

# Utposten



BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

**6** 2015  
ÅRGANG 44

Allmenn-  
medisin  
i Norden

Erfaringer  
fra Nepal  
Fastlege-  
leder med  
faglig agenda

## KONTOR:

**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: [rmrtove@online.no](mailto:rmrtove@online.no)

## ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:

**Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: [tom.sundar@gmail.com](mailto:tom.sundar@gmail.com)

**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: [mona.sondena@gmail.com](mailto:mona.sondena@gmail.com)

**Badboni El-Safadi**

Følke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: [badboni@gmail.com](mailto:badboni@gmail.com)

**Sigurd Høye**

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: [sigurd.hoye@gmail.com](mailto:sigurd.hoye@gmail.com)

**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: [angr-ols@online.no](mailto:angr-ols@online.no)

**Kristine Asmervik**

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: [kri-as-d@online.no](mailto:kri-as-d@online.no)

**Mina Piiksi Dahli**

Myklegardgata 3B

0656 Oslo

MOBIL: 957 97 708

E-POST: [minadahli@gmail.com](mailto:minadahli@gmail.com)

**Dag-Helge Rønnevik**

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: [daghelgerh@hotmail.com](mailto:daghelgerh@hotmail.com)

FORSIDE: Linda Cathrine Brænd

## DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

## REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på  
[www.utposten.no](http://www.utposten.no)

### **1** LEDER: Smittende engasjement

*Tom Sundar*

### **2** UTPOSTENS DOBBELTTIME: Fastlegeleder med faglig agenda

*Petter Brelín intervjuet av Badboni El-Safadi*

### **6** ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:

**Mycoplasma genitalium i allmennpraksis**

– bare en pille hvis det er ille?

*Maria Romøren, Kari Hilde Juvkam og Harald Moi*

### **10** Primærhelsetjenestemeldingen

– til inspirasjon eller frustrasjon?

*Guri Rørtveit og Svein Z. Bratland*

### **16** Allmennleger på oppdrag for Røde Kors i Nepal

*Anne Grethe Olsen og Trond Daae-Johansen*

### **24** Felles allmennmedisinsk lærebok i Skandinavia

*Steinar Hunsbår*

### **30** Allmennmedisin i de nordiske land

Allmänmedicinen i Sverige • *Allmänmedicins redaktion* **30**

Dansk almen praksis 2015: levedygtig og i krise • *Ynse Klazes de Boer* **31**

Om norsk allmennmedisin • *Petter Brelín* **32**

Primærvården i Finland idag • *Pekka Honkanen* **33**

Allmennmedisin på Island • *Þórarinn Ingólfsson* **34**

### **35** Mer studentforskning på distriktshelse

*Marianne Vanem og Mette Kjær*

### **38** Akutt funksjonssvikt – et vanlig

klinisk problem hos eldre pasienter

*Anette Høyen Ranhoff*

### **40** Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter

– KUPP – et nytt tilbud om faglig oppdatering til fastlegene

*Roar Dyrkorn og Harald Christian Langaas*

### **42** ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:

**Fastlegers beslutning om å henvise**

**pasienter til spesialisthelsetjenesten**

*Unni Ringberg*

### **44** Etordomallmennmedisin

*Kyle Hoedebecke / oversatt av Elisabeth M. Stura*

## **45 FASTE SPALTER**

LYRIKKSTAFETTEN **45**

RELIS **46**



# Smittende engasjement

Etter uker med en nagende følelse av fortvilelse og maktesløshet overfor nøden som utspant seg i flyktningstrømmene i Middelhavsområdet og Sør-Europa, begynte tankene å spinne hos Tromsø-legen Christine Hesla: «Hva om vi kunne gjøre det vi gjør aller best, nemlig jobben vår, og samtidig hjelpe dem som trenger det mest?»

Slik kom hun på ideen om «et dagsverk for flyktninger». Hun spurte de andre legene ved Langnes legesenter om de ville være med på å gi inntjeningen fra én arbeidsdag til arbeidet for flyktninger: «De omfavnet ideen med en sånn entusiasme og positivitet at jeg tok mot til meg til å spørre de øvrige legene på vårt felles møteforum i Tromsø. Det ble enstemmig vedtatt at den 10. september skulle byens fastleger donere sin dagsomsetning til Flyktninghjelpen. Etter dette har flere og flere meldt sin interesse», skriver Christine Hesla i en e-post til *Utposten*, når vi spør henne om hvordan aksjonen kom i stand.

Det som begynte med et lokalt initiativ, førte raskt til knoppskyting via sosiale medier. Mange meldte sin interesse om å få bidra med et dagsverk. I flere byer og regioner kom nye grupper på banen: Flygeledere, jurister, IT-ansatte, farmasøytter, privatpraktiserende psykologer og universitetsansatte. Per medio oktober hadde aksjonen samlet inn i overkant av 32 millioner kroner. Det flotte resultatet har ført til at aksjonsperioden er forlenget til november.

Liten gnist kan tenne stor ild. Et enkelt initiativ kan bre om seg og mobilisere de mange. Giverglede er én ting, men å få muligheten til bruke seg selv og egne ressurser gir en dypere mening. I så henseende bør du lese beretningen her i bladet om norske allmennlegers innsats i jordskjelvrammede Nepal våren 2015. Anne Grethe Olsen og Trond

Daae-Johansen formidler gripende inntrykk fra tre dramatiske uker som beredskapsleger for Røde Kors i Chautara, nord-øst for Katmandu. Fra sin base på feltsykehuset og sammen med et team av leger og hjelpepersonell, gjorde de det de maktet for å yte medisinsk hjelp til de mange jordskjelvofrene. Historiene er sterke og skjebnene ofte tragiske, men forfatternes budskap er enkelt og entydig: Det nytter!

Fra Nepal tar vi spranget tilbake til vår fredelige del av verden. I de nordiske land har vi over tid hatt stabilitet, ressurser og vilje til å bygge opp en relativt velfungerende primærhelsetjeneste. I dette nummeret av *Utposten* presenterer vi en serie artikler om status og fremtid for nordisk allmennmedisin. En gjengs problemstilling er hvordan myndighetskrav, effektivitetspress og økte forventninger om helsehjelp utfordrer allmennmedisinens verdier og arbeidsformer. Dette spenningsfeltet vil ikke bli mindre i fremtiden, derfor er det i et nordisk perspektiv viktig å ha et felles rammeverk for allmennmedisinsk fag- og rolleforståelse. Et av verktøyene for å bygge dette rammeverket er gitt gjennom læreboken *Allmennmedisin*. Fra å være god norsk entreprenørskap, har arbeidet med læreboken utviklet seg til å bli et imponerende skandinavisk prosjekt. Den siste norske utgaven kom i 2013. Året etter ble læreboken publisert i dansk drakt og i 2015 foreligger den første svenske versjonen. Her i bladet kan du lese den engasjerende historien om hvorledes bokverket er blitt til og tilpasset forholdene i de ulike landene, og ikke minst om bakteppet for lærebokspørsmålet – nemlig utviklingen av faget og fagidentiteten gjennom flere tiår. Historien er ført i pennen av Steinar Hunskaar, initiativtaker til og redaktør for de norske utgavene.

TOM SUNDAR

# Fastlegeleder med

Petter Brelin ■ INTERVJUET AV BADBONI EL-SAFADI

**Petter Brelin har pasienter som gladelig reiser over riksgrensen for å la seg behandle hos ham. Haldenlegen er kjent for sitt engasjement, sine samarbeidsevner samt et beundringsverdig pågangsmot – egenskaper som kommer godt med nå som han har overtatt lederstolen i Norsk forening for allmennmedisin.**

– Jeg stortrives som fastlege og i jobben min, og har det egentlig veldig godt. Så da jeg ble forespurt om å bli leder i NFA, gikk jeg noen runder med meg selv, og diskuterte det med gode kolleger før jeg tok beslutningen, sier Petter Brelin, som åpenhjertig tar imot *Utposten* til en «dobbeltime» hjemme i Halden. Intervjuet skjer bare noen dager før han tiltrer lederrollen i NFA etter Marit Hermansen, som – når dette kommer på trykk – er blitt Legeforeningens nye president.

Brelin skjenker seg en kopp kaffe, forsyner seg av fruktfatet og kaster et ettertenksomt blikk utover stuen og mot en soldekket terrasse: – Den faglige begrunnelse for å takke ja til ledervetet, er at jeg mener at en god primærhelsetjeneste er utrolig viktig. Da snakker jeg ikke først og fremst om fastlegene, for det jeg egentlig jobber for er at vi skal levere samfunnet og pasientene en god helsetjeneste. Det er mitt fokus, sier Petter Brelin.

## Fascinasjon for yrket

Han har vært fastlege i Halden siden 2002, og han legger ikke skjul på sin fascinasjon for yrket. Å være fastlege er en jobb han har stortrivdes med og som han vedgår han nok vil savne fra sitt nye kontor i Legenes hus i Oslo. I likhet med sine siste forgjengere i NFA, vil han bli frikjøpt 80 prosent

fra sin fastlegehjemmel, og han vil drive praksisen sin en dag i uken ved siden av ledervetet.

– Jeg håper at dagens gode fastlegeordning kan videreutvikles, men den må ikke reformeres. Vi må betrakte fastlegeordningen som et helhetlig helsetilbud som skal levere god kvalitet og hvor vi, sammen med kommunen og samfunnsmedisinere, ser hvordan vi kan utvikle hele ordningen. Det vil være kjempeviktig at vi beholder grunnelementene, som for eksempel listeansvaret, å ha det medisinske koordinatorsvaret og vanlig allmennlegearbeid: nemlig diagnostikk og behandling.

## UTPOSTEN: Hvordan skal man få til dette, har du noen konkrete eksempler?

– Det vet jeg ikke, smiler en oppriktig Brelin. – Det jeg ønsker er at kommunene er mer interessert i fastlegene sine, at kommunene øker den medisinskfaglige ledelsen, ikke styringen. Jeg har til hensikt å gå i dialog med samfunnsmedisinere og fortelle dem at vi ønsker oss bedre faglig ledelse i kommunene. Styringen av våre egne fastlegekontorer skal vi selv ta oss av. Fastlegene skal legge rammene for hvordan vi vil jobbe, men kommunene må bidra til gode arbeidsbetingelser som gjør oss i stand til å gjøre jobben på en ordentlig måte og ta oppdraget på alvor. Å utvikle fastlegeordningen i kommunen og sikre at samhandlingen mellom de andre helsetilbudene utvikles og forbedres, bør være i kommunenes interesse. Samhandling og bedre flyt er veldig viktig for pasientene og gir og en bedre tilfredshet for de involverte.

## Tvunget inn i ledelsen

Som leder av landets største fagmedisinske forening, har Petter Brelin tatt steget inn i Legeforeningens «rampelys». Men han har allerede, og gjennom mange år, vært engasjert og involvert i styrearbeid og jobbet bevisst for å bedre pasientbehandlingen i primærhelsetjenesten.

## UTPOSTEN: Hvordan ble du interessert i organisasjonsarbeid?

– Jeg har hatt en rekke verv opp gjennom årene, men det begynte med at jeg ble kastet inn i det. Uken før jeg skulle begynne i ny jobb som kommunelege 2 i Aremark i 1992, leverte kommunelege 1 sin oppsigelse. Og så ble jeg i stedet kommunelege 1. Jeg gikk inn i rollen som samfunnsmedisiner og deltok i de respektive møtene. Ett år etter var det fylkesmøte i Offentlige legers landsforening (OLL). Daværende fylkesleder i OLL hadde vært leder i 2 år og skulle slutte. Så da denne, litt autoritative lederen, pekte ut meg som sin etterfølger, følte jeg ikke at jeg kunne si nei. Dermed havnet jeg i styret i Østfold legeforening og ble etter hvert kjent med daværende leder Bente Mikkelsen. Etter noen år ble jeg nestleder i Østfold legeforening. Bente Mikkelsen ble etter hvert administrerende direktør i Helse-Øst RHF og tok på et tidspunkt kontakt og forespurte meg om å være med i styret i Sykehuset Østfold. Der har jeg vært i noen år, hvorav de siste årene som nestleder. Jeg har lært mye, blant annet om hvordan staten styrer sine virksomheter, hvordan man organiserer en stor virksomhet – med rundt 5000 ansatte, og som omsetter for fem til seks milliarder i året. Jeg fikk innsikt i prosessen med å bygge et nytt sykehus og i hva de regionale helseforetakene gjør og – ikke minst – jeg gjorde meg observasjoner på formell og uformell makt. Det har gitt lærdom i hvordan demokratiet fungerer, men også hvordan det ikke fungerer.

## Svært faginteressert

Kolleger og venner betegner Petter Brelin som en karismatisk type, en mann som er litt «nerdete». Det sies at han leser mye og forsøker til enhver tid å holde seg oppdatert på viktige temaer. – Det begynte allerede på medisinstudiet, da jeg startet med biologien på ordentlig. Det første jeg gjorde var å kjøpe læreboken *The Cell*, og lære meg alt jeg kunne om cellens funksjoner.



# faglig agenda

Det var kjempeinteressant, minnes 53-åringen med et smil.

– Senere har andre fag interessert meg. Under studiet kunne jeg ofte tenke at psykiatri var et litt «håpløst» fag, mens jeg nå ser at man med enkle grep tidvis kan hjelpe pasientene våre å få en helt ny tilværelse.

I hans fastlegepraksis har han tatt i bruk ultralyd som et diagnostisk verktøy ved en rekke tilstander. Blant annet har kilder ved sykehuset i Østfold bekreftet at han oppdaget noen tilfeller av prostatakrefte og henvist pasientene til videre utredning på et tidlig tidspunkt.

– Jeg kjøpte ultralydapparat rett fra leverandøren i Kina. Da fikk jeg med en del ekstra utstyr, blant annet en rektalprobe. Ultralyd er uten tvil et nyttig verktøy dersom det brukes riktig i allmennpraksis, sier Petter Brelin.

## «Narveren» som ble leder

Petter Brelin vokste opp på Oslos østkant der han og kameratene hang rundt Narvesen-kiosken på T-bane stasjonen på Manglerud.

– Christoffer Nilsen (som blant annet har skrevet og regissert «Slipp Jimmy fri») ga dem som hang rundt slike kiosker i drabantbyene kallenavnet «Narvere», forteller han muntert mens han varter oss opp med kake denne lørdags ettermiddagen.

– I det miljøet vokste jeg opp sammen med lillebroren min Bjørn Olav – beskyttet og fint på sin måte. Men etter hvert flyttet familien, bestående av mor (Inger Brelin) og far (Trond Christiansen) sammen med Petter og Bjørn Olav fra Manglerud til Nordstrand. De tok dermed det noen vil kalle for «klassereisen».

En åpenhjertig Brelin forteller hvordan hans mors alvorlige sykdom og møtet med helsevesenet var med på å tenne en gnist og en interesse for medisin, noe som skulle vise seg å bli avgjørende for hans karrierevalg. Han hadde alltid likt naturfag, men



FOTO: HEDDLE L. SÆVAD



det var først etter at hans mor hadde en rekke innleggelser for sin kreftsykdom at han bestemte seg for å bli medisinstudent.

– Det var noe som tiltalte meg da jeg så medisinstudentene følge etter professoren inn i auditoriet, det var noe som foregikk i det rommet som jeg hadde veldig lyst til å finne ut av, sier han. Det blir stille et øyeblikk før han fortsetter: – Jeg tenkte først og fremst at jeg skulle bli medisinstudent, men hva som skulle skje etter medisinstudiet ofret jeg ikke så mange tanker på. Å være medisinstudent i seg selv virket svært interessant.

### Bedriftsøkonomi ble for kjedelig

Vår samtale finner sted i Brelins hus i Hal-den, der han inntil for noen år siden bodde med sin kone Siri og deres tre barn, Inger Merethe, Sebastian og Jenny. Etter skilsmissen og etter at barna flyttet til sine respektive utdanningsbyer er han igjen blitt samboer – nå med et firbeint pelsdyr: kani-nen Trampe.

– Vi har fått veldig god plass, men Trampe og jeg har det jo fint her, ler han.

– Jeg hadde et godt ekteskap, sier han mens han husker tilbake til den tiden da han møtte Siri, sin livspartner gjennom nesten 30 år: – Vi møttes på Bjørknes privatskole i Oslo der vi tok opp en rekke fag og senere studerte vi medisin sammen ved Universitetet i Bergen.

Det hører med til historien at Petter først

valgte å studere bedriftsøkonomi ved Handelshøyskolen i Bergen. Men han fant fort ut at det ikke var noe for ham, og etter få uker forsøkte han å bytte til seg en plass ved medisinstudiet. Men der var det allerede én for mye, og han fikk beskjed om at det dessverre ikke var mulig å komme inn. Men det var ikke nok til å stoppe ham.

– Nei, jeg var der hver eneste dag og mas-te og spurte pent om det ikke var mulig å få plass til en student til. Jeg tror at det var all masingen min som gjorde at de til slutt ga etter og tillot meg å begynne, ler Petter Brel-in så høyt at det gir gjenklang i den store stuen.

Siri og Petter giftet seg og fikk barn nok-så tidlig, de søkte etter hvert turnusplasser sammen. Den gangen var det ikke så vanlig å tilrettelegge så mye for par og barn. Petter hadde sin første turnusplass i Odda, et gammelt industrisamfunn som var på hell. Senere kom de to til Porsgrunn, også det et gammelt industrisamfunn. Så fikk det unge paret distriktsplass på Oslo Vest – og det var, for å låne intervjuobjektets ord som en sosiologisk studie å regne: «Helt annerledes».

– I 1992 havnet jeg i Aremark, et skog-brukssamfunn med innslag av jordbruk. Denne reisen gjennom noen år gjorde at jeg ble sosiologisk interessert. Jeg begynte å tenke på hvor sammensatt medisinen var, at det var store forskjeller på helsetilbudene på forskjellige steder – og det var rart at etterspørselen etter hjelp varierte

fra sted til sted. Medisin handlet ikke len-ger bare om å kurere en forkjølelse, det var mer sammensatt. Ikke minst får man en dypere innsikt i det samfunnet man kom-me til. Da jeg kom til Aremark opplevde jeg utrolige kontraster. Jeg var på hjemme-besøk hos folk som hadde enkle materielle rammer, men samtidig hadde hylla full av tyske filosofer, det gjorde inntrykk.

### Engasjert i pakkeforløp

Han forteller at han i flere år har vært med i et fagråd for «Innen 48 timer», en gruppe som har jobbet for at pasienter skal få kome fortere til utredning og behandling ved mistanke om malign sykdom. En av initia-tivtagerne til denne gruppen mistet sin kone altfor tidlig grunnet kreftsykdom, og det kunne muligens vært unngått dersom man hadde kommet raskere til utredning og behandling.

– Sammen med meg i dette fagrådet – i de fire årene jeg var med – satt også Dag Terje Solvang (partneren til Bent Høie), le-deren for patologforeningen Ying Chen og onkolog Andreas Stensvold. I dette foru-met diskuterte vi konseptet rundt dagens pakkeforløp. At helseministeren nylig klar-te å implementere dette i Helse-Norge, er veldig imponerende. Det var et tydelig be-vis på hvordan en minister kan sette sitt preg på helsetjenesten.

I løpet av de siste drøyt (i skrivende stund) ni månedene har stadig flere pasien-

*Petter Brelin jobber gjerne fra hjemmekontor.* FOTO: HEIDI L. EL-SAFADI



ter over det ganske land blitt henvist fra fastlege til utredning innen pakkeforløpsordningen. I første kvartal var målet at 70 prosent av pakkeforløpene skulle bli gjennomført til fastsatt tid, men så langt ser man at resultatene på landsbasis er nesten 80 prosent (1).

