisere at de tilfredsstiller Normens krav. Tredjepartslieferandørene må gjøre rede for hvordan de gjennom styringssystem og for øvrig ivaretar Normens krav.

Pr. i dag har vi ikke noen mulighet til å stille andre krav til leverandører hva gjelder tjenestenes innhold. I den grad vi ser at foreslåtte tjenester ikke tilfredsstiller kravene i Normen vil vi kunne avvise tjenesten for bruk i helsenettet.

- **På kontoret frustrerer vi oss over at journalprogrammet vårt går sakte, er ustabil og at data av og til forsvinner – kort sagt er vi ikke direkte fornøyd. Ukentlig må servere restarteres og vi står uten journal og e-resept. Selv om det ikke er lenge av gangen blir vi frustrerte. Må vi regne med at det fortsetter slik?**

Det er ikke mulig å svare hverken enkelt eller generelt på et slikt spørsmål. Det kan være mange ulike årsaker og hvert tilfelle må undersøkes isolert. Det kan være selve journalsystemet, måten det er satt opp på, maskinvaren og/eller programvaren det kjører på, og det kan også være sambandsproblemer eller problemer knyttet til selve helsenettet. Opplevtes feil vil vi uansett anbefale at dere tar kontakt med oss for bistand.

- **Kan dere si noe om sikkerheten i nettet – vi sender jo hele tiden personopplysninger. Vurderer dere sikkerheten som god nok, eller bør den oppgraderes?**

Sikkerheten i helsenettet ivaretas på ulike måter og nivå, men helt grunnleggende er det slik at alle personopplysninger (her-

utveksling

- **Norsk Helsenett SF** er eid av Helse- og Omsorgsdepartementet, og det er vi som tilbyr og drifter helsenettet. Vår hovedoppgave er å bidra til et godt pasientforløp gjennom å drifte en felles arena hvor aktører i helse- og omsorgssektoren kan kommunisere og utveksle personopplysninger på en lovlig, sikker og effektiv måte.
- **Normen (Norm for informasjonssikkerhet)** er et omforent grunnlag for personvern og informasjonssikkerhet som helsesektoren har utarbeidet. Normen stiller krav til informasjonssikkerhet basert på lovverket. Alle tjenester i, og bruk av helsenettet, er igjen basert på disse kravene.

under også all helseinformasjon) som sendes fra én aktør til en annen, er «ende til ende-kryptert». Det vil si at kun rett mottaker og ingen andre kan dekryptere og dermed lese informasjonen. Denne krypteringen/dekrypteringen skjer i kommunikasjonsmodulen som er integrert i, eller tilknyttet til journalsystemene. Krypteringen baserer seg på det virksomhetssertifikatet dere kjøper via Buypass eller Commdfides. I tillegg finnes en rekke andre sikringsmekanismer lokalt ute hos aktørene og sentralt i nettet.

Sikkerheten i helsenettet er svært god og den er «god nok» til å ivareta kravene i Normen. Samtidig vil vi alltid jobbe for å forbedre tjenestene generelt og sikkerheten spesielt. Det er også verdt å minne om at den største trusselen innenfor eHelse spesielt og bruk av datatjenester generelt, kommer fra brukere som ikke følger «spillereglene». Det er en type trussel vi aldri kan beskytte oss godt nok mot, men som hviler på at alle brukere tenker sikkerhet i sitt daglige virke.

En del av oppdraget til Norsk Helsenett er å drifte et nasjonalt kompetansesenter innen datasikkerhet. Vi har etablert tjenesten HelseCSIRT². Deres hovedoppgave er å forebygge, oppdage, varsle og håndtere IKT-sikkerhetshendelser i sektoren. De gjennomfører en rekke tiltak som øker sikkerheten, blant annet

- **Nasjonalt Beskyttelsesprogram (NBP)** for helse- og omsorgssektoren som monitorerer trafikken og gjennom mønstergjennkjennelse avdekker trusler og infiserte klienter (NB! Vi ser ikke innhold i meldinger, kun «bit-mønstre»)
 - kartlegging av sårbarheter og tjenester som kan utnyttes gjennom et bredt samarbeid med andre sikkerhetsmiljø i sektoren, nasjonalt og internasjonalt
 - varslings overfor de som er berørt av risiko og angrep
- Vi drifter også et kunde- og driftssenter 24/7 – 365 dager i året.

• **Er det eventuelt planer om oppgradering, og hvem skal i så fall finansiere en slik oppgradering? Er oppgradering kostbart, og vil vi så fall også kunne bli belastet med slike merkostnader?**

Vi er i ferd med å introdusere endringer som vil kunne få betydning. Dels har vi

2. HelseCSIRT (CSIRT = Computer Security Incident Response Team)

nettopp inngått en stor kontrakt om sentrale nettjenester som vil gjøre kjernenettet (motorveien) raskere, mer pålitelig og rimeligere for sektoren totalt. I tillegg er vi i ferd med å avslutte en vellykket test av å kunne tilby sikker tilkobling til helsenettet via internett. Løsningen er ikke ferdig industrialisert, men planen er at den vil være tilgjengelig innen sommeren. Med denne løsningen vil en bruker selv kunne velge sambandsleverandør for tilknytning til helsenettet i tillegg til at løsningen åpner for å benytte reserveløsninger (4G eller ice.net e.l.) ved driftsproblem på ordinær tilkobling.

Hvis du velger den nye løsningen vil du selv tas ansvaret for sambandet og kontakten med leverandør. Det er også viktig å minne om at medlemsavgiften for å være med i helsenettet er uavhengig av sambandsløsning og vil fortsatt være den samme (p.t. 950,- pr. kontor pr. måned eks mva).

- **Finansieres helsenettet kun av kundene (brukerne), eller er det også andre finansieringskilder?**
- **I så fall, hvor stor andel av finansieringen dekkes av ulike parter?**

Helsenettet er hundre prosent medlemsfinansiert. I 2015 har vi budsjettet med ca 130 millioner kroner i medlemsavgift. Av dette dekker kommunene ca 25, spesialisthelsetjenesten ca 70 og øvrige medlemmer 35 millioner.

- **Kan dere si litt om hvilken rolle helsenettet har når det gjelder nasjonale IKT-tjenester? Jeg tenker da både på NHNs rolle som premissgiver/policymaker med henhold til utvikling av infrastruktur og tjenester innen helsetjenesten, og på NHNs samarbeid med andre aktører (E-helsegruppen i Helsedirektoratet, Nasjonal IKT og RHFene m.fl.).**

Vi pleier å si (og vi liker rollen) at Norsk Helsenett er «vaktmesteren». Det vil si at vi drifter tjenestene på myndighetenes og brukernes vegne, men vi har ingen myndighet eller eierrolle. Vår oppgave er å sikre en sikker, pålitelig og tilgjengelig arena for utveksling av personopplysninger i hht Normens krav. I tillegg drifter vi en rekke nasjonale og sektorovergripende tjenester

som helsenorge.no, Kjernejournal, Pasientreisesystemene og meldingstjenesten.

