

Utposten

5 2015
ÅRGANG 44

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Praksisvariasjon og kontekst i allmennmedisin

Debatt om legevakt

Tiltak mot vold og
agresjon i helsetjensten

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. Søndenå

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondenå@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

Mina Piiksi Dahl

Myklegardgata 3B

0656 Oslo

MOBIL: 957 97 708

E-POST: minadahli@gmail.com

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Ny høst, ny start.***Anne Grethe Olsen***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Oppdateringsapostlene***Ingard Løge og Terje Johannessen intervjuet av Sigurd Høye***6 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Den lange smerten – sort hull eller blind flekk for medisinen?***Pål Gulbrandsen***10 Praksisvariasjon og kontekst i allmennmedisin***Anne Helen Hansen***14 Sykestuefunksjonen i Nordkapp sammenlignet med kommunale akutte døgnplasser***Erik Langfeldt***19 Utveksling – utvikling eller unyttig?***Linn Oftesnes Lie***20 Hvordan vende nye turnustrender til egen fordel?***Helen Brandstorp***24 Smitteverntiltak kan halvere forekomst av infeksjoner i barnehager og skoler***Ingeborg Lidal, Astrid Austvoll-Dahlgren, Rigmor Berg og Gunn Vist***28 Fem tiltak mot vold og aggresjon i helsetjenesten****29 Kvalitet med fokus i faget***Nicolas Øyane***30 Samstem 'Legemidler i bruk' (LIB)****34 Nettbasert krisestøtteverktøy for samfunnsmedisinere***Dag-Helge Rønnevik***35 Presentasjon av nye redaktører****36 Debatt om legevakt på samfunnsmedisinsk årsmøtekurs***Dag-Helge Rønnevik***38 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:****Depresjonsbehandling i sykehjem på tynt grunnlag***Kristina Riis Iden***39 Pasienten som ikke kom***Alexander Wahl***40 BOKANMELDelse: Stolt og sårbar***«Being a GP in the Nordic Countries» anmeldt av Helen Brandstorp***41 FASTE SPALTER**LYRIKKSTAFETTEN **41**RELIS **42**INNPOSTEN **46**

Ny høst, ny start

Etter en sommer hvor slutten var best, med mye sol og varme i august, er høsten her igjen. Naturen skal etterhvert gå til ro, men for mange betyr høsten starten på noe nytt. Alle førsteklassingene med litt for stor skolesekk og ivrige, men likevel forsiktige skritt, er et kjent symbol på dette nye som skjer nå. Barnehagen er et glemt kapittel og foran dem ligger ny lærdom, på godt og på vondt. Måtte det gå dem vel, hver eneste en av dem.

Mediebildet i sommer har vært preget av alle flyktningene som har kommet i hopetall til Hellas. Bildene har gjort inntrykk. Kvinner og barn, mødre og fedre, gamle og unge, som kanskje håper på en ny start i Europa. Mange av dem hadde det egentlig bra der de kom fra, før urolighetene kom, og dette nye var hverken ønsket eller planlagt. Måtte vi ta godt imot dem, hver eneste en av dem.

Kommunevalget kan også være starten på noe nytt. Men det at flere ikke bruker stemmeretten sin, tyder kanskje på at mange ikke tror det spiller noen rolle hvem eller hvilket parti det er som bestemmer i kommunestyret. Eller kanskje det betyr at vi har det bra nok, og at vi ikke føler behov for å engasjere oss. Valgflesk har vi i allefall fått, i år også. Bedre eldreomsorg er en gjenganger. Måtte det være en selvfølge at vi tar godt vare på de gamle og syke, alle sammen.

Etter forrige stortingsvalg lanserte nåværende helseminister slagordet «pasienten i sentrum». Tromsø kommune og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) startet samtidig planleggingen av et pasientsentrert helsetjenesteteam, bestående av helsefaglig personell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Teamet skal sørge for raskere utredning av eldre pasienter med sammensatte lidelser og for god oppfølging etter sykehusinnleggelse. Teamet har vært under utprøving siden januar i år, og etter oppstarten har man sett at antall reinnleggelser og antall utskrivningsklare liggedøgn i sykehus går jevnt og trutt nedover. Måtte det vare og være en modell som flere kan dra nytte av.

Høstnummeret av *Utposten* har et variert og spennende innhold, og jeg vil spesielt nevne Pål Gulbrandsens artikkel om pasienter med kroniske smerter. Egentlig skriver han om og til oss som behandlere og gjør oss oppmerksomme på den blinde flekk i behandlingen av pasienter med kroniske smerter. Han oppfordrer oss også til å tørre å nærme oss det sorte hullet sammen med pasienten og derved nærme oss pasienten. Artikkelen forklarer symbolikken på en utmerket måte. Måtte dere lese den, følge forfatterens råd og få en bedre tilnærming til pasienter med kroniske smerter.

Filosofen Henrik Syse, som ofte er å høre på NRK radio, har sagt at vi av og til bør stoppe opp og spørre hva vi vil med resten av livet vårt. Noen av pasientene våre gjør det når de har fått en alvorlig diagnose og tidsbegrensede leveutsikter. Men hver og en av oss kan også selv ta oss tid til å stoppe litt opp og stake ut kursen påny, dersom det er behov for det. Høsten kan være en egnet tid for ettertanke og endringer. Det behøver kanskje ikke å være de store justeringene, men en liten kursendring, som gir følelsen av en ny start.

Måtte høsten bli fin.

ANNE GRETHE OLSEN



Oppdaterings

Ingard Løge og Terje Johannessen ■ INTERVJUET AV SIGURD HØYE

Det er ikke lenger noen fare for å sitte som et spørsmålstegn i doktorstolen når pasientene kommer med vanskelige bestillinger eller ukjente tilstander – i hvert fall ikke i mer enn 20 sekunder.

Det har Ingard Løge og Terje Johannessen sørget for.

Verktøyet deres er omtrent like utbredt som stetoskopet blant norske allmennleger. 95 prosent av oss abonnerer nemlig på Norsk elektronisk legehåndbok – NEL blant venner. Daglig leser vi – eller ber pasientene lese – skriviene til de to redaktørene Løge og Johannessen. Hvordan ble det slik? Og hvorfor? Svarene får vi over en frokost på ærverdige Palmehaven i Trondheim, og etter hvert i NELs lokaler en liten kjøretur unna – på første dag etter en lang sommerferie.

Som med *Utpostens* utsendte, startet det hele i Bergen på 70-tallet. Ingard Løge og Terje Johannessen ble så vidt kjent da de studerte medisin der, men uten å ha så mye med hverandre å gjøre. Etter endt studietid vendte Johannessen tilbake til sin hjemby Trondheim og startet som allmennlege, mens det var mer av en tilfeldighet at Løge endte samme sted, og med samme jobbtittel. Begge var opptatt av mage-tarm-sykdommer, og ble i 1980 med i Gastrogruppen i Trondheim.

– Dette var et samarbeidsprosjekt mellom gastroenterologer ved sykehuset og tre interesserte allmennleger; Pål Kristensen i tillegg til Ingard og meg. Vi hadde en driftig mentor i gruppens stifter, overlege Hermod Pettersen, som forventet mye av oss. Etter hvert satte vi i gang forskningsprosjekter om dyspepsi, refluks og irritabel colon, forteller Johannessen.

Løge fortsetter: – Den store oppdagelsen var at gastroenterologien så helt forskjellig

ut på sykehus og i allmennpraksis. Spesialistene kjente kun til den lille tiendedelen av pasienter som endte på sykehus. Mentoren vår uttalte at hans syn på gastroenterologien hadde endret seg totalt etter samarbeidet med allmennpraktikere. Det syntes vi var utrolig morsomt.

– Noe av det viktigste som kom ut av dette, var at vi så behovet for et tett samarbeid mellom spesialisten og generalisten. Denne erfaringen sådde et frø for fremtiden, sier Johannessen.

Lærebok som grunnlag

For hans del førte også Gastrogruppens forskning til en allmennmedisinsk doktorgrad, og ikke lenge etter et professorat i allmennmedisin ved Universitetet i Trondheim. På denne tiden ble det tatt initiativ til en norsk lærebok i allmennmedisin, og Terje Johannessen deltok i redaksjonskomiteen. Tidlig i dette arbeidet pågikk det en diskusjon om hvorvidt boken skulle være et elektronisk oppslagsverk eller en papirbok. Flertallet gikk inn for en papirbasert utgave.

– Jeg vil gjerne lage en elektronisk utgave på sikt, sa jeg da, og det var greit for de andre. Så da vi startet opp med NEL, kjøpte vi rettighetene til å bruke innhold fra læreboken. Læreboken kom i 1997, og våren 1999 kom den første utgaven av NEL. Så vi sto på en måte på skuldrene til lærebokfatterne.

Men før verden hadde kommet så langt, måtte det skaffes midler. Johannessen etablerte firmaet Norsk Helseinformatikk i 1996. Den samme sommeren arrangerte Kompetansesenteret for IT i helsesektoren en idédugnad, og Johannessens nystartede firma spilte inn seks forslag til produkter, blant annet et tilgjengelig og oppdatert elektronisk oppslagsverk for allmennleger, e-læringskurs og elektronisk pasientinformasjon. Alle disse forslagene er nå innkorporert i det som ble NEL. Forslagene ble

omtalt i daværende helseminister Gudmund Hernes' handlingsplan «Mer helse for hver bit» fra høsten 1996. Dermed kunne forhandlingene starte. I 1997 ble det undertegnet en tre års utviklingskontrakt med departementet, og dette åpnet også for penger fra det som nå har blitt Innovasjon Norge.

– Ett år ut i forløpet ringte Terje meg og spurte om jeg ville være med. Da hadde jeg jobbet som allmennlege i 18 år på samme sted, og var klar for noe nytt. Jeg var med i tre år, frem til 2001, og skrev NEL-artikler dagen lang. Men inntektene til NEL økte for langsomt, og jeg startet som fastlege igjen, kombinert med en universitetslektorstilling, forteller Løge.

– Vi var en del av departementets program for næringsutvikling i helsesektoren; man ønsket bedrifter som drev kommersielt. Etter de tre årene med støtte fra departementet måtte vi altså klare oss selv. Vi brukte mer tid på å springe etter penger enn å utvikle produktet. Frem til 2003 var vi på konkursens rand. Det var spennende tider, mimrer Johannessen.

Antallet abonnenter økte, og fra 2007 til 2010 finansierte Helsebiblioteket tilgang for alle landets allmennleger.

– Da det begynte å gå bedre, ringte Terje meg igjen. Jeg måtte tenke meg om en stund før jeg sa ja. Jeg solgte praksisen i 2009 og har vært her på full tid siden da, forklarer Løge.

Vanskelige spørsmål

Nå har Norsk helseinformatikk 21 ansatte, holder til i fine kontorlokaler med utsikt mot Trondheimsfjorden og Tyholtårnet, og er ansvarlige for et av allmennlegenes viktigste verktøy, i tillegg til Norges mest brukte helseinformasjonstjeneste til allmennheten; NHI.no, med over 250 000 unike brukere pr uke. I tillegg produseres e-læringskurs. Selv om historien er kort, kan man lure på hvordan vi i det hele tatt

apostlene

klarte oss før NEL. Også Løge og Johannesen slet i sine praksiser.

– Jeg var nok flink til å slå opp kunnskap, jeg snudde meg stadig mot bokhyllen. Men etter hvert gikk det opp for meg at selv om jeg kjøpte nye lærebøker, så var fortsatt mye av kunnskapen jeg hadde tilgang til ikke oppdatert siden 70-tallet, husker Johannesen.

– I realiteten var det vanskelig for allmennlegene å holde seg oppdatert, fortsetter Løge. Det var jo ikke tillatt med internetttilgang på kontormaskinene, og de færreste hadde separat PC med internett tilgjengelig på pulten. På starten av 90-tallet, da rundt fem prosent av befolkningen hadde tilgang til internett, begynte pasientene å komme med utskrifter og masse spørsmål. Slike pasienter liker vi jo nå, men den gang var det

ganske tøft. Jeg måtte flere ganger si til pasientene «Vet du hva, dette kan jeg ikke svare på, og jeg vet ikke om noen i Trondheim jeg kan ringe til om dette heller. Jeg skal se hva jeg kan finne ut til neste gang.»





Ingard Løge og Terje Johannessen i Norsk Helseinformatikks lokaler.

Det ble jo etter hvert et mareritt, for det hopt seg opp med sånne lapper med umulige spørsmål på. Hvis man skulle finne ut av det måtte man ringe rundt, eller gå på biblioteket.

Folk krevde svar, og vi satt der og kunne mindre enn pasientene våre. Det var for så vidt greit hvis det gjaldt veldig sjeldne sykdommer, men jeg husker jeg hadde en pasient som ville ha noen råd om malaria. Jeg

måtte slukøret resignere, og si at dette kan jeg ikke hjelpe deg med. Det skjedde ikke så veldig ofte, men sånne episoder husker man godt. Det var på denne tiden Terje kom med innspillet sitt, om at allmennmedisinen trenger et oppslagsverk som er tilgjengelig og oppdatert, forteller Løge.

20-sekunderstilnærming

Etter tre trygge år der Helsebiblioteket betalte for NEL, ble anbudsreglene endret slik at også engelskspråklig oppslagsverk kunne delta i konkurransen om å tilby norske allmennleger oppdatert kunnskap, finansiert av staten. I praksis var det da umulig for NEL å vinne. Dermed ble det slik at de engelskspråklige oppslagsverkene UpToDate og Best Practice ble fritt tilgjengelige for norske brukere, mens NEL igjen var avhengige av individuelle abonnenter. Ikke så mange var fornøyde med det. Men NEL har klart å holde på brukerne, og redaktørene opplever at kundene betaler med glede. Kanskje fordi tilnærmingen hos de forskjellige oppslagsverkene er ganske ulik.

– For noen år tilbake var vi i et møte med gründeren av UpToDate. Han fortalte da at de hadde et «twenty minutes approach», og vi repliserte raskt at vi har et «twenty seconds approach». I UpToDate er teksten så konsentrert at man ikke kan skumme gjennom den. I NEL prøver vi å gjøre det slik at vi man kan lese teksten vertikalt, altså at man ikke må pløye gjennom hver eneste setning. Siden har vi brukt det som et motto. Vi skal ha et «twenty seconds approach»! sier Johannessen

– Jeg kan godt tenke meg at vi to er noen av landets ivrigste brukere av UpToDate. Jobben vår er jo å hente inn oppdatert informasjon, og da er UpToDate og Best Practice veldig bra. Oppslagsverkene er gode, men tidkrevende. Strukturen er også litt annerledes enn vår, mener Løge.

– UpToDate har mange tusen forfattere – vi har egentlig kun to, nemlig Ingard og meg. Vi har alltid hatt en fast mal for artiklene, og med en slik mal var det enkelt å spørre for eksempel en kardiolog om å skrive om hjertesvikt. Folk sa gjerne ja, men leverte ikke, eller de sa at malen ikke passet for deres fagområde. Etter hvert skjønnte vi at hvis dette skal bli et enhetlig produkt som er lett å finne frem i for brukeren, må alle artiklene skrives på samme måte. Så nå lager vi utkastene selv, og så kobler vi inn spesialisten for å sjekke om teksten er korrekt, eller om det må gjøres endringer. Da blir det også lettere å rekruttere folk, forklarer Johannessen.

Fem pilarer

Redaktørene har imidlertid flere mål enn at brukeren skal kunne finne svar på 20 sekunder. De forteller om de fem grunnpilarne for Norsk helseinformatikk: Å bidra til at pasientene får riktigst mulig behandling, at pasientene får et likeverdig tilbud uavhengig av hvilken lege de går til, at de ulike behandlerne – sykehusleger, allmennleger, sykepleiere – kan bruke samme produkt og dermed få en felles tilnærming til tilstandene, å demokratisere helsevesenet gjennom pasientinvolvering – som forutsetter god informasjon, og å sette behandlerne i stand til å matche innrettet opplyste pasienter. Intet mindre.

– Hvis vi klarer å lage god nok kvalitet og å gjøre folk oppmerksomme på tilbudet vårt, vil vi kunne nå disse målene, sier Løge.

– Samtidig er det ikke vår oppgave å vurdere hva som er rett og galt i medisinen. Bortsett fra førstehjelpskapittelet er ikke NEL imperativ. Oppslagsverket sier hva du kan gjøre, ikke hva du skal gjøre. På områder der forskningen spriker, er det vår oppgave å fortelle at her finnes det ulike måter å gjøre ting på, så blir det opp til klinikerne å ta avgjørelsen. Hvis vi skulle bedømt og gradert all forskning slik man må gjøre når man lager retningslinjer, ville vi kanskje hatt 200 artikler i NEL. I stedet har vi 7000, forteller Johannessen.

Stor praksisvariasjon

Når alle norske allmennleger bruker det samme oppslagsverket, er det grunn til å tro at NEL har påvirket behandlingen rundt omkring i landet. Redaktørene har imidlertid ingen konkrete eksempler på hvordan de har påvirket diagnostikk og behandling i norsk allmennpraksis. Løge har likevel et eksempel på hvor forskjellig behandlingen kan være – hos dem som ikke har slått opp.

– Jeg snakket på et kurs en gang, det var ti leger der, og jeg ba dem fortelle hvordan de behandlet sinusitt i situasjoner der antibiotika var indisert. Jeg fikk syv ulike forslag, og de to som angav riktig behandling ifølge retningslinjen hadde begge en student utplassert hos seg i den perioden – de hadde slått opp på NEL. Vi føler vi har lagt til rette for at folk kan finne lynkjappe svar, og så håper vi det fører til at folk oftere slår opp. Det er nok lett å tenke slik at «Altså bihulebetennelse, det har jeg holdt på med i 40 år, så det kan jeg.» Vi håper vi bidrar til en annen måte å jobbe på, slik at folk følger oppdatert kunnskap og retningslinjer på en bedre måte. Jeg tror også vi har hjelp av at pasientene følger med. Pasientinformasjon er i overensstemmelse med NEL, så

hvis legen stadig skriver ut noe som ikke er i overensstemmelse med anbefalt behandling, tror jeg ganske raskt man kan få høre det fra pasientene.

Johannessen sliter også med å komme på et paradigmeskifte NEL har formidlet.

– Det vil si, det paradigmeskiftet vi faktisk har vært med på, er jo nettopp bruken av elektroniske oppslagsverk. Dette er kanskje den største endringen i norsk allmennpraksis de siste 25 årene. Og jeg tenker at når 95 prosent av legene bruker 5–6000 kroner på dette, må det være fordi de opplever det som nyttig. Jeg blir litt stolt over at jeg har fått lov til å være med på det.

Samarbeid

Gjennom hele samtalen har de to herrene høflig supplert hverandre. Den eneste gangen de snakker i munnen på hverandre, er når de blir spurt om de samarbeider godt – begge prøver å svare «ja» først. Løge er en rolig og behagelig rogalending fra Bryne, Johannessen en trivelig trønder. Det viser seg at de faktisk skal på ferie sammen til høsten, med sine respektive ektefeller, som selvsagt også trives godt sammen.

– Dette er den første felles ferien på mange år. Men vi har virkelig samarbeidet godt her. Terje er jo ledestjernen, og så har jeg valgt å bli med på en del av dette, sier Ingvard – og Terje følger opp:

– Ingvard er den viktigste av oss redaktørene. Han følger med på ny litteratur, han overvåker de store tidsskriftene og abonnerer på litteraturtjenester. Jeg holder meg litt bakom, sjekker gamle artikler og revidere dem. Min rolle er også administrativ, særlig nå når vi har en svensk utgave, og jobber med en tysk utgave.

Johannessen har også involvert familien i bedriften – både sønn, datter og svigersønn jobber i Norsk helseinformatikk. Familien eier også rundt en tredjedel av aksjene, resten eies i hovedsak av Bonnier.

Opp og ut

I 2011 kjøpte nemlig det svenske mediehuset Bonnier aksjemajoriteten i Norsk Helseinformatikk. Bonnier er også eier av *Dagens Medisin*. NEL har nå avleggere, i forskjellige former, både i Sverige, Danmark og Tyskland.

– Bonnier er en aktiv eier, på den måten at de utfordrer oss på det vi gjør, og stadig er på jakt etter nye produkter som kan gi inntekter. Men jeg opplever ikke at det går på bekostning av vår integritet. Vi får gjøre det vi selv tror er riktig, og det er tross alt vi som har kjernekompetansen på det vi driver med, sier Johannessen.

Løge sjekker innboksen sin, og sukker over de 670 mailene som har kommet i løpet av ferien, og som han må håndtere alene:

– Vi kunne gjerne utvidet redaksjonen. Jeg har heller ikke merket noen store endringer etter at Bonnier kom inn som eier, men det kunne gjerne blitt brukt mer penger på det redaksjonelle i Norsk helseinformatikk, altså på NEL – som faktisk genererer 80 prosent av inntektene.

Johannessen er enig:

– Det hadde ikke vært noe problem å syssette 50 personer i redaksjonen. Da kunne vi jobbet grundigere med hver NEL-artikkel.

Inntil videre får vi klare oss som best vi kan. Kun et tastetrykk unna er det nok informasjon om malaria til å tilfredsstille selv den mest vitebegjærlige.



Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Den lange smerten

– sort hull eller blind flekk for medisinen?

■ PÅL GULBRANDSEN • Professor dr.med., Klinik for helsetjenesteforskning og psykiatri, Ahus

Hvem er jeg til å skrive om smerte?

Ikke har jeg forsket på smerte. Ikke har jeg vært anestesilege, eller jobbet på smerteklinikk. Jeg har ikke engang hatt mye smerte! Tannlegen oppdager stadig ting og spør om ikke jeg har hatt vondt. Nei, jeg har ikke det. Skinnebeinet mitt røyk tvert av i slalåmbakken og tærne pekte bakover da jeg sluttet å skli. Det var vondt nok til at jeg ikke kunne gå, men ikke særlig vondt. Akillesen røyk så det smalt. Det var vondt, men jeg innbilte meg at jeg kunne gå, i trettende dager, før en kollega overtalte meg til å oppsøke ham.

Når jeg ser fotball med stygge taklinger og leggbrudd på TV, kjenner jeg ingen smerte. Min kone og den ene av sønnene mine kan ikke se noe slikt, de kjenner fysisk på egen kropp den smerten de observerer at andre har. Min kone husker smerte, som hun heldigvis ikke har hatt så mye av. Jeg har glemt alle mine smerter. En annen sønn er som meg, blir egentlig bare nysgjerrig når han ser en fæl skade fra en krigsone: Hvor galt er det egentlig? Hva har skjedd? Han og jeg kjenner ikke den andres smerte. Jeg fastslår at smerte-speilnevronene (1) må være ulikt fordelt i verden fra første stund.

Og likevel: En dag i 1992 kom en kvinne rundt femti til mitt allmennlegekontor. Da vi vel hadde satt oss, og nærmest før jeg hadde rukket å spørre hva hun kom for, erklærte hun: – Jeg kommer til deg fordi jeg har hørt du er så god på fibromyalgi.

Man kan velge å bli smigret av en slik innledning. Samtidig kan jo setningen skremme vannet av noen og enhver. Hvordan kunne jeg havne i en slik situasjon? Om det handler denne artikkelen, og hvor-

dan det gikk med damen – det kommer jeg tilbake til.

«Den tyngste sorg og møda er den som ingen ser», skrev Ivar Aasen. Den lange smerten er ofte usynlig. Jovisst manifesterer den seg i mønstre erfarne klinikere kan gjenkjenne: En viss manglende ledighet i bevegelsene, en påpasselighet nærmest hos noen kanskje et lidende blikk, i alle fall hos legen. Men ikke alltid: Jeg har hatt pasienter med kroniske smerter med forbausende vitalitet og til og med godt humør. I alle fall hos meg. 1970-tallets medisinstudium hadde ikke forberedt meg på disse forskjellene. I den grad jeg husker hva jeg lærte, handlet det mest om at noen mennesker tåler sin smerte godt, andre overdriver den, derfor mantraet: Vær forsiktig med smertestillende! Folk kan bli avhengige. Det henger fortsatt i. Junior – han som har dårlige smertespeilnevroner akkurat som meg – har aldri litt vondt. Ordet vondt kan han ikke uttale uten ordet veldig, eller ordene veldig, veldig, foran. Selv ved den mest marginale ytre påvirkning. Jeg er naturligvis ikke rundhåndet med smertestillende. Studiemantraer glemmes ikke så lett. Når man har sterke smerter, må man jo se ut som om man har det. I alle fall i akuttfasen, der jeg har fått med meg at man ikke bør være sparsom med smertelindring. Først i det siste har jeg tenkt at guttens styrke – og svakhet – er at han har det i kjeften, det andre har i mimikken eller bare inne i musklene sine, eller i nervebanene, eller i sentralnervesystemet. Han har sitt uttrykk, og far forstår ham ikke. Eller vil ikke forstå, for å herde.

Filosofen Arne Johan Vetlesen skriver om forskjellen på synlig og usynlig smerte: «Når øksa treffer leggen, blir jeg skadet; ska-

den har sin egen objektivitet, den kan observeres av andre, og de med egnet kompetanse kan søke å lege den. Jeg formoder at smerten som utløses av øksehogget mot min legg, vil være akkurat den samme, og således arte seg på samme måte og utløse samme reaksjon og behov for lindring, hos en hvilken som helst annen person som utsettes for det samme.»

Han skriver videre:

«...Med tanke på fornemmelsen av fysisk smerte tror vi at vi er gjennomslittige for hverandre, eminent forståelige for hverandre, på tvers av kulturer og historiske epoker» (2).

Etter å ha vist hvordan denne allmennmenneskelige kroppslige likhet mellom individer er selve den vitenskapelige forutsetning for behandlingsmessige tiltak, bringer han inn individet:

«Jeg fastholder at fysisk smerte forstått som smerteutsatthet har noe allmennmenneskelig ved seg, noe vi kan samles om vår opplevelse av. Men straks vi begynner å dvele ved *hva slik smerte gjør med meg*, især når den er særlig intens eller langvarig (kanskje kronisk), kommer det inn et sterkt individualiserende element. Jeg er utsatt for noe alle mennesker kan utsettes for, i prinsippet. Men det er *min* måte å takle denne tilstanden på det her kommer an på – og den kan nettopp oppleves å skille meg radikalt fra alle andre.» (2)

Eller sagt med lyrikeren Inger Elisabeth Hansens ord (3):

Den som ikke er i stand til å ytre seg om sin egen nød og som skrittvis ikke kan objektivere den for verden må i sine savns rike forbli en sak for seg

Det er hit, kjære leser, jeg vil rette oppmerksomheten. Det er her spørsmålet i tit-



telen, om den lange smerten er en blind flekk eller et sort hull for medisinen, kommer inn.

La meg komme med en illustrerende anekdote: Det var lunsj i vårt forskningsmiljø. Der befinner det seg en del nevrologer, gode, engasjerte kolleger med stor vilje til å hjelpe sine pasienter. Vi diskuterte kronisk smerte, og da er veien kort til å få legers frustrasjoner på bordet. Så også her, det var nok særlig pasienter med kroniske rygg smerter som fikk gjennomgå. En annen pasient ble nevnt, en mann uten ytre skade, men med helt fortilende kroniske smerter som følge av Dejerine-Roussys syndrom – en følgetilstand etter thalamus-skade, vanligvis vaskulært betinget. Nevrologen som brakte historien på bane, sa engasjert: «Han hadde virkelig grunn til å ha vondt!» Det hadde han fordi smerten var forstått, den var objektivt i form av bilder av thalamus, støttet av vår kunnskap om nervesystemet, som forteller oss at uønsket aktivitet i dette området kan gi smerteresensasjoner uten et fysisk, perifert substrat i kroppen. Smerten er derfor fullt vitenskapelig forståelig. Symptomet passer i våre kroppsmodeller, modeller som forutsetter noe allment og som er basert på innsikt i kroppens oppbygning og funksjoner.

