

Utposten

4 2015
ÅRGANG 44

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Folde ut vingene

- legestudentenes praksis-
periode i allmennmedisin

Flått ved den europeiske nordgrensen
Legepar i hjerter i Kautokeino

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/BAKSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Desentralisert studietilbud
– ny giv for allmenntilbud?

Badboni El-Safadi

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Legepar i hjerter

Åne Måddji og Runar i Kautokeino intervjuet av Mona Søndena og Anne Grethe Olsen

6 ALLMENNTILBUDS UTFORDRINGER:

Kvalitet på henvisninger til DPS Porsgrunn, Sykehuset Telemark

Astrid Emhjellen

11 Forskningsnettverk i allmennpraksis
– hva er det, og trenger vi det?

Guri Rørtveit

16 Medisinsk grunnutdanning i allmennpraksis

Marit Halonen Christiansen

18 Mestringsperspektiv på folkehelsepolitikken

Sigurd Høye og Tom Sundar

20 Fire om folkehelsemeldingen

ENQUETE

22 Mester og svenn om mester-svenn-læring

Mester Anne Rud og svenn Jonas Åserud Skylstad utfordret av Utposten

26 Praksis i allmenntilbud under medisinstudiet

Universitetene beskriver studieløp og vilkår

29 Legeutdanning i Finnmark

Marianne Vanem et al.

33 Om hjerneslag i Finnmark – en studentoppgave

Ellen Marit Sunde og Harald Gunnar Sunde

36 Flerfaglighet – et mantra for
fremtidens kommunehelsetjeneste

Tom Sundar

38 Flått ved den europeiske nordgrensen

Dag Hvidsten

42 ALLMENNTILBUDS DOKTORAVHANDLING:

Svineinfluensaepidemien belyst
fra allmennpraksis og legevekt

Kristian Simonsen

43 BOKANMELDELSE:

Oppgjør med en ny frykktkultur

Eli Bergs bok «Hold Munn eller gå!» anmeldt av Tom Sundar

44 FASTE SPALTER

RELIS **44**

TIPS TIL PRAKSIS **47**

LYRIKKSTAFETTEN **48**



Desentralisert studietilbud

– ny giv for allmennmedisin?

I dette nummeret retter vi oppmerksomheten mot nye spennende tiltak for å styrke interessen for allmennmedisin blant medisinstudenter samt styrke rekrutteringen av primærleger til distriktsstrøk.

At disse to satsingene henger sammen, viser spennende erfaringer fra Northern Ontario School of Medicine i Canada – beskrevet av Marianne Vanem og medarbeidere: Provinsen Nord-Ontario, som er like stor som Frankrike og Tyskland til sammen, hadde i mange år et vedvarende underskudd på leger. Behovet for helsetjenester ble etter hvert prekärt. Lokalmyndighetene tok affære og etablerte Northern Ontario School of Medicine (NOSM) for å utdanne egne leger. Rural bakgrunn og utdanning ble identifisert som viktige faktorer for valg av arbeidssted i distrikt. De første studentene ble uteksaminert fra NOSM i 2009, over 70 prosent av legene som ble utdannet der praktiserer medisin i provinsen i dag.

Utplassering i allmennpraksis og ved lokalsykehus over lengre tid gir studentene førstehåndskjennskap til distriktsstrøk og distriktsmedisin – og er en viktig faktor for å rekruttere nyutdannede leger til å jobbe i samme miljø senere. Universitetet i Tromsø (UiT) var tidlig ute med å tilby sine studenter lange praksisperioder i distrikt. Egne erfaringer samt gode erfaringer fra NOSM og andre internasjonale medisnutdanninger, har satt fart i utredningsarbeidet som nå pågår ved UiT for å etablere «Finnmarksmodellen» – et desentralisert studietilbud i Finnmark for femte- og sjettedeårsstudenter. Finnmarksmodellen kan bli Norges svar på det Canada har gjort ved NOSM. Likhetstrekkene mellom regionene er iøynefallende: enorme avstander, et tøft klima og en

flerkulturell pasientgruppe. Håpet er at Finnmark blir en utdanningsarena der den desentraliserte «Finnmarksprofilen» skaper ny faglig entusiasme og bidrar til å forberede fremtidens leger på hva som venter dem i yrkeslivet.

Når spørsmålet gjelder et desentralisert studietilbud, er det viktig å høre hva studentene selv tenker og hvilke erfaringer de gjør seg gjennom utplassering. Vi har derfor snakket med koordinatorene ved Universitetet i Tromsø, Trondheim, Bergen og Oslo for å få et førstehåndsinnblikk i hvordan universitetene har organisert studentutplasseringen i allmennmedisin og hva slags tilbakemeldinger studieplussene har fått fra studentene. I tillegg deler Anne Ruud og Jonas Skylstad sine erfaringer, henholdsvis som mester og svenn. Studentene har et stort utbytte av praksisperioden fordi den skaper en arena for utfordrende og positiv allmennmedisinsk læring. Også for den enkelte allmennlege – som underviser og har med seg en student i praksisen – vil det være faglig berikende.

Marit Halonen Christiansen reflekterer over betydningen av pasient- og praksisnær undervisning i medisinstudiet. Hun refererer et prosjektarbeid i regi av Legeforeningen, der man ser på ulike praksisarenaer for medisinstudenter. Tradisjonelt har universitetssykehusene og helseforetakene vært primære undervisningssteder, men Halonen Christiansen argumenterer for at også kommunene bør få et større og lovhjemlet ansvar for utdanning av leger og helsepersonell. Dette er et viktig innspill – og høyst betimelig med tanke på primærhelsetjenestemeldingens visjoner om at «brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud.» Skal vi lykkes

med å få økt brukermedvirkning i norsk helsestell, må vi skape møtepunkter for brukere, helsepersonell og helsepersonell som er under utdanning. Det må skje ute i kommunene – men det forutsetter at kommunene får tilført økonomiske, faglige og pedagogiske ressurser og virkemidler.

Å jobbe som lege i distriktskommuner er på mange måter en livsstil. Legen får nær kjennskap til sine brukere og til lokale kultur- og familieforhold. Dermed får legen også en signifikant betydning for mange menneskers ve og vel. I *Utpostens dobbelttime* blir vi bedre kjent med Ánne Máddji Heatta Bjelland og Runar Hals Bjelland, et ungt legepar som i ordets rette forstand har valgt Distrikts-Norge som startsted for sin legekarriere. De to står for 50 prosent av legedekningen i Kautokeino, Norges største kommune i areal.

For å få en god primærhelsetjeneste, må også vi leger bidra til å skape utviklende og lærende arenaer som sprer interessen for allmennmedisin og samfunnsmedisin. Den jobben starter ved våre legekontor. For meg personlig var utplasseringen som turnuslege ved Skårer legesenter i Akershus avgjørende for valget om å ta spesialistutdanningen i allmennmedisin. Et åpent arbeidsmiljø og en inkluderende måte å jobbe på, pirret min nysgjerrighet både for faget og fastlegearbeidet. Et godt og kollegialt arbeidsmiljø er avgjørende for trivsel og velvære. I min praksis ved Dalen legesenter i Bergen har vi travle dager, men likevel er smilet og spøken aldri langt unna. Vi har både turnuslege og studenter på kontoret – og de beriker utvilsomt arbeidet ved legesenteret. Mitt råd til alle fastleger som har vært inne på tanken om å ha student i sin praksis, er: Prøv det!

BADBONI EL-SAFADI

Legepar i hjarter

Ánne Máddji og Runar i Kautokeino

■ INTERVJUET AV MONA SØNDENÅ OG ANNE GRETHE OLSEN

De traff hverandre under turnustiden i Tromsø, der de også ble truffet av Amors piler. Nå har Ánne Máddji Heatta Bjelland og Runar Hals Bjelland etablert seg som legeektepar med to små barn i Kautokeino i Finnmark. Der sørger de for halvparten av fastlege-tjenesten til kommunens 3000 innbyggere.

Ánne Máddji Heatta Bjelland (Máddji) er 32 år, lege, norsk-samisk sanger, komponist og forhenværende toppfotballspiller. Máddji vokste opp i Karasjok, men har sine familiære røtter i Kautokeino, hvor hun nå jobber som fastlege. Hun er utdannet lege ved Universitetet i Oslo og studerte medisin samtidig med søsteren sin. Ett av studieårene tok hun i Valencia, og hun lærte seg da flytende spansk. Máddji var tidligere forsvarsspiller for Asker FK. Hun er notert med flere landskamper for Norge, for aldersbestemte landslag, men måtte legge opp i 2003 på grunn av en kneskade. Máddji har opptrådt i en rekke offisielle sam-

menhenger, blant annet som programleder for Samisk Melodi Grand Prix i 2007.

Runar Hals Bjelland er 34 år, lege, han dyrker livet i fjellet og på vidda, er innebandyspiller på det lokale laget, og spiller piano til husbruk. Han er fra Lillesand og studerte medisin i Lübeck. Runar er kommuneoverlege i Kautokeino og derfor sjefen til sin kone, Máddji. Runar har lært seg samisk. Det er et fátall av norsk helsepersonell som lærer seg samisk og kan bruke det i sitt arbeid med pasienter, så der har han utmerket seg. Han er glad i naturen og setter pris på at Kautokeino kommune har over 11 000 fiskevann.

Máddji er både fastlege, sanger, komponist og fotballspiller.

Små barn og halvparten av legevaktene

Utposten treffer legeparet hjemme i Kautokeino en lys vårkveld, hvor de har invitert til kveldsmat og hyggelig samtale. Vi har lenge hatt lyst til å treffe Máddji og Runar, og endelig fikk alle parter det til å passe.

Máddji har legevakt – en av sine mange – men det er forholdsvis få henvendelser i kveld, og vi får derfor god tid til en samtale sammen med ektemannen Runar. Også barna er tilstede når vi er på besøk: Storebror Niillas spiser, ser på TV, leker og rusler rundt i stua. Lillebror Isak sover. Niillas vil etterhvert se tegnefilmen om «Kurt den grusomme». Han snakker samisk med sin mor og norsk med sin far. Runar forteller at noen barn i Kautokeino ikke lærer norsk før de begynner i barneskolen.

Ekteparet innehar to av de fire fastlege-hjemlene i Kautokeino, og når kommunen ikke har turnuslege eller vikarlege må de sammen ta halvparten av legevaktene. Vakttelefonen ringer akkurat når vi ankommer, og Máddji forteller at det var en gutt som hadde fått beskjed om at han hadde *chlamydia*.

– Det er ikke egentlig en legevaktoppgave, men han får nå komme likevel, siden det er fredag. Det er viktig å få behandling før helga, sier hun og ler.

UTPOSTEN: Dere må si noe om at dere har 50 prosent av legevaktene i kommunen – hvordan får dere det til?

MÁDDJI: – Vi har jo fått to barn ganske tett, men vi får noe avlastning fra vaktene av korttidsvikarene. Det kan derfor være noen fordeler med å ha vikarleger. Men mange av dem snakker dårlig norsk og ikke samisk.

RUNAR: – Fritida blir bundet opp i at den andre har vakt. Vi må ha to biler for å få det til, og snescooteren kommer også godt med, særlig før vi fikk to biler.

MÁDDJI: – Det krever en del planlegging. Jeg kan for eksempel ikke dra på skitur når Runar har vakt. Jeg må oppholde meg i nærheten hvis han må dra ut, og omvendt.



UTPOSTEN: Lever du i skyggen av Øyvind Vandbakk – den tidligere så ruvende og legendariske kommuneoverlegen, Runar?

RUNAR: – Ja, han var jo kommunelege i en annen tid. Han var helserådsordfører og hadde stor respekt. Han var jo den eneste legen her i mange år. Han snakket ikke samisk, men forsto det veldig godt. Han er et levende leksikon. Han har jobbet nesten hele karrieren sin her.

MÁDDJI SMILER: – Han og hun på labben samt sekretæren i luka har mange historier å fortelle. Det har jo vært mange rare vikarer her og det er mange gode historier om dem.

Samisk kultur i endring

Kautokeino i Finnmark er Norges største kommune i utstrekning med et areal på bortimot 10 000 kvadratkilometer og et innbyggertall på ca. 3000. Kommunen sies å være «den mest samiske» man finner i Norge. Majoriteten av befolkningen, ca. 90 prosent, er samisktalende, og de samiske tradisjonene videreføres også blant de unge. Reindrif og utmarksnæringer står sterkt i bygda. Det gjør kristendommen også. Kautokeino kirke er en av kirkene i Norge som har flest besøkende ut fra folketallet. Samtidig som Kautokeino er en veldig tradisjonell bygd så huser kommunen også mange kunstnere og artister, og denne kombinasjonen ser ut til å fungere veldig bra. Juhls sølvsmie og Beavivás teater er av de kjente attraksjonene i bygda, og på den lille kaféen midt i sentrum får man både kaffe latte og vin.

Sammenligningstallene fra kommune- (folkehelsebarometeret) viser at andelen med videregående skole eller høyere utdanning er lavere enn landsnivået, men frafallet i videregående skole er ikke entydig forskjellig fra landsnivået. Andelen av befolkningen som både er arbeidsledige og som har uføretrygd er høyere enn landsgjennomsnittet, mens andelen med psykis-



Runar liker friluftsliv og setter stor pris på Kautokeinos mange fiskevann.

ke symptomer og lidelser i alderen 15–29 år er lavere enn i landet som helhet, vurdert etter data fra fastlege og legevakt.

Professor i barne- og ungdomspsykiatri Siv Kvernmo ved UiT Norges arktiske universitet skrev i *Utposten* i 2014 om helsetjenester for den samiske befolkningen. Hun konkluderte med at den samiske befolkningens sykdomsbilde i dag skiller seg lite fra den ikke-samiske befolkningen. Imidlertid ser det ut til at den tidligere tradisjonelle samiske livsstilen har forsvunnet ved overgangen til en moderne og vestlig livsstil og dermed den beskyttende effekten av

denne. Dette er spesielt aktuelt for hjertekar- og sirkulasjonsforstyrrelser.

Med unntak av selvmord, er psykiske lidelser ikke et større problem blant samer enn nordmenn. Sammenlignet med andre urfolk kommer samene godt ut. De store forskjellene som finnes mellom urfolk og majoritetsbefolkningen i andre vestlige land, er ikke et problem i Norge eller Skandinavia. Dette kan mest sannsynlig tilskrives de sosioøkonomiske forholdene som samer lever under i dag. På tross av stor likhet i sykdomsbildet, er det likevel behov for mer forskning om og tilrettelegging av



Lavvo og snøscooter i skjønn forening. Runar Hals Bjelland sammen med Anne Grethe Olsen.

helsetjenester for et folk som både har sitt eget språk, kultur og tradisjoner, og ikke minst sin egen sykdomsforståelse (1).

Allmennmedisin og samfunnsmedisin

UTPOSTEN: Hvorfor valgte dere Kautokeino og spesialitetene allmennmedisin og samfunnsmedisin?

RUNAR: – Vi møttes i turnus og fikk jo begge jobb på UNN; ved barneavdelinga og nevrologen, men det ble for mye vaktarbeid. Så fikk vi tilbud om å komme til Kautokeino av Máddjis kusine, som er lege her, og da slo vi til. Vi var lei av turnusarbeid. Mine foreldre er allmennleger begge to, så jeg visste jo litt om hva vi gikk til. Og så kunne vi tenke oss å bo her.

UTPOSTEN: Har dere et ro års-perspektiv her?

RUNAR: – Vet ikke, vi kan jo tenke oss å jobbe litt mer på sykehus, men vi vil også at ungene skal lære samisk. Det er vanskelig hvis vi ikke bor her. Vi har ingen planer om å flytte. Jeg tar begge spesialitetene og vil jo også fullføre dem.

MÁDDJI: – Jeg trives godt i allmennmedisin, og har begynt med spesialiseringen der. Jeg syns spesielt idrettsmedisin er spennende, og kunne tenke meg å fordype meg mer i det på sikt. Samtidig er jeg usikker på hvorvidt jeg ønsker å starte opp som fullstendig selvstendig næringsdrivende allmennlege dersom vi velger å flytte fra Kautokeino en dag. Her er vi fast ansatt, og jeg trives veldig godt med det. I allmennmedisin føler jeg at jeg blir passe god i mye, men av og til savner jeg å bli veldig god på ett felt. Derfor leker jeg også med tanken om å jobbe på sykehuset igjen, evt ta en annen spesialitet som kan bidra til å styrke spesialisthelsetjenesten i Finnmark på sikt!

Kautokeino kommune har over flere år hatt et dårlig rykte hva gjelder samarbeidet med legene i kommunen. Runar vil ikke snakke så mye om det, annet enn at han opplyser at kommunen vil spare penger på legetjenesten og nå

Familiens skaller.



vil stenge laboratoriet på legekantoret to dager i uka. Han får en bekymret rynke i ansiktet når han forteller om dette.

RUNAR: – Det er mye «hals over hode» her fremdeles, men det er sikkert slik i mange andre småkommuner også.

MÁDDJI: – Det gjør oss litt motløse, når vi jobber for å få til en god legetjeneste her. Jeg synes folk her er veldig tolerante, de klager jo ikke. Det er så mye de er blitt vant til å tolerere.

Ulike personligheter, men utfyller hverandre

UTPOSTEN: – Máddji sies å være sprudlende og positiv, med godt humør som smitter og hun ha konkurranseinstinkt. Hun er mer spontan enn deg, Runar?

RUNAR TREKKER PÅ SMILEBÅNDET: – Ja, det er hun nok.

UTPOSTEN: Mens du beskrives som avbalansert, sindig og ikke lett å vippe av pinnen. Du tar livet med ro og situasjoner på strak arm uten å bli stresset?

RUNAR: – Jeg er egentlig ikke sånn, men er kanskje blitt sånn av å være her.

MÁDDJI: – Å ja, det kan nok stemme om meg. Det var veldig flott sagt. Vi er ganske forskjellige, jeg og Runar, jeg klarer ikke å la være å si det jeg mener. Men Runar sier: «Nei vent, ikke si det, husk på at disse menneskene skal du treffe igjen.» Runar er nok litt mer konfliktsky enn meg.

RUNAR: – Jeg velger mine kamper, spesielt i denne kommunen. Sørlendinger er jo litt konfliktsky, sånn som han som kom hjem og fant kona si i seng med en elsker. Han knakk paraplyen til elskeren og sa: «Nå håper jeg det regner når du skal hjem!»

Samisk bryllup

UTPOSTEN: Fortell om bryllupet!

RUNAR: – Det var et samisk bryllup. Vi var jo litt i tvil om vi skulle gifte oss her, men søsteren til Máddji giftet seg i Thailand, så da følte vi at vi måtte gifte oss her. Vi hadde et «lite samisk bryllup» i idrettshallen her, bare i overkant av 200 gjester.

MÁDDJI: – Vi inviterte 300, men alle kom jo ikke.

RUNAR: – Det var et bryllup her nå i påsken med nesten 3000 gjester. Til denne middagen ble det slaktet 27 rein. Vi hadde bidos (tradisjonell samisk kjøttsuppe, som lages av reinkjøtt) i vårt bryllup, og brukte tre reinskrøtter, og det var multer til dessert. Alle gjestene fikk sitte samtidig, slik er det ikke alltid i de store bryllupene. Til middagen var det saft, for da var det barn tilstede.



Máddji og Runar valgte å gifte seg i Kautokeino.

FOTO: GAVRILOV MEDIA

Om kvelden var det åpen bar, men vi beregnet feil og vi har fortsatt sprit igjen, sier Runar med humrende latter.

MÁDDJI: – En av gjestene var så takknemlig fordi når han hentet seg nattmat så var det ingen som hadde tatt sitteplassen hans når han kom tilbake igjen. Vi hadde det på en fredag, og på lørdagen hadde vi scootertur til hytta, hvor vi også hadde satt opp lavvoer og kokte pølser. Vi lånte mange snescootere slik at de som ville fikk kjøre selv.

MÁDDJI: – Det er egne tradisjoner i kirken. På den samiske måten sitter brudeparet sammen med ryggen til menigheten.

RUNAR: – Kirkelivet er viktig i Kautokeino.

MÁDDJI: – Veldig mange av Runars venner kom for å oppleve Kautokeino. Vi tenkte at det var eksotisk å gifte seg her. Vi danset vals, og jeg hadde skaller på meg. Vi spiste bidos og multer, som min mor hadde plukket. Den siste gjesten gikk klokka sju om morgenen. De som vasket fant ham sovende på en benk i festlokalet og sendte ham hjem. Siden vi ikke hadde invitert perifere slektninger til å hjelpe til, leide vi inn folk.

RUNAR: – Det var veldig artig. Jeg fikk min egen joik. Taler i bryllup er ikke vanlig, men det hadde vi. Det er ikke så lett å få kjøpt tjenester her, man må ordne det meste selv. Transporten må man også besørge selv. Det blir mye taxi for pasientreiser også.

Lyst til å følge drømmen

UTPOSTEN: Du er jo musiker også, Máddji – når begynte du å synge offentlig?

MÁDDJI: – Det må ha vært da jeg la fotballen på hylla, i 2003. Jeg fikk en kneskade i 2001 og ble operert i 2002 og hadde opptrening i nesten ett år. Jeg hadde vært i Karasjok på mange oppdrag på hobbybasis for sameradioen, men etter kneoperasjonen tenkte jeg at jeg måtte få en ny hobby. Jeg kom i kontakt med en musiker fra Kautokeino og fikk råd fra ham. Jeg fikk være med når han jobbet med opptak og miksing. Det var gøy. Jeg hadde lyst til å følge drømmen og legge bort fornuften, men jeg klarte ikke å legge bort medisinstudiet. Jeg søkte om midler fra Sametinget til å lage en CD, og gjorde det midt under studiene. CDen ble gjort ferdig da jeg var i turnus i Stokmarknes. Rett før plata skulle slippes ut følte jeg at jeg hadde én fot i musikken og den andre i legejobben, forteller Máddji.

CDen ble godt mottatt, og Máddji ble invitert til festspillene i Nord-Norge til sin første konsert, og til festspillturné om høsten. Deretter var det en periode med turnéliv, men så ble hun gravid og etter det har hun ikke hatt en full konsert, bare mindre oppdrag.

UTPOSTEN: Du har også vært konferansier på Samisk Grand Prix?

MÁDDJI: – Ja, i 2007, og på samisk filmfesti-

val i 2009, sammen med «Farmen-Mikkel». Jeg snakket på engelsk og han på samisk. Det var en utfordring, men jeg tenkte at «Den tar jeg» – og så angret jeg etterpå fordi det virket litt skummelt, men det gikk bra. Og så sang jeg på åpningen av Legeforeningens landsstyremøte i Alta i 2013. Små oppdrag er vel så artige som større konserter. Jeg kjenner at jeg har lyst til å synge mer, men det krever så mye. Jeg må jo ha musikere, vi må øve og det er en utfordring å gjøre avtaler med dem. De er frie og kunstneriske, men jeg er ryddig og pliktoppfyllende – noen vil si et A4-menneske. Det er utfordrende å forholde seg til kunstnere som ikke har tidsfrister de må holde.

RUNAR SMETTER INN I SAMTALEN: – Du har nå sagt at du har lyst til å begynne med det igjen, da!

MÁDDJI: – Joda, jeg må vel fortelle at jeg nettopp har sunget inn noen barnesanger. Minnekonserten til Inga Juuso var også fin, og da kjenner jeg at «nå må jeg komme igang igjen», men det krever noe – og det er to helt forskjellige verdener. Den ene verdenen er faglig og vitenskapelig, mens den andre handler mest om følelser.

UTPOSTEN: Hvilket språk synger du på?

MÁDDJI: – Jeg synger på samisk. Jeg tenker at hele verden lager jo sanger på engelsk og da må jeg konkurrere med alle dem, og det er ikke så mange som synger på samisk.

UTPOSTEN: Hvem synger godnatta-sanger her i huset, da?

MÁDDJI: – Jeg synger godnattasangene, men den eldste sønnen min har først nå begynt å like musikk. Da han var liten sang jeg *Amazing Grace* til ham og da begynte han å gråte. Lillebror er derimot veldig glad i musikk og han danser gjerne til musikk.

RUNAR LER: – Jeg spiller piano til husbruk, etter noter. Det holder for meg.

MÁDDJI SKOTTER BORT PÅ EKTEMANNEN: – Jeg elsker piano og kjøpte det til Runar for at han skulle spille til meg.

RUNAR KVITTERER: – Jeg ble presset til å gå på musikkskolen i alle år, men nå er det kjekt å kunne spille.

Sjamaner, guvllár og andre hjelpere

UTPOSTEN: Hvordan er det med sjamaner og andre alternative behandlere?

MÁDDJI: – Det finnes forskjellige typer sjamaner; de spirituelle og gode, healere (guvllár) og de som kan kaste forbannelser over deg.

UTPOSTEN: – Er det et utbredt fenomen?

RUNAR: – Ja, det er ganske mange som bruker dem i tillegg til skolemedisinen. Men

som leger lever vi godt med dem – de fungerer som et slags supplement til den medisinske behandlingen.

MÁDDJI: – Da jeg studerte i Oslo hadde studentene mye motstand mot alternativ medisin, men her og i Tromsø er vi mer åpne for det. Jeg hadde nettopp en pasient med en fotvorte som han hadde hatt lenge, og da spurte jeg om han hadde vært hos en guvllár? Det hadde han, men det hadde ikke hjulpet denne gangen.

RUNAR: – Folk er også veldig kirkelig anlagt, og kvinnene er selve limet i samfunnet her. Det er de som holder hjulene i gang. Jeg trodde jeg skulle komme til et samfunn med mye alkoholisme og sam-

funnsproblemer, men det er det jo lite av her.

Runar forteller at det er lange avstander i kommunen og at man ofte må ordne med transport selv. Det fikk også *Utpostens* redaksjon erfare. Runar måtte kjøre en av redaktørene fra Kautokeino til Alta dagen etter intervjuet, en reisestrekning på 140 km. Hvis det ikke hadde ordnet seg med privat skyss, så måtte hun ha tilbrakt hele helgen i Kautokeino. Det hadde sikkert vært en flott opplevelse, men akkurat denne gangen passet det ikke!

REFERANSE

1. Kvermmo S. «Tiden er et skip som ikke kaster anker». *Utposten*, 2014; 6: 39–43.



Niillas vil se tegnefilmen om «Kurt den grusomme».

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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.

Kvalitet på henvisninger til DPS Porsgrunn, Sykehuset Telemark

– bruk av statistisk prosesskontroll i kvalitetsforbedring

■ ASTRID EMHJELLEN • Fastlege i Skien og praksiskonsulent psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark

Bakgrunn for prosjektet

Praksiskonsulentordningen (PKO) ved Sykehuset Telemark startet høsten 2006. Helt fra starten av var det en målsetting for praksiskonsulentgruppen å tallfeste prosesser for å se om arbeidet førte til endringer. Selv om erfaringene med PKO-ordningen i Danmark og ved pilotstedene Haugesund og Stavanger var positive, var det gjort lite tallfesting av arbeidet. Dette ønsket vi å forsøke.