Norsk Helsenett er, som statsforetak, en aktiv medspiller i de fleste sentrale fora og prosjekt. Rollen som vaktmester er ikke i seg selv premissgivende, men erfaringene fra den daglige driften er alltid viktig i tillegg til at vi kan si noe om konsekvenser av valg i forhold til dagens infrastruktur, hva gjelder sikkerhet, kapasitet osv.

- **For å sikre at viktige meldinger ikke går tapt (les: kommer frem til den som skal håndtere oppfølging), blir ansvar for meldingsovervåking stadig viktigere. Har NHH noen oppfatning om hvordan ansvaret for meldingsovervåking skal organiseres?**

Gjennom avtalen om tilknytning til helsenettet, forplikter alle som knytter seg til helsenettet å følge Normen. Den definerer at sikkerhetsansvaret ligger hos den enkelte virksomhets databehandlingsansvarlige. Samtidig ser vi at det er et betydelig problem at meldinger ikke alltid kommer fram dit de skal eller blir lest når de kommer fram, uten at avsender får informasjon om dette. En effektiv meldingsovervåking vil derfor være et betydelig kvalitetsforbedringstiltak. Vi kan være en aktør i en slik sammenheng. I år initierer ulike tiltak som skal se på disse problemstillingene. Dette skjer dels gjennom EPJ-løftet og dels gjennom andre prosjekt hvor vi samarbeider tett med Helsedirektoratet og Nasjonal IKT.

- **Med mange leverandører av et økende antall tjenester og mange aktører på ulike forvaltningsnivå, hvordan vil man sikre at oppgradering av programvare skjer samtidig og på måter som er håndterbar hos de mange aktørene?**

Det er de ulike leverandørene som oppgraderer programvare ute hos brukerne. Når vi oppgraderer våre systemer, tester vi godt på forhånd at uttrekk fra systemene følger de standardene som er vedtatt.

Norsk Helsenett er for øvrig i gang med å bygge opp et testsenter for sektoren. Der er tanken at de ulike (journal)leverandørene kan teste nye meldinger og versjoner i et «virtuelt» helsenett før det installeres hos kunder. På sikt, og hvis det er ønskelig, kan et slikt senter også utvikles i retning av en godkjenningsordning.

• Det er svært frustrerende for den enkelte allmennlege å måtte sette seg inn i Normen. Mange av oss fastleger, trolig de fleste, har verken kunnskap om eller interesse for data og dataløsninger. Likevel har vi en opplevelse at dette nærmest er et krav. De av oss som har en kommunal hjemmel eller stilling (kommuneoverleger, fastleger på fastlønn) har vel en tanke om at kommunens IT-avdeling burde ha det overordnede systemansvaret for å sikre kompetanse på dette feltet. Vi synes det er urimelig at vi som legekontor også skal måtte kunne mye om et så omfattende fagfelt som dette. Har Norsk Helsenett noen mening om denne problemstillingen?

Vi forstår at Normen kan oppleves som tungt tilgjengelig. Samtidig er den et svært godt, og for alle praktiske formål det eneste, alternativ til selvstendig å sette seg inn i de lover og forskrifter som gjelder. Normen er egentlig ikke annet enn en «katalog» over gjeldende lover og forskrifter og hvordan man kan tilpasse seg dem. I tillegg inneholder den de krav sektoren måtte ha lagt til på egen hånd.

Alle virksomheter må ha en databehandlingsansvarlig, og denne rollen kan ikke delegeres. Derimot kan et fagmiljø – eksempelvis en leverandør av IKT-driftstjenester – være databehandler på virksomhetens vegne. Dette må i slike tilfelle reguleres i avtale.

I deler av sektoren ser vi en økende bruk av fellesløsninger (Apoteknett, fellesløsninger for kommuner osv.). Dette kan også være en interessant vei for andre aktører. Norsk Helsenett kunne også vært en aktuell leverandør av sentraliserte driftsløsninger, men vi tror heller at vår rolle ligger i å utarbeide standarder og rammer for minimumsløsninger, i samarbeid med f.eks. Legeforeningen.

For å sikre at virksomheten din forholder seg til Normens krav vil vi anbefale at du benytter Legeforeningens nettbaserte kurs og brukerplakat, «Ti tommelfingerregler for informasjonssikker legepraksis». Når du kan dokumentere at du har tatt dette kurset har du også automatisk sikret virksomheten i henhold til Normens krav.

Helt til slutt: Vi er alltid tilgjengelig for dem som ønsker råd, anbefalinger og bistand, eller hvis det er problemstillinger som trenger en avklaring. Det er bare å ta kontakt. Ring oss på 02017 – døgnnet rundt!

Intervjuet er utført av Mona S. Søndena, og svarene er gitt av Norsk Helsenett.

Smertefullt utslett på Pseudomonas Hot

■ GUTTORM NUSTAD EILERTSEN • Overlege Miljøenheten, Trondheim kommune

I forbindelse med avvikling av pinseferien 2008 var det stort besøk i Pirbadet i Trondheim med over 1000 besøkende pr. dag i perioden 10.–12. mai. 19. mai innløp bekymringsmeldinger fra fire familier med i alt seks barn som hadde opplevd at barna hadde fått et iltert rødt, smertefullt utslett under føttene etter besøk i badeanlegget. To av foreldrene hadde samme arbeidsplass og var tilfeldig kommet i prat om barnas plager. I den ene familien var det to barn som var rammet. De hadde oppsøkt fastlege som antok det dreide seg om en allergisk tilstand. Opplysningen om at det var andre barn som hadde lignende problemer etter besøk i badeanlegget, gjorde foreldrene nysgjerrige på om det kunne dreie seg om en påvirkning derfra.

Sykehistorie 1

Seks år gammel pike som besøkte badeanlegget 11.05 sammen med sin ni år gamle søster og far. Ett døgn senere klaget hun over vondt under ene foten. Ved leggetid så far på foten som hadde to markerte felt, ujevnt avgrensede med rødt hud. Ett felt under hælen, ett under stortåballen. Ingen blemmedannelse. Dagen etter var hun i barnehagen med på tur i skogen, men hadde ifølge personalet hatt vansker med å følge med de andre og klaget over vondt i foten. Neste dag var utslettet borte.