Nå er det vel ganske banalt i dag, i 2015, å peke på svakhetene ved den naturvitenskapelige objektivisering i møtet med den enkelte pasient, de fleste vil nok nikke gjenkjennende og godta at det er ikke alt vi ser som vi kan forstå med den kunnskaps-horisonten vi har. Det vi ofte overser, imidlertid, er at objektiviseringsstradisjonen ikke bare gjør noe med det vi ser på, men også

gjør noe med synet på oss selv. Vi er ikke superavanserte datamaskiner som uanstrengt observerer, vurderer og konkluderer med tallfestede sannsynligheter gang på gang på gang, uavhengig av antall observasjoner eller av innholdet i det enkelte møtet. Vi er påvirkelige her og nå, og vi er i endring over tid. Hør bare:

Jeg ble invitert til å studere kommunikasjonskvaliteten til de ansatte ved en ryggklinik i Danmark. I utgangspunktet skulle vi kun se på forbedringspotensial for den enkelte. Men vi hadde ca 80 videoer av leger, fysioterapeuter og kiropraktorer til rådighet, og tilleggsdata om pasientene, så vi kunne gjøre noen kvantitative analyser. Vi fant noe vi ikke hadde ventet: Dess lenger pasienten hadde hatt smerter, dess dårligere kommuniserte helsepersonellet med pasienten. De brukte kortere tid, de var mindre interessert i pasientens opplevelse av og forståelse av tilstanden, de viste mindre empati og de var dårligere til å gi informasjon. Det gjaldt alle tre yrkesgrupper (4). Altså: Når vi møter pasienter med kronisk smerte, så gjør det noe med oss. Og det det gjør med oss, er ikke nødvendigvis gunstig for pasienten. I et annet av mine prosjekter, fant jeg at dess lenger en lege hadde vært i sin praksis, dess mindre sannsynlig var det at han brukte tid på å hjelpe pasienten med psykososiale problemer (5).

Det er tid for å returnere til kvinnen med fibromyalgi som oppsøkte meg. Hvor var jeg i 1992? Jeg hadde vært lege i tretten år, de fleste som allmennlege. Jeg hadde for lengst skjönt at det var mange pasienter jeg ikke hadde noen god hånd med. I 1990-91 jobbet jeg halvannet år som assistentlege på Modum Bads Nervesanatorium, for å få

sykehustjeneste til spesialitetene i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Det var det mest lærerike jeg har gjort, og det jeg lærte mest om var meg selv: hvordan jeg virket på andre mennesker, hvordan jeg tonet ned ros jeg fikk, hvordan jeg ubevisst alltid lette etter løsninger, eller forsøkte å bygge ned konflikter nesten før de var oppstått. Gode egenskaper, vil mange si. Ikke alltid hensiktsmessige, sa de på Modum Bads Nervesanatorium. Vær mer avventende, slipp folk mer til.

Så når damen kom til mitt kontor et år senere, kunne jeg – langt mer kompetent enn tidligere – svare på hennes tillits erklæring: «Det var hyggelig å høre. Jeg vil gjerne forsøke å hjelpe deg.» Og så, etter å ha avventet hennes respons, la jeg til: «Det er en ting jeg må si først, og det er at jeg bruker ikke diagnosen fibromyalgi. Hva sier du til det?» Damen reagerte ikke så mye, bare så våkent på meg. Så nikket hun og sa: «Jeg har prøvd alt. Det får være seg.» «OK», sa jeg. «Da må vi først bli kjent. Fortell om deg selv.»

Det som hadde skjedd med meg, var at jeg var blitt gjort oppmerksom på min blinde flekk. Den blinde flekken i øyet vet vi jo ikke om, vi ser ikke at vi ikke ser, fordi hjernen kompenserer. Jeg hadde alt tidligere sett at det var mye jeg ikke forstod, men nå hadde jeg sluttet å korrigere ved å plassere det jeg ikke forstod inn i en medisinsk naturvitenskapelig forklaringsmodell. Jeg hadde tidligere gjort det annerledes: Når det var noe jeg ikke forstod, så forstod jeg det likevel – som psykisk. Jeg plasserte de lange smertene (og alle de andre ubegripelighetene) i hodet på folk. Rett nok forholdsvis nennsomt, men budska-

pet i forslaget om henvisning til psykolog eller psykiater var likevel ikke til å misforstå.

Det er ikke noe en pasient gjerne vil høre. At noe er galt med kroppen er ille nok. Sier du at noe er galt med hodet mitt, så sier du at noe er galt med meg. Det er skummelt.

Nå, derimot, altså i 1992, beveget jeg meg frimodig mot det sorte hull. Dette astronomiske fenomenet er skremmende å tenke på. Kommer vi for nær, passerer den såkalte hendeshorisonnten, en teoretisk grense, så trekkes vi ubønnhørlig inn i hullet og vi aner ikke mer hva som skjer, bare at vi ikke slipper ut igjen. Det er totalt tap av kontroll. Jeg måtte våge – hele tiden – å få satt min kunnskap og mine erkjennelser på prøve. Jeg måtte nærmere den enkelte for å begripe, og holde det ut om jeg ikke kunne begripe. Jeg måtte føle meg hjelpeløs og avmektig. Det viste seg at det sorte hullet var enda mer truende for mange av pasientene. Det kunne ta tid å nærme seg, men det var trøst i å gjøre det sammen. Og jeg lærte, sammen med dem.

Jeg fikk innblikk i norske hverdagspasienters liv som fikk Dostojevskijs romaner til å fremstå som kiosklitteratur. Det førte senere til min doktoravhandling om hvor godt allmennleger kjenner sine pasienter. En temmelig simpel, men godt gjennomført spørreskjemastudie av 1401 pasienter i 89 legepraksiser, med svarprosent 87, som viste at én av tre voksne pasienter i allmennpraksis har belastninger i livet sitt som de opplever at har betydning for helsen. Som også viste at legene visste om rundt halvparten av disse belastningene hvis det var knyttet til arbeidslivet, sjeldnere om det var mer private erfaringer, og bare i hvert femte tilfelle om pasienten hadde offererfaring (6). Omtrent samtidig skrev allmennlegen Anna Luise Kirkengen sitt banebrytende doktorarbeid der hun bruker en fenomenologisk tilnærming for å begripe, senere popularisert i boken «Hvordan krenkede barn blir syke voksne» (7). Der fremstilles flere overbevisende historier om hvordan konkrete overgrepserfaringer kan forklare helt eksplisitte, lokale smerter. Boken bør være standardlitteratur for leger.

La oss lytte til lyrikeren Nils Yttri i boken Bokserens blod (8):

Jeg var ikke av familie
jeg er fortsatt elev
av de uheldige omstendigheter
men jeg vokste opp
som de fleste
ble til med parkfugl
ikke Bach

ikke opera
jeg vokste opp
ble stor og svak
for den gale vandrer
jeg vokste opp
ingen walk over
i livets første runde
men gongongen reddet meg
stadig fra å bli helt i min barndom
av boksing og køllekamp
... (senere i samme dikt).....
I dine gater barndom
gikk jeg i stykker
bit for bit
meter for meter
til det følte
som jeg dekket
hele deg med meg

Hva våre medmennesker er frarøvet i løpet av sine liv, og hva det betyr for dem, kan vi ikke lese oss til. Vi må lytte. Men gjør vi det? Her er noen sitater fra den afghanske flyktningen Farida Ahmadis studie «Tause skrik», om smerte og multikulturalisme og minoritetskvinnens behov for anerkjennelse (9):

Sagt av en middelaldrende, pakistanskfødt enke giftet til Norge som 16-åring, nå med ansvar for svigerforeldre og barn og husstandens inntekt:

«Legen min gir meg smertestillende tabletter, de virker bare kortvarig. Norske leger er rare, når jeg går til legen min er han opptatt med sin datamaskin. Han ser ikke på meg, men stiller spørsmål om hvor jeg bor, og skriver det på dataen. Jeg savner at legen snakker med meg, og at jeg får tid og blir hørt. Det er ikke tid til å forklare at jeg ikke kan gå på trening.»

Sagt av en somalisk flyktningkvinne: «Smerthen ved arbeidsledighet er større enn smerten ved omskjæring.»

Sagt av en Oslo-lege om innvandrerkvinnene i sin praksis: «De vil ikke bli bedre.»

Vi hører at legen ikke vil forbi hendeshorisonnten og inn i det sorte hullet. Det er forståelig, for hun vet jo ikke om hun har noe som helst å hjelpe seg med der. Dessuten: det kan godt være hun har erfart at inngenting av det hun tilbyr blir tatt imot. Forventningene til en lege er ikke de samme i Afrika og Asia, ja, de varierer faktisk fra person til person også blant norske. Spør vi folk om hva de håper vi kan gjøre?

Vetlesen skriver om den langvarige smerten at kroppen blir som et fengsel, med sin fysisk-romlige utstrekning, som setter grenser for verdenen jeg kan oppleve. Det er ille nok. Men han trekker effekten av smerten lenger, sitat:

«Innsikten som trenger seg på, er at krop-

pen – kroppens utsatthet for smerte – like gjerne kan hevdes å være noe som skiller mennesker ad som det forener oss alle. Det er smerten som avgjør: smerten bestemmer om jeg opplever meg og min eksistens i verden som grunnleggende lik, og som del av, andres menneskers eksistens i den, eller om jeg tvert om opplever min eksistens som radikalt *frakoblet* alle andres.» (2)

Å være frakoblet andre mennesker er en eksistensiell trussel. Vi finnes bare i kraft av å høre til menneskeflokkene. Hva skal vi ellers med speilnevroner? Det ikke å høre til er tett forbundet med avvisning, med skam. Å ha kronisk smerte er skammelig. Det er neppe det første du nevner på et jobbintervju. Det er ikke noen hyppig flaggete egenskap på en dating-nettside. Selv hos legen er det sjelden det første som presenteres, og hvis det gjøres, som i tilfellet med min middelaldrende kvinne, kommer det gjerne i en form vi leger forventes å kunne forholde oss til. Og har vi intet annet å tilby disse pasientene, så har vi i hvert fall noe som beskytter mot den endelige frakobling: En sykmelding, en tilkobling, en attest på at pasienten hører til et samfunn. På den må vi som dere vet skrive noe medisinsk, en unnskyldning nærmest, på vegne av pasienten, for at de ikke kan brødfø seg selv.

Jeg sa jeg lærte av å nærme meg det sorte hullet, sammen med pasienten.

Men noen ganger var det tøft. En sak er å få innsikt i fortvilte liv.

Verre var det når jeg ikke ville gå på akkord med det jeg mente var den beste løsningen; nemlig å la være å skrive sykmelding, eller nekte forskrivning av B-preparat. Da kunne avgrunnen en sjelden gang komme ubehagelig nær. Trusler, giftig kritikk, og selvsagt det som vi aller minst vil høre: Å bli karakterisert som ubrukelig. Jeg måtte øve på å tenke at pasienten nok hadde rett: Jeg var ubrukelig – for han. Jeg innrømmer at i slike nær-apokalyptiske øyeblikk var det godt å ha etablert medisinsk praksis i ryggen. Det var også en trøst å tenke at jeg var heldig som bare var ubrukelig der og da, at pasienten tross alt stod i den opplevelsen mer eller mindre hele tiden.

Den middelaldrende kvinnen med fibromyalgi var ugift enebarn og bod-



de sammen med sin nesten åtti år gamle mor. Hun hadde vært flink på skolen og plikttoppfyllende. Faren deserterte familien da hun var i tenårene, hun kunne ikke huske overgrep, bare at han sjelden var hjemme. Mora falt sammen da han dro, og knyttet datteren til seg med alle emosjonelle midler. Tilløp til forelskelser klarte mor raskt å torpedere. Kvinnen fikk gå på handelsskole i hjembyen, det var ikke snakk om å reise vekk for å studere, til tross for gode skolerresultater. Hun fikk seg jobb i et forsikringsselskap, der hun hadde steget i gradene til kontorsjef på grunn av sin pålitelighet, slik hun selv fortalte det. Men hun var avhengig av Paralgin forte. Hun hadde fått det for hodepine første gang i slutten av tenårene, og brukt det med økende hyppighet gjennom tjuetårene. Siden hun var tretti hadde hun fått det fast, da hun kom til meg stod hun på to tabletter tre ganger daglig og brukte egentlig litt mer. Det var mange år siden legen hadde sagt hun hadde fibromyalgi, hun hadde også vært hos revmatolog. Hundrevis av

fysioterapitimer og bassengturer hadde aldri gitt annet enn kortvarig, begrenset effekt.

Jeg sa ikke at jeg forstod smertene hennes, det gjorde jeg sikkert ikke heller. Jeg sa ikke at det var psykisk, det ville vært å be henne forlate rommet. Jeg spurte hva hun håpet vi kunne oppnå. Det viste seg at hun følte at medikamentene sløvet henne og at det gikk utover arbeidet. Hun skulle ønske hun kunne bruke mindre.

Det skal vi klare, sa jeg, men det kan ta litt tid. Er det noe annet du ønsker annerledes i livet? Det tok litt tid før hun svarte. Jeg kunne så vidt ane litt fuktige øyne. Til slutt sa hun nesten uhørlig: – Jeg skulle ønske at mor var død.

Det kunne jeg ikke hjelpe henne med. Men det hjalp at jeg hadde hørt det. Hele den første samtalen tok en halv time. Over et halvt års tid fikk vi trappet ned Paralgin forte til inntil 1 x 3, og hun tok oftest mindre. Hun hadde påbegynt oppgaven med å sette grenser for sin mor.

Hun, og flere kronikere med henne, tok det tungt når jeg deserterte dem og solgte min praksis for å begynne å forske. Melodien var: Hvor skal jeg nå finne en lege som er nysgjerrig på livet mitt? De finnes, sa jeg. Ikke gi deg.

Så meldingen til dere, kjære kolleger, er enkel: Når en med så dårlig utviklede speilnevroner som meg kan få det til, sågar uten å ha tilegnet meg spesifikk kunnskap om smertebehandling – noe jeg burde ha gjort riktignok – så kan *alle* få det til. Resepten er egentlig enkel:

- Istedenfor å korrigere for den blinde flekken, gå mot det sorte hullet. Vær forbedret på avmakt, og hold det ut. Men tvil ikke på din betydning som ledsager.
- Utforsk pasientens forståelse av plagene (og vær forsiktig med å fremme din egen)
 - Utforsk hva smerten betyr for livsutfoldelsen (og unngå en skala fra en til ti)
 - Finn ut hva pasienten håper å oppnå (de er mer realistiske enn du tror)
 - Ikke se på deg selv som den som skal fjerne smerten eller løse alle problemer. Vær modig: Sett grenser – for pasienten – og for deg selv!

Som Hannah Arendt skriver:

«Menneskets vilkår er slik at smerter og anstrengelser ikke bare er symptomer som kan fjernes uten å endre selve livet.» (10)

Uansett kan du – og må du – tilby tilkobling. Du må vise disse pasientene at de hører til, til oss, menneskeheten. I Ahmadis bok finner vi dette sitatet fra en tredje innvandrerkvinn (9):

«Til sist sa legen at han ikke kunne hjelpe meg mer, jeg må bare finne ut hvordan jeg kan mestre mitt liv, sa han, og leve med smerten.»

Det høres ut som en frakobling, legen har gitt opp. Men det spørres om ikke vi må beholde ledsagerfunksjonen. Noen ganger kan det være nok bare å lytte, å tillate at pasienten ønsker sin mor død. Det kurerer ikke, men det hjelper. Jeg tar frem det aller verste i meg, min aller dypeste skam, og legen ser på meg, hører etter, nikker, og forlater meg ikke! I siste instans er det å tilhøre et sine qua non for å leve – sjeldent kortere formulert enn i Niels Fredrik Dahls kjærlighetsdikt Den tredje muskel (11):

Jeg sa: jeg har én muskel: hjertet
Jeg har to muskler: leppene
Jeg har tre muskler: bli hos meg

Artikkelen er en omarbeidet versjon av invitert avslutningsforelesning ved Norsk smerteforenings jubileumskonferanse, OUS-Rikshospitalet, 9. januar 2015

REFERANSER

1. The brain from top to bottom: Sharing other people's pain: McGill University, Canada: http://thebrain.mcgill.ca/flash/i/i_03/i_03_s/i_03_s_dou/i_03_s_dou.html (2.1.2015)
2. Vetlesen AJ. Smerte. Lysaker: Dinamo forlag, 2004.
3. Hansen IE. Fraværskilder. Oslo: Aschehoug, 2000. Ytring, s. 111.
4. Gulbrandsen P, Madsen HB, Benth JS, Lærum E. Health care providers communicate less well with patients with chronic low back pain. A study of encounters at a back pain clinic in Denmark. Pain 2010; 150: 458–61.
5. Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice: multipractice questionnaire survey. BMJ 1998; 317: 28–32.
6. Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. BMJ 1997; 314: 1014–8.
7. Kirkengen AL. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget, 2005.
8. Yttri N. Bokserens blod. Oslo: Aschehoug, 1980. Side 7 og kursiv s. 9–10.
9. Ahmadi F. Tause skrik. Minoritetskvinnens behov for anerkjennelse. 2. utgave. Oslo: eget forlag, 2013. (1. utgave kom på Pax i 2008).
10. Skår AM, red. Den store norske sitatboka. Oslo: Kagge forlag, 2003.
11. Dahl NF. Min tredje muskel. Oslo: Tiden, 1999. s 32.

■ PAL.GULBRANDSEN@MEDISIN.UIO.NO

Praksisvariasjon og kontekst i allmennmedisin

■ ANNE HELEN HANSEN • Nasjonalt senter for Samhandling og Telemedisin, Universitetssykehuset Nord-Norge /Institutt for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø - Norges Arktiske Universitet

Samme sykdom blir ikke behandlet likt i allmennpraksis. Allmennpraksis er farget av den konteksten som hver unik person bringer inn på legekontoret.

Det er stor praksisvariasjon og varierende bruk av kliniske retningslinjer blant fastlegene. Men til tross for at over 80 prosent av den voksne befolkningen konsulterer fastlegen årlig (1), har vi lite systematisert kunnskap om hva som foregår på legekontorene. Det er både fellestrekk og forskjeller i fastlegenes praksis, men hva er hva – og hvordan kan forskjellene forstås?

Medisinsk praksis – evidens og kunst

Ideen om evidensbasert praksis er sentral i dagens medisin. Fra begrepet første gang dukket opp i 1991 har det blitt redefinert og forsøkt tilpasset ulike kliniske sammenhenger, også allmennpraksis. I begynnelsen var begrepet beskrevet i polemikk mot usystematiske kliniske observasjoner, intuisjon og kliniske autoriteter («slik gjør vi det her»), og man la sterk vekt på betydningen av kunnskap fra randomiserte kontrollerte studier (2). I dag tar kunnskapsbasert medisin opp i seg også andre typer forsknings- og erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov (3).

Medisin kan defineres som «vitenskapen og kunsten å fremme helse, forebygging, lindring og helbredelse av sykdom» (4). Definisjonen nevner både vitenskap og kunst. Typisk for all kunst, er at den bringer livserfaringer inn i prosess og produkt. Professor i medisin Kathryn Montgomery fremholder i boken «How Doctors think» at medisin ikke er en vitenskap, men en vitenskapsbenyttende praksis og at legens beste kliniske instrument er legen selv (5).

Allmennpraksis er ikke sykehuspraksis

Som bakteppe for diskusjonen om praksisvariasjon, nevnes her fire fellestrekk ved allmennpraksis som står i en viss kontrast til praksis i spesialisthelsetjenesten. For det første innebærer allmennpraksis en åpen tilnærming til hele bredden av diagnoser, plager og tilstander som inngår i konsultasjonen. Multimorbiditet, ikke-spesifikke og komplekse problemer er vanlig, og det kan være vanskelig å skille mellom medisinske og ikke medisinske problemer (6). Å hjelpe personer med livsproblemer og lidelser som ikke har biomedisinske løsninger, representerer en særskilt utfordring til åpenhet, omsorg og kreativitet.

For det andre er lege-pasient forholdet personrelatert, langvarig og kontinuerlig (7, 8). I spesialisthelsetjenesten er det pasientene som kommer og går mens diagnosen består. Hos fastlegen er det diagnosen som kommer og går, mens pasientene består. I følge avdøde professor Ian McWhinney (kjent som grunnleggeren av akademisk allmennmedisin) er legens kjennskap og relasjon til personer/pasienter og den sammenheng de lever i av like stor betydning for allmennmedisinsk fagutøvelse som det kliniske innholdet (9).

For det tredje må kliniske beslutninger, i større grad enn i spesialisthelsetjenesten, tas under usikkerhet. Usikkerheten kan være kalkulert risiko, prinsipiell usikkerhet, og/eller uvitenhet (10). Kalkulert risiko foreligger når tallfestede sannsynligheter for pasientgruppers risiko er kjent. Det er denne typen usikkerhet som har hovedfokus i kliniske retningslinjer. Prinsipiell usikkerhet foreligger når vi ikke vet om den aktuelle pasienten passer inn i den kalkulerte risikoen. Uvitenhet innebærer manglende oversikt over konsekvenser av den kliniske beslutningen, man vet ikke hva man ikke vet. Kalkulert risiko må ikke

være det eneste grunnlaget for kliniske beslutninger (10).

For det fjerde er det relativt lite forskning i allmennpraksis. Forskningen på allmennpraksis som helsetjeneste handler ofte om den delen av virksomheten som utløser ytelse i spesialisthelsetjenesten eller har økonomiske konsekvenser for legemiddelindustri eller samfunnet forøvrig. Den handler sjeldnere om kjernevirksomheten – selve møtet mellom pasienten og legen. Betydelig større summer går til forskning i spesialisthelsetjenesten, og universitetene samarbeider med sykehusene, som er organisatorisk egnet for det (11). Etter etableringen av fire forskningsenheter for allmennmedisin i 2006, er det likevel mer forskning i allmennpraksis enn tidligere. Dette har vært og er viktig, fordi forståelse og fortolkning alltid skjer fra en bestemt posisjon.

Samme sykdom blir ikke behandlet likt

På den andre siden er det dokumentert store forskjeller i fastlegenes praksis. Dette er vist for spesialisthenvisninger, diagnostikk, behandling, deltakelse i tverrfaglige møter, laboratoriebruk, sykemeldingspraksis og legevaktbruk (12). Pasientfaktorer kan forklare noe av variasjonen, for eksempel når det gjelder sykemeldingspraksis og legedeltakelse i tverrfaglige møter (12), men er likevel ikke blant de dominerende forklaringshypotesene i litteraturen, noe som gjenspeiler at det er mindre forskningsfokus på allmennpraksis enn spesialistpraksis. Forklaringsforskningene følger tre hovedlinjer (13):

1. Usikkerhet og ignorerende holdning til kliniske retningslinjer blant enkeltleger (praksis-stil-hypotesen)
2. Uenigheter og varierende entusiasme blant enkeltleger og i kliniske fagmiljøer
3. Kontekstuelle forhold som tilbudsstyrt etterspørsel og sosiale/organisatoriske rammer omkring klinisk praksis



sin

Det er både fellestrekk og forskjeller i fastlegenes praksis, men hva er hva – og hvordan kan forskjellene forstås?

Legers ulike toleranse for klinisk usikkerhet, varierende kunnskapsnivå og ignorering holdninger til kliniske retningslinjer vektlegges som forklaringer. Faglige interesser, kjønn, alder, erfaringer, kulturell bakgrunn, utdanning, spesialiststatus og økonomi nevnes også (12, 14).

Mange av forklaringene omhandler altså legens personlige egenskaper. Dette svarer med Montgomerys syn på legen selv som det viktigste arbeidsinstrumentet (5), noe som tilsier at dette «instrumentet» bør få økt fokus, både når det gjelder vedlikehold, kalibrering og utvikling. Forståelse av rolle og profesjonsdannelse kommer nå sterkere inn i den medisinske grunnutdanningen. Dette er erkjent i revisjoner av medisinske studieplaner verden rundt, også i Norge. Det er likevel grunn til å advare mot et ensidig fokus på legerolle og person, som kan undervurdere betydningen av kontekst og system. Fastlegen opererer ikke i et vakuum, noe de siste forklaringshypotesene tar høyde for. Det kan være at forhold ved legekantoret, kollegafellesskapet, faget allmennmedisin, helsetjenesten og samfunnet også er medvirkende årsaker til praksisvariasjon (6, 9, 10, 12–17).

Er variasjon et gode eller et onde – eller begge deler?

Til tross for at praksisvariasjonen forsøkes forklart, er det likevel gjennomgående at

det meste av variasjonen ikke kan forklares ut fra de analysemodellene som brukes (15). Litteraturen presenterer heller ingen entydig definisjon av praksisvariasjon, og skiller ikke klart mellom berettiget og uberettiget variasjon (16). En av vår tids ledende forskere på området, John E. Wennberg, definerer uberettiget variasjon som «den variasjonen som ikke kan forklares ut fra variasjon i sykdom, plager eller pasientpreferanser» (17). Definisjonen er negativ, den sier hva uberettiget variasjon ikke er, og lar seg dermed vanskelig operasjonalisere for forskningsformål.

Kunnskapsgrunnlaget om praksisvariasjon kommer fra spesialisthelsetjenesten, og fra andre land og helsetjenestesystemer, og har begrenset gyldighet for norsk allmennpraksis. Det gjenspeiles i diskusjonene, hvor noen hevder at avvik fra en kunnskapsbasert standard uansett er uberettiget (16). Dette står i motsetning til usikkerheten i allmennlegers beslutningsgrunnlag omkring risiko, prinsipiell usikkerhet og uvitenhet i unike møter med ulike mennesker (10). Evidensbasert medisin bevegelsen har møtt kritikk ved å ta opp i seg mer enn den opprinnelige referanserammen. Konsekvensen er at evidensbegrepet er blitt utvannet og upresist (18), men fortsatt med begrenset relevans for allmennlegens konsultasjoner. I en åpen allmennmedisinsk tilnærming er det legens relasjon til og forståelsen av den

hjelpesøkende personen i sin livssammenheng som er kjernestoff og utgangspunkt for trygg og omsorgsfull praksis (9). Det er derfor grunn til å lete etter nye begreper som er mer dekkende for allmennmedisinsk praksis.

Allmennmedisin er kontekstuell medisin

Med sine særtrekk er allmennmedisin en fremtredende eksponent for medisinsk praksis hvor konteksten spiller en vesentlig rolle for omsorgsfulle og kvalitativt gode beslutninger. Konteksten er både

- Publiserte resultater av klinisk forskning
- Erfaringsbasert medisinsk kunnskap
- Pasientens (syke)historie
- Pasientens og eventuelt pårørendes verdier og holdninger
- Samfunnets normer, lover og forskrifter

Kontekstuell medisin praktiseres når beslutninger om hjelpebehov tas med basis i alle disse fem hovedområdene. Den relative vektleggingen av områdene vil variere med situasjonen, med hvordan den oppfattes av ulike leger og ulike pasienter, den vil variere over tid, og den vil variere med geografisk og lokal kultur. Ut fra ulik grad av personlig kjennskap til person, familieforhold og nærmiljø vil vektleggingen av momentene være ulik i allmennmedisin og sykehusmedisin. Heller ikke hver for seg er dis-

se fem områdene statiske størrelser, men dynamiske og foranderlige, og de påvirker hverandre gjensidig.

I den allmennmedisinske konsultasjonen skal mennesker i legerollen og pasientrollen sammen løse til dels komplekse menneskelige problemer, og med menneskene selv som de viktigste arbeidsinstrumentene. Med en så dominerende menneskelig faktor trenger man ikke være noen stor profet for å postulere at praksisvariasjon vil bestå.