Hovedfokuset for PKO-arbeidet ved psykiatrisk klinikk ble fra starten av kvalitet på henvisninger og epikriser, fordi dette opplevdes som klare forbedringsområder for både ansatte ved klinikken og fastlegene. I tillegg er begge dokumentene viktige i samhandlingen. Vi ønsket å se både på henvisninger og epikriser for å gi en balanse i PKO-arbeidet. Denne artikkelen omtaler arbeidet som er gjort med henvisningskvalitet ved DPS Porsgrunn i perioden 2006–14.

Metode og materiale

En mal med ønsket innhold i henvisningene ble laget i et samarbeid mellom praksiskonsulent og ansatte ved DPS. Et skåringskjema (1) basert på malen ble utarbeidet, med følgende underpunkter:

- Personalia
- Henvisningsgrunn
- Relevante bakgrunnsopplysninger
- Aktuell problemstilling
- Klinisk status
- Medikamenter



Arbeidet som er gjort med henvisningskvalitet ved DPS Porsgrunn, Telemark, i perioden 2006–14 omtales i denne utgaven av «Allmennmedisinske betraktninger». FOTO: WWW.FESTE.NO

Henvisningene ble vurdert av faste personer i DPS sine inntaksteam. Det ble skåret 0–4 for hvert underpunkt, totalskår 0 til 24. Personell ved DPS vurderte underveis i prosessen en henvisning med skår 22–24 som svært god og en henvisning med skår 18–21 som god. En henvisning med skår 13–17 kunne vurderes for prioritering, men alle henvisninger med skår 12 og lavere ble oppfattet som for mangelfulle til å kunne vurderes.

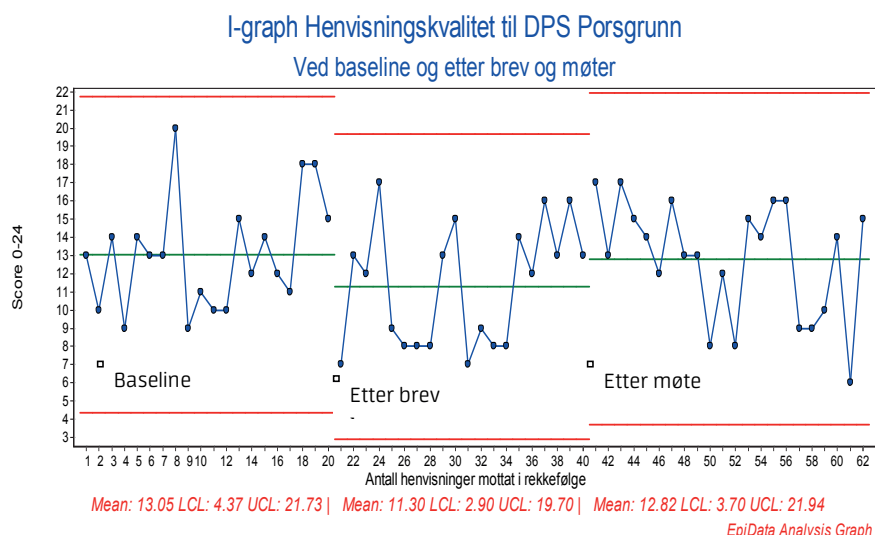
I desember 2006 ble det gjort en baseline-måling ved DPS Porsgrunn. Siden ble 25–30 henvisninger skåret, etter hver intervensjon med seks målinger i 2007 og tre målinger i 2008.

Vi brukte statistisk prosesskontroll (SPC) for å se om intervensjonene førte til forbedring (2). Ved å skåre 25 henvisninger eller

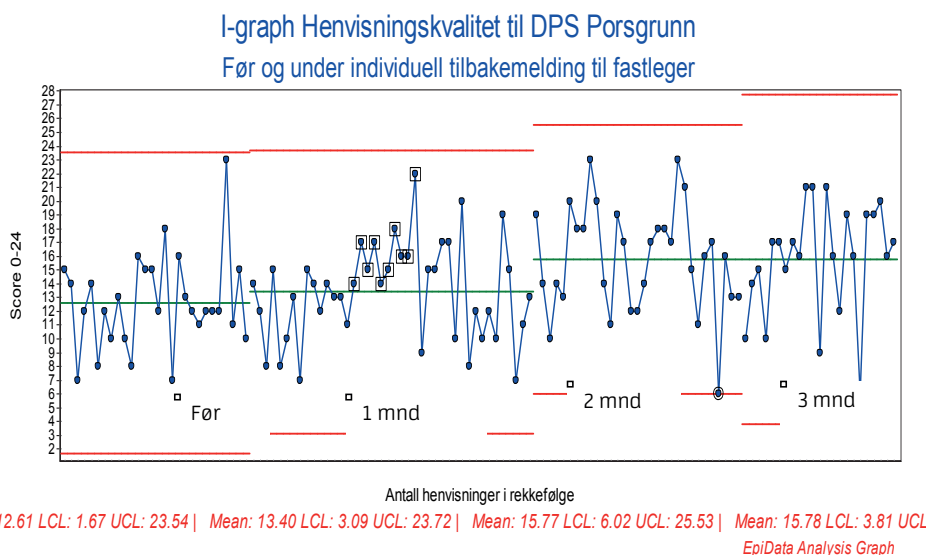
flere i rekkefølge ville vi få uttrykk av nivå og variasjon på henvisningskvaliteten i de ulike periodene. For framstillingen av SPC-diagrammene brukte vi Epidata Analysis (3). Resultatene er presentert i I-diagram med henvisningene i rekkefølge langs x-aksen og totalskår langs y-aksen. Hvert blått punkt tilsvarer skår for én henvisning og hver tidsperiode med skåringer er synliggjort ved et brudd i linjene. Variasjonen av henvisningskvaliteten uttrykkes ved øvre og nedre kontrollgrenser (de røde linjene), tre sigma fra senterlinjen (gjennomsnittet).

Sammen med ledelsen ved DPS Porsgrunn besluttet praksiskonsulentgruppen å gjøre følgende intervensjoner for forbedring:

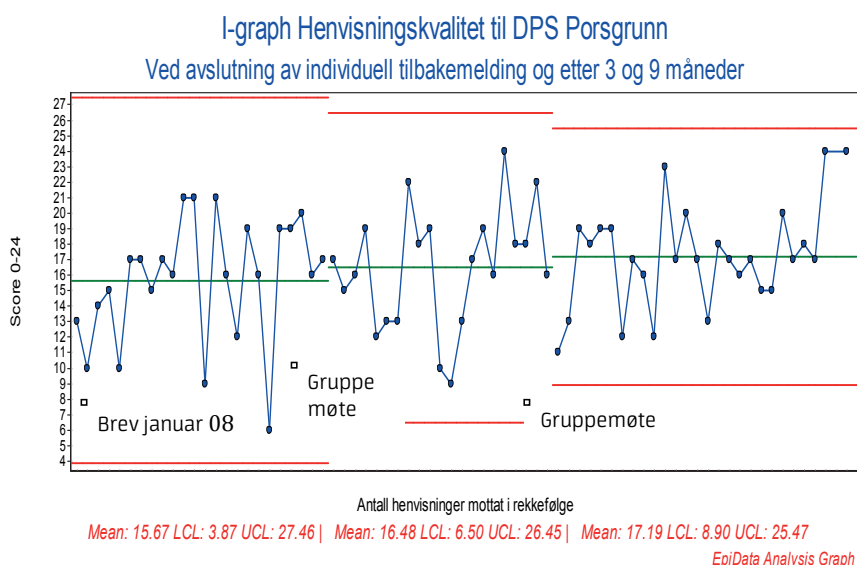
1. Brev til alle fastleger om ønsket innhold i en henvisning (januar 2007)



FIGUR 1. I-diagram over kvalitet på henvisninger sendt til DPS Porsgrunn i tre perioder: baseline (desember 2006), etter at skriftlig informasjon ble sendt ut (april 2007) og etter besøk til 75 prosent av fastlegene (mai-juni 2007).



FIGUR 2. I-diagrammet viser skåringer etter en, to og tre måneder med kontinuerlige individuelle tilbakemeldinger.



2. Allmøte med fastlegene i Porsgrunn med informasjon om henvisningskvalitet (mai 2007)
3. Skåring av alle henvisninger over tre måneder med individuell tilbakemeldinger til hver enkelt henviser (august–desember 2007)
4. Brev og e-post til alle fastleger med informasjon om resultatene (februar 2008)
5. Gruppemøter med ni fastleger i Grenland som hyppig henviste til DPS (mars–mai 2008)

Resultater

Baselinemålingen fra desember 2006 viste en gjennomsnittlig skår på henvisninger til DPS Porsgrunn på 13,1 – med stor spredning (FIGUR 1). Bare tre av 20 henvisninger ble vurdert som gode. Ni av 20 var for mangelfulle til å kunne vurderes.

Første intervensjon vinteren 2007 gikk ut på å sende ut et brev til alle fastlegene i opptaksområdet for DPS Porsgrunn, om viktigheten av gode henvisninger og ønsket innhold i disse. Annen intervensjon våren 2007 var at praksiskonsulentene var med på et allmøte med fastlegene i Porsgrunn.

Diagrammet i figur 1 viser at disse to første intervensjonene ikke ga noen bedring med hensyn på henvisningskvalitet, verken på gjennomsnittlig skår eller variasjon.

Målinger av henvisningskvaliteten under og etter en periode med individuelle tilbakemeldinger til fastleger høsten 2007 viste en sikker bedring i henvisningskvaliteten, vurdert etter SPC-reglene for spesiell variasjon (FIGUR 2). Gjennomsnittlig skår i denne perioden økte fra 12,6 til 13,4 og så til 15,8 i de to siste registreringsperiodene. I siste periode hadde tre av 20 henvisninger for dårlig kvalitet til å vurderes. Syv av 20 hadde god kvalitet. Det var imidlertid fortsatt betydelig variasjon med spredning i skår på fem til 21 i siste periode.

FIGUR 3. I-diagrammet viser at henvisningskvaliteten holdt seg gjennom 2008. To gruppemøter våren 2008 med totalt ni leger ga ytterligere forbedring.

Som en fjerde intervensjon vinteren 2008, ble det sendt ut skriftlig informasjon til alle fastleger om resultatene. Våren 2008 ble det avholdt to gruppemøter (femte intervensjon) med til sammen ni leger som henviste ofte til DPS – for samtale om henvisningskvalitet og viktigheten av dette.

Målinger etter disse to intervensjonene viser at forbedringen i henvisningskvaliteten økte ytterligere til gjennomsnittlig skår på 17,2. Variasjonen på henvisningskvalitet er også mindre, vist ved smalere kontrollgrenser.

Det som oftest manglet i henvisningene var informasjon om underpunktet «klinisk status» med psykiatrisk status, somatisk status og laboratorieprøver. Dermed manglet ofte god medikamentinformasjon om nåværende og eventuell tidligere medisinering. I tillegg til mangelfull beskrivelse av de forskjellige underpunktene som hører med i en god henvisning, manglet flere henvisninger informasjon om funksjonsnivå – som jobb, skolegang, familiesituasjon og eventuell rusmiddelbruk.

Diskusjon

Vår konklusjon er at økt fokus på henvisningskvalitet i form av individuell tilbakemelding bedrer henvisningskvaliteten hos fastlegene som gruppe. Undersøkelsen viser at fokus på henvisningskvalitet ved andre samtidige tiltak som for eksempel gruppemøter forsterker effekten man oppnår ved individuell tilbakemelding. Brev og generell informasjon gir derimot ikke effekt. Undersøkelsen viser at SPC kan være et nyttig hjelpemiddel i kvalitetsforbedrende arbeid, både for å følge trender over tid og som et pedagogisk hjelpemiddel i formidling av resultater.

Tilsvarende arbeid er gjort ved allmennpoliklinikken ved DPS Skien. Også her ble henvisningskvalitet representert ved gjennomsnittlig skår bedret i perioden med individuell tilbakemelding. Imidlertid falt henvisningskvaliteten tilbake til baselinenivå etter intervensjonen. Andre praksiskonsepter har også jobbet med SPC og henvisningskvalitet. Øystein Line har beskrevet et lignende prosjekt ved Sykehuset Telemark (4), hvor lungeseksjonen i to perioder sendte tilbakemeldinger kun til de fastlegene som skrev mangelfulle henvisninger. Disse fikk konkret veiledning om ønsket innhold samt hva som kunne gjøres i ventetiden for time. Intervensjonen ga svake forbedringer på mer presis generell anamnese og røykeanamnese. Antall henvisninger til lungeseksjonen falt i månedene etter intervensjonene.

Det finnes også andre måter å forbedre henvisningskvalitet på. Elektronisk pasientjournal (EPJ) skal hjelpe oss med «den gode henvisning», men EPJ-systemene har kun en generell mal for alle typer henvisninger og ikke noen diagnosespesifikke krav til hjelp for fastlegen. Rokstad og Holmen har imidlertid vist at EPJ-basert beslutningsstøtte bedrer henvisningskvalitet (5). Da EPJ-systemet Infodoc laget et program for beslutningsstøtte for henvisninger til lungeavdelingen, ble kvaliteten kraftig forbedret – uttrykt ved bedre informasjon, redusert arbeidstid for prioriterende lege og opplevelse av riktigere prioritering. Journalsystemene for allmennpraksis har funksjonalitet for å etablere slike diagnosespesifikke maler. Praksiskonseulentordningen og faggrupper i Legeforeningen bør sammen med leverandører kunne lage maler som automatisk hentes opp ved gitt diagnose.

Det er vist at fokus på henvisningskvalitet i grupper og ved telefonveiledning gir resultater. Evans i Wales gjennomførte ukentlige møter i ett år med fastleger, hvor henvisninger ble diskutert (6). Etter ett år hadde fastlegene en opplevelse av at deres egne henvisninger var bedre. Hovedresultatet av tiltaket var færre henvisninger til sykehuset og økt bruk av kommunale tjenester. En spansk intervensjonsstudie viser vedvarende økt kvalitet på henvisninger fra førstelinjen til en urologisk avdeling etter at man etablerte telefonbasert rådgivning for henvisende leger og ga tilbud om halvårlige faglige oppdateringsmøter (7). Adekvate henvisninger (n=6088) økte fra 58 til 75 prosent. Forfatterne konkluderte med at varig kvalitetsforbedring er mulig, men krever tiltak over tid.

I en artikkel i *Utposten* spør Jan Emil Kristoffersen om det finnes unødvendige innleggelses (8)? Han refererer blant annet til Borda og Rokstads undersøkelser når han skriver:

«Intervensjoner som setter fokus på dialog og beslutningsstøtte rundt henvisninger viser effekt i form av bedre prioritering og redusert henvisningsvolum og peker seg ut som et tydelig satsingsområde.»

Fastlegene har ansvar for å holde god standard på egne henvisninger, enten det er til somatisk eller psykiatrisk klinikk. Henvisningskvalitet er et egnet tema for kurs, veiledningsgrupper og kollegagrupper.

Inntaksteamene erfarer at det ofte er de samme legene som går igjen når spørsmålet gjelder dårlige henvisninger. Man har også inntrykk av at vikarer og nye leger henviser mer – og med dårlig kvalitet. Fastlegene bør gi internveiledning til disse kol-

legene, også med hensyn på henvisningsinnhold. Kanskje har også kommuneoverlegen en rolle her?

En god dialog med fastlegene om mangelfulle henvisninger kan øke fokuset på og bevisstheten rundt henvisningskvalitet. Det burde være en prioritert oppgave for inntaksteam å ringe henvisende lege for å drøfte en mangelfull henvisning. Dette vil bli godt mottatt av legene om det gjøres på en vennlig måte. Slik unngår man også at fastlegene mottar avisninger uten forutgående dialog. Forhåpentligvis kan dialogen styrkes gjennom elektroniske samhandlingsnotat i nær fremtid.

DPS og praksiskonseulent kan alene eller sammen gå i dialog med fastleger som over tid skriver dårlige henvisninger og tilby dem veiledning, felleskonsultasjoner og hospitering – inkludert deltagelse i inntaksmøter hvor henvisninger blir vurdert.

Å skåre henvisninger er arbeidskrevende for DPS. Det kan enklere gis individuell tilbakemelding ved å bruke et mangelskjema ved gjentatte dårlige henvisninger fra enkeltleger.

Hvorfor har individuell tilbakemelding til fastlegene god effekt? Økt oppmerksomhet på manglene i eget arbeid og ønsket om å gjøre en bedre jobb, er antagelig viktig. Vårt arbeid viste at kvaliteten på henvisninger til DPS Porsgrunn holdt seg også etter intervensjonsperioden, i motsetning til det som var tilfelle ved DPS Skien. Hvorfor var det en slik forskjell? Var det fordi flere fastleger henviste til DPS Skien og færre fikk individuelle tilbakemeldinger i intervensjonsperioden, slik at læringseffekten var mindre og mer kortvarig? Eller har det med andre forhold å gjøre, for eksempel forskjeller i geografisk nærhet til og kontakt med DPS – og dermed samarbeidsklimaet?

Det som skjedde i løpet av våre intervensjoner, var at DPS Porsgrunn senket terskelen for å ta imot pasienter til en spesialistvurdering – uten løfte om videre behandling. Man la også vekt på dialog med fastlegene gjennom telefonsamtaler og møter. En av fastlegene i Porsgrunn sier det slik:

«Vi er fornøyd med vårt DPS og den jobben de gjør. Når de anstrenger seg, får man lyst å gi noe tilbake. Gjennom dialog blir man bedre kjent, og det er flaut å sende en dårlig henvisning til en kollega du kjenner og respekterer!»

Konklusjon

Systematisk fokus på henvisningskvalitet og individuell tilbakemelding til fastleger

vil gi bedring i henvisningskvaliteten. Dette må opprettholdes gjennom god dialog mellom legene og DPS og samhandling om pasientrettet arbeid.

REFERANSER

1. Skåringsskjema utarbeidet av DPS og artikkelforfatter: <http://old.pko.no/Idebank/Psyk/STHF/Vurdering%20av%20henvisning.pdf>
2. Kompendium i SPC: www.kunnskapsenteret.no/verktoy/statistisk-prosesskontroll-spc
3. Epidata Analysis: www.epidata.dk
4. Øystein Line: Førstemann ut i Telemark. Praksiskonsulent ved lungeavdeling. Utposten nr 5, 2006
5. Rokstad K, Holmen S. «Den gode henvisning» – et samhandlingsprosjekt utgått fra Haukeland Universitetssykehus. Kirkenes: Nasjonal PKO-konferanse, 3. juni 2010
6. Evans E. The Torfaen referral evaluation project. Qual PrimCare 2009; 17 (6): 423–9
7. Páez Borda A, Sáenz Medina J, Redondo González E et al. An intervention to improve the adequacy of referrals from primary care to a department of urology. Actas Urol Esp 2009; 33 (10): 1122–8
8. Jan Emil Kristoffersen: Unødvendige innleggelser – finns dom? Utposten nr 7, 2010

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Inntaksteamene ved de tre distriktpsikiatriske sentrene (DPS) ved Sykehuset Telemark opplevde at mange av henvisningene de mottok fra fastlegene var mangelfulle. Praksiskonsulent og DPS ønsket sammen å se på hva som kunne gjøres for å bedre dette. Arbeidet ble gjort samtidig ved både DPS Skien og DPS Porsgrunn. Denne artikkelen presenterer resultatene for DPS Porsgrunn.

Materiale og metode

- Maler og skåringsskjema lages. Intervensjoner planlegges.
- Baseline-skåring og skåringer etter hver intervensjon med tilbakemelding til henviser.
- Brev til fastlegene med individuelle tilbakemeldinger for egen læring. Det gis mulighet for reservasjon.

Intervensjoner 2007–09

- Utsendelse av generelt brev om ønsket henvisningsinnhold og fellesmøte om det samme.
- Hovedintervensjon: DPS Porsgrunn skåret høsten 2007 alle mottatte henvisninger og ga kontinuerlig tilbakemelding til fastlegene i form av skårskjema sammen med kopi av inntaksbrev.
- Brev til fastleger om resultater og to gruppermøter med totalt 9 leger som henviste mye.

Resultater:

- Hovedfunn: Individuell tilbakemelding til fastlegene på deres henvisninger ga klar gjennomsnittlig bedring, men med fortsatt stor variasjonen. Generell informasjon til fastleger om anbefalt innhold i henvisning eller besøk til fastleger ga ingen bedring i henvisningskvalitet.

- Vedvarende fokus etter hovedintervensjon i form av sporadiske individuelle tilbakemeldinger samt informasjon om resultatene til alle legene ga ytterligere forbedring. Møter med fastleger som henviste mye til DPS bidro til bedringen.
- Statistisk prosesskontroll var et godt hjelpemiddel i arbeidet.

Fortolkning

Fokus på bedre henvisningskvalitet ved individuelle tilbakemelding vil gi bedret henvisningskvalitet og bør kontinuerlig holdes oppe i et samarbeid mellom fastleger, DPS og praksiskonsulent. En bevisst og systematisk dialog med veiledning rundt mangelfulle henvisninger mellom inntaksteam og henvissende fastlege kan medvirke til dette.

■ ASTRID.EMHJELLEN@GMAIL.COM

Forskningsnettverk i allmennpraksis – hva er det, og trenger vi det?

■ GURI RØRTVEIT • Forskningsleder/professor, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse
Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

«A discipline without research is no discipline». David White, tidligere sjeflege for Allmennmedisinsk klinikk ved North York General Hospital i Toronto er ikke til å misforstå. Han er en erfaren allmennlege, og en av pådriverne for å få opprettet forskningsnettverk i allmennmedisin i Toronto. Han så behovet for god og relevant forskning, slik at allmennlegene han ledet kunne tilby pasientene helsetjenester av høy kvalitet.

Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten er nettverk av allmennpraksiser som er knyttet til forskningsinstitusjoner på en systematisert og gjensidig forpliktende måte. Slike nettverk er godt utviklet i mange land med høy faglig kvalitet på primærhelsetjenesten.

Hvis vi ønsker forskning med relevans for faget vårt, må vi legge til rette for at forskningen kan foregå i allmennpraksis. Forskning i primærhelsetjenesten krever annen organisering enn i sykehusene. Allmennle-

ger og deres pasienter finnes spredt over hele landet i mange små enheter, og legene opplever å ha lite tid til å drive med annet enn pasientbehandling. Resultatet er at allmennmedisinske forskere prøver å finne løsninger som krever minst mulig interaksjon med allmennlegene; vi bruker populasjonsstudier eller helseregistre som datakilder (epidemiologisk forskning), vi gjør småskalaforskning, eller vi gjør nettbaserte studier. Når vi av og til må inn i allmennpraksiser gjør vi så lite av oss som vi kan, og

Toronto er en storby med 5 millioner innbyggere, og bærer klart preg av å være en universitetsby. Universitetet i Toronto ble opprettet i 1827. Det er gigantisk og består av en blanding av gamle og nye bygninger sentralt i byen. Bildet viser University College, som ble grunnlagt i 1853.



David White var tidligere Chief for Department of Family Medicine ved North York General Hospital og sentral i arbeidet med å få til et forskningsnettverk i byen. Han er nå Deputy Chair ved Department of Family and Community Medicine ved University of Toronto.

vi unnlater til og med å gjøre studier på best mulig måte (for eksempel med purreprosedyrer) for å forstyrre minst mulig.

I det lange løp er dette ikke bærekraftig hvis vi ønsker god forskning. Ny leder for Norsk forening for allmennmedisin, Petter Brelin, etterspurte nylig mer relevant forskning for faget. Da må vi skaffe infrastrukturen som trengs for å få det til. Forskningsnettverk er en slik infrastruktur, og nå er tiden moden (1, 2).

Hvorfor forskningsnettverk?

Forskningsnettverk vil føre til at forskningsaktivitet i allmennpraksis blir forutsigbar – for både allmennleger og forskere. Å delta i nettverk innebærer at praksisene setter av tid til å delta regelmessig i forskningsprosjekter, men det er fortsatt forskningsinstitusjonene (som har en rekke allmennleger ansatt som forskere) som har ansvaret for forskningen.

Denne innsatsen vil være en del av arbeidsdagen og den økonomiske kompensasjonen må gjenspeile det. I tillegg får praksisene faglig oppdatering, både direkte knyttet til forskningsaktiviteten og indirekte gjennom audit og ulike former for tilbakemelding som forskningsnettverket vil bidra til. Klinikere som deltar i forskningsprosjekter blir bedre og bredere oppdatert (3).

Et annet viktig aspekt, er at forespørsler om å delta i forskning vil være godt kvalitetssikret. Legesentre bruker i dag mye tid på å vurdere relevans og forutsi tidsbruk når de får forespørsler om å delta i forskning. I tillegg kan man som allmennlege ikke forventes å finne ut om de nødvendige tillatelser fra etisk komite eller personvernombud er på plass. Alt dette vil være ferdig vurdert av forskningsnettverkets organisasjon når det kommer en forespørsel om å delta.

For forskerne og forskningen betyr en god infrastruktur at vi kan planlegge større og bedre prosjekter og forvente effektiv hjelp fra nettverket til rekruttering av både leger og pasienter. Vi vil få tilgang til flere pasienter, og resultatene blir sikrere. Å studere de pasientene og de fenomenene vi ser i allmennpraksis er krevende og forutsetter mer ressurser enn det vi har hatt til nå.

Hva vil det bety å være med i et forskningsnettverk?

Hva vil deltakelse i et forskningsnettverk bety for den enkelte allmennpraksis? (BOKS 1). Deltakelse i forskningsnettverk vil inne-

BOKS 1

HVA VIL DET BETY Å DELTA I FORSKNINGSNETTVERK?

- Forutsigbarhet
- Noe tid satt av til å delta
- Økonomisk kompensasjon
- Kvalitetsvurderte prosjekter - trygt å delta
- Tettere relasjon mellom praksis og forskningsinstitusjonene
- Mulighet for å delta i forskning med ulik innsats
- Mulighet for å fremme spørsmål som bør forskes på
- Kobling til en forskningsdatabase som henter ut bakgrunnsinformasjon og gir mulighet til å identifisere pasienter som er aktuelle for inklusjon
- Hjelp til kvalitetssikring i egen praksis
- Mulighet for å delta i forskning med den grad av innsats som man ønsker

bære at praksisen får personellstøtte under rekruttering av pasienter til studier, på en slik måte at belastningen blir minst mulig på legen og praksisen. Det vil være legens oppgave å bestemme om en pasient er aktuell for å delta i en studie. Deretter skal det man ikke trenger å være lege for å gjøre, i størst mulig grad utføres av forskningsnettverkets ressurser. Informasjon til pasienten om hva det innebærer å delta, innhenting av samtykke, innhenting av basisdata og enkle målinger er eksempler på dette.