Dette har vært en viktig sak som Brelin har vært en pådriver og viktig støttespiller for å få på plass. I følge Helsedirektoratet er formålet at pasienter «skal oppleve et godt organisert, helhetlig og forutsigbart forløp uten unødvendig ikke-medisinsk begrunnede forsinkelser i utredning, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Pakkeforløpene gir forutsigbarhet og trygghet for pasienter og pårørende ved å sikre informasjon og brukermedvirkning.»

– Helseminister Høie har i denne saken vist handlekraft, han har sett at det eksisterer et problem og gjort konkrete tiltak for å få bukt med problemet. Nå tvinges det frem raske løsninger på aktuelle symptomer og problemstillinger der man tidligere kunne vente i lengre tid, med den risikoen det innebar.

Pakkeforløpene har blitt introdusert gradvis og pr. i dag er det innført totalt 28 pakkeforløp i 2015. Fire fra 1. januar, 10 nye pakkeforløp fra 1. mai og 14 pakkeforløp fra 1. september.

– Det kan tenkes at noen allmennleger og spesialister er uenige i inklusjonskriteriene for pakkeforløpene, muligens fordi de ser feil og mangler. Da er det spesielt viktig å gi en tilbakemelding slik at man kan endre på rutineene for så å gå tilbake og evaluere hvordan det fungerer. På den måten vil man til enhver tid forsøke å finne enda bedre løsninger. Her er det en dynamikk, og ingenting er hogget i stein. Det vil alltid være et forbedringspotensial, og dersom man finner hull eller bedre måter å løse det på, så må det tas opp og frem slik at man kan heve kvaliteten på produktet og implementere det på nytt. Men jeg synes at dette er et godt eksempel på at den demokratiske styreformen i det offentlige helsevesenet i Norge fungerer godt – og det er viktig for meg, poengterer Petter Brelin.

### Fastlegens koordinerende rolle

Og her er vi inne på hans 'credo' i rollen som både fastlege og NFA-leder, nemlig at Norge skal ha et offentlige finansiert og godt organisert helsevesen som gir demokratisk kontroll.

Han utdyper sitt syn: – Primærhelsetjenesten er angrepet av flere, blant annet fra myndighetsnivå der det nå er startet store diskusjoner om spesialiseringen. Det er



*Petter Brelin brukte sin første arbeidsdag 1. september til å holde innlegg for samfunnsmedisinerne på LSAs og Norsams årsmøtekurs på Sola. Temaet var kvalitetsforbedring i allmennlegevakt.*

FOTO: TOM SUNDAR

også en privatiseringstendens som gjør at primærhelsetjenesten fragmenteres – slik at fastlegen ikke lenger blir den koordinatoren som man tenkte at fastlegen skulle være. Hvis vi ser på fastlegeordningen i sin helhet, så er det noe av det mest vellykkete som er gjort i norsk helsevesen. Å holde på den personlige og forpliktende relasjonen til pasienten, det at pasienten vet hvem han/hun skal ta kontakt med, er det vi skal ha som førende grunnpremiss. Samtidig skal vi ha fokus på veiledning, jobbe inn mot myndighetene og rette oppmerksomhet mot overdiagnostikk og overbehandling – som forøvrig er nesten like truende for folkehelsen som underdiagnostikk og underbehandling, sier NFA-lederen.

Og hans programerklæring slutter ikke med det. For Brelin understreker sitt engasjement for å bli kvitt tobakken – det han omtaler som en stor folkehelseutfordring. Han vil jobbe for å utvikle legekontorene til å bli bedre plasser for pasientene – så vel som for legene. Noen steder er det bedre med større samlokaliserte helsesentre, slik man har i Førde, nevner han. Der har leger tatt initiativ til å slå sammen mange små

legesentrene og laget et stort helsehus i stedet.

– Enkelte steder vil nok denne formen for drift være hensiktsmessig, men i vårt langstrakte land er det sammensatte problemstillinger som trenger en individuell tilnærming. Sånn er det med helsetilbudene også, de må tilpasses sitt nærmiljø, sier han.

Petter Brelin minnes godt sin tid som redaktør i *Utposten* der han i perioden 2003 til 2007 blant annet intervjuet aktuelle personligheter. Nå synes han det er både smigrende og hyggelig å være den som skal svare på spørsmål til en avveksling.

Trampe har for anledningen blitt sluppet ut av buret sitt og har fått hoppe i fred lenge nok. Petter Brelin tar opp sin pelskledde samboer mens de siste smulene på tallerkenen til undertegnede fortæres. Jeg takker for meg og går ut for å få med meg det som er igjen av ettermiddagssolen.

*Utposten* vil med dette ønske Petter Brelin og hans påtroppende styre i NFA riktig lykke til med å sette sitt preg på norsk allmennmedisin.

### REFERANSE

1. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/08/27-atte-av-ti-far-behandling-innen-fastsatt-tid/>



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.

# Mycoplasma genitalium

## – bare en pille hvis det er

■ MARIA ROMØREN • Allmennlege på Nøtterøy, forsker knyttet til Sykehuset i Vestfold/Allmennmedisinsk Forskningsenhet, Oslo

■ KARI HILDE JUVKAM • Spesialist i allmennmedisin, allmennlege i Grimstad, veileder i allmennmedisin

■ HARALD MOI • Professor emeritus ved universitetet i Oslo, tidligere leder av Olafiklinikken, Oslo universitetssykehus

Retningslinjer skal være oversiktlige og tydelige, men ofte er virkeligheten betydelig mer komplisert – som for infeksjoner forårsaket av den seksuelt overførte bakterien *Mycoplasma genitalium*. Mange allmennleger har, med god grunn, spørsmål til hvordan man skal håndtere genital mycoplasmainfeksjon i praksis.

*Mycoplasma genitalium* ble påvist i 1980 og har fått økende fokus de siste årene etter hvert som laboratorietester er blitt tilgjengelige. «Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten» er nylig revidert\*. I denne artikkelen tar vi opp noen av problemstillingene som har vært diskutert i arbeidet med retningslinjene.

Målet for diagnostikk og behandling av *M. genitalium* er 1) å forebygge komplikasjoner, 2) å hindre videre smittespredning og 3) å forebygge ytterligere resistensutvikling. Men det er, som for mange områder innen faget, betydelig lettere sagt enn gjort! Det er mye vi ikke vet om genital mycoplasmainfeksjon, blant annet er det diskusjon rundt komplikasjoner og hvor «farlig» det er. Prevalensen er usikker, antakelig noe lavere enn for klamydia. Infeksjonen kan være asymptomatisk eller gi ure-

tritt og cervicitt. Mycoplasmainfeksjon er klart assosiert med bekkeninfeksjon – som igjen er assosiert med infertilitet og kroniske underlivssmerter, og den kan antakelig også gi reaktiv artritt. Men vi vet ikke sikkert hvor stor risiko det er for å få disse komplikasjonene; de fleste tilfeller vil trolig gå i spontan regress uten sekveler. Og videre, vi vet heller ikke om det å teste asymptomatiske eller symptomatiske pasienter kan redusere forekomsten av komplikasjoner. Her gjøres det en del forskning, men det er et vanskelig felt med en rekke metodologiske utfordringer.

### Hvem skal testes?

Retningslinjene for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten anbefaler ikke test for *M. genitalium* på asymptomatiske pasienter (1). Når det kommer en pasient på kontoret som ønsker «å bli testet på alt», skal ikke mycoplasmainfeksjon inngå. Norske og europeiske retningslinjer er unisone i å ikke anbefale testing av asymptomatiske pasienter (1, 2).

Men hva hvis laboratoriet gir deg prøvesvar på mycoplasma når du har rekvirert en test på klamydia? Det kan argumenteres både for og imot å behandle en påvist my-

**Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten**

Om oss | Antibiotikabruk i praksis | NOK | Skjermoppsett | Kontakt oss | Lage PDF

Antibiotikabruk i primærhelsetjenesten

Genitale infeksjoner

Uretritt og cervicitt  
Bekkeninfeksjon  
Bakteriell vaginose  
Vulvovaginal candida  
Episkytose  
Prostatitt  
Klamydialinfeksjon  
Mycoplasma-infeksjon  
Gonoré  
Trichomonas

**Mykoplasmainfeksjon**

Forfattere: Maria Romøren, Karl Hilde Juvkam og Harald Moi | Sist oppdatert: 02.08.2015 | Versjon: 1.0

**Definisjon**

Cervicitt, uretritt eller asymptomatisk infeksjon forårsaket av bakterien *Mycoplasma genitalium*.  
ICD-kode: U72.015

**Antibiotikabehandling**

**Førstevalgsbehandling**  
Aztromycin 500 mg x 1 dag 1, 250 mg x 1 dag 2-6, 8

Hvis doxycyklin er gitt for uretritt eller cervicittsymptomer før prøvetest foresligger, vil dette kun fungere i ca 20-40 % av tilfellene.

Ved vedvarende symptomer anbefales derfor tilleggbehandling med aztromycin ved positiv prøvetest, ved positiv kontroll etter aztromycinbehandling, uten trolig reinfeksjon, eller ved påvist makrolidresistens.

Maxifloacin 400 mg x 1 i 7 dager. Ikke til gravide eller ammende.  
(Penskes på godkjenningsfrist. Se annen behandling under Bekkeninfeksjon)

**Alternativ behandling** med maxifloacin skal kun gis ved positiv prøve etter aztromycinbehandling, hvis makrolidresistensen er påvist og ved komplisert infeksjon (bakteriell infeksjon, bittetrisinfeksjon) med påvist *M. genitalium*.

**Målsetting**

Forebygge komplikasjoner og hindre videre smittespredning av *M. genitalium* ved hjelp av målrettet diagnostikk og behandling. Forebygge ytterligere resistensutvikling for *M. genitalium*.

\* <http://antibiotikaiallmennpraksis.no>

Skjermdump fra nettstedet [antibiotikaiallmennpraksis.no](http://antibiotikaiallmennpraksis.no)



# i allmennpraksis ille?

Skal en pasient uten symptomer behandles? FOTO: CMR.ASM.ORG/COLOURBOX

coplasmainfeksjon hos en asymptomatisk pasient, men pasienten bør få vite prøvesvaret. Det viktige er at både legen og laboratoriet unngår å teste uten indikasjon.

Situasjonen i dag er imidlertid at laboratoriene tjener på å teste for flere mikroorganismer på klamydiaprøvene som kommer inn, og det gir et press om utvidet testing. Dette er betenkelig. Kommende kommersielle tester vil omfatte både klamydia, mycoplasma og gonokokker. Det tilbys også multipleks PCR som i tillegg tester for ureaplasma og trikomonas. Flere påviste mycoplasmainfeksjoner vil føre til økt antibiotikabruk. Multipleks PCR på gonoré og trikomonas, som har svært lav prevalens, gir et problem med mange falsk positive og skal oftest ikke brukes i allmennpraksis. *Ureaplasma urealyticum* og *Mycoplasma hominis* skal normalt ikke testes på fordi de er vanlig forekommende hos asymptomatiske uten å være patogener.

Det skal testes på *M. genitalium* ved

- **Symptomer:** Påvist uretritt og cervicitt, særlig hos pasienter med residiverende infeksjoner, og hos pasienter som fortsatt har symptomer etter doksyklinbehandling og negative prøver for klamydia og gonoré. Symptomer på uretritt er utflod fra uretra, svie ved vannlatning og stikking eller kløe i uretra. Symptomer på cervicitt er farget utflod fra skjeden, mellombldninger og bekkensmerter.

- **Komplikasjoner:** Påvist eller mistenkt bekkeninfeksjon, ved epididymitt og ved reaktiv artritt.

- **Menn som har sex med menn:** En test sammen med PCR for gonokokker og klamydia fra urin og anus anbefales fordi anal infeksjon øker risiko for hiv-smitte.

## Viktig med riktig prøvetaking

*M. genitalium* kan bare påvises med PCR. Kommersielle tester kommer i 2016, men mange laboratorier har satt opp egne tester i påvente av disse. Antall bakterier ved aktiv infeksjon kan være opptil 1000 ganger færre enn ved klamydia, og prøvetaking og god DNA-ekstraksjon på laboratoriet er derfor avgjørende for høy sensitivitet. Testen kan rekvireres sammen med klamydia, men det er viktig å være oppmerksom på at for kvinner er genital prøve best.

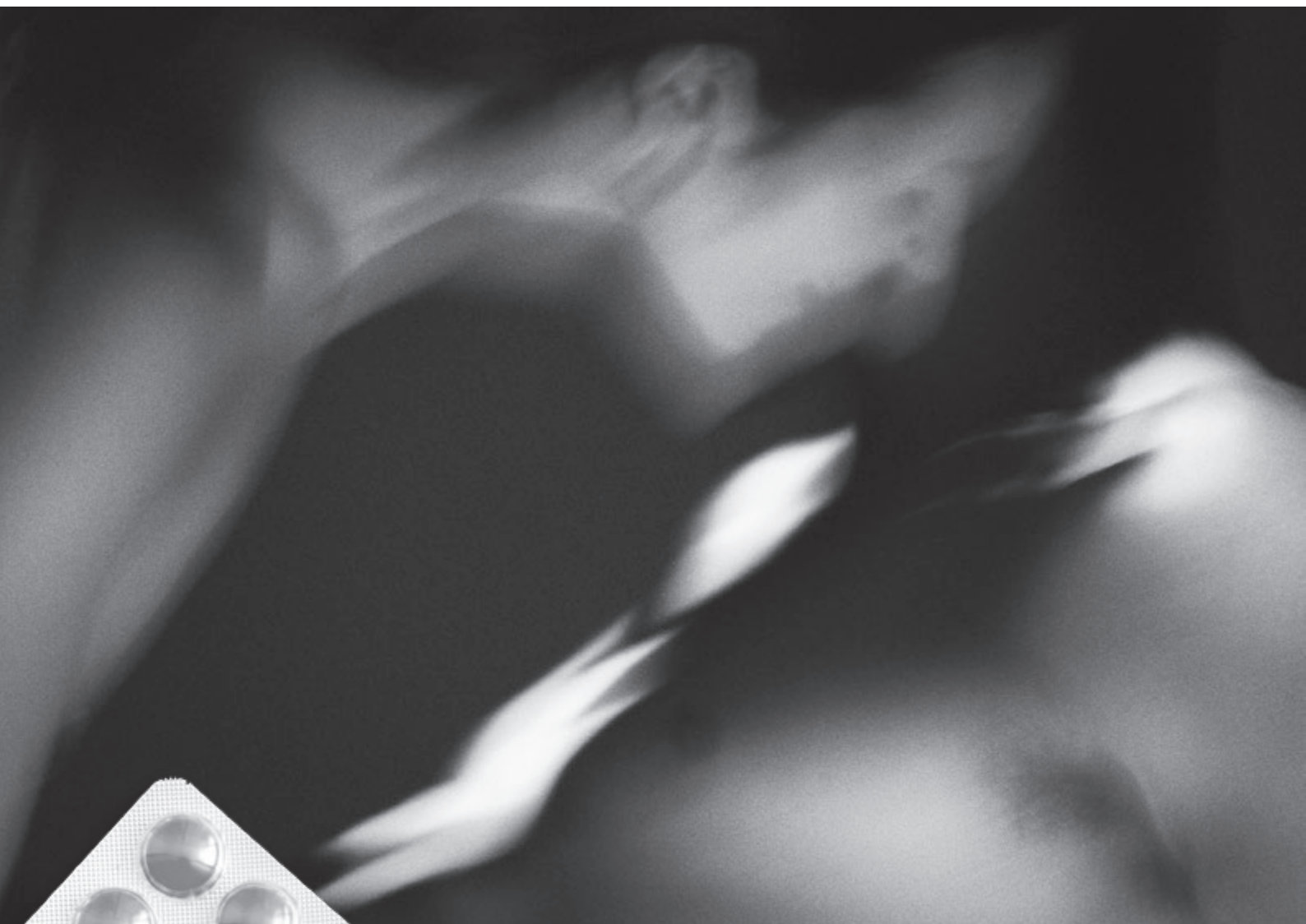
- **Kvinner:** Genital prøve tatt av lege har en sensitivitet for *M. genitalium* på 80–95 prosent. Pinnen strykes mot cervix, portio, vaginalvegg og vestibulum. Selvtatt vaginalpinne har like høy sensitivitet og tas hvis det ikke gjøres gynekologisk undersøkelse. Urinprøve fra kvinner har lavere sensitivitet (3).
- **Menn:** Urinprøve fra menn har en sensitivitet for *M. genitalium* på 90–95 prosent. Det er svært viktig å bare de første

10–15 ml av urinen blir samlet, ellers reduseres sensitiviteten på grunn av fortynning. Vi vet ikke om tid fra forrige miksjon påvirker sensitiviteten, derfor anbefales det en til to timer etter forrige miksjon. Hvis analsex kan prøve fra anus tas av pasienten selv.

## Høy grad av resistens

Resistens hos *M. genitalium* er et problem. Doksyklin er bare 20–40 prosent effektivt mot *M. genitalium* og skal ikke brukes ved påvist infeksjon. Azitromycin er bare 50–80 prosent effektivt. Ved azitromycinresistens, som allerede gjelder en bekymringsfullt stor andel av infeksjonene, er Moxifloksacin eneste alternativ. Preparatet er ikke registrert, det koster i Norge opp til 7–800 kroner for en ukes behandling, og pasienten må betale selv. Moxifloksacin har potensielle leverbivirkninger, kan forårsake tendinitter og skal ikke gis til gravide eller ammende. Det er også vist økende resistens mot moxifloksacin, særlig hos pasienter som er smittet i Øst-Asia.

Azitromycin har ingen effekt hvis resistensgenet påvises, mens for stammer uten makrolidresistensgen er behandlingseffekten 95–100 prosent. Bakterien kan ikke dyrkes eller resistenstestes, men makrolidresistensgener kan påvises ved PCR. Enkelte laboratorier kan teste på resistensgener al-



*Eventuell fast partner skal undersøkes og behandles uavhengig av symptom er – for å redusere risikoen for reinfeksjon.* ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

lerede, og det vil nok bli standard i løpet av kort tid at laboratoriet gir ut svaret på azitromycinresistens der mikroben er påvist. Dette vil være til åpenbar hjelp for å unngå feil og unødvendig antibiotikabruk (4).

Det er svært viktig å få slutt på bruk av engangsdose azitromycin (5). Utbredt bruk av azitromycin mot klamydia og uretritt har bidratt til at opptil halvparten av mykoplasmastammene i Norge kan ha resistensgen for makrolider.

#### Antibiotikavalg og kontrollprøve

Pasienter som testes på mycoplasma på grunn av uretritt, cervicitt, bekkeninfeksjon og epididymitt skal uansett behandles med **doksycyklin** uten å vente på prøvesvar. Dosering, behandlingsslengde og eventuell kombinasjonsbehandling er avhengig av diagnose (1).

Dette induserer ikke ytterligere doksycyklinresistens. Når etiologien er uavklart, kan doksycyklin forskrives gratis etter §4 i Blåreseptforskriften og konsultasjonen dekkes av HELFO. Når prøvesvar foreligger, er behandling for

påvist klamydia og gonorré gratis. *M. genitalium* regnes ikke som en allmennfarlig smittsom sykdom, og utgifter til konsultasjoner og behandling må dekkes av pasient og partner.

Pasienter som har testet positivt på *M. genitalium* og fortsatt har symptomer etter en ukes behandling med doksycyklin, skal ha en femdagers kur med **azitromycin**. Pasienter som har testet positivt på *M. genitalium* og er blitt symptomfrie etter doksycyklin, må allikevel kontrolltestes (se nedenfor). Hvis pasienten fortsatt er positiv for *M. genitalium*, er det fordelaktig hvis det også er testet på makrolidresistens. Hvis resistenstesten er negativ, eller slik test ikke tilbys, gis:

Tabl. Azitromycin 500 mg x 1 dag 1,  
250 mg x 1 dag 2–5.