Har vi da ikke bruk for kliniske retningslinjer? Selvsagt har vi det, men retningslinjer for allmennpraksis må være tilpasset en allmennmedisinsk kontekst. De bør utarbeides i allmennpraksis, i samarbeid mellom allmennleger, forskere, pasienter og pårørende (19), og implementeres med aktive metoder (14). Retningslinjene må ta høyde for at den menneskelige faktor er en nødvendig og positiv kraft i utøvelsen av allmennmedisin, som ikke må kastes over bord i bestrebelsene på å oppnå en strømlinjeformet praksis. Allmennmedisin er og må være kontekstuell medisin.

REFERANSER

- Hansen AH, Halvorsen PA, Førde OH. The ecology of medical care in Norway: wide use of general practitioners may not necessarily keep patients out of hospitals. *J Public Health Res* 2012; volume 1:e28.
- Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992; 268 (17): 2420-2425.
- Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen og Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. Kunnskapsbasert praksis. <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>.
- Merriam-Webster. www.merriam-webster.com/dictionary/medicine.
- Montgomery K. How doctors think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine. Oxford: Oxford University Press 2006.
- Nessa J, Schei E, Stensland P. Korleis møter allmennlegane pasientanes livsproblem? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 1323-5 doi:10.4045/tidsskr.08.0233.
- Hansen AH, Halvorsen PA, Aaraas IJ, Førde OH. Continuity of GP care is related to reduced specialist health care use: a cross-sectional survey. *Br J Gen Pract* 2013; DOI: 10.3399/bjgp13X669202.
- Hetlevik Ø, Gjesdal S. Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 214-21.
- McWhinney IR. Being a general practitioner: what it means. *Eur J Gen Pract* 2000; 6: 135-9.
- Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvi-tenhet i medisinen. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 1382-6.
- Hunskår S, Røttingen JA. Utfordringer for fagutvikling og forskning i allmennmedisin. *Kronikk. Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2637-9.
- Liste over aktuelle referanser kan fås ved henvendelse til forfatteren
- Love T. Variation in medical practice: literature review and discussion. Sapere research group 2013.
- Treweek S, Flottorp S, Fretheim A. Retningslinjer for allmennpraksis – blir de lest og blir de brukt? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 300-3.
- O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? *Fam Pract* 2000; 17(6): 462-71.
- Mercuri M, Gafni A. Medical practice variations: what the literature tells us (or does not) about what are warranted and unwarranted variations. *J Eval Clin Pract* 2011; 17: 671-7.
- Wennberg JE. *Tracking Medicine*. Oxford University Press. New York 2010. ISBN 978-0-19-973178-7.
- Tonelli, MR. A late and shifting foundation: a commentary on Djulbegovic, B., Guyatt G. H & Ashcroft, R.E. (2009) *Cancer Control*, 16, 158-168. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 2009; 15: 907-909.
- Røsvik AH, Movik E, Nylenna M. Deltar pasientene i utvikling av kliniske retningslinjer i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2010; 130: 2236-8.

Sykestuefunksjonen i sammenlignet med kommunale

■ ERIK LANGFELDT • *Kommunelege i Nordkapp*

Sykestuene i Finnmark har tradisjoner tilbake til 1800-tallet. I Nordkapp kommune har vi arbeidet for en modernisering av denne intermediære tjenesten siden midten av 1990-årene. Fra 2006 har vi frontet kommunene i et felles arbeid med Finnmarkssykehuset og Helse Nord RHF, initiert av regionforetaket. Vi har definert mål og faglige krav til tjenesteformen og utviklet administrative verktøy for samhandling og registrering av virksomhetsdata. Da samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, var sykestuene i Finnmark en foregangsmodell for de lovhjemlede kommunale akutte døgnplassene (KAD). Denne artikkelen drøfter forskjellene mellom sykestuefunksjonen og KAD-funksjonen, samt sykestuenes potensial for å bli en enda viktigere struktur for å realisere reformen.

Sykestuene er velegnet som arena for samhandling mellom kommunene og foretak, og kommunene seg imellom. Sykestuene byr seg frem som en hensiktsmessig instans for å koordinere kommunehelsetjenestens interne, tverrfaglige samarbeid om de sykeste pasientene – på tvers av institusjon og hjemmebaserte tjenester. Kravene som stilles til sykestuedrift må rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene, og mot krav til partenes faglige bidrag innenfor pasientforløp. Dermed kan sykestuene være det organisatoriske elementet som en samlet helsetjeneste i fylket trenger for å utvikle en enhetlig arena for tjenesteutvikling og kompetansebygging.

Karakteristika ved Finnmark

Finnmarks areal (48 637 km²) er like stort som Rogaland, Agderfylkene, Telemark, Vestfold og Østfold til sammen (47 516 km²). Med 75 207 innbyggere utgjør Finnmarks befolkning bare 5 prosent av befolkningen i disse fylkene og den fordeler seg på 19 kommuner (1).

16 av kommunene drifter sykestue. Til sammen betjener de 40 sykestueplassene

70 prosent av fylkets innbyggere. De syv minste sykestuekommunene har 919–1341 innbyggere og én sykestueplass, mens Alta – den overlegent største kommunen i Finnmark, med sine 19 822 innbyggere – har ni plasser. De øvrige kommunene har to til seks plasser. Nordkapp kommune har tre sykestueplasser til disposisjon for sine 3213 innbyggere.

Vertskommunene for fylkets sykehus, Hammerfest og Sør-Varanger, samt Kvalsund, nabokommune til Hammerfest, har ikke hatt sykestue. Disse tre kommunene har nyetablert to KAD-enheter med til sammen tre plasser.

Tre argumenter for sykestuedrift i Finnmark

- Avstand til spesialisthelsetjenesten
- Avstand til senter i nabokommunen
- Klima- og logistikkutfordringer

Finnmark har en lang vinter med mye vær. Det byr regelmessig på utfordringer både med hensyn til logistikk og transport. Tidvis er veiene langsomt farbare, kolonnekjørte eller stengt, og flytrafikken innstilt.

Veivstanden mellom Klinikk Hammerfest i vest og Klinikk Kirkenes i øst er 481 km. Gjennomsnittlig avstand fra 12 av sykestuekommunene inn til sykehuset er 191 km. Da er kommunene Lebesby og Gamvik med respektive 320 og 340 km til sykehus ikke medregnet, og heller ikke øysamfunnene Hasvik og Loppa. Pasienttransport herfra vil oftest finne sted pr. båt eller fly. Avstanden Honningsvåg–Hammerfest er 181 km.

Perspektiver på samhandling

Fire tilnæringsmåter er særlig interessante å holde frem:

1. Et perspektiv på hele helsetjenesten i Finnmark som grunnlag for planlegging
2. Sykestuene som arenaer for samhandling om de akutte og kronisk alvorlig syke
3. Likeverdige helsetjenester uavhengig av avstand til sykehus, når en kan få til dette med god kvalitet og til en akseptabel økonomi
4. Reisetid for pasienten må inngå i helse-tjenesteregnskapet sammen med vurdering av ressursbehov og kostnads- og inntektsider

Sykestueavtalens forpliktende hovedelementer

Gjeldende definisjon av en sykestuepasient (2): Pasient innlagt på institusjonsplass i kommunen for diagnostisering, observasjon eller behandling, som alternativ til sykehusinnleggelse.

- Pasienten skal ha behov for daglig legetilsyn
- Det skal foregå en aktiv behandling
- Sykepleier skal være til stede 24/7
- Dagopphold skal vare minst tre timer
- Gjennomsnittlig liggetid skal vanligvis ikke overstige fire til syv døgn
- Opphold ut over 14 dager må vurderes særskilt og meldes skriftlig til foretaket
- Cellegiftbehandling teller som dagopphold

Nordkapp

akutte døgnplasser



Sykestuen i Nordkapp har tre sykestueplasser til disposisjon for de litt over 3000 innbyggerne i kommunen. FOTO: NIKOLAI SALAMONSEN

Institusjonsplasser, gråsoner og legearbeid

KAD-oppgavene har i praksis vært integrert i sykestuefunksjonen før samhandlingsreformen, men er i de senere årene blitt samlokalisert på helsesenteret innenfor en egen kommunal korttidsenhet i sykehjemmet. Enheten omfatter de tre syke-

stueplassene, fem til seks kommunale plasser og akuttstue. Legetjenesten er lokalisert i samme bygg. Avlastning (tre plasser) finner sted på et omsorgssenter lokalisert annet sted, der hjemmebaserte tjenester har sin base.

Plassene i korttidsenheten brukes fleksibelt om hverandre. Det er pasientens til-

stand som avgjør hva slags seng som tildeles. Det kan være en til fem sykestuepasienter i enheten, bestemt av medisinske kriterier som fremgår av avtalen mellom foretaket og kommunene (2). Hensyn må tas til kjønn, smittestatus, uro (rus og psykiatri) og terminalt sykeleie. På kommunal korttidsplass kan en pasient opp-

holde seg på grunn av enklere medisinske forhold som ikke krever daglig legetilsyn, og i påvente av ledig plass i sykehjemsavdeling. Det synes ikke å være noen entydig forståelse av hva en KAD-plass skal brukes til, like lite som en kan bestemme en gang for alle hvilke pasienter som skal innlegges sykehus. Ved bruk av sykestueplass og KAD-plass er det «gråsoner», der det kan være uenighet om grenseoppganger. Hos oss skiller vi i praksis ikke mellom de to funksjonene. Det kan også være gråsoner mellom disse og kommunale korttidsplasser og opp mot pasienter som hjemmebaserte tjenester tar ansvar for. I tillegg kan en tenke seg uklarheter om diagnostikk og forskjeller i medisinske håndteringsmåter betinget i ulike kompetanse/kapasitet ved ulike sykestuer. Det er ønskelig å utvikle en mer enhetlig forståelse av hvor pasienter hører hjemme, men vi kan ikke rydde bort gråsonene.

I Nordkapp deltar alle legene unntatt én i legevaktordningen, og også i legearbeidet ved institusjonen. Det er satt av fast tid for lege ved institusjonen alle virkedager kl. 0930–1200. Mest legearbeid brukes på korttidsheten. Legene bytter på ansvaret hver fjerde uke. Etter arbeidstid og i helgene betjener vakthavende lege institusjonen.

Funksjonsforskjeller mellom sykestueplasser og KAD-plasser

Sykestuene håndterer de pasientene som KAD-plassene skal håndtere, men i større omfang enn disse. Pasienter som innlegges som øyeblikkelig hjelp fra hjemmet ferdig behandles i betydelig grad på sykestua. Disse pasientene domineres av indremedisinske problemstillinger: KOLS, hjertesvikt med behov for parenteral korrigering, infeksjonstilstander med komorbiditet, enkelte smertetilstander og noen kirurgiske tilstander til observasjon, psykiatriske tilstander og rus. Registreringene dokumenterer at det er svært få av sykestuepasientene som ikke til slutt utskrives til hjemmet, mange i løpet av ett til tre døgn.

Når akuttpasienten er dårlig og avstanden til sykehus liten, vil hun bli transportert direkte dit raskest mulig. Dess dårligere pasienten er ute i en sykestuekommune, dess viktigere er det å utøve prehospitaltjenester på institusjonsnivå før transporten starter til sykehus: Diagnostisere, eventuelt primærbehandle og stabilisere pasienten. Institusjonsplass må også brukes i påvente av at ambulanse/ambulansefly blir ledig, samt ved ventetid på at været tillater at transport til sykehus kan finne sted. Vinterstid kan det være umulig å transportere pasienter videre pga. stengte veier og dårlig flyvær. Rammevilkårene tilsier at vi må være forberedt på å beholde en dårlig pasient lenger enn det som er medisinsk faglig tilrådelig, om spesialisthelsetjenesten hadde vært nærmere. Blir en slik pasient liggende lenger enn tre timer, er hun etter avtale definert som sykestuepasient.

Når pasienter med et potensielt mer alvorlig sykdomsbilde må innom sykestua før eventuell videre transport til sykehus, finner det ikke sjelden sted en medisinsk avklaring. Det betyr at en viss andel av disse pasientene kan beholdes og skrives ut til hjemmet i løpet av ett til to døgn. En del av de sykeste utskrivningsklare pasientene fra sykehus overføres direkte til sykestua for mer intensiv medisinsk oppfølging før de skrives ut til hjemmet eller til kommunal institusjonsplass.

Noen elektive pasienter får sykestueplass: Pasienter innlagt for utredningsopp-

hold og for optimalisering av behandling, samt pasienter innlagt for palliasjon og terminal pleie. Når pasienten er stabil og daglig legetilsyn ikke er nødvendig, overføres hun til kommunal korttidsplass eller skrives ut til hjemmet. Noen ganger vil utredningen konkludere med overføring til sykehus. Terminale pasienter etterspør i økende grad å få dø hjemme. Det strekker vi oss langt for å etterkomme.

Når dårligere pasienter i økende utstrekning får sin omsorg og behandling i hjemmet, oppleves det som en trygghet for både pasient, pårørende og helsepersonell at det vil bli ryddet en plass i sykestueenheten når behovet skulle oppstå. Det betyr at vi oftere enn før har dårlige hjemmeboende pasienter.

Det er rimelig å anta at skrapelige gamle i kommuner med lang avstand til sykehus, oftere vil trenge innleggelse i forbindelse med undersøkelsene enn de som bor nær sykehuset og kan betjenes poliklinisk. Kan man gjøre mer av utredninger og behandlinger lokalt, sparer det transport, innleggelse og oppholdstid ved sykehus.

På grunn av lang reisevei til sykehus har Nordkapp kommune utviklet desentraliserte helsetjenester:

EKSEMPEL 1. Sykestuen i Nordkapp startet i 1994 et samarbeid med kardiologer ved Klinikkk Hammerfest og Universitetssykehuset Nord-Norge om å tilby prehospital trombolysse ved akutt hjerteinfarkt (3). Tidsgevinsten i det enkelte tilfellet er to til tre timer med tilsvarende spart hjertefunksjon.

EKSEMPEL 2. Kreftpasienter har siden 2005 hatt tilbud om cytostatika ved dagopphold på sykestuen etter at første dose er gitt i spesialisthelsetjenesten (4). Ordningen er etablert i samarbeid med kreftavdelingen ved UNN og andre avdelinger. Dermed slipper kreftpasientene ukentlig skytteltrafikk til sykehuset. Kreft er den diagnosegruppen som har lagt beslag på flest liggedøgn ved sykestuene.

EKSEMPEL 3. Planlagte blodtransfusjoner og, en sjelden gang, transfusjon av trombocytter.

EKSEMPEL 4. Noen sykestuer gir dialyse, men hittil ikke Nordkapp (annet enn hjemmedialyse).

Fagutvikling ved sykestuene

Nordkapp deltar aktivt i den faglige sykestuesatsingen og gir praktiske forslag og innspill til systemnivået i tjenesten. Vi har hatt besøk av enkeltpersoner og tverrfaglig sammensatte helsepersonellgrupper fra en rekke andre kommuner. Vi har presentert



Behandlingsrom på Nordkapp sykestue.



Pasient får cytostatika-behandling.

organisering og faglig praksis, gitt veiledning pr. telematikk, drevet fagliggjøringsprosjekter og evaluert og publisert disse. Nordkapp initierte og drev i årene 2009–11 et prosjekt om kreft og lindring sammen med kreftsykepleier i Vadsø (5). Avstand er ingen hindring for samhandling. Lindring i Nord, Universitetssykehuset i Nord-Norge, var en sentral samhandlingspartner. Prosjektet ble langt på vei finansiert av Helse Nord RHF. Det viste seg at kommunene ikke var modne for å nyttiggjøre seg tilbudet, men metoder er utviklet og erfaringer tatt vare på.

Samhandling for desentraliserte tjenester

Nordkapp har begynt å gi biologiske medikamenter til aktuelle kronisk syke etter

avtale med spesialisthelsetjenesten. Den tid pasienten selv må bruke for å komme seg til spesialisthelsetjenesten, er en faktor som må tillegges større betydning. Det samme gjelder tilhørende fravær i arbeidsforhold.

Det er behov for å reetablere røntgen-tilbudet i Nordkapp, nå med digital overføring til Klinikk Hammerfest for tolkning. Det dreier seg om enkle ekstremitetsundersøkelser og røntgen toraks. De viktigste oppgavene vil være å utelukke brudd, påvise brudd vi kan behandle selv, ta kontrollbilder (også for spesialisthelsetjenesten) og gjøre toraksundersøkelser. Finnmarkssykehuset viser til nasjonale føringer om et pasientgrunnlag på 20 000 for å etablere røntgenfunksjon, men i et fylke som Finnmark faller dette argumentet på sin egen urimelighet.

Personell og kompetanse i Nordkapp

Alle stillinger for leger, sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeut er stabilt besatt med fast personell. Fem leger er spesialister i allmennmedisin, én i samfunnsmedisin og én i hudsykdommer. Tre sykepleiere har videreutdanning i akuttmedisin, én innen palliasjon og en er kreftsykepleier. Flere av personellet har videreutdanning innen geriatri/ demensomsorg. Det er god tilgang på helsefagarbeidere. Kommunen arbeider systematisk for å ha nødvendig kompetanse på plass. Sykestuedriften har ført til at personellet over tid opparbeider seg observasjons-, vurderings- og handlingskompetanse i team, som videreføres ved nyansettelser. Det er enighet blant personellet om at sykestuefunksjonen har bidratt til rekruttering og stabilisering.

Et godt faglig skjønn forutsetter erfaring, kompetanse og trygghet for at man vet hva man gjør. Vurderingene må bygge på sikkerhet for diagnose, mulighet for monitorering av funksjoner og laboratorieverdier og behov for legetilsyn. En må ta med i betraktning hvor komplisert behandlingen er, risikoen for feilhåndtering og hensyn til egen kompetanse.

Ukentlig tverrfaglig samhandlingsmøte

Hver onsdag kl. 0800–0845 er det fellesmøte mellom ledere for korttidsenheten, hjemmebaserte tjenester og rehabiliteringstjenesten, for kreftsykepleier og helse og omsorgssjef samt for legene. Dette er det viktigste møtet i kommunens helsetjeneste. Her drøftes pasienters behov opp mot ressurser: Hvem kan skrives ut av institusjonen eller bør tas inn? Hvem venter vi tilbake fra sykehuset? Hva slags tilbud kan vi etablere i hjemmet? Hvordan kan vi prioritere ressursene for å gi brukerne tjenester etter behov? Kreftsykepleier og flere av sykepleierne ved institusjon og i hjemmebaserte tjenester arbeider på tvers i kommunehelsetjenesten, og prioriteres til innsats for best mulig tilbud der pasienten er. Vi kan alltid ta i mot utskrivningsklare pasienter.

Ivaretaking av dokumentasjonskrav

Siden 2009 har pasientdata vært registrert ved alle sykestuene i Finnmark. Liggedøgn, diagnoser og prosedyrekoder innrapporteres hvert kvartal elektronisk til Nasjonalt Pasientregister. Personalet følger dokumentasjonsplikt i henhold til lovverket. Det skrives innleggelsesnotat, tilsynsnotater og utskrivningsnotat. Legene bruker Infodoc Plenario EPJ for all journalføring.

Sykepleierne, ergoterapeut og fysioterapeuter bruker Profil EPJ. Elektronisk meldingsutveksling benyttes både internt og eksternt, mellom omsorgstjenesten og sykehusene.

Elementer som må håndteres ved en ROS-analyse av sykestuen

Ansvarlig for sykestuen forholder seg til følgende risiko- og sårbarhetsmomenter:

- Det må foreligge politisk, administrativ og organisatorisk forankring
- Det må etableres motivasjon og vilje for arbeidet blant fagpersonellet
- Det kreves tverrfaglig organisering
- Samhandlingen mellom nivåene må være god
- En må unngå overmot eller ansvarsvegende forsiktighet
- Det må dokumenteres standarder for faglig drift
- Det må sikres kontinuerlig kvalitetsutvikling
- Avvik må behandles
- En utfordring kan være ledighet i stillinger/ gjennomtrekk i nøkkelstillinger
- Gråsonepasienter må håndteres på en skikkelig måte
- En må unngå spill utløst av finansieringssystemet

Mer offensiv primærhelsetjeneste

Primærhelsetjenestemeldingen konkluderer:

«Kommunene må gjøres i stand til å oppfylle samhandlingsreformens intensjoner om koordinerte og helhetlige pasientforløp, mer forebygging og tidligere innsats, flere tjenester nær der brukerne bor, og at en større andel av tjenestene leveres i kommunene».

Sykestuene må tillegges en sentral oppgave i samhandlingen mellom kommune og foretak om de alvorlig syke pasientene. Kravene som stilles til sykestuedrift må ikke minst rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene. I Finnmark er den administrative samhandlingen etablert, mens den faglige samhandlingen bare så vidt er startet. I tilslutning til sykestuene er det et potensial for å utvikle samhandlingen mellom grupper av kommuner og Finnmarkssykehuset. Det vil gjøre det mer overkommelig for Finnmarkssykehuset å samarbeide med førstelinjen, samtidig som kommunene kan lære av hverandre og bidra til å standardisere driften av sykestuene.

Vi tror det er vanskelig å gjøre gode evalueringer av kvalitet og effektivitet i sykestu-

edrift ved praksistellinger, siden de fleste kommunene er små og det er ulikheter i demografisk sammensetning og helsesituasjon. Slike tall kan heller ikke si om pasientene får de rette tjenestene. Det interessante må være å vurdere hvordan kommunene ivaretar ulike pasientkategorier og sikre kvaliteten i pasientarbeidet.

Samhandlingsutvalget for sykestuene i Finnmark har i sin Sykestuerapport skissert forslag til prioriterte samhandlingsaktiviteter og til utvikling av faglige nettverk (7), herunder:

- Behandling av kreftsyke/ omsorg ved livets slutt
- Utvikling og samordning av krevende rehabiliteringstjenester
- Etablering av et geriatrifaglig forum/nettverk
- Akuttmedisinsk kompetanseutvikling i team

Evalueringen av kreftprosjektet (5) har – på samme måte som Sykestuerapporten – pekt på telematikk som et sentralt verktøy for samhandling. I en undersøkelse blant sykestuedriverne fant en at de som regelmessig brukte telematikk var klart mer fornøyd med samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (8).

Tjenesteavtale seks innenfor samhandlingsavtalen heter «Retningslinjer for gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonutveksling og for faglige nettverk og hospitering». Finnmarkssykehuset må sammen med kommunene ha en sentral oppgave ved utvikling av sykestuefunksjonen. Sykestuerapporten setter også frem tanken om overlappende fagpersonell som arbeider på tvers av kommunegrensene og nivåer i helsetjenesten.

Sykestueavtale og finansiering

Kostnaden for sykestueplass og KAD-plass er beregnet å være omtrent det samme – og var i utgangspunktet beregnet til 1,5 millioner kroner pr. seng (2012). Med videreutviklede funksjoner tilknyttet sykestuedriften som i Nordkapp, er det klart at disse plassene ikke koster mindre. Imidlertid oppnår vi mer lik tilgang til en del helsetjenester tross avstand til sykehus, samt en bedre faglig fundamentering av disse i den retning nasjonale føringer legger opp til.

Finansiering av sykestuene har vært basert på et spleiselag mellom kommunene, Finnmarkssykehuset, Helse Nord og staten. 1. juli ble syv av de 40 sykestueplassene omgjort til KAD-plasser fordelt med andeler på samtlige sykestuekommuner

svarende til folketall og demografi. Nordkapp har fått omgjort 0.44 sykestueplass til samme størrelse KAD-plass. Finnmarkssykehusets tilskudd til sykestuene ble redusert med et beløp svarende til KAD-tilskuddet, dvs. om lag kr 10,5 millioner pr. år (7 x kr. 1,5 millioner). Kommunenes egenfinansiering er den samme som tidligere: Om lag kr. 800 000 pr. seng. KAD-sengene har dermed knapt 50 prosent finansiering av det som gjelder i landet for øvrig. Fra et samfunnsmedisinsk synspunkt er det mest betenkelige den svekkede økonomiske integreringen av Finnmarkssykehuset og kommunene innenfor drift av sykestuefunksjonen og hvilke følger det kan få for det felles ansvaret for videre utvikling av fag og tjenester.

Avslutning

Sykestuene bør være et organisatorisk nøkkelement for å samordne kommunenes tverrfaglige arbeid med de sykeste blant innbyggerne i Finnmark. Sykestuefunksjonen gir en interessant struktur for samhandling mellom kommunene og Finnmarkssykehuset om disse pasientene. Sykestuene omfatter KAD-funksjonen, men gir atskillig mer omfattende tjenester tilpasset rammebetingelsene for utøving av helsetjenester i fylket og egner seg for fagliggjøring og utvikling av tjenester. Kravene som stilles til sykestuedrift må rette seg mot kvalitet og omfang på samhandlingen mellom nivåene. Her er et potensial for at partene kan spille hverandre gode innenfor felles pasientsatsing.

REFERANSER

1. Folkemengde pr. 1. januar 2015. Finnmark. Statistisk sentralbyrå.
2. Sykestueavtalen. Finnmarkssykehuset.
3. Bjørn H, Langfeldt E, Løvland A, Nordang B, Høybjør S. Streptokinasebehandling i Nordkapp. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2632–3.
4. Bjørn H. Cytostatikabehandling i primærhelsetjenesten. Utposten 2013; 1: 5–6.
5. Langfeldt E, Nørstad T, Eidesen A, Andreassen S, Norum J. Desentralisert kreftomsorg i Finnmark. Tidsskr Nor Legeforen 2013; 133: 1732–4.
6. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 (2014–2015).
7. Sykestueutvalgets rapport. Et KS-utvalg oppnevnt av overordnet samarbeidsutvalg for helsetjenesten i Finnmark. Helse Finnmark. Hammerfest februar 2013.
8. Olsen T, Gjertsen H. Mellom barken og veden? Evaluering av sykestueprosjektet i Finnmark. Nordlandsforskning, Bodø. NF-rapport nr. 13/2011. Bodø, 2011.

■ ERIKLANGF@GMAIL.COM

Utveksling

– utvikling eller unyttig?

■ LINN OFTENES LIE • Medisinstudent

Blir man en bedre lege av å bølgesurfe, pugge det australske vaksineprogrammet og stange hodet i veggen av utilstrekkelighet?

Som medisinstudent i Oslo har man veldig mange ulike utvekslingsmuligheter. Det medisinske fakultet har utvekslingsavtaler med nesten 50 utenlandske universiteter. I tillegg har man mulighet til å organisere sitt eget utvekslingsopphold. Du kan reise så langt som til Argentina og California, eller hvis du foretrekker litt nærhet til hjemlandet finnes det utallige muligheter i Skandinavia og resten av Europa.

Personlig var jeg lei av Norge og Europa. Jeg har løpt etter treskohæler på Rikshospitalet og Ahus i en årrekke. Jeg har blitt korrigert av hygienesykepleiere i utallige operasjonssaler. Jeg har unnskyldt meg, blitt skuffet unna, oppført meg som et stille møbel og sagt frasen «hei, jeg er medisinstudent, beklager å forstyrre, kan jeg være med på...» så mange ganger at jeg begynte å si det automatisk da jeg møtte nye mennesker.

JEG VILLE LANGT BORT. Jeg ville bli skikkelig god i engelsk. Og jeg ville ha et studieprogram som fungerte, både for mitt videre studieløp hjemme i Oslo, og mens jeg var i et fremmed land. Til slutt endte jeg opp på andre siden av jorda; i Melbourne i Australia. Men ble jeg en bedre lege av det? Eller brukte jeg kun et halvt år på å surfe og kose med kenguruer?