Sykehistorie 2

Seks år gammel gutt som besøkte badet 10.05 sammen med foreldrene og et søsken og to søskenbarn. Gutten ble 12 timer etter besøket i badeanlegget urolig og klaget over vondt under føttene. Det var ikke noen synlig hudforandring på det tidspunktet. Han fikk feber på natten og var generelt dårlig. Han kunne ikke gå dagen etter og hadde

ifølge mor, en litt rød, «rar», knudret hud under fotsålene. Foreldrene fikk ikke lov til å berøre dem. De oppsøkte legevakt lokalt og fikk forordnet antihistamin. Vedkommende lege oppfattet det som allergisk betinget. Han kunne ikke gå før 15.05 Feberfri fra 12.05 ved middagstider.

Sykehistorie 3

Kusine til gutten i sykehistorie 2. Fem og et halvt år gammel. Fikk 48 timer etter besøk i badeanlegget smerter under føttene. Var da i barnehagen hvor hun plutselig begynte å gå på tærne p.g.a. smerter under føttene. Gjorde ikke så stort nummer ut av det selv, men ble hentet av foreldrene. Det var ingen synlige hudforandringer. Hun var borte fra barnehagen dagen etter og gikk fortsatt på tærne helt til ved middagstider da hun gikk normalt igjen. Det var altså bare vel ett døgn sykehistorie.

Hennes to år gamle søster, som også var med i badeanlegget, fikk ingen symptomer.

De øvrige barna har vi ingen data om fordi de første meldingene ikke ble tillagt vekt.

Etter å ha mottatt disse bekymringsmeldingene fra flere foreldre, kontaktet direktøren i badeanlegget Miljøenheten i Trondheim kommune for assistanse.

Miljøenheten foretok, etter å ha mottatt meldingen, en befarings av badeanlegget sammen med driftsansvarlig, renholdsansvarlig og direktøren. Renholdsrutiner ble gjennomgått og virket å være helt adekvate. Ledelsen hadde selv en mistanke til stillestående vann i noen spylereenner som går på tvers i landarealet. Disse rennene består av noen ganske lett uthulte klinker i samme materiale som de sklisikre, litt ruglete klinkerne på landarealet for øvrig. Med

I pinsen 2008 fikk seks barn som besøkte Pirbadet et iltert rødt, smertefullt utslett under føttene.



bena etter besøk i svømmehall. -Foot Syndrome?



Karakteristisk utslett ved *Pseudomonas* hot-foot syndrom

flere meters avstand er det støpt inn sluk i disse rennene. Noen av slukene var montert litt for høyt, slik at det blir stående litt vann i rennene til enhver tid. Med den temperaturen og fuktigheten en har i hallen, vil dette kunne være et godt vekstmedium for pseudomonas. Badet hadde, straks meldingene innløp, foretatt en desinfisering av disse rennene.

Prøvetaking etter rengjøring viste ingen oppvekst av pseudomonas hverken fra rennene eller noen av de andre kontrollpunktene i badeanlegget. Det ble dessverre ikke tatt prøver i forkant av rengjøringen.

Rengjøringsrutinene forut for hendelsen besto i at landarealene i badet ble høytrykksspylt to til tre ganger i uka. I samråd med Miljøenheten ble det besluttet å ta prøver fra spylereennene umiddelbart før neste ordinære rengjøring, altså etter ca. tre døgn. Prøvene ble analysert av Analyse-senteret i Trondheim. I disse prøvene fikk en oppvekst av pseudomonas aeruginosa i to av rennene, den ene i et område som beferdes mye av barn. Familiene ble underrettet skriftlig via mail fra direktøren 21.05. På det tidspunktet var barna blitt symptomfrie.

I Smittevernhandboken står det omtalt en infeksjonssykdom som er kalt pseudomonas hot-foot syndrome, en tilstand som ytrer seg ved smerter under fotsålene oftest kombinert med plantare papler/pustler. Det er beskrevet i litteraturen flere utbrudd av sykdommen knyttet til badeanlegg med særlig hard, ru, lesjonsdannende overflate. Felles for alle utbrudd som er beskrevet, er

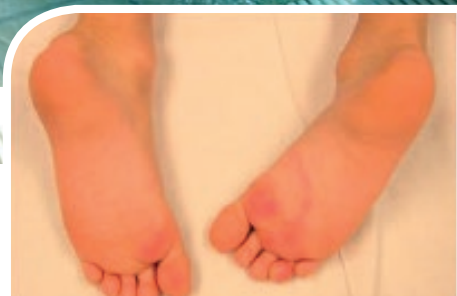
at sykdommen ser ut til å ramme bare barn. Litteraturen angir en latenstid på ti til førti timer før symptomene oppstår.

Diskusjon

Pseudomonas Hot-Foot Syndrome ble først beskrevet i 2001. En gruppe ledet av Loretta Fiorillo redegjorde i the New England Journal of Medicine for et utbrudd av klinisk distinkte symptomer fra fotsålene hos barn i alderen 2 til 15 år som hadde badet i et kommunalt badeanlegg i perioden mars til mai 1998.(1). I alt 40 journaler ble gjennomgått. 10 til 40 timer etter besøket i badeanlegget fikk barna intense smerter i fotsålene etterfulgt av hevelse, rødhet særlig på de vektbærende deler av fotsålene. Noen fikk små ømme kuler og blemmer. De fleste ble bra uten behandling, og varighet fra utbrudd var 1 til 14 dager. De hardest rammede hadde lett feber, kvalme og uvelhet.

Senere har det kommet flere slike rapporter av mindre omfang. Felles for dem er at bare barn rammes. Det ser også ut til at ru overflate på badegulvet er en fellesnevner. En antar at kombinasjonen av en tynnere hud i fotsålen hos barn kombinert med rubbing av huden mot en hard, ru overflate kan være årsaken.

Vi har altså ikke noe bevis for at barna i vårt materiale hadde pseudomonasinfeksjoner, men symptomatologien passer godt med det som er beskrevet i litteraturen



som pseudomonas hot-foot syndrome. Vi har heller ikke dyrkningsvar som påviser pseudomonas i badeanlegget på det tidspunkt barna eventuelt har blitt smittet. Men vi har påvist oppvekst av pseudomonas i spylereennene noen dager senere etter et normalt rengjøringsintervall.

Det er kjent fra tidligere at pseudomonas kan få gode vekstvilkår i varme og fuktige badeanlegg i stillestående vann. Voksne vil normalt skritte over disse spylereennene, mens barn har en tendens til å bli stående og plaske i alt vann som er tilgjengelig.

Vi står altså overfor et mulig utbrudd av pseudomonas hot-foot syndrome.