Foreløpig vil resistensgentest ikke være utført for de fleste pasienter. Her vil opp mot halvparten fremdeles ha en infeksjon med en makrolidresistent *M. genitalium* etter azitromycinbehandling. Så lenge resistens er ukjent, er det viktig med en kontrollprøve etter både doksycyklin- og azitromycinbehandling (tidligst tre til fire uker etter påbegynt behandling). Dette gjelder alle pasienter, også dem som ikke lenger har symptomer. Det er både fordi det er stor sannsynlighet for at stammen er resistent mot azitromycin i utgangspunktet, og fordi resistens kan utvikles også ved behandling med femdagers-kur (5). Hvis vi ikke kontrolltester, vil de resistente stammene selekteres.

Gravide og ammende skal behandles med azitromycin. Pasienten må avstå fra samleie i syv dager etter at egen og fast partners behandling ble startet.

### Partnerbehandling

Selv om det ikke er anbefalt å teste asymptomatiske pasienter, skal eventuell fast partner undersøkes og behandles uavhengig av symptomer – for å redusere risikoen for reinfeksjon. Hvis pasienten ikke er testet på resistens, skal partner behandles med azitromycin i fem dager. Partner bør tilbys test samtidig som behandling star-

tes. Hvis testen er negativ, trengs ikke kontrollprøve av partner. Partnere som ikke er testet før behandling skal kontrolltestes.

### Moxifloksacinbehandling – når er det nødvendig?

Alternativ behandling med moxifloksacin skal gis 1) hvis makrolid-resistensen er påvist hos pasient eller partner, 2) ved positiv prøve etter azitromycinbehandling, og 3) som førstevalg ved epididymitt og bekkeninfeksjon med påvist *M. genitalium*. Moxifloksacin skal ikke forskrives til gravide eller ammende. Det anbefales ny test og eventuell behandling etter fødsel og amming.

Tabl. Moxifloksacin 400 mg x 1 i 7 dager (Avelox®, Bayer)

Fyll ut blankett for godkjenningfritak og send med resepten til apoteket. (<http://www.felleskatalogen.no/medisin/dokument/godkjenningfritak-skjema.pdf>). Man trenger ikke søke Legemiddelverket fordi moxifloksacin er godkjent i EU.

Pasienten bør gjøres oppmerksom på at

behandlingen koster 7–800 kroner. Via parallellimport kan imidlertid apotekene skaffe medikamentet for rundt 300 kroner.

### Oppsummering

Diagnostikk og behandling av genital mycoplasmainfeksjon er komplisert på grunn av usikkerhet knyttet til hvor viktig det er å behandle og på grunn av bekymringsfull høy resistens. For å unngå feil eller unødvendig bruk av antibiotika og ytterligere resistensutvikling, er det viktig å følge råd om hvem som skal og ikke skal testes, og å følge retningslinjene for behandling.

#### REFERANSER

1. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotika bruk i primærhelsetjenesten, 2015.
2. <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>
3. Moi H, Maltau JM. Seksuelt overførbare infeksjoner og genitale hudsykdommer. 3. utgave 2013. Gyldendal akademiske: 83–85.
4. Couldwell DL, Lewis DA. Mycoplasma genitalium infection: current treatment options, therapeutic failure, and resistance-associated mutations. Infect Drug Resist. 2015; 8: 147–61.
5. Jensen and Bradshaw. Management of Mycoplasma genitalium infections – can we hit a moving target? BMC Infectious Diseases (2015) 15: 343. DOI 10.1186/s12879-015-1041-6.

■ MARIA.ROMOREN@MEDISIN.UIO.NO  
■ KHJUVKAM@ONLINE.NO ■ HARALD.MOI@MEDISIN.UIO.NO

# Primærhelsetjeneste

## – til inspirasjon eller frustrasjon?

### ■ GURI RØRTVEIT

Forskningsleder/professor, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse  
Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen  
Spesialist i allmennmedisin og allmennlege ved Fjellsiden legesenter i Bergen

### ■ SVEIN Z. BRATLAND

Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse  
Kst. overlege, Bergen kommune / Spesialist i samfunnsmedisin, spesialist i allmennmedisin i 30 år

**Et sentralt budskap i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste er at primærhelsetjenesten i større grad bør organiseres i team. Krass kritikk har kommet fra flere hold. Det er derfor grunn til å se nærmere på noen av forslagene i meldingen. Som allmennleger må vi engasjere oss i denne debatten, ellers risikerer vi at fremtidens primærhelsetjeneste blir mer fragmentert og får dårligere kvalitet enn i dag.**

Fastlege Gisle Roksund gir meldingen det glatte lag for tenkningen om primærhelseteam (1). Hans bekymring er at slike team vil føre til ytterligere fragmentering og ansvarsfraskrivelse i primærhelsetjenesten. Andre har vært bekymret for om primærhelsetjenestemeldingen er et angrep på selve fastlegeordningen (2). Legemakten i primærhelsetjenesten er sterk gjennom den populære fastlegerollen – kan det tenkes at det provoserer noen? Statsråd Høie har imidlertid avklart at fastlegeordningen er en hjørnestein i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og at fastlegene skal lede de planlagte primærhelseteamene (3). Andre typer team, som skal koordinere tilbud til pasienter med store og sammensatte behov, skal kunne ledes av andre faggrupper.

Mange land har organisert sin primærhelsetjeneste i team i sterkere grad enn Norge, herunder Storbritannia, Canada, Nederland og til dels Danmark. Alle disse landene har en sterk primærhelsetjeneste som vi har mye å lære av. Det er gjort forskning på ulike modeller for organisering av primærhelsetjenesten. Vi mener at primærhelsetjenestemeldingen i for liten grad bygger på slik forskning, men at selve ideen om organisering i team fortjener interesse og videre diskusjon.

Verdens helseorganisasjon (WHO) publiserte nylig en oversikt over forskning knyttet til innbyggjersentrerte og integrerte helsetjenester (4). Hovedkonklusjonen er at investeringer i en primærhelsetjeneste med portåpnerfunksjon, er assosiert med en rekke positive og viktige resultater, slik som

- økt tilgjengelighet til tjenestene
- forbedret individrettet forebyggende helsearbeid
- redusert bruk av sykehus
- mer likeverdige og rettferdige helsetjenester
- redusert dødelighet

Selv om kvaliteten av norsk primærhelsetjeneste på mange måter er god, blant annet fordi den gir et omfattende tilbud, faller den likevel ut som middelmådig i sammenligning med andre europeiske land (5). Noen sider ved organiseringen er utslagsgivende, spesielt ledelse, finansiering og tilrettelegging av arbeidet. Det er derfor god grunn til å se seg rundt etter bedre måter å gjøre ting på. Vi vil i denne artikkelen beskrive hva forskningen sier om ulike modeller i andre land. Vi har ikke ambisjoner om å gi et komplett og utfyllende bilde, men sette i gang en diskusjon som ikke baserer seg på løse ideer, men på foreliggende kunnskap.

### Primærhelsetjenestens fortrinn og utfordringer

Målet for fremtidens primærhelsetjeneste er at den skal yte bedre koordinerte tjenester, bidra til mer og bedre forebygging av sykdom, være mer brukerorientert og bidra til reduserte kostnader ved utvikling av pasientnære tjenester (6). Forskning har entydig vist at land med velutviklet primærhelsetjeneste har lavere totale utgifter til helsetjenester enn land der førstelinjetjenesten ikke er prioritert, i tillegg til bedre helse (4–5, 7–8). Satsing på primærhelsetjeneste gir altså både i pose og i sekk.

Fastlegeordningen har gjennom mange år vært blant de mest populære offentlige tilbud vi har i Norge, men primærhelsetjenesten i sin helhet er fragmentert og dårlig koordinert. I kjølvannet av Giardia-utbruddet i Bergen i 2004, viste forskning at en bedre integrering av fastlegene i kommunehelsetjenesten kunne ha redusert konsekvensene av utbruddet (9). Et eksempel på at ulike deler av primærhelsetjenesten har et potensial til å utfylle hverandre på en god måte når presset øker, er den varierte benyttelsen av fastleger og legevakt under influensa-pandemien (10).

Fremtidens helseutfordringer vil være preget av kroniske sykdommer, psykiske lidelser, multimorbiditet, mange eldre og flere innvandrere – det vil si høyere kompleksitet og store krav til kompetanse. Samtidig er det mange som har enkle problemer som skal løses av den samme helse-tjenesten. I tillegg er vårt land med mange små og noen store kommuner preget av organisatorisk og geografisk diversitet.

Meldingen peker på tre hovedstrategier for å løse problemene: Organisering av team, kompetanseheving og bedre ledelse. De to siste punktene er nødvendige og udiskuta-



# meldingen

## Meld. St. 26

(2014–2015)

Melding til Stortinget

### Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet



ble. Det er selvsagt bekymringsverdig at omtalen av kompetanseheving nesten utelukkende er rettet mot annet helsepersonell enn leger, men vi er jo vant til at leger ivaretar fagutvikling og videre- og etterutdanning selv. Bedre og mer helhetlig ledelse av kommunehelsetjenesten er det et skrikende behov for, og i hovedsak er vi enige i den analysen som meldingen gir på dette punktet. At primærhelsetjenestemeldingen nesten ikke berører behovet for en forskningsstrategi for primærhelsetjenesten, er en sak i seg selv, men den skal vi la ligge her (11).

Den største utfordringen i meldingen for oss som allmennleger ligger i opprettelsen av primærhelseteam, og vi vil konsentrere oss om dette i det videre.

#### Hva kan og vil vi oppnå med en reorganisering?

Flere spørsmål er viktig å stille seg før vi går i gang med reorganisering av noe slag: Hvem skal vi organisere oss for? De friske pasientene som vil ha rask og enkel tilgang for en sykmelding ved influensa, eller de kompliserte tilfellene som trenger kontinuitet og koordinering? Vil de samme modellene som fungerer i storbyene være gode for små distriktssamfunn?

Modell for organisering må baseres på de mål vi vil prioritere. Disse målene må være gjenstand for åpen diskusjon i samfunnet, samtidig som det er klart at fagkunnskap må være avgjørende. Derfor er det nødvendig å se nøye på hva som er dokumentert virksomt gjennom forskning.

Samhandling gir åpenbare fordeler som det ikke kreves forskning for å avdekke. Hvordan samhandling best stimuleres, trenger vi derimot forskning for å si noe om. Arbeid i team krever ledelse og inne-

bærer valg av deltakende profesjoner. Selv om flere land har gode erfaringer med høyere grad av team-organisering, er det ikke slik at enhver organisering er god så lenge flere yrkesgrupper deltar.

#### Primærhelseteam

God kvalitet er flerdimensjonalt (12). Alle modeller for organisering av primærhelsetjenesten har sine fordeler og ulemper, og den perfekte modell eksisterer ikke. Der som man vektlegger ett kvalitetsaspekt, vil det ofte gå på bekostning av et annet. For eksempel vil modeller med høy grad av kontinuitet (fastlegen har alle konsultasjoner med pasienten selv) gi lavere grad av tilgjengelighet (fastlegen er ikke til stede hele uken) (13). Store, tverrfaglige praksiser er dokumentert å kunne gi bedre diabetesbehandling, mens små praksiser kan gi bedre tilgjengelighet (12). Når det gjelder forebyggende tiltak som screeningprosedyrer, vaksiner etc, er pasientenes egne strategier og ikke minst sosioøkonomiske forhold viktigere enn praksisenes innretning (12). Dette er bare noen få eksempler på de ulike sidene ved kvalitet som man må vurdere før man går inn for en ny organisering av primærhelsetjenesten.

Den omtalte rapporten fra WHO undersøker resultater av organisering i primærhelseteam (4). Studier viser tilleggseffekter av slike team:

- reduserte utgifter til helsetjenester per capita
- bedre ressursutnyttelse
- forbedret arbeidsmiljø med hensyn til arbeidsbelastning og derved mindre utbrenthet
- bedre kommunikasjon og beslutnings-evne
- større brukertilfredshet
- færre uønskete hendelser

Det er verdt å legge merke til Karelen-prosjektet i landdistrikt i Finland (14). I 2010 ble primærhelse- og sykehustjenester sammen med sosialtjenester samlet i en organisasjon. Team ble sammensatt av allmennleger, sykepleiere og personell i hjemmetjenestene. Disse teamene jobber med koordinering og opplæring for å sette pasientene i stand til å ivareta egen helse og derved øke uavhengighet, forebygge helseproblemer og hospitalisering. Evalueringer har vist økt mestring, redusert isolasjon, redusert bruk av legemidler og redusert reisetid til helsehjelp. Utgiftene til helsetjenester ble redusert med 50 prosent fra 2010 til 2015.

Kostnadsreduksjon ble også vist i en tysk studie fra Schwarzwald, der IT-løsningen ble vurdert som sentral (15). Her ble alle helsetjenestene samlet i en kooperasjon av allmennlegenettverk, samfunnsvitere, helseøkonomer og helseforsikrings-selskap. Planmessig forebygging og oppfølging av pasienter støttes av tilgangsstyrt



elektronisk journalsystem med gjennomgående tilgjengelighet. Denne investeringen i forebyggende helsearbeid har siden 2006 ført til en reduksjon i sykkelighet og dødelighet sammenliknet med andre regioner. Dessuten er totalkostnadene hos involverte forsikringselskaper redusert.

Godt integrerte team kan ivareta flere funksjoner, sørge for god koordinering av tjenester, gi flere valgmuligheter for brukerne og redusere kostnader ved at enklere oppgaver kan ivaretas av lavere utdannet personell (13). Noen forutsetninger må være til stede (16): Informasjon må deles hensiktsmessig både verbalt og gjennom IKT-systemer, og finansieringsmodellene må være slik at hele teamet har insentiver til å nå felles mål. Når det gjelder IKT har vi et godt stykke igjen å gå i Norge. For eksempel er det fortsatt slik at det er usikkerhet ved overføring av opplysninger om legemidler i bruk mellom ulike ledd av primærhelsetjenesten. Fastlegenes arbeid med legemiddelgjennomgang kan derfor av og til være illusorisk, og det foreligger ingen nasjonal godkjenningsordning for de forskjellige IKT-systemene. Dette er en overmoden problemstilling.

Forskning på tverrfaglige team tar utgangspunkt i at teamene er samlokalisert. Reelle team kan ikke bygges basert kun på IKT-løsninger, uansett hvor gode de blir. Ifølge en av forskerne som har gjort mest på dette feltet, vil en strategi med flere uavhengige helsearbeidere uten tilhold i et helsesenter føre til ansvarsfraskrivelse og et uholdbart stort behov for kommunikasjon (16).

Primærhelsetjenestemeldingen beskriver også samlokalisering som et fundament for gode team – før den i neste omgang skisserer tiltak som *ikke* forutsetter samlokalisering og som representerer økt fragmentering (6). Et eksempel på dette er direkte tilgang til fysioterapeut. Dette er

fremstilt som en avbyråkratisering, og i mange tilfeller kan det være nettopp det. Hvor ofte føler vi oss ikke som sekretærer som skriver rekvisisjoner på fysioterapi uten at vår faglige vurdering er tungt inne i bildet? Samtidig bidrar et slikt tiltak utvilsomt til økt fragmentering. Man kunne jo tenkt motsatt: at fysioterapeutene bør inn i primærhelseteamene. Rehabilitering i primærhelsetjenesten er et satsingsområde, og da vil et tettere – ikke mindre – samarbeid mellom leger og fysioterapeuter være nødvendig. Slik er det i mange land, men hos oss vil sannsynligvis en kjerne av lege, sykepleier og helsesekretær være det mest aktuelle.

I det hele tatt er det et åpent spørsmål hvor store og omfattende teamene kan og bør være. Hvordan skal den nye kommunale psykologtjenesten integreres i en team-struktur? Her er det definitivt behov for tett samarbeid med fastlegene. De vanntette skottene mellom helsestasjonene, herunder jordmortjenesten, og fastlegene er en del av dagens problemilde og bør utfordres. Stortingsmeldingen sier dessuten lite om hvordan sosialfaglig kompetanse (Nav/sosionom) skal finne sin plass i teammodellen. Med kunnskap om sosiale forhold som vesentlige faktorer knyttet til innbyggernes helse, vil det her ligge en klar gevinst ved team-organisering. Det er stor sannsynlighet for at en nyorganisering i team har mest for seg i byene, hvor fragmenteringen i primærhelsetjenesten er mest synlig.

### Finansieringsmodeller for teamorganisering og koordinerte tjenester

I meldingen er det økonomiske løftet som ligger i *samlokalisering av team* ikke drøftet i særlig grad, og det er en stor svakhet. Derimot er det skissert fem ulike finansierings-

modeller som kan understøtte målet om *helhetlige pasientforløp* via primærhelseteam.

Det første forslaget er å gi fastlegen insentiv til å ansette annet personell via endringer i per capita-tilskuddet eller Normaltariffen. Legeforeningen har foreslått at dette kan avtales på praksisnivå i tillegg til de individuelle fastlegeavtalene, altså en avtalestyrt løsning med fastlegene om hvilke oppgaver legesenterets personell skal utføre i samarbeid.

Det andre forslaget går ut på at annet helsepersonell ansettes av kommunen, men har sin arbeidsplass i legekantorene. Dette kan gi problemer med ansvarsfordeling for tjenester.

Det tredje forslaget er å ansette fastleger på fast lønn. Fast lønn gir styringsmulighet og rom for teamet til å gjøre pasientrettede oppgaver uten pasienten til stede, men gir ingen insentiver. Tvert imot vil det være økonomisk gunstigere for kommunen at fastlegen (som utløser takster) gjør mest mulig av arbeidet, og det er jo ikke meningen.

Det fjerde forslaget er etablering av primærhelseteam på siden av fastlegeordningen. Her kan leger ansettes på fast lønn for å arbeide i team uten listeansvar. Dette krever samlokalisering hvor kommunen inngår avtale med teamet om levering av helsetjenester. I Canada har man en ordning med noen slike team, og disse er spesielt innrettet mot å gi et tilbud til grupper som har store behov, men i liten grad selv tar kontakt med helsetjenesten (fattige, nar-komane, immigranter med liten språk- og systemforståelse osv). I en norsk sammenheng bør vi kunne ivareta slike grupper uten å uthule fastlegeordningen, og det er bra at man allerede i meldingen slår fast at dette ikke er en hensiktsmessig finansieringsmodell.

Det femte forslaget beskrives i meldingen





Team bestående av psykolog, fysioterapeut, sykepleier, og fastlege.

FOTO: COLOURBOX

som «mest fremtidsrettet», og består i at kommunene gjør avtaler med team i stedet for med fastleger. Da er teamet ansvarlig for de oppgaver som skal utføres, og teamets medlemmer får sammen ansvar for en populasjon. Befolkningen kan da velge fastlege i praksisen, eller de kan velge praksisen selv som sin faste enhet. Hvem som skal ha ansvar for å lede slike team kan ikke leses klart fra meldingen.

I Norge består finansiering av legetjenester av tariffstyrt stykkprissystem, kombinert med betaling per capita, eller fast lønn. Forskning gir ikke noe klart svar på hvilke finansieringsordninger som gir de beste helsetjenestene (17). I Canada har utprøving av forskjellige ordninger vært et ledd i en omorganisering av primærhelsetjenesten som startet i 2000. Bruk av stykkprissystemet (fee for service) har i noen grad veket plass for en blanding av vektet godtgjøring per capita (for eksempel med hensyn til alder, diagnose) og insentivstyrt finansiering knyttet til prestasjon/kvalitet (18). Det kan kreve et høygradig byråkrati, men det kan også sies om utvikling og bruk av den norske normaltariffen. Hutchison angir at suksessfaktorene er tilrettelegging gjennom samlokalisering, IT-løsninger og løpende samarbeid med tjenesteytneres organisasjoner med lovnad om økt inntekt (18).