Melbourne beskrives som den mest europeiske storbyen i Australia. Det er en av verdens mest multikulturelle byer. Men likevel snakker folk i Melbourne nesten mer britisk enn klassisk australsk. Alle er hekta på te og kaffe. Helst skal de brenne, kverne og brygge sin egen kaffe i sitt egensnekrede kaffebryggeri i bakgården. Og kaffen inn-tas gjerne etter en sunn brunsj bestående av organiske grønnsaker og posjert egg.

I tillegg til å være eksperter på pretensios kaffedrikking og organisk dyrkning av gulrøtter har Melbournianerne også et av verdens beste medisinstudier. I følge egne hjemmesider er de ranket som det tolvte

beste medisinstudiet i verden, foran andre anerkjente univversiteter som Kings College i London, Karolinska Institut i Sverige og MIT i USA. Til sammenligning når ikke Oslo opp til 50. plass engang.

TIL FORSKJELL FRA DET NORSKE STUDIET, er studiet i Melbourne lagt opp som en post graduate-studie. Det vil si at du må ha en treårig undergraduate-grad for å kunne komme inn på medisinstudiet. Dermed blir medisinstudentene litt eldre når de starter, de får trening i studenttilværelsen og de har mulighet til å faglig forberede seg til selve studiet ved å ta et relevant under graduate-studie. Samtidig blir selve medisinstudiet kuttet ned til fire år. Det første året er det eneste prekliniske året. De resterende tre er kliniske og tilbringes på sykehus og i allmennpraksis. Melbourne-studentene er topp motiverte. De er karriereklatrere, fremtidige stjernekirurger og er rustet til tenne med nyinnlært faglig kunnskap.

Samarbeidet mellom Melbourne University og Universitetet i Oslo har eksistert i mangfoldige år. Opp til åtte studenter utveksles bilateralt i semesteret (eller modulen, som det nå heter) som inneholder gynekologi, obstetikk og pediatri. Etter en litt omfattende søknads- og registreringsprosess skli man relativt knirkefritt inn i studiemiljøet på andre siden av jorda. De fleste lærere og leger har hørt om Oslostudentene, og vår uvitenhet om lokal kunnskap og australsk fagterminologi blir stort sett tilgitt.

SAMTIDIG BLIR MAN UTFORDRET fra dag en. På min første dag i klinikken ble jeg kastet ut i akuttmottaket på barnesykehuset. Jeg fikk en fireåring med mistenkt lungebetennelse servert i fanget. Som medisinstudent er inkompetanse og usikkerhet to meget velkjente følelser. Men jeg har aldri følt meg mer malplassert enn da jeg skulle skissere et behandlingsforløp for hostekula som satt foran meg. De skriver journaler på papir, de bruker engelske forkortelser på hver eneste ting, det er postlegene som skriver innkomster, antibiotikaregimet er helt annerledes, og tropiske sykdommer man leser som parenteser i

Norge kommer ramlende inn døra. Og hvordan er det egentlig man beskriver et røntgen thorax på engelsk? Hva søren heter fortetning basalt i høyre lunge liksom?

Som utvekslingsstudent på et medisinstudie i utlandet, og kanskje spesielt på et eliteuniversitet som Melbourne University, får du virkelig kjenne på smaken av utilstrekkelighet. Etter over fire år som legestudent er du nå tilbake på startstreken. Den lille mestringsfølelsen fra en vellykket intubasjon, som har holdt deg flytende gjennom en eksamensperiode, punkterer raskt når du på andre siden av jorda ikke engang vet hvordan kanylene fungerer. Og i tillegg forstår du sakte, men sikkert hvor lite og ubetydelig Norge er i forhold til resten av verden – både når det kommer til medisinsk forskning, medisinsk undervisning og medisinsk kompetanse.

MEN ETTER NOEN MÅNEDER med både mindreverdighetsfølelse og utilstrekkelighet, både på vegne av deg selv og ditt eget land, begynner du å komme deg ovenpå igjen. Kanskje får du en frihelg, og får muligheten til å se de 12 apostlene langs Great Ocean Road. Kanskje stikker du til stranden, bølgesurfer og får endelig kjenne på det australske livet en ettermiddag. Og til slutt mestrer du papirjournalen og røntgenbeskrivelsen. Og du har skjont hvilke tropiske sykdommer som fører til spesifikke utslett.

Og etter utallige obligatoriske polikliniske konsultasjoner, hvor du sitter som et møbel i hjørnet, innser du at Norge ikke er på villspor likevel. Treskoene oppe på Gaustad er å foretrekke fremfor høye hæler på fødestua i Melbourne. Hygienesykepleierne med pekefinger er bedre enn kirurger som spiser donuts under en operasjon. I Norge blomster ikke MRSA-en ut av hver eneste eksterne otitt, og vi har fremdeles en viss restriksjon rundt antibiotikabruk. Til og med sendrek-tigheten og grundigheten i det norske helse-systemet virket til slutt bedre enn det privatiserte og lynkjappe australske systemet.

Man ser seg selv best utenfra. Eventuelt fra undersiden.

■ LINNOFTENESLIE@GMAIL.COM



Hvordan vende nye turnustrender til egen fordel?

■ HELEN BRANDSTORP • Nasjonalt Senter for Distriktsmedisin og Fylkesmannen i Troms

Ferie er tiden for mil etter mil i bil. Helt siden familien på 1970-tallet, med fire barn og katt, hund eller gullfisk, satt usikret på vei til ferie, har jeg lurt på hvorfor folk velger å bygge og bo på alle stedene man suser forbi på slike turer. Som et barn av den nye valgfriheten trodde jeg at de fleste ville foretrekke å flytte fra bygdene til en stor og spennende by. Etter endt studium var planen min å komme tilbake til studiebyen Bergen. Å bo lengre tid i Paris var dog det gylne målet.

Nå, halvveis i livet, trekkes også jeg mer mot steder der jeg har røtter. Steder som jeg har dypere relasjoner til, steder der kroppen lander. Det handler om tilknytning til naturen, til mennesker og til viktige erfaringer. Kroppen husker og kobles til mange lag med glade sommerminner når jeg løper ut til velduftende maure og liljekonvall på Jeløya, lyserosa silkenellik og lilla, vill gressløk i Tana – og ser igjen de feteste rødkløvere og høyeste palmene på Tromsøya. Den elsker stundene der flere holder om en varm kopp og blander mitt eget fag med sosiologi og filosofi i Øst-Finnmark, tygger på nybakt brød i barndomskjøkkenet, nyter lyset på himmelen i vest eller fra dansende, varme flammer.

Medisin for biografi og biologi

Rett før årets sommerferie fikk jeg en litt trist beskjed som ble med på reisen. Det var klart at rekordmange turnusleger ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) ikke reiser ut i kommuneturnus – fem av totalt tolv. De synes ikke lenger fristet av å bygge nye relasjoner til folk og steder de ikke kjenner. I stedet går de ut i permisjoner, fortsetter på sykehuset eller får seg en stilling på større steder. Innbyggerne i små kommuner taper på at turnuslegen ikke bidrar som viktig arbeidskraft sammen med stedets relativt få leger – som må dek-

ke opp for mangelen. Helsetjenestene her blir fort et svakere ledd i pasientenes behandlingsnettverk. Ikke minst mister de unge legene viktige erfaringer der sammenhenger mellom menneskers biografi og biologi er ekstra tydelig. Hvordan kan vi igjen få dem til å ønske seg den typen medisinsk kompetanse?

Nye veier i hjernen

De fleste av oss bruker gjerne noe av sommeren til å se og gjøre noe nytt. Ferie er jo å gjøre noe annet, som å dra på turer der man åpner sansene litt ekstra, ta det som kommer – noe som utfordrer kropp og sjel. Å orke, tørre og oppdage noe nytt kjennes vel så verdifullt som velbehaget ved å gå på kjente og kjære stier. Jeg tror hjernen, som resten av kroppen, har godt av å holde seg fleksibel, smidig og myk. Den liker at vi lager noen nye baner og koblinger, at vi utvider repertoaret av tanke- og handlingsmønstre. Det kjennes forfriskende å utvide horisonten, forstå mer og kanskje bryte noen gamle, stive mønstre og uheldige vaner. Mange vet også at virkelig hjernetrim handler om å leve i nye, uoversiktlige sammenhenger, gjerne med et fremmedspråk. Man trimmer synapsesystemene mye mer effektivt da enn ved å løse endimensjonal sudoku. I lange tider har leger erfart verdi av reelt kontekstbytte etter endt turnus,

helt uten moderne nevrofysiologiske begrunnelser. Hva skjer nå? Går vi i retning av at det bare er ekstremsports- og utenlandsstudentene som forstår dette?

Kjente korridorer

Nåde den som forsøker å påvirke andres valg i rollen som representant for staten. Den individuelle friheten fra 70-tallet er blitt institusjonalisert. Paret med offentlige tilretteleggeres redsel for å få klager og tilhørende berøringsangst, blir det forsvinnende lite veiledning å få for den rådvilte unge. Studier har vist at de fleste studentene ikke vet hvilken spesialitet de vil velge, men «are trying on possible selves» i løpet av studiet. De sene og modne valgene er psykiatri, geriatri og allmennmedisin (1). De gode rollemodellene som møter dem i løpet av de lange sykehusbaserte studieårene, får kun kortvarig konkurranse fra kollegene utenfor. Studentene er ute i kommunene i få uker, på sykehus i flere år. Det er klart de kjente korridorene i sykehus frister – eller så bærer det rett til hjemstedet. Det må alle forstå.

Alle må delta i turnuslegekonkurransen

Selv om turnuslegestillingene i kommuner og i helseforetak nå er tenkt å være ordinære stillinger det skal konkurreres om, er det

mange forhold som gjør at de ikke er det og som gjør at vi alle bør interessere oss for resultatene av dette. Det kan ikke være i noens interesse at tilfeldighetene rår på nasjonale felt som legefördeling og pasient-sikkerhet i den lange førstelinjen. Ei heller at det utvikles et system som systematisk neglisjerer førstelinjens rekrutteringsbehov. Rekruttering til stillinger utenfor de største store sykehusene og byene er viktig for alle som samhandler med helsetjenestene her. Alle i 2.-linjen møter pasienter fra distriktene. Alle leger i primærhelsetjenesten bør bry seg om eget laug. Det er ikke tjenlig for noen om vi får A- og B-lag av leger i by og land. Aller minst gagnar det pasientene. Årets sommerferie er over. Nå må vi ta inn over oss verdien av å opprettholde kvalitet og status i allmenn- og samfunnsmedisinen over alt. De fleste kommuner har rekrutteringsutfordringer (2).

Kompetent selvbevissthet

Leger er først og fremst fagfolk som vil yte god pasientbehandling. Derfor bør vi øke bevisstheten i alle relevante fora om hva slags kompleks medisin som utøves og læres i primærhelsetjenesten. *Utposten* gir stadike gledelige bidrag! Men det trengs en kontinuerlig kunnskapsstrøm om hva livsnær generalistkompetanse er og betyr for folkehelsen – til alle forvaltningsnivå, til politikere så vel som klinikere, lokale så vel som nasjonale. Vi vet alle at den medisinen som utvikles der leger er tett på mennesker i sine hverdagsliv er annerledes enn den fragmenterte sykehusmedisinen.

Det er viktig at unge leger får god innsikt i det helsevesenet gjør for mennesker før, under og etter at de trenger mer spesialisert helsehjelp. Slik vil utdanningsinstitusjoner, politikere og forvaltning få helt nødvendig hjelp til snuoperasjonen i retning av at utdanningene får handle mest om det som skaper helse, helbreder og lindrer i førstelinjen. Generasjonene av fastleger etter Fugelli og hans likesinnede må få rom til å formidle sitt fag i alle dets former og farger, på grunnstudiet, i media og på nettet. Vi trenger en bred og spredt faglig selvbevissthet som er kompetent, sannferdig, nyansert og balansert, slik Thuy-Linda Nguyen ved Oslo legevakt nylig viste oss i *Aftenposten* (3). Slik vil kvaliteter i kommuneturnus gjøres kjent og kunne friste studentene, og slik kan vi håpe på at de også fremover vil tørre å tre ut av den behagelige tryggheten i sine faglige eller familiebaserte hjembyer.

Systemene rundt ordningen

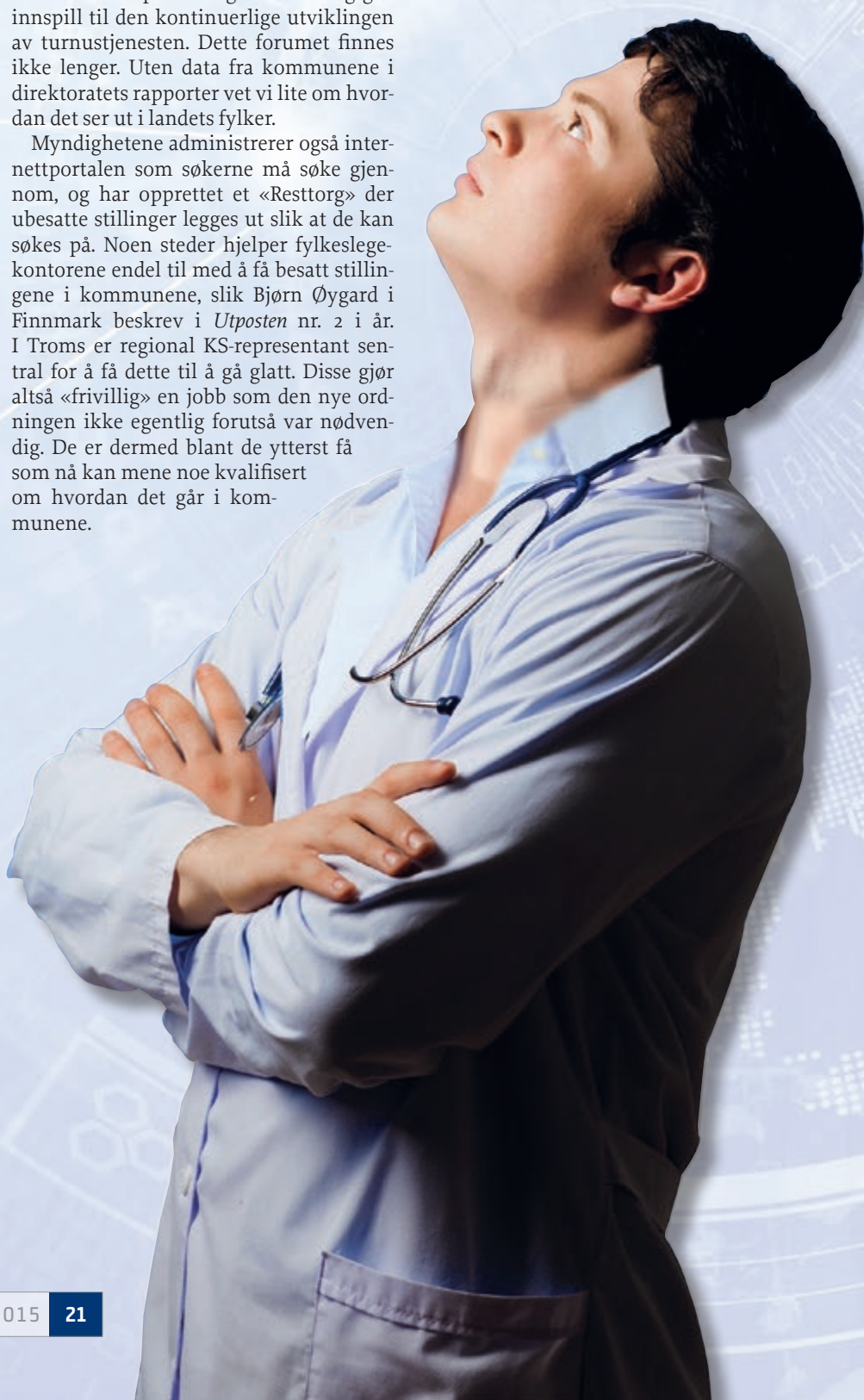
Vi må også se vårt ansvar i forhold til myndighetene. Dataene som Helsedirektoratet

samler inn om i den nye turnusordningen har så langt bare handlet om søknadene til de første sykehusstillingene. Dette lages det halvårslige rapporter om. Det rapporteres ikke om stillingene i kommunene. Konsekvensene av omleggingen av turnustjenesten utenfor sykehusene blir derfor ikke analysert og synliggjort. Et blikk på siste rapport (4) anbefales for den som trenger å bli overbevist om at det er sykehusene som har fokus i forvaltningen. Før omleggingen arrangerte Helsedirektoratet møter for gruppeveiledere fra alle fylker en til to ganger i året. Der hjalp vi hverandre med å skape en slags oversikt og gav innspill til den kontinuerlige utviklingen av turnustjenesten. Dette forumet finnes ikke lenger. Uten data fra kommunene i direktoratets rapporter vet vi lite om hvordan det ser ut i landets fylker.

Myndighetene administrerer også internettportalen som søkerne må søke gjennom, og har opprettet et «Resttorg» der ubesatte stillinger legges ut slik at de kan søkes på. Noen steder hjelper fylkeslegekontorene endel til med å få besatt stillingene i kommunene, slik Bjørn Øygard i Finnmark beskrev i *Utposten* nr. 2 i år. I Troms er regional KS-representant sentral for å få dette til å gå glatt. Disse gjør altså «frivillig» en jobb som den nye ordningen ikke egentlig forutså var nødvendig. De er dermed blant de ytterst få som nå kan mene noe kvalifisert om hvordan det går i kommunene.

Første del av alle spesialiseringsløp

Det er bred enighet om at turnustjenesten for leger er en viktig del av legers lange utdanningsløp. Selv om studentene får sin autorisasjon etter endt studium og ikke lenger etter endt turnustjeneste, er mangfoldet av studiesteder i inn- og utland så stort at en felles turnustjeneste fortsatt vil være nødvendig. Når den nye spesialistordningen for leger er ferdig skissert og vedtatt, vil den tradisjonelle turnustjenesten med ett år på sykehus og et halvt år i kommunen inngå som første obligatoriske del av alle spesialiseringsløp. Danmark har



kortet ned sin turnus til bare 12 måneder. Distriktene rapporterer om nye rekrutteringsutfordringer da de unge ikke lenger tar seg bryet med å flytte ut av København, Århus og Odense. I Sverige er et forslag om å fjerne turnus til fordel for et nytt spesialiseringssløp blitt møtt med skepsis og kjente motargumenter fra de regionale forvaltningsnivåene (4). I England har man i stedet valgt å ha hele to års tjeneste med veiledning, oppgaveinnleveringer og testing underveis.

No-show på stillinger man selv har søkt på

Selv om oversikten mangler, tror jeg vi ikke har noen tid å miste før vi snur trendene til vår fordel. Allerede i vinter så vi en klar nedgang i antall turnusleger i Tromskommunene. Den kom med det første kullet i ny turnusordning som skulle ut i kommuneturnus. Det er på merkelig vis blitt mer vanlig å utsette eller droppe tjenesten i kommunene til tross for at turnuslegene selv har søkt seg dit. Resttorget vokser, også med stillinger i større kommuner. Tromsø har derfor ikke hatt problemer med å få inn turnusleger på kort varsel i stillinger med no-show. Noen av utenlandsstudentene har fått en turnuslegestilling de formelt sett ikke trenger nå, mens andre kan kanskje tenke at de tar halvåret i kommunen hvis de må, men synes det er mer strategisk å sikre seg et skikkelig fotfeste innen ønsket sykehusspesialitet før den nye ordningen er formelt på plass? Forstår avdelingsledere hvilke utfordringer de gir kollegene i kommunene ved å tillate dette?

Kommuner bør bygge relasjoner

Turnuslegene mener på sin side at kommunene er alt for passive: «De bygger ikke relasjoner», «De bryr seg ikke», var noen av kommentarene vi fikk på siste gruppeveiledning før sommeren. De reagerte på at kommunene ikke er klare med arbeidskontrakt til signering på det tidspunktet turnuslegen får vite hvilken kommune hun/han skal jobbe i. Kontraktene kommer på bordet først når turnuslegen er fysisk til stede i kommunen. Det gir inntrykk av en løselig tilknytning som er lett å bryte, mente de. Turnuslegene var også kritis-

ke til at forskning teller for å få turnuslegestilling på sykehus. Det favoriserer arbeid på sykehus og ikke utenfor.

Slik kan det gjøres:

Kommunene kan promotere seg som attraktive læringssteder via en nettportal i regi av f.eks. KS, Helsedirektoratet eller



universitetene og formidle via lyd og bilde hva slags faglig «eldorado» og handlingsrom for profesjonell vekst de kan tilby. De kan gå sammen om årlige promoteringsdager på grunnstudiene, og de bør legge seg i selen for å vise sin interesse for turnuslegene underveis i *hele* turnustjenesten.

Kommunene synes imidlertid ikke å ha tatt innover seg at spillereglene er endret. De får fremdeles i praksis tildelt turnusleger. I tillegg er disse strålende flinke og snakker godt norsk. Det er trolig vanskelig for kommunene å se at turnuslegene har mye sterkere relasjoner til sykehus enn før. Men de merker at de er vanskeligere å rekruttere. Få kommuner har engasjert seg i selve utvelgelsen av turnusleger, eller har organisert bort sin representasjon til marginal innflytelse i ansettelsesprosessene – som er i sykehusenes regi. Helseforetakenes prioriteringer preger de lokale krite-

riene det velges etter for både sykehus og kommune. Forskning og arbeidserfaring teller de fleste steder, og det skaffer studentene seg lettest innenfor sykehussystemene. I de felles jobbintervjuene kan det ikke være særlig strategisk å flagge en interesse for allmenn- eller samfunnsmedisin.

Oppsummert

Tesen er at gode leger blir værende igjen utenfor sykehus etter turnus hvis de tidlig har fått relasjoner til legelivet og medisinen med de mange mulighetene der. En kraftig desentralisering av grunnstudiet er derfor helt nødvendig for å oppnå god legefördeling. Kommunene må jobbe seriøst og systematisk for å rekruttere og beholde leger. De må søke innflytelse i tilsettingen av turnusleger. Det bør være en selvfølge at helsemyndighetene også utvikler kunnskap om hvordan den nye turnustjenesten virker for den kommunale legetjenesten. Men også alle vi andre må bidra med ulike typer formidling av det rike faglige livet i den lange og mangfoldige førstelinjen. Nettet har åpnet et hav av muligheter som vi bør gripe. Å investere litt av feriens overskudd der kan lønne seg. Dessuten kan vi aktivt dyrke kontakten til dem rundt oss som vi tror kan bli eller vet allerede er medisinerstudenter. Det kan vise seg gjensidig givende underveis, så vel som på lang sikt. Å tørre og å kunne klare å skape langvarige relasjoner med alle type mennesker er noe allmennleger kan bedre enn de fleste.

La oss bruke de fordelene vi har!

REFERANSER

1. http://www.nsdsm.no/nyheter_cms/2010/april/trying-on-possible-selves/102
2. www.nsdsm.no/nyheter_cms/2015/mai/ikke-stoerrelse-men-sentralitet-avgjoerende-for-rekruttering/570
3. www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Pa-jobb-for-Oslo-legevakt-er-jeg-blitt-spyttet-pa-og-truet-av-pasienter-med-kniv-og-pistol-8109903.html
4. www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2015/07/Sa-tycker-landstingen-om-den-nya-lakarutbildningen/
5. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/turnus-for-leger-statusrapporter-for-soknadsrunder>

■ HELEN.BRANDSTORP@UIT.NO

Smitteverntiltak kan av infeksjoner i barn

■ INGEBOG LIDAL, ASTRID AUSTVOLL-DAHLGREN, RIGMOR BERG OG GUNN VIST

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten har på oppdrag fra Folkehelseinstituttet systematisk oppsummert effektstudier for å besvare spørsmålet *Hva er den dokumenterte effekten av smitteverntiltak i barnehager og skoler?*

Det er bred enighet om at smitteverntiltak er bra og nødvendig, og forskning kan bidra til å finne de tiltakene som er mest effektive i barnehager og skoler. Før slike studerte tiltak kan implementeres i praksis, må man selvfølgelig gjøre en helhetsvurdering med tanke på tidligere erfaringer, kunnskap om populasjonen, og ikke minst en vurdering av om tiltaket potensielt egner seg i den kontekst den skal settes inn i.

Kommunale oppgaver – å følge lov-pålagt ansvar og anbefalinger om smittevern i barnehager og skoler

I Norge har kommunene oppgaver som å tilby veiledning og bidra til at barnehager og skoler styres i samsvar med gjeldende regelverk. Barnehager, skoler, dagsenter og andre sosiale omsorgstjenester uten botilbud, skal ha en planløsning, utforming og dimensjonering som gjør det mulig å holde god hygiene og hindre forurensning. Lokalene skal blant annet ha tilstrekkelig antall håndvasker, med hensiktsmessig plassering for vask av hender. Håndvasken

skal fungere som en smittebarriere. Ventilasjonen skal blant annet fjerne damp, overskuddsvarme og forurenset luft og gi tilstrekkelig tilførsel av frisk luft. Alle virksomheter skal ha et internkontrollsystem for å sikre at de følger Helse-, Miljø-, og Sikkerhetslovgivningen. Barnehager og skoler skal drives slik at risikoen for spredning av smittsomme sykdommer blir så liten som praktisk mulig (1).

Folkehelseinstituttet gir faglige råd om smittevern i barnehager (2). De understreker at smittsomme sykdommer forebygges best ved å ha gode hygienerutiner. De faglige rådene inkluderer konkrete råd om generell hygiene, rengjøringsrutiner og rutiner for mat i barnehagen. I tillegg gis anbefalinger slik som når syke barn bør holdes hjemme og konkrete anbefalinger både ved symptomer og ved etiologisk diagnose.

Er norske barnehager og skoler gode nok på smittevern?

Bakgrunnsforholdene for smitte varierer gjennom året og med hvor man oppholder seg. Det er velkjent at barnehagebarn er mer utsatt for infeksjoner enn andre barn (3, 4). I 2007 og 2008 ble det foretatt systematiske hygienetiltak i en barnehage for sykehusansattes på Nesodden (5). Hovedsakelig dreide det seg om tiltak rettet mot

håndhygiene, rutiner for vask av omgivelser og leker, håndtering av mat, rutiner for bleieskift og håndheving av hvor lenge barnet bør holdes borte fra barnehagen i forbindelse med smittsom sykdom. I løpet av ett år sank antall infeksjoner blant barna med hele 48 prosent og antall sykedager ble nesten halvert. Undersøkelsen indikerer at det kan det være potensiale for å redusere infeksjoner og smitteoverføring i barnehager. Slike lovende tiltak bør prøves ut med effektstudier, slik at man kan «eliminere» bort at andre forhold (som omstendigheter i miljøet, drikkevannskvalitet, sykdomsrisiko eller smittebildet i området generelt) har påvirket resultatene.

Et ønske om å styrke smittevernet

Fra myndighetens side er det uttrykt ønske om å styrke smittevernet og smittevernarbeid rettet mot barn: I Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008–2012), er det beskrevet et ønske om å styrke smittevernet i barnehager. Nylig foreslo en ekspertgruppe å innføre en utdanningspakke (e-Bug) i 4.–7. og 10. trinn i norsk skole. Den omhandler informasjon om hygiene, bakterier, virus, smitteåter, infeksjonssykdommer, vaksiner, antibiotika og resistensutvikling. Stortinget har bedt regjeringen snarest, under temaet «kropp og helse» i læreplanen for faget naturfag, tilføye kompetansemål om bruk av antibiotika og antibiotikaresistens (6).

Hva virker?

Folkehelseinstituttet ba Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om å systematisk oppsummere forskning om effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler.