Ved anleggelse av slike spylereenner uten rastere må man være svært nøye med at sluket blir liggende lavest slik at ikke permanent vann blir stående i rennene. Alternativt må en legge opp til mer omfattende rengjøringsprosedyrer med daglig kosting, spyling og desinfisering, slik løsningen ble i vårt tilfelle.

Artikkelen ble første gang publisert i *Badeteknisk forum* nr.4/2009 og er gjengitt her i *Utposten* med noen få endringer.

REFERANSE

1. Fiorillo L, Zucker M, Sawyer D, Lin AN. The Pseudomonas Hot-Foot Syndrome. *N Engl J Med.* 2001; 345 (5): 335-8

En snap fra solariumsenga

■ KARI LØVENDAHL MOGSTAD

Fastlege og allmennlege • www.livslangs.no

At det er status å være brun, er ikke noe nytt. Det har helt fra jeg var ungdom selv vært om å gjøre å bli brun og fin, og for meg som aldri har hatt noen gylden hud eller lett for å bli brun, så har jeg mang en gang vært misunnelig på dem som ble brun og lekker bare de tenkte på solen.

Nå er det også om å gjøre for ungene å «tanne» mest mulig i feriene, og det er tydeligvis en del av det jaget som er blant dagens unge for å ha en finest mulig kropp og ytre, å være brun og lekker. Kanskje særlig hos jentene.

Men jeg må si jeg er bekymret når jeg hører og ser hvor mange fjortiser som bruker solarium jevnlig. Til tross for myndighetenes innføring av forbud mot å bruke solarium før man er 18, så er det mange unger under 18 som går jevnlig i solarium. Det er jo ingen som passer på hvem som bruker solariumet, og det er snakk om å forplikte solariene til å ha betjente studioer.

Jeg må si det er skremmende når jeg hører fra mine egne unger om jenter som går i solarium og soler seg helt fast, fra de er 12-13 år gamle...! Jeg hører om at det er helt vanlig at tenåringer legger ut snapper og bilder i sosiale medier fra solstudioet, for bare å bekrefte at dette er status. Det er tydelig vis veldig mange som går i solarium



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

fra de begynner på ungdomsskolen, det er nærmest en hverdagslig sak.

Huff, sier nå jeg.

Forskning viser at det er en klart økt risiko for hudkreft blant dem som starter å sole seg tidlig og mye, også i solarier. Solarier gir langt mer UV-stråling enn vanlig norsk sommersonne, og er på ingen måte mer uskyldig enn å sole seg ute om sommeren.

Ungdommer tenker ikke langsiktig, de er opptatt av her og nå, og hvordan de ter seg og blir oppfattet av «flokken». Hvis det da blir «akseptert» av voksne og foreldrene at de er brune hele året, så fortsetter de selvfølgelig.

Kanskje bør vi ta dette mer på alvor, og

snakke med ungene mer om dette, også på skolene?

Det er et faktum at Norge ligger i verdenstoppen i antall tilfeller av hudkreft. Da må vi etter min mening ta på alvor at det er blitt en så utbredt trend at mange unge tenåringer går ofte i solarium.

Det å være fin og brun året rundt er bare en av mange eksempler på ungentenes og enkelte gutters slit etter å ha det perfekte ytre, som for mange er blitt et evig strev. Ikke minst pga økt trøkk fra sosiale medier. Som vi ikke kan holde eller skåne dem fra. Men vi kan være mer aktive med å fortelle dem konsekvensene av ting som helsefarlige solarier!

Ukas pasient

– en students betraktninger

Så var det ikke den såre halsen, de vage influensasymptomene vi skulle snakke om i dag. Jeg spurte om det gikk greit å være på jobben om dagen, med den influensaen? Da kom de, uten forvarsel. Tårene.

VI SATT EN STUND. Sa ingenting. Lot tiden gå. Jeg hadde gjort det eneste jeg hadde lært om tårer; hentet papir. Et grovt tørkepapir, kommunal sort. Vi var bare mennesker igjen.

Jeg husker ikke hvem som begynte, hvordan det begynte. Det spiller ingen rolle. Noe måtte ut, noe nølende. Som når en lomviunge må hoppe ut fra fuglefjellet, rett på sjøen. Uten å kunne fly. Det er nå eller aldri.

LANGE ARBEIDSDAGER, stort arbeidspress, følelsen av å ikke strekke til, ikke være flink nok. Ikke få nok ressurser til å utføre pålagte arbeidsoppgaver. Konflikter på jobb. Mellom ledelse og arbeidstakere. Mellom kollegaer. Mobbing, skjult, åpent. Dette må du klare, takler du ikke dette hører du ikke hjemme her. Karrierejag, spisealbuer – hvor ble det samarbeidet av? Er det for mye å be om en tilrettelagt arbeidsstasjon? Ikke fast jobb, jobbe på prosjekt etter prosjekt. Får jeg neste prosjekt? Ingen mulighet til å kunne si i fra. Hierarkiet har

ikke dødd ut. Aldri hjemme til planlagt tid. Kundene, ikke glem kundene. Ikke stille spørsmål, bare utføre, slik dine forgjengere har gjort. Prestisje, ikke stolthet og ydmykhet.

Tomhet. Eller er det kaos overmalt med tomhet? Det er uansett tomt. Det går ikke mer.

VI ER MENNESKER. Jeg sykmelder. En liten stund. Jeg vet en sykmelding ikke ordner opp på jobb, forandrer et system. Men kanskje gir den krefter til å kjempe videre? Gå videre?

Jeg tror den første uka var en lettelse. En enorm lettelse. Å gradvis kunne puste fritt. Få tankene tilbake. Pusse fjærene. Bli sett, hørt, forstått. Uten at det var «tivilen som kom meg til gode». Bli trodd.

Den andre uka gikk med til TV. Matprogram, dokumentarer om 2. verdenskrig, et par sesonger med M.A.S.H. Endelig prøve ut den matoppskriften.

Den tredje uka var en skam. Nederlag. Udugelighet. Nedverdiggende. Ingen stolt-

het. Verdiløs. Ord man bil fortrolig med. Fjærene blir skitne igjen.

Jeg vet ikke hvordan denne historien ender. Den kan jo ende godt. En liten pause. Kreftene, pågangsmotet, sexlysten kom tilbake. Ekteskapet reddet. Oppgjør med sjefen, tilpasset kontorstol (det skulle bare mangle!), fast jobb, hjemme til middag flere dager i uka. Ny giv på jobb, åpenhet og samarbeid mellom kollegaer, fornøyde kunder.

Eller depresjon, selvforakt. Fysisk syk. Større skam. En ringdans vanskelig å bryte. En byrde for samfunnet. En kostnad for samfunnet.