Likevel vil deltakelse i forskning alltid ta noe tid for praksiser og enkeltleger, og dette kan kompenseres økonomisk på ulike nivå ettersom hvor involvert en praksis ønsker å være. I England opererer de med tre nivå. En praksis vil selv kunne velge hvilke studier de ønsker å delta i, men de må delta i et visst antall studier over et gitt tidsrom. Det gis da et fast tilskudd som skal kompensere for beredskapen man må ha (f eks kan man tenke seg at en lege ved legesenteret reduserer sin liste noe for å ha tid å sette av når det er intensive perioder med forskningsaktivitet). I tillegg gis det tilskudd pr. pasient som rekrutteres til enkeltstudier. I Storbritannia har man utviklet et godt system for å beregne tidsbruk på slikt arbeid, og det varierer en god del fra studie til studie.

Vi vil opprette en forskningsdatabase som automatisk og fortløpende trekker ut noen bakgrunnsdata fra deltakerpraksisene, og som gir mulighet for å søke opp pasienter med bestemte markører. Da vil praksisene selv kunne identifisere pasienter som er aktuelle for ulike studier, og dette letter rekruttering til studier betydelig. En slik forskningsdatabase vil trenge konsesjon fra Personvernombudet/Datatilsynet, selv om forskningsnettverket ikke skal ha tilgang til pasientidentifiserbar informasjon. De lovtekniske sidene ved dette arbeidet vil med for tiden.

Forskningsnettverk vil også gi noe tilbake til praksisene. Kvalitetssikring i egen praksis vil bli lettere fordi forskningsnettverket vil ha gode data fra både din og an-

BOKS 2

EKSEMPLER PÅ FORSKNINGSPROSJEKTER KNYTTET TIL UTOPIAN – FORSKNINGSNETTVERKET I TORONTO

- Mobiltelefonbasert intervensjon for egenhåndtering av type 2 diabetes mellitus for pasienter i allmennpraksis
- Identifisering av pasienter med atrieflimmer som bør tilbys behandling
- Utvikling, testing og implementering av beslutningsstøtteverktøy for pasienter med diabetes i allmennpraksis
- Multisenter randomisert kontrollert studie av tiltak for å forutsi respons på medisinsk behandling hos pasienter med alvorlig depresjon

dres praksiser. Audit av ulike slag vil bli utviklet sammen med NOKLUS (en av samarbeidspartnerne i forskningsnettverkprosjektet) og det nyopprettede Senter for kvalitet i legekontor (SKIL).

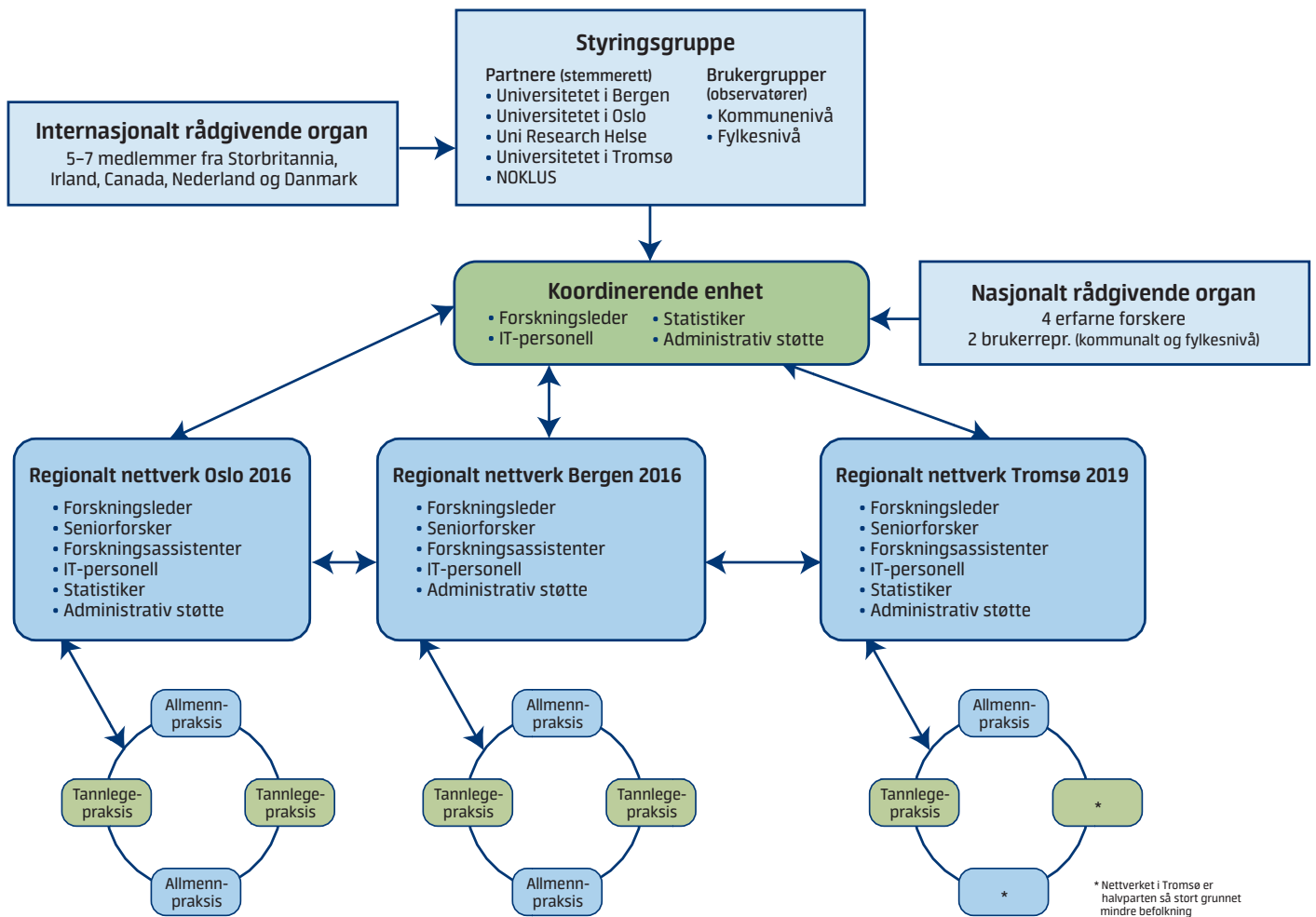
En viktig side ved deltakelse i forskningsnettverk er at det gir tettere relasjon mellom praksisfeltet og forskningsinstitusjonene våre – for allmennmedisin sin del er det de allmennmedisinske forskningsenhetene, de allmennmedisinske instituttene og kompetansesentrene (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Antibiotikasenteret for primærmedisin). Det gjør at spørsmål som dukker opp i klinisk praksis mye lettere kan viderebringes til forskere: «Dette strever vi med. Kan dere forske på det og finne noen løsninger som virker»? Se boks 2 for eksempler på relevant forskning knyttet til nettverket i Toronto. Flere av disse prosjektene er generert av allmennlegene i praksisene.

Et annet aspekt er at allmennleger som er nysgjerrig på forskning, kan få en lettere vei inn. Deltakelse i forskningsarbeid vil fungere langt mer differensiert enn i dag. Ikke alle som er nysgjerrig på forskning har lyst til å ta en doktorgrad. Med forskningsnettverk vil det være plass til alle grader av engasjement.

Kommer vi til å få forskningsnettverk i Norge?

Spør noen meg, er svaret ja! Vi er nødt til å etablere slike nettverk i Norge hvis vår primærhelsetjeneste skal henge med i den internasjonale utviklingen og gi pasientene kunnskapsbasert og oppdatert behandling. Men vårt land er vidstrakt, arbeidskraft koster, og pengene kommer ikke av seg selv. Tannlegene har nøyaktig de samme utfordringer som oss. Siden 2010 har derfor de samlede allmennmedisinske og odontologiske forskningsmiljøene arbeidet for å få til et forskningsnettverk i fellesskap. Vi arbeider langs to akser:

For det første arbeider vi kontinuerlig



FIGUR 1. Modell for et norsk forskningsnettverk i allmennpraksis og tannhelsetjenesten.

med å lage en plan for et norsk forskningsnettverk. Et nasjonalt nettverk for to fagdisipliner er en stor og krevende infrastruktur å utvikle. I 2013 fikk vi midler fra Helsedirektoratet til å starte dette arbeidet. Vi formaliserte en styringsgruppe for arbeidet med to professorer i allmennmedisin (Jørund Straand og meg selv) og to professorer i odontologi (Kristin Klock og Ivar Espelid, senere ytterligere forsterket med professor Ellen Berggreen, som også er leder for Tannhelsetjenestens kompetansesenter Vest). Videre nedsatte vi to arbeidsgrupper, en i hver disiplin. Vi dro på studieturer til Storbritannia og Nederland, gjennomførte en litteraturstudie, utførte en fokusgruppestudie av allmennlegers barrierer og interesse for å delta i forskningsnettverk, gjorde en pilotstudie, og vi arrangerte to internasjonale møter om temaet. Arbeidet er publisert som en rapport til Helsedirektoratet (4). For tiden oppholder jeg meg i Toronto, Canada, for å studere arbeid med oppbygging av et nettverk her, til inspirasjon og læring. Samlet har de norske forskningsmiljøene lagt ned en betydelig innsats over de siste fem årene for å skaffe informasjon og omsette dette til noe vi tror vil fungere i vårt land.

For det andre arbeider vi med å etablere finansiering av nettverket. Et stort sprang skjedde da vi utarbeidet søknad til Infrastrukturprogrammet i Norges forskningsråd høsten 2014, der vi søkte om 180 millioner kroner over fem år. Å sette sammen denne søknaden krevde stor innsats fra alle de deltakende miljøene, og de økonomiske vurderingene ble kvalitetssikret ved å sende to økonomer til forskningsnettverket i Bristol sammen med lederen for den allmennmedisinske arbeidsgruppen, Knut Arne Wensaas. Svaret på søknaden foreligger ikke i skrivende stund. En infrastruktur i denne størrelsesorden er uansett noe som ikke bare Forskningsrådet, men også staten må være med og finansiere. Med tanke på de summene som går med til infrastruktur for forskning i foretakene, er dette kravet ikke urimelig når det dreier seg om forskning knyttet til grunnfjellet i norsk helsetjeneste. Helsedepartementets forskningsstrategi HelseOmsorg 21 har satsing på forskning knyttet til kommunehelsetjenesten som et helt sentralt element. Da må infrastrukturen for slik forskning komme på plass. En annen interessant i resultatene av forskning er Kom-

munenes Sentralforbund. Det bør ikke være utenkelig at de som har ansvar for helsetjenesten også tar noe ansvar for de økonomiske kostnadene ved forskningsaktivitet på feltet.

Hvordan vil forskningsnettverk i Norge bli organisert?

Modellen for et norsk forskningsnettverk er vist i figur 1. En felles, koordinerende enhet lagt til Bergen vil sørge for koordinering av virksomheten og gi forskningsnettverket en felles adresse for utenverdenen. Denne koordinerende enheten skal ha ansvar for en forskningsdatabase (se over). Den vil også ha den direkte kontakten med ulike styrings- og rådgivningsorganer i nettverket (FIGUR 1).

Den utøvende enheten i nettverket er imidlertid de regionale nettverkene, som i første omgang vil bli lagt til de allmennmedisinske forskningsenhetene i Oslo og Bergen. Tre år senere er det planlagt en tilsvarende regional enhet i Tromsø, og forhåpentlig på sikt også i Trondheim. I tillegg til vitenskapelig personell som skal lede virksomheten vil det bli ansatt fors-



Artikkelforfatteren til høyre, sammen med professor Frank Sullivan som er leder for UTOPIAN, og Ivanka Pribramska som er koordinator for nettverket.

kningsassistenter som skal ha betydelig utadrettet virksomhet mot (tann)legepraksisene. IT-personell vil også bli ansatt for å understøtte forskning som trenger bruk av datauttrekk fra journalene.

Den viktigste delen av nettverket er selv-sagt praksisene. Målet er å rekruttere 50 allmennpraksiser på Østlandet, 50 på Vestlandet og 25 i Nord-Norge. Midt-Norge vil sogne til hvert av disse nettverkene avhengig av geografi. Tilsvarende antall tannlegepraksiser vil bli rekruttert på hvert sted. I tillegg til å gi stordriftsfordeler, vil denne felles-organiseringen med tannlegene gi muligheter for samarbeid om tilstander som angår både munnhule og kroppen ellers – noe som finnes oftere enn vi har en tendens til å tro.

Modellen som er beskrevet forutsetter finansiering fra Forskningsrådet. Dersom Helse- og omsorgsdepartementet blir den viktigste finansieringskilden, vil eierstrukturen bli annerledes. Dette er planer som vi jobber med for tiden.

Internasjonale erfaringer med forskningsnettverk

Forskningsnettverk er ikke en norsk oppfinnelse. Tvert imot er det en velutprøvd strategi som viser seg å resultere i forskning av svært høy kvalitet og relevans (5–7). Storbritannia med sin fremsynte helsetjeneste-eier National Health Service har hatt forskningsnettverk i mange år, men for allmennpraksis-nettverket tok det først av for ca 10 år siden. Vår modell tar først og fremst utgangspunkt i strukturen i Skottland, som har en befolkningsstørrelse omtrent som Norge.

I Nederland har forskningsnettverk en

lang tradisjon. Mens Nederland har lagt vekt på uttrekk av data til observasjonsstudier, har man i Storbritannia lagt opp nettverkene primært for å støtte klinisk forskning. Der tenker man også at forskningsdeltakelse er en rett pasientene har, mens vi i Norge har hatt en tendens til å tenke at vi må beskytte pasientene mot plagsom forskning. Faktum er at pasienter internasjonalt i økende grad ønsker og krever å få delta i forskning – de vil ha de nyeste tilbudene, og de ønsker å være med på å utvikle dem.

For tiden gjør jeg et dypdykk i the University of Toronto Practice-Based Research Network (UTOPIAN) (8). Nettverket er i startfasen, og det er derfor et godt sted å studere alle aspekter av oppbyggingen. Etter en down-periode for allmennmedisinsk forskning ved universitetet her på 2000-tallet, slo flere gode krefter seg sammen for å få fart på både mengden og kvaliteten av forskningen. De skaffet en sponsor og satte samtidig av store ressurser fra Department of Family and Community Medicine (DFCM), og så satset de alt på å etablere et nettverk – fordi de mente at dette var den beste måten å stimulere forskning på. De rekrutterte skottenes mangeårige nettverksleder, professor Frank Sullivan, til å lede arbeidet, og han er min vert under oppholdet.

Toronto er en storby med 5 millioner mennesker, altså tilsvarende en norsk populasjon. University of Toronto har ansvar både for utdanning av medisinstudenter og for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Spesialistutdanning er obligatorisk for alle som vil arbeide som allmennleger. Tilskuddet til DFCM er derfor kjempestort sammenlignet med hva vi er vant til fra Norge. Instituttet lønner totalt 1500 leger

som deltar i utdanning og/eller forskning! De kan dermed prioritere store ressurser for å styrke forskningen sin med et forskningsnettverk – i hvert fall når de slår seg sammen med en filantrop eller to. Forskerne ved instituttet er svært oppglødd over mulighetene nettverket gir (se boks 2 for eksempler på prosjekter som pågår). Totalt er det ca 14 allmennmedisinske akademiske sentre i byen, og alle er med i UTOPIAN.

Koordinator for nettverket, Ivanka Pribramska, forteller at en rekke praksiser står på utsiden og banker på, men UTOPIAN har bestemt at de må inn i en stabil driftsfase før de kan ta inn flere praksiser. Det er verd å merke seg at i Canada er forskningsnettverk så attraktivt at praksisene står i kø for å bli med.

Etter det jeg kan se her i Toronto, har vi vært gode til å finne ut hva som er viktig å vektlegge for et forskningsnettverk i Norge. Når det er sagt, så har vi utvilsomt noen særegne norske utfordringer som vi må løse uten å finne modeller i utlandet. Et så langstrakt land med så spredt befolkning er det ikke mange som kan matche.

Norske allmennleger har for lite tilgang på forskningsbasert utvikling. Forskningsnettverk kan bli et redskap for å gjøre noe med dette. Forskningsnettverk i allmennpraksis bør bli et krav fra norske allmennleger og våre organisasjoner.

REFERANSER

- Rortveit G. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014; 1–3.
- Sullivan F, Butler C, Cupples M, Kinmonth AL. Primary care research networks in the United Kingdom. *BMJ* 2007; 334: 1093–4.
- McAlearney AS, Song PH, Reiter KL. Why providers participate in clinical trials: considering the National Cancer Institute's Community Clinical Oncology Program. *Contemp Clin Trials* 2012; 33: 1143–9.
- Rortveit G, Espelid I, Straand J, Klock K. Forskningsnettverk i allmennmedisin og tannhelsetjenesten. Bergen, Norge: Uni Research Helse; 2013.
- Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet* 2013; 382: 1175–82.
- Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007; 357: 1598–607.
- van Vugt SF, Brokhuizen BD, Lammens C, Zuijthoff NP, de Jong PA, Conen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346: f2450.
- UTOPIAN: <http://www.dfcm.utoronto.ca/research/UTOPIAN.htm>

■ GURI.RORTVEIT@UIB.NO

Medisinsk grunnutdanning

■ **MARIT HALONEN CHRISTIANSEN** • Tidlegare leiar, Yngre Legers forening, Sentralstyremedlem i Legeforeninga. Leiar, Legeforeninga si prosjektgrupe om medisinske grunnutdanning

Bakgrunnen for artikkelen er eit prosjekt eg leiar i Legeforeninga. I mars 2014 satte sentralstyret ned ei gruppe som skal sjå på medisinsk grunnutdanning. Vi skal sjå på situasjonen ved dei medisinske fakulteta i Noreg, om det let seg gjere med auka harmonisering mellom studie- stadane, og korleis utdanninga er dimensjonert målt mot kor mange legar vi treng. Om ikkje dette er nok, skal ein sjå på samsvar mellom organisering av studia, læringsutbyttet i grunnutdanninga, og om dette svarer til det helsetenesta og samfunnet treng.

Rapporten – ein viktig del av prosjektet

Prosjektet er organisert med ei prosjektgruppe og ei referansegruppe. Prosjektgruppa har representantar frå alle dei medisinske fakulteta i Noreg; to studentar og to undervisarar, totalt fem medlemmar inkludert undererteikna. I tillegg får vi nytte godt av kompetanse frå medisinsk fagavdeling i Legeforeninga sitt sekretariat. Målet er ein rapport til landsstyremøtet i 2016, men saka skal opp i år i form av ein innspelsrapport. Etterkvart som vi arbeider med rapporten får vi stadfesta mistanken; å lage rapporten er ein svært viktig del av arbeidet.

Rollemodellar

Dette verker kanskje kryptisk, og nokre har spurt meg kvifor Legeforeninga skal meine noko om grunnutdanning? Svaret er at det er vi som driv utdanning, alle vi som har studentar med oss på kontoret, på poliklinikk, på legevakt, vi som er mentorar, og som har formelle stillingar ved universitetet.

Dei medisinske fakulteta kan ha så god rettleiing og undervisning dei berre vil, trene kommunikasjon i vekesvis og prente inn det nyaste innan slagbehandling.

Så kjem studentane ut i klinikken.

Eg har høyrte studentar sei etter tverrfaglig trening at det er fyrste gong dei har sett ein sjukepleiar. Det er sjølvsagt ikkje tilfelle, men likevel er det sant. Vi som er legar er så tydelege rollemodellar, nærast idol, for dei som enno er studentar, at dei gjer som vi gjer, ikkje som vi seier.

Tre store utfordringar

Mykje er bra i den medisinske grunnutdanninga. Vi har likevel funne tre store

utfordringar, som eg tenkte å gå inn på her.

Det fyrste er at undervisning i seg sjølv har alt for låg status.

① Eg hadde aldri tenkt på det slik før, men for universitetstilsette snakkar vi om «undervisningsplikt» og «forskningsfri». På sjukehusa betaler universiteta for rom, men om det er overbelegg – skal då desse romma stå tomme og pasientane ligge på korridor?

Når avdelinga nok ein gong er underbe- manna og den legen som skulle hatt undervisning må dekke poliklinikken eller ta vaktcallingen er det sjølvsagt at pasientane går framfor. Det skulle sjølvsagt berre mangle, kan ein sei, at ikkje pasientane skal gå framfor.

Studentane er likevel ei investering vi gjer i framtida. Grunnutdanninga er prosessen som gjer medisinstudentar til legar, dei legane som skal operere oss når vi blir gamle, forske fram ny antibiotika og kure- re kreft.

② Parallelt med dette er studentane i spesialisthelsetenesta. Dei har allmenn- praksis òg, javisst, men dei starter på uni- versitetssjukehusa. Det er faktisk så spissa som du får det i medisinen.

Samhandlingsreformen seier vi skal flyt- te tenestane nærare der folk bur, førebygge heller enn å reparere, ha tidleg framfor sein innsats, og flytte fleire oppgåver ut i kom- munen. Det ville vere logisk, dersom ein i dag utan eigne referanser skulle tenke seg korleis ein burde legge opp medisinstudi- et, at ein starta med det vanlege, og deretter gradvis går mot det spisse.

Nokre stader gjer dei det slik. Northern Ontario School of Medicine har studentane i allmennpraksis og på lokalsjukehus gjennom heile studiet. I Edinburgh har dei



Marit Halonen Christiansen

spirallæring, der fyrste «sving» av kardiolo- gien vert undervist at allmennlegar, nes- te sving av kardiologen.

③ Det tredje problemet, som heng sa- man med (eller er grunnen til) begge dei føregaande er finansieringssystemet.

Hovudansvaret for utdanninga ligg på universiteta, som får rammefinansiering frå Kunnskapsdepartementet (KD). Ram- mefinansiering er tre fjerdedeler av univer- sitet- og høgskulesektoren sine samla inn- tekter. Resten av inntektene kjem hovud- sakleg frå oppdragsfinansiert forskning.

Ein medisinstudent med full studiepro- gresjon utløyser 363 000 kroner pr. år. Det- te skulle gje ein kostnad på 2 178 000 kro- ner for eit medisinstudium på seks år.

Ein rapport frå NIFU frå 2015 syner at ein medisinstudent i snitt koster 3 123 000 kroner å utdanne. Universiteta er altså ein knapp million i manko – pr. student.

Medisinstudentane har som vi veit tradi- sjonelt hatt sjukehusa, og særskilt univer- sitetssjukehusa som sin praksisarena. Hel- seføretaka har lang tradisjon for å ta imot og undervise studentar i stor skala. Dette ansvaret er tydeleg formulert i spesialist- helsetenestelova:

§ 3-5. Om deltakelse i undervisning og opplæ- ring: De regionale helseforetakene skal sør- ge for at behovet for undervisning og opplæ- ring av helsefaglige elever [...] dekkes innen helseregionen.

Dette ansvaret vert finansiert gjennom ramma. Det vert ikkje målt, og eg veit ikkje

i allmennpraksis

om noko DRG-kode for undervisning. I tillegg har jo universiteta lang tradisjon for samarbeid med helseføretaka, noko ein ikkje har i like stor grad med kommunehelsetenesta. Desse tilhøva kan nok òg bidra til at forskning og undervisning vert verande i spesialisthelsetenesta, og at det spisse held fram med å vere sentrum av medisinen, og dels medisinstudiet.

Teljekantsystem for undervisning

Prosjektgruppa har hatt lange diskusjonar om ein bør lage eit teljekantsystem for undervisning. Ikkje alt som er lett å telje er rett å telje, og mykje av det som må med kan knapt teljast.

Vi har likevel kome til at i mangel på eit revolusjonerande godt system kan ein «teljekant» for undervisning vere nyttig. Ein eigen takst i allmennpraksis som koder for at ein har hatt med student, som for

kveldstakst. Eller litt kortare tidstakst. Eit alternativ er å gje praksislæraren poeng som tel ved resertifisering av spesialiteten i allmennmedisin.

Det beste ville vere om universiteta hadde autonomi til å endre medisinstudiet etter det ein treng i samfunnet. Vi har to forslag:

1. Både kommunar og helseføretak får ansvar for utdanning av legar, med den auke i rammefinansiering som er naudsynt for å fylle dette.
2. Både kommunar og helseføretak har ansvar for å bidra til utdanning av legar og legge til rette for dette i dagleg drift etter avtale med universiteta. Ingen av desse får statleg finansiering, ein auker heller universiteta si rammefinansiering. Denne auka ramma kan disponerast fritt til kjøp av undervisning og praksisplassar der det er mest tenleg.

Begge desse krev lovendring, men forslag 1

er likevel mest lik ordninga i dag. I tillegg må det på plass gode avtalar som gjer det lett for fastlegar å ta imot studentar.

Lærer av å undervise

At undervisninga har låg status i pengar kan vi kanskje ikkje gjere noko med sånn med eit tastetrykk. Likevel driv vi alle med undervisning, andletet på studenten som for fyrste gong høyrer ein aortastenose, får fram Moro-refleksen, eller syr sine fyrste sting er ganske god betaling. I tillegg kan praksislæraren sjølv læra mykje om eigen praksis, dersom studenten tør å stille spørsmål. Kanskje kan vi òg tipse studentane om kollegaen som er skikkeleg god på kommunikasjon, eller pus-te djupt, stele dei ekstra fem minutta, og la studenten undersøke abdomen. Doktor kjem frå å undervise – vi er alle rollemodellar.

■ MARITHC@ME.COM

Mestringsperspektiv på folkehelsepolitikken

■ SIGURD HØYE OG TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Et nytt program for folkehelse i kommunene skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebygging – med barn og unge som prioritert målgruppe. Eldre folk skal få mulighet til å delta mer i arbeids- og samfunnsliv. Og det skal bli enklere for den enkelte å gjøre gode, «helsevennlige» valg.

Dette er noen av punktene i den nye folkehelsemeldingen, *Stortingsmelding 19 (2014–2015)*. Mestring og muligheter, som Helse- og omsorgsdepartementet la frem tidligere i vår.

Allerede i innledningsavsnittene setter regjeringen sitt ideologiske stempel på det man kaller «den nye folkehelsepolitikken». Her understrekes en målsetting om å legge forholdene til rette for at hver enkelt bedre kan mestre sitt eget liv. Bedre muligheter til å ta gode helsevalg skal styrke den enkeltes opplevelse av mestring, mening og livskvalitet – og derved skape motivasjon og overskudd til å delta i samfunnslivet og i sosiale aktiviteter:

«Folkehelsearbeid handler både om å fremme livskvalitet og trivsel, gjennom deltakelse i sosialt fellesskap som gir tilhørighet og opplevelse av mestring, og om å redusere risiko for sykdom, funksjonsnedsettelse, psykiske og sosiale problemer.»