Vi besvarte spørsmålet i to rapporter: *Effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler* og *Smittevern i barnehager: effekt av håndhy-*

FAKTABOKS 1

HVA ER SYSTEMATISK KUNNSKAPSOPPSUMMERING?

En oversikt over et klart definert forskningsspørsmål. Oversikten bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, utvelge og kritisk vurdere relevant forskning, samt for å innsamle og analyse data fra studiene som er inkludert i oversikten.

Forskningsspørsmål kan rettes mot:

- Forekomst
- Årsak
- Diagnostikk
- Effekt av tiltak
- Prognose

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten besvarer

spørsmål om effekt av tiltak Resultater fra forskning på effekt av tiltak må inngå i en helhetsvurdering før tiltak kan videreføres til praksis.

Målet er at forskningen vi formidler skal bidra til informerte beslutninger i helsetjenesten

halvere forekomst barnehager og skoler



ILLUSTRASJON: CLAUDIA GOURIBOK

giene, opplæring og fysiske tiltak (7, 8). Denne artikkelen presenterer hovedresultatene fra de to rapportene. For flere detaljer, inkludert beskrivelser av de studerte tiltakene, vises det til de to rapportene.

Metode

Vi gjennomførte systematiske litteratursøk og inkluderte systematiske oversikter som ble vurdert å ha høy metodisk kvalitet (ved bruk av standardiserte sjekklister (9)) og som rapporterte effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler. Vi inkluderte dessuten primærstudier som undersøkte effekt av håndhygienetiltak, systematisk opplæring, eller smitteverntiltak rettet mot omgivelsene i barnehager. Fra doku-

mentasjonen vi fant, hentet vi ut resultater for smitteverntiltak i barnehager og skoler målt som sykdomsforekomst og sykefravær. Andre utfall som utvikling av sekundærsykdom, antibiotikabruk, bruk av helsetjenester, uheldige hendelser eller kostnader ville blitt tatt med i tilfelle dette var rapportert. Alle trinn i prosessen ble utført av to medarbeidere uavhengig av hverandre.

Vi brukte metodeverktøyet «GRADE» (Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation, www.gradeworkinggroup.org) for å vurdere hvilken tillit vi har til resultatene for hvert utfall. Metoden hjelper oss å bedømme styrker og svakheter ved dokumentasjonen. Resultater fra en svært godt gjennom-

ført randomisert effektstudie, vil vi vanligvis ha høy tillit til. Dersom det er svakheter i måten studiene ble utformet og gjennomført på, vil vi nedjustere ett trinn (til «middele tillit»), eller ved svært alvorlige svakheter justerer vi ned to trinn (til «lav tillit»). Hvis forsøkene i tillegg har relativt få hendelser (lite data og brede konfidensintervaller), vurderer vi å nedgradere ytterligere (til «svært lav tillit») (9, 10). Vi rangerer altså vår tillit til resultatene i fire kategorier.

Vi sorterte kunnskapsgrunnlaget etter type tiltak i to hovedkategorier: enkle tiltak og sammensatte tiltak. Med enkle tiltak mener vi tiltak som har hatt ett av følgende hovedfokus:

1. undervisning om smitte/smittevern

2. håndhygiene-praksis; eller
3. fysiske tiltak som endringer i omgivelsene (for eksempel persontetthet).
Dersom effekten av en tiltakspakke var testet ut, dvs. at flere elementer inngikk i tiltaket, kalte vi dette for sammensatt tiltak. Disse kunne for eksempel bestå i å teste effekten av en kombinasjon av både opplæring i smitte/smittevern og samtidig gjennomføre praktisk håndhygienetiltak.

Resultater

Funnene er hentet ut fra fire systematiske oversikter og fra 18 primærstudier. I alt fant vi resultater fra 31 studier (for resultater fra 13 av disse, har vi basert oss på informasjonen formidlet i fire systematiske oversikter, mens for 18 studier har vi lest originalartikkel og hentet data derfra) som besvarte spørsmål om effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler. Disse var gjennomført i 12 land fra forskjellige deler av verden – med en overvekt av studier fra USA, mens fem studier var fra Nord-Europa. I all hovedsak var tiltakene prøvd ut i flere barnehager/skoler og sammenliknet med barnehager/skoler der tiltak ikke var innført (klynge-randomiserte kontrollerte forsøk). 12 studier var fra barneskoler, de fleste i 1.–3. klasse, mens 19 studier var gjort i barnehager. Deltakerantallet varierende fra 38 til 44 451 barn, der den største studien inkluderte 60 skoler.

Alle studiene var unike når det gjaldt

FAKTABOKS 2

Kunnskapshull:

- Spørsmål som forskningen ikke besvarer tilstrekkelig
- Det betyr ikke at slike tiltak ikke virker, men at forskningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å konkludere om virkningen

Kunnskapshull om effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler:

- Hvilke smitteverntiltak som er *mest* effektive (rangering). Det mangler studier som har sammenlignet forskjellige smitteverntiltak med hverandre
- Virkningen av fysiske tiltak som persontetthet, karantene for smittebærere, endring i bruk av utendørstid, ventilasjon eller tiltak som går på utstyr og interiør
- Effekt av tiltak på antibiotikabruk, antibiotikaresistens, kostnader, bruk av helsetjenester
- Effekt målt på ansatte og foresatte
- Uheldige hendelser/virkninger knyttet til tiltaket

Overordnet viser dokumentasjonen at det er:

- Fordeler med enkle smitteverntiltak, som for eksempel tiltak rettet mot håndhygiene alene
- Fordeler av sammensatte tiltak, slik som tiltak som både favner håndhygiene og systematisk opplæring i smittevern

Dokumentasjonen som er samlet viser også:

- Oversikt over *hvilke* typer tiltak som er studert i kontrollerte studier
- Innholdet i tiltakene spenner vidt
- Tiltak kan rettes både mot barna, personalet, foresatte og mot omgivelsene
- Kunnskapshull på feltet, blant annet at det er usikkert hvilke smitteverntiltak som er *mest* effektive i barnehager og skoler

FAKTABOKS 3

hvilke tiltak som var undersøkt, utfallene som var rapportert i studiene, og hvilken populasjon som tiltak ble gitt til (barn, ansatte eller begge, i noen studier også foresatte).

Effekt av enkle smitteverntiltak var undersøkt i 14 studier, mens mer sammensatte tiltak var undersøkt i 19 studier. Det er en noe glidende overgang mellom hva man kan definere som et enkelt tiltak og hva som hører inne under sammensatte tiltak.

Hovedfunnene for enkle smitteverntiltak

Oppsummert har vi for enkle smitteverntiltak konkludert med at det er god dokumentasjon for at de studerte håndhygiene-tiltakene kan være effektive i barnehager og skoler – både for forekomst av infeksjoner og for sykefravær. Bakgrunnsforholdene for smitte varierer gjennom året – og studiene er gjennomført forskjellig og i ulike land, men likevel kan vi se at resultatene samsvarer, og det styrker konklusjonene våre om effekt. Resultatene indikerer at håndhygienetiltak potensielt kan medføre en reduksjon av sykdomstilfeller på 17–69 prosent.

For opplæringstiltak alene er det mer usikker effekt, men én studie antyder at mer avansert opplæring om smittevern til skolebarn sammenliknet med mindre avansert opplæring kan gi færre luftveisinfeksjoner og mindre sykefravær. For enkle fysiske tiltak konkluderer vi at det mangler solid dokumentasjon om effekt.

Hovedfunnene for sammensatte smitteverntiltak

Oppsummert kan vi si det er god dokumentasjon om virkningen av sammensatte smitteverntiltak der håndhygiene (håndvask alene eller bruk av både håndvask og hånddesinfeksjon) og opplæring om smitteverntiltak i skoler og barnehager kombineres. Studiene var også her gjennomført forskjellig og i ulike land, men likevel ser vi at resultatene samsvarer, og det styrker

tilliten til konklusjonene våre. Resultatene indikerer at man kan forvente en reduksjon på 10–50 prosent færre infeksjoner blant barna.

Kunnskapshull

Et viktig resultat fra de to rapportene er det vi kaller for kunnskapshull. Det er områder der forskningen ikke er tilstrekkelig for å kunne besvare et spørsmål. Fra vårt arbeide har vi spesielt sett at det mangler dokumentasjon om effekt av fysiske tiltak som persontetthet, karantene for smittebærere, endring i bruk av utendørstid, ventilasjon eller tiltak som går på utstyr og interiør i barnehager og skoler. Det betyr ikke at slike tiltak ikke virker, men at forskningsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig for å konkludere om virkningen.

Videre har vi sett at studiene vi har oppsummert i liten grad har undersøkt om tiltak har effekt på antibiotikabruk, antibiotikaresistens, kostnader og bruk av helsetjenester. Det manglet også dokumentasjon om uheldige hendelser/virkninger knyttet til tiltaket (for eksempel effekt på hud, sprut i øyet eller inntak av desinfeksjonsmidler osv.). Det var også i liten grad rapportert om tiltakene påvirket utfall målt på ansatte og foreldre.

En forutsetning for et vellykket forsøk er at tiltak blir gjennomført og etterlevd. Flere av studiene indikerte tilfredsstillende etterlevelse av tiltakene de studerte, men ikke alle studiene omtalte i hvilken grad tiltakene ble etterlevd.

Diskusjon

Det å se på hele kunnskapsgrunnlaget, og ikke bare lene seg på enkeltstudier gir bedre svar. Styrken ved systematisk kunnskapsoppsummering ligger i en systematisk tilnærming gjennom søk etter studier, og å sikre kvalitet i alle ledd av en slik kunnskapsoppsummering.

Med dette materialet var det ikke metodisk forsvarlig å gjøre meta-analyser. Vi har

isteden valgt å oppsummere «retningen» på effektene av tiltakene på en overordnet og samlet måte, og ser dermed at vi kan trekke konklusjonen om at de fleste tiltakene ser ut til å ha positiv effekt. Det er en styrke at effekt av smitteverntiltak er vist i studier fra hele verden, og at det er godt samsvar.

En utfordring i arbeidet med oppsummeringen av dette kunnskapsgrunnlaget, er at de studerte tiltakene er ulike, og at studiene i liten grad har vurdert tiltak opp mot hverandre. Da kan vi ikke rangere de studerte smitteverntiltakene i barnehager og skoler i forhold til hvilke som er mest effektive. Det at resultatene viser at smitteverntiltak kan halvere forekomst av infeksjoner, er derfor et overordnet funn, og kan tolkes dithen at det å gjøre slike tiltak som er satt i system, under forutsetning av etterlevelse – virker.

Forskningsdokumentasjonen som er presentert kan ikke diktere praksis, men må ses i sammenheng med erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap og i lys av kontekst. Kun en helhetsvurdering av disse forholdene kan gi grunnlag for anbefalinger for praksis.

Vår gjennomgang av litteraturen har av-

dekket kunnskapshull. Dette er viktige funn, fordi deler av spørsmålet dermed ikke er besvart og potensielt virkningsfulle tiltak ikke er gjort kjent. Det vil dessuten være interessant å få bedre kunnskap om flere og hvilke tiltak som er mest effektive. En oppfordring er derfor at alle tiltak som igangsettes i praksis burde evalueres med effektstudie(r).

RED. ANM.: Kunnskapssenterets oppsummering av effekten av smitteverntiltak i barnehager og skoler er tidligere omtalt i Utposten. Denne artikkelen, skrevet av originalrapportens forfattere, går nærmere inn på metodikken og hovedfunnene i oppsummeringen.

REFERANSER

1. Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/for/sf/ho/ho-19951201-0928.html>.
2. Faglige råd om smittevern i barnehager. Nasjonalt folkehelseinstitutt (2009) [Oppdatert 11. mars 2015; Lest 28. april 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/93d098077c.pdf> <http://www.fhi.no/artikler?id=73434>.
3. Nordlie A-L, Andersen B. Barn i barnehager – infeksjoner og bruk av antibiotika. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 2707–2710.
4. Wefring K, Lie K, Loeb M, Nordhagen R. Tett i nesen og vondt i øret – øvre luftveisinfeksjoner hos fireåringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1329–1332.
5. Grundig håndvask ga halvt fravær. Aftenposten. [Oppdatert 16. okt. 2011; Lest 28. april 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.aftenposten.no/helse/article3217911.ece#.U9DeLP6KC70>.
6. Innst. 156 S (2014–2015), Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om representantforslag fra stortingsrepresentantene Kjersti Toppe og Trygve Slagsvold Vedum om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotikaresistente bakterier.
7. Lidal IB, Austvoll-Dahlgren A, Berg RC, Mathisen M, Vist GE. Effekt av smitteverntiltak i barnehager og skoler. Kunnskapssenteret.no: Rapport fra Kunnskapssenteret – Systematisk oversikt nr. 17/2014.
8. Lidal IB, Berg RC, Austvoll-Dahlgren A, Straumann GH, Vist GE. Smittevern i barnehager. Effekt av håndhygiene, opplæring og fysiske tiltak. Kunnskapssenteret.no: Rapport fra Kunnskapssenteret – Systematisk oversikt nr. 6–2015.
9. Slik oppsummerer vi forskning. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <http://kilden.kunnskapssenteret.no/h%C3%A5ndb%C3%B8ker/h%C3%A5ndbok-slik-oppsummerer-vi-forskning> http://kilden.kunnskapssenteret.no/h%C3%A5ndb%C3%B8ker/h%C3%A5ndbok-slik-oppsummerer-vi-forskning/_attachment/17999?_ts=13d8cd408fc.
10. <http://www.cochrane-handbook.org/>

■ INGEBOG.BEATE.LIDAL@KUNNSKAPSSENTERET.NO

Fem tiltak mot vold og aggresjon i helsetjenesten

Helsepersonell varslet om 385 tilfeller av vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten i perioden 1. juli 2012 til 31. desember 2013. Meldeordningen peker på fem forbedringsområder og foreslår fem tiltak som kan øke sikkerheten for medpasienter og personale.

Dette kommer frem i et nytt læringsnotat fra Kunnskapssenteret, *Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv*, som nylig ble sendt til aktuelle spesialisthelsetjenester innen somatisk og psykisk helsevern. Med sendingen fulgte også plakaten «Når aggresjon og vold utfordrer helsetjenesten».

– Vi er opptatt av hvordan systemet kan forbedres for å hindre at pasienter og personale blir utsatt for vold eller trusler. Det er dessuten mye å spare på å unngå alvorlige voldsepisoder, både personlig og materielt, sier seksjonsleder Øystein Flesland i Kunnskapssenteret.

Forbedringsområdene

Meldeordningen har identifisert fem områder som kan forbedres (1): Ressurser og bemanning. Samarbeid. Rutiner, retningslinjer og utstyr. Erfaring og kompetanse. Informasjon og kommunikasjon.

– Noen forbedringer vil være omfattende og kostnadskrevende, for eksempel økt bemanning. Andre kan gjennomføres raskt, slik som undervisning, trening med simulering og innføring av strategier for risikovurdering, sier seksjonslederen.

I læringsnotatet blir det pekt på følgende tiltak som muligens kan redusere omfanget av vold og aggresjon:

- Vurdere inntakskriterier, triage og risiko
- Identifisere risikopasienter og -situasjoner
- Undervise og utføre simuleringstrening
- Lage sjekklister for kontroll av utstyr
- Informere om aggresjon i henvisning
- Forebygge uønskede hendelser

Meldeordningen mener det er viktig å forebygge vold og aggresjon, ikke bare av hensyn til medpasienter og personale, men også av hensyn til den som utøver vold.

EKSEMPLER FRA MELDINGENE

«En pasient ble uprovosert slått med knyttet neve i ansiktet av medpasient. Ingen av personalet var vitne til hendelsen som ble beskrevet av andre pasienter.»

«Pasient med hyperaktivt delir nektet å ta medisiner og truet personalet. Pasienten ble holdt nede av portvakter og personalet og ble tvangsmedisinert. Vi har ikke bemanning til å ta på oss så vanskelige pasienter.»

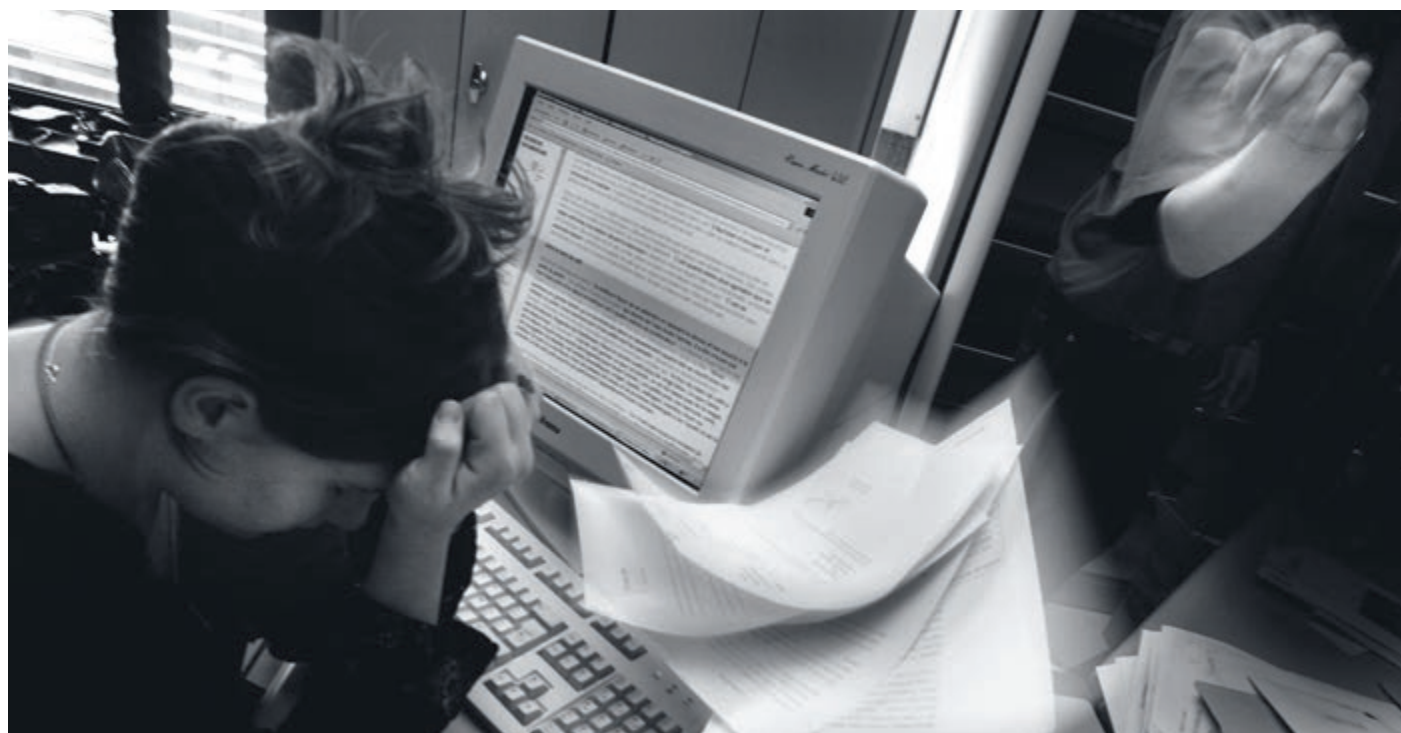
«Det stod ingenting i henvisningen om at pasienten kunne være aggressiv. Det oppstod en meget truende situasjon og undersøkelsen ble avbrutt.»

– Når voldsepisoden er over vil pasienten selv også ofte oppleve det som negativt å ha utøvd vold eller kommet med trusler, sier Flesland.

REFERANSE

1. Krogstad U, Saastad E, Enger Ø, Kolseth A, Hafstad E, Flesland, Ø. Meldinger om vold og aggresjon i spesialisthelsetjenesten – et pasientsikkerhetsperspektiv. Læringsnotat fra Meldeordningen for uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015

KILDE: NASJONALT KUNNSKAPSSENTER FOR HELSETJENESTEN



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Kvalitet med faget i fokus

■ NICOLAS ØYANE • Leder, SKIL

Kvalitetsarbeid er systematiske tiltak i praksis som fører til en målbar forbedring av tjenestene som leveres. Målingene kalles gjerne kvalitetsindikatorer, og gir en pekepinn på tjenestens kvalitet.

Målingene kan være av ren faglig teknisk art, men også gå på pasienters og samarbeidspartneres erfaring av tjenestene.

Likevel er det tiltakene som fører til bedre kvalitet, og ikke indikatorene i seg selv. Man blir ikke bedre av å måle, men av å forandre praksis. Dersom jeg for eksempel ønsker overblikk over mine astmapasienters sykdomskontroll, kunne det være nyttig å vite hvor mange doser anfallsmedisin pasientene i snitt har hentet ut det siste halvåret, for så å sette en grenseverdi for hva som regnes som akseptabelt. Det vil gi en fin oversikt, men ikke medføre bedre astmakontroll i seg selv. Likevel er det et utgangspunkt, og dersom jeg går videre med å kalle inn dårlig kontrollerte pasienter eller legger et notat i journalen til neste gang – så vil jeg kunne oppnå forbedring. Dersom jeg etter å ha sett oversikten også får en god faglig oppdatering på astmabehandling, øker sannsynligheten ytterligere for bedre kontroll hos mine astmapasienter – og forbedring av kvalitetsindikatoren. Ved å følge med på indikatoren kan jeg også følge med hvordan det går over tid. Etter hvert kan jeg også utvide indikatorsettet mitt med andre indikatorer, og enkelt kunne gjøre systematiske gjennomganger av egen praksis regelmessig.

Forbedringsmodellens tre spørsmål

Det finnes flere teoretiske modeller for hvordan man setter i gang kvalitetsarbeid. Mange, deriblant International Health Initiative (IHI) benytter seg av Forbedringsmodellen (Model For Improvement). Forbedringsmodellen anbefaler at man stiller tre grunnleggende spørsmål i følgende rekkefølge:

1. Hva ønsker jeg å forbedre?
2. Hvordan kan jeg måle en faktisk forbedring?
3. Hvilke tiltak kan føre til forbedring?

Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL) er et resultat av mange års innsats fra flere ildsjeler – målet er å tilrettelegge for kvalitetsarbeid på landets legekantor. Som leder for SKIL føler jeg meg dobbelt privilegert, siden jeg i tillegg til å ha denne spennende jobben også kan fortsette å være allmennlege. Jeg ønsker her å innlede med hva kvalitetsarbeid er, hvorfor det settes på dagsordenen og til slutt – hvordan SKIL har tenkt å arbeide for å nå sine mål.

Forbedringsmodellen har et viktig poeng – nemlig det grunnleggende spørsmålet om hva som bør forbedres. Et enda mer grunnleggende spørsmål er om man i det hele tatt trenger noen forbedring? I allmennpraksis er vi borti et såpass bredt faglig panorama at vi aldri blir utlærte. Behov for kontinuerlig faglig oppdatering, kompetanseheving og klinisk empirisk erfaring er noe av det som gjør dette området både spennende – og litt skummelt til tider. Dersom man hele tiden ser rom for forbedringer åpner man imidlertid døren for å utvikle seg til å bli en bedre kliniker, dag for dag. Målingene (kvalitetsindikatorene) og tiltakene er underordnet det viktige spørsmålet.

Hva ønsker SKIL å forbedre?

SKIL ønsker å legge til rette for forbedringsarbeid innenfor viktige allmennmedisinske temaer. Vi mottar mange henvendelser med forslag til ulike tema for forbedring, noe som er veldig positivt. Vi ønsker imidlertid å satse på få tema av gangen, og i første omgang kun ett, fordi vi er opptatte av å lage en god faglig ramme rundt hver av SKILs aktiviteter. Valget av første tema falt etter en grundig vurdering på Legemiddelgjennomgang. Hvorfor? For det første er det viktig for pasientsikkerheten at pasienten, legen, hjemmesykepleien og andre involverte vet hvilke legemidler pasienten skal bruke. For det andre er dette sannsynligvis best utført hos allmennlegen, i hvert fall dersom pasienten har sykdom i mer enn ett organsystem. For det tredje finnes det gode verktøy for legemiddelgjennomgang, deriblant en sjekklister utviklet av Legemiddelverket som nylig er omgjort til en web-versjon. Et annet insentiv for å gjøre dette er taksten for legemiddelgjennomgang i

normaltariffen. Andre tema vil fortløpende introduseres, og forslag mottas med stor takk.

Med faget i fokus

SKIL ønsker å satse mye på å utvikle gode faglige opplegg knyttet til de ulike temaene. Målgruppen vil være allmennlegekantor, og det skal vektlegges direkte anvendbar kunnskap. Deltakelse i SKIL-aktiviteter vil gi tellende poeng til legers etter- og videreutdanning. Vi kommer til å tilby læring gjennom tre kanaler – tilbakemelding om egen praksis, e-læringskurs og kollegagrupper med gruppeleder. Sistnevnte er en læringsform som både lar seg kombinere med en travel praksishverdag og påvirker legers atferd. Kollegagrupper kan opprettes som nye eller ta utgangspunkt i etablerte smågrupper. Det skal være både praktisk, engasjerende og lærerikt å være med i SKIL! Flere sentrale fagpersoner ønsket å bidra til SKILs tema om legemiddelgjennomgang, og det faglige innholdet ligger an til å bli veldig bra. Kombinasjon av e-læringsmodulene og kollegagruppene i temaet vil bli søkt godkjent som klinisk emnekurs i farmakoterapi. Vi vil også oppfordre til regelmessig gjennomgang av egen praksis etter emnekurset, noe som vil bli tellende som kvalitetsarbeid i egen praksis.

Hvordan ønsker SKIL å måle en faktisk forbedring?

Det er en utfordring i allmennpraksis å skaffe seg god oversikt over pasienter som trenger spesiell oppfølging (deriblant pasienter som trenger legemiddelgjennomgang). Det har vært sentralt for SKIL å legge til rette for bedre oversikt. Selvsagt ville det være en fordel om dette ble gjort til-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

gjengelig direkte i den elektroniske pasientjournalen (EPJ), og gjennom det pågående EPJ-løftet i Helsedirektoratet vil sannsynligvis oversikten bli bedre. Likevel ser vi foreløpig behov for å ha et eksternt uttrekksprogram, og etter å ha vurdert ulike alternativ har vi valgt å benytte programvaren Medrave (www.medrave.no) for å trekke ut data fra EPJ. Det vil bli laget egne rapporter gjennom programmet som skreddersys i forhold til SKILs faglige aktiviteter.

I tillegg til den faktiske pasientoversikten vil SKIL legge til rette for at den enkelte legen også får oversikt over egne indikatorer, deriblant hvor mange som har fått legemiddelgjennomgang. Uttrekk og rapport vil ta minimalt med tid, og den enkelte legen vil gjennom verktøyet få umiddelbar oversikt over egen praksis. Her vil det også komme nye funksjoner i EPJ som gir mulighet for flere og bedre uttrekk i fremtiden. Det er viktig å finne få, men gode indikatorer som kan inngå i et indikatorsett som nevnt over. Hele tiden er vi klar over at legemiddelgjennomgang (som alt annet), er kun en av mange ting en allmennlege gjør.

Kvalitetsregister

I utgangspunktet kan SKIL legge til rette for kvalitetsarbeid på legekantor uten å samle inn data overhodet. Likevel har det vist seg nyttig både i Sverige og Danmark å sammenligne egen praksis med andre kolleger. Da er det behov for et sentralt kvalitetsregister som lagrer data fra deltagende

leger. I Sverige benyttes allerede Medrave, og der kan man velge å sammenligne seg med andre, men må da også levere data. For å lage et gjennomsnitt på de ulike indikatorene er det ikke nødvendig å ha data på enkelt-pasienter, det vil være tilstrekkelig at minste datapunkt er på en lege, eventuelt en legepraksis. Alternativt kan man slå sammen flere kollegers data, da vil det være umulig for noen å få innsyn i verken enkeltpasienters- eller enkeltlegers data.