JEG HAR LÆRT at noen ganger er det nok å være meg. Det er et verktøy i seg selv å være medmenneske. Lytte, forstå. Ikke gjøre forskjell på hvem man tror, og ikke tror på. Hjelp forsiktig, bare være der. Når noen har tatt mot til seg og hoppet i fra fuglefjellet. Da skal jeg være der (med mykere papir, med mer bagasje til å hjelpe).

Ukas pasient er delvis fiktiv. Sammen satt av mange jeg har møtt. Kanskje en ingeniør? En advokat? Butikkansatt? Kanskje er det meg? Som turnus- eller assistentlege på et sykehus om få år?

STINE SKOGLUND





Det hadde vært en lang dag med mange pasienter. Jeg hadde støtt på mange uforutsette situasjoner og utfordringer, både faglig og praktisk. Med andre ord en helt vanlig dag på fastlegekontoret. Det nærmet seg slutten på arbeidsdagen. Jeg skulle snart hjem til mann, barn, middag og oppvask. Siste konsultasjon skulle være enkel. En ØH-time; hoste og feber. *Dette fikser jeg på en, to, tre, så kan jeg gå hjem*, tenkte jeg. Virus! Svingende feber siste dager, tiltagende hoste uten ekspektorat, litt renning fra nesen. Det er ofte sånn. Jeg lytter på lunger, kikker inn i svelget og kjenner fort på halsen. Tar en CRP og beroliger pasienten. God allmenntilstand, ingen kliniske funn, CRP < 5. *Du har nok fått et virus, en kraftig forkjølelse, eller kanskje influensa. Du kan få med litt hostedempende medisin hvis du ønsker. Kom tilbake ved behov*, sier jeg. Dette kan til og med jeg; den kommende legen. Nå var det bare en pasient igjen før dagen var omme.

Jeg gikk ut på venterommet, ropte opp pasienten og en ung dame så på meg. Blikket. Holdningen, den avventende, spørrende, usikre holdningen. Klærne. Håret. Ganglaget. Den engstelige pasienten. Der røyk middagsplanene og den etterlengtede kosestunden med min skjønneste sønn. Der røyk tidsskjema og planene mine. Der brøyt jeg mitt eget løfte jeg gav meg selv da jeg startet så friskt på medisinstudiet, full av pågangsmot og uten fordommer; du skal aldri dømmen noen, i alle fall ikke en pasient. Jeg hadde ikke vært i allmennpraksis i mer enn to uker, så skjedde det. Fordommene har nok kommet gradvis opp gjennom årene som medisinstudent. Gjennom forelesninger, klinikker, fra eldre

studenter og ikke minst eldre kollegaer. Fordommer. Skummelt! Men nå var jeg altså der. Jeg var ikke noe bedre enn noen andre. PSYKIATRI, tenkte jeg. Det lyste imot meg. Jeg gjorde meg mange tanker før vi var kommet inn på kontoret.

«Hei! Jeg er medisinstudent, går på siste året og er snart ferdig lege. Er det greit at jeg snakker litt med deg, og undersøker deg litt?» Spurte jeg. «Javel», svarte pasienten, like usikker og spak som på venterommet. Hun satte seg stille ned. «Ja, hva kan jeg gjøre for deg i dag?» spurte jeg. Spørsmålet bare en student kan stille. Så åpent og ubegrenset spørsmål. Så begynte det. Fordommene mine ble til virkelighet. Det var psykiatri. Kanskje. Pasienten følte seg syk. Veldig syk. Det var utbrodering av tungpusthet, svetting, lite søvn, kosthold og avføringsmønster. Hodepine. Kvalme. Feber. Svimmelhet. Hun begynte å bli stresset bare av å snakke om det. Hun hadde mye å fortelle, og det kom frem blant annet at det var store ekteskapsproblemer. De var nyinnflyttet til bygda. Ingen fast jobb. De hadde tre små barn. Lite søvn. Dårlig råd. Mange bekymringer. Pasienten fortalte om veldig stressende dager og mange plager. Jeg ble sittende og lytte. Jeg kunne ikke avbryte, så jeg lot pasienten fortelle. Og hun fortalte. Og fortalte. Krangling. Konflikter. Ingen venner. Svimmelhet. Angst. Stress. Redd for å dø. Hun hadde mange spørsmål: «Kreft? Hjertet? Stress? Noe farlig? Hva skal jeg gjøre?»

Etter en halvtime måtte jeg bryte inn og oppsummere: «Du er fra tidligere stort sett frisk, men du har den siste tiden stresset mye med arbeidsledighet, ekteskapsproblemer, barn og usikkerhet. Du må jobbe

for å få økonomien til å gå rundt, men du har ingen fast jobb. Du føler deg heller ikke i form til å jobbe. Du har fått utallige plager som svimmelhet, tungpusthet, trykk på brystet, vondt i nakke/skuldre, nummenhet i hender, feber, svetting, hoste og hodepine. Du tror selv at alt henger sammen med stress, men er samtidig redd for å være syk. Har jeg forstått deg rett?» Hun ser på meg og nikker nølende.

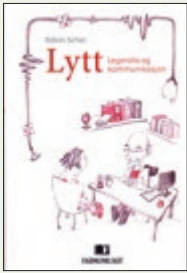
Det var mye å ta tak i. Først måtte jeg utelukke alvorlig sykdom. Mange symptomer og plager. Var det snakk om alvorlig somatisk patologi? Psykosomatikk? Angst? Angst. Skummelt ord. Det var mye å ta tak i. Hun må rydde opp i problemer hjemme. Hun må få seg fast jobb, men hun orker ikke å jobbe. Sykemelding hjelper ikke, da hun ikke har tjent opp rett til sykepenger. Hun blir stresset av at hun ikke orker å jobbe. Stresset fører til mer svimmelhet og sykdomsfølelse. Det er en ond sirkel. Absolutt ingen enkel ØH-konsultasjon. Jeg prøvde å nøste opp og samle trådene. Utfører en grundig klinisk undersøkelse. Ingen funn. Bestiller blodprøver, mange. Tar EKG. Snakker med kollega. Pasienten begynner å gråte. «Men hva skal jeg gjøre? Jeg må jobbe, men jeg klarer ikke. Ikke har jeg jobb heller. Vi trenger penger. Mannen min har ikke jobb. Vi har ingen som kan hjelpe oss. Jeg vet ikke hva jeg skal gjøre».

Jeg ble helt svett. Svett av å høre om alt det hun bar på. Svett av å tenke på hvordan hverdagen deres var. Så fremmed. Så fjernt. Plutselig så nært. Hva skulle jeg gjøre? Hva skulle jeg si? Ingen ord kunne hjelpe den desperate kvinnen. Hun var i en livskrise og vi hadde her og nå lite å bidra med. Vanskelig.