Helhetlige helsetjenester, gode pasientforløp og aktiv forebygging er sentrale elementer i Samhandlingsreformen. For å oppnå god koordinering og en sammenhengende tiltakskjede, er det avgjørende å sikre honorering av helsetjenestearbeid som utføres uten pasienten til stede. Normaltariffen er ikke egnet for dette i dag. For eksempel finnes det i liten grad takster for

forebyggende arbeid og koordineringsarbeid. Både vektet godtgjøring per capita og insentivstyrt honorering vil derimot være egnet som insitamenter for slikt arbeid. Det er ikke kjent hvordan blandingsgodtgjøring er håndtert mellom profesjonene i den kanadiske modellen, men fast lønn er omtalt (18). Stortingsmeldingen skisserer tre muligheter for endringer: For det første kan man fjerne folketrygdfinansieringen og samle finansieringsansvaret på kommunalt nivå. Denne løsningen forkastes fordi man mener den krever mer robuste kommuner enn vi har i dag. Neste forslag er å gi flere profesjonsgrupper rett til å utløse takster, og åpne for flere formål med bruk av takstene (forebygging). Dette vil øke statens utgifter til tjenester som kommunene har ansvar for, noe som tydelig er en bekymring for departementet. Vi er mer bekymret for at dette åpner for en ytterligere fragmentering, fordi det ikke i seg selv vil føre til teamarbeid og samlokalisering – kanskje snarere tvert imot. En tredje mulighet er å åpne for sykepleiere som arbeider ved fastlegekontor rett til å utløse definerte takster. Imidlertid baserer ingen av disse forslagene seg på insentiver for økt arbeid med forebygging og koordinering på team-nivå.

### Har primærhelseteam noe med profesjonskamp å gjøre?

Vi mener at disse spørsmålene bør diskuteres åpent uten profesjonshensyn som underliggende fundament. Spørsmålet om organisering bør betraktes med et fordomsfritt blikk og målet om en god og effektiv helsetjeneste må holdes høyt. Da kan det være behov for nye måter å tenke på. Men vi må ikke hive ut barnet med badevannet. Fastlegeordningen er et av de mest velfungerende elementene i primærhelsetjenesten, og utvikling må skje med det som utgangspunkt.

Tilgang til legekompentanse for å få stilt en diagnose er nødvendig for enhver innbygger med symptomer eller funksjonssvikt. Enklere diagnostiske og behandlingsmessige tiltak kan delegeres etter opplæring, men utgjør ikke hovedtyngden av arbeidet i allmennmedisin. Det videre koordineringsarbeidet baserer seg på det diagnostiske utredningsarbeidet og vurderinger av behandlingstiltak. Slike sider av arbeidet kan i større grad deles med et team. Skillet mellom helse- og omsorgstjenester må bygges ned og ledelse bør som hovedregel ligge der den faglige kompetansen er størst.

### REFERANSER

1. Roksund G. Underlig lesning. Varden 30.05.2015. <http://www.varden.no/meninger/underlig-lesning-1.1413556>.
2. Hanger MR. Skarp kritikk mot primærhelsetjenesten. Dagens Medisin 27.05.2015. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/05/27/kritikk-mot-primarhelsetjenesten/>.
3. Høie B. Om pakker og primærhelse. Dagens Medisin 29.05.2015. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/06/29/om-pakker-og-primarhelse/>.
4. World Health Organization. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Interim Report (02.09.2015). [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO\\_HIS\\_SDS\\_2015.7\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155004/1/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?ua=1&ua=1).
5. Kringos D, Boerma W, Bourqueil Y, Cartier T, Dedieu T, Havold T et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. Br J Gen Pract 2013; 63: e742–50.
6. St. meld. Nr. 26 (2014–2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Helse- og omsorgsdepartementet.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q 2005; 83: 457–502.
8. World Health Organization. The World Health Report 2008 – primary health care – now more than ever. <http://who.int/whr/2008/en/> (24.06.2015).
9. Wensaas K-A, Langeland N, Rørtveit G. Avdekking av giardiasisutbruddet i Bergen 2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 2222–5.
10. Simonsen KA, Hunskaar S, Sandvik H, Rørtveit G. Capacity and adaptations of general practice during an influenza pandemic. PLoS One 2013; 8(7): e69408.
11. Rørtveit G. Fremtidens primærhelsetjeneste – uten forskning? Tidsskr Nor Lægeforen 2015; 135: 1219.
12. Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A et al. Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. BMJ 2001; 323: 1–6.
13. O'Malley AS, Rich EC, Maccarone A, DesRoches CM, Reid RJ. Disentangling the linkage of primary care features to patient outcomes: a review of current literature, data sources, and measurement needs. J Gen Intern Med 2015; 3: 576–85.
14. Renewing health. In: South Karelia Social and Health Care District [website]. <http://www.renewinghealth.eu/south-karelia-social-and-health-care-district> (02.09.2015).
15. Hildebrandt H, Hermann C, Knittel R, Richter-Reichhelm M, Siegel A, Witzenthalm W. Gesundes Kinzigtal integrated care: improving population health by a shared health gain approach and a shared savings contract. Int J Integr Care 2010; 10: 1568–4156.
16. Bodenheimer T. Coordinating care – a perilous journey through the health care system. N Engl J Med 2008; 358: 1064–71.
17. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, Sutton M, Leese B, Giuffrida A et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev 2000; (3): CD002215.
18. Hutchison B, Levesque J-F, Strumpf E, Coyle N. Primary health care in Canada: Systems in motion. Milbank Q 2011; 89: 256–88.

■ GURI.RORTVEIT@UIB.NO  
■ SVEIN.BRATLAND@UIB.NO



# Allmennleger på oppdrag for Røde Kors i Nepal

■ ANNE GRETHE OLSEN  
■ TROND DAAE-JOHANSEN

25. april 2015 brøt det ut et jordskjelv styrke 7,8 på Richters skala i Nepal, episenteret var nord-vest for hovedstaden Katmandu. Skjelvet førte til store ødeleggelser med flere tusen drepte og skadde, og millioner ble husløse. Norges Røde Kors sendte samme dag ut melding til aktuelle delegater og ba om tilbakemelding på hvem som kunne reise ut på kort varsel. Forfatterne meldte seg begge til oppdrag for Røde Kors til Nepal.

Jordskjelvet i Nepal var første oppdrag, på engelsk «mission», for Røde Kors for oss begge to. Vi hadde ikke jobbet sammen tidligere og aldri møtt hverandre før.

Hvem er vi? Trond Daae-Johansen er spesialist i allmennmedisin og jobber som fastlege i en 4-legepraksis på Lillegrensens Lege-senter i Oslo. Han er også spesialist i sexologisk rådgivning, NACS, utdannet i Danmark og Kristiansand. Anne Grethe Olsen er spesialist i allmennmedisin og samfunnsmedisin og har en MPH (master of public health) fra UiT. Hun jobber som ut-

viklingssjef og lege i Finnmarkssykehuset, lege på UNN Tromsø og redaktør i *Utposten*.

For å bli norsk ERU-delegat (Emergency Respons Unit Roster) søker man om opp-tak til Røde Kors. Kravet er at man er eldre enn 25 år, behersker engelsk skriftlig og muntlig, har førerkort, god helse, permanent adresse i Norge og har minst tre års arbeidserfaring etter avsluttet utdanning. Man må så gjennom et intervju i Røde Kors og oppgi referanser, før man kan bli tatt ut til å delta på de obligatoriske ukeskursene: IMPACT-kurs og ERU-kurs. Hvis man blir

*Jordskjelvet som rammet Nepal 25. april 2015 forårsaket bl.a. disse ødeleggelserne i byen Chautara, provinshovedstad i Sindhupalchowk. Nesten hele byen med 3000 innbyggere ble lagt i grus.*

FOTO: VIVIAN PAULSEN / RØDE KORS







Anne Grethe Olsen, generalsekretær i Norges Røde Kors Åsne Havnelid og Trond Daae-Johansen ved feltsykehuset i Chautara.

Hver dag sto det lange køer av pasienter utenfor feltsykehuset.



godkjent etter å ha gjennomført disse kursene, samt nettkursene WORC (World of Red Cross) og Stay Safe (sikkerhetskurset), blir man registrert som ERU-delegat. Responstiden fra man blir oppringt til man må reise ut ligger rundt tre døgn. Man kan også melde sin interesse for å dra ut senere på samme oppdrag, da ERU ofte er operativ i tre til fire måneder. Dette bør være avklart med arbeidsgiver og familie i forkant.

### Førsteintrykket

Den første gruppen reiste fra Norge tirsdag 28. april, og der var Trond med. Anne Grethe reiste ut fredag 1. mai, og sluttet seg til

de andre, som fortsatt oppholdt seg i Katmandu. Lørdag 2. mai reiste hele den norske gruppen til Chautara nord-øst for Katmandu.

Etter flere timers busstur, først gjennom kaotiske trafikkforhold i Katmandu og etter en påkjørsel bakfra, senere på støvete og humpete vei, kom vi fram til Chautara i distriktet Sindhupalchowk. Vi så store ødelegelser underveis. Distriktet hadde ca 290 000 innbyggere før skjelvet, fordelt på mange små landsbyer. Chautara, en av de største byene i området, hadde et lite somatisk sykehus og et psykiatrisk sykehus, som ble ødelagt av skjelvet. Mange av husene i byen hadde rast sammen, og vi måtte ut av bussen

og gå gjennom byen grunnet stor usikkerhet for om bussen klarte å kjøre fram til der hvor vi skulle slå leir. Støvet lå tett i lufta, det var mye søppel i gatene og det var varmt og kanskje ikke helt ufarlig å gå gjennom den ødelagte byen. Lastebilene med alt utstyret vårt måtte også stå igjen, men i løpet av kvelden og natten klarte de å kjøre gjennom byen, slik at vi fikk losset utstyret vårt.

Teamledelsen hadde funnet en stor gresslette, hvor vi kunne slå leir. Den første dagen fikk vi slått opp overnattingsteltene og sett oss litt omkring. Vi så det sammenraste psykiatriske sykehuset og besøkte også det somatiske sykehuset, som hadde store sprekker i veggene. På nabotomten til lei-

Det sammenraste psykiatriske sykehuset i Chautara. FOTO: ANNE GRETHE OLSEN



### FAKTA OM HJELPEARBEIDET

- Røde Kors feltsykehus var operativt i perioden 4. mai – 1. september 2015
- Det ble overlevert lokale myndigheter i Nepal 1. september 2015
- 12.600 pasienter har fått behandling ved feltsykehuset
- Det har vært 55 fødsler på fødestua
- Det er blitt foretatt 500 operasjoner
- Over 4000 barn og voksne har fått psykososial oppfølging
- Over 2500 barn og voksne har fått opplæring i helsefremmende tiltak
- 107 delegater har jobbet ved sykehuset. 80 av disse er norske. De resterende kommer fra Hong-Kong, Australia, Canada, Sverige, Island, Sveits og Israel
- Nødhjelpsoperasjonen har så langt kostet om lag 23 millioner kroner
- Totalt innsamlede midler er 39.4 millioner kroner
- Midler fra Utenriksdepartementet er 15 millioner kroner
- Norges Røde Kors planlegger et program for å støtte gjenoppbygging og lokal beredskap i Nepal



ren vår bodde mange av områdets husløse innbyggere, og lokale leger hadde slått opp et lite sykehus-telt og noen telt hvor pasienter kunne overnatte.

### Feltsykehuset

Hele søndagen brukte vi til å sette opp sykehus-teltene og få på plass nødvendig utstyr. Vi fikk på plass OPD (outpatient clinic = legevakt) i to telt, ER (emergency room = akuttrom), sengetelt (ett for barn, ett for kvinner og ett for menn), fødestue, apotek og lager. Det er et krevende arbeid, med tunge løft, og det er avhengig av at noen har god oversikt over hva vi har med oss og hvordan utstyret er pakket ned. Vi hadde med oss dyktige teknikere, som hadde gjort dette mange ganger før, men de er avhengige av hjelpersonnellets bidrag for å komme raskt i mål med arbeidet. Dette hadde vi øvd på, men det var fysisk tungt og krevende i varmen. Etter hvert kom også røntgentelt, laboratorietelt, administrasjonstelt og telt for psykososialt støttearbeid opp. Mandag formiddag, mindre enn to døgn etter at vi kom til Chautara, tok vi imot de første pasientene i sykehus-teltene.

### Samarbeidet med de lokale legene

De lokale legene, i alt fem, hadde jobbet døgnet rundt siden jordskjelvet. De hadde satt opp provisoriske telt for å behandle skadde. De hadde ikke røntgenapparat, lite tilgang på rent vann og strøm, og stor mangel på medisiner og utstyr. Hygienen var heller ikke høyt prioritert i en slik kaotisk situasjon. Trond dro med en «assessment»-gruppe opp til Chautara, mens de øvrige i den norske gruppen ventet i Katmandu. Hans oppgave var å kontakte legene og ikke minst sjefslegen for området og prøve å finne ut av hva slags utfordringer vi ville møte i vårt arbeid. Det første møtet med legene var veldig bra. De visste ikke at vi skulle komme, de ante ikke hva vi hadde av utstyr og på hvilken måte vi skulle samarbeide. Det kan virke invaderende og skremmende for dem, at vi kommer og «blander» oss i deres jobb og utfordringer. Det er derfor viktig å formidle tidlig at vi ikke kommer for å ta over, snarere tvert imot, vi kommer for å hjelpe til, og at vi har et håp om å samarbeide med de lokale legene. Man må hele tiden være tydelig, men også ydmyk, for ikke å trå dem på tærne.

Trond påtok seg oppgaven med å prøve å integrere de lokale legene, to kvinner og

tre menn, alle i alderen 25–31 år, i vårt feltsykehus. Allerede fra den andre og tredje operative dagen, begynte legene og noen av sykepleierne fra det lokale sykehuset å jobbe side om side med oss. Dr. Umesh og Trond hadde ansvaret for dette samarbeidet. Det var mange utfordringer på veien, men allerede fra dag 1, fikk vi til et godt samarbeid. De lokale legene snakket flytende engelsk og var flinke og kompetente. Alle legene, både fra Nepal og fra Norge, hadde morgenmøte hver dag. Da utvekslet vi erfaringer med hverandre, evaluerte samarbeidet og planla dagen. Vi lærte mye av dem, og deres tilbakemelding til oss var at de lærte å følge pasienten gjennom hele pasientforløpet, fra de kom inn til de ble uskrevet. Selv manglet de systematikken med å følge pasientene gjennom behandlingsforløpet, men de likte vår måte å jobbe på. De lokale legene og sykepleiere som ble inkludert i vårt feltsykehus måtte selvsagt forholde seg til Røde Kors sine regler og normer. Nepal har et kastesystem, og vi måtte passe på at de med lavere rang ikke ble oversett eller fikk dårligere behandling enn de med høyere rang.

Vi møtte noen kulturelle ulikheter, for eksempel med døende pasienter. De lokale

*Feltsykehuset og leirplassen før oppstart.*

FOTO: ANNE GRETHE OLSEN



*Teamleder Olav Røsset var en utmerket teamleder og ambassadør for Røde Kors.*







Bil fra lokalt Røde Kors med vannforsyning, og feltskykehuset til høyre. FOTO: ANNE GRETHE OLSEN

legene ville ofte intensivere behandlingen eller sende pasientene med ambulanse til sykehuset i Katmandu, en tur på tre timer, for å vise pårørende at de tok grep og at noe ble gjort. Ut fra vårt syn, burde pasienten heller få dø med pårørende tilstede i feltskykehuset enn i ambulansen på vei til Katmandu, når vi visste at det ikke var noen behandling som kunne redde pasienten. Det var også stor mangel på ambulanser, så vi måtte diskutere prioritering av bruk av ambulanser med de lokale legene. Vi fikk til en tilnærming hvor de lokale legene ble flinkere til å ha dialog med og informere

pårørende, slik at vi fikk litt bukt med den intensiverte behandlingen som ofte skjedde like før livet ebbet ut. Dette gjaldt selvsagt bare de eldre pasientene.

Anne Grethe og Dr. Umesh utarbeidet en lokal «antibiotikaveileder». Apoteket i leiren vår hadde både medisiner fra Nepal og fra Norge, og vi måtte prøve å samstemme den nepalske og norske antibiotikabruken. De lokale legene brukte, ikke uventet, mere bredspektrede antibiotika enn det vi gjorde. Vi endret antibiotikabruken til pasienter som ikke ble lagt inn i sykehuset, og tilnærmet den norske retningslinjer, og det fungerte bra. Vi prøvde også å standar-

disere antibiotikabehandlingen for pasienter som ble innlagt, og det gikk også bra. Det ble enklere både for leger og sykepleiere å jobbe sammen, når behandlingsvalgene ble mere ensartede.

### Allmennlegearbeidet

Trond forteller:

«Vårt ERU-sykehus var operativt en liten uke etter jordskjelvet. Chautara ligger opp mot Himalaya. Infrastrukturen var dårlig i utgangspunktet, og etter jordskjelvet fulgte jordskred og andre ødeleggelser, slik at fremkommeligheten for folk som bodde i små landsbyer rundt om, var elendig. Mange gikk i dagevis med syke og skadde barn og eldre. Militæret begynte å frakte pasienter inn til oss med helikopter fra avsidesliggende strøk. Det var mange triste skjebner å forholde seg til. Vi jobbet mye. Det var nesten ingen av våre pasienter som ikke hadde mistet familiemedlemmer eller bekjente. En bestemor som var inneliggende hos oss i 10 dager, var «stum» i en uke. Hun var i sjokk, fordi hun klarte å redde seg selv, men ikke barnebarnet på noen måneder.

Et par hundre mennesker stilte seg i kø utenfor feltskykehuset hver dag. Vi hadde dyktige sykepleiere som gjorde en fantastisk jobb med «triageringen»: å prioritere og sortere i køen. Mange med store sårskader, også sekundært infiserte, klemskader, traumatiske amputasjoner, brannskader og brudd. Vi sydde, gipset og trøstet. Jeg for min del, var glad for at jeg tidligere hadde

Neha var en av våre første pasienter og vi ble alle god venn med henne. FOTO: ANNE GRETHE OLSEN



Nurse Ane, dr. Trond, dr. Umesh og dr. Anne Grethe i legevakteltet (OPD). FOTO: LOKAL HJELPEARBEIDER







Det lokale apoteket med innehaver Hemanta og hans medarbeider. FOTO: ANNE GRETHE OLSEN

jobbet et år ved sår- og bruddavdelingen ved Oslo Legevakt. Gamle kunnskaper måtte revitaliseres. Jeg vet ikke hvor mange pasienter vi hadde med bilaterale kalkaneusfracturer, fordi de hadde hoppet ut av bygninger under skjelvet. Ei jente på 10 år, reddet sannsynligvis livet ved å hoppe fra tredje etasje under skjelvet, hun hadde bilaterale kalkaneusfracturer.

I ERU-sykehuset har vi en operasjonsstue med en kirurg, en anestesilege, anestesisykepleier og kirurgisk sykepleier. Samarbeidet mellom oss allmennleger og kirurgisk team var utmerket. Der ble utført amputasjoner, reponering av brudd, sekundære sårlukninger, operert akutte appendicitter og ikke minst utført hudtransplantasjoner. Hudtransplantasjonene var så vellykket at pasienter fra sykehuset i Katmandu ble sendt til feltsykehuset vårt for hudtransplantasjon! I tillegg til de direkte skadene som følge av jordskjelvet, kom det også pasienter med allmennmedisinske problemstillinger. Etter en slik naturkatastrofe må man alltid være på vakt for epidemier og spesielt kolera, da mangel på rent drikkevann er en overhengende fare. I forbindelse med et jordskjelv utvikles det også mye støv, så vi behandlet mange barn med bronkiolitter og andre luftveisinfeksjoner. Mange i Nepal røyker og de lager mat over åpen ild i sine hus, noe som innebærer at mange har KOLS og i denne sammenheng sekundære lungeinfeksjoner.