Tverrsektorielt ansvar

Mens den forrige regjeringens folkehelsemelding fra 2013 understreket universelle velferdsordninger og helsefremmende samfunn, begreper som er utelatt i 2015-meldingen, retter den nye meldingen oppmerksomheten mot individets muligheter og forutsetninger for å treffe gode valg om egen helse:

«Et samfunn som legger bedre til rette for gode helsevalg er en forutsetning for at den enkelte skal kunne ta mer ansvar for egen helse. Regjeringen vil gjøre sunne valg enkle og det naturlige valg for alle.»

Så langt om ideologiske skillelinjer. Den nye meldingen slår fast at de lange linjene i folkehelsepolitikken skal videreføres. Det er bred politisk enighet om at folkehelse er et tverrsektorielt ansvar, fordi det omhandler alle forhold som fremmer befolkningens helse – fra smittevern og vaksineringsarbeid; fra ulykkesforebygging til matvaresikkerhet; fra tiltak for bedre kosthold og fysisk aktivitet til helsefremmende arbeidsplasser. Sist, men ikke minst, dersom folkehelsearbeidet skal være effektivt og holde god kvalitet, må virkemidlene være tuftet på forskningsbasert kunnskap, slår meldingen fast – på samme måte som den forrige gjorde det.

Program for folkehelsearbeid

Begge de to siste folkehelsemeldingene vektlegger helsefremmende tiltak i kommuner og lokalsamfunn:

«Den nasjonale politikken skal støtte opp om folkehelsearbeidet lokalt og regionalt og sørge for god samordning mellom nasjonal politikk og kommunale planprosesser.»

2013-meldingen peker på behovet for økt samarbeid mellom statlige myndigheter, fylkesmenn og kommuner, mens 2015-meldingen tar til orde for å etablere et formalisert «program for folkehelsearbeid» i kommunene. Dette programmet skal rettes inn mot psykisk helse og rusforebygging, med barn og unge som prioritert målgruppe. Psykisk helse skal integreres som en likeverdig del av folkehelsearbeidet og programmet vil være et viktig virkemiddel for å integrere dette perspektivet i lokalt folkehelsearbeid. Programmet skal bidra til å hindre utstøting og styrke barn og ungdoms egne ressurser, deltakelse og aktivitet i lokalsamfunnet. Aktuelle tiltak er å skape sosiale møteplasser, å tilrettelegge for rusfrie tilbud, å tilrettelegge for åpen barnehage, å styrke foreldreferdigheter og å bidra til helsefremmende skoler og fritidsaktiviteter knyttet til skole og SFO.



HELSETILSTANDEN I NORGE

- I 2013 var forventet levealder 83,6 år for kvinner og 79,7 år for menn
- Befolkningens helse er god, men det er store sosiale ulikheter i helse
- Mellom en av tre og en av to vil bli rammet av en psykisk lidelse i løpet av livet
- To av tre tapte leveår i Norge er forårsaket av kreftsykdommer eller hjerte- og karlidelser
- Hjertesykdom, hjerneslag, lungekreft, tykktarmskreft og kols er de fem største årsakene til tapte leveår
- Økt forekomst av ikke-smittsomme sykdommer har sammenheng med at vi lever lenger og med samfunnsmessige endringer som påvirker våre levevaner

KILDE: FOLKEHELSEMLDINGEN



Psykisk helse

Meldingen peker på psykiske lidelser som en av de største folkehelseutfordringene. Det gjelder først og fremst depresjon og angstlidelser: Nesten en firedel av den voksne befolkningen har en diagnostiserbar psykisk lidelse; mellom en tredel og halvparten av befolkningen vil oppleve minst én periode med psykisk lidelse i løpet av livet. Depresjon er den psykiske lidelsen som gir flest tapte leveår. Depresjon gir også økt risiko for tidlig død som følge av hjerte- og karsykdom og infeksjonssykdom.

– En viktig del av mennesket er ofte blitt glemt i folkehelsearbeidet. Nå skal vi likestille fysisk og psykisk helse. Det er like sunt å være en del av et fellesskap som å slutte å røyke. Det er like sunt å ha en jobb å komme til som det er å sykle dit. Derfor foreslår vi tiltak for å forebygge ensomhet – samtidig som vi legger frem tiltak for aktivt aldring sammen med tiltak for å øke den fysiske aktiviteten og redusere tobakksbruken, sa helseminister Bent Høie da han la frem folkehelsemeldingen (1).

Vektleggingen av psykisk helse er i samsvar med føringer og målsettinger uttrykt av internasjonale aktører som FN (bærekraftige utviklingsmål), WHO («Mental health action plan»), EU («Joint action on mental health and wellbeing»), OECD og World Economic Forum – som alle har tatt steg for å sette psykisk helse på den globale helse- og utviklingsagendaen de siste årene.

Fastlegene og flerfaglig samarbeid

Folkehelsemeldingen signaliserer økt forebyggingsinnsats og mer aktiv oppfølging av pasienter i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunene skal få flere psykologer og helsestasjons- og skolehel-

setjenesten skal styrkes. Meldingen signaliserer økt flerfaglig samarbeid i tilknytning til fastlegepraksisene:

«Flerfaglig samarbeid i primærhelsetjenesten krever at også fastlegene har en mer aktiv tilnærming til personer på listene som enten er i risikozonen for å utvikle psykiske lidelser eller som allerede har psykiske helseproblemer. Fastlegene må samarbeide tettere med andre typer personell og andre deler av tjenesten. Pasientene må få større innflytelse på behandlingen og få bedre opplæring i å mestre egen hverdag. Det må legges bedre til rette for at fastlegene kan arbeide flerfaglig for å forebygge psykiske plager og lidelser. Fastlegene møter de fleste av listeinnbyggere i løpet av en gitt tidsperiode og har derfor en helt spesiell mulighet til å drive forebyggende arbeid og gi tidlig behandling.»

Tiltak mot ensomhet

I tråd med mestringsperspektivet og vektleggingen av psykisk helse, peker den nye folkehelsemeldingen på *ensomhet* som et stort samfunnsproblem: En rekke undersøkelser viser at det særlig er unge og eldre som er ensomme. En av ti ungdommer sier at de mangler fortrolige venner. Blant dem over 80 år oppgir tre av ti at de er ensomme. Blant tiltakene som meldingen tar til orde for, er å støtte frivillige organisasjoners arbeid for å forebygge ensomhet og i samarbeid med organisasjoner mobilisere til en felles innsats på dette området.

Sosiale ulikheter i helse

Også denne folkehelsemeldingen peker på sosiale ulikheter som en viktig helse-determinant. Levealderen har økt mest i grupper med høy utdanning og inntekt og ført til større sosiale ulikheter i levealder. Det er fremdeles et stort potensial for å bedre helsen gjennom å utjevne sosiale ulikheter

i helse og redusere for tidlig død, slås det fast.

Meldingen fremhever gode levekår og sosial inkludering som et fundament for å nå målet om flere leveår med god helse og reduserte helseforskjeller. Nøkkelord her er økonomisk trygghet, utdanning, arbeid og trygge oppvekstvilkår.

Helsevennlige valg

Dette uttrykket går igjen i dokumentets kapitler. Å velge helsevennlig innebærer at «folk beholder friheten til å velge samtidig som de helsevennlige valgene gjøres mer attraktive og lettere tilgjengelig».

I denne forbindelse poengterer folkehelsemeldingen at Norge har som mål å redusere for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer som hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS og kreft med 25 prosent innen 2025. Dersom dette målet skal nås, må fordelene ved økt fysisk aktivitet og gode kostvaner kommuniseres på en enklere og bedre måte til befolkningen. For personer som ikke beveger seg mye vil selv en liten økning i aktivitetsnivået gi en betydelig helsegevinst i form av redusert sykdomsrisiko, bedre livskvalitet og økt funksjonsevne. En liten endring i kosthold, for eksempel å velge produkter som er nøkkelhullsmerket, vil kunne gi helsegevinst, ifølge meldingen. Den understreker at det må tenkes nytt samtidig som eksisterende virkemidler videreføres og utnyttes mer effektivt:

«Alle sektorer skal legge til rette for helsevennlige valg. Regjeringen vil ha mer fysisk aktivitet i skolen og støtte opp under tiltak for å skape gode mat- og måltidsvaner i skolen. Tobakk skal gjøres mindre attraktivt for barn og unge og arbeidet med hjelp til røyke- og snuslutt skal styrkes. Kommunene skal få støtte til arbeidet med en ansvarlig alkoholhåndtering.»

Aktive eldre

Regjeringen setter aktive eldre på dagsorden i folkehelsemeldingen:

«Den aldrende befolkningen berører alle samfunnsområder. De demografiske endringene er sammen med klimautfordringene, den teknologiske utviklingen og mer etnisk mangfold, faktorer som endrer samfunnet vårt. Eldre må bli en naturlig del av alle samfunnsarenaer, også arbeidslivet. Da trenger vi en holdningsendring til eldre i befolkningen.»

Helse- og omsorgsdepartementet melder at det høsten 2015 skal legges frem en strategi for «moderne eldrepolitikk». Dette innebærer at den enkelte skal ha rett og mulighet til å delta på alle områder i samfunnet. Departementet påpeker at det er viktig å få frem kunnskap om sammenhengen mellom arbeid, aktivitet og helse og synliggjøre betydningen av helsefremmende og forebyggende arbeid for en sunn og aktiv aldring (2).

Samarbeid for folkehelse

Folkehelsemeldingen understreker at samarbeid mellom frivillige organisasjoner og myndighetene er avgjørende for å utvikle folkehelsearbeidet. Frivillige organisasjoner har store nettverk, derfor er det viktig å styrke det frivillige engasjementet i folkehelsearbeidet. Samtidig vil man utfordre frivilligheten til å bidra til å redusere ensomhet og utenforskap og trekke flere med på sosiale og fysiske aktiviteter.

Næringslivet fremheves som en samfunnsaktør med stor innflytelse på flere områder som berører befolkningens helse. Her nevnes matvarebransjen som en premissleverandør, med ansvar for å utvikle, tilgjengeliggjøre og markedsføre sunne produkter og måltidsløsninger i butikker, kantiner og serveringssteder. Departementet varsler et initiativ overfor aktører i matindustrien med sikte på å utvikle sunnere matvarer. Andre potensielle samarbeidspartnere som nevnes, er treningssenterbransjen og arbeidslivets organisasjoner.

Når spørsmålet kommer til finansiering, slår meldingen fast at ulike tiltak innen folkehelsepolitikken skal videreutvikles og styrkes innenfor eksisterende økonomiske budsjettammer.

REFERANSER

1. www.regjeringen.no/nb/aktuelt/folkehelsemeldingen-mestring-og-muligheter/id2403920/ (21.4.2015)
2. www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/ny-folkehelsemelding-mestring-og-muligheter/id2403403/ (21.4.2015)



KJERSTI TOPPE

Storingsrepresentant for Senterpartiet, første nestleder i Helse- og omsorgskomiteen

Regjeringas folkehelsemelding inneholdt mange gode visjonar. Helse- og omsorgsminister Høie skal ha ros for vektleggninga av psykisk helse og fokuset på eldre og einsemd. Eit konkret program for folkehelse i kommunane er eit bra tiltak. Det er jo i kommunane at mykje av forebygging og helsefremjande tiltak skjer. Problemet med meldinga er at den på mange viktige område er svekka på tiltak. Meldinga gjer i for stor grad folkehelse til eit personleg val, ikkje eit samfunnsansvar. Regjeringa viser at dei ikkje prioriterer universelle ordningar og har liten vilje til å ta i bruk strukturelle verkemiddel. Eg er redd at med denne tilnærminga vil dei sosiale helseskilnadene i Norge auke, ikkje minske.

Regjeringa fastheld målet om 25 prosent reduksjon i ikkje-smittsame sjukdomar innan 2025. Denne overordna målsettinga er både bra og nødvendig, men lite truverdig når Regjeringa samstundes går tilbake på Stortingets konkrete mål og tiltak på folkehelseområdet. Vi veit at viktige risikofaktorar for livsstilssjukdomar er inaktivitet, usunt kosthold, tobakks- og rusmiddelbruk. Men målet om at barn og unge skal ha ein times fysisk aktivitet kvar dag i skulen, har Regjeringa tatt vekk. Gratisordninga for frukt og grønt er også historie. Skulemat skal ikkje innførast. Regjeringa veigar seg altså

for å ta i bruk skulen som forebyggingsarena. Det meiner eg er feil. Kosthold og fysisk aktivitet er jo i ferd med å bli eit klassespørsmål. Dette kan forebyggast i skulen, der ein når alle barn og unge uansett bakgrunn.

Bevillingsordninga for sal av tobakkprodukt er fjerna, samstundes som alkoholkvoten på taxfree er auka og krav om bemanning på solarium er tatt vekk. Dette viser politiske prioriteringar som går i motsett retning enn dei overordna måla for folkehelsefeltet og der omsynet til næringslivet synes som det viktigaste.

Når det gjeld aktivitet for dei eldre, er det eit nokså einseitig fokus frå Regjeringa si side på at eldre skal få arbeide lengre. Det er vel og bra, men det vil framleis vere mange eldre som ikkje kan eller vil vere knytt til arbeidslivet. Igjen er faren at fokuset er på dei ressurssterke. Å ville fjerne Den kulturelle spaserstokken var forresten eit uforståelig forslag frå ei Regjering som vil sikre deltaking og forebygge einsemd hos eldre!

Ingenting er viktigare i helsepolitikken enn folkehelsepolitikken. Då helse- og omsorgskomiteen hadde høyring i saka, var det eit klart krav frå høyringsinstansane om at folkehelsemeldinga måtte bli meir konkret. Stortinget må lytte til desse. Regjeringspartia har ikkje fleirtal i Stortinget, husk det!

- Meldinga gjer i for stor grad folkehelse til eit personleg val



MARIT HERMANSEN

Leder, Norsk forening for allmennmedisin

- Lite forpliktende og konkret

Meldingen peker på mange utredninger, planer, revisjoner og utvalg, men er lite forpliktende og konkret. Det er positivt at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet. Somatiske, psykiske og rusbetingete helseproblemer henger sammen og har ofte felles kilder. Forskning viser at risikofaktorer som røyking, usunt kosthold og lite fysisk aktivitet ofte er målbare uttrykk for noe mer grunnleggende.

Utjevning av sosiale helseforskjeller er det viktigste tiltaket for å bedre folkehelsen. Mye av grunnlaget for god



HENNING MØRLAND

Leder, Norsk samfunnsmedisinsk forening

Regjeringens folkehelsemelding kommer i underkant av to år etter forrige stortingsmelding om folkehelse. I mellomtiden har det vært et regjeringsskifte. Det er neppe utviklingen på fagområdet som tilsier behov for en ny melding allerede nå, snarere et behov for å markere politikk og retning. Folkehelsemeldingen er en av flere stortingsmeldinger på helseområdet, senere i år kommer meldinger om primærhelsetjenesten, legemiddelpolitikk og nasjonal helse- og sykehusplan.

Regjeringens folkehelsemelding har tittelen «Mestring og muligheter» mens forrige folkehelsemelding het «God helse – felles ansvar». Det er to omfattende utredninger på henholdsvis 184 og 199 sider.

– Positivt at det også settes fokus på tiltak utenfor helsetjenesten

I den nyeste stortingsmeldingen slås det fast at det brede tverrpolitiske grunnlaget for folkehelsearbeidet ligger fast, og ved raskt gjennomsyn er det stor grad av overlappende fokus i begge meldingene.

Samtidig signaliserer meldingen en viss dreining i politikk, slik allerede titlene gjenspeiler, fra felles ansvar og innsats på samfunnsnivå til mer vekt på individuelle valg, mestring og muligheter. Likevel er samfunnsaspektet tydelig i den nye meldingen, og ansvaret for folkehelsearbeidet forankres i en rekke samfunnssektorer.

Stortingsmeldingen trekker frem psykisk helse, helsevennlige valg og aktive eldre som nye innsatsområder i folkehelsearbeidet. Dette er forsåvidt ikke nye problemstillinger eller utfordringer, men i tillegg til å peke på mer tradisjonelle beskrivelser relatert til helsesektoren, trekkes det linjer til andre områder i samfunnet: Barn og unges oppvekstvilkår, samarbeid

med mat- og næringsmiddelindustri, pensjonsreform og samarbeid med frivillig sektor.

Stortingsmeldingen er overordnet og inneholder få konkrete tiltak. Et forslag som kan forårsake noe debatt er forslag om etablering av et register for psykiske lidelser og ruslidelser. Det synes noe uklart hvordan et slikt register skal innrettes, skal det være på individnivå eller anonymisert gruppenivå? Det fremgår at personvern skal ivarteas.

Regjeringen har signalisert en aktiv politisk linje på helseområdet, og fra et samfunnsmedisinsk perspektiv er det positivt at det også settes fokus på tiltak utenfor helsetjenesten og sykehusmedisin. At det vil være forskjeller med hensyn til politisk retning og hvilke tiltak som skal prioriteres må forventes, det viktige er at forebyggende tiltak og folkehelsearbeid settes på dagsordenen.



GISLE ROKSUND

Fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

Den nåværende regjeringens folkehelsemelding skiller seg ganske mye fra den forrige regjeringens tilsvarende melding.

Folkehelsemeldingen 2015 er rikholdig og har i og for seg mange gode forslag. Regjeringen legger stor vekt på tiltak rettet mot individets muligheter til å treffe gode valg vedrørende egen helse. Undertittelen er Mestring og muligheter.

Den forrige regjeringen la i Stortings-

psykisk helse gjennom livet legges i oppveksten. Frafall fra skole og arbeidsliv øker sosiale helseforskjeller. Det viktigste tiltaket mot senere helseproblemer er å sikre barn og unge en trygg og god oppvekst.

Det er ingen grunn til å vente med å innføre obligatorisk daglig fysisk aktivitet i

– Mange gode intensjoner, men for dårlige analyser

meldingen *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller* i 2006–07 større vekt på universelle velferdsordninger og utjevningstiltak. Det kom til syne allerede ved overskriften på første kapittel: «Rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk».

Sosiale ulikheter i helse er en av de største folkehelseutfordringene vi har. Årets folkehelsemelding begrenser Finansdepartementets ansvar til å intensivere grensetollen av hensyn til smugling av tobakk og rusmidler. Jeg finner intet om generelle økonomiske utjevningstiltak. De økonomiske og administrative konsekvensene av tiltakene er ikke imponerende: Politikken skal videreutvikles og styrkes innenfor eksisterende økonomiske budsjettammer.

Det er selvfølgelig bra å legge til rette for at den enkelte lettere kan foreta sunne valg. Problemet er bare at det først og fremst er de allerede best stilte som er mest i stand til å dra nytte av slike muligheter. De som sliter

mest i det sosiale hierarkiet, har minst rom til å foreta sunne valg. Derfor treffer slike tiltak ofte ikke dem som trenger det mest.

Det er også bra at psykisk helse trekkes fram som et hovedsatsingsfelt. Det foreslås mange gode tiltak. Men fortsatt synes det å være en klokkeetro på at helsetjenesten kan forebygge psykiske lidelser bare de forebyggende tjenestene styrkes. Blant annet foreslås det å etablere et eget register over psykiske lidelser og ruslidelser. At offisiell statistikk på dette området er sterkt forurenset av endringer i den diagnostiske kultur og preget av overdiagnostikk, problematiseres ikke. Et register som ikke tar opp i seg slike utfordringer, vil fortsatt være misvisende.

Alt i alt har regjeringen mange gode intensjoner, men analysen av årsakene er for dårlig, og det foreslås for få forpliktende tiltak for å gjøre noe med dem. Mitt valg er klart: Jeg vil heller være frisk og rik enn fattig og syk.

skolen. Til tross for at «fysisk aktivitet» er nevnt over 170 ganger i det rundt 180 sider lange dokumentet, er det nevnt få konkrete tiltak utover prøveprosjektet om gym i ungdomsskolen.

Meldingen er for lite ambisiøs på kostholdsområdet. Frukt og grønt i skolen må gjeninnføres. Pris er en viktig driver for

valg av matvarer, og økonomiske virkemidler på matområdet vil kunne fremme et sunnere kosthold og ikke minste utjevne sosiale helseforskjeller.

Regjeringen bør føre en modigere og mer ambisiøs alkoholpolitikk. Det bør være en politisk målsetning med et tobakksfritt samfunn innen 2035.

Mester og svenn om mester-svenn-læring

Vi utfordret praksisveileder og student ved et legesenter i Oslo om å beskrive utplasseringsordningen i allmennpraksis i 10. semester.

MESTER:
ANNE RUUD

Fastlege, Kurbadet Legesenter

Vi er fire allmennleger i kontorfellesskap i Oslo sentrum. To av oss deler på å ta i mot en 10. semester-student vår og høst. Utplasseringen varer i seks uker. Ved å dele på oppgaven blir det ikke noe problem om en av oss skulle være borte noen dager.

Gjennomføring

Når vi har fått tilsendt navnet på studenten fra Universitetet i Oslo, sender vi ut en velkommen-mail og tilbyr han/henne å komme innom å hilse på oss på forhånd. De første dagene lar vi studenten være observatør under konsultasjonen. Når de føler seg klare for det, bytter vi rolle. Meningen er jo at de etterhvert får «egne» konsultasjoner. For å få det til er det en absolutt fordel om vi har mulighet til å tilby dem eget kontor helst fire dager pr. uke.

I starten gir vi dem god tid pr. konsultasjon, opptil en time er ikke uvanlig. De fleste pasientene er positive og ikke sjelden får studenten ros nettopp fordi de har tatt seg så god tid til å lytte (og de vil gjerne komme tilbake til dem). Etterhvert må de lære seg å korte inn på tiden til ca 20 minutter, slik at det blir mest mulig likt en vanlig konsultasjon – og det kan jo holde hardt. Da kan det komme godt med at vi har prøvd å lære dem noen allmennmedisinske teknikker underveis.

Vi prøver så langt det er mulig å sett opp pasienter som trenger kontroll hos studenten slik at de kan følge dem opp. Hvis plagen til pasienten da skulle ha gått over,

så lærer de at tiden også er et diagnostikum.

Tiltaksfasen viser seg gang på gang å være det mest krevende for studentene.

Otitter/tonsillitter

Skal alle otitter/tonsillitter ha antibiotika, og hvis ikke, hvem skal i så fall ha? Hvor finnes retningslinjene? Trenger pasienten henvisning, og til hvem? Er det behov for innleggelse, og hvis så, kanskje la studenten ta konfereringen med vakthavende på sykehuset mens du lytter.

første dagene han var hos oss, var godt forberedt og fanget opp en finger/nesetipp-test som ikke gikk som den skulle. Den unge pasienten ble innlagt og det viste seg at han hadde en arteriovenøs malformasjon som krevde operasjon. Å se verdien i å gjøre en god klinisk undersøkelse var en lærdom som denne studenten tok med seg videre i sin legegjerning. Han var fast bestemt på å bli allmennpraktiker, både før han kom og etterpå.

Det legges til rette for at studenten får møte våre samarbeidspartnere, gjerne en hel dag pr. uke, blant annet NAV, helsestasjon, hjemmesykepleie og fysioterapeuter. Vi tipser dem om noen kontakter, men de

må prøve å ordne avtalene selv som et utgangspunkt, det er læring i å skulle lete seg frem i «jungelen». Studentene liker å være med på legevakt. Dersom vi selv ikke tar vakter går det an å spørre en kollega.

Studentene har en bratt læringskurve og mot slutten av de seks ukene mestrer de fleste alle fasene i konsultasjonen og klarer seg mye på egen hånd. Når arbeidsdagen er omme, prøver vi å få tid til en oppsummering. Vi får studenten til å spørre seg: Hva har jeg lært i dag? Hva kunne jeg gjort annerledes? Vi reflekter over det sammen, og disse små samtaler inspirerer også meg til refleksjon over mitt eget legearbeid.

Som fastlege sitter jeg på mye erfaring, men studentene har med seg fersk kunnskap. Det er spennende med faglige diskusjoner underveis, noe vi ikke alltid tar oss tid til med kolleger. Det er heller ikke dumt å bli utfordret i måten man gjør ting på; studenten gir meg nye perspektiver. Det er en av grunnene til at jeg fortsetter å ønske nye studenter velkommen!

■ ANNERUUD63@GMAIL.COM



Samarbeid og refleksjon

Vi prøver få tid til at det blir variasjon i typer problemstilling studentene møter. Å kunne utføre en målrettet nevrologisk undersøkelse hører også med, men det kan ofte gå en tid mellom hver gang man gjør et patologiske funn. Studenten som hadde gjennomoppfrisket denne undersøkelsen en av de

SVENN: JONAS ÅSERUD SKYLSTAD

Medisinstudent, Universitetet i Oslo

Som medisinstudent i 10. semester i Oslo blir man sendt ut i vårt lengste praksisopphold: Seks uker i allmennpraksis og seks uker på lokalsykehus. For første gang får vi for alvor prøve oss som leger, med egne pasienter som forventer at vi kan svare på det de spør om. Det er ikke alltid like lett, men det er utrolig lærerikt og nyttig for oss.

Studentene blir spredd for alle vinder, med hele Helse Sør-Øst som nedslagsfelt. Noen starter i allmennpraksis i Arendal, andre i Nesbyen, mens andre igjen er på urologen i Fredrikstad. Jeg havnet på Kurbadet legesenter i Oslo.

Første pasient

«Hvordan har du det?» spør Dr. Anne Ruud. «Jeg har innmari hjertebank og er tung i pusten», tenker jeg etter å ha bein-flydd gjennom by'n og stormet opp trappene for å komme presis første dag. «Bra», svarer jeg. «Vel, vi får bare hive oss rundt, snart kommer første pasient», sier Dr. Ruud. Det er sånn det er i allmennpraksis, ingen tid å miste. «Man blir kastet rett til ulvene», tenker jeg og vurderer hvordan jeg skal åpne min første samtale. «Her gjør vi det sånn at du er bisitter inntil du føler deg klar til å prøve deg, høres det greit ut?» spør Dr. Ruud vennlig. «Det høres bra ut», svarer jeg. «Da tar vi inn første pasient», sier Dr. Ruud.