Dersom et register skal opprettes, må man også vurdere nøye hvilke andre formål det skal ha. Et slikt register kan benyttes til mer enn å lage gjennomsnitt; Det å ha en oversikt over hvor bra vi samlet gjør det på ulike områder gjør det enklere å vurdere hvilke allmennmedisinske områder som bør styrkes faglig. Det er også nyttig fra et samfunnsmedisinsk perspektiv å ha oversikt over kvaliteten på helsetjenestene som leveres, og nødvendig for kommunen for å sikre befolkningen tilgang til en faglig god primærhelsetjeneste. SKIL ønsker ikke at innsamlede data benyttes til styring eller kontroll av enkeltleger, noe som kan unngås ved at minste datapunkt består av en gruppe kolleger som nevnt over.

Forskningsprosjekter knyttet til ulike kvalitetsindikatorer kan også se hvordan ulike indikatorer påvirkes av ulike tiltak. Fra et forskningssynspunkt er det likevel klart en styrke å ha datapunkter på enkelt-individ-nivå, og det vil være mulig at enkelt-leger etter avtale og nødvendige lov-pålagte godkjenninger også kan levere anonyme uttrekksdata på enkeltpasientnivå til forskningsformål.

Ta kontakt!

SKIL vil pilotere både uttrekksverktøy, e-læringsmodul og kollegagrupper med veileder høsten 2015 i Bergen, og videre bredding er planlagt fra årsskiftet 2015/2016. Legekontorene som ønsker å delta i SKIL-aktiviteter eller ønsker å komme i kontakt med oss av andre grunner kan kontakte meg direkte på nicolas.oyane@skilnet.no. Gå også inn på våre nettsider www.skilnet.no for mer informasjon – spesielt ønsker vi at du deltar i spørreundersøkelsen på siden der. SKIL er til for deg, og vi ønsker derfor å motta din mening!

REFERANSER

1. Berwick, D. (1996). A primer on leading the improvement of systems. *BMJ*, p. 312: 619.
2. Legemiddelverket. (2014). Sjekklister for Legemiddelgjennomgang. Retrieved from http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Lists/PageAttachments/default/NO/135584-StatensLegemiddelverk-Sjekklister-05-DSR.pdf
3. Frich, J., Høye, S., Lindbæk, M., & Straand, J. (2010, 11). General practitioners and tutors' experiences with peer group academic detailing: a qualitative study. *BMC Family Practice*, p. 12.
4. Gjelstad, S., Høye, S., Straand, J., Brekke, M., Dalen, I., & Lindbæk, M. (2013, 347). Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). *BMJ*, p. f4403.
5. Nyen, B., & Prestegard, K. (2013). Praksisnær kvalitetsforbedring ved fastlegekontorer. Rapport om erfaringer fra ni læringsnettverk gjennomført i prosjektet SAK-Innhold 2010–2012. Den norske legeforening.

■ [NICOLAS.OYANE@SKILNET.NO](mailto:nicolas.oyane@skilnet.no)

Samstem 'Legemidler i bruk' (LIB)

LIB i Reseptformidleren (RF) og E-multidose kommer snart!

Helsedirektoratet har nå videreutviklet e-resept og utarbeidet en løsning for sending av LIB til reseptformidleren.

Løsningen går ut på at LIB-ansvarlig lege sender hele listen over pasientens legemidler i bruk (LIB) elektronisk til reseptformidleren (RF).

Hvilke pasienter kan få LIB i RF

Elektronisk LIB kan sendes for alle pasienter tilknyttet pleie- og omsorg. For de av pasientene som får legemidler multidosepakket vil multidoseapoteket hente ned LIB fra reseptformidleren. Andre leger (for eks. på legevakt og sykehus) kan også hente ned LIB.

I henhold til fastlegeforskriften skal fastlegen koordinere legemiddelbehandlingen til innbyggerne på listen. Når fastlegen endrer eller får informasjon om at legemiddelbehandlingen er endret, skal legemiddellisten oppdateres. Dette er det innebygget systemstøtte for i den nye løsningen. Når lege endrer i pasientens LIB gjør systemet automatisk klar ny LIB for sending sammen med evt. e-resepter til RF.

Dersom pakkeapotek har noen forslag til endringer (eksempelvis at de har fått inn resept fra annen lege) eller har spørsmål til legen, kan multidoseapoteket sende en elektronisk spørremelding til legen. Legen sender elektronisk svar.

Papirordinasjonskort fases ut

Løsningen erstatter dagens papirordinasjonskort som benyttes ved multidose. Pi-

lotering av LIB i RF startet i Jevnaker i mai 2014 og i kommunene Sandnes; Klepp, Time og Gjesdal i Rogaland høsten 2014.

Spørreundersøkelse blant pilotlegene viser at løsningen er svært godt mottatt av legene. Løsningen som er tatt i bruk i pilot er Forskrivningsmodulen sammen med Winmed 2/ Vision. Det er avdekket flere forbedringspunkter i den tekniske løsningen og brukergrensesnittet som i all hovedsak er implementert. Det er 57 leger og 500 pasienter som inngår i piloten.

Erfaringer ved overgang fra papirordinasjonskort til elektronisk LIB

Piloten har vist at det er mange avvik mellom det lege har registrert i egen LIB, sammenlignet med den LIB pakkeapotek har brukt som grunnlag for pakking. Det er ved oppstart av pilot avdekket avvik i LIB hos så mange som 70 prosent av pasientene! Tall fra Apotek1 viser at 34 prosent av disse var relatert til medisinske avvik; ulik dosering, legemidler som bare er registrert hos enten lege eller multidoseapotek og forskjell i hva som står som fast og behovsmedisin. Korrigering av avvik og samstemming av LIB medførte mye arbeid i oppstart av piloten, og mye kommunikasjon mellom LIB-ansvarlig lege og pakkeapotek.

Piloten har avdekket at overgangen fra papirbaserte rutiner til en elektronisk samstemt LIB mellom lege og apotek vil kreve en betydelig arbeidsinnsats i overgangen knyttet til samstemming av LIB. Det er

imidlertid et viktig arbeid for å redusere feil legemiddelbruk og bedre ivareta pasientsikkerheten!

LIB må samstemmes

Fra høsten 2015 planlegger Helsedirektoratet utvidelse av ordningen til å gjelde flere leger og områder av landet. For å lage overgangen til sending av elektronisk LIB mest mulig strømlinjeformet, må fastlegene allerede nå starte prosessen med å kvalitetssikre og samstemme LIB. Benytt muligheten nå til å gjennomgå hver pasient-LIB for samstemming med andre kilder (pasient, PLO, pakkeapotek mm).

Samstemming av legemiddellister er et prioritert innsatsområde i pasientsikkerhetskampanjen, og mer informasjon ligger på nettsidene til kampanjen (pasientsikkerhetsprogrammet.no).

Når du som fastlege kan ta i bruk løsningen

EPJ-leverandørene er kommet noe ulikt i utviklingen av funksjonalitet for LIB i RF. Fastleger som benytter System X og Plenario vil etter plan få systemstøtte for den nye funksjonaliteten i høstrelease 2015, mens fastleger som benytter CGM Journal vil få funksjonaliteten i 2016. Forskrivningsmodulen (Winmed 2/Vision) har støtte allerede.

Overgangen til elektroniske rutiner for multidosepasienter må skje koordinert med multidoseapoteket, og den enkelte lege vil bli nærmere kontaktet vedrørende oppstartstidspunkt.



Nettbasert krisestøtteverktøy for samfunnsmedisinere

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • *Utpostens redaksjon*

Den 28. april 2015 fikk kommunelegeteamet i Øvre Eiker beskjed om at en russ fra kommunen var lagt inn på sykehuset i Drammen med smittsom hjernehinnebetennelse. For første gang brukte vi krisestøtteverktøyet DSB-CIM i en slik situasjon, og konklusjonen i evalueringen vår er at dette fungerte svært bra.

DSB-CIM

DSB-CIM er et internettbasert krisestøtteverktøy for raskere og mer oversiktlig håndtering av en uønsket hendelse/krise, levert til norske kommuner av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Beredskapspersonell i kommunene har brukerprofiler og har fått opplæring i bruk av programmet.

Kommunelegeteamet i Nedre og Øvre Eiker

Kommunelegeteamet består av kommuneoverlegene Einar Braaten og Dag-Helge Rønnevik, sykepleier og saksbehandler i miljørettet helsevern Marianne Nymo, og kontorfullmektig Frøydis Asmyhr. Teamet har hovedbase i Øvre Eiker, men jobber 50/50 for de to kommunene etter en verts-kommunemodell.

Distribusjonslister lagt inn på forhånd

I «fredstid» hadde vi på forhånd lagt inn alle fastleger og legevaktleger i «distribu-

Oversikt over distribusjonslistene som Einar har lagt inn i CIM.

Distribusjonsliste	
<input type="checkbox"/>	CIM-FORUM
<input type="checkbox"/>	Fastleger i Øvre Eiker
<input type="checkbox"/>	Fylkesmannen i Buskerud
<input type="checkbox"/>	Fylkesmannens beredskapsrådgiver
<input type="checkbox"/>	Internutsendelse - Beredskap
<input type="checkbox"/>	Kommuneoverlegen
<input type="checkbox"/>	Kommunestyret 2011 - 2015
<input type="checkbox"/>	Kriseledelsens stab - innkalling og varsling
<input type="checkbox"/>	Kriseteam medlemmer
<input type="checkbox"/>	Legevaktssleger
<input type="checkbox"/>	Smittevernleger
<input type="checkbox"/>	Test

sjonslister» i DSB-CIM. Dette skulle vise seg å bli svært tidsbesparende ved varsling og videre oppfølging av nærkontakter og andre berørte. Da sykehuset i Drammen bekreftet at det var påvist meningokokker, varslet vi alle fastleger og legevaktleger ved å sende ut felles sms.

107 loggførte hendelser

Begge kommuner har erfaring med bruk av CIM fra tidligere. Totalt ble det loggført 101 hendelser i CIM Øvre Eiker. I tillegg brukte vi CIM i Nedre Eiker, slik at det til sammen ble loggført 107 unike hendelser i akkurat denne saken. Eksempler på loggførte hendelser er telefonsamtaler med viktige samsamlingsaktører, sms til fastleger, viktige faktaopplysninger og henvendelser fra media og henvendelser fra publikum. Sykepleier og kontorfullmektig fant raskt ut hvordan de skulle sende sms og føre logg, til tross for at de ikke var blant personellet som på forhånd hadde fått opplæring. CIM er etter vår oppfatning svært intuitivt og lett å bruke.

Sentrale momenter i arbeidet

Ved tilfeller av smittsom hjernehinnebetennelse skal tiltak i nærmiljøet umiddelbart vurderes, selv om tilfeller med smitte fra den syke er sjeldent forekommende. Disse tiltakene er:

- Lete etter koprimære tilfeller (tilfeller som kommer omtrent samtidig)
- Informere
- Utrydde bærerskap
- Vaksinerer rundt et tilfelle
- Vurdere andre tiltak
- Oppsummering av arbeidet

Konklusjon

Verktøyet DSB-CIM fungerte svært godt i denne smittevernsaken. Det var tids- og ar-



Bildet som møter deg i CIM.

beidsbesparende i tillegg til å gi en svært god oversikt og dokumentasjon over hvem som gjorde hva, og når.

Vi anbefaler andre kommuner å bruke programmet DSB-CIM – også i «fredstid». Når det så oppstår en krise, har man et godt verktøy som de ansatte kjenner og kan bruke. Legg inn distribusjonslister, dvs. lag grupper med personer som ligger inne med mobilnumrene sine – f.eks. fastlegene eller alle legevaktlegene i kommunen. Kommunelegene i regionen har nå blitt enig om at når det oppstår en krise som går på tvers av kommunene, skal kommunelegene i verts-kommunen gi kollegene i de andre kommunene tilgang til «sin» DSB-CIM, slik at alle kan følge samme logg.

Det kan med fordel lages «tiltakskort» for smittevernsaker som kan ligge inne i CIM og aktiveres i slike situasjoner. Når det gjelder håndtering av selve smittevernsaken var det svært viktig at det på et tidlig tidspunkt ble definert hvem som skulle regnes som nærkontakter, og at dette ble kommunisert ut til alle leger og legevakter.

REFERANSER:

1. Einar Braatens blogg: <https://kommunelegen.wordpress.com/2015/05/01/ung-person-fra-kommunen-innlagt-pa-intensivavdelingen-med-meningokokk-meningitt/>
2. Rotvik IM. Råd for smittevernleger ved tilfelle av meningokokksykdom. Utposten 2011; nr. 7: 1. (www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/Utposten11/UP11_7/47_tips_til_praksis_Utp_7_2011.pdf)
- 3- www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevernboka

■ DAGHELGERH@HOTMAIL.COM

PRESENTASJON NYE REDAKTØRER

	HOVEDPUNKTER I HENDELSESFORLØPET	KOMMENTAR TIL HENDELSESFORLØP
1	Sykehuset varslet om et tilfelle av smittsom hjernehinnebetennelse.	Avklar hvem som melder til Folkehelseinstituttet og Fylkesmann (nominativ melding, MSIS). Her var det sykehuslegen som hadde fått varsel om tilfellet, og var da den som varslet videre.
2	Kartla omfang og hvilke kommuner som var berørt. Kontakt med pasientens familie.	Russetreff med 7-8000 deltagere: Potensielt mange som kunne være aktuelle nærkontakter, og med et slikt scenario tenker man raskt det verste! Kommuneoverlegene etablerte tidlig kontakt med FHI og smittevernvakta som hele veien ga råd og veiledning. Man tok kontakt med russens familie med tanke på å kartlegge alle nærkontakter.
3	Frigjorde ressurser og fordelte arbeidsoppgaver. Hele kommunelegeteamet avlyste alle andre avtaler.	Ressurser til disposisjon: To kommuneoverleger, erfaren sykepleier som til vanlig jobber med MHV og kontorfullmektig med merkantile oppgaver som f.eks. å besørge tilgang til Folkehelseregisteret for å få registrert nærkontakter med rett navn og nummer. Den ene kommuneoverlegen (Rønnevik) satt på hjemmekontor på Karmøy da beskjeden kom. Han kunne via loggføringen i DSB-CIM holde seg orientert om hva som skjedde, og fikk i oppgave å svare på henvendelser fra publikum og media.
4	Varslet legevaktene, smittevernlegene og kommuneoverleger i berørte kommuner	Smittevernleger i de andre berørte kommunene har i ettertid gitt innspill på at de gjerne skulle hatt mer informasjon på et tidligere tidspunkt. Regionens gode samarbeid gjennom kommuneoverlegeforum er viktig i slike saker - at legene kjenner hverandre, ikke bare ved navn.
5	Informasjon til sentrale aktører: helsestasjoner, fastlege, apotek	Helsesøster opplyste at vaksinasjonsdekningen blant russerne i Øvre Eiker var ca. 60 % (mot 30 % i Drammen). Apotek leverte til å begynne med ut 10-pakninger med ciprofloxacin, men begynte etter hvert å bryte pakningene og gi 1 tbl til nærkontaktene. Fastlegene betjener også helsestasjon for ungdom og legevakt og er naturligvis viktig å involvere og informere tidlig i en slik sak.
6	Informasjon til publikum via presseansvarlig i kommunen, info på kommunens nettside og på Facebook. Informasjonsmøte på videregående skole	Samarbeidet med media fungerte i våre øyne svært godt, og vi opplevde journalistene som saklige og dyktige. Alle ønsket å bidra til å få ut korrekt informasjon. Info på Facebook fikk over 10.000 treff ilt a to dager. Kommuneoverlege og smittevernlege deltok på info-møter på videregående skoler i regionen.
7	Avklare hvem som var nærkontakter og skulle tilbys bærerskapsutrydning	Vi fikk tidlig avklart hvem som skulle regnes som nærkontakter. Samme husstand, kjæreste, alle som hadde delt samme flaske, kysset eller vært mer enn seks timer i samme rom/russebuss. Antallet nærkontakter kunne potensielt blitt svært høyt, hadde avgrensingen vært romsligere. Det ble gitt informasjon om at alle nærkontakter skulle behandles med ciprofloxacin 500 mg x 1 (tbl).
8	Registrere nærkontakter i excel-ark («line-list»)	Alle legevakter skrev ned personalia og kontaktinfo på nærkontaktene som fikk engangsdose med ciprofloxacin. Disse oversiktene fikk vi tilsendt på e-post eller fax. I Drammen ble over 140 ungdommer definert som nærkontakter. Disse ble ført inn i en tabell ("line-list") i et excel-ark slik at vi satt med en totaloversikt over nærkontakter i alle kommunene.
9	Avklare type meningokokk og type vaksine	FHI fant ut at det var meningokokktype Y. Vaksinen som anbefales russ er for type A+C+W+Y, så de som allerede var vaksinert trengte ikke få ny vaksine.
10	Oversikt nærkontakter til berørte kommuner v/kommuneoverlegene	Alle nærkontakter skulle også få tilbud om vaksine. Dette sørget hver enkelt kommune for. Vi sendte oversikt over nærkontakter til smittevernlegene i berørte kommuner, og hver kommune bestilte vaksiner til sine egne.
11	«Vaske» lister med nærkontakter og bestille vaksiner fra FHI	Via SYSVAK kunne vi ha fått sortert ut alle som allerede hadde mottatt ordinær vaksine før russeferien. Da hadde antallet som skulle ha vaksine vært lavere. Dette fikk vi ikke gjort, noe som førte til at vi bestilte for mange vaksiner fra FHI.
12	Innkalle nærkontakter til vaksinering	Alle nærkontakter i Nedre og Øvre Eiker fikk innkalling til vaksinering via sms. Telefonnummerene ble kopiert fra line-list i excel-ark og limt inn i sms-funksjon i CIM, og ved noen tastetrykk fikk ca. 40 russ den samme meldingen. Det var et fåtall som møtte opp, hvilket betyr at enten hadde mange allerede fått vaksine, eller så ble det ikke prioritert.

TABELL. Oppsummering av arbeidet.



Mina Piiksi Dahl

Jeg jobber som allmennlege og som stipendiat ved avdeling for Allmennmedisin, Universitetet i Oslo. Jeg ble uteksaminert fra Universitetet i Oslo i 2011. Siden turnustjenesten har jeg jobbet på legekantor - først i Solør, Hedmark, og deretter i

Oslo. Jeg er med i en forskningsgruppe som skal studere en ny modell for samarbeid mellom DPS og fastleger i Groruddalen i Oslo. Jeg synes det er veldig spennende å få være med å jobbe for økt samhandling og samarbeid i primærhelsetjenestene. Mine hovedinteresser ligger innenfor forebyggende og helsefremmende arbeid, tidlig intervensjon ved destruktive helsemønstre og økt tverrfaglig samarbeid. Som student skrev jeg min hovedoppgave om ungdoms perspektiver på helse. Der kom det tydelig frem hvor viktig sosiale forhold, trygghet og aksept for seg selv var for ungdom når de skulle vurdere egen helse. Siden dette har jeg vært spesielt interessert i møtepunktet mellom medisin som naturvitenskapelig fag og humanistisk tradisjon, og for meg ligger allmennmedisinen nettopp i dette møtepunktet. Som nyutdannet lege er jeg spent på utviklingen av allmenn- og samfunnsmedisinen i årene som kommer. Jeg er selv en ivrig leser av *Utposten* og ble veldig glad da jeg ble spurt om å være med som medredaktør.



Dag-Helge Rønnevik

Har jobbet i 4,5 år som lege i Bokn kommune i Rogaland og fått en bred innfallsvinkel til legerket gjennom ulike legeroller: tilsynslege, helsestasjonslege, fastlege, smittevernlege, legevaktlege,

kommuneoverlege. Nesten ferdig spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin. Har fått stor interesse for det samfunnsmedisinske fagfeltet og forebyggende/helsefremmende arbeid. Fra august 2012 permisjon 1 år fra Bokn kommune for å forsøke 100 prosent stilling som kommuneoverlege i Karmøy kommune, den største kommunen i nord-Rogaland (42 000 innbyggere). Fra februar 2015 takket ja til et ett års vikariat som kommuneoverlege i Nedre og Øvre Eiker i Buskerud.

Engasjert i samhandlingsprosjektet «Helse-torgmodellen» perioden 2010-2012, bl.a. som prosjektleder i prosjekt «Helsesteam for eldre» der vi utviklet modell for forebyggende hjemmebesøk for eldre. Hjemme har jeg tatt på meg å være styreleder i det lokale idrettslaget, Kolnes IL. Det er spennende å se hvordan vi kan trekke vår kunnskap om folkehelse inn i det frivillige for å bidra til å utvikle et godt og helsefremmende lokalsamfunn. Er spent på hvordan jeg kan bidra i *Utposten*, men syntes det var en sjanse jeg ikke kunne la gå fra meg da jeg ble spurt om å være medredaktør. Jeg har vært fast leser av *Utposten* i mange år og er glad for at vi har et slikt tidsskrift i Norge.

Debatt om legevakt på samfunnsmedisinsk års

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Legevakt, ny akuttforskrift, folkehelsearbeid og samfunnssikkerhet stod i fokus da LSA og Norsam hadde sitt årlige felles årsmøteseminar. Et fulltegnet kurs på flotte Sola strandhotell satte rammene for to dager med gode presentasjoner, heftige diskusjoner, maning til opprør fra grasrota, resolusjon om humanitær flyktningpolitikk, og ikke minst valg av nytt styre i begge foreninger og utdeling av høythengende priser.



Kirsten Toft og Ole Johan Bakke i LSA-styret var godt fornøyd med engasjementet i legevaktdebatten ved årsmøtekurset. FOTO: TOM SUNDAR

1. september var satt av til tema «Hvordan vil fremtidens legevakt se ut» og «samfunnsmedisinske konsekvenser av den nye akuttforskriften». Bør det innføres fastlønn på legevakt? Hvilke konsekvenser har det at legevaktene drives av vikarleger? Er det i det hele tatt riktig at fastlegene skal være bærebjelken på legevakten når de har det travelt fra før? Er kommunene i stand til å utvikle gode legevakttjenester, eller bør tjenesten ivaretas av spesialisthelsetjenesten? Er det så nøye om lege rykke ut på gule oppdrag eller ikke? Dette er bare noen av spørsmålene som uunngåelig dukket opp i løpet av dagen.

Legevakt – en tjeneste i spagat?

Anestesilege Kristian Lexow ved Stavanger Universitetssykehus beskrev legevakta som en tjeneste i nasjonal spagat, og viste til Sverige der allmennlegene er helt ute av den prehospitale akuttmedisinen: «Er det denne utviklingen vi ønsker i Norge?»

– Ambulansen sendes oftere og oftere ut for å gjøre medisinske vurderinger uten at lege er med, noe som kan slå ut i at for mange blir lagt inn unødvendig, eller at viktige symptomer blir oversett med potensielt katastrofale konsekvenser for pasienten, advarte Lexow. Han oppfordret til å satse på sterke akuttmedisinske lokale team, og minner om at det i § 5 i akuttforskriften nå er åpnet opp for å inngå avtale med «akutthjelpere» som ikke er helsepersonell, f.eks. brannmenn i «first responder»-ordninger. I grisgrendte strøk kan dette åpne for nye muligheter, sa han.

– Vi må finne arenaer for opplæring og samhandling og bygge opp en akuttmedisinsk kjede for at folk skal føle seg trygge! Kommunene må sette av flere midler til akuttmedisinsk trening, sa den engasjerte anestesilegen. Han minnet oss på at tidlig HLR er livreddende ved hjertestans og at publikumshjelp er avgjørende de første minuttene før helsepersonell når fram. Derfor må førstehjelpskunnskapene i befolkningen styrkes, understreket han.

Et mylder av skjøre nettverk

Helen Brandstorp fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) fulgte opp med å tegne et bilde av legevakten i Norge som et mylder av skjøre nettverk, mange steder drevet av vikarleger og fastleger – og med store forskjeller i kvalitet og pasientsikkerhet.

– Når vi vet at det å gi god pasientbehandling er det som bidrar mest til å gi god trivsel hos leger, hvorfor legger vi ikke mer til rette for nettopp det også på legevakt? spurte Brandstorp. Hun etterlyste felles verdinormer for en legevakt der legene trives og opplever faglig fellesskap, trygghet og tilhørighet: – På samme måte som faget allmennmedisinen har KOPF-idealet (*red. anm.: KOPF står for kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*) og de syv tesene, bør legevakten ha sine normer, sa hun.

Brandstorp er en forkjemper for desentraliserte legevaktsmodeller med akuttmedisinsk samøving for å bygge opp robuste tverrfaglige team som løser utfordringene sammen (1). Nettopp det var grunnlaget for at helsepersonell løste sine oppgaver på en god måte 22. juli 2011, påpekte hun.

Legevakt er allmennlegearbeid

Nyvalgt leder Petter Brelin i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) minnet oss på at legevakten fungerer stort sett bra i Norge, og folk generelt er tilfreds: 1,88 millioner henvendelser blir ivaretatt årlig, og 44 prosent av vaktene blir tatt av allmennleger. Men kvalitetsforskjellene er for store, sa Brelin, som var klokkeklar på at legevakt er allmennlegearbeid og at kommunene må ta større ansvar for gode nok ordninger: – Der det er gode vilkår, der blir det også god kvalitet, konstaterte NFA-lederen som tok til orde for å styrke medisinsk faglig ledelse og arbeid med ROS-analyser, kompetanseplaner og samtrening.

Fastlønn og kompetanse i Nordhordland

Det var også budskapet fra Grethe Fosse, mangeårig legevaktsjef ved Nordhordland

møtekurs

Årsmøtekurset for LSA og Norsam fant sted på Sola utenfor Stavanger, 1.–2. september. FOTO: TOM SUNDAR



legevakt. Fosse, som ble tildelt Anders Forsdahls minnepris for sitt samfunnsmedisinske arbeid – blant annet i Nordhordland – fortalte om en legevaktstjeneste med god kvalitet til tross for en sentralisert modell med store avstander. Legevakten betjener 43 000 innbyggere spredt over et geografisk område med flere øykommuner. Man har også gode erfaringer med fastlønn for legevaktlegene – regulert i en særavtale mellom KS og Legeforeningen.

Med en kostnad på 600 kroner pr. innbygger og total kostnad på rundt 30 millioner kroner i året, er det en dyrere legevakt enn mange andre steder i landet. – Men, poengterer Grethe Fosse: – Beredskap og kompetanse koster!

Under sitt innlegg på Sola antydte hun at legevakt burde slås sammen med spesialisthelsetjenesten – en aldri så liten brannfakkell i forsamlingen. Men hovedpoengene hennes ble applaudert: legevakt koster, tjenesten må utvikles av fagfolk som kjenner faget («ta vare på traverne») og faglig fellesskap og fastlønn er viktige elementer.

Kompetansekrav og utrykningsplikt

Jan Magne Linnsund, sekretariatsleder i det regjeringsoppnevnte Akuttutvalget, redegjorde for utfordringene rundt kvaliteten i legevaktstjenesten. Blant annet ble legenes utrykningsplikt diskutert – både på dagtid og utenom kontortid. Plikten framstår fortsatt som uklart med tanke på hvilke krav som gjelder for fastleger på dagtid: Skal de rykke ut på øyeblikkelig hjelp-hendelser? Skal de rykke ut om det gjelder egne pasienter? Hva om det ikke er egne pasienter? Hva om kommunen har egen daglegevakt, eller en organisert beredskap med fastlegene?