En stor utfordring var å skulle behandle de direkte skadene folk hadde samtidig som vi visste hvilke enorme påkjenninger de hadde vært utsatt for med tap av hus og eiendeler og ikke minst familiemedlemmer. Vi møtte en nasjon i apati og sorg. Vi møtte folk som ikke hadde mat, vann og telt. Du vil så gjerne hjelpe til med alt, men det vi hadde, var medisinsk ekspertise og

medisiner. Som lege måtte vi gå daglige runder med oss selv, og jeg kjente ofte på utilstrekkeligheten samtidig som jeg måtte holde hodet kaldt for å gjøre så god jobb som mulig. Midt i all elendigheten, var det også solskinnshistorier. Å være med på å redde premature barn fra å dø til å forsikre en familie om at et barn med store sårskader, kommer til å bli helt fin igjen, gjør at det kjennes godt å få være lege i en slik situasjon.

Vi allmennleger hadde ansvaret for daglige visitter i de medisinske «avdelingene». På en morgenvisitt kom jeg til en mann på 35 år. Han akte seg ut av sengen, var helt forkrøplet i bena, og kunne nesten ikke gå. Hans bror og svigerinne hadde båret ham i ett døgn til sykehuset. Gledestårene og takknemmeligheten som oppstod da jeg hentet en rullestol til ham fra vårt lager, vil sitte fast for alltid. Han fikk den til odel og eie. En minimal kostnad for oss oppe i det hele, men en stor forandring for ham og hans familie».

### Noen kasuistikker

fra Anne Grethe:

«Den første uken behandlet vi mange brudd- og sårskader, og i den andre uken begynte infeksjonene å tilta: sårinfeksjoner, luftveisinfeksjoner og diareer. Da kom også skabb-epidemien. Når så mange bor i telt og under presenninger sammen, og det ikke er så enkelt å få vasket seg, da er det grobunn for skabb og hudinfeksjoner. Mange av pasientene gjorde inntrykk på meg. De tålte mye fysisk smerte, og de var tapre. De viste også en motstandsdyktighet og robusthet, 'resilience', som det var viktig å bygge videre på. Det er jo nettopp denne evnen, som gjør at de klarer å leve videre og se framover.»

### Ung jente med brudd i ryggen

«En far kom bærende inn med sin tenåringsdatter. Hun hadde på seg en nydelig rød kjole og et stort korsett. Han la henne forsiktig ned på undersøkelsesbenken og sa at han trodde hun hadde brukket ryggen under det første jordskjelvet. Det var da en og en halv uke siden skjelvet, og hun hadde ligget hjemme fram til de fikk vite at feltsykehuset og røntgenapparatet var på plass. Røntgenbilder ble tatt, og de var helt normale. Jeg meddelte dem resultatet, og jenta tok av seg korsettet, rettet litt på kjolen og spaserte med lette skritt ut av teltet.»

### Fingeren var borte

«En eldre dame kom med et tørkle rundt høyre hånd. Hun hadde skadet hånden i det første jordskjelvet, og det var nå to uker siden. Jeg ba henne ta tørklet av hånda og så at langfingeren var borte. Det som stod igjen var et lite krater med sand, puss og størknet blod. Hun fortrakk ikke en mine, og jeg tenkte: Hva er det med disse menneskene som tåler så mye fysisk smerte?»

### Tap av sine nærmeste

«En ung kvinne kom inn med store smerter i kroppen. Jeg spurte tolken hvor hun hadde vondt og hvor lenge hun hadde hatt det. Hun forklarte tolken hvor hun hadde vondt, og han prøvde å forklare det til meg. Hun gestikulerte og pekte, overalt, de snakket sammen på nepalsk. Ansiktet hennes vred seg i smerter. Hun så meg plutselig dypt inn i øynene og sa på engelsk: 'I lost my sister'.»

### Hoftesmerter

«En eldre kvinne hadde gått i fire timer for å komme fram til feltsykehuset. Hun hadde vondt i høyre hofte og lyske. En stein hadde ramlet over henne under det første jordskjelvet, og det var nå gått 10 dager siden det skjedde. Røntgenbilder ble tatt, selv om jeg tenkte at hun som hadde gått i fire timer sikkert ikke hadde noe brudd. Men hun hadde et bekkenbrudd på høyre side. Jeg spurte kirurgen vår om vi kunne gjøre noe med det, men det måtte bare få gro. Hun fikk med seg paracetamol-tabletter og litt trøst. Kvinnene i Nepal er av den hardføre sorten.»

### Rystet av skjelvet

«Den første pasienten som dukket opp da det andre jordskjelvet hadde roet seg såpass at vi kunne gå tilbake til feltsykehuset, var en liten jente som kom sammen med faren sin. Hun var full av sand og hadde små kutt flere steder på kroppen. Bak-



ken skalv fortsatt litt og jeg var redd, men mens jeg vasket og plastret den lille jenta, fikk jeg roen tilbake. Hun sluttet å gråte, faren ble fornøyd og jeg sto støtt på begge beina mine igjen.»

### Tolketjenesten

En studentforening med unge studenter fra Katmandu, kom oss til unnsetning med tolketjenester. De dro fra Katmandu til Chautara kort tid etter at skjelvet inntraff og meldte seg til tjeneste hos teamledelsen vår. Vi ble nært knyttet til dem, og de til oss. De var flinke i engelsk og hadde stor empati med sine berørte landsmenn. Det var en opplevelse å få bli kjent med disse ungdommene, og takknemligheten de viste oss på vegne av befolkningen i Nepal var overveldende. De hadde også selv sine historier med tap av bolig og slektninger, men det viktigste for dem var å hjelpe til. De tolket for oss i et par uker, og pengene de tjente på dette gikk til utstyr for å bygge bambushytter/skoler. De hadde en rørende avskjedsfest for oss før de dro videre for å bygge bambushytter, og de kom også og tok farvel med oss i Katmandu, før vi reiste tilbake til Norge. De gjorde inntrykk disse unge og samvittighetsfulle studentene. Iveren de viste i jobben, gleden de spredte i leiren og pågangsmotet de hadde var oppløftende for oss alle.

### Så kom det andre jordskjelvet

Vi opplevde små jordskjelv nærmest daglig. Et større etterskjelv var noe folk snakket mye om, og ventet på. Det kom!

Trond forteller:

«Vi var ved kjøkkenteltet i lunsjpausen. Jeg sto og tappet varmt vann fra en stor kjele for å blande tørrmat fra pose, da jeg plutselig merket at jorden begynte å bevege seg under meg. Jeg løp ut og så redselen i Anne Grethes øyne. Vi holdt fast i hverandre og klarte etter hvert ikke å stå på bena, men sank ned på kne. Bakken gikk i alle retninger, på en måte i vertikalt plan, jeg ble svimmel. Jeg husker jeg tenkte, nå må det slutte. Det varte i ca. 50 sekunder. Vi hørte folk skrike, vi hørte bygningsmaterialer rase og vi hørte en ubeskrivelig dump lyd. Så ble alt stille. Vi så på hverandre og skjønte konsekvensene. Det var som å starte på nytt.

Vi løp bort til feltsykehuset, og der kom allerede folk løpende: skadde barn, skrekkslagne voksne, noen kom bærende med døde folk og det kunne blitt totalt kaos. Vår fordel var at vi var operative i forkant av dette skjelvet, og at mange av innbyggerne ikke lenger bodde i husene sine, men under presenninger eller i telt. Vi hadde et sykehus som fungerte, vi var samkjørte og alle visste hvilken plass de hadde i feltsykehuset. Midt i redselen og kaoset, klarte vi alle sammen å få kontroll på situasjonen

og prioritere de som trengte hjelp først og mest. Det kom mange pasienter, og det ble en lang dag og kveld med jobbing.

De neste dagene kom det pasienter fra avsidesliggende strøk med de samme typer skader vi hadde opplevd fra det første skjelvet. I utgangspunktet var det mange presfolk og TV-kanaler fra alle verdens hjørner, som oppholdt seg rundt feltsykehuset akkurat da. De fikk se hvordan vårt feltsykehus fungerte i en akuttsituasjon. Hjerteskjærende scener utspant seg, men det var samtidig godt å vite at vi klarte å hjelpe så mange pasienter i en slik forferdelig situasjon. Heldigvis ble antall drepte og sårede langt mindre enn under det første skjelvet, både fordi dette var litt mindre (7,3 på Richters skala), men også fordi folk ikke oppholdt seg i den grad i eller i nærheten av bygninger.»

### Dagliglivet som delegat, slik Anne Grethe opplevde det

Livet som delegat og helsearbeider i Røde Kors sitt feltsykehus fant fort sin form. Havregrøt og pulverkaffe til frokost rundt klokken 7, før morgenmøtet. Deretter jobb fram til lunsj ved tolvtiden. Lunsjen spiste vi ofte i et telt som en lokal restauranteier hadde satt opp like utenfor leiren vår. Der traff vi tolkene, de lokale legene, andre hjelpearbeidere, journalister og andre be-

*Her i triage-området har sykepleier Ane Ingeborg Holmberg full kontroll over hvilken pasient som skal hvor på feltsykehuset. FOTO: VIVIAN PAULSEN / RØDE KORS*





søkende. Vi spiste ris og grønnsaker og papadom (brød). Hygienen var kanskje ikke helt på topp, men maten var god og gjenomkokt, og vi ble ikke syke av den. Lunsjen i restaurantteltet var et av dagens høydepunkter. Etter lunsj var det en ny arbeidsøkt, og vi jobbet til vi hadde behandlet alle pasientene som hadde kommet inn den dagen. Det var veldig tilfredsstillende å se at køen ble borte og å føle at man kunne hjelpe de som trengte det.

Om ettermiddagene var det visitt i pasientteltene (sengeavdelingene), og kveldene var som oftest rolige. Da kunne man rusle litt rundt i leiren eller nærområdet, ta en kald dusj, lese bøker, ringe hjem, sjekke mail eller bare slappe helt av. Solnedgangene var fine både for gode samtaler og for å sende tanker hjemover. Kveldene i leiren var ofte hyggelige med småprat og oppsummering av dagen. Middagen var som oftest tørrmat i pose blandet med kokt vann, men det var helt greit. Av og til var det suppe og pannekaker, til stor glede for hele leiren. Vi hadde også noen godt planlagte fellesmiddager; på 17. mai og den siste kvelden før mange av oss skulle reise hjem. Da var det grillet kjøtt og salater, og det smakte helt fantastisk.

Vi bodde i telt alle ukene vi var der, og jeg sov godt etterhvert. De første nettene var urolige. Jeg lot meg forstyrre av hundeglam – eller var det nepalske tigre? – av småprat, snorking og av mye annet. Men så kom roen og den gode følelsen som jeg bruker å ha når vi er på telttur hjemme, følelsen av å være en del av noe. Den siste natten overnattet vi på et fint hotell i Katmandu, men mange av oss fikk ikke sove. Det ble kanskje for innelukket og for



17. maifeiring i leiren. FOTO: LOKAL HJELPEARBEIDER

stille, eller kanskje det gikk opp for oss at oppdraget var utført og at vi måtte reise tilbake... «mission completed»?

### Oppsummering fra Trond

Det å være en del av en delegasjon på 34 som dro fra Norge så kort tid etter jordskjelvet i Nepal, til å samarbeide på den måten vi gjorde, er noe jeg vil bære med meg resten av livet. Møtet med en nasjon i sorg og møtet med syke og skadde med de utfordringene det har, var hardt, men veldig givende. Jeg har aldri møtt mennesker som midt oppe i elendigheten, prøver å reise seg, prøver å få det daglige livet til å fungere igjen, som jeg opplevde i Chautara i Nepal. Om du er lege, sykepleier, er strømansvarlig eller har ansvar for rensing av vann, er vi alle helt avhengig av hverandre, for å få feltsykehuset til å fungere. Det klarte vi, og derfor var det så fint å være en av den store delegasjonen

vi tilhørte. Samholdet og iveren etter å få til løsninger som fungerte, var utfordrende, men mest av alt fantastisk.

Samarbeidet med de nepalske legene var lærerikt og givende. Da jeg dro fra Chautara, sa Dr. Umesh: «Du er den første venn jeg har som ikke er fra Nepal.»

Hva var vanskeligst? Det var faktisk å dra fra dem du hadde jobbet med, og dra fra pasienter som fortsatt trengte deg. Jeg hadde en følelse av aldri å bli ferdig. Da var det godt å vite at andre fra Norge kom og tok over og fortsatte det arbeidet vi hadde startet.

Jeg var sliten, til tider lei, og det å bo kummerlig, ikke ha tilgang på varmt vann og med enkle sanitære forhold, det byr på utfordringer. Men på den annen side, er jeg utrolig glad for at jeg fikk muligheten til å bruke mine kunnskaper sammen med andre delegater, for å hjelpe de som opplevde en katastrofe med så store ødeleggelser som i Chautara og Nepal.

■ TRONDAAE@GMAIL.COM ■ ANGR-OLS@ONLINE.NO

*Livet går videre også i Nepal...* FOTO: ANNE GRETHE OLSEN



*Lørdagene var helligdager, da jobbet vi kortere dager og gikk tur opp til dette tempelet.* FOTO: ANNE GRETHE OLSEN





# Felles allmennmedisinsk

■ STEINAR HUNSKÅR • Forskingsleiar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, prof. i allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB

**Læreboka *Allmennmedisin* (2013) er komme på dansk i 2014 og svensk i 2015. Dermed er Norge, Sverige og Danmark samla til eitt allmennmedisinsk lærebokrike. Det har stor symbolverdi, men eit felles rammeverk for allmennmedisinsk utdanning og fagforståing kan også ha store faktiske ringverknader.**

Artikkelen er ei personleg framstilling av historia til dei norske allmennmedisinske studentlærebøkene, som no har gitt opphav til studentlærebøkene også i Sverige og Danmark. Lærebokhistoria er ein del av den allmennmedisinske fagutviklinga og utviklinga av dei akademiske institusjonane. Bakteppet for lærebokspørsmålet var den faglege utviklinga og fagidentiteten i allmennmedisinen vi fekk frå 1980-talet med litteratur som retta seg mot allmennlegane sin kvardag (1). Men det hadde lenge vore stille på fagartikkel- og bokfronten i norsk allmennmedisin. I eit foredrag på Alment praktiserende lægers forenings Beito-kurs i 1984 retta Per Fugelli ein harmdirrande peikefinger mot faget: «Du skal skrive ditt fag!» (2). Den allmennmedisinske erfaringa og kunnskapen måtte ned på papiret via handa og pennen:

- Først da vert den eit bidrag til den allmennmedisinske fagutviklinga
- Først da kan den prøvast og lærast
- Først da kan vi dokumentere faget vårt
- Først da er vi eit fag!

## Studentlærebøker i allmennmedisin – forhistoria (1968–91)

Studentundervisning i allmennmedisin starta ved det nye universitetsinstituttet i Oslo frå 1968 og ved dei andre fakulteta dei følgjande åra. Ganske snart kom debatten om kva som skulle vere pensum og kva bøker studentane burde lese. I Danmark utga FADLs forlag fembindsverket *Lærebog i almen medicin* (1977–82), men bøkene var lite eigna for norske studentar (3). I 1981 kom *An introduction to family medicine* av professor Ian McWhinney frå Kanada, ei lærebok som har hatt stor verdi i utviklinga av allmennmedisinen internasjonalt heilt til i dag. Den vart introdusert som pensumbok i

Oslo og Trondheim. Saknet av ei norsk lærebok var likevel stort, og på dei årlege felles instituttmøta i allmennmedisin vart det diskutert korleis lærebokspørsmålet kunne løysast. Mangelen på ei lærebok var synleg og tydeleg og sette faget i eit underleg lys.

Per Fugelli var sentral i diskusjonane og hadde sjølv disposisjonen for ei bok klar allerede i 1983–84, men etter nokre år ga han opp soloprosjektet. Etter at Fugelli vart professor i Bergen, hadde instituttet der diskusjonar om å ta på seg ansvaret for eit læreverk, men synspunkta sprikte mykje (4). Nokre meinte at ei lærebok i allmennmedisin var eit umogeleg paradoks i seg sjølv, mens andre meinte det var ein heilt avgjerande del av den prosessen faget var inne i. Eg deltok i diskusjonen frå 1986 og meinte at det er vanskeleg å promotere eit fag som sjølv definerer seg som umogeleg å beskrive. Faget kan bli ein kasteball mellom andre og bli definert av andre ut frå kva det *ikkje* er. Fugelli la lista høgt for ei lærebok, og fallhøgda vart ikkje mindre etter at han i ei svært omdiskutert bokmelding «slakta» ein respektert kollega for det første svenske forsøket på å skrive studentlærebok i faget (5, 6). Fugelli meinte at spesielt sjukdomsdelen av boka ikkje hadde akseptabel allmennmedisinsk tilnærming, verken epidemiologisk, diagnostisk eller behandlingsmessig.

Året 1991 kom boka *Allmennmedisin – Fag og praksis*, med Bent Guttorm Bentsen, Dag Bruusgaard, Åsa Rytter Evensen, Per Fugelli og Ivar Aaraas som redaktørar (7). Boka handla ikkje om symptom og sjukdommar, men om allmennlegen sine roller og arbeidsmåtar. Boka vart seinare oversett til både svensk og dansk (8, 9) og representerte såleis ei viktig og interessant fagleg eksportvare. Boka vart pensum ved alle dei norske fakulteta, som eit kjærkommen og

konkret teikn på allmennmedisinen som universitetsfag, og var i bruk inntil 2003.

Redaksjonskomiteen uttalte i forordet at ein systematisk omtale av kliniske problemstillingar kunne komme som eit eventuelt bind 2. Tidleg vart det likevel klart at det ikkje var aktuelt å gå vidare med ein klinisk del. Den gamle diskusjonen om korleis den allmennmedisinske klinikken skulle dekkast, fekk no ny aktualitet. Dei allmennmedisinske instituttmøta var det viktigaste forum for debatten. Også etter 1991 sprikte synspunkta, frå dei som meinte at ei klinisk bok verken kunne eller burde skrivast, til dei som meinte at ho ikkje berre måtte skrivast, men som hadde detaljerte meiningar om innhaldet.

## Allmennmedisin – Klinisk arbeid (1997)

På det allmennmedisinske instituttmøtet i 1992 vart det nedsett ei arbeidsgruppe som skulle fungere som ein tenkekomité for ei klinisk lærebok. Terje Johannessen (NTNU), Knut Høltedahl (UiT), Olav Rutle (UiO) og eg (UiB) var medlemmer, og spesielt Rutle og eg hadde mange møter om saka. På instituttmøtet 1993 la eg fram eit omfattande notat om saka. Det vart ein livleg debatt. Dei fleste ivra for saka, mange hadde synspunkt på korleis boka burde vere, få ville kaste seg inn i arbeidet sjølv, og ingen meldte seg til å leie arbeidet. Det enda med at dei fire i komiteen vart bedt om å legge fram eit meir omfattande og konkret forslag til neste instituttmøte i 1994.

I løpet av 1993/1994 gjorde denne gruppa eit omfattande utgreiingsarbeid om læreboka. Det vart utvikla eit konsept for innhaldet, og redaksjonelt arbeid, organisering, administrasjon og budsjett vart planlagt. Viktige avgrensingar vart diskutert, eksempelvis til trygdemedisin, bruk av referansar, bruk av ICPC som inndeling, og om boka burde komme som eitt bind eller ein serie med temahefter. Forlagsspørsmålet var uavklart, og ulike modellar vart diskutert; eige personleg forlag, eit institutt som forlag eller eit tradisjonelt kommersielt forlag. Arbeidsgruppa var klar på at det

# lærebok i Skandinavia

måtte skaffast finansiering til det redaksjonelle arbeidet utover det eit forlag gjennom salsinntektene kunne stå for. Institutt møtet 1994 applauderte planane for boka, og eg aksepterte sterke oppmodingar om å ta på meg oppdraget som hovudredaktør. I tillegg vart redaksjonskomiteen utvida med Marit Hafting og Irene Hetlevik.