Dr. Jonas og Mr. Hide

Gradvis får jeg mer ansvar og det stilles større krav til hva jeg skal kunne håndtere

og besvare. «Hva gjør du nå, Dr. Jonas», spør Dr. Ruud. Den vanskelig tiltaksfasen. «Ehh, jeg vet ikke», svarer jeg og har lyst til å gjemme meg, være Mr. Hide. Dr. Ruud veileder og forklarer, neste gang går det bedre. Etter hvert kommer mestringsfølelsen. Man klarer stadig flere pasienter i løpet av en dag. Professor Mette Brekke beroliger i lunsjen: «Det tok halvannet år før jeg var trygg på tiltaksfasen. Fortsett vet jeg ikke alltid hva jeg skal gjøre».

Tiden leger alle sår

Ukene går og konsultasjonene går litt lettere. Jeg sendes rundt til NAV, helsestasjon, barnevernet, deltar på dialogmøter og møter alle mulige pasienter. Både på kontoret og hjemme. Noen følger hele oppholdet mitt og blir nok med med i bagasjen livet ut. Jeg får se Epleys manøver, fjerne føyflekker, tolker EKG (med vekslende hell) og ser at tiden leger selv venøse leggsår. Jeg konfererer med sykehus, legger inn pasienter og er med på legevakt. Jeg lærer at tiden kan virke som verktøy og terapi. Verktøy i form av kontroll hvor bildet kan ha endret seg slik at man kan si sikrere hva som feiler pasienten, terapi på måten Hunskår beskriver i sin bok *Allmenntilleggsmedisin* (side 73).

Giengangene

Oppholdet nærmer seg slutten. Man begynner å få litt mer oversikt over hvilke konsultasjoner som går igjen. Dr. Ruud og Dr. Berglund gir meg råd og vink under-

veis. Innimellom kommer Alexander Wahl stormende inn hvis han har noe interessant som jeg bør se. Pasienten som noen uker tidligere klaget på at vi leger aldri har tid (50 minutter lang konsultasjon) kommer tilbake. Hun er strålende fornøyd med behandlingen hun fikk (lytte og undersøke grundig, ingen tiltak, men mye tid), og føler seg mye bedre. Hunskårs metode virket. Som presten som gravla Henrik Ibsen sa: Legens oppgave er ikke bare å lege sår, men enda mer å bringe sollys inn i sorgens hjem og få det «stråtte sind til at løfte hodet og føle sig lettere».

Mensa rotunda

Den store pasientmassen og pasienter som kommer igjen er god læring for oss studenter. Vi får følge pasientene på en annen måte enn vi gjør på sykehus hvor det ofte er flyktige besøk, i grupper på seks, hvor pasientene er ferdig behandlet. Det er utrolig lærerikt og for meg har læringsutbyttet vært stort i allmennpraksis. På Kurbadet legesenter er det veldig bra å være student, og jeg håper mine medstudenter har hatt det like bra som jeg. Dessuten håper jeg flere allmennpraktikere vil melde seg til å ta imot studenter da jeg skjønnte at det var litt vanskelig å finne plasser til alle. Nå er det tilbake til en måneds knallhard pugging for oss studenter. Med oss på veien har vi fått mange knagger å henge ting på og inspirasjon til å lære mer.

■ J.A.SKYLSTAD@STUDMED.UIO.NO

Praksis i allmennmedisin

Utplasseringsordningen for medisinstudenter i primærhelsetjenesten har forskjellig form og innhold ved de fire studiestedene i Norge. Utposten har bedt representanter ved hvert av universitetene om å beskrive deres utplasseringsordning, utfordringer og utbytte ved ordningen, og fremtidige planer for praksis i primærhelsetjenesten.



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET



MAY-LILL JOHANSEN
Hovedkoordinator

Da legestudiet i Tromsø åpnet i 1973 var studieplanen forut for sin tid. Spesielt den åtte uker lange praksisperioden i kommunehelsetjenesten på femte året var banebrytende og ble inspirerende for legeutdanninger andre steder i verden. Praksisen foregår i dag ved rundt 40 legekontorer i Nord-Norge som UiT har kontrakt med. Studentene får sin egen veileder, og de fleste får eget kontor og egen timebok. De første dagene observerer de konsultasjoner hos praksislærer, så byttes rollene. Senest etter en uke er studentene klar for egne pasienter.

Læringskurven er oftest bratt! Mot slutten kan studentene ha opptil ti konsultasjoner pr. dag og jobbe relativt selvstendig.

I praksisperioden skal studentene være med på legevakt, sykehjem og helsestasjon. De skal også besøke samarbeidspartnere som fysioterapeut, NAV og apotek. Veilederheftet, som oppdateres hvert år av koordinatorgruppen, beskriver læringsmålene og inneholder en liste over praktiske ferdigheter som studentene bør trene på. I tillegg til femteårspraksis er studentene ved UiT i den nye studieplanen fra 2012 utplassert på legekontor to dager hvert år de første tre studieårene. Vi ønsker også å få til tverrfaglig praksis på sjetteståret, for eksempel ved sykehjem og KAD-enheter.

Praksisperioden får svært god tilbakemelding. I fjor svarte 87 prosent av studentene at de var svært godt eller godt fornøyd. Studentene framhevet det gode læringsmiljøet ved legekantoret generelt og veiledningen fra praksislærer spesielt. De satte pris på å føle seg velkommen, bli godt mottatt og ivaretatt av alle på kontoret, å bli sett og lagt merke til og at arbeidsmiljøet og samarbeidet var støttende og inkluderende. Det var viktig for studentene at både leger og medarbeidere husket å ta dem med på lærerike hendelser. Diskusjoner og samtaler med praksislærer ble satt stor pris på. Å møte mange forskjellige problemstillinger, arbeidsoppgaver og pasienter ga variasjon og spenning. Å få ansvar, bli vist tillit og kunne jobbe selvstendig

med egne pasienter ble nevnt av mange som positivt.

Utfordringen de første årene var at universitetet ikke hadde faste avtaler med legekantorene. Koordinatorene satt da hver vår og ringte rundt til legekantorene for å få dem til å ta imot studenter. Etter at det ble laget faste kontrakter med god økonomi har det vært lett å rekruttere nye kontor. En annen utfordring har vært å sikre kvaliteten på veiledningen til studentene. En del studenter rapporterer om at praksislærer ikke setter av nok tid til veiledning. Noen arbeidet for mye på egen hånd, og fikk for lite tilbakemelding på sine konsultasjoner, sine vurderinger og valg. Vi har pr. i dag ikke kapasitet å besøke studentene ute i praksis. Vi arrangerer årlige todagers Praksislærerkurs for praksislærere og medarbeidere, og oppfordrer til at legene deltar minst hvert tredje år på kurset.

I skrivende stund revideres medisinstudiet. I ny studieplan skal studentene ikke bare ha praksis i medisin, kirurgi og allmennmedisin på femteåret, men også gynekologi og psykiatri. For å få plass til alt er det kommet forslag om å redusere praksisperioden i allmennmedisin fra åtte til seks uker. Dette er ikke i tråd med intensjonene i ny studieplan. Med visjonen om å utdanne morgendagens leger er det både faglige, helsepolitiske og pedagogiske grunner til at det å ha en lang praksisperiode i primærhelsetjenesten er minst like viktig i dag som for 40 år siden.



METTE BREKKE
Undervisningsansvarlig for allmennmedisin



UiO : Universitetet i Oslo

I Oslo er studentene i praksis hos fastlege i seks uker i femte studieår. Det er ca. 130 fastleger involvert og disse er ansatt i 5–20 prosent bistilling som universitetslektor. En lege kan ha fra en til fire studenter hos seg i året – men bare én om gangen.

Det er en utfordring at størrelsen på kullene varierer fra gang til gang. De siste tre

år har antall studenter ligget på 179–207 pr. år, ujevnt fordelt på to kull. Heldigvis har alle fått praksisplass hittil, om enn i siste liten av og til. Vi trenger flere praksislærere, så det er bare å melde seg! De fleste opplever det som givende å dele sin kunnskap og erfaring, og lærerikt (og kanskje litt utfordrende), å møte studenter

under medisinstudiet



**PER STEINAR
STENSLAND**

Førsteamanuensis



**GUNNAR TSCHUDI
BONDEVIK**

Professor

I Bergen blir det tatt opp 160 studenter hvert år. Kullet deles i to deler i den kliniske delen av studiet. Praksisperioden i allmenntilleggsmedisin er lagt til begynnelsen av det sjette studieåret. Kullet blir da igjen delt og studentene skifter mellom en teori- og en praksisperiode i Bergen og praksisperioden på fire uker.

Hovedvekten blir lagt på kurativ praksis, men i tillegg ønsker vi at studentene får møte andre instanser i primærhelsetjenesten som fastleger samarbeider med. Vi

med mye og oppdatert kunnskap. Pasientene ser det også som regel som meningsfullt å bidra til utdanningen av nye leger.

Tilbakemeldingene fra studentene etter praksisperioden er jevnt over svært gode. Dette er i særklasse den lengste perioden med «mester-svenn»-læring i én til én-setting i løpet av hele studiet. Mange forteller om bratte læringskurver, og de ser selv sagt en rekke tilstander og sykdommer for første gang. De må venne seg til fokuserte, pasientsentrerte konsultasjoner, og en diag-

nostisk tankegang tilpasset den lave prevalens av det alvorlige og sjeldne.

Vi har omtrent 130 aktive universitetslektorer, det vil si fastleger som har tatt imot student fra UiB i løpet av de siste to årene. Ikke alle tar i mot student hvert år. De fleste universitetslektorer har kun én student pr. år. I fjor hadde 60 prosent én student, 35 prosent to studenter og 5 prosent tre eller fire studenter.

Både studenter og universitetslektorer får en «Veileder for praksisperioden» som rettesnor for arbeidet i perioden.

Utfordringer

Det er hvert år utfordringer med å skaffe et tilstrekkelig antall praksisplasser, men inntil nå har vi likevel lykket med det. Utfordringene kan bli noe større når praksisperioden skal utvides fra fire til seks uker, etter den nye studieplanen. Noen av lektorene har meldt at de har marginale kontorløsninger for å ta imot student over flere uker. Enkelte steder kan det også være en utfordring å skaffe bosted for en lengre periode.

UiB ønsker å inngå faste avtaler med universitetslektorene for å møte disse utfordringene. Vi håper at flere universitetslektorer/fastlegekontor i fremtiden ønsker å ta i mot flere studenter pr. år.

Vi har i dag ikke detaljerte rutiner for

vurdering av student i allmennpraksis. Universitetslektor skal kun bekrefte at studenten har møtt opp i praksis. Det åpnes for at lektorene kan gi tilbakemelding om studentens skikkethet, men vi ber dem ikke rutinemessig om å ta stilling til det.

Vi har heller ikke optimale metoder for å vurdere kvaliteten av undervisningen på praksisstedet. I dag baserer vi oss i stor grad på studentenes evaluering av universitetslektor og beskrivelse av praksisstedet.

Så lenge vi strever med å få det nødvendige antall universitetslektorer, samtidig som vi faktisk inviterer oss selv inn i privatpraksis, må UiB være tilbakeholdne med krav til kontorforhold. Målet er etter hvert å kunne tilby økonomisk «kontorstøtte» til praksisstedene, til utstyr på kontor og gratis kurs for universitetslektorer og deres medarbeidere.

Vi ønsker å ha en tettere kontakt med en større andel av universitetslektorkorpset. I dag gjøres det gjennom telefon, e-post og universitetslektorkurs, som arrangeres som et åpent klinisk emnekurs (med støtte av Fond II) i april hvert år. Emnevalget varierer fra år til år. Hvert andre til tredje år har vi lagt kurset til et aktivt allmennmedisinsk miljø i utlandet. I løpet av kursene har vi også tema som omhandler aktuelle problemstillinger om studentveiledning. Kurset er frivillig for universitetslektorene og vi har ikke greidd å trekke flere enn 30–50 deltakere til hvert kurs.

hos jordmor, på NAV-kontoret, delta på ansvarsgruppemøte etc. De skal også være med fastlegen på legevakt. Studentene er seks uker i praksis på lokalsykehus før eller etter perioden i allmennpraksis, og får dermed begrep om samhandling og pasientforløp.

I Oslo har vi arbeid på gang for å sikre praksis på allmennlegevakt (i tredje studieår) samt på sykehjem for alle studentene (sjette studieår). I tillegg har studentene «tidlig pasientkontakt» på fastlegekontor flere ganger i løpet av de tre første årene.

Utbytte

Mange universitetslektorer gir tilbakemelding om at den direkte kontakten med unge kommende kolleger er stimulerende og at dette er den viktigste motiverende faktor til å fortsette. Avlønnen er nøktern, kr 16 440 for fire uker. Veilederen får tilbud om e-postkonto ved UiB.

Hvert år blir en lektor tildelt universitetslektorprisen. Denne blir gitt til en fastlege som i kontakten med studentene har vist stor evne til å formidle faglig entusiasme og klinisk kompetanse. Det er studentene som nominerer kandidater til denne prisen. I år blir denne gitt ut for 14. gang.

Studentene gir stort sett svært gode evalueringer av praksisperioden. Vi har også mottatt enkelte kritiske tilbakemeldinger. Alle – både gode og dårlige – evalueringer

blir videresendt til lektorene. Det er sjelden at de kritiske tilbakemeldingene gjelder samme lege flere år på rad. Noen få ganger har det likevel skjedd, og vi har måttet avslutte samarbeidet med fastlegen.

I løpet av perioden skal studentene skrive en kort (to til fire siders) refleksjonsoppgave der de beskriver en konsultasjon eller et sykebesøk som har gjort særlig inntrykk på dem. Mange oppgaver viser at praksisperioden gir et positivt inntrykk. Vi har avtale med *Utposten* om at spesielt gode oppgaver kan bli publisert. Studentene skal også ta opp to video-opptak av konsultasjoner. Disse blir gjennomgått og diskutert i videogrupper bestående av syv til åtte studenter og én underviser når de kommer tilbake til Bergen etter fullført praksisperiode.

Planer for fremtiden

Som ledd i ny studieplan ved UiB, har fakultetet vedtatt å utvide praksis i allmennmedisin fra fire til seks uker fra 2018. I de seks praksisukene bør studenten arbeide minst én dag pr uke i kommunehelsetjenesten utenfor legekantoret (sykehjem, hjemmesykepleie, kommunal akutt døgnopphold, legevakt, helsestasjon, skolehelsetjeneste). Studenten trenger ikke å bli utplassert i alle disse, men få et innblikk i tjenestene og ha praksis i noen. Studenten bør treffe representanter for NAV-kontor og barnevern. Studenten bør også møte kommuneoverlegen for å få innblikk i samfunnsmedisinske oppgaver.



ANNE-BRITT HOFSTAD
Studiekonsulent



NILS MARTINSEN
Hovedkoordinator for praksisutplassering



i mot studenter i begge perioder. Dette kan bidra til å øke kvaliteten på veiledningen. Vi jobber med å innføre fast ansettelse for å sikre kontinuiteten blant legene og sikre god kvalitet blant våre veiledere ved å drive økt kursing og ha mer direkte kontakt med de ulike lærestedene.

Utbytte ved ordningen: Studentene melder om høy grad av tilfredshet gjennom praksistjenesten. Studentene får muligheten til å prøve ut allmennmedisin, og vi tror dette bidrar til økt rekruttering til fastlegeyrket. Legekantorene synes også det er inspirerende å motta studenter, og det blir av mange betegnet som årets høydepunkt. Det er ikke meningen at studentene skal avlaste veilederen i pasientbelastningen,

men vi har en oppfatning av at begge parter har nytte av hverandre.

Studentene besvarer i løpet av praksisperioden to samfunnsmedisinske oppgaver som har karakter av utredning i forebyggings- og planarbeid, og blir gjennom disse oppgavene kjent med andre deler av den kommunale helse- og sosialtjenesten.

Planer fremover: Vi har vyer om etter hvert å kunne inkludere andre arenaer i utplasseringen, for eksempel sykehjem, skolehelsetjeneste og helsestasjon, barnevern og hjemmesykepleien. Pr. i dag har vi i Trondheim et formalisert samarbeid med NAV hvor studentene er utplassert med egen veileder en dag på NAV-kontor.

Det foregår også en gjennomgang av hele medisinstudiet ved NTNU, og håpet vårt er at det i kjølvannet av denne gjennomgangen skal bli mer tid for utplassering i allmennmedisin på flere stadier i studiet.

Legeutdanning til Finnmark

■ **MARIANNE VANEM** • Prosjektkoordinator, Prosjektgruppa for Finnmarksmodellen
MEDFORFATTERE: Ingrid Petrikke Olsen, Marthe Høiland, Tuva Svendsen, Anne Grethe Olsen og Arve Østlyngen

UiT Norges arktiske universitet planlegger for et desentralisert studietilbud i Finnmark for femte- og sjetteårstudenter i medisin. Endelig vedtak tas høsten 2015. Hvis ja, vil «Finnmarksmodellen» starte med en pilot høsten 2017. Da kan landets nordligste fylke i enda større grad tas i bruk som utdanningsarena for legestudenter.

Undervisningen i Finnmark skal følge de samme læringmålene som i Tromsø og Bodø, men ha en egen «Finnmarksprofil». Den desentraliserte organiseringen av helsetilbudet som er i Finnmark gir en fin ramme rundt tema som samhandling, kulturforståelse og ikke minst akuttmedisin. Studentene har sin base ved campus Hammerfest, men skal også være noe i Alta og Karasjok.

En av UiTs viktigste samfunnsoppgaver er å utdanne arbeidskraft med høy kompetanse til landsdelen. Medisinstudiet i Tromsø ble opprettet i 1973 for å utdanne leger til primær- og spesialisthelsetjenesten i hele landsdelen. Nord-Norge led av stor legemangel, og håpet var at et legestudium i nord ville øke både rekrutteringen og stabiliseringen av lokale leger. Dette har vist seg å være en god resept.

Erfaringene fra praksisutplassering i Finnmark på femte studieår taler for en ytterligere regionalisering av medisinstudiet ved å utvide Finnmark som utdanningsarena. Studentevalueringene fra Finnmark er gode. Dette vil også sannsynligvis både styrke rekrutteringen av leger og ytterligere stabilisere grunnstaben som allerede er i Finnmark.

Desentralisert utdanning – en god resept

Medisinstudiet i Tromsø var den første distriktsmedisinske legeutdanningen i Europa. En ny undersøkelse viser at 51 prosent av

avgangstudentene ved UiT i perioden 1979–2012 fortsatt jobber i landsdelen. I 2013 jobber 822 leger i Nord-Norge av de 1611 som er utdannet der i denne perioden. Samtidig viser tallene fra de siste avgangskullene at det er en økende tendens blant nyutdannede leger til å ta sin første jobb i Nord-Norge sammenlignet med de foregående kullene¹. Vi vet også at 90 prosent av tannlegene som utdannes ved UiT arbeider i Nord-Norge². Videre har muligheten for desentralisert sykepleierutdanning ved campus Hammerfest tilført Finnmarkskommunene mange nye sykepleiere³.

Studieplanen i Tromsø var nyskapende, og UiT var først ute i Norge med å tilby langvarig praksisutplassering ved lokalsykehuset og i allmennpraksis. Først på 1990-tallet fulgte andre norske universiteter etter, dog i mindre omfang enn i Tromsø. Helsetjenesten i Finnmark har tatt imot femteårsstudenter siden 1977. Medisinstudentene ved UiT har 16 ukers sykehuspraksis i kirurgi og medisin og åtte uker i kommunehelsetjenesten. UiT har dermed et distriktsorientert fokus i medisinutdanningen.

Erfaringer fra Canada om desentralisert legeutdanning

Andre land som Australia og Canada kan vise til gode erfaringer med desentralisert

1 Aaraas et al: Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012
2 http://uit.no/nyheter/artikkel?p_document_id=306960
3 Nilsen G et al: Int J Circumpolar Health. 2012; 71



praksis. Canada overvant mye skepsis fra urbane sentra ved å etablere en egen distriktsorientert legeutdanning i Nord-Ontario i 2005. Provinsen Nord-Ontario spenner over et område som er like stort som Frankrike og Tyskland til sammen, og hadde hatt et vedvarende underskudd på leger og store helseproblemer i lokalbefolkningen. For å imøtekomme disse utfordringene besluttet lokalmyndighetene å etablere Northern Ontario School of Medicine (NOSM) for å utdanne egne leger selv. Rural bakgrunn og rural utdanning ble anerkjent som sentrale faktorer i valg av arbeidssted i distrikt. De første studentene ble uteksaminert fra NOSM i 2009 og over 70 prosent praktiserer medisin i provinsen i dag.

De gode student erfaringene fra NOSM, og også fra andre internasjonale medisinutdanninger har vært en viktig faktor i arbeidet som nå pågår ved UiT for å etablere Finnmarksmodellen. Finnmark og Nord-



Leger i snøstorm med flyambulanse. FOTO: FINNMARKSSYKEHUSET

Ontario har dessuten flere likhetstrekk med lange avstander, et tøft klima og en flerkulturell pasientgruppe. Studieplanen ved NOSM er spesialutviklet i samarbeid med lokalbefolkningen for å imøtekomme deres sammensatte behov. Det planlagte undervisningstilbudet i Finnmark vil få et særskilt fokus på akuttmedisin, samhandling og kulturforståelse slik at legestudentene utdannes til å håndtere disse faktorene på en trygg og forsvarlig måte. I akuttmedisin skal BEST-konseptet (Bedre systematisk team trening) videreutvikles til studentBEST. Simulering og trening av hvordan man takler akutte situasjoner er typisk eksempel på at tverrprofesjonell undervisning er viktig.

Bodømodellen

I 2009 ble Nordlandssykehuset (NLSH) tatt i bruk som undervisningssykehus for medisinstudenter ved UiT. Studentene får både teoretisk og praktisk undervisning

ved NLSH og i primærhelsetjenesten og tar eksamen i Bodø. Studentene oppfordres til å ta begge de to siste studieårene i Bodø. Erfaringene har vært positive, og i høst blir det for første gang tatt opp full kvote med 25 studenter på sjette året i medisin. Suksessen fra Bodømodellen har vært en pådriver i prosessen rundt regionaliseringen av medisinstudiet til Finnmark.

Utvalgsarbeidet rundt Finnmarksmodellen

Fakultetsstyret ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT oppnevnte i januar 2013 et utvalg som skulle utrede muligheten for en regionalisering av medisinstudiet til Finnmark. Mandatet var å «utarbeide forslag for faglig innhold og praktisk organisering av femte og sjette studieår i medisinstudiet for en gruppe studenter som tar de to siste studieår i Finnmark.» Man ønsket dermed å bygge på den langvarige praksisutplasseringen på femte studieår

med et sjette studieår. Modellen skulle inneha et helhetlig utdanningsløp fra grunnutdanning til spesialistnivå og ta i bruk primærhelsetjenesten i enda større grad, i tråd med samhandlingsreformen.

Utvalget fant at Finnmark hadde opparbeidet seg et tilstrekkelig antall leger med høyere akademisk kompetanse. Dette er særlig viktig for å kunne være veiledere på masteroppgaven som studentene utfører på femte studieår.

Utvalget konkluderte med at spesialist- og primærhelsetjenesten i Vest-Finnmark kan ivareta behovene som kreves for å etablere en god undervisningsarena for 10–15 medisinstudenter i de to siste studieår. Hammerfest, Alta og Karasjok ble utpekt som de primære læringsstedene.

Prosjektoppstart

Det videre arbeidet ble nå organisert som et prosjekt, og prosjektleder og prosjektkoordinator ble tilsatt høsten 2014 for å fortsette utviklingen og planleggingen av Finnmarksmodellen. Grunnsteinene blir nå lagt for gjennomføringen av studietilbudet fra høsten 2017. Prosjektet skal inngå intensjonsavtaler med samarbeidspartene som skal sikre at ressursbehovene er ivare tatt før oppstarten.

Hvordan skiller Finnmarksmodellen seg fra studietilbudet i Tromsø?

Gitt at Fakultetsstyret sier ja, vil tolv medisinerstudenter starte med Finnmarksmodellen fra høsten 2018, men fire studenter skal prøve ut opplegget i en pilot allerede i 2017. Undervisningsforløpet blir desentralisert, der Hammerfest blir hovedbasen. Lokalene på Campus Hammerfest huser i dag sykepleiestudentene og har gode fasiliteter. Tverrfaglig samarbeidslæring der studentene i begge profesjonene kan jobbe sammen vil være en viktig del av undervisningen.

Campus Hammerfest ligger gunstig plassert i kort avstand fra Hammerfest sykehus der en egen studentpoliklinikk er under planlegging. Etter den langvarige praksisutplasseringen på femteåret skal sjetteårsstudentene fortsette å delta aktivt i det daglige kliniske arbeidet samtidig som de oppnår sine læringsmål. Studentene betraktes dermed som ressurser som vil bidra til å skape et stimulerende læringsmiljø på sykehuset.

I løpet av studieåret skal studentene rulle i mindre grupper til Alta og Karasjok. Alta er særlig vurdert som en god arena for samhandling mellom primær- og spesia-



Legene i Finnmark er vant til mye ambulering og lange avstander. Dette er noe som gjenspeiles i undervisningsopplegget for legestudentene. FOTO: MARITA FERMANN

listhelsetjenesten der studentene skal følge hele pasientforløpet. Tre uker skal tilbringes i kommunehelsetjenesten og tre uker på Spesialistpoliklinikken. I Karasjok ligger SANKS (Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern og rus) som har et nasjonalt ansvar for å tilby og utvikle helsetjenester til den samiske befolkningen. SANKS har et sterkt fagmiljø der sju ansatte har PhD-grad. Parallelt med utviklingen av Finnmarksmodellen arbeider Finnmarkssykehuset med store nybyggprosjekter i Alta, Karasjok, Kirkenes og Hammerfest. Areal til studentundervisning kan derfor fint planlegges inn i disse byggene.

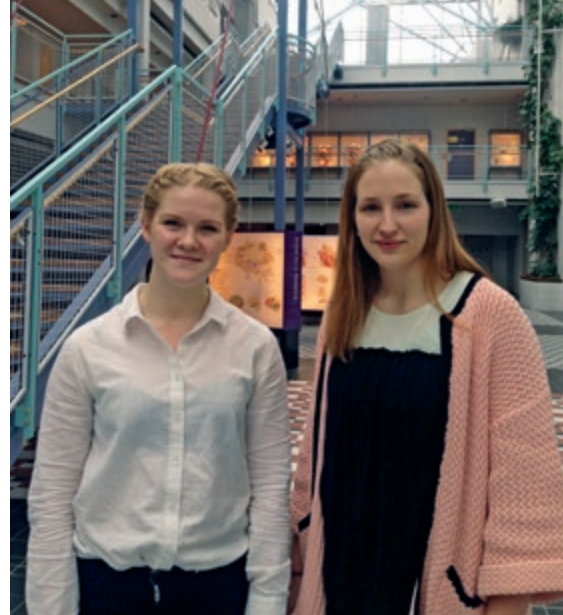
Studentene vil møte gode læringsmiljøer som driver med pasientbehandling, forskning og fagutvikling. Undervisningsressurser fra fagmiljøet i hele fylket skal lære studentene om hva som kreves for å bli en

god og trygg lege. Legene i Finnmark er vant til lange avstander og til mye ambulering, og dette skal gjenspeiles i undervisningsopplegget. Studentene skal trenes i å håndtere situasjoner der det er lang vei mellom sykehus og bosted, og skal takle å bli sittende alene med veldig syke pasienter. Profilen på akuttmedisin, samhandling og kulturforståelse er tenkt å gå som en rød tråd gjennom hele sjettedeåret.