Etter halvannen time var det på tide å avslutte. Halvannen time! Ja, jeg er en uerfaren student. Jeg må bli flinkere til å holde tiden. Pasienten følte seg i hvert fall tilsynelatende godt mottatt, nøye undersøkt og respektert. Men hva hadde vi egentlig gjort for henne? Minimalt. Følt det i hvert fall som. Jeg ga henne det jeg hadde som privilegert student; tid. Vi ble enige om at det ikke var noen grunn til å tro at hun var farlig syk her og nå. Vi la en plan om hvilke tiltak hun skulle prøve hjemme. Vi avventer prøvesvar og planlegger ny time om noen få dager. Jeg sier vi skal gjøre det vi kan for å hjelpe henne. Pasienten reiser seg opp. Kanskje litt mindre tynget nå enn tidligere. Kanskje ikke. Vi så hverandre inn i øynene enda en gang. Jeg tok hånden hennes, og åpnet døren. Hun tuslet ut og hjem til kaos, med avtale om ny time hos fastlegen om tre dager. Dobbelttime. Jeg tørket svetten av pannen, skrev et notat og gikk hjem. Hjem til min mann og mitt barn – hjem til orden.

ELLA ROKSUND CARLSSON
ella.roksund@gmail.com

Edvin Schei:
Lytt. Legerolle og kommunikasjon.
 Fagbokforlaget 2015.
 Pris 489 kr.
 334 sider.



«Dette er den boken jeg ikke visste at jeg ønsket meg som fersk doktor» skriver Elisabeth Swensen i forordet. Det er jeg enig i.

Edvin Schei er kjent fastlege og professor i allmennmedisin i Bergen, og har undervist i lege-pasientkommunikasjon for studenter i en årrekke. Han har nå laget en flott og lettlest lærebok hvor funn fra medisinsk kommunikasjonsforskning flettes inn i konkrete kliniske erfaringer, krydret med nyttige begreper fra psykologi og lærings-teori. Hovedbudskapet er som tittelen forteller: lytt til pasienten.

I vår iver etter å lete etter diagnose og foreslå behandling, har vi som leger lett for å avbryte pasienten alt for tidlig i hans eller hennes fortelling om sine plager og bekymringer, og om de konsekvenser dette

har fått. Å gi rom til å lytte i starten av konsultasjonen, gir oss unike muligheter til å få fram pasientens egen forståelse og bekymringer rundt sine plager. Det gir oss igjen de beste muligheter for å hjelpe den enkelte med det som virkelig betyr noe i livet, og ikke bare drive laboratoriekosmetikk og for sikkerhetsskyld medisin.

Læreboka er en veileder i pasientsentrert medisin, og er først og fremst skrevet for legestudenter og leger med mindre enn ti års klinisk fartstid. Jeg mener den vil være nyttig også for mer erfarne leger.

Boka leder oss gjennom det allmennmedisinske landskapet på en elegant måte i jakten på å forstå den enkelte pasient med om lag 70 pasienteksempler og refleksjoner fra fastlegepraksis og legevaksarbeid, samt 185 litteraturhenvisninger. De ulike kapitlene tar opp tema som konsultasjonens struktur og oppbygging, spesifikke ferdigheter i å lytte og få fram pasientens perspektiv, alliansebygging mm. Dertil gis gode råd når legen møter mer spesifikke utfordringer som sykmeldinger, vanedanende medisiner, rus, seksualitet, bekymrede foreldre, såkalte «vanskelige» pasienter, klagesaker, språkbarrierer og annet.

I de to siste kapitlene løftes blikket med en mer filosofisk tilnærming rundt temaet menneskekunnskap og medisin, samt konkret veiledning i å føre samtaler som innbyr til endring.

Boka er illustrert med morsomme tegninger og kommentarer. Samlet framstår boka som noe av det beste jeg har sett og lest om temaet kommunikasjon mellom lege og pasient.

I en moderne vestlig medisin preget av reduksjonisme, høyteknologi og frykten for å gjøre «feil», representerer boka etter min oppfatning et viktig verktøy i arbeidet med å få til gode og trygge møter og samtaler mellom lege og pasient. Dette gir grunnlag for å forvalte godt legeskjønnet og få fornøyde pasienter uten overforbruk av verken høyteknologiske undersøkelser, medisinske tester eller lettvinde henvisninger og «helsjekker».

Boka anbefales varmt til så vel studenter, ferske leger, som til mer erfarne leger som kjenner på lysten til å reflektere rundt og forbedre seg på dette temaet.

GISLE ROKSUND

Fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

BREV TIL REDAKSJONEN

Kunnskap og kjennskap

Å være leder av Allmennlegeforeningen er en utfordrende, spennende og lærerik oppgave som krever permisjon fra praksis. Det er en utfordring å vedlikeholde spesialiteten i allmennmedisin ved lange fravær, men jeg prøver å holde kunnskapen vedlike. Forrige uke hospiterer jeg tre dager på sykehuset på Gjøvik. Det ble belønnet med 30 poeng og godt faglig utbytte. Praksiskonsulentene i Sykehuset Innlandet har laget program for strukturert hospitering for allmennleger i samarbeid med de ulike avdelingene. Program og annen nødvendig informasjon ligger lett tilgjengelig på sykehusets nettside. Tilsvarende opplegg finnes på andre sykehus.

Jeg føler en sterk tilhørighet til dette sykehuset. I tillegg til at jeg ble født der, var jeg turnuslege der for 17-18 år siden. Etterpå har jeg tatt sykehustjenesten til spesialiteten min der og vært allmennlege i sykehusets nedslagsfelt. Den interkommunale legevakten ligger i tilknytning til sykehuset akuttmottak, og det arrangeres felles faglige møter for allmennleger der. Likevel har jeg aldri hospitert der før nå. Jeg kommer til å gjøre det igjen, og ønsker med dette å reklamere litt for ordningen. I følge avdelingsoverlegene både på kirurgen, gyn-

føde og medisin er det svært få fastleger som har benyttet seg av muligheten.