Linnsund understreket viktigheten av en ordning der det er tydelig for AMK hvem som skal alarmeres og eventuelt rykke ut. Han forsvarte kompetansekravet i den nye akuttforskriften og pekte på nødvendigheten av fastlegenes vurderingskompetanse ved akutte hendelser. – Det er kritikkverdig at et økende antall pasienter, spesielt i bynære strøk, leg-

ges direkte inn i sykehus uten at de er vurdert av lege, sa Linnsund. Han drøftet også forslag om å innføre responstider, dvs. at 90 prosent av befolkningen skal nås innen maks 40 minutter, og 95 prosent innen 60 minutter.

Fra salen kom det innspill fra Ole Johan Bakke, kommuneoverlege i Holmestrand og medlem i LSA-styret, om at løsningen er å få flere fastleger, kortere lister og økt kapasitet på dagtid. Han mener legevaktarbeid bør inkluderes i kommunale bistillinger på lik linje med arbeid ved helsestasjoner og sykehjem osv. Kommuneoverlege Rolf Bergseth fra Klepp påpekte sikkerhetsaspektet ved at vaktlegen skal rykke ut i egen bil, «med mobil i den ene hånda og nødradioen i den andre», med fare for ikke å nå fram i tide: – Ambulansen har ofte dratt vekk med pasienten når vi kommer fram! Vi trenger egne uniformerte utrykningsbiler, sa han. Einar Braaten, kommuneoverlege i Øvre og Nedre Eiker, kommenterte ideen om å la sykehusene overta legevaktfunksjonen: – Kommunehelsetjenesten må være én samlet tjeneste der legevakt inngår som en viktig del, sa han.

En liten oppsummering

Legevakt er en kommunal oppgave og kommuneoverlegene, som medisinskfaglige rådgivere, har en viktig oppgave i å gi råd om hva som skal til for å oppnå god nok kvalitet på tjenesten. Vi må bevare legevakten som en trygghetskapende institusjon, for å låne Kristian Lexows ord.

Samtidig er det få saker som engasjerer befolkningen så mye som legevakt og lokalsykehus. Kan det være «politisk selvmord» å foreslå endringer som rokker ved befolkningens følelse av trygghet? Nylig ble for eksempel planene for sammenslåing av legevaktstjenestene i kommunene Suldal, Sauda, Vindafjord og Etne på indre Haugalandet stanset etter massive protester og motstand i befolkningen, til tross for stor faglig enighet om at det beste var å stå sammen om en felles legevakt.

Norge er et langstrakt land, og hvert om-

råde må finne sine løsninger. Noen steder kan sammenslåing være riktig, andre steder ikke. Kravene til kommunene er de samme, enten kommunene heter Bærum eller Balsfjord. Legeforeningen og Akuttutvalget har konkludert at legevaktarbeid er allmennlegearbeid, og med ny akuttforskrift og krav til kompetanse har vi fått et viktig hjelpemiddel for å ta tak i de største utfordringene. ROS-analyser vil kunne belyse hvilke områder legevaktordningen i en kommune har høy risiko for uønskede hendelser. Der risikoen er for høy må det foreslås risikoreduserende tiltak som er nødvendig for å være 'innenfor det akseptable'. Risikoreduserende tiltak kan være f.eks. anskaffelse av uniformert legebil, akuttmedisinsk samøving, avtaler med «akuttgjørere» og samarbeid med helseforetakets «flåtestyring».

Kommunene må være forberedt på at god kvalitet koster. Det er sjelden penger å spare på en sammenslåing, og med de nye kravene i akuttforskriften vil det ikke lenger være mulig å spare penger på legevakten. De folkevalgte må gjøres i stand til å forstå hva det betyr å ha en legevakt styrt av vikarleger uten tilknytning til kommunen, istedenfor en ordning der fastlegene er bærebjelken i en legevakt som henger godt sammen med resten av kommunehelsetjenesten. Hvor ofte møter kommuneoverlegene politikerne i egen kommune? Er kommuneoverlegene i posisjon til å påvirke prosessene godt nok? Det må jobbes i kulissene for å få administrasjon og politikere til å forstå hvilke utfordringer vi ser i dag, og hva som skal til for å bygge opp gode legevakter.

Helene Brandstorp og Kristian Lexows oppfordringer til årsmøtekurset for samfunnsmedisinerne fortjener å bli tatt med til slutt: Vær en stemme i samfunnsdebatten og bidra til å skape en bølge av bevisstgjøring om hva som skal til for å sikre en god legevakt! Kanskje trenger vi fakkeltog som forlanger god *kvalitet* på tjenesten, og ikke bare *nærhet* til den?

REFERANSE

1. Brandstorp H. Kvalitet når legevakten er integret. Utposten 2015; nr. 3: 12–14.

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?

Depresjonsbehandling i sykehjem på tynt grunnlag

Depresjon er hyppig forekommende blant pasienter på sykehjem. På tross av dette er diagnostikken ofte tilfeldig, og behandlingen i hovedsak medikamentell. Leger og sykepleiere bør være mer bevisste rundt diagnostikk og behandling av depresjon hos sykehjemspasienter.

Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet

I allmennlegejobben har jeg lenge vært opp-tatt av og bekymret for medikalisering av livets vondter. Noen ganger, ja kanskje for ofte, glemmer vi å oppmuntre til egenmestringen når noe butter imot. Men det er også viktig ikke å overse eller bagatellisere plagene hos pasienter som trenger medisinsk behandling. Balansegangen mellom overbehandling og underbehandling, mellom overdiagnostikk, feildiagnostikk eller ingen diagnostikk, er en utfordrende øvelse.

I sykehjem er det spesielt krevende å finne balansen mellom hvilket behov pasienten har for behandling, hvilke ønsker familien har og hvordan pleiepersonalet og legen vurderer dette. Dette er ikke lett. Hvordan kan vi håndtere dette bedre?

Denne undringen ble min inngangsbillett til forskning.

Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt?

Depresjon er utbredt blant sykehjemspasienter, men det er vanskelig å diagnostisere. Det kliniske bildet er annerledes enn for yngre med depresjon. Mange av kriteriene som skal til for å stille en depresjonsdiagnose, er samtidig vanlige aldersforandringer. 80 prosent av sykehjemspasientene har en demenslidelse og det kan være veldig utfordrende å skille depresjon fra demens. Sykehjemspasienten har oftest erfart mange tap; helse, livspartner, familie og sanser. Tap kan gi tristhet, men ikke nødvendigvis depresjon. Tristhet er et hovedsymptom ved depresjon, men det er også en situasjonsadekvat stemning uten at det foreligger depressiv lidelse. Tristheten hos pasienten blir tolket av pleiepersonalet og legen, og de initierer tiltak. Men hvorfor og hvordan tiltak gjennomføres, er lite kjent.

Avhandlingens overordnede målsetting er å få mer kunnskap om forekomst av depresjon i sykehjem, helsepersonellens hånd-

tering av dette og hvordan sykehjemspasienten opplever egen tristhet. Avhandlingen er basert på tre empiriske studier:

- Den første studien var en klinisk studie. Vi ønsket å undersøke forekomst av depresjon hos nyinnlagte sykehjemspasienter med langtidsplass og belyse sammenhenger mellom dokumentert depresjonsdiagnostikk og depresjonsbehandling.
- Vi gjennomførte en fokusgruppestudie, som andre delstudie. Formålet med studien var å utforske beslutningsgrunnlaget for å starte, evaluere og avslutte depresjonsbehandling i sykehjem
- En kvalitativ intervjustudie var den siste delstudien i avhandlingen. Målsettingen med studien var å belyse sykehjemspasientenes opplevelse av egen tristhet.

Hva fant du?

Resultatene fra den kliniske studien viste at 28 prosent av de nyinnlagte pasientene var deprimeret i følge ICD-10. I journalene fant vi dokumentert diagnostikk hos halvparten av pasientene med depresjon. Diagnostiske tester ble knapt brukt. 44 prosent av pasientene fikk antidepressive medikamenter, halvparten av disse fikk behandlingen for depresjon. Den andre halvparten fikk det for nevropsykiatriske symptomer og ukjent indikasjon. Antidepressiva ble ikke seponert hos noen av pasientene.

Deltakerne i fokusgruppestudien syntes det var vanskelig å skille mellom sorg og tapsopplevelser og depresjon. På tross av dette fortalte legene at de ikke gjennomførte systematisk depresjonsdiagnostikk, men de stolte på hva sykepleierne rapporterte i visittene. Behandling av depresjon var nesten utelukkende medikamentell. Ikke-farmakologiske behandlingsopsjoner ble lite brukt, ifølge informantene. Sykepleierne fortalte at hjelpepleiere ofte etterspurte medikamentell depresjonsbehandling. Selv om de opplevde det som press, tok de det

med videre til visitten med legene. Sykepleiere ønsket at legene hadde mer tid til å drøfte funnene og behandlingen. Men legene på sin side opplevde at sykepleiere presset dem til å behandle medikamentelt.

Pasientene i intervjustudien oppgav tap av ulike funksjoner og helse, avhengighet til andre og dårlig fungerende teknisk utstyr, som noen av årsakene til tristhet. Ensomhet, mindre sosialt nettverk, lite tid for samtale med personalet og dårlig pleie var andre grunner. På tross av dette brukte noen pasientene gode mestringsstrategier, som å forsone seg med funksjonsnedsettelsen, se seg selv i et større perspektiv og delta i religiøse aktiviteter.

Oppsummert har min avhandling følgende hovedfunn:

- Depresjon og tristhet er vanlig blant sykehjemspasienter
- Depresjonsdiagnostikk er tilfeldig
- Halvparten av pasientene får medikamentell behandling, selv om leger og sykepleiere er usikre på effekten
- Pasientene savnet samtaler med personalet. Sykepleierne anerkjente miljøtiltak, men hadde oftest ikke tid til dette.

Hva har dette å bety for den jevne allmennlege?

- Leger og sykepleiere bør være mer bevisst rundt depresjonsdiagnostikk
- Normale følelser bør ikke medikaliseres
- Medikamentell behandling bør regelmessig evalueres
- Ikke-medikamentelle tiltak er viktig og bør alltid vurderes.
- Legen skal støtte opp under pasientens egne mestringsressurser

Hvilke utfordringer møtte du underveis?

Det har vært mye mer arbeid enn jeg forestilte meg på forhånd. Fastlegepraksisen skulle ivaretas, pasientene ønsket og for-

ventet at jeg var til stede. Samtidig krevde forskningsprosjektet også mitt nærvær, engasjement og ikke minst tid. For å få dette regnskapet til å gå opp, brukte jeg veldig mange kvelder og helger til forskningsarbeid. En annen stor utfordring var rekrutteringen til studiene. God logistikk var helt nødvendig for å kombinere datainn-samling med fastlegepraksis. Jeg samlet inn alle data selv og det var ganske krevende. Jeg syntes også det var utfordrende, å lære seg «spillet» rundt publisering og presentasjon. Men heldigvis har jeg hatt de aller beste veilederne gjennom doktorgradsløpet, som har bidratt med faglighet, raushet og ikke minst tålmodighet.

Hvor går veien videre?

Gjennom doktorgradsløpet har jeg fått mye ny kunnskap og lært meg et nytt «håndverk». Det ønsker jeg å bruke i nye prosjekter innenfor allmennmedisin og sykehjemsmedisin. For hvordan kan vi implementere forskningsresultatene i sykehjem og blant fastleger? Jeg er nå helt i startfasen med å planlegge forskning på dette feltet. Forskning i eget fag er veldig givende. Men det er også fastlegejobben min. Hvordan arbeidsuka skal fordeles mellom fastlegejobben og forskningen, vet jeg ennå ikke. Jeg sier som Ole Brumm: ja takk, begge deler!

Tips til andre allmennleger som vil forske

Vær åpen for undring rundt egen praksis. Finn et forskningsmiljø som er interessert i det samme som du. Innstill deg på at det blir veldig mye arbeid. Men det er også gleder å se fram til; publisere artikler, bli kjent med forskerkolleger, diskutere egne forskningsfunn med andre forskere, delta på kongresser, få avhandlingen godkjent og til slutt disputere. Hva nøler du med?

KRISTINA RIIS IDEN

AVHANDLINGENS TITTEL: Depresjon i sykehjem. Underdiagnostikk og overbehandling.

PRØVEFORELESNING: 29.04.2015 over tema «Forskingsbasert kunnskap om opplevd tristhet og depresjon hos pasienter på sykehjem: diagnostisering, behandling og oppfølging».

Disputas 29.04.2015

VEILEDERE: Professor Sabine Ruths, førsteamanuensis Stefán Hjörleifsson, professor emeritus Knut Engedal.

Doktorgradsarbeidet har foregått ved allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse og Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

FINANSIERING: Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

Pasienten som ikke kom

Dagen som fastlege er full av gjøremål. Oppgavene renner inn gjennom døren i en jevn ustoppelig strøm. Av og til kommer en uventet gave – en liten pustepause, fordi en pasient ikke dukker opp. Tiden er en trakt som raskt fylles opp med andre ting. Mens jeg venter, arbeider jeg. Ti minutter, femten minutter går og ingen dukker fortsatt opp, men der kommer neste pasient på listen. Dagen faller inn i sin vante rytme og det går mot lunsj. Og så ruller arbeidsdagen videre, helt til siste pasient lukker døren, helt til siste epikrise er lest. Da vil jeg hjem. Og ettermiddagen inneholder et helt annet liv og søvnen kommer med kvelden i en myk og varm seng. Og hodet er lengst unna arbeidet som var og arbeidsdagen som kommer – inntil jeg med et rykk tenker: Hvem var det som ikke kom? Var det hun som var så hjelpeløs og fortvilet, så skamfull og full av angst? Og hvorfor kom hun ikke? Sa jeg noe galt sist gang? Overså jeg et lite, men alvorlig hint? Har hun skrotet

meg som hjelper? Og hva gjør hun nå? Legelivet er rikt på spørsmål, men fattig på sikre svar.

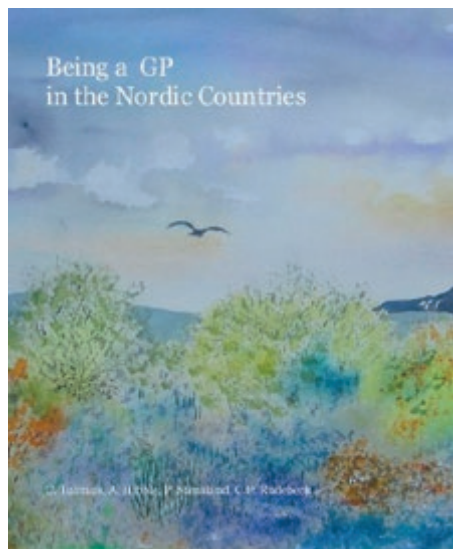
Som fastlege har jeg hatt pasienter som valgte å svelge innholdet i et pilleglass fremfor å komme til avtalt time. Det har skjedd flere ganger, og statistisk skjer det alle fastleger som jobber noen år. Men når det skjer, rammes vi personlig og som leger. Og så kjenner man på avmakten og tvilen. Når balanserer livet på en knivsegg, og hvor langt skal jeg som lege strekke meg for å få tak i noen av mine skjøreste pasienter? Pasienten har et egenansvar å søke hjelp, men noen ganger glipper det. Mine få svarte erfaringer nører opp under katastrofepensjonene en sen nattetime.

Jeg ringer pasienten dagen etter. «Unnskyld meg, men du hadde en time i går...» «Å, ja beklager så mye», svarer hun, «Jeg forsov meg visst. Kan jeg få en ny time til uka?»

ALEXANDER WAHL
Spesialist i allmennmedisin
Redaktør primærhelse i Helsebiblioteket



Stolt og sårbar



C. Tulinius, A. Hibble,
P. Stensland, C.E. Rudebeck
Being a GP in the Nordic Countries
Eget forlag
2013
184 sider

Boken med tittelen *Being a GP in the Nordic Countries* burde ha et potensielt stort publikum. Nordisk allmennmedisin interesserer mange flere enn de som står midt i den. Både klinikere, helsetjenesteforskere og beslutningstakere i hele verden viser interesse for vårt helsevesen, og primærmedisinen utgjør som kjent grunnmuren. Boken bør spres, men helst til mottagere som virkelig vil forstå hva det å være allmennlege innebærer. Dette er ikke en lett tilgjengelig billedbok tross rikelig med bilder. Det er heller ikke noe i nærheten av en utredning eller artikkelsamling, selv om den bygger på forskning. Dette er mye mer sofistikert, både i form og innhold, og hvordan den er blitt til. Naturligvis. Leger som strever etter å se hele pasienten i dennes kontekst både som klinikere, forskere og undervisere, viser samme ambisjon på profesjonens vegne mellom disse permene.

Being a GP in the Nordic Countries er blitt til ved at fire, svært erfarne allmennleger, kvalitative forskere, utdannere og fagbokforfattere har jobbet sammen over tid. Lang tid. De ønsket seg beskrivelser fra allmennpraksis som sa mer enn «objektive» tall og barberte beskrivelser i stram språk-

drakt. Lederen for forfatterkvarteret er dansk, Charlotte Tulinius, gift og bosatt i Cambridge, England, med Arthur Hibble, som er andremann i prosjektet. Tredjemand er Per Stensland, fylkeslege i Sogn og Fjordane og professor i Bergen (1). Den fjerde er Carl-Edvard Rudebeck fra Sverige, med bistilling i Tromsø (2). De har imidlertid ikke vært alene om verket. Hele 107 personer har bidratt gjennom de fire årene dette forskningsprosjektet har pågått.

Under de Nordiske kongressene i allmennmedisin i 2009 og i 2011 arrangerte forfatterne workshops der deltagerne i forkant ble invitert til å uttrykke kreativt og kunstnerisk svar på spørsmålet «Hva det vil si å være allmennpraktiker i de nordiske landene?» I løpet av kongressene ledet forfatterne blant annet samtaler omkring bidragene, legene ble intervjuet på ulikt vis i løpet av prosessen og deltagerne ble oppfordret til å sende inn fotografier med korte beskrivelser. Mye av stoffet altså bearbejdet bredt og deltagende vis underveis, men det ble også analysert videre av bare de fire forfatterne. I tillegg ble noe delt for innspill på andre konferanser og med andre forskere. Boken er resultatet. Under den nordiske kongressen i 2013 var den klar til utgivelse. Nå, to år senere, har vi hatt nok en nordisk kongress og forfatterne gav oss denne gangen en beskrivelse av bokens tilblivelse og mottagelse i et spesielt nordisk temanummer av *AllmänMedicin*, bladet til Svensk Förening för Allmänmedicin (SFAM), utgitt til kongressen i Göteborg (3).

Bokens hovedinnhold er bidragene fra kolleger i nordiske land. Her er dikt, viser, fotografier og malerier, refleksive tekster og fortellinger, samt glimt av kunstmontasje og annet. De fulle sidene gir rike beskrivelser – sanselig, tett og frodig heller enn minimalistisk eller reduksjonistisk. Kreative og kunstneriske beskrivelser av allmennmedisinen borger jo for et broket boklig uttrykk. Det hele fanger leseren på en uforutsigbar, sammensatt måte – estetisk, etisk og emosjonelt. Den rører ved mange type følelser og slipper ikke taket så lett. Selvfølgelig ikke. Her byr engasjerte kolleger på seg selv. De deler sitt legelivsform og følelser – både frukter og frykt – tidvis påtrengende, nesten insisterende,

men også snusfornuftig og forklarende. Som alt det man møter en full dag på jobben.

Bokomslaget er et sommerlig landskapsmotiv i pastell av allmennlege på Island, Guðrún Hreinsdóttir. Flere fine farger fra denne akvarellen går igjen på de nær 200, tykke sidene. Når man åpner boken, slår det en at dette ikke er en vanlig vakker sak, egnet for tilbakelent behag. Det er valg av tekstlig layout som skjerper hjernen til mer enn komfortabel kollegakos. Bokstavene er dobbelt så store som i andre liknende bøker, sidemargene mindre og stoffet fyller sidene omtrent fra kant til kant. Det skaper et uvanlig påtrengende uttrykk. Om dette har oppstått ved et arbeidsuhell eller om det er bevisst valgt, vet jeg ikke, men det skaper noe. Brudd i forventet estetikk trigger og stimulerer på samme måte som brudd i forventet etikk. Denne estetiske overraskelsen skapte først irritasjon, siden kom nysgjerrigheten som konstruktiv avløsning. Hva vil forfatterne med sin noe grovskårne layout?

Kanskje vil de tydeliggjøre de spenninger og sprik de finner beskrevet og vist? Boken får godt frem gapet mellom hvor mye av seg selv legene legger ned i sitt arbeid og opplevelsen av at de ikke blir godt nok forstått. Dette kaller forfatterne «dissonans». Urimelige krav og kontroll som bommer på det viktige kommer i konflikt med legens ofte krevende pasientbehandling hun eller han føler seg alene om. Vi lever oss inn i de mange beslutningene og tilhørende usikkerhet som hverdagen er full av, det kontinuerlige ansvaret for andre mennesker som søker sin egen leges hjelp igjen og igjen, tidspresset, de høye forventningene, forpliktelsene, skuffelsene og slitenheten – og dragningen etter noe vakkert, naturen og et trygt fellesskap som motvekt. Praksisteamet er fotografert i fine pauserom og forklares som en familie, en dynamisk organisme, der ulikhetene innad gir samlet styrke. Og stolthet.

Anes det samtidig noe fordomsfullhet overfor andre utenfor? Hardtarbeidende mestre i ansvar og avgjørelser synes ikke å like at andre skal bestemme over dem – stå og sårbare. Dette er felles for de kampvillige flokkene i de ulike landene som på om-

gang har samlet seg for bevaring av en solid allmennlegetjeneste, igjen og igjen. Og som har opplevd smerten ved splittelse. Denne synliggjøringen av profesjonell stolthet og sårbarhet er også bokens styrke. Boken skal få lov til å bevege seg mot det narsissistiske, men samtidig kan man kjenne at det er noe tiltrekkende i det underliggende, som kanskje kan sies slik: «Kom, vær våre venner! Dere aner ikke hvilke sannheter og dype innsikter vi kjenner.»

Det kan betale seg å sette seg inn i det forskningsmessige håndverket som boken hviler på også. Det som gjør den til mer enn reflekterte legers bekjennelser. Forskernes egen kjennskap til forskningsfeltet og langvarige arbeid med materialet gir dem gode forutsetninger for å sette ord på taus kunnskap og få frem spennende essenser sammen med treffende kollegabidrag. Noen sitater er av kolleger som snakker om ting de ikke har satt ord på før.

Stoffet er analysert og systematisert under 13 fylldige og meningsfulle kapitelloverskrifter. I starten på hvert kapittel presenterer forfatterne sine korte kommentarer som fort blandes med deler av det innsamlede materialet, alt det som gjør kollegastemmen til en kreativ kakofoni. I tillegg har forfatterne skrevet en sammenfattende og interessant refleksjon helt bakerst i boken. Metoden de har brukt er teoretisk fundert, i slekt med annen deltagende forskning som aksjonsforskning og gjort grundig rede for i det siste kapittelet; «The wordy version». Et interessant eksempel på hva vitenskapelig metode kan være når målet er rike beskrivelser og både bredde og dybde.

«Arts-based multi qualitative method study» er ikke hverdagskost i det medisinske fagfeltet. Denne boken er derfor en sjelden begivenhet. Det er både spennende og stas å ha den tilgjengelig. Slik som god kunst, gode venner og pasienter, blir boken bedre av å studeres igjen og igjen og deles med andre interesserte.

Den bestilles her:


<http://www.blurb.co.uk/b/4480717-being-a-gp-in-the-nordic-countries>

REFERANSER

1. Malterud, K, Nessa, J, Stensland, P, Thesen, J.(2006). Legekunst i praksis. Kommunikasjon lege-pasient. Universitetsforlaget.
2. Rudebeck C.E. (2012) Kropp och ord i en allmänläkares rum. Studentlitteratur AB
3. Svensk Förening För Allmänmedicin. Allmän Medicin. (2015) 2; 36:28-28

HELEN BRANDSTORP

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

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle - lagleder

Intuisjonen...

For denne etappen i Lyrikkstafetten har jeg valgt diktet «Å vera mektig...» i diktsamlingen «Kjærlege posisjonar» fra 1988, av Per Olav Kaldestad.

Det er muligens et kjærlighetsdikt, men jeg assosierer det like mye med hverdagen på allmennlegekontoret.

Pasientene henvender seg til oss med høyst forskjellige behov, og hva som kanskje kan oppleves som krav. Vi ønsker å hjelpe, men det kan ligge utfordringer i de ulike «posisjonane» man har som hjelper og som pasient. Da har vi behov for andre verktøy enn den medisinfaglige innsikten.

Jeg synes Per Olav Kaldestad formidler dette med en følsom og god balanse, samt en psykologisk og kanskje også pedagogisk, innsikt når han snakker om å gi «dei rette kjærteikn» og foreskriver å «ta den andre nøye for seg, få tak i dei små forandringane og venda dei til det gode.»

Jeg leser diktet dit at mektighet er samspill mellom innsikt, omtanke og intuisjon, ikke demonstrasjon av en tilsynelatende vertikal posisjonsforskjell.

Etter mitt skjønn er intuisjonen, som vi ikke alltid er klar over er i aktivitet til enhver tid, et verdifullt, men undervurdert,

arbeidsredskap i allmennmedisinen. Og som ikke minst er med på å gjøre denne så variert og spennende!

Å vera mektig
er å vera ytterst
følsom, var for den minste
ubalanse i lufta,

alltid klar
til å gi dei
rette
kjærteikn,

ta den andre
nøye for seg,
få tak i

dei små forandringane
og venda dei
til det gode.

Jeg utfordrer Anne Mathilde Hanstad til neste etappe i stafetten

Vennlig hilsen
TOVE RUTLE

SPØRSMÅL TIL RELIS

RELIS får jevnlig spørsmål om valg og risiko ved bruk av sovemedisiner hos gravide både fra helsepersonell og publikum.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Valg av soveme

Oppsummering

- Søvnvansker hos gravide er vanlig. Når dette skyldes normale endringer i søvn som følge av normal svangerskapsfysiologi, skal plagene ikke behandles med legemidler. Utfordringen ligger i å skille mellom normale endringer i søvn hos gravide og det som er unormale søvnforstyrrelser.
- Ikke-medikamentelle tiltak skal primært forsøkes først, og slike tiltak skal alltid videreføres selv om man på et senere tidspunkt finner indikasjon for medikamentell behandling. Sovemedisiner skal kun forskrives på sikker indikasjon.
- Bakgrunnen for søvnplagene bør utredes. Eventuell underliggende psykisk sykdom eller somatisk sykdom som medfører søvnforstyrrelser, skal behandles optimalt.
- Kortvarige søvnvansker som ikke kan forklares ut fra forventede endringer gjennom svangerskapet, skal i utgangspunktet behandles på samme måte hos gravide som hos ikke-gravide. Dette betyr restriktiv forskrivning.
- Valg av sovemedisiner må gjøres på individuell basis. Det finnes ikke noe direkte førstevalg blant medisinene til gravide.
- Langvarige søvnproblemer (kronisk insomni) bør ikke behandles med hypnotika verken hos gravide eller ikke-gravide. I slike tilfeller kan det være aktuelt å henvise den gravide til spesialist.
- Risiko for avhengighet og misbruk skal alltid vurderes før forskrivning.
- Samlet sett tyder ikke studiene med hypnotika på økt risiko for misdannelser, men dokumentasjonsgrunnlaget er begrenset. Neonatale adaptasjonssymptomer kan forekomme for benzodiazepiner og z-hypnotika ved bruk tett opp til fødsel.
- Det er ingen reell grunn til bekymring hvis kvinnen har brukt sovemedisiner før hun visste at hun er gravid.