Forventningsfulle studenter

Studentene Marthe Høiland og Tuva Svendsen studerer medisin i Tromsø og vil være blant de aktuelle kandidatene for Finnmarksmodellen. De er positive til studietilbudet.

For oss studenter er det viktig at vi etter endt utdanning i Finnmark er like godt rustet for arbeidslivet, som Tromsøstuden-



Studentene Marthe Høiland og Tuva Svendsen er positive til studietilbudet. FOTO: PRIVAT

tene. Fagområdene det ikke kan undervises i, må tilbys ved UNN. God organisering av bosted og transport er avgjørende for å kunne være pendlende student i et stort fylke. Vi forventer tettere kontakt med undervisere, mer pasientkontakt og mer selvstendig arbeid. Ved å gi studentene innblikk i karrieremulighetene i fylket, vil man styrke rekrutteringen av leger, forteller de.

Allerede fra høsten av håper UiT å være i gang med oppbyggingen av studietilbudet der første- til fjerdeårs-studenter skal bli kjent med undervisningsressurser og mentorer fra Finnmark som de vil kunne møte igjen på femte- og sjettedeåret hvis de velger Finnmarksmodellen. Fagmiljøet i Finnmark skal derfor tidlig inn i utdanningsløpet og framstå som inspirerende rollemodeller. Tidlig eksponering for helsetjenesten i Finnmark vil være et rekrutte-



Campus Hammerfest huser i dag sykepleiestudentene og har gode fasiliteter, blant annet simuleringsrom. FOTO: UIT



ringstiltak for studentene og bidra til å motivere dem til å velge fremtidig arbeidsplass i fylket.

Finnmarkssykehusets forventninger til satsningen

Finnmarkssykehuset er ansvarlig for spesialisthelsetjenestetilbudet i hele Finnmark og består av Hammerfest sykehus, Kirkenes sykehus, distriktsmedisinske sentre (DMS) i Alta, Karasjok og Vadsø og distriktpsychiatriske sentre (DPS) og tilbud innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling flere steder, i tillegg til sykestueplasser i 16 av 19 kommuner. Helseforetaket har som sin hovedstrategi «å være førstevalget» både blant pasienter og ansatte. Dette krever bevisst satsing på å rekruttere og beholde helsepersonell. Lokalsykehusene, DMS-ene og DPS-ene er små enheter, og for å rekruttere personell må foretaket kunne synliggjøre at det satses på fagutvikling og forskning.

En etablering av sjettedeårs medisinstudie i Finnmark med base i Hammerfest og nær tilknytning til Hammerfest sykehus, DMS/DPS i Alta, DMS/DPS i Karasjok og kommunehelsetjenesten, kan være en unik mulighet for Finnmarkssykehuset til å gi fagutviklingen og forskningen et løft. Studenter, forelesere og veiledere vil kunne bringe inspirasjon og kompetanse inn i foretaket. Nye stillingsressurser og derav større fagmiljøer, vil også kunne virke rekrutterende og stabiliserende på helsepersonell. I tillegg ser vi på studentene som et viktig rekrutteringspotensiale i framtidige stillinger i foretaket.

En nærmere tilknytning mellom Finn-

markssykehuset og universitetet kan også stimulere til mer forskning i foretaket. Det er allerede mange av legene i Finnmarkssykehuset som har fullført eller er i gang med et PhD-arbeid, og man ser at en kombinasjon av klinisk arbeid og forskning kan være attraktivt og bidra til å beholde fagpersonell. Foretaket har derfor forventninger om at samarbeidet med universitetet vil kunne styrke rekrutteringsarbeidet i Finnmarkssykehuset, bygge opp forskningskompetanse og bidra til å heve det faglige nivået på tjenestetilbudene. En styrking av forskningen i Finnmarkssykehuset kan gi oss nødvendig tilgang til evidensbasert kunnskap fra lokalsykehus og desentraliserte spesialisthelsetjenester. Dette er viktig for å kunne utvikle tjenestetilbudene i riktig retning.

Kommunenes forventninger

Kommunene positive

Prosjektgruppa for Finnmarksmodellen har gjennomført møter med alle de tre vertskommunene Hammerfest, Karasjok og Alta, i forbindelse med utarbeidelse av intensjonsavtaler for ordningen. Møtene, som har inkludert politisk og administrativ ledelse i kommunen så vel som kommunoverlegene, har vært preget av stor entusiasme og vilje til å utvikle gode tilbud for 5. og 6. års medisinstudentene fra UiT.

Rekrutteringsarena

Mange kommuner i Finnmark har fortsatt vanskelig for å rekruttere helsepersonell. Finnmarksmodellen sees derfor som en velkommen arena for tidlig rekruttering av kommende leger, gjennom å tilby gode

faglige undervisningstilbud og rollemotteller i primær- og spesialisthelsetjenesten. Kommunene er også opptatt av å tilby gode bolig- og undervisningsfasiliteter for studentene. I tillegg til allerede eksisterende undervisningsarealer, vil planlagte nybygg i Karasjok og Alta gi gode rammer for læring. For kommunene er dette også en mulighet til å vise fram egne kvaliteter i en videre betydning, som et potensielt framtidig sted å etablere seg.

Primærlegene klare

Mange primærleger har allerede signalisert ønske om å bidra i undervisningen av medisinstudenter i en eventuell framtidig Finnmarksmodell. Primærlegene i Finnmark bidrar allerede i dag gjennom veiledning av femteårs-studenter i deres åtteukers utplassering i allmennpraksis. For undervisning av sjettedeårs-studenter vil behovet for undervisningsressurser i kommunene øke vesentlig. Kombinasjonsstillinger med klinisk allmennmedisinsk praksis og undervisning synes å være attraktive, og vil i seg selv kunne bidra til bedre rekruttering og stabilisering til allmennlegestillinger. Økt akademisk samarbeid med UiT vil også kunne bidra til økt forskningsaktivitet i kommunene.

Vertskommunene i Finnmark ønsker 6. års medisinstudenter hjertelig velkommen, og viser stor vilje til faglig og sosial tilrettelegging for et best mulig studieopphold som forhåpentlig skal gi mersmak på å jobbe som lege i Finnmark!

■ MARIANNE.VANEM@UIT.NO

Byggingen av Nye Kirkenes sykehus ble påbegynt våren 2015 og er planlagt ferdig i 2017. ILLUSTRASJON: MOMENTUM ARKITEKTER AS



Om hjerneslag i Finnmark – en studentoppgave

■ ELLEN MARIT SUNDE • Student Universitetet i Tromsø

■ HARALD GUNNAR SUNDE • Medisinsk fagsjef, Finnmarkssykehuset



KIRKENES SYKEHUS



HAMMERFEST SYKEHUS

Grunnlaget for masteroppgaven bestod i å gå gjennom pasientmateriale bestående av alle hjerneslag som ble lagt inn på Kirkenes og Hammerfest sykehus i 2013, og undersøke om noen flere av disse burde ha fått trombolyse.

Den ene forfatteren av denne artikkelen, Ellen Marit Sunde (EMS), var i 2014 femteårs legestudent ved universitetet i Tromsø, der vårsemesteret er satt av til skriving av masteroppgave, såkalt femteårsoppgave. Det er ikke lett å finne et godt tema når slike oppgaver skal velges. Oppgaven skal jo helst være interessant for studenten. Den bør også kunne belyse et tema som er interessant for leseren, utover å være en akademisk trening på artikkelkriving, og i tillegg bør man ha en dedikert veileder som kan gi gode råd og hjelpe til med praktiske innspill.

Den andre forfatteren, Harald Gunnar Sunde (HGS), er medisinsk fagsjef i Finnmarkssykehuset og opplever stadig problemstillinger som han hadde ønsket belyst, men som det tar tid å finne ut av. I dette tilfellet har fagsjefen ved flere anledninger vært utfordret av forskjellige aktører på å kunne si noe om hvorfor Finnmarkssykehuset over tid hadde ligget svært lavt i andel hjerneslagpasienter mellom 18 og 80 år som ble behandlet med trombolyse. Han trengte en dedikert person som kunne gå i dybden og analysere dette.

Far (HGS) og datter (EMS) var begge godt fornøyd med å ha funnet en løsning i hverandre!

Materiale og metode

Arbeidet bestod i å gå gjennom pasientmateriale bestående av alle hjerneslag som ble lagt inn på Hammerfest og Kirkenes sykehus i 2013, og undersøke om noen flere av disse burde ha fått trombolyse. Samtidig var ønsket å se på hva som i 2013 hadde vært de største hindringene til trombolys behandling.

Trombolys ved hjerneslag kan gis til pasienter mellom 18 og 80 år forutsatt at behandlingen gis innen 4,5 timer etter symptomdebut. Det finnes en rekke medisinske kontraindikasjoner mot slik behandling. Tallene fra 2011 viste at 7,8 prosent av norske pasienter mellom 18 og 80 år med hjerneslag hadde fått trombolys, mens i 2012 var dette tallet økt til 9,4 prosent. I Finnmark var tallene hhv 0 og 3,5 prosent. Anbefalt nivå er fra nasjonale helsemyndigheter satt til 20 prosent, men dette tallet er omdiskutert. En forklaringshypotese på at lange avstander i Finnmark var årsaken til at få rakk behandling innen tidsvinduet på 4,5 timer var lansert, men ikke verifisert på noe vis.

Det var i følge data sendt inn til Norsk hjerneslagregister 102 hjerneslag i Finnmark, mens det i følge søk i Finnmarkssykehusets journaldatabase var 107 pasien-

ter. Dette tyder på at et lite antall pasienter ikke var innmeldt til dette kvalitetsregisteret. Av disse 107 var 74 mellom 18 og 80 år og i utgangspunktet kandidat for trombolys. 22 av disse 74 hadde kontaktet helsevesenet innen 2 timer etter symptomdebut, de andre hadde kontaktet helsevesenet så seint at tiden hadde rent ut for å gi slik behandling. Av de 22 var det fire som hadde fått trombolys.

For å se på håndtering og tidsbruk i de forskjellige fasene av hjerneslagbehandling ble følgende variabler analysert:

- Tid fra symptomdebut til varsling
- Håndtering av AMK
- Håndtering prehospitalt
- Håndtering på sykehus (intrahospitalt)

Resultater

1. Tid fra symptomdebut til varsling

Konklusjonen her var at mange pasienter ventet lenge – alt for lenge – før de tok kontakt med helsevesenet. Tidsvinduet på 4,5 timer var derfor ikke lenger oppnåelig for mange av pasientene.

2. Håndtering av AMK

Konklusjonen her var at AMK Finnmark gjorde en god jobb med å gi de pasientene

som hadde muligheter for trombolyse høyest prioritet; 20 av 22 var kodet med rød respons, en med gul og en med grønn (ble seinere kodet om til rød).

3. Håndtering prehospitalt

Konklusjonen her var at raskeste transportmetode jevnt over var brukt, men at det ved to anledninger kunne vært stilt spørsmål om fly eller helikopter kunne vært brukt i stedet for bilambulansse.

4. Håndtering på sykehus (intrahospitalt)

Konklusjonen her var at dette ikke var optimalt organisert. Tidene for intrahospital tidsbruk (dør til nål-tid) for de fire pasientene var gjennomsnittlig 81 minutter (median 75 minutter).

Tross noe lang intrahospital tid kunne imidlertid ikke flere enn de fire som fikk trombolyse ha fått det etter gjeldende medisinske kriterier. Imidlertid ville disse fire kunne ha fått behandlingen noe raskere med kortere «dør-til-nål»-tid.

Oppsummering

- Mange pasienter varsler for seint.
- AMK og prehospital håndtering synes god.
- Viktig å bruke fly/helikopter når mulig.
- Ikke flere enn de fire som fikk trombolyse kunne få det.
- «Dør til nål»-tid burde kunne reduseres.

Nytteverdi av oppgaven

Studenten fikk sin oppgave godkjent med god tilbakemelding, og oppnådde således sin primære hensikt med oppgaven.

Medisinsk fagsjef har i ettertid brukt denne oppgaven flittig. Oppgaven er brukt som grunnlag for foredrag som er holdt for AMK, begge medisinske avdelinger og for styret i Finnmarkssykehuset. Rutiner for trombolysealarm og intrahospital logistikk er gjennomgått og skrevet til en omforent, foretaksovergrepene prosedyre.

På bakgrunn av denne og andre tilsvarende erfaringer har Finnmarkssykehuset gitt innovasjonsmidler til å utarbeide en prosjektdatabase, som viser hvilke behov Finnmarkssykehuset har for arbeid som kan egne seg for studentoppgaver. En slik database vil på kort sikt fungere som kilde for ulike studentoppgaver; bacheloroppgaver for helsefaglige yrkesgrupper som sykepleiere og bioingeniører, femte-års oppgaver for medisinerstudenter og hovedoppgaver for psykologistudenter.

Finnmarkssykehuset har også et langsiktig mål om større samarbeidsprosjekter/forskningssamarbeid (master og doktorgradsprosjekter), også på tvers av landegrensene og de tre nordligste fylkene. Database vil dermed kunne bidra både til å rekruttere studenter og ansatte til Finnmarkssykehuset og rette en akademisk oppmerksomhet mot landsdelen.

■ ELLENMARIT@GMAIL.COM

■ HARALD.GUNNAR.SUNDE@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

Flerfaglighet – et mantra for fremtidens kommunehelsetjeneste

■ TOM SUNDAR • *Utpostens redaksjon*

Lovfesting av kommunens plikt til å ha psykologkompetanse er trolig det mest konkrete forslaget i primærhelsetjenestemeldingen som Helse- og omsorgsdepartementet nylig la frem. Teamarbeid, kompetanse og ledelse er begreper som går igjen, men meldingen gir ingen løfter om å styrke fastlegeordningen som sådan.

– Vi har mange kommunale helse- og omsorgstjenester som er gode hver for seg. Men tjenestene er for oppstykket og helheten mangler. Det rammer særlig dem med sammensatte behov. Med denne stortingsmeldingen legger regjeringen frem en plan for å skape en helhetlig helse- og omsorgstjeneste i kommunen, sa statsråd Bent Høie da han i mai la frem *Stortingsmelding 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.*

Primærhelsetjenestemeldingen tar til orde for å styrke arbeidet innen psykisk helse og rusforebygging samt oppfølgingen av pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Det skal skje gjennom ulike tiltak av tverr- og flerfaglig karakter og økt brukervedvirkning. Hovedbudskapet er at flere faggrupper skal inviteres til å samarbeide i kommunehelsetjenesten. Et fremtidig lovfestet krav om psykologkompetanse i kommunene skal i særlig grad sikre nødvendig kompetanseheving innen psykisk helse og rustjenester.

Primærhelseteam

Mange vil mene med *Utposten* at økt flerfaglig satsing og brukervedvirkning vil stille større krav til fastlegens medisinskfaglige koordineringsrolle, slik den er hjemlet i fastlegeforskriftens § 19. Fastlegens koordinerende rolle er nevnt i meldingen, men ikke problematisert eller løftet frem som et satsingselement. I stedet dreier kapittel 13 oppmerksomheten over på «primærhelseteam» som skal ha et *koordineringsansvar for sin populasjon*. Slike team skal bidra til mer koordinerte tjenester, muliggjøre større bredde i tjenestetilbudet og bedre arbeidsdelingen og ressursbruken mellom helsepersonellgrupper: «Gevinstene kommer ved at oppgaver som i dag inngår i fastlege-

nes ansvar, jfr. fastlegeforskriften, men som i varierende grad utføres, vil bli bedre ivarett», heter det.

Hvordan primærhelseteamene skal etableres, ledes og driftes – og hvilket mandat de skal få – er ikke inngående drøftet, men meldingen tar utgangspunkt i en modell der fastlegens praksis skal utvides med andre personellgrupper, gjennom nye avtale- og regelverk for rammebetingelser, finansiering og samarbeidsforhold. I denne sammenheng nevnes potensialet for oppgaveoverføring fra leger til andre helsepersonellgrupper: «Når fastlegene avlastes for oppgaver, kan de i større grad bruke tid på mer kompliserte medisinske oppgaver og pasientgrupper på egen liste som i dag får for lite medisinsk oppfølging.»

De av oss som hadde håpet på løfter om en styrking av fastlegeordningen som sådan, vil bli skuffet. På den annen side kan fremtidige primærhelseteam bli et viktig supplement til dagens fastlegeordning, såfremt de ikke virker mot sin hensikt ved å bidra til at tjenester stykkes opp og til at det bygges nye siloer mellom faggruppene, noe helseministeren i lang tid har advart mot: – Pasienter og brukere har sammensatte behov. Disse må møtes med sammensatt kompetanse. Vi må i mye større grad utvikle helsetjenestene ut fra pasientens behov og ikke ut fra diagnoser og deltjenester, sier Bent Høie.

Fare for ansvarsapulverisering?

Marit Hermansen i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) mener primærhelsetjenestemeldingen ikke gir klare løsninger på de utfordringene den selv beskriver: – Nesten uansett hvor du befinner deg i helsevesenet; som pasient, borger eller helsepersonell, vil du kunne se potensial i meldingen. Men samfunnet må gjøre noen valg av ret-



Meld. St. 26
(2014–2015)
Melding til Stortinget

Fremtidens primærhelsetjeneste
– nærhet og helhet



MESTRING OG ERFARING

«Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud. Målet er å skape tjenester som bidrar til at hver enkelt tjenestemottaker får ivarett sine grunnleggende behov og mulighet til å leve et aktivt og godt liv i fellesskap med andre. Dette innebærer å ta i bruk brukernes ressurser på nye måter, med økt fokus på mestring og den enkeltes erfaringskompetanse som grunnlag for utvikling av tjenestene.»

MELD. ST. 26, KAPITTEL 12

ning i kjølvannet av denne meldingen – som nok blir vanskeligere. Meldingen sier tydelig at primærhelsetjenesten skal ta utgangspunkt i pasientenes funksjon og behov, ikke diagnose. Regjeringen understreker viktigheten av å motvirke silo-organiseringen vi har sett i kommunene. Samtidig introduseres ytterligere spesialisering, økende autonomi og nye strukturerer. Det står lite hvordan det faktiske samarbeidet skal fungere, sier Hermansen til *Utposten*.

– I hvilken grad synes du primærhelsetjenestemeldingen svarer på regjeringens ambisjoner om å skape «pasientens helsetjeneste»?

– Det er ikke så godt å si hva som menes

med pasientens helsetjeneste. Er det økt valgfrihet som er viktig? Er det viktig å få løst alt på ett sted? Meldingen nevner betydning av å ta utgangspunkt i spørsmålet «hva er viktigst for deg?» – men det er fortsatt uklart hvordan vi skal klare å organisere oss godt for å ivareta dette. Av og til tror jeg at vi blir for opptatt av mangfoldet, og at det er vanskelig å framsnakke betydningen av kontinuitet og «stayer»-evne.

– **Meldingen tar til orde for en teambasert helse- og omsorgstjeneste. Hvordan vurderer du fastlegens koordinerende rolle i denne sammenheng – ut fra de signalene meldingen gir?**

– Teamarbeid og flerfaglighet er godt når det fungerer – men grusomt når det ikke fungerer. Vi trenger kompetente kolleger i alle deler av helse- og omsorgstjenesten. Men vi skal passe oss for å lage nye behov. Det skrives om kontroller av de friske og nye helsetjenester. Samtidig vet vi at vi trenger høy kompetanse for å gi avansert behandling i kommunene nå og i framtiden. Det er i denne enden vi må benytte den økte kompetansen som meldingen lover oss. Det er fastlegen som har det medisinske ansvaret for diagnostikk og behandling. Kunsten blir å balansere dette mot det ansvaret som andre i teamet har. Hvis ansvaret pulveriseres har pasienten tapt. Spesielt de pasientene som trenger mange tjenester, sier Marit Hermansen.

PRIMÆRHELSETJENESTEMELDINGENS HOVEDFORSLAG

• for å fremme kompetanse:

- lovfeste en liste over profesjoner som kommunene må ha for å gi innbyggerne tjenestene de trenger
- stille krav om at allmennleger i kommunenes helse- og omsorgstjenester skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntjenestemedisin
- utvikle handlingsplaner for rekruttering og kompetanseheving, herunder utrede nye, brede kliniske videreutdanninger på mastergradsnivå

• for å fremme ledelse:

- gi Helsedirektoratet i oppdrag å etablere lederutdanning i kommunale helse- og omsorgstjenester
- legge til rette for at plasser på Nasjonalt topplederprogram i regi av Nasjonal ledelsesutvikling stilles til disposisjon for ledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- videreføre arbeidet med ledelse i kvalitetsavtalen med KS

• for å fremme samarbeid:

- stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenester i kommunene
- samlokalisere helse- og omsorgstjenester i kommunene

- etablere primærhelseteam gjennom endringer i regelverk og finansieringsordninger
- etablere oppfølgingsteam for brukere med store og sammensatte behov

• for å fremme psykisk helse og rusforebyggende arbeid:

- lovfeste kommunens plikt til å ha psykologkompetanse, fra 2020
- innføre kommunal øyeblikkelig hjelp-døgnplikt for psykisk helse- og rusområdet, fra 2017
- ta sikte på å innføre betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, tidligst fra 2017
- legge frem ny opptrappingsplan for rusfeltet i 2015

• for å styrke eldreomsorgen:

- etablere forsøksordning med statlig finansiering av omsorgstjenestene
- lovfeste rett til heldøgns pleie og omsorg, vurdere kriterier for heldøgns omsorgsplasser
- besørge nettotilvekst av heldøgns omsorgsplasser

Flått ved den europe

■ DAG HVIDSTEN • Flåttforsker / Overlege, Avdeling for mikrobiologi og smittevern, Medisinsk klinikk, UNN

Flåtten har stor plass i mediabildet, og i løpet av noen tiår har man fått et klart inntrykk av at det er mer flått enn tidligere, og at flåtten går lengre nord enn før. Varmere klima, gjengroing av kulturlandskapet og økende utbredelse av flåttens vertsdyr er anført som mulige årsaker til flått-ekspansjonen. Skogflåtten, *Ixodes ricinus*, er vektor for smitte til mennesker og dyr, derfor er det interessant å vite hva flåtten inneholder av sykdomsfremkallende mikrober og i hvor stor grad flåtten i ulike områder er infisert. I alle landsdeler inkludert Svalbard kan det dukke opp flått, men det er først når man kan påvise alle de tre flåttstadiene på ett sted at man kan si at det foregår en full livssyklus og at flåtten er stedbunden.

I 1977 så jeg en flått for første gang. Jeg var i distriktsturnus i Aust-Agder, og min veileder den gang vred en rund skapning ut av pelsen på hunden sin. Jeg hadde fulgt med i media siden jeg var liten, men jeg kan ikke huske at jeg noen gang før denne episoden hadde hørt om flått. Distriktslegen – med fartstid fra ulike landsdeler – prøvde å hjelpe meg på gli med ord som *skaubjønn*, *tege*, *hanntikk...* uten å lykkes¹. Det er vanskelig å unngå å lese om flått i dag.

Hva er flått?

Flåtten har mange navn, og det finnes også mange flåttarter. I Norge er det påvist et dusin ulike arter; mange er importert tilfeldig med kjæledyr og blir ikke værende. Når man snakker om flått i Norge, mener man skogflåtten, *Ixodes ricinus*. I Norge er de viktigste humanpatogene mikrober i flåtten *Borrelia*-bakterien, som kan gi Lyme borreliose, og Tick-borne encefalittvirus, som kan gi TBE.

Flåtten er en midd og tilhører edderkoppdyra (som har fire par ben i motsetning til insekter som har tre par). Livssyklusen inneholder tre stadier og varer til sammen i tre til seks år. Grovt sett kan man si at flåtten blir dobbelt så stor for hvert stadium (lengde 0,5 → 1 → 2 mm). Den suger blod kun én gang pr. stadium, og det trengs én vert hver gang. Hvert stadium varer fra måneder til et par år avhengig av temperatur, tidspunkt på sesongen og en del andre faktorer.

Skjærer, stikker, suger, spytter, sover

Flåtten biter ikke, den skjærer hull i huden og stikker inn et sugeredskap med dusinvis

av mothaker. Samtidig presser den inn ulike substanser, bl.a. bedøvelsesstoffer (man kjenner aldri flåtten stikker) og et stoff som «limer» den fast til huden. Munndelene sitter så godt fast at det er så å si umulig å fjerne dem fullstendig². Men dette sugerøret er bare 0,2 mm hos nymfen, som er det flåttstadiet som oftest stikker mennesket (i mer enn 80 prosent av tilfellene). Hvis flåtten er infisert med *Borrelia*, vil bakterieantallet øke når den suger blod, og etter et par døgn begynner den å sende bakterier til verten via spyttkjertlene. Derfor er det viktig å fjerne flåtten så tidlig som mulig.

Livssyklusen starter med eggene: Flått hunnen legger 2–3000 egg, de klekkes og utvikles til larver i løpet av få uker til måneder. En larve er «dobbel» så stor som et punktum» og derfor vanskelig å se. (Merk at larvene har tre par ben!). Hvis man hører om en person som har fått

et stort antall flått på seg, er det som oftest larver. For larvene med sine tusener av søsken klarer ikke å bevege seg så mange centimeter fra sitt fødested, og er man så uheldig å stoppe akkurat der, kan mange flått hekte seg på. Alle flåttstadiene har liten aksjonsradius. Flåtten venter på vertsdyr på marka eller på et strå, og blind og døv som den er, står den og veiver med forbena; disse har en mengde hektekroker, men også lukte- og sanseorgan som stimuleres av CO₂, varme og bevegelse. Flåtten er

svært avhengig av høy fuktighet (relativ fuktighet høyere enn 80 prosent), derfor oppholder den seg mest i fuktig mark.

Når en larve har sugd blod fra et pattedyr eller en fugl i to til seks dager, faller den ned på bakken og blir værende der fra måneder til et år, godt dekket av fuktig løv. Der utvikler den seg til nymfe. Etter at nymfen har sugd blod, blir den til en voksen hunn eller hann. Hunnflåtten er størst,

har rød bakpart (derav navnet *rauvævapåte*) og trenger et siste blodmåltid, fortrinnsvis fra et dyr som er minst så stor som en katt.