Motivet mitt var todelt. Dels et ønske om faglig påfyll, dels et ønske om å lære litt mer om virkeligheten på norske sykehusavdelinger, nå som vi går og venter på nasjonal helse- og sykehusplan. Begge deler ble innfridd. Jeg ble møtt av avdelingsoverlege på kirurgen tidlig mandag morgen. Hun viste meg hvor jeg kunne finne rent arbeidstøy. Stryking av tøy er det åpenbart ikke ressurser til lenger, så jeg ble kledd opp i rent, men krøllete hvitt tøy. På morgenmøtet ble jeg tatt godt i mot. Det var faktisk ganske mange av legene som hadde vært der helt fra min turnustid. Denne mandagsmorgenen var EPJ-systemet nede. Det var ikke mulig å få opp journaler eller røntgenbilder. Feilen ble ført løst klokka 11 på formiddagen. Hele operasjonsprogrammet ble forskjøvet som følge av dette, og pasienter måtte strykes. Her fikk dårlig fungerende IKT-systemer direkte konsekvenser for pasientene. Min formiddag besto av visitt på en post med ortopedisk geriatri. Der var en rekke gamle pasienter innlagt med ulike brudd. Veldig mange hadde utviklet delirium, og samarbeidet om rehabilitering var vanskelig. Dette er

åpenbart en pasientgruppe som ville tjene på forebyggende tiltak for å unngå brudd. Etter lunsj var jeg med på en rekke små kirurgiske inngrep på poliklinikken, og lærte noen triks.

Dag to var jeg på gynekologisk avdeling. Der prioriterte jeg å være med poliklinikken siden det er mest relevant for egen praksis, men jeg fikk også være med på et laparoskopisk inngrep.

Dag tre var på medisinsk avdeling, på gastro-posten. Dagen begynte med en svært god internundervisning om tverrsnittsskade ved malign sykdom. Deretter var det visitt og røntgenmøte. På medisinsk avdeling var det trangt om plassen. Pasientene må dele intime detaljer på firemannsrom, og motta beskjeder om til dels alvorlige tilstander bare skjermet av en gardin. Det er ikke ideelle forhold for den gode samtalen. Til sist fikk jeg være med på en litt vanskelig ERCP.

Neste gang vil jeg prioritere å være med i akuttmottaket, og med vaktstående. Det strakk ikke tiden til denne gang. Jeg opplevde hospitering som en god måte å bli bedre kjent med legene som man ofte samarbeider med, men aldri ser. Jeg fikk også med meg noe praktiske råd og ny kunnskap. Og jeg er utrolig glad for hvordan IKT-systemene fungerer på legekantoret mitt etter å ha sett hvordan de har det på sykehuset.

KARI SOLLIE

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till! 🌿 Tove Rutle – lagleder

SHALOM

Det rastlause i livet

Lyrikk er den skjønnlitterære sjangeren som eg kjenner meg mest heime i. Ordknapp og meiningstett. Kan vera lang. Kan vera kort, og såleis passa godt til det rastlause i livet. Lyrikken gir også stort rom for tolkingar. Det gjer teksten slitesterk. Forståinga av innhaldet blir fort ein spegel av mitt eige liv.

Utfordringa frå Petter Øgar og *Utposten* kom for to månader sidan. Eg har vakla mellom ulike dikt og diktarar. Det er så mykje lyrikk som har betydd og framleis betyr mykje for meg. Ein diktar kjem eg likevel ikkje forbi. Det er Kolbein Falkeid. Han er fødd i 1933, og kom ut med den nyaste boka si seinast i haust.

Han kan det med å skriva korte tekstar. Mange av dei gir slitesterke bilete på levd liv. Dei vekslar også ofte mellom det nære og det fjerne, det kjende og det ukjende, det trygge og det uvisse.

Eg har vald ut to korte dikt. Begge handlar om døden. Dette er dikt om eg har i dagboka mi. Som leiar og som lærar har det hendt at eg på særskilt kort varsel har måtta seia nokre ord i samband med meir eller mindre venta dødsfall. Då har det vore godt å ha dei der.

Døden

Snakket alltid hebraisk før
Den var utenlandsk, uforståelig
og skremmende
for en heimføding

Nå gnåler den
som en valgtaler

Jeg finner nok frem

Døden er ikke så skremmende som før.
Folk jeg var glad i
har gått foran og kvistet løype.
De var skogskarer og fjellvante.
Jeg finner nok frem.

Begge dikta er trykte i *Samlede dikt*.
Falkeid, Kolbein. Oslo: Cappelen, 2003

Eg utfordra Eivind Meland, men han var så tidsaktuell at han tok etappen før meg. Så utfordret han Esperanza Diaz.

Med vennleg helsing
GEIR SVERRE BRAUT

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

✦ Kast dere frampå, folkens!

Kompis til besvær

Det var stille på vakt, forsommer og St Hans aften. Solen stekte og det var kokvarmt på kontoret. Vinduene sto på vid gap. Alle andre skulle bade og grille pølser og brenne bål. Jeg skulle passe på de syke, kanskje sy et kutt for en uheldig åtteåring med ny speiderkniv og hjelpe tanten med gallesteinsanfallet etter et herremåltid med koteletter og potetsalat. Foreløpig var det stille. Varmt og stille.

Klokken halv seks kom den første pasienten, eller det vil si de var to. De unge mennene i slutten av 20-årene hadde startet feiringen tidlig og var småbrisne. Humøret var upåklagelig, men de var ikke fulle, ingen sjangling eller snøvling. Det var bare den ene som hadde skadet seg, kompisen var følge, og det var han som førte ordet. Det virket som han likte situasjonen og rollen som hjelper. Pasienten selv var litt flau over det hele.

Det hadde seg sånn at de hadde drukket noen øl i det fine været. Riktig nytt dagen ved sjøen. Så nærmet det seg grilling og de skulle bevege seg bortover til de andre vennene som holdt til ute på en odde. Men det var store og glatte steiner der og pasienten hadde snublet og fått et kutt i hodet. Ikke så kraftig smell, ikke fall fra en høyde eller noe, bare snublet fremover. Det hadde tatt litt tid å komme seg opp, men han hadde sikkert ikke besvimt. Han hadde ikke kastet opp (de hadde ikke drukket så mye) og ikke var han kvalm heller. Ingen av dem var dårlige. Pasienten bekreftet kompisen historie.

Dette hørtes ikke så dramatisk ut. Jeg undersøkte kuttet, 4 cm i pannen. Ingen grus eller skit og ikke tegn til brudd i skallen. Jeg satte lokalanestesi, renset og sydde såret, grei skuring.

Så, når konsultasjonen gikk mot slutten kom pasienten mer på banen. Siden han nå var her lurte han på om jeg kunne se på noe, han hadde noe han ville vise meg. «Egentlig skulle du vel ta dette opp med fastlegen, men OK.» Det var jo tross alt trykkende stille på denne vekten.

Pasienten dro ned buksen og ville ha sjekket om det ikke var noe galt med testiklene hans. Om ballene var som de skulle. Akkurat hva som var symptomene eller hans bekymring var det litt vanskelig å få tak i, men han ville ha en sjekk. En kjapp undersøkelse og alt så greit ut.