Det vart søkt om prosjektstøtte ei rekke stader utan resultat, mellom anna frå Den norske legeforening, Dnlfs Utdanningsfond I, universiteta og Norsk faglitterær forfatter- og oversetterforening. Støtte frå legemiddelindustrien vart diskutert, og det vart underhanda kontakt med større firma med tanke på eit større bidrag. Etter godt forarbeid, ikkje minst av Terje Johannessen, avgjorde Fondet til fremme av allmennmedisinen i Sør-Trøndelag (Nidarosfondet) å støtte prosjektet med kr 500.000 fordelt over tre år (1995–97). Denne tildelinga var heilt avgjerande for at prosessen kunne gå vidare og at praktisk lærebokarbeid kunne bli ein realitet.

Forlagsspørsmålet vart avgjort på ein uortodoks måte. Tre forlag som tidlegare hadde utgitt faglitteratur for allmennpraksis (Universitetsforlaget, Tano og Ad Notam Gyldendal), vart utfordra til å kjempe om boka etter å ha fått tilsendt «tilbodspapir». Basert på skriftlege svar, presentasjonar i forlaga og forhandlingsmøter, var den eintydige innstillinga at oppdraget skulle gå til forlaget Ad Notam Gyldendal. Dei ville satse tungt på boka, delfinansiere ei prosjektsekretærstilling og samarbeide nært med redaksjonskomiteen for å sikre at boka vart ein milepæl i allmennmedisinsk faglitteratur. Arbeidet vart ein stor dugnad i og for norsk allmennmedisin, med over 100 personar involverte som forfattarar og manuskriptvurderarar. Det var eit slag for arbeidet at Olav Rutle døydd i 1996, men boka vart fullført etter planen.

Det arbeidet som vart lagt ned av forfattarar, redaksjonsmedlemmer og redaktør for å lage den første utgåva, hadde nesten ufattelege dimensjonar. Utalleg manuskriptutgåver vart sirkulert, retta og skrive om. Hundrevis av kopiar av fagartiklar, bokkapittel og anna fagstoff vart sir-

kulert til forfattarane. Sjølv om vi brukte e-post og elektronisk tekstbehandling, var det mykje manuelt arbeid på papir, retteprogram var ukjent, og brevpost var ein viktig kommunikasjonskanal. Det var viktig at språket framsto som «ei stemme» gjennom boka. Det betydde at nærmast kvar setning vart skriven om eller vart pussa på, sjølv om faginnhaldet var greitt nok. Mange forfattarar hadde personlege vriar på kapitteloppsett og tekstframstilling. Redaksjonskomiteen hadde imidlertid veldig klare standpunkt om at teksten måtte vere gjennomgåande homogen, og at dette var ein viktig suksessfaktor for boka. For eigen del var det knapt ein dag, kveld, helg eller feriedag som ikkje vart brukt på lærebokarbeid i åra 1995–97; eg har notert over 4000 arbeidstimar på prosjektet.

Boka kom ut til og vart markert og feira på Nidaroskongressen i 1997 (10). Mottakinga var overveldande positiv, og ei lang rekke bokmeldinga frå inn- og utland skrytte av boka (11–14). Anna Luise Kirkengen skreiv ein meir kritisk artikkel i *Prosa*, Norges største litteraturtidsskrift, der ho problematiserte om teksten svara til faget sine eigne målsettingar (15).

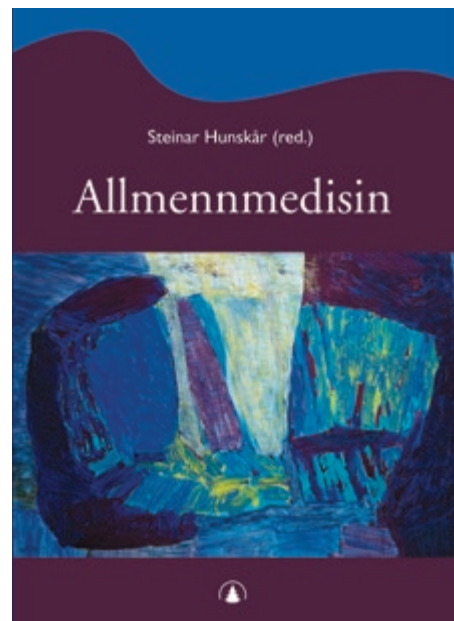
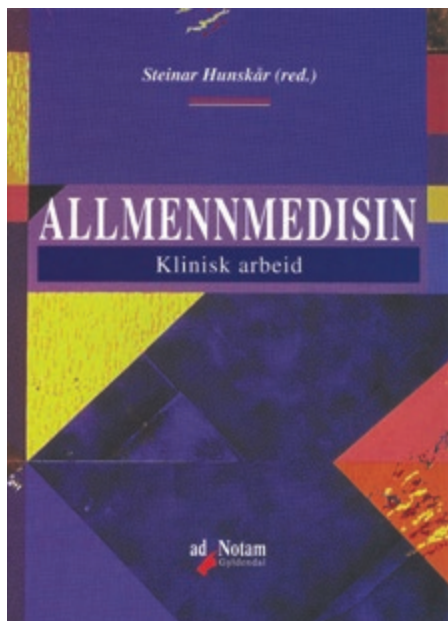
Boka vart både ein fagleg og salsmessig

suksess. Ikkje berre studentane, men allmennlegane generelt og personar langt ut over allmennmedisinens rekker kjøpte boka og ga positive tilbakemeldingar. Totalt vart det selt om lag 7000 bøker. I ettertid er det lett å slå fast at denne læreboka vart ein merkestein i den allmennmedisinske fagutviklinga i Norge, og at den har hatt stor verdi for fagidentitet og fagavgrensing. Boka og redaksjonskomiteen fekk Det medisinske fakultets (UiB) studie kvalitetspris for 1997.

*Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL)* er grunnlagt av Terje Johannessen som var professor i allmennmedisin ved NTNU og medlem av redaksjonskomiteen av læreboka. Det faglege tekstgrunnlaget for NEL var læreboka i allmennmedisin, etter at NEL i 1999 kjøpte bruksrett til struktur og innhald frå Ad Notam Gyldendal for 200 000 kroner. Den første teksten i NEL var eit stikkordbasert kondensat av lærebokteksten, og den dag i dag kan rammerket frå læreboka lett kjennast att i NEL.

## Allmennmedisin (2003) – utan undertittel

Ei klinisk lærebok har kortare brukstid enn ei teoretisk, og etter få år starta arbei-





det med ei ny utgåve. I redaksjonskomitéen vart Hafting, Johannessen og Rutle erstatta av Anette Fosse, Per Hjortdahl og Hogne Sandvik. Forlaget hadde endra namn til Gyldendal Akademisk. Det viktigaste spørsmålet var tilhøvet til boka *Allmennmedisin – Fag og praksis* frå 1991, og redaksjonen derfrå ga klare signal om at dei helst såg at det teoretiske stoffet var inkorporert i ei samla, altomfattande lærebok i allmennmedisin. Og slik vart det, to bøker vart til ei. Den opprinnelege 35 sider innleiingsdelen i *Allmennmedisin – Klinisk arbeid* vart utvida til om lag 100 sider i andreutgåva *Allmennmedisin*, som no kom utan undertittel med 832 sider (16). Visjonen om den «store allmennmedisinboka» var blitt røyndom.

Dei kliniske kapitla vart i stor grad vidareført og revidert av dei opprinnelege forfatarane, medan redaksjonskomiteen tok eit hovudansvar for dei meir teoretiske kapitla først i boka. Boka var meint å framstå som ny, men klart gjenkjenneleg for den som hadde sett førsteutgåva.

Bokmeldingane var mange og positive. *Utposten* omtalte boka som «allmennmedisinsk sikringskost» (17). *Æskulap* og *Tidsskriftet* hadde portrettintervju med redaktøren (18, 19). Igjen vart boka ein norsk salssuksess. Forlagsredaktør Thore Lie kalla boka i eit intervju for ein grunnpillars og ein faglitterær favoritt for forlaget Gyldendal. Salet gjorde boka til ein suksess for forlaget, og over 12 000 eksemplar vart selt.

### Den vanskelege tredjerunden: *Allmennmedisin* (2013)

Allereie frå 2008 vart det diskutert korleis *Allmennmedisin* skulle reviderast, og om tida no var kommen til digital utgåve. Dette spørsmålet medførte lange diskusjonar med forlaget og internt i redaksjonskomiteen. Direktør Fredrik Nissen i Gyldendal uttalte allereie i 1997 at *Allmennmedisin* var den siste store læreboka forlaget kom til å gje ut på papir! Redaksjonskomiteen hadde framleis tru på «papirbok» som formidlingskanal for basalt lærestoff, men teknisk ville det bli tilrettelagt for digitale plattformer, f.eks. lesebrett. Det var teikna kontrakt med Gyldendal Akademisk med tanke på publisering i 2012.

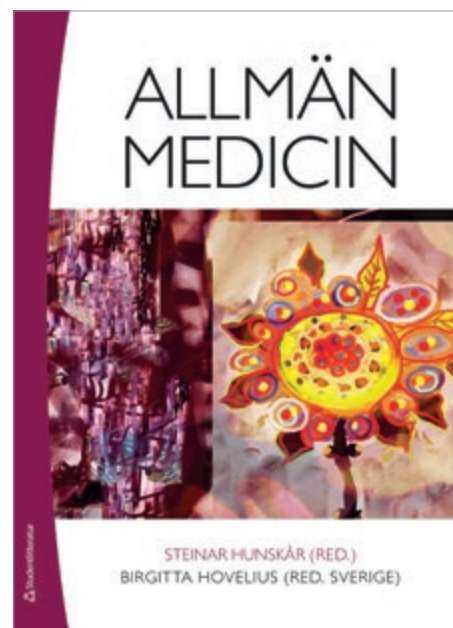
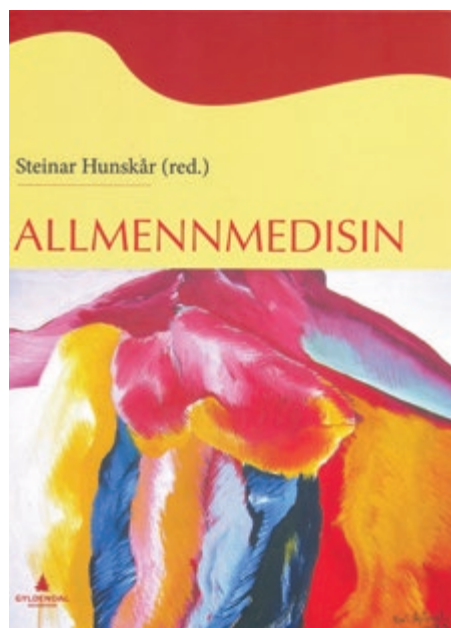
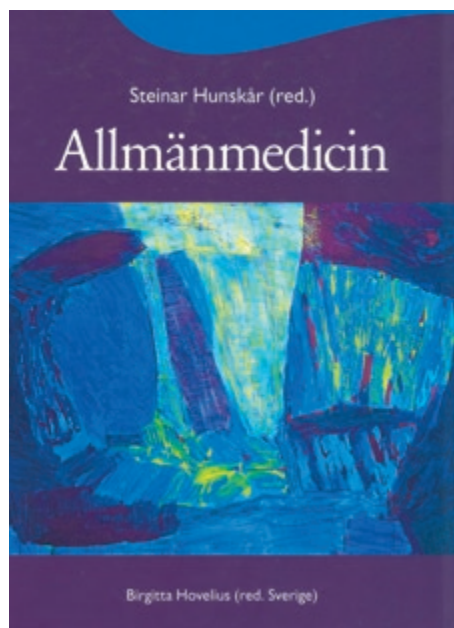
Redaksjonskomiteen gjorde ein fullstendig gjennomgang av alle kapitla i boka, og sjølv om ein kan karakterisere 10 år som ein mannsalder i medisinen, var konklusjonen at dei fleste kapitla sto seg godt, og framleis kunne fungere for studentane som skal lære allmennmedisin for første gong. Det var sjølvstendig i seg sjølv for generell oppdatering av det medisinske, men i hovudsak skulle boka denne gongen vere ei avgrensa oppdatering og fornying reint layoutmessig. Målet var også at ein ny generasjon allmennlegar skulle få sjansen som bidragsytarar. Ein viktig diskusjon enda med at referansane etter kvart kapittel vart tatt ut, i tråd med mange andre lærebøker, men i strid med tidas krav til auka dokumentasjon av dei medisinske råda i boka. Eit fulldokumentert læreverk vart

likevel sett på som uopnåeleg, og dels forstyrrende for teksten.

Frå 2010 vart arbeidet konkretisert, med professorane Mette Brekke (UiO) og Tone Smith-Sivertsen (UiB) som nye redaksjonsmedlemmer for Fosse og Hetlevik. Igjen vart ein stor allmennmedisinsk dugnad gjennomført. Over 70 personar var med på å skrive boka, og breidda i forfatarlista speglar breidda i faget, med aldersspenn frå 32 til 70 år og adresser frå Hammerfest i nord, til Stavanger og Stokke i vest og sør. Vi klarer ikkje å bli ferdige som avtalt i 2012, men boka kom på marknaden tidleg i 2013 (20). Faget hadde igjen klart å presentere ei oppdatert, komplett og moderne lærebok. Den fekk igjen gode salstal, opplaget er nærmare 5000 i midten av 2015, og vurderingane i *Tidsskriftet* og *Utposten* var gode (21, 22).

### Andreutgåva vart vellukka eksportvare til Sverige

I *Sverige* hadde dei i mange år hatt den same lærebokdebatten som i Norge; korleis skrive ei omfattande lærebok som dekkar heile faget. Det svenske allmennmedisinske universitetsmøtet i 2004 bestemte at det ville bli eit alt for stort arbeid å starte ein grunnleggjande svensk prosess, når det var mogeleg å bygge på dei norske erfaringane. Frå norsk side var vi klart positive til dette, men understreka at ei rein oversetting ikkje var nok. Den norske suksessen skuldast i stor grad at boka var skriven i ei nasjonal ramme, med norske praksiserfa-



ringar, tradisjonar og talmateriale. Dette måtte vere ein føresetnad også for ei svensk utgåve. Allmennmedisinprofessor Birgitta Hovellius i Lund leia ein stor svensk redaksjon som saman med forlaget Studentlitteratur utarbeidde den svenske utgåve *Allmänmedicin* (23), som kom i 2007, fire år etter den norske. Boka vart ein stor suksess både i grunnutdanninga og spesialistutdanninga i Sverige, og oppnådde liknande status for faget som den norske (24). Det vart selt nesten 9000 eksemplar av boka.

Hausten 2012 lanserte Studentlitteratur eit digitalt bibliotek for allmennlegar, [www.allmanmedicin.se](http://www.allmanmedicin.se). I den opne delen finst mellom anna *Legevaktåndboken*, lenkesamling og blankettar. Den lukka betalingsbaserte delen er eit bibliotek med 20 bøker som ei gruppe allmennlegar har valt ut. *Allmänmedicin* vart ranka øvst av dei ønska bøkene og vart dermed med frå starten.

Da vi starta planlegginga av tredje utgåva i 2010 ville Studentlitteratur vere med frå starten. Forlaget kunne tenke seg å gjere revisjonen ut frå den svenske versjonen utan å gå vegen om norsk omsetting, der svenskane kom med innspel til revisjon ut frå svenske tilhøve. Denne framgangsmåten ville spare svenskane for mykje arbeid. Boka ville dermed komme raskare ut. Ein ville legge enda større vekt på forankringa i dei sju fakulteta i Sverige, med tanke på å etablere boka som pensumlitteratur. Denne strategien var delvis vellukka, men boka kom likevel ikkje ut i Sverige før sommaren 2015 (25). Førsteopplaget er 3000.

### Danmark: Seint, men godt

Det danske forlaget Munksgaard hadde selt dei to første norske utgåvene i kommisjon med dårleg resultat (ca. 50 bøker i året). Da vi planla tredje utgåva, ville danskane lære av den svenske suksessen og satsa på ei danskspråkleg og nasjonalt bearbeidd utgåve. Professorane Johann Agust Sigurdsson (Reykjavik, Island, no NTNU i Trondheim) og Calle Bengtsson (Göteborg, Sverige) skreiv i 1998 at det var ei *skandinavisk bok* som var utgitt i Norge i 1997 (12). 15 år seinare kunne den tanken vere i ferd med å materialisere seg. Det var likevel ein del utfordringar. Danmark hadde allereie ei lærebok (25), som forlaget da måtte prioritere bort. Den norske boka var stor og ville bli dyr å publisere. Forlaget var usikker på marknad og akademisk forankring. Det vart halde fleire møter der vi la opp strategi og forslag til korleis bearbeidinga burde gjerast. Først om hausten 2010 vart det klart at Munksgaard turte å satse på den norske boka.

Eit stort arbeid vart lagt ned i Danmark før boka kom i 2014 (26). Bearbeidinga til danske tilhøve med bl.a. omtale av dansk lovverk og organisering samt dansk talmateriale er gjort av seks fagkonsulentar, som representerer alle fire medisinske fakultet og Dansk Selskab for Almen Medicin. Boka vert marknadsført som «dannelsebog for medicinstuderende» og i tillegg som uunnværlig for spesialistutdanninga i allmennmedisin. I *Ugeskrift for Læger* vart boka omtalt som «et fremragende disponeret værk til medicinske studenter og til de yngre læger i almen praksis» (27). Den har eit førsteopplag på 2100.

Boka kan også kjøpast som i-bok, som er ei digital utgåve av den trykte, supplert med digitale verktøy som oppgåver, søke- og noteringsfunksjon. I-boka kan lesast på pc, nettbrett og telefon. E-nøkkelen gir tilgang til i-boka i 48 månader.

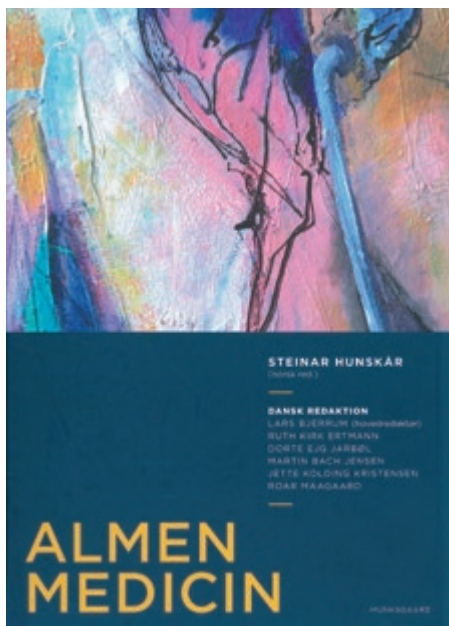
### Avslutning

Historia om læreboka i allmennmedisin er ei god historie. Eit felles nordisk rammeverk for allmennmedisinsk utdanning og fagforståing kan ha store ringverknader for felles forståing av faget og allmennlege-rolla. Faget har ei studentlærebok som knapt har sitt sidestykke i noko anna medisinsk fagområde, sjølv om vi no er midt i ei digital utvikling der tradisjonell faglitteratur er utfordra. Studentlæreboka ser likevel ut til å fungere i tradisjonelt format enno ei tid, medan kliniske fagbøker truleg er ein trua art.