Under det siste måltidet øker vekten 100–150 ganger, og det er dette litt ovale, peanøttstore, ferdigsugde – og dermed helt ufarlige – eksemplaret vi ofte ser på bilder i aviser («mediaflåtten»). Hunnen befruktes deretter mange ganger av én eller flere hanner, legger sine egg, og begge dør.

I Nord-Norge er det også to

andre typer flått: det er smågnagerflåtten, *Ixodes trianguliceps* (se bildet til høyre), som til forveksling likner skogflåtten, og fuglefjellflåtten, *Ixodes uriae* (*uria* = lomvi). Kun den sistnevnte kan ha *Borrelia*, og den kan i likhet med skogflåtten angripe menneske. På Røst ble nymfen til *Ixodes uriae* kalt *lundelusa* og den voksne hunnflåtten *alkelusa*. Dette skrev seg fra jakt på lundefugl i mai da folk ofte ble bitt av nymfen. Under eggsanking senere på sommeren var det den voksne flåtten som ga vonde merker.



Den såkalte «mediaflåtten» man ofte ser på bilder i aviser.

¹ Andre uttrykk for flått: *bitar*, *sugar*, *kinnflått*, *einerlus*, *ore-lus*, *skaumann*, *stygging*, *tikk*, *påte*

² En tysk biolog hevder at flåtten kan slippe taket om man har litt spytt på fingeren og sakte fører den i en sirkelbevegelse opp på flåtten...

isike nordgrensen



Fullsugd hunnflått. Funnet på mus i Vesterålen. Det viste seg å være smågnagerflått (*Ixodes trianguliceps*). Den er til forveksling lik skogflåtten. FOTO: SILJE NILSEN, BLADET VESTERÅLEN

Gammel parasitt, «ny» bakterie

De gamle grekere og egyptere var klar over betydningen av flått, og ordet «flåttfeber» er gjengitt på egyptiske papyrusruller dateret til år 1550 f.Kr. I Homers Iliaden (ca. år 730 f.Kr.) ble Afrodite benevnt med det fornærmende ordet «hundeflue» (*kynoraistes*, som var antatt å være flått). I 1883 beskrev den tyske legen Alfred Buchwald en hudsykdom som senere ble kalt *acrodermatitis chronica atrophicans* (ACA). I løpet av de neste hundre årene ble det beskrevet flere sykdommer som vi i dag vet er flått- og *Borrelia*-relaterte. Tidlig på 1900-tallet ble en 29-årig kvinne observert over en syv måneders periode; hun hadde et saktevoksende erytem som bredte seg fra kneets dorsalside til ryggen og videre helt opp til halsen (*erythema migrans*, EM). Senere oppdaget man også sammenhengen mellom flåttbitt og meningo-polyradiculitt forårsaket av *Borrelia*.

Den viktigste norske publikasjonen om flåttens nordgrense kom i 1943. Biologen Hans Tambs-Lyche i Bergen hadde bedt veterinærer i hele landet sende inn flått til sine studier på piroplasmose (nå: babesiose). Flått kan nemlig være infisert av denne malarialiknende parasitten som kan gi hematuri hos storfe («blodpiss»). Det nordligste stedet han fikk flått fra (det kom faktisk flest flått derfra i 1935), var en gård i Brønnøy. Etter at penicillin ble introdusert etter

andre verdenskrig, kunne man sette i gang studier der ACA og EM ble forsøkt behandlet med penicillin. Det var så høy behandlingsrespons at man forsto at det var en mikrobe som forårsaket sykdommene. Så sent som i 1974 ble det rapportert om meningitt etter EM, og at penicillin virket effektivt. Og året etter, i 1975, fikk helsemyndighetene i Connecticut melding fra to mødre om flere barn i et område som angivelig hadde fått barneleddgikt. Et meldesystem ble organisert i byene *Lyme* og *Old Lyme* i delstaten for å finne fram til de som hadde fått den inflammatoriske leddsykdommen kalt Lyme artritt. Sykdomsvektoren ble funnet: *Ixodes scapularis* – skogflåtten amerikanske parallell! Men det sykdomsfremkallende agens var fortsatt ukjent. Det var først under jakten på rickettsiosen *Rocky Mountain spotted fever* at man spekulerte på om *Ixodes scapularis* også kunne inneholde «Lyme-mikroben». En spirokete ble funnet, og den reagerte med sera fra Lyme-pasienter! Bakterien fikk i 1984 navnet *Borrelia burgdorferi* etter mannen som fant den, Willy Burgdorfer. I Europa ble det funnet andre *Borrelia*-species. *Borrelia*-æraen var dermed innledet.

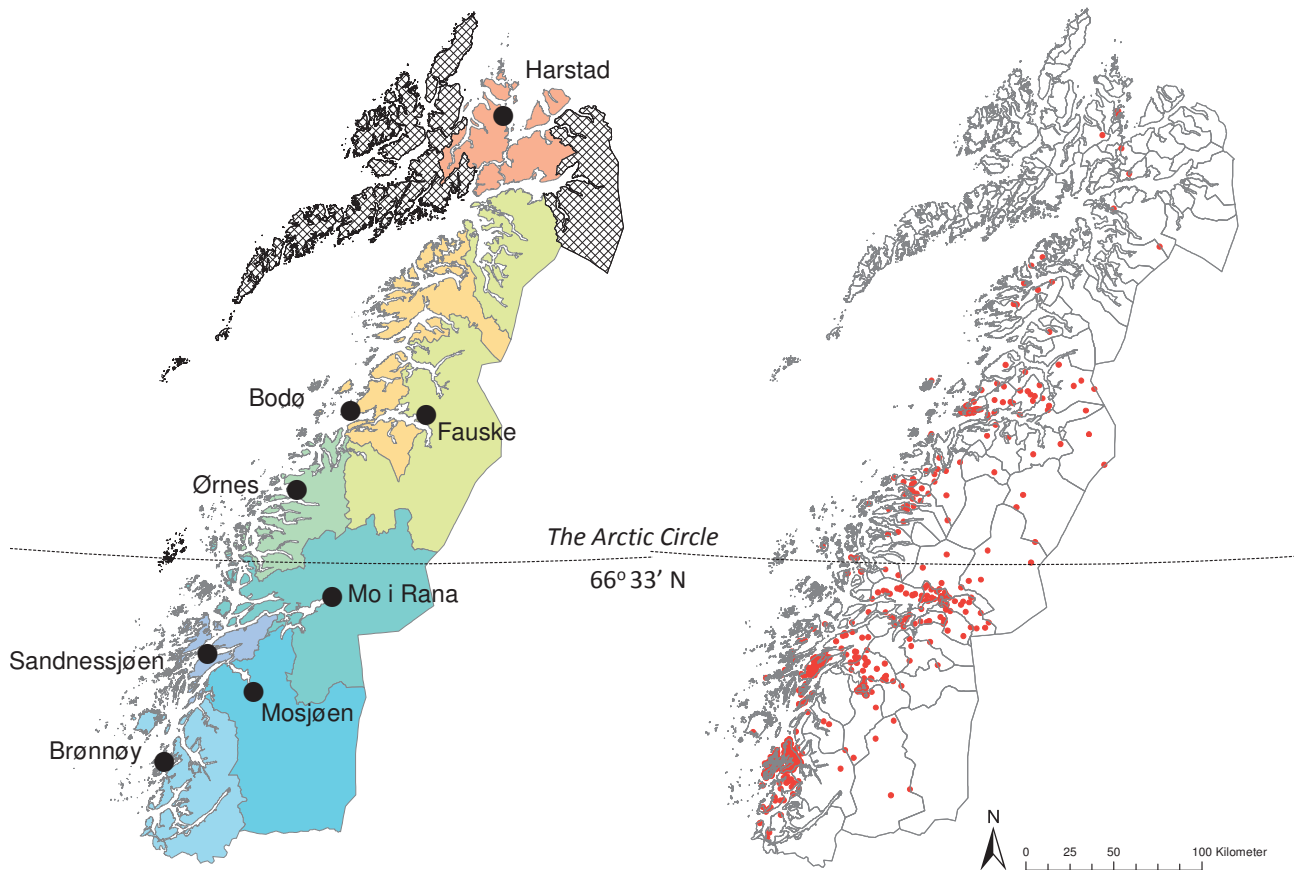
Hvor er det flått i Nord-Norge?

Lenge så det ut til at flåtten bare var å finne langs norskekysten opp til Norges «midt-

punkt», dvs. til Brønnøy. Men etter tusenårsskiftet har veterinærer lenger nord i Nordland og i Troms rapportert om flått på dyr. Det store spørsmålet er imidlertid om den nordligste flåtten er stedbunden eller ikke. En gruppe forskere la sammen en rekke flåttrelaterte parametre som observasjonene på Aftenpostens flåttkart, resultater fra spørreskjema til veterinærer, MSIS- og babesiosemeldinger. De konkluderte i 2011 med at flåtten hadde nådd til Harstad (breddegrad nesten 69° N).

Prosjektet «Flått i Nord» startet våren 2009 og hadde til hensikt å finne ut hvor det var flått i landsdelen og *hvilke* sykdomsfremkallende mikrober flåtten inneholdt. Hvis vi begynner lengst nord og øst: prosjektet har så langt fått 1 – én – flått fra Finnmark, men det er sannsynlig at denne flåtten hadde sugd sitt siste måltid i en hundepels på veien fra Telemark til Finnmark. Vårt nordligste fylke er ellers ganske flåttfritt. Men hvert år rapporterer media om flått i Finnmark. Vi må anta at disse er bragt dit med fugler eller dyr som forflytter seg over store avstander (elg, rådyr, hunder på reise). Fra Nord-Troms får vi også inn en flått fra tid til annen, fra Midt-Troms litt flere. Man antar at flåttekspansjonen fortsetter i et tempo som i følge svenske prognoser tilsier at Finnmarkskysten kan få stedege flått i 2050–70.

«Flått i Nord» har påvist at det er mye



FIGUR 1. Flått funnet på hunder og katter. Til venstre: Flått innsamlet fra 7 områder i Nordland og i Harstad. Skravert felt: Områdene omkring Narvik og Lofoten/Vesterålen er ikke inkludert i undersøkelsen. Til høyre: Spredningskart over funn av flått, (rød prikk = én flått). Fra Brønnøy-området kom det 244 flått og fra Harstad seks flått.

flått omkring Brønnøy, faktisk så mye at det kan sammenliknes med flåttforekomsten i Sør-Sverige og langs kysten i Sør-Norge. Nordover på Helgeland er imidlertid forekomsten raskt avtagende. Dette undersøkte vi i 2010–11 da prosjektet ba om å få flått. Vi avverterte i lokalavisene fem ganger i flåttsesongen og henstilte til publikum om å ta med flåtten til veterinærkontorer i åtte byer/tettsteder fra Harstad til Brønnøysund; vi opprettet en nettside (www.arctick.no) og bidro til at det kom innslag om innsamlingen i radio og TV lokalt og regionalt.

Vi mottok mer enn 700 flått (FIG. 1)³. Funne fra hunder og katter – fra nord mot sør – var slik:

STED	ANTALL FLÅTT FRA HUND/KATT
Harstad	6
Bodø	41
Fauske	27
Ørnes	38
Mo i Rana	87
Sandnessjøen	56
Mosjøen	50
Brønnøysund	244

Som flått habitat bemerket Brønnøy seg som en statistisk og biologisk «utligger». Området har lang vekstsesong, fuktig klima og rikelig med viktige pattedyr som mus, elg og rådyr som kan gi flåtten føde. Fra litteraturen kjenner vi ikke til andre steder i verden med så høy flåttforekomst så langt nord (breddegrad 65° 28' N).

Borrelia

Flått kan som nevnt infiseres av spiroketen *Borrelia*. Det er vist at *Borrelia afzelii*, *Borrelia garinii* og *Borrelia valaisiana* er de dominerende species i Skandinavia, mens i USA er det *Borrelia burgdorferi sensu stricto*. Andelen infiserte flått i Brønnøy er omtrent like stor som andelen infiserte flått langs Sørlandskysten, hvor ca. hver tredje flått har bakterien. Dette er de høyeste forekomstene i landet. Noe overraskende fant vi at bare 4 prosent av flåtten nord for Brønnøy hadde *Borrelia*. Dette er ikke lett å forklare. Men i de få flåttene som hadde bakterien, ble det påvist de *Borrelia*-species som fortrinnsvis kommer fra fugler.

I Brønnøy var det dominerende species *Borrelia afzelii*, som har smånagere som vertsdyr og reservoar.

Et påfallende generelt trekk ved flåttvertsdyr-syklusen er at *Borrelia*-infisert flått som suger blod fra et hjortedyr (rådyr, elg, hjort), kvitter seg med bakterien pga. et komplement i hjortedyrblodet. Dette poenget blir utnyttet av jegere og andre som ønsker å beholde rådyrstammer i flåttbefengte områder. På den andre fronten står de som mener at spesielt rådyr bidrar til stor økning av flått. Det finnes flåttforskere på begge fronter.

I årene 2007–13 fikk det norske meldesystemet (MSIS) melding om 10 personer i Brønnøy med Lyme borreliose⁴. Det var 29 prosent av alle meldte tilfeller fra Nord-Norge i perioden og står i kontrast til befolkningen i Brønnøy bare utgjør 1,6 prosent. Dette understreker våre funn som viser at det er mye flått med mye *Borrelia* i Brønnøy, og at det er lite flått og/eller flått med lite *Borrelia* lenger nord.

⁴ Fra 1995 er kun systemisk sykdom og senmanifestasjoner meldingspliktige. Erythema migrans skal ikke meldes.

³ En prosent av flåttene ble ekskludert fordi de var av annen type flått enn *Ixodes ricinus*. Flått som hadde sitt opprinnelsessted utenfor Nordland og Harstad-området, ble også ekskludert.

Andre flåttmikrober

I Norge er det årlig gjennomsnittlig ni personer som blir smittet med TBE-virus, og til nå er ingen smittet utenfor kystområdet fra Vestfold til Vest-Agder. Derfor er det p.t. ingen grunn til å frykte denne sykdommen i Nord-Norge. Men folk som ferierer i Sve- rige eller langs Sørlandskysten og ofte får flåttstikk, kan vurdere å vaksinere seg mot TBE-virus.

Den flåttbårne rickettsiabakterien, *Anaplasma* (tidligere kalt *Ehrlichia*), kan gi sjodogg hos kveg og sau. Denne bakterien tar livet av flere husdyr enn hva rovdyr gjør. Sykdommen ble påvist på en gård i Brønnøy i 2005. «Flått i Nord» har funnet at 3 prosent av flåttene i Nord-Norge har *Anaplasma*. Hos menneske kan bakterien forårsake *Human granulocytotropic ehrlichiosis* (HGE). I 2003 disputerte infeksjonsmedisineren Johan S. Bakken til den medisinske doktorgrad i Tromsø med avhandlingen «Human anaplasmosis». Det meste av materialet var imidlertid samlet inn i USA.

Nordnorske vintre passer godt for flåttene

Når det er stengte veier pga. snøstorm på Saltfjellet, kan man tenke på hvordan landsdelen hadde vært uten Golfstrømmen. Værøy og Røst (breddegrad 67° N) er det nordligste området i verden der selv vintermånedene har gjennomsnittstemperatur over null grader. I 1930-årene var gjennomsnittlig vintertemperatur i Nord-Norge faktisk 1 grad varmere enn i 1980. Siden da har det vært en økning på 2° C fram til 2014. Fortsatt global oppvarming vil bidra til at flåttene vil kunne slå seg ned lenger nord. Det er likevel visse forhold som må ligge til rette; for å gjennomføre en livssyklus trenger flåttene mer enn 170 dager årlig med over 5° C. En kan imidlertid anta at flåttene ved nordgrensen har tilpasset seg et tøffere klima og har mindre strenge krav for å overleve og utvikle seg.

Er nordlendingene klar for flåttens inntog?

Vi har spurt blodgivere i Vestfold om de kjenner til borreliosetegn som bør få dem til å oppsøke lege. Det var forbausende mange som svarte «rød ring rundt bittet». Blant de nordnorske blodgiverne var det kun 1 av 17 som hadde dette svaret.

Det er mye som tyder på at flåttene kommer

*Bilde i lupemikroskop.
To (voksne) hunnflåtter
(ca. 2 mm lang) og en
nymfe (ca. 1 mm lang).*

Brønnøy utpeker seg som et område i Nord-Norge med stor utbredelse av flått med mye borrelia.

lenger nordover. Ekspansjon av rådyrstammer i landsdelen er i så måte interessant å følge med på. Foreløpig er det lite rådyr, og man tillater rådyrjakt kun i enkelte av kommunene sør i Nordland. Nordover fra Helgelandskysten tror jeg folk fortsatt kan føle seg trygge når de «trør i graset»; her er det ennå minimalt med flått – og ingen hoggorm.

REFERANSER

- Hvidsten, D., et al. (2015) *Ixodes ricinus* Near the Arctic Circle: High Tick Density, a Long Activity Season and a High Prevalence of Ticks Infected with *Borrelia burgdorferi* Sensu Lato. *Ticks Tick-Borne Dis.* (Under revisjon).
- Hvidsten, D., et al. (2014) *Ixodes ricinus* and *Borrelia* prevalence at the Arctic Circle in Norway. *Ticks Tick-Borne Dis.* 5, 107–112.
- Jenkins, A., et al. (2012) *Borrelia burgdorferi* sensu lato in *Ixodes ricinus* ticks from Norway: evaluation of a PCR test targeting the chromosomal *flaB* gene. *Exp. Appl. Acarol.* 58, 431–439.
- Tambs-Lyche, H. (1943) *Ixodes ricinus* og piroplasmosen i Norge. *Norsk Veterinær-Tidsskrift* 55, 422–473.
- Jore, S., et al. (2011) Multi-source analysis reveals latitudinal and altitudinal shifts in range of *Ixodes ricinus* at its northern distribution limit. *Parasit Vectors* 4, 84.
- Soleng, A. and Kjelland, V. (2013) *Borrelia burgdorferi* sensu lato and *Anaplasma phagocytophilum* in *Ixodes ricinus* ticks in Brønnøysund in northern Norway. *Ticks Tick-Borne Dis.* 4, 218–221.
- Nilssen, A.C. (2010) Er skogflåttene i ferd med å innta Nord-Norge? *Ottar*, 48–57.
- Gray, J., et al. (2002) Lyme borreliosis: biology, epidemiology, and control. CABI (bok).

■ DAG.HVIDSTEN@UNN.NO



FOTO: SILJE NILSEN, BLADET VESTERÅLEN

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Svineinfluensasapandemien belyst fra allmennpraksis og legevakt

Svineinfluensasapandemien førte til et betydelig press på fastlege-tjenesten og landets legevakter. Bestod de prøven?

I juni 2009 erklærte Verdens helseorganisasjon at svineinfluensaen som hadde spredt seg fra USA og Mexico tidligere på våren var blitt til en pandemi. I Norge ventet vi på at influensabølgen skulle treffe oss. Det var på dette tidspunkt sprikende opplysninger vedrørende pandemiens alvorlighetsgrad og estimater over antall syke og døde varierte sterkt. Med dette bakteppet ble et allmennmedisinsk forskningsprosjekt i Bergen født. Gjennom influensasesongen, som varer seks til åtte uker hver vinter, er det stor pågang til fastlege og legevakt hos pasienter som søker lege for influensalignende sykdom. De fleste ferdigbehandles på dette nivået. Allmennpraksis er altså et godt «laboratorium» for å studere pandemiens konsekvenser når det gjelder behandling, pasientforløp og helsetjenestebruk.

Den kliniske delen av studien foregikk i utvalgte fastlegepraksiser i Hordaland, hvor pasienter med influensadiagnose fikk tilsendt spørreskjema der blant annet det kliniske forløpet ble kartlagt (1). En del av pasientene samtykket til en blodprøveundersøkelse for å kartlegge om antistoffer mot det nye viruset var tilstede hos pasienter med influensadiagnose. Vi rekrutterte 55 fastleger med total listestørrelse på 63 800 pasienter. Studieperioden forløp over 10 uker høsten 2009 gjennom pandemiens hovedbølge. Blant de 357 (27 prosent) pasientene som svarte på spørreskjemaet fikk 39 prosent behandling med Tamiflu. De vanligste symptomene hos pasienter med influensadiagnose var feber, slapphet, hoste og hodepine. Det var ingen signifikante forskjeller i symptomrapportering hos de med positiv test for det nye influensaviruset i forhold til de med negativ test. I denne spør-

reundersøkelsen ble influensapasientene også spurt om holdninger til vaksinasjon og influensasykdom og om bruk av smitteforebyggende tiltak. Her fant vi at kvinner rapporterte mer skepsis til svineinfluensavaksinen enn menn, og kvinner hadde også bedre etterlevelse av smitteforebyggende tiltak slik som håndvask og hostehygiene.

Ved å bruke legerengningsdata (HELFO refusjonsdata) som kilde undersøkte vi bruk av legevakt og fastlege under pandemien i 2009 sammenlignet med en normalsesong (2). Totalt sett behandlet legene i fastlegepraksis og på legevakt til sammen 126 000 pasienter med influensalignende sykdom under pandemien i 2009. Dette er mer enn en femdobling for legevakt og en tredobling for fastlegepraksis i forhold til en normalsesong. Blant pasienter med influensadiagnose på legevakt var 50 prosent i aldersgruppen 20 år eller yngre. Funnene indikerer at fastlegene har størst totalkapasitet. De økte kapasiteten litt under pandemien, men fordi de er 10 ganger flere leger enn på legevakt, så økte kapasiteten betydelig. Legevakten har derimot stor fleksibilitet fordi timelisten er tom ved vaktens start. Legevaktene hadde relativt flere influensapasienter pr. vakt med nedgang i andre henvendelser.

I lys av resultatene fra denne studien, ønsket vi å se nærmere på om det var noen viktige faktorer som ga utslag på bruk av legevakt og fastlege under en pandemi. Kjennskap til legesøkning i risikogrupper er viktig. Vi ville også undersøke om det å ha kjennskap til fastlegen sin påvirker hvordan pasienten bruker tjenestene under en pandemi. Vi fant at influensapasienter tilhørende risikogrupper, og spesielt gravide, pasienter med diabetes, lunge- eller hjertesykdom hadde større sannsynlighet for å gå på legevakt enn til fastlege sammenlignet med andre influensapasienter (3). Personer som hadde hatt en fastlegekonsultasjon i perioden før pandemien hadde lavere risiko for å få influensadiagnose på le-

gevakt under pandemien sammenlignet med de uten fastlegekonsultasjon i perioden før pandemien. Funnene indikerer at kjennskap til fastlegen kan bidra til redusert legevaktbruk i en epidemi-situasjon. Videre kan resultatene tyde på at legevaktene prioriterte influensapasienter som tilhørte risikogrupper til legetime, i tråd med helsemyndighetenes anbefalinger.

Erfaringer som allmennmedisinsk doktorgradskandidat

Jeg ble tidlig i planleggingen av prosjektet rekruttert inn som forskningsassistent. Det var bare et tidsspørsmål før pandemien ville ramme oss. Før den tid skulle protokoll utarbeides, prosjekt godkjennes i REK, spørreskjema utvikles og trykkes og aller viktigst, legepraksiser rekrutteres. Sistnevnte var ingen enkel sak, og jeg må benytte muligheten til å takke alle de fastleger som deltok i studien. Konklusjonen er at vi sårt trenger et nettverk av allmennpraksiser i Norge som kan bidra til bedre infrastruktur for allmennmedisinske forskningsprosjekter (4).

Hvordan kombinere en karriere som allmennlege med forskning? Jeg skal ikke gi noe fasitsvar, men kanskje noen gode råd på veien til de som ønsker å prøve dette. Jeg startet min forskningskarriere kort tid etter at jeg hadde overtatt en fastlegeliste med 1150 pasienter. Jeg var også godt i gang med spesialiseringsløp i allmennmedisin. Sykehusåret hadde jeg ikke tatt, så dette ble et dobbel-løp til doktorgrad og spesialisering i allmennmedisin med noen utfordringer på veien. Jeg startet «forsiktig» med allmennpraktikerstipend som jeg fikk frigjort tid til ved at kommunen ga meg fritak fra offentlig kommunal legetjeneste. Det kan være en god start for mange. Da kan en fortsatt opprettholde full pasientliste og samtidig prøve seg som forsker. For meg ga det mersmak. Jeg fikk senere midler fra Allmennmedisinsk forsknings-



PERSONALIA

Kristian Anton Simonsen disputerte den 25.3.2015 for ph.d.-graden ved Universitet i Bergen med avhandlingen: The 2009 influenza pandemic in primary care. Clinical manifestations, attitudes and utilisation of services. Doktorgradsarbeidet utgår fra Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin (Universitet i Bergen). Kandidaten har også vært faglig tilknyttet Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen (Uni Research Helse). Veiledere har vært Guri Rørtveit og Steinar Hunskaar.

fond og de siste årene ansatt som stipendiat ved Universitetet i Bergen. Arbeidsmengden som forsker økte gradvis og samtidig fullførte jeg sideutdanning i allmennmedisin. Det ble mye fravær og mange vikarer i praksisen. Et godt råd til unge allmennleger som ønsker en forskningskarriere er å fullføre sideutdannelsen (sykehusåret) før en starter for alvor som forsker. Da unngår en så mye opphold i praksisen. Listereduksjon er også nødvendig slik at arbeidsmengden forløper uten alt for mange dager med kveldsjobbing. Å kombinere klinisk praksis med forskning er både spennende og utfordrende og gir stor grad av frihet. Anbefales!

REFERANSER

1. Simonsen KA, Hunskaar S, Wensaas KA, Rørtveit S, Cox R, Njolstad G, et al. Influenza-like illness in Norway: clinical course, attitudes towards vaccination and preventive measures during the 2009 pandemic. *Fam Pract* 2012; 29: 139–46.
2. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rørtveit G. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. *Plos One* 2013; 8:e69408.
3. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rørtveit G. Primary care utilization among patients with influenza during the 2009 pandemic. Does risk for severe influenza disease or prior contact with the general practitioner have any influence? *Fam Pract* 2015; 32: 56–61.
4. Rørtveit G. Research networks in primary care: An answer to the call for better clinical research. *Scand J Prim Health Care* 2014; 32: 107–9.

■ KRISTIAN.SIMONSEN@UIB.NO

Oppgjør med en ny fryktkultur

Eli Berg
Hold Munn eller gå!
Makt og avmakt i helsevesenet

Emilia • Utgivelsesår: 2015 • 124 sider, heftet

Hva skjer når leger sier fra om uheldige eller uverdige forhold ved sitt sykehus eller i sin kommune? Lege og førsteamanuensis Eli Berg ved Universitetet i Oslo ble så rystet over historiene hun fikk kjennskap til på et kurs for tillitsvalgte, at hun bestemte seg for å se nærmere på problematikken. I 2014 reiste hun land og strand rundt og intervjuet erfarne sykehusleger og allmennleger som er blitt møtt med motstand og mistillit fra ledelsen når de meldte om arbeidsrelaterte forhold de mente var uredlige (f.eks. triksing med diagnosekoder), sikkerhetskompromitterende (f.eks. konsekvenser av budsjettnedskjæring) eller som på annet vis gikk på helsa løs (f.eks. nedbemanningen).