RELIS får jevnlig spørsmål om valg og risiko ved bruk av sovemedisiner hos gravide både fra helsepersonell og publikum. Vurderinger rundt valg av sovemedisiner til gravide er utfordrende og vil alltid være behandlende lege sitt ansvar. Utfordringen ligger i å tilby kvinnen best mulig behandling ved uttalte søvnproblemer samtidig som barnet ikke utsettes for noen uforholdsmessig risiko. Det finnes imidlertid lite aktuell litteratur om valg av sovemedisiner til denne gruppen pasienter å støtte seg på. Mange artikler omtaler dessuten sovemedisiner (hypnotika) som potensielt teratogene og avskriver dermed denne behandlingsmuligheten.

Vi har i denne artikkelen samlet kortfattet informasjon om de ulike medisinene som er vanlig å bruke mot søvnforstyrrelser. Vi omtaler også forhold som vi mener bør tas i betraktning ved bruk av sovemedisiner hos gravide.

Søvn hos gravide

Avbrutt søvn, kortere total søvn lengde og redusert søvnkvalitet er vanlig hos gravide. Mer enn 80 prosent av gravide opplever søvnproblemer på et eller annet tidspunkt i svangerskapet, der tredje trimester er spesielt utsatt (1). I de fleste tilfeller er disse forandringer i søvnmønsteret relatert til normale fysiologiske endringer. Mange faktorer slik som skjelett- og muskelplager, sure oppstøt, nattelig vannlating, sammen-trekninger i livmor og bevegelser hos fosteret kan forstyrre søvnen hos gravide. Slike søvnplager skal kun behandles med ikke-medikamentelle tiltak.

Hos noen få kan imidlertid søvnproblemene bli så uttalte at det utgjør en helsefare hos mor. I studier er det blant annet sett sammenhenger mellom søvn sykdom under graviditet og prematur fødsel, forlenget fødsel og hyppighet av keisersnitt (1–3). Ikke minst er insomni en risikofaktor for å utvikle depresjon under svangerskapet og postpartum depresjon.

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.

disiner til gravide

Om sovemedisiner

Sovemedisiner er effektive legemidler og har få bivirkninger når de brukes i et kortere tidsrom mot akutte søvnvansker (4). I nettartikkelen fra Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno) angis det at de fleste søvnekspertes er enige i at pasienter med akutte søvnproblemer bør kunne tilbys en kortvarig kur med hypnotika (5). Det påpekes videre at behandling med sovemidler i en ukens tid kan være nok til å snu en vond trend.

Ved langvarige søvnproblemer (definert som søvnvansker mer enn 1 måned) bør benzodiazepiner og z-hypnotika unngås (4, 5). Viktige grunner til dette er at effekten av legemidlene avtar raskt samt legemidlenes potensial for avhengighet og misbruk. Ikke-medikamentell behandling er førstevalg ved kronisk søvnløshet.

Valg av sovemedisiner til gravide

Alle gravide med søvnproblemer bør læres opp i søvnhygiene og eventuelle aktuelle endringer i livsstil bør gjennomføres. Selv om medikamentell søvnbehandling kommer i annen rekke etter ikke-medikamentell behandling, vil det finnes situasjoner der gravide vil ha behov for sovemedisiner. Vi mener at som utgangspunkt skal søvnvan-

sker hos gravide behandles tilsvarende som hos andre voksne. Det betyr blant annet en generell restriktiv holdning til bruk av sovemedisiner, der legemidlene forskrives på sikker indikasjon og kun i en kort periode (under to til tre uker) (5). Søvnvansker som skyldes normale forhold i graviditeten og som er forventet, skal ikke behandles med sovemedisiner. Utfordringen ligger i å skille mellom normale endringer i søvn hos gravide og det som er unormale søvnforstyrrelser.

Det finnes ikke noe direkte førstevalg blant de ulike sovemedisinene når pasienten er gravid. Valg mellom ulike sovemedisiner til gravide bør gjøres på individuell basis. Valget vil være avhengig av hvordan søvnproblemene hos den gravide arter seg (innsovningsvansker, dårlig søvnkvalitet, avbrutt søvn og/eller for tidlig oppvåkning) og bakgrunnen for søvnproblemene.

Som kjent gjør ikke sovemedisiner noe med søvnproblemene. Det er viktig med adekvat behandling av underliggende sykdom. Årsaken til søvnplagene og om kvinnen trenger behandling for underliggende psykisk eller somatisk sykdom må derfor avklares i hvert enkelt tilfelle. Ved psykiatrisk tilleggsykdom (komorbid insomni) kan man i enkelte tilfeller utnytte de sedative egenskapene til legemidler brukt mot den psykiske sykdommen.

Ved langvarige søvnproblemer kan det være aktuelt å henvise kvinnen til spesialisthelsetjenesten eller annet helsepersonell med særskilt kompetanse på aktuell behandling. I de tilfeller der kvinnen har historikk på langvarig bruk av sovemedisiner er det viktig at medisinene ikke kuttes ut brått da dette kan gi seponeringssymptomer og forverre søvnvanskene. Det er ikke kjent hvordan eventuelle seponeringssymptomer hos mor vil påvirke barnet i magen.

Bruk av sovemedisiner før erkjent graviditet

En stor andel av graviditetene er ikke planlagte. Mange kvinner kan derfor ha brukt ulike sovemedisiner før de vet at de er gravide, og dette kan medføre stor bekymring. Bruk av sovemedisiner før erkjent graviditet er helt klart ingen medisinsk indikasjon for å vurdere abort. I slike situasjoner er det viktig å bidra med betryggende informasjon.

Ulike sovemedisiner under graviditet

Samlet sett tyder ikke studiene med hypnotika på økt risiko for fosterskadelige effekter (6).

Tabell 1 gir en kort oversikt over vanlige

TABELL 1. Sovemedisiner under graviditet.

LEGEMIDDELGRUPPE	LEGEMIDDEL	1. TRIMESTER	2. TRIMESTER	3. TRIMESTER
Antihistamin (1. generasjon)	Prometazin	Antihistaminer har god sikkerhetsprofil for foster, men effekten på søvn er dårlig dokumentert. Hangover kan være et problem. RELIS anbefaler at alimemazin unngås pga. svært begrenset dokumentasjon		
Z-hypnotika	Zopiklon	Relativt begrenset erfaring. Informasjonen som foreligger tilsier ikke økt risiko for misdannelser		Trolig økt risiko for symptomer hos nyfødte ved bruk tett opp mot fødsel, men begrenset dokumentasjon
	Zolpidem			
Benzodiazepiner (BZD)	Diazepam	Det finnes lite bevis for at BZD medfører fosterskader, men en liten økt risiko for blant annet		Risiko for symptomer hos nyfødte ved bruk tett opp mot fødsel.
	Oksazepam	leppe- og ganespalte og langtidseffekter kan ikke helt utelukkes.		
	Øvrige BZD	Oksazepam bør være førstevalg blant BZD.		
Melatonin-reseptoragonister	Melatonin	Manglende erfaring hos mennesker. Ulike standardverk er generelt tilbakeholdne med å anbefale kontinuerlig bruk av melatonin til gravide		

brakte sovemedisiner i Norge. I teksten gir vi mer utfyllende informasjon om de enkelte legemidlene under graviditet. Vi har valgt ikke å inkludere informasjon om antidepressiva og antipsykotika selv om disse også benyttes mot søvnproblemer. Vi vil fremheve at RELIS gjerne kan kontaktes for diskusjon rundt valg av legemidler og sikkerhet for foster.

Antihistaminer

Førstegenerasjons antihistaminer er gjerne de sovemedisinene som forsøkes først hos gravide som har behov for farmakologisk behandling. Dette skyldes både at det finnes relativt mye dokumentasjon for bruk under graviditet, da først og fremst ved svangerskapskvalme, og at de har lavt misbrukspotensial. Som legemiddelgruppe er det generelt ingen mistanke om at antihistaminer medfører fosterskader (6).

Det er imidlertid viktig å være klar over at antihistaminers effekt som sovemedisin er lite dokumentert. Disse legemidlene gir også betydelige problemer med hang-over og kan også gi antikolinerge bivirkninger (7).

Kunnskapsgrunnlaget om sikkerheten for foster ved de ulike antihistaminene varierer. Det foreligger lang erfaring med antihistaminet prometazin (Phenergan) da dette legemidlet også har blitt brukt til å behandle svangerskapskvalme og allergi hos gravide. Ingen teratogene effekter er påvist (8). Det er derimot lite dokumentasjon på bruk av alimemazin (Vallergan) hos gravide, og vi mener derfor at andre antihistaminer bør foretrekkes.

Z-hypnotika

Det er relativt begrenset med dokumentasjon for bruk av zopiklon og zolpidem un-

der graviditet, men tilgjengelige data har ikke vist en økt risiko for misdannelser (6, 9). Data fra dyrestudier med høye doser har heller ikke vist teratogene effekter (10, 11). Enkelte studier har funnet en sammenheng mellom bruk av benzodiazepinlignende sovemedisiner hos mor og prematur fødsel, lav fødselsvekt og/eller at fosteret er lite i forhold til svangerskapets lengde (6). Datagrunnlaget er imidlertid begrenset, og det kan ikke utelukkes at effektene skyldes konfunderende faktorer.

Som alle andre sentralvirkende legemidler er det forventet at bruk av zopiklon og zolpidem gjennom graviditeten eller i tredje trimester kan utløse neonatale adaptasjonssymptomer hos det nyfødte barnet (9, 12, 13). Det er imidlertid begrenset med dokumentasjon på slike symptomer i etter bruk av z-hypnotika.

Benzodiazepiner

Risikoen ved bruk av benzodiazepiner under graviditet er inngående diskutert i litteraturen, men dessverre fremdeles ikke endelig avklart. Det finnes imidlertid lite bevis for at benzodiazepiner medfører fosterskader (6, 9).

Bakgrunnen for usikkerheten rundt bruk av benzodiazepiner i svangerskapet skyldes at enkelte eldre studier og dyrestudier har påpekt en mulig økt risiko for enkelte misdannelser, deriblant hjertemisdannelser og åpen leppe-/ganespalte. Trolig er disse studiene påvirket av konfunderende faktorer i studiedesignen. Nyere, bedre designede studier og en metastudie fra 2011 (med mer enn 4000 kvinner) fant ikke slike sammenhenger (9). Mest informasjon finnes det om diazepam og benzodiazepiner som legemiddelgruppe.

Generelt er det slik at de farmakologiske likhetene mellom ulike benzodiazepiner er større enn forskjellene. Det betyr at et benzodiazepin ofte kan byttes ut med et annet. Det som skiller stoffene mest er deres potens og halveringstid.

Oksazepam anses gjerne som et førstevalg blant benzodiazepiner til gravide (14). Dette skyldes hovedsakelig at oksazepam har middels lang halveringstid og er en aktivt metabolitt av diazepam.

Ved bruk av benzodiazepiner i tredje trimester i graviditeten, kan det nyfødte barnet utvikle neonatale adaptasjonssymptomer og hypotoni («floppy infant syndrome») (15). Det er ikke kjent hvor hyppig slike reaksjoner oppstår. Farmakokinetiske egenskaper, dosestørrelse, tid siden siste tablettinntak og hvor lenge benzodiazepinet er brukt, er blant faktorer som kan påvirke risiko for dette.

Melatonin

Ulike kilder er generelt tilbakeholdne med å anbefale kontinuerlig bruk av melatonin til gravide (16-18). Dette skyldes først og fremst at det ikke finnes studier hvor sikkerheten ved bruk av eksogent tilført melatonin under graviditet hos mennesker er undersøkt.

GRO C. HAVNEN

Cand.pharm., RELIS Sør-Øst

HELLE T. LINDLAND

Cand.pharm RELIS Sør-Øst

JAN ANKER JAHNSEN

Cand. pharm., PhD, rådgiver. RELIS Vest

ERLEND AA

Cand.pharm., RELIS Midt-Norge

ELISABET NORDMO

Cand. pharm., RELIS Nord-Norge

REFERANSER

- Nodine PM, Matthews EE. Common sleep disorders: management strategies and pregnancy outcomes. *J Midwifery Womens Health.* 2013; 58: 368-77.
- Oyiengo D, Louis M et al. Sleep disorders in pregnancy. *Clin Chest Med.* 2014; 35: 571-87.
- Abbott SM, Attarian H et al. Sleep disorders in perinatal women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2014; 28: 159-68.
- Bjørvatn B, Sivertsen B et al. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1766-8.
- Bjørvatn B. Medikamentell behandling av søvnproblemer. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (SOVno). <http://www.helse-bergen.no> (Sist endret: 4. august 2015).
- Okun ML, Ebert R, Saini B. A review of sleep-promoting medications used in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212: 428-41.
- Norsk elektronisk legehåndbok. Søvnløshet. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 31. juli 2015).
- Schaefer C, Peters P et al, editors. *Drugs during pregnancy and lactation* 2015; 3rd ed.: 82-3.
- Schaefer C, Peters P et al, editors. *Drugs during pregnancy and lactation* 2015; 3rd ed.: 325-7.
- Micromedex® 2.0 (online). Zopiklon in TERIS (Reprorisk System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (25. august 2015).
- Micromedex® 2.0 (online). Zolpidem in TERIS (Reprorisk System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (25. august 2015).
- UK teratology information service. Use of zopiklon in pregnancy. www.uktis.org (Sist oppdatert: november 2013).
- UK teratology information service. Use of zolpidem in pregnancy. www.uktis.org (Sist oppdatert: november 2013).
- Helsedirektoratet. Nasjonal faglig veileder Vane-dannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-veileder-vanedannende-legemidler-rekvirering-og-forsvarlighet/Sider/default.aspx> (Publisert: 9. april 2014).
- Kieviet N, Dolman KM et al. The use of psychotropic medication during pregnancy: how about the newborn? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013; 9: 1257-66.
- Ibrahim S, Foldvary-Schaefer N. Sleep disorders in pregnancy: implications, evaluation, and treatment. *Neurol Clin.* 2012; 30(3): 925-36.
- Briggs GG, Freeman RK et al, editors. *Drugs in pregnancy and lactation. A reference guide to fetal and neonatal risk* 2011; 9th ed.: 982-4.
- Källén K, Winbladh B. Läkemedel och fosterpåverkan. Melatonin. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-och-fosterpaverkan/> (Sist endret: 4. oktober 2011).

Epsteinsbarrvirus i praksis

– Hvordan verktøy skapes for ung student med egen sykdomserfaring

Det er mars og alle andreårs medisinstudenter i Tromsø skal ut fra lesesalen og inn på legekontor i to dager før påske. Mange drar til hjembyen sin, mens jeg heller ville dra dit mine besteforeldre bor. Jeg gleder meg til å oppleve fastlegens hverdag og erfaringene som er i vente, men gruer meg til hvordan det skal gå med energinivået mitt, som har vært litt lavt i det siste. Sist jeg var i Hammerfest var i fjor sommer, da jeg hadde sommerjobb hos hjemmesykepleien, der trivdes jeg veldig godt. Første studieåret var jeg svært aktiv på fritiden, syklet eller gikk på ski til og fra universitetet og leste ofte i helger. Det måtte endres på da jeg fikk en kraftig influensa tidlig på høsten andre studieår. Jeg prøvde å stå på, men mistet søvnen og energien. I oktober dro jeg til fastlegen for

en sjekk, og prøvesvarene viste at jeg hadde hatt kysssyke. Fastlegen sa at historikken min tydet på at dette var årsaken til hvorfor jeg hadde vært så sliten. Det var en lettelse å få en merkelapp på tilstanden min.

To dager på legekantoret

«Kommer det til å gå bra disse dagene på legekantoret eller kommer jeg til å måtte gå etter fjerde pasient?». Jeg tenker på det når jeg går inn døra og blir varmt mottatt av fastlegen jeg skal være hos. Hun viser meg laboratoriet, akuttrommet, de to gynekologiske rommene og skifterommet før vi går på kantoret hennes.

«Hva ønsker du å gjøre her?» spør hun meg.

«Nei, jeg vil først og fremst være flue på

veggen, og så hvis du tenker at det er en enkel test med muskel-skjelettsystemet kan det være fint for meg å prøve meg på det, men ikke forvent at jeg kan noe, det her studieåret har ikke vært helt som jeg hadde forventa», sier jeg og forteller henne at jeg ikke har vært helt i form i vinter.

En gutt kommer inn. Har vondt i tommelen etter at han datt på den. Skidag på skolen. Nina kjenner på den og spør meg om jeg også vil kjenne. Jeg har aldri sjekket en slått tommel før, så jeg gjør det eneste jeg kan huske å ha lært for å kjenne på en finger, og det er å sjekke pasienten for reumatoid artritt. Så kopierer jeg noe av det jeg så at Nina gjorde. Han har vondt når jeg trykker på distale ledd. Full kraft. Noe vondt ved aktiv abduksjon.

«Hva tror du har skjedd med tomme- len?» spør Nina meg.

«Hmm... Forstuelse i 2. leddet» svarer jeg etter en tenkepause.

«Ja, du har nok rett i det. Godt tenkt! Han har nok ikke brekt noe», hun ser på gutten. «Da hadde du ville slått meg eller i hvert fall noe da jeg trykte på den...». Gutten slår hodet lettet bakover og smiler til moren.

«Hva var du mest bekymra for? At den va brukket?» spør Nina gutten. Han nikker.

«Det er mange som syns at jeg er streng, men jeg gjør det bare for å sette tankeprosessen i gang hos deg. Det er ikke fordi du skal svare riktig. Noe av det viktigste som lege, å gjøre seg opp en mening, så får man heller ta feil».

Jeg synes ikke hun er streng, og liker at hun får tankeprosessene i gang. Kanskje er det fordi jeg er 2. årsstudent og ikke føler at jeg trenger å prestere. Det blir sikkert skumlere når jeg er i praksis eller i turnus og har alt ansvaret selv.

Etter lunsj sender hun meg inn på akutrommet hvor sykepleier Frode er klar mens en pasient blir trillet inn av ambulanspersonell. Kvalme og magesmerte på begge sider i øvre del av buk. Hadde positiv effekt av nitroglycerin. Godt humør nå.

«Og her ligger du», sier jeg og smiler.

«Og her ligger jeg», smiler hun tilbake. Frode setter på EKG-lappene på henne.

Hun forteller meg at hun tidligere har hatt et hjerteinfarkt og hvordan det opplevdes, mens Frode forklarer hva det innebærer. Begge to er flinke lærere. Jeg ser for meg aortabuen og innsiden av hjertet, mens han forklarer meg hvordan et hjerteinfarkt lager et arr i hjertemuskulaturen. Endelig gir det mening i noe av det jeg har pugget på lesesalen.

Når pasienten forlater legesenteret har ikke Nina flere pasienter igjen, så jeg får være med på turnuslegens siste konsultasjoner. Siste person er en ung mor, som akkurat klarer å få hverdagen til å gå rundt før hun stuper i seng, og hun har hatt det slik siden oktober uten å vite hvorfor. Stoffskiftet og jernlageret viste normale nivåer.

«Er det noe mer du ville ha spurt om, Benedikte?» spør turnuslegen

«Ja, har du sjekka deg for kysse-syke? Var du skikkelig forkjølt før du ble sliten?» spør jeg.

«Nei det har jeg ikke sjekka, men jo, vi var skikkelig forkjølt i høst» svarer pasienten. Fastlegen fyller ut et skjema for test av EBV.

Etterpå roser turnuslegen meg for spørsmålet.

«Egnerfaring. Kjente meg igjen», sier jeg.



«I dag blir ikke en så spennende dag som i går. Det er siste fredagen i måneden, vet du hva det betyr?» sier Nina når vi møtes igjen neste dag. Jeg ser på henne som et spørsmålstegn. «Mye forlengelser av sykemeldinger. Hvor lenge trur du jeg sykemelder av gangen?»

«Jeg vet ikke, kanskje en måned?»

«Ja, det er vanlig for de langtidssykemeldte, så da kommer de ofte i slutten av en måned så vi kan vurdere veien videre på nytt» hun ser opp på meg. «Da jeg var nyutdanna husker jeg at jeg sa en gang «Yes, tre dager uten å skrive ut ei eneste sykemelding. Gratuler meg!». Seinere har jeg skjönt at det er ikke min jobb å ivareta samfunnsморalen. Det får noen andre ta seg av. Jeg må se behovet og sykdomsbilde til enkeltpasienten».

Hva sitter jeg igjen med etter disse to dagene?

Det går igjen hos pasientene at sykdom gjør at de er slitne og overarbeidet, og at de trenger å ta det litt med ro. Flere av dem opplever at når de først drar på jobb, tar de på seg for mye ansvar. De trenger å lære å ta hensyn til kroppen sin, mentalt og fysisk, for å finne balanse i hverdagen og i livet sitt.

Jeg sitter spesielt igjen med tre lærdommer. Den første handler om at teoretisk kunnskap blir virkelig når jeg møter pasi-

enter i praksis, at kunnskap gikk fra å være en modell til noe jeg kunne bruke for å forstå pasientene og at det er mange ting som bare må læres i klinikken. Blant annet det å gjøre seg opp en mening uansett ens egne forutsetninger. Jeg må trå over terskelen selv for at kunnskapene jeg tilegner meg skal kunne bli et godt verktøy i pasientbehandlingen.

Det andre er at utfordringer som jeg har måttet takle, kan hjelpe meg å forstå pasienter som opplever noe lignende. Kysse-syken og energimangelen ga en ekstra innsikt, som hjalp meg å sette meg inn i pasientenes situasjon og vurdere hva jeg kunne hjelpe dem med.

Det tredje handler om energinivået mitt. Det gikk jo bra å være på utplassering! Jeg ble ikke så sliten, og det er et godt tegn. Det betyr at ikke all læring tapper meg for energi. Jeg har lært i klinikken at det er mange som sliter med samme utfordring, selvfølgelig i forskjellig innpakking, men som må jobbe med det samme spørsmålet: hva får jeg til å gjøre uten å tappe meg for energi? Å møte disse menneskene har gitt meg ny motivasjon.

Lærdom nummer tre; helse først, så resten.

BENEDIKTE JOHANSEN
2.års medisinstudent

■ JOHANSEN.BENEDIKTE@GMAIL.COM

Modulordningen i Oslo

– en kommentar fra studentene

«Vi blir ikke nødvendigvis gode leger av kun å sitte med nesene i bøkene dagen lang. Det som gjør oss til sympatiske leger og medmennesker er engasjement rundt og utenfor studiene fremfor et ensrettet fokus på eksamensresultater.»

– MARIA DUE, LEDER FOR
MEDISINSK FAGUTVALG OSLO

Høsten 2014 begynte det første kullet på medisinstudiet i Oslo i den nye studieordningen kalt «Oslo 2014». Siden da har profesjonsstudiet begynt sin gradvise omlegging for alle kull, og studiet i seg selv gjennomgår også faglige og administrative endringer til den nye reformen. På Det medisinske Fakultets hjemmesider står det at «Hovedmålsetningen for den nye studieplanen er økt fokus på faglig innhold». Blant studentene i Oslo er omleggingen kun kjent som «Modulordningen», og det blir ikke nødvendigvis sagt med kjærlighet.

Fra semester til moduler

Endringene er greie nok: Medisinstudiet vil ikke lenger være delt inn i tolv semestre, men endres til åtte moduler. Hver modul varer i rundt tre fjerdedels år. Den gjennomgående fagfordelingen er grovt sett lik, men reformen prioriterer nytt når det kommer til vektlegging av enkelte fag. Lengden på studiet vil fortsatt være seks år.

Denne omleggingen berører først og fremst studentene, og derfor har vi i medisinsk fagutvalg (MFU) Oslo vært opptatt av hvordan dette vil påvirke hverdagen til de kommende medisinere. MFU består av representanter fra alle kull, en sekretær og en leder. Utvalget skal representere medisinstudentene i et samarbeid med ledelsen på fakultetet, og er representert på nasjonalt utdanningsmøte og på dekanmøtet. Det vil være noe tidlig for MFU å gå ut med en sterk mening så tidlig i løpet. Men blant studentene har det derimot ikke latt vente på seg med kommentarer.

Informasjon er viktig

To kull med nye medisinstudenter har allerede startet i modul 1. Implementeringen av modul 4, som skal erstatte syvende og delvis åttende semester, startet på nyåret. De neste årene vil dermed studentene gå fra den gamle modellen i sjette semester og gli inn i en overgangsordning av modul 4. Modul 4 består av temaene nevrologi, øye og øre-nese-hals.

For studentene har omleggingen vært noe vanskelig. De kjenner en viss frustrasjon over ikke å ha fått tilstrekkelig med informasjon fra ledelsen av fakultetet om hvordan den nye reformen vil påvirke dem i praksis. Dette har spesielt vært tydelig ved overgangen fra sjette semester til modul 4. For dette kullet blir det lagt til to uker ekstra undervisning i løpet av ferien, samt en eksamen på slutten av sommeren. Dette har fakultetet lagt til for at studentene skal kunne henge med faglig når de begynner på modul 4 til høsten.

For studentene betyr de to ukene med ekstra undervisning, samt tiden det tar å studere til en eksamen, mindre tid om sommeren til inntjening av penger og sparing for det kommende året. Ikke minst betyr det også færre muligheter for å kunne skaffe seg erfaring og praksis. Dette i seg selv er ikke nødvendigvis det som skaper frustrasjon. Det er heller mangelen på tilstrekkelig informasjon om denne omleggingen i forkant. Dette har studentene gitt klar beskjed om, blant annet til og gjennom MFU.

Engasjement viktigere enn pugging

Allikevel vil jeg påpeke at det ofte er lettere å sette fingeren på feil og mangler, heller enn å vise til det som faktisk fungerer. Jeg tror den viktigste oppfordringen jeg kan komme med til medisinstudentene er at det er viktig at vi engasjerer oss både faglig og sosialt, og at vi bryr oss om hvordan studiedagen vår skal være. Vi blir ikke nødvendigvis gode leger av å kun sitte med nesene i bøkene dagen lang. Det som gjør oss til sympatiske leger og medmennesker er engasjement rundt og utenfor studiene fremfor et ensrettet fokus på eksamensresultater.

På et studium hvor det kryr av skarpe og engasjerte hoder, må vi bruke den kraften vi sammen rår over til å skape den beste studiehverdagen for hverandre – både faglig og sosialt. Derfor er det viktig at studentene fortsetter å gi tilbakemeldinger på den nye reformen, slik at vi får den beste utdannelsen vi kan ha i løpet av den tiden vi sitter på skolebenken. Men det er like viktig at vi ikke henger oss opp i småting som gjør hverdagen surere enn den trenger å være.

Ber fakultetet lytte

MFU har understreket for fakultetsledelsen at det er både klokt og strategisk for dem å lytte til studentenes erfaringer og meninger. Det er tross alt vi som gjennomlever dette og som har de rykende ferske tilbakemeldingene. I noen saker virker det som om studentene har gitt opp å prøve og påvirke fordi de føler at de ikke har noen gjennomslagskraft. Dette er en skummel tanke. Jeg mener en samlet studentmasse kan få gjennom hva som helst.

Som svar på kritikken har fakultetsledelsen kalt inn til flere møter og diskutert omleggingen med berørte kull. De har også bedt om tilbakemeldinger fra studentene. I tillegg har de tatt kritikken om informasjonsmangel på alvor, og blitt flinkere til å informere andre kull som skal gjennom en overgangsordning senere i studieløpet. Dette viser hva et samlet studentdemokrati kan få til.

Vi skal fortsette å gi tilbakemeldinger, vi skal fortsette å påpeke feil og mangler og vi skal fortsette å skape den beste hverdagen og studietiden for hverandre. Samtidig skal vi bli bedre til å applaudere det reformen er god for og vi skal rose personene som hver dag jobber for at medisinstudiet skal fortsette å være det beste studiet å gå på. Og hvem vet, kanskje forsvinner den sure ettersmaken for studentene fra «modulreformen» etter en stund.

MARIA DUE
Leder, MFU Oslo