### REFERANSAR

1. Hunskaar S. Faglitteratur for allmennpraksis. I: Festskrift til Allmennlegeforeningens 75-årsjubileum 1938–2013. Oslo: Allmennlegeforening, 2013, pp 118–32. (<http://legeforeningen.no/PageFiles/106023/Festskrift%20til%20Allmennlegeforeningens%2075-%C3%A5rs%20jubileum.pdf>).
2. Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1343–6.
3. Fugelli P. Lærebøker i almenmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 1981; 101: 582–5.
4. Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Bjørndal A, Nylenna M (red.). Med makten i sitt ord. Oslo: Unipub, 2003: 33–45.
5. Tibblin G, Haglund G. Allmän medicin. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1989.
6. Fugelli P. Allmän medicin. Läkartidningen 1990; 87: 972.
7. Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red.). Allmennmedisin. Fag og praksis. Oslo: Gyldendal, 1991.
8. Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red.). Allmänmedicin – Teori och praktik. Stockholm: Studentlitteratur, 1994.
9. Bentzen N, Hollnagel H, Lauritzen T (red.). Almen medicin. Grundbog. København: FADLs forlag, 1997.
10. Hunskaar S (red.). Allmennmedisin – Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
11. Bentzen N. Vægtig lærebok i klinisk almenmedicin. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 99.
12. Sigurdsson JA, Bengtsson C. New Scandinavian book on the clinical work of general practice. Scand J Prim Health Care 1998; 16: 7.
13. Hernborg A. Tungt vågande norsk lærebok i allmennmedisin. AllmänMedicin 1999; 20: 71.
14. Færø T. Glimrende norsk bok i allmennmedisin. Æskulap 1998; 78 (2): 10.
15. Kirkengen AL. Ny vei for allmennmedisinen? Prosa 1998; 4 (3): 20–5.
16. Hunskaar S (red.). Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003.
17. Stensland P. Allmennmedisinsk sikringskost. Utposten 2004; 33(1): 40.
18. Thune TH. Mannen bak bibelen. Æskulap 2004; 84 (3): 36–7.
19. Sundar T. Bokskriveren i Bergen. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3250–1.
20. Hunskaar S (red.). Allmennmedisin. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2013.
21. Iversen JM. Allmennmedisin til jubel og glede. Tidsskr Nor Lægeforen 2013; 133: 1626.
22. Brænd A. Faglig tiårsgnads: Allmennmedisin. Utposten 2013; 42 (4): 41.
23. Hunskaar S, Hovellius B. Allmänmedicin. Stockholm: Studentlitteratur, 2007.
24. Licht EF. Överlevnadshandboken. AllmänMedicin 2007; 28 (3): 24–5.
25. Christensen B, Østergaard I, Andersen JS, Witt K. Almen medicin. 2 utg. København: Munksgaard, 2007.
26. Hunskaar S, Bjerrum L, Ertmann RK, Jarbøl DE, Jensen MB, Kristensen JK, Maagaard R, red. Almen Medicin. København: Munksgaard, 2014.
27. Sørensen MS. Boganmeldelse: Almen medicin. <http://ugeskriftet.dk/debat/boganmeldelse-almen-medicin>.

■ STEINAR.HUNSKÅR@UIB.NO





# Allmennmedisinen i de nordiske land



ILLUSTRATION: COLOURBOX

Nordisk kongress i allmennmedisin gikk av stabelen i Gøteborg i juni 2015. I forbindelse med denne kongressen hadde *AllmänMedicin*, Svensk förening för allmänmedicin sitt medlemsblad, et temanummer om nordisk allmennmedisin. På de følgende sidene gjengir vi fem artikler fra denne utgivelsen; en presentasjon av allmennmedisinens kår i de nordiske landene. Artiklene trykkes med tillatelse fra hver enkelt forfatter og fra *AllmänMedicins* redaksjon.

## Allmänmedicinen i Sverige

■ ALLMÄNMEICIN • Redaktionen

Inför detta nummer av *AllmänMedicin*, som utkommer inför den nordiska kongressen och som därför har temat «allmänmedicin i Norden», fick våra systerföreninger en förfrågan att berätta vad som är bra respektive dåligt i respektive land, och hur man ser på framtiden.

Tyvärr missade chefredaktören att tillfråga sin egen förening i tid. Redaktionen hann dock med att utforma sitt eget svar.

### Vad är bra med allmänmedicinen i Sverige?

Vi har byggt upp en utmärkt specialistutbildning, och allmänläkarna har idag en mycket hög kompetens. Detta har gjort att kvaliteten i primärvården generellt är hög. Forskningen gör hela tiden framsteg. Den Nationella forskarskolan i allmänmedicin, med deltagare från de flesta av våra medicinska universitet, bygger upp nätverk av forskarstuderande och stimulerar till utveckling. Allt fler allmänläkare disputerar.

SFAM har varit föregångare bland specialistföreningarna när det gäller att bygga upp modeller för utbildning, fortbildning och forskning i en decentraliserad verksamhet.

Vi kan vara stolta över detta!

### Vad är dåligt med allmänmedicinen i Sverige?

Vi lever fortfarande i sviterna av den djupa 90-talskrisen då all offentlig verksamhet tvingades till enorma besparingar. Det blev ett omedelbart stopp för ST-tjänster i landstingen vilket idag avspeglar sig i en brist på 1400 specialister i primärvården. Detta drabbar framför allt glesbygder. I delar av Norrland upprätthålls vården i stor utsträckning av stafettläkare – men också de har blivit svåra att rekrytera. Man överväger att låta kroniskt sjuka patienter skötas per distans från Umeå, medan stafettläkare tar hand om övriga patienter. Under kommande år beräknas bristen på specialister i allmänmedicin öka på grund av pensionsavgångar.

De 21 landstingen har beslutsrätt över er-

sättningssystemen i primärvården. Många har tagit till sig tankarna i new public management (NPM), vilket resulterar i detaljstyrning och prestationsersättningar. Mest uttalat är detta i Stockholm. Vården av kroniskt sjuka patienter, liksom fortbildning och utvecklingsarbete, får stå tillbaka för snabba besök av mindre sjuka patienter.

NPM tillsammans med it-systemens möjligheter att samla in stora mängder data har lett till en ökad administration. Systemen är ofta inte kompatibla med varandra vilket skapar problem i vardagsarbetet.

### Hur ser vi på framtiden?

Många ser ljus på framtiden när det gäller den fortsatta utvecklingen. Nya it-system, som faktiskt underlättar vardagen, hägrar i fjärran. De kommer att ha inbyggda interagerande beslutsstöd och ge oss nya möjligheter att kommunicera med patienterna. En enda inloggning ger oss tillgång till just de data vi behöver för just den här patienten just idag. Systemen fångar själva upp de data de behöver för utvärdering.

I framtiden kommer rollen gentemot våra patienter att förändras allt eftersom patienterna börjar använda de nya it-systemen. Allmänläkarens roll som samtalspartner och medicinsk ledare kommer att kvarstå. En viktig uppgift kommer att bli samordning av vården.

Konkurrensen om specialisterna kan komma att bidra till att resurser anslås för att förbättra arbetsförhållandena, främst i glesbygden. Införandet av modern spännande teknik och utsikter till hög kontinuitet kan få fler yngre läkare att ta sig an utmaningarna där.

■ CHEFREDAKTOR@SFAM.SE



ILLUSTRATIONSFOTO: COLOURBOX

## DANSK ALMEN PRAKSIS 2015:

*levedygtig og i krise*

■ YNSE KLAZES DE BOER • Speciallæge i almen medicin og lægefaglig konsulent i Dansk Selskab for Almen Medicin

Almen praksis i Danmark er ombejlet som aldrig før. I det sidste sundhedsudspil fra regeringen skrives eks: Borgernes egen læge – den praktiserende læge – skal styrkes, så der bliver den samme høje kvalitet i hele landet. Så umiddelbart ser det ud som det går rigtig godt. Virkeligheden er desværre mere komplekst.

**Konflikt med myndigheder**

De sidste to år har været en turbulent tid for dansk almen praksis. Der har været et udtalt politisk/administrativ ønske om at få større indsigt og større mulighed for styring af almen praksis. Det kom klart til udtryk ved kontraktforhandlinger i 2012 som blev resultatløse og førte til at modparten opsigde kontrakten med almen praksis. Samme dag dette skete præsenterede regeringen et lovforslag, som gav regionerne større planlægnings- og styringsbeføjelser. Endvidere skulle alle data i kvalitetsdatabasen (DAMD) sendes videre til Statens Serum Institut og skulle bruges til planlægning og kontrol.

Meget i dette forslag var uspiselig for de praktiserende læger. Som reaktion deponerede langt de fleste praktiserende læger (97 procent) deres ydernummer i vores organisation. Repræsentantskabet fik mandat til at aflevere disse ydernumre, hvis det endelige resultat af loven var utilfredsstillende. Der var stor aktivitet fra organisationen og individuelle praktiserende læger: kontakt til politikere, indlæg på sociale medier og aviser og et stort demonstrationsmøde hvor langt de fleste praktiserende læger og vores personale deltog.

Lovforslaget blev modereret en del. Da det kom til en endelig vurdering (29-06-2013), fandt et lille flertal i repræsentantskabet (25 mod 24) at man skulle vælge at arbejde under loven, og indgå nye forhandlinger med regionerne. Dette resulterede i en ny aftale som blev vedtaget ved en urafstemning blandt PLO medlemmer med et moderat flertal.

Den daværende formand var trådt tilbage efter repræsentantskabets beslutning, og også blandt medlemmer var der mange der var uenig i beslutningen. Det har betydet at der er kommet meget mere fokus på og engagement i det fagpolitiske arbejde. Mange der ikke tidligere var fagpolitisk aktive begyndte at deltage i det fagpolitiske

debat. Det er blevet mere levende end længe. Der har side været nyvalg til repræsentantskabet og mange der var kritisk i forhold til beslutningen i 2013 blev valgt ind.

**Datagate**

Det foromtalte lovforslag betød der kom fokus på vores kvalitetsdatabase (DAMD). I nogle år var alle diagnoser, samt en mængde andre oplysninger, via Datafangst programmet fra det enkelte lægesystem blevet indsamlet til den nationale database (DAMD). Databasens primære formål var understøttelse af kvalitetsudvikling i almen praksis, og sekundær bidrage til forskning. Nu skulle disse data bruges til andre formål.

Dette rejste spørgsmål om data var egnet til deling og med hvem. Omfanget af dataindsamlingen var overraskende for mange, og der blev sat spørgsmålstegn ved lovligheden af dette. Efter en længere udredning konkluderede myndighederne at dataindsamling kun var tilladt for diabetes, KOL, hjertesvigt og depression. Dette var lidt overraskende da myndigheder i alle år havde været orienteret. Aktuelt er vi i den sære situation at databasen er erklæret ulovlig og skal slettes, mens Rigsarkivet fastholder et krav om at en kopi skal bevares.

**Hvad er det bedste ved almen praksis i Danmark i dag?**

Der er et stort medlemsengagement. Konflikten har rettet opmærksomhed mod hvad der er almen praksis kernen. Der er gennemført et visionsproces, hvor medlemmerne er forsøgt inddraget maksimalt. Resultat af denne proces vil være kendt ved Nordisk Kongres.

Der er stor efterspørgsel efter almen medicin til at løse patientnære sundhedsopgaver.

**Hvilke er de største problemer?**

Som i andre lande er det svært at få læger til mere ydre og mere social belastede områder. Der er en stor antal læger der forventes at gå på pension de kommende år, og der er for få der vil tage over. Konflikten har påvirket søgning til uddannelsesstillinger negativ, der er en del ubesatte stillinger. Der er intern uenighed blandt de praktise-



rende læger om hvordan vi skal samarbejde med myndighederne, og om hvordan vi sikrer de bedst mulige vilkår for almen praksis. Den kommende centralisering af hospitaler, og kortere indlæggelser vil betyde stigende arbejdsmængde for almen praksis. Kan dette rummes inden for de nuværende økonomiske og mandsskabsmæssige rammer?

**Hvordan ser fremtiden ud for almen praksis?**

Den danske satiriker Storm P skrev: der er svært at spå, især om fremtiden. Udsagnet er meget aktuelt for dansk almen medicin. Fremtiden er lys hvis vi intern kan blive enig og hvis det lykkes at indgå tilfredsstillende aftaler om arbejdsopgaver og økonomi. Hvis ikke dette lykkes må nye konflikter forudses, og så ved ingen hvordan dette ender.

DSAM, det danske almen medicinske selskab, kan dog glæde sig over at der aldrig før har været så mange kommende speciallæger, der er medlem. Endvidere er der etableret almen medicinske studentorganisationer i alle universitetsbyer med lægevidenskabelige fakulteter. Der er heldigvis fortsat mange der tror på en god fremtid for dansk almen medicin.

■ YNSE.BOER@DADLNET.DK



# Om norsk allmennmedisin

■ **PETTER BRELIN** • Leder, Norsk forening for allmennmedisin og allmennlege

Det særpregede landskapet i Norge har preget landets medisinske utvikling. Norge har med sin store utstrekning, sine mange geografiske og topografiske utfordringer og en relativt liten, spredt befolkning helt spesielle krav til helsetjenesten.

Vi som utøver faget mener selv at Norge har en god allmennlegetjeneste. Strukturen i allmennlegetjenesten er god, der legen har ansvar for en del av befolkningen i sitt nærmiljø. Alle norske borgere vet hvilken lege de skal gå til, og alle norske allmennleger vet hvilke pasienter de har ansvar for – og hvilke de ikke har ansvar for.

Dette listesystemet kalles fastlegeordningen. I fastlegeordningen velger pasientene sin lege fritt, pasientene kan kun velge leger som har ledige listeplasser. De kan skifte lege fire ganger per år.

Fastlegeordningen må sies å ha vært en stor suksess. På målinger av befolkningens tilfredshet med offentlige tjenester, kommer fastlegeordningen på 2. plass (etter bibliotekene). Vi opplever at organiseringen gir god forutsigbarhet både for pasienter og leger. Listeansvaret er personlig og kan ikke overdras til organisasjoner, bedrifter eller liknende. Dette stimulerer til langvarige, tette og gode lege-pasientrelasjoner. Norske pasienter har i gjennomsnitt kjent sin fastlege i ca. sju år.

Den norske fastlegeordningen er basert på at fastlegene får et oppdrag og et ansvar av kommunen og at legen driver som selvstendig næringsdrivende med inntekter fra kommune, stat og pasienter. Dette er en organisering som gir den enkelte lege betydelig finansiell og organisatorisk autonomi. Legene er ikke avhengige av lange beslutningslinjer eller offentlige budsjetter for å investere, vi kan selv velge vårt personale og hvor vi vil drive vår praksis. De fleste fastleger har slått seg sammen i legesentre med flere leger, men det er fortsatt noen solo-praktikere i norsk allmennmedisin.

Det er få norske allmennleger som ønsker seg tilbake i den kommunale strukturen vi hadde før fastlegeordningen ble innført i 2001.

Allmennmedisin har for tiden god rekruttering og de aller fleste fastlegestillingene er nå besatt, også i distriktene.

Og så til det som ikke fungerer så bra...

Det er flere ting som er mindre bra med den norske allmennlegetjenesten. Noen av utfordringene er knyttet til at dette er en



veldig spredt tjeneste med mange små aktører der det er vanskelig å sikre at det ytes god nok kvalitet over hele landet. Vi har ikke lyktes i å etablere strukturer som veileder fastlegene i kvalitetsarbeid og måler kvaliteten på det arbeidet som gjøres av de 4200 fastlegene. Dette har Norsk forening for allmennmedisin forsøkt å adressere ved å opprette et senter for kvalitet i legekontor – SKIL. Vi besitter ikke de ressursene som er nødvendige for å gjøre dette til en nasjonal tjeneste. NFA har av den grunn appellert til myndighetene for å få hjelp til dette viktige arbeidet – så langt uten å lykkes.

Vi har også utfordringer med å håndtere det stadig voksende helprivate og forsikringsfinansierte helsevesenet der pasientene kommer med krav om viderehenvisninger til tidvis meget avanserte undersøkelser som de føler seg berettiget til fordi

de har betalt en forsikringspremie. Dette eroderer den faglige styrken og silingsfunksjonen som fastlegene har hatt.

Norsk allmennmedisin står foran spennende tider. Den norske regjeringen har bebudet at det vil komme en stortingsmelding om primærhelsetjenesten. Denne meldingen vil være førende for hvordan den norske allmennlegetjenesten skal utvikles de neste årene. Vi har lite kunnskap om hva regjeringen tenker om primærhelsetjenesten fremover og frykter at meldingen vil inneholde budskap om særomsorger, oppsplittet ansvar og en andre grep som kan komme til å svekke denne gode norske ordningen.

Denne teksten er skrevet før primærhelsetjenestemeldingen ble presentert.

■ ■ **PETTER.BRELIN@GMAIL.COM**

# Primärvården i Finland idag

■ PEKKA HONKANEN • Ordförande i Allmänmediciinska föreningen i Finland, professor vid Uleåborgs universitet, allmänläkare

Om man vill kortfattat beskriva läget inom primärvården i Finland, vore det att det är turbulent och att ingen med säkerhet kan säga hur det ser ut om två, tre år. Det bästa är att primärvården blir allt mer populär bland unga läkare. Mängden som har bestämt att specialisera sig till allmänläkare ökar år för år. Arbetsförhållandena vid många vårdcentraler har också förbättrats. Primärvårdens betydelse erkänns i tal och skrift, men den märks inte alltid i praktiken.

## Vilka är då de största problemen?

För det första: Specialiseringsutbildningens innehåll varierar för mycket. Det finns inte tillräckligt många äldre erfarna läkare som besitter allmänläkarens kärnkunskaper och som skulle kunna förmedla dem till yngre kolleger, antingen som lärare eller helst som mentorer. Inte heller är styrningen av specialiseringen acceptabel. Universiteten och den ansvariga professorn ansvarar för utbildningens kvalitet.

I praktiken sköts utbildningen på över 100 självständiga vårdcentraler (hälsocentraler) och det beror på vårdcentralledningens intresse hur universitetets regler följs. I Finland finns det över 100 självstän-

diga hälsocentraler (jämfört med 21 svenska landsting). Specialistutbildningens kvalitet och följaktligen även allmänläkarnas kunskaper varierar för mycket.

För det andra: De alltför många självständiga hälsocentralerna gör att arbetsförhållandena varierar. Mängden anställda allmänläkare varierar också. Det finns tillräckligt många vakanser vid varje vårdcentral – kanske förutom i några stora städer – men på grund av avlägset läge eller dålig ledning är läkare motvilliga att arbeta där och följaktligen är många läkartjänster obesatta. Naturligtvis ökar köerna till vårdcentraler med obesatta läkartjänster och vårdkvaliteten blir lidande.

För det tredje: Specialsjukvården och primärvården sköts av olika organisationer. Specialsjukvården produceras av 21 centralsjukhus. De är självständiga organisationer som fakturerar patientens hemkommun för allt som de producerar. Kommunen är tvungen att betala fakturan. Om kommunen saknar pengar kan den skära i primärvårdens kostnader men sällan i specialsjukvårdens kostnader. Det har också lett till att patienter vårdas på specialsjukhus på grund av brister i primärvården, med extra kostnader som följd.

Samarbetet mellan primärvården och specialistsjukvården fungerar ej tillfredsställande. De ovan beskrivna svårigheterna anses vara orsaken till att sjukvården i Finland kostar för mycket och att invånarna får ojämlika hälso- och sjukvårdstjänster.

Jag började artikeln med att skriva om turbulens. Då tänker jag närmast på framtiden. Turbulens skapas av alla de åtgärder och planer som görs för att förbättra läget. Då gäller det främst social- och hälsovårdsreformen (SOTE), som landets politiska ledning gått in för att förverkliga för att skapa en ny servicestruktur för den offentliga social- och hälsovården. Avsikten var att fem nya social- och hälsovårdsområden skulle inleda sin verksamhet i början av 2016 och cirka nitton produktionsområden i början av 2017.

Social- och hälsovårdsområdet skulle vara en samkommun dit alla kommuner i området hör. Under varje social- och hälsovårdsområde skulle lyda ett antal produktionsområden, som sköter produktionen av tjänsterna. Social- och hälsovårdspersonalen i de nuvarande kommunerna och samkommunerna skulle övergå administrativt i de kommuners och samkommuners tjänst som sköter produktionsområdena.

Organisationsmässigt ser reformen rätt så enkel ut, men det största hindret för reformen är den kommunala självbestämmanderätten, som är den mest heliga principen skriven in i den finska grundlagen. Efter flera förhandlingar och behandlingar i riksdagens social- och hälsovårdsutskott och grundlagsutskott satte grundlagsutskottet punkt för reformen under denna riksdagsperiod, då den förklarade regeringens förslag olagligt. En ny riksdag väljs i april. Osäkerheten inom social- och hälsovården fortsätter då det högst troligt tar en lång tid förrän den nya riksdagen kan komma överens och göra hållbara beslut.