Resultatet er en nett og hendig bok på 124 sider, med et innhold som ikke bare er tankevekkende, men også alarmerende. Boken formidler anonymiserte beretninger fra skyggesiden i dagens Helse-Norge; om trusler, trakassering, represalier, usaklige oppsigelser og arbeidsrettssaker. Leserne føres inn i den uhyggelige konfliktsfæren som oppstår i spenningsfeltet mellom lojalitetskrav til ansatte på den ene side og helsepersonells varslingsimperativ på den annen side. Legene som Berg intervjuer, har opplevd å bli stemplet som brysomme, illojale eller udugelige. Noen saker har endt med opprivende avskjedigelser eller ufrivillige jobbskifter. Andre ganger har krenkelsene vært så dyptgripende at legen ikke har klart å komme tilbake i arbeid. Ingen av casene dreier seg om tilsynsaker, gjengs for dem alle er at utgangspunktet har vært en «arbeidskonflikt».

Beretningene og skjebnene som boken deler med oss, avdekker en fortiet fryktkultur blant ansatte i helsevesenet, både i og utenfor sykehus. Berg mener at mye av forklaringen ligger i fenomenet omdømmebygging, det vil si at institusjoner og foretak har et så stort fokus på renommé og ranking, at de knebler fagpersoner som uttaler seg kritisk. Hensynet til virksomhetens omdømme tilsidsetter den enkelte arbeidstakers mulighet til å varsle. Ytringsfriheten settes dermed under press.

Forfatteren trekker linjene mellom denne ukulturen og «New Public Management» (NPM), en styringsideologi som på norsk er blitt omdøpt til «modernisering av offentlig sektor». De siste 10–15 årene har NPM skjovet helsesektoren og andre offentlige tjenestoområder i en bedrifts-

økonomisk retning, der kvalitet og effektivitet kobles til økonomiske incentiver og defineres ut fra markeds- og produktivitetsmål fremfor profesjonsfaglige og profesjonsetiske normer. Dette er ødeleggende på sikt, fremholder forfatteren, og hun påpeker:

«Å endre ideologien for styring av offentlig sektor, inklusive helsetjenesten, er ikke gjort i en håndvending. Man snur ikke tankeskip på femøringen. Men det rører seg i mange miljøer – også internasjonalt – hvor man går inn for å kaste over bord NPM-tenkingen og all dens mål- og resultatstyring.»

Mot slutten av boken viser hun til erfaringer fra Skottland, der man i 2004 innførte en alternativ styringsmodell i helsesektoren. Skottene kvittet seg med «butikkmodellen» og dens byråkratiske «top-down»-beslutningssystem, og satset i stedet på en offentlig rammefinansiert helsetjeneste med politisk styring og profesjonsmedvirkning. Nå tas beslutninger «bottom-up»; de bygger på tillit til profesjonsutøverne så vel som til befolkningen. Den skotske modellen har gitt positive resultater for både tjenestekvalitet og budsjettkontroll i helsesektoren.

Forfatteren har jobbet systematisk, for ikke å si journalistisk, for å samle og publisere sitt materiale. Intervjuene er skrevet ut fra lydopptak, hvilket gir tekstene autentisitet. Hun vever historiene og skjebnene sammen til en koherent beretning, ispedd egne kommentarer og merknader. Det skaper tematisk flyt med gode overganger. Det siste kapittelet gir leserne et forløsende og fremtidsoptimistisk løft gjennom intervjuet med sykehusdirektør Per Skaugen Bleikelia ved Ringerike sykehus. Hans lederskapsvisjon er å være en «ansvarlig tilrettelegger» for sine ansatte. Som leder setter han faget i front og tar til orde for en åpenhetskultur for trivsel og motivasjon hos de ansatte – til beste for pasientene.

Eli Berg skal ha honnør for at hun avdekker tabubelagte forhold i helsevesenet. At leger blir overkjørt av arbeidsgivere, er et tema som ellers neppe vil fange medienes og offentlighetens interesse. Innvendingen mot boken er at enkelthistoriene tross alt er bruddstykker av en virkelighet. Kritikerne vil karakterisere fremstillingene som ensidige partsinnlegg, der arbeidsgivers perspektiv ikke kommer til uttrykk. Man får ikke hele sannheten. Likevel er det ingen som kan frata legene deres opplevde historier, derfor er dette en viktig bok å lese – for både leg og lærd.

TOM SUNDAR

SPØRSMÅL TIL RELIS

Lege spør hva slags anti-depressiva som anbefales til ammende kvinner.



Valg av antidepressiva

Oppsummering

• Kvinner som bruker antidepressiva kan generelt amme (1–3). Fordi de nyere antidepressiva generelt utskilles i liten grad i morsmelk og risiko for bivirkninger hos det brystnærte barnet er liten (1–3), vil valg av antidepressiva først og fremst være avhengig av kvinnens tidligere behandlingshistorie og hvilket legemiddel som anses som det beste behandlingsalternativet for hennes psykiske sykdom.

• For kvinner som ikke har brukt antidepressiva tidligere vil SSRI, (selektive serotonin reopptakshemmere) være et naturlig førstevalg. Blant de ulike SSRI vil sertralin være et aktuelt behandlingsvalg på grunn av dette legemiddelet relativt sett har lavest overgang til morsmelk blant SSRI'ene.

• Ved bruk av antidepressiva under ammeperioden bør foreldrene observere brystbarnet med hensyn på mulige bivirkninger (først og fremst irritabilitet, mindre inntak av morsmelk/næring og økt sedasjon).

Generelt om behandling av postpartum depresjon

Postpartum depresjon er en vanlig tilstand som rammer rundt 15 prosent av mødre etter fødsel. Tilstanden bør behandles fordi ubehandlet vil sykdommen i seg selv kunne ha store negative konsekvenser for både mor og barn. For kvinnen er det viktig med behandling av hensyn til egen helse, livskvalitet og for å forebygge selvdestruktiv adferd. Behandling av kvinnens sykdom vil også fremme en bedre tilknytning mellom mor og barn. For barnet er behandling viktig for å unngå forstyrrelse av samspill og tilknytning mellom mor og barn. Det finnes studier som tyder på at barn av mødre med postpartum depresjon har en økt risiko for adferdsmessige forstyrrelser samt forsinket språk- og kognitiv utvikling (3).

Depresjon i etterkant av fødsel skal behandles som andre depresjoner etter de samme diagnostiske kriteriene som øvrige depresjoner (1, 4). Dagens dokumentasjonsgrunnlag for behandling av postpartum depresjon er for begrenset til å fore-

trekke et antidepressivum framfor et annet (5). Valget av et bestemt legemiddel vil derfor være avhengig av individuelle karakteristika slik som tidligere respons på behandling, diagnose, komorbide tilstander samt risiko for brystbarnet.

Datagrunnlaget for ulike antidepressiva ved amming

Antallet eksponerte brystnærte barn i litteraturen varierer mye mellom de ulike antidepressive legemidlene. Det foreligger mest informasjon for SSRI'ene fluoksetin, paroksetin, sertralin og citalopram med rundt 100 kasus hver. For andre nyere antidepressiva er datagrunnlaget mye mer begrenset (< 25 kasus i litteraturen) (6).

Barnets relative dose (RD)

Barnets relative dose (RD) er et mål på brystbarnets tilførte legemiddeldose via morsmelk. RD er den teoretiske dosen barnet får i seg pr. kilo kroppsvekt i forhold til mors dose pr. kilo kroppsvekt. Fordelen med RD er at det er mulig å sammenligne graden av eksponering hos brystbarnet ved ulike legemiddelalternativ selv om de ulike legemidlene benyttes i forskjellig dose hos mor.

En relativ dose via morsmelk på < 10 prosent blir generelt ansett som trygt for brystbarnet (2, 7, 8). De fleste antidepressiva utskilles i liten grad i morsmelk og få antidepressive legemidler oppnår en RD-verdi på 10 prosent.

Nedenfor er det angitt RD-verdier for vanlige brukte antidepressiva:

- Sertralin: 0,5–3 prosent
- Paroksetin: 0,5–3 prosent
- Fluvoxamin: < 2 prosent
- Escitalopram: 3–6 prosent
- Citalopram: 3–10 prosent
- Fluoksetin: < 12 prosent
- Duloksetin: < 1 prosent
- Bupropion: 2 prosent
- Mirtazapin: 0,5–3 prosent
- Venlafaksin: 6–9 prosent
- Reboksetin: 1–3 prosent
- Mianserin: < 2 prosent

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

til ammende

Den foregående listen er basert på RD-verdier i referanse 8, men er blitt supplert med RD-verdi for mianserin fra den svenske databasen Janusinfo (9). I kapitlet om amming og legemidler i Norsk legemiddelhandbok er overgang til morsmelk ansett som henholdsvis som minimal ved RD < 2 prosent, liten ved RD: 2–5 prosent, moderat ved RD: 5–10 prosent og høy ved RD: 10–50 prosent (10).

Vi gjør oppmerksom på at RD-verdien ikke er en absolutt entydig verdi. Verdiene vil derfor variere noe mellom ulike kilder og studier. Viktigere enn selve verdien, er at de aller fleste antidepressiva har en RD-verdi på under 10 prosent. Vi understreker også at eksponeringen via morsmelk er mye lavere enn eksponeringen *in utero* (3, 8).

Valg av antidepressiva til ammende

Kvinner som bruker antidepressiva kan generelt amme (1). Fordi morsmelken ikke bare er næring for barnet, men også har andre klare helsefremmende egenskaper, bør det foreligge en god faglig begrunnelse for å fraråde amming hvis mor trenger å behandles med antidepressive legemidler.

Nedenfor angir vi to ulike strategier for valg av antidepressiva til ammende avhengig av om kvinnen har brukt antidepressiva tidligere eller ikke.

Kvinnen har tidligere ikke brukt antidepressiva (1)

For kvinner som ikke har brukt antidepressiva tidligere vil SSRI (selektive serotonin reopptakshemmere) være et naturlig førstevalg. Blant de ulike SSRI er sertralin og paroksetin de legemidlene med lavest overgang til morsmelk (se listen overfor). Paroksetin er imidlertid gjerne et mindre aktuelt valg da dette legemiddelet ikke er et førstevalg i tilfelle kvinnen skulle bli gravid på ny. Årsaken til dette er at paroksetin frarådes brukt i første trimester i svangerskapet på grunn av en mulig liten økt risiko for hjertemisdannelser. Fluoksetin er heller ikke et naturlig førstevalg til

ammende på grunn av relativt høy overgang i morsmelk, lang halveringstid (inkludert aktiv metabolitt norfluoksetin) og enkelte rapporter om forbigående bivirkninger hos brystbarn.

Sertralin vil således være et egnet behandlingsvalg hos kvinner med første episode av farmakologisk behandlingstrende depresjon i ammeperioden.

Kvinnen har tidligere vært behandlet med antidepressiva (2)

Hos kvinner som tidligere har vært behandlet med antidepressiva vektlegges tidligere behandlingshistorie ved valg av farmakologisk behandling i ammeperioden. Hvis kvinnen tidligere har vært effektivt behandlet med et antidepressivum uten store bivirkninger, bør det samme legemiddelet være utgangspunktet for valg av behandling under ammeperioden. Tilsvarende gjelder hvis mor har blitt behandlet med et bestemt antidepressivt legemiddel i graviditeten med god effekt. Da velges (vanligvis) det samme legemiddelet under ammeperioden. Bytte eller seponering av antidepressiva er ikke anbefalt i ammeperioden på grunn av risiko for forverring av mors psykiske tilstand.

Bivirkninger hos brystbarnet (1–3, 8, 11)

Det har blitt rapportert enkelte tilfeller av bivirkninger hos brystnærte barn av mødre som bruker antidepressiva. Flest bivirkninger har vært rapportert for fluoksetin og citalopram.

De nyere antidepressiva (se listen overfor) har ikke vært forbundet med alvorlige bivirkninger. Symptomene består gjerne av irritabilitet, mindre inntak av morsmelk/næring og økt sedasjon. Symptomene er reversible og gjerne uspesifikke.

I rapportene i litteraturen er det ikke nødvendigvis en årsakssammenheng mellom barnets symptomer og mors bruk av antidepressiva. I de tilfellene hvor det har vært rapportert om bivirkninger av antidepressiva, har barnet som regel også vært eksponert for legemidlet før fødsel og vært under to måneder. Risikoen for bivirkninger av legemidler via morsmelk regnes generelt å være høyest hos barn under to til tre måneder, hos premature og hos alvorlig syke barn.

Pr. dags dato er langtidseffekter av eksponering for antidepressiva via morsmelk lite studert, men det er ingen klare holdpunkter for skadelige effekter i de studiene som er gjennomført.

Selv om bivirkninger av antidepressiva opptrer relativt sjelden hos brystbarn, er det viktig at foreldrene får god informasjon om mulige uønskede effekter. Foreldrene bør observere barnet med hensyn på mulige bivirkninger og eventuelt ta kontakt med helsevesenet for vurdering.

REFERANSER

1. Nordeng H, Jettestad M. Depresjoner i svangerskapet og ammeperioden i Veileder i fødsels-hjelp 2014. Gynekologisk forening, www.legeforeningen.no
2. Chad L, Pupco A et al. Update on antidepressant use during breastfeeding. *Can Fam Physician*. 2013; 59: 633–4.
3. Weisskopf E, Fischer CJ et al. Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence. *Expert Opin Drug Saf*. 2015; 14: 413–27.
4. Roy-Byrne PP. Postpartum blues and unipolar depression: Prevention and treatment. Version 13.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 5. august 2014).
5. Molyneaux E, Howard LM et al. Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 9: CD002018.
6. Spigset O, Nordeng H. Safety of psychotropic drugs in pregnancy and breastfeeding. In *Pharmacovigilance in psychiatry*, In press.
7. Hale TW, Rowe HE, editors. Medications and mothers milk: A manual of lactational pharmacology 16. utg. Amarillo, TX: Hale Publishing, 2014.
8. Berle JO, Spigset O. Antidepressant use during breastfeeding. *Curr Womens Health Rev*. 2011; 7: 28–34.
9. Avdelningen for klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Läkemedel och amning. Mianserin <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-amning/> (Søk: 10. mai 2015).
10. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. G8 Amming og legemidler. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 29. august 2012).
11. Nordeng H, Havnen GC et al. Legemiddelbruk ved amming. *Tidsskr Nor Legeforen* 2012; 132: 1089–93.

GRO C. HAVNEN
rådgiver, cand.pharm., RELIS Sør-Øst

SOLVEIG THORP HOLMSEN
medisinsk rådgiver, lege, Nasjonal kompetansetjeneste for amming

HEDVIG NORDENG
professor, cand.pharm., Avdeling for farmasi ved Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo.

Kjenner du til tjenesten Trygg MammaMedisin?

Trygg MammaMedisin er RELIS sin nettjeneste for gravide og ammende. Her kan kvinnene stille spørsmål om risikoen ved egen medisinbruk for foster og brystbarn. De får da et gratis, skreddersydd svar senest innen 2 virkedager. Alle spørsmålene besvares av erfarne farmasøyter og leger ved RELIS, og informasjonen er basert på anerkjente oppslagsverk og publikasjoner innen fagområdet teratologi.

Trygg MammaMedisin er en servicetjeneste som forhåpentligvis kan spare tid for helsepersonell, deriblant allmennpraktiserende leger. Tjenesten er gratis for brukerne på grunn av offentlig finansiering. Når svaret utformes, legges det stor vekt på å formidle informasjonen skånsomt til kvinnen og at svaret ikke skal komme i konflikt med råd fra legen. Kvinnen vil derfor ofte bli bedt om å snakke med legen sin angående medisinbruken (se eksempel om Cipralex og amming nedenfor – Illustrasjon 2).

Ønsker å unngå unødig engstelse

Formålet med tjenesten er å gi den enkelte gravide og ammende kvinne kunnskapsbasert informasjon på et faglig tilpasset nivå. RELIS ønsker på den måten å bidra til at gravide og ammende unngår unødig engstelse som kan bidra til at kvinnene seponerer legemidler som er viktige for deres egen og barnets helse. I noen tilfeller kan medisinbruken være uheldig. Vi ønsker da at informasjonen vår skal kunne avverge skadelig eller unødvendig legemiddelbruk.

ILLUSTRASJON 2. Spørsmål og svar i Trygg MammaMedisin.

Spørsmål til TryggMammaMedisin

Kan jeg bruke cipralex når jeg ammer?

Svar

Hei, og takk for spørsmålet!

Det er viktig at du fungerer så godt som mulig som mor for barnet ditt. Det er derfor normalt anbefalt at kvinner som ammer og som trenger behandling for angst (eller depresjon), får slik behandling.

Cipralex går til en viss grad over i morsmelk, men kan brukes av ammende dersom det er et klart behov for behandling. Det er svært sjelden at barn som ammes har blitt påvirket av mors bruk av Cipralex.

Hos enkelte mødre som har brukt høye doser Cipralex har man sett at diebarnet har fått søvnproblemer og blitt irritabel. Dette er imidlertid svært uvanlig, og det er også usikkert om det virkelig er noen sammenheng med mors bruk av Cipralex. Helt nyfødte barn, og spesielt barn født flere uker før termin, er mer følsomme for påvirkning enn litt eldre barn.

Hvis du tidligere har brukt Cipralex med god effekt, kan du også bruke medisinen nå mens du ammer. Du skal ikke starte opp behandling med Cipralex uten at du har vært i kontakt med legen din først. Legen må vurdere om det er riktig for deg å bruke Cipralex eller et annet antidepressivt middel. Det finnes andre medisiner i samme gruppe som Cipralex som går mindre over i morsmelken. Hvilken medisin man velger avhenger av hva som eventuelt er forsøkt tidligere, hva som har hatt god effekt og så videre.

Legen kan eventuelt kontakte RELIS (www.relis.no) for å få informasjon om Cipralex og amming.



ILLUSTRASJON 1. Bilde av nettsiden til Trygg MammaMedisin (www.tryggmammamedisin.no).

I svaret fra Trygg MammaMedisin vil kvinnen imidlertid aldri bli oppfordret til å endre bruken av sine foreskrevne legemidler uten at ansvarlig lege er involvert.

Typiske spørsmål til tjenesten er bruk av reseptfrie legemidler mot smerter, legemidler ved pollenallergi, tett nese og svangerskapskvalme. Vi får også mange spørsmål om medisiner ved psykiske lidelser. Det tidligere beskrevne spørsmålet til RELIS angående antidepressiva til ammende kvinner kunne like gjerne vært hentet fra Trygg MammaMedisin (se eksempelet nedenfor – Illustrasjon 2).

Spørsmålene til Trygg MammaMedisin varierer mye med hensyn til kompleksitet. Dessverre uttrykker for mange kvinner stor engstelse for å skade barnet sitt, også ved helt ufarlige legemidler. Vi ser også at informasjonen i monografiene i Felleskatalogen og pakningsvedlegget til medisinene kan skape utrygghet.

Oppfordre gjerne kvinnene til å bruke tjenesten

Siden oppstart i juni 2011 og frem til utgangen av april 2015, har tjenesten mottatt over 8000 henvendelser. Vi mener at pågangen tyder på at det er behov for en tjeneste som Trygg MammaMedisin i Norge.

I mange land i Europa finnes det egne teratologiinformasjonssentre (TIS) der både publikum og helsepersonell kan stille spørsmål om risiko ved ulike eksponeringer i svangerskapet og ammeperioden. Disse sentrene formidler kunnskapsbasert informasjon hovedsakelig via telefon. RELIS ønsker på sikt å opprette en egen telefontjeneste for gravide og ammende i tillegg til nettjenesten.

Vi håper at leger ser nytten av tjenesten Trygg MammaMedisin og vil henvise kvinner til å stille spørsmål via www.tryggmammamedisin.no.

GRO C. HAVNEN
rådgiver, cand.pharm., RELIS Sør-Øst

'PasOpp fastlege'

– nytt verktøy for å måle pasienterfaringer

Kunnskapssenteret har utviklet et spørreskjema og et registreringsverktøy for å måle pasienters erfaringer med fastleger. Nyvinnin-gen skal hjelpe legene i kvalitets-sikring av arbeidet ved fastlege-kontorene.

Prosjektet var bestilt av Allmenntmedisinsk forskningsenhet ved Uni Research i Bergen (AFE).

– Pasientenes erfaringer er viktige, og vi håper at det nye instrumentet vil hjelpe legekantorene til å måle pasientenes erfaringer som grunnlag for forbedring, sier forskningsleder Guri Rørtveit ved AFE.

Pakketilbud

Prosjektet har utviklet en pakke som består av et spørreskjema og et registreringsverktøy. Dessuten er det laget en sjekklister for gjennomføring av lokale undersøkelser. I spørreskjemaet er det lagt vekt på temaer som er viktige for pasientene og i norsk helsepolitikk. Det omfatter blant annet spørsmål om tilgjengelighet, vurdering av fastlegens faglige og relasjonelle kompetanse, vurdering av øvrig personell og hvorvidt fastlegen samarbeider med andre og koordinerer pasientens samlede helse-tjenestetilbud på en god måte.

Ifølge undersøkelser gjort av Commonwealth Fund er det få fastleger i Norge som regelmessig måler og følger opp kvalitet og pasienterfaringer.

– Vi håper at verktøyet kan komme til nytte for fastleger i Norge, sier prosjektleder Olaf Holmboe i Kunnskapssenteret.

Det finnes andre skjemaer som kan benyttes til å måle pasienters erfaringer med fastleger. Blant annet er Europep et instrument som er benyttet en del internasjonalt. Dette har imidlertid blitt utsatt for en del metodologisk kritikk. Dessuten mangler det viktige aspekter som samhandling og pasientsikkerhet.

– Skjemaet vi har utviklet synes å imøtekomme noe av denne kritikken og vil kunne gi mer nyanserte resultater tilbake til legene, sier Holmboe.

Dine erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret

1. Er du fornøyd med å gå til fastlegen? (Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad, Vet ikke)

2. Er det vanskelig å få tid hos fastlegen? (Ja, Nei, Vet ikke)

3. Siste du har vært hos fastlegen? (I samme tid, Neste dag, Etter 2 dager, Etter mer enn 2 dager, Ikke aktuelt)

4. Var denne turen til fastlegen? (Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad, Vet ikke)

5. Hvor lenge har du ventet på å få tid hos fastlegen? (I samme tid, Neste dag, Etter 2 dager, Etter mer enn 2 dager, Ikke aktuelt)

6. Var denne ventetiden akseptabel? (Ikke i det hele tatt, I liten grad, I noen grad, I stor grad, I svært stor grad, Vet ikke)

Rapport om brukeropplevd kvalitet

Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger

Kunnskapssenteret har utarbeidet spørreskjema for å måle pasienters erfaringer med fastleger. Resultatene er nedfelt i rapporten «Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger».

For å lette analysearbeidet har Kunnskapssenteret laget et verktøy som automatisk genererer resultater både som tabeller og grafer.

– I en rapport som beskriver utviklingen av metoden gir vi også råd om gjennomføring av lokale undersøkelser, sier Holmboe.

Tre delmål

Prosjektet hadde tre delmål:

- Utvikle et standardisert generisk spørreskjema
- Teste et datainnsamlingsopplegg som kan benyttes i nasjonale undersøkelser og gi anbefalinger til gjennomføring av lokale undersøkelser
- Utvikle og teste et enkelt opplegg for registrering og analyse av data om brukererfaringer til bruk i lokale undersøkelser

Under arbeidet fulgte man Kunnskapssenterets standardprosedyrer for utvikling av spørreskjemaer. Dette innebar blant annet å gå gjennom relevant litteratur, samarbeide med en referansegruppe og intervjuer med pasienter.

– Litteraturen ga god oversikt over hvilke temaer som er viktige i en slik undersøkelse, og referansegruppen hadde mange konstruktive innspill til hvordan dette burde utformes i et spørreskjema og hvor-

dan slike undersøkelser kunne gjennomføres, sier Holmboe.

Referansegruppen besto av representanter fra det allmenntmedisinske fag- og forskningsmiljøet, pasientforeninger, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Helsedirektoratet og Helse Vest RHF.

Testet på pasienter

Et utkast til spørreskjema ble testet på en gruppe pasienter før det ble gjennomført en postal pilotundersøkelse med 150 pasienter fra hver av fem tilfeldig valgte fastleger. Pilotundersøkelsen medførte at spørreskjemaet ble endret før det ble gjennomført en større undersøkelse med et landsrepresentativt utvalg med nær 5000 pasienter.


Resultatene ble analysert, måleinstrumentets reliabilitet og validitet testet og datainnsamlingsopplegget vurdert. Denne undersøkelsen ga ikke grunnlag for ytterligere endringer av verktøyet. Detaljer i utviklingsarbeidet er nedfelt i rapporten.

REFERANSE

Holmboe O, Danielsen K, Iversen HH. Utvikling av metode for måling av pasienters erfaringer med fastleger. PasOpp-rapport Nr. 1–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015.

NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSETJENESTEN

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

'Fear no more...'

Jeg er ingen stor diktleser, men av og til er det dikt som virkelig griper meg og blir værende. Dette er et slikt dikt. Det ble skrevet for over 400 år siden, men er tidløst vakert og meningsfylt.

Det første verset står på min fars gravsten.

Fear no more the heat o' the sun,
Nor the furious winter's rages;
Thou thy worldly task hast done,
Home art gone, and ta'en thy wages:
Golden lads and girls all must,
As chimney-sweepers, come to dust.

Fear no more the frown o' the great;
Thou art past the tyrant's stroke;
Care no more to clothe and eat;
To thee the reed is as the oak:
The scepter, learning, physic, must
All follow this, and come to dust.

Fear no more the lightning flash,
Nor the all-dreaded thunder stone;
Fear not slander, censure rash;
Thou hast finished joy and moan:
All lovers young, all lovers must
Consign to thee, and come to dust.

No exorciser harm thee!
Nor no witchcraft charm thee!
Ghost unlaid forbear thee!
Nothing ill come near thee!
Quiet consummation have;
And renownèd be thy grave!

WILLIAM SHAKESPEARE 1564–1616
(«CYMBELINE», AKT IV, SCENE 2)

Lyrikkstafettpinnen gir jeg videre til Harald Salbu – kollega i smågruppen vår gjennom snart 18 år.

Hilsen fra
MERETHE GILLOW