Så skulle de gå, det var bare en ting. Pasienten lurte på, siden han nå var her, om ikke jeg kunne se på noe. Han hadde en stund vært urolig for om det var noe galt med understellet, med kjønnsorganene hans så å si. Først ble jeg skikkelig irritert. Jeg hadde jo nettopp sett på det, og vi hadde blitt enige om at han skulle se det litt an, og bestille time til fastlegen hvis han hadde noen symptomer når han var blitt edru. Det fikk da være grenser for tullskap. Så, plutselig, så jeg det helt klart. Han var jo verken masete eller frekk. Han var helt på jordet. Dette var amnesi. Den unge mannen hadde jo ikke peiling på at jeg hadde sjekket stasen hans for to minutter siden.

Pasienten ble lagt inn på nevrokirurgisk avdeling, men noen alvorlig hodeskade var det heldigvis ikke. Han har garantert glemt hele greien, men det har ikke jeg. Jeg lærte at det ikke holder å snakke med den hyggelige kompisen med det gode humøret, selv om pasienten bare virker litt beskjeden og beskjemmet. Og noen ganger kan en liten skrotalnevrose være redningen.

GLASGOW COMA SCALE (GCS)

Brukes til overvåking av pasienter med redusert bevissthet. Summer poengene fra hver av de tre gruppene (beste motoriske respons, beste verbale respons og åpning av øynene). Poengsum under 8 indikerer koma. Gjenta undersøkelsen med jevne mellomrom, og se etter endring i totalskår.

Beste motoriske respons	
Utfører kommando	6
Lokaliserer smerte	5
Avvergereaksjon ved smerte	4
Fleksorrespons på smerte	3
Ekstensorrespons på smerte	2
Ingen motorisk respons på smerte	1
Beste verbale respons	
Oriertert	5
Samtale preget av konfusjon	4
Ingen adekvat samtale	3
Uforståelige lyder	2
Ingen verbal respons	1
Åpning av øynene	
Spontant	4
Ved tiltale	3
Ved smertestimulus	2
Ingen åpning av øynene	1
TOTALSUM:	

REFERANSE

Legevaktåndboken. Hodeskader. Inndeling av hodeskader og tiltak http://www.lvh.no/skader/hode_nakke_og_ryggskader/hodeskader/inndeling_av_hodeskader_og_tiltak#minimal_hodeskade

JESPER BLINKENBERG

fastlege ved Strand legesenter og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin/Uni Helse
jesper.blinkenberg@uni.no

FRA LEGEVAKTHÅNDBOKEN:

Head Injury Severity Scale (HISS)				
ALVORLIGHETSGRAD	GCS*	BEVISSTHETSTAP	ANNET	TILTAK
Minimal	15	Ikke bevissthetstap		Observasjon hjemme
Lett	14-15	<5 minutter	Amnesi/reduisert hukommelse eller nedsatt reaksjonsevne	Akutt CT, eventuelt innleggelse til observasjon
Moderat	9-13	5 minutter	Fokalnevrologiske utfall	Innleggelse
Alvorlig	≤8			Raskest mulig innleggelse i nevrokirurgisk avdeling

GCS* Glasgow Coma Scale



Nord-Norge
Tlf. 77 64 58 80

Sør-Øst
Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge
Tlf. 72 82 81 00

Vest
Tlf. 55 87 53 80

www.relis.no

Trygg Medisin

- ny publikumstjeneste

Trygg Medisin (TM) www.tryggmedisin.no er en gratis nettbasert tjeneste hvor publikum anonymt stiller spørsmål om legemidler og får et personlig svar. Tjenesten drives av Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) ved Universitetssykehusene i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo. Svarene gis av erfarne leger og farmasøyter, og leses kun av den som har spurt. Tjenesten er bygd opp etter samme prinsipp som Trygg Mammamedisin (TMM) www.tryggmammamedisin.no.

Legemiddelinformasjon til publikum

Tilgang til legemiddelinformasjon er i dag ikke noen begrensende faktor, og publikum eksponeres for store mengder reklame og informasjon av varierende kvalitet. Det eksisterer allerede en rekke tjenester hvor publikum kan diskutere sine diagnoser og legemiddelbehandling. Apotekkjedenes tilbud, Dr Online og Nettdoktor er eksempler. I tillegg kan det bli enklere for legemiddelindustrien å gi helse- og sykdomsinformasjon til publikum, noe som oppfattes som kontroversielt innen legestanden (1).

Politisk enighet

Faglig forsvarlig og riktig bruk av legemidler er et sentralt element i norsk legemiddelpolitikk. St.meld. nr. 18 (2004–2005) «Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk» (2) beskriver behovet for å styrke arbeidet med produsentuavhengig legemiddelinformasjon, og for i større grad å nå ut til helsepersonell og publikum. Styrking av legemiddelinformasjon er en forutsetning for at pasienter i større grad skal ta ansvar for egen helse. Etablering av TMM og TM har dette som bakgrunn.

Mål

Målet med TM er å gi publikum økt tilgang til nøytral informasjon for å oppnå bedre og tryggere legemiddelbruk. TM skal bidra til at pasienter i større grad tar ansvar for egen legemiddelbehandling og oppnå bedre etterlevelse gjennom tilpasset legemiddelinformasjon.

TM fokuserer på publikums behov for å stille spørsmål til legemiddelinformasjon de allerede har fått eller

for å få mer legemiddelinformasjon dersom denne har vært mangelfull eller ikke er tilgjengelig.

Komplementær ressurs

Tjenesten skal være en ressurs som helsevesenet kan henvise til hvis de selv ikke har tid eller anledning til å besvare alle spørsmål fra pasienter. Erfaring fra TMM har vist at pasienter kan bli utrygge av legemiddelinformasjon som ikke er tilpasset deres situasjon. RELIS har 20 års erfaring med samarbeid med helsevesenet, og ser viktigheten av ikke å intervensere i lege-pasientforholdet. TM er ikke noen diagnostisk tjeneste.

Type spørsmål

TM tilbyr hjelp til å forstå legemiddelinformasjon i pakningsvedlegg og i andre kilder: «På internett står det at Zocor kan øke risiko for kreft. Betyr det at jeg må slutte med medisinen? Kan lavdose naltrekson brukes ved psoriasis? Kan det brukes sammen med Methothrexate?» TM lover svar innen to virkedager uansett problemstilling. Flyers som beskriver tjenesten kan bestilles hos RELIS Vest, Helse Bergen, 5021 Bergen.

REFERANSER

1. Roksund G, Westin S. Pinlig naivt om helseinformasjon. Dagens Medisin 1/2015: 30.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk. Legemiddelpolitikken. NOU; 2004–2005.

JAN SCHJØTT

Overlege, dr.med., leder RELIS Vest, Helse Bergen
jan.didrik.schjott@helse-bergen.no

Tryggmedisin.no
råd om medisinbruk

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.

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