Trots allt anser jag att situationen inte är hopplös. Det finns även möjligheter inom nuvarande system att producera bättre tjänster. Allt beror på hur väl eller dåligt olika specialister kan samarbeta, och hur bra vi, allmänläkare, kan lyssna på våra patienter och hur riktigt vi kan förstå deras problem. Dessa kvaliteter kan vi förbättra när vi väntar på de kommande nya systemen.

■ PEKKA.HONKANEN@OULU.FI



ILLUSTRATIONSFOTO: COLOURBOX



# Allmennmedisin på Island

■ THORARINN INGÓLFSSON • Formann for Det islandske selskap for allmenn medisin

Den islandske allmennlegeforeningen er et lite selskap med kun 240 medlemmer. Det betyr at hvert medlem teller mye og er viktig i foreningsarbeidet. De fleste islandske allmennleger har tatt spesialistutdanning utenlands; i Sverige, Norge, Storbritannia, Canada og USA og tatt med seg forskjellige trender fra forskjellige land. Det gir oss styrke og visse fordeler, men det betyr også at en del av spesialistene blir boende i de landene de har tatt spesialistutdanningen.

De siste 10 årene har vi bygd opp et ambisiøst spesialistutdanningsprogram på Island, og for tiden er det 48 unge leger som deltar i programmet. Dette hjelper på rekrutteringen, og det er heldigvis økende interesse for spesialiteten allmennmedisin blant unge leger.

Vi deltar aktivt i internasjonalt arbeid for allmennmedisin, men ser mest til de nordiske landene når det gjelder organisering av primærhelsetjenesten her på Island.

Dessverre har primærhelsetjenesten vært underfinansert i mange år og stor misnøye har bygd seg opp de siste tiårene, både blant legene og blant folket. Allmennlegetjenesten er organisert i en statlig institusjon som driver de fleste legekontorene/helsestasjonene, og myndighetene har hittil nektet å åpne for driftsavtaler for legene, noe som kunne øke interessen for faget og hjelpe på rekrutteringen. I vinter gikk alle legene på Island ut i generalstreik: Dette gjorde legene med tungt sinn og forhandlingene var vanskelige og streiken varte i seks uker, men førte til betydelig lønnskorreksjon og ikke minst til unik solidaritet blant legene i ulike spesialiteter.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Regjeringen signerte i januar dette år deklarasjonen i forbindelse med ny tariffavtale hvor allmennlegetjenesten skulle styrkes og åpnes for driftsavtaler til allmennlegene som tidligere kun har vært mulig for andre spesialister. Det er trygt å si at i kampen for ny visjon og utvikling av primærhelsetjenesten er det vunnet en liten seier, men det gjenstår å se hvordan dette utvikler seg de kommende månedene.

Som i andre land står primærhelsetjenesten på Island foran store utfordringer. Primærhelsetjenesten forventes å ta på seg flere og flere oppgaver nå når populasjonen blir eldre og multimorbiditet mer alminnelig. Myndighetene har dessverre hittil trodd at dette kan lykkes uten at de nødvendige ressursene følger med.

Helsemyndighetene påstår at løsningen ligger i økt samarbeid. Dette er imidlertid kun en del av løsningen.

Allmennlegetjenesten

trenger økte ressurser, og ny organisering behøves. Islands befolkning må få stå på liste til allmennlege og det medisinske ansvaret for hver innbygger må være klart. Med kun 16 prosent av legene som allmennpraktiserende leger er det åpenbart at forandringer er nødvendig. Det må både være mer attraktivt for unge leger å velge allmennmedisin og allmennmedisin må få økt vekt i legestudiet på Island. Det er ikke attraktivt å jobbe sammen i team dersom det medisinske ansvaret er uklart.

Arbeidet med den tjuende nordiske kongress for allmennmedisin 2017 på Island er allerede i full gang, og vi følger nøye med organiseringen av kongressen i Gøteborg og gleder oss til å delta i Gøteborg i juni. Det er både hyggelig og givende å organisere kongress av den størrelsen og en gigantisk utfordring for en liten forening som det islandske selskapet. 2017 temaet blir «Fra kjernen, endringer og utfordringer». Vi er overbevist om at vi nå må gå tilbake til kjernen av allmennmedisinens ideologi for å finne løsningene og nytt landskap for fremtidens utfordringer.

Vi er allerede godt i gang med forberedelsene og gleder oss enormt å ta imot gode kollegaer sommeren 2017.



# Mer studentforskning på distriktshelse

■ **MARIANNE VANEM** • Prosjektansvarlig, Finnmarkssykehuset

■ **METTE KJÆR** • Forskningsleder, Finnmarkssykehuset

Helseforskning i distrikt er lite utbredt, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Det er også et behov for mer forskning på hvordan geografi, natur, klima og miljø påvirker praksisutfordringene i helsetvesenet, særlig i arktiske og rurale strøk. Helsepersonell som jobber i nordlige distriktssområder må være trent for å kunne takle utfordringer der røft vær og lange avstander til sykehus er en del av hverdagen. Men kan slike sårbare faktorer også virke rekrutteringsfremmende på helsepersonell? Kan den faglige kompetansen man erverver i slike rurale strøk gjøre område enda mer attraktive som arbeidsteder?

Hvert år produserer studenter mengder med bachelor- og masteroppgaver i sykepleie, medisin og andre helsefag. Det kan være vanskelig å velge et forskningstema. Samtidig finnes det ansatte i helsetvesenet som stadig har et behov for å få mer kunnskap om enkelte temaer, men som ikke finner tid og ressurser til å utføre selve forskningen. Med dette som bakgrunnstappe ble ideen skapt om å koble studenter og oppdragsgivere sammen for å stimulere til mer distriktsorientert helsefaglig forskning.

Finnmarkssykehuset har startet et prosjekt der man skal etablere en database over helsefaglige forskningsprosjekter som er relevante for Finnmark. Databasen skal

både inneholde nye ideer til studentoppgaver samt avsluttede prosjekter på bachelor-, master- og Ph.d.-nivå. På denne måten håper man at eksisterende forskning kan inspirere til nye prosjekter om beslektede temaer.

Den opprinnelige ideen til databasen oppsto i det internasjonale rekrutteringsprosjektet «Recruit and Retain» som ble avsluttet i fjor, der Finnmarkssykehuset var norsk partner. Initiativtaker til databasen var den svenske samarbeidspartneren, Glesbygdsmedicinskt Centrum i Storuman. Et sentralt funn fra prosjektet viste at studenter som tar deler av sin utdanning i et distriktsstrøk har over tre ganger større sannsynlighet for å søke jobb i samme distrikt etter endt utdanning (1). Ut i fra dette har man altså grunn til å tro at studenter som velger å forske på Finnmarksrelevante temaer også vil være tilbøyelig til å velge dette fylket som arbeidsted etter endt utdanning. Målsetningen er langsiktig: Man ønsker å bidra til å rekruttere helsepersonell til Finnmark ved å skape mer interesse for helsefaglig forskning i distrikt. Databasen vil kunne koble sammen studenter med veiledere og potensielle fremtidige arbeidsgivere.

Databaseprojektet har utviklet seg til å bli et samarbeid mellom Finnmarkssyke-

huset, Glesbygdsmedicinskt Centrum (GMC) og KS Nord-Norge, og innsamling av ideer til studentforskning er i gang. Kommunehelsetjenesten i Finnmark og ansatte i Finnmarkssykehuset er invitert til å melde inn ideer til interessante prosjekter om Finnmark som nordlig distriktsområde. I august møttes partene i Finnmarkssykehuset og GMC for å drøfte den tekniske verktøyløsningen som forventes å være klar før jul. Hensikten er at både studenter og arbeidsgivere skal kunne gå inn i basen og registrere ideer og prosjekter. Datamaterialet i basen vil være systematisert etter definerte emneord som for eksempel «arktisk helse» eller «distriktsmedisin» slik at det vil være lett å søke etter en idé eller prosjekt samt få en oversikt over hva som finnes innenfor et spesifikt tema.

Prosjektet har også etablert kontakt med fagmiljøer ved UiT Norges arktiske universitet, som oppfordres til å motivere studenter til å velge et distriktsorientert tema for sin prosjektoppgave.

Har du en idé til studentoppgave som du vil melde inn til databasen, ta kontakt med forfatterne av denne artikkelen.

## REFERANSE

1. Rekruttere og beholde. Om helsepersonell i rurale og urbane områder 2013 – Birgit Abelsen, NSDM.

■ [MARIANNE.VANEM@FINNMARKSSYKEHUSET.NO](mailto:MARIANNE.VANEM@FINNMARKSSYKEHUSET.NO) ■ [METTE.KJAER@FINNMARKSSYKEHUSET.NO](mailto:METTE.KJAER@FINNMARKSSYKEHUSET.NO)

## SØKEORD I DATABASEN:

- Arktisk helse
- Distriktsmedisin
- Distriktsykepleie
- Samhandling (dvs primær- og spesialisthelsetvesen i Finnmark)
- Rural helse
- Samisk helse
- Kulturførståelse
- Etnisitet
- Urbefolkning
- Finnmark
- Nordområder



# Akutt funksjonssvikt

## – et vanlig klinisk problem hos

■ ANETTE HYLEN RANHOFF • Dr.med. og spesialist i indremedisin og geriatri, Diakonhjemmet sykehus i Oslo og Universitetet i Bergen

Akutt funksjonssvikt er en vanlig presentasjonsform av akutt, og ofte alvorlig, sykdom hos eldre personer, som bør føre til grundig klinisk undersøkelse for å finne årsaken. Som regel er bred og til dels avansert diagnostikk ledet av erfarne leger med spesialistkompetanse nødvendig. Akutt funksjonssvikt er også en viktig prognostisk faktor som predikerer økende funksjonstap og død. Det gir best resultat hvis slike pasienter behandles i en akuttgeriatriisk enhet med systematisk forebygging av komplikasjoner, tverrfaglig utredning og tidlig rehabilitering.

### Hva er akutt funksjonssvikt?

To pasienthistorier illustrerer problemstillingen:

**PASIENT 1:** En 85 år gammel mann som var selvhjulpent og mentalt velfungerende, ble i løpet av et par uker forandret. Han hadde kjent prostatakrefte og atrieflimmer, og til vanlig noe nedsatt gangfunksjon og brukte stokk. Han brukte warfarin, metoprolol og fikk hormoninjeksjoner mot prostatakrefte.

Så ble han økende ustø til bens, og falt flere ganger. De siste dagene før innleggelse ble han også desorientert og forvirret. Pasientens fastlege la ham inn på grunn av akutt funksjonssvikt. I sykehusets akuttmottak fikk han hjertestans. Han hadde alvorlig nyresvikt med hyperkalemi, forårsaket av urinretensjon som følge av prostatakrefte. Det ble gjort vellykket hjerte-lunge-redning og han fikk blærekateter og intensivbehandling. Etter ett døgn hadde kalium normalisert seg og nyrefunksjonen var i bedring. Han kunne tas av respirator. Etter ti dager kunne han utskrives til eget hjem, og var fortsatt selvhjulpent.

**PASIENT 2:** En kvinne på 82 år bodde alene hjemme med hjemmesykepleie daglig til hjelp med medisiner og bading. Hun hadde hypertensjon, koronar hjertesykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom og osteoporose med kompresjonsbrudd i ryggstølen. Hun var glemsk, men hadde ikke demensdiagnose.

I løpet av noen dager ble hun desorientert og slapp. Hjemmesykepleien kontaktet legevakt og hun ble innlagt. I akuttmottaket var hun desorientert, hadde temperatur 37,5, puls 78 regelmessig, normalt blodtrykk og det var ikke spesielle auskultasjonsfunn over hjertet og lungene. EKG var uendret fra tidligere. Rutineblodprøver ble tatt og viste CRP 470, røntgen thorax viste lobær pneumoni på høyre side.

Hun hadde manglende feber, trolig på grunn av bruk av paracetamol 1 g x 3 mot ryggsmertor. Kompresjonsbruddene i ryggen gjorde henne kyfotisk og sammensunken, hun pustet overflatisk og auskultasjonen var vanskelig. Til tross for en alvorlig pneumoni var hun ikke takykard fordi hun brukte betablokker på grunn av sin koronarsykdom.

Svikt i dagliglivets funksjoner er en vanlig sykdomspresentasjon hos eldre, og særlig sårbare pasienter. Symptomene er ofte diffuse og generelle. Smerter kan være lite fremtredende, og feber kan mangle ved infeksjoner. Aldersforandringer, andre sykdommer og medisiner kan kamuflere symptomer.

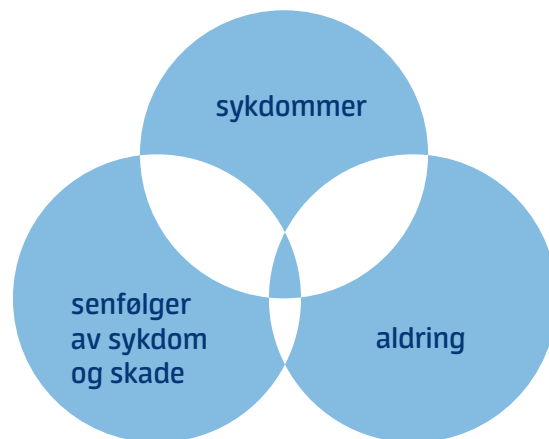
Akutt funksjonssvikt defineres som svikt i evnen til å utføre dagliglivets funksjoner som utvikler seg over kort tid – inntil to uker. Dette blir som regel presentert som at den eldre personen blir mer hjelpetrequende. Svikt i gangfunksjon er det

mest vanlige, og er ofte ledsaget av økt falltendens. Det typiske er at en funksjon som er lett svekket fra før, rammes mest. Dette kan for eksempel være at en som er glemsk fra før, får akutt forvirring (delirium); en som er ustø, faller; en som spiser og drikker lite, får dehydrering og ernæringsvikt; og at inkontinens oppstår hos en som er litt «lekk» fra før.

Ofte blir akutt funksjonssvikt presentert som at det er en eldre person som ikke greier seg hjemme lenger og dermed må innlegges for å få pleie og omsorg. Dette kan lett føre til at symptombildet ikke tas alvorlig nok, og at det ikke bevisst letes etter årsaker til den akutte funksjonssvikten.

Akutt funksjonssvikt er ikke bare en innleggingsdiagnose, det er et vanlig klinisk problem hos eldre som innlegges akutt på sykehus, uavhengig av diagnose. En undersøkelse fra akuttmottaket ved UL-

- Akutt funksjonssvikt er **alltid** sykdom
- Kronisk funksjonssvikt er
  - kroniske sykdommer
  - senfølge av skader og sykdommer
  - aldring
- Ofte akutt på toppen av kronisk sykdom (den typiske akuttgeriatriiske pasient)



GRAF. Når gamle blir hjelpetrequende – sykdom eller aldring?

# eldre pasienter



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

levål sykehus i 1998 viste at nær halvparten av alle pasienter som var 75 år og eldre, og som ble henvist for akutt innleggelse i medisinske avdelinger, hadde hatt et funksjonstap de siste to ukene før innleggelsen (1). Erfaringer fra akuttmottaket på Diakonhjemmet sykehus har vist at funksjonssvikt var den vanligste innleggelsesårsak hos eldre mellom 80 og 90 år (2).

## Viktig presentasjonsform når eldre blir akutt syke

De to pasienthistoriene beskriver akutt funksjonssvikt som presentasjonsform ved alvorlige og potensielt livstruende tilstander hos eldre.

Akutt funksjonssvikt er alltid en indikasjon på akutt sykdom, skade eller legemiddelbivirkning. Basert på egen, og andres kliniske erfaringer, og upubliserte registreringer av årsak til akutt funksjonssvikt ved flere sykehus, vet vi at de fleste vanlige akutte indremedisinske sykdommer kan presentere seg som akutt funksjonssvikt. Den vanligste årsak er trolig infeksjoner, og da særlig pneumonier og urinveisinfeksjoner. Men sepsis hos eldre har svært ofte akutt funksjonssvikt som det dominerende symptom-bilde. Som regel finnes andre symptomer og tegn også, men disse må letes etter.

De vanligste årsaker til akutt funksjonssvikt er:

- Infeksjoner (urinveier, luftveier, sepsis)
- Cerebrovaskulære årsaker (atypiske hjerneslag, særlig i bakre skallegrop som ikke gir hemiparese, men balanseproblemer)
- Kardiovaskulære årsaker (hjerteinfarkt uten brystmerter, arytmier, hjertesvikt)
- Lungeemboli («uforklarlig» hypoksi eller pusteproblemer)
- Nyresvikt
- Anemier og metabolske forstyrrelser (dehydrering, blodsukker, elektrolytter, syre-base)
- Skader (innkilt lårhalsbrudd, subduralt hematom)
- Alkoholrelaterte problemer (alkoholeffekt og alkoholabstinens)

## Akutt funksjonssvikt som prognostisk faktor

Akutt funksjonssvikt manifesterer seg der det oppstår en svikt av organfunksjon eller sammensatte fysiologiske systemer. Reduserte organreserver og homeostase vil derfor disponere for akutt funksjonssvikt. Et eksempel på dette, er at eldre med aldersrelatert muskelsvinn (sarkopeni), vil være disponert for sviktende gangfunksjon og fall når de blir syke (3). Eldre med reduserte kognitive reserver, og særlig ved demens, er spesielt disponert for delirium (akutt forvirring) ved akutt sykdom og skade (4).

Akutt funksjonssvikt vil av denne grunn være et tegn på reduserte organreserver. Dette har prognostisk betydning, og er vist å gi redusert seks-måneders overlevelse etter sykehusinnleggelse (5). Måling av reduserte organreserver hos eldre er ikke alltid enkelt, men påvisning av sårbarhet («frailty») er blitt stadig viktigere innen klinisk forskning. Dette kan måles ved hjelp av sammensatte mål som omfatter vekt-tap, evne til å reise seg fra en stol uten å bruke armene og redusert følelse av energi (6), eller ved å summere negative faktorer i en såkalt «Frailty Index» (7). En enklere måte er å bruke en sårbarhetsindikator, for eksempel ganghastighet, som angir risiko for videre funksjonstap og død (8).

## Håndtering av akutt funksjonssvikt hos eldre

Eldre med akutt funksjonssvikt skal som hovedregel innlegges i sykehus. Kommunale akutte døgnenheter har som regel ikke det diagnostiske apparat og den kompetanse som er nødvendig for å gi optimal diagnostikk og behandling til disse pasientene.

Vanlig triagering kan brukes til å bedømme alvorlighetsgrad og dermed brukes ved prioritering av pasientene i akuttmottaket, men dette bør gjentas ofte da tilstanden kan endre seg raskt i negativ retning (2). Bred medisinsk diagnostikk, systematisk forebygging av komplikasjoner, tidlig mo-

bilisering og planlagt utskrivning er det viktigste for å sikre best funksjon og overlevelse. Dette gjøres best i en akuttgeriatrisk enhet (9). Vi har gode erfaringer med en definert behandlingslinje for eldre med akutt funksjonssvikt ved Diakonhjemmet sykehus.

RED. ANM.: Artikkelen er tidligere publisert i tidsskriftet *Indremedisinen* og trykkes etter tillatelse.

## REFERANSER

1. Ranhoff AH. Akutt syke gamle i indremedisinske avdelinger. I: Krüger RME: Evige Utfordringer. Forlaget Aldring og helse 2006, s 213–5.
2. RASHIDI F, MOWINCKEL P, RANHOFF AH. Severity of disease in patients admitted for acute care to a general hospital: Age and gender differences. *Aging Clin Exp Res*. 2009 Nov 25. [Epub ahead of print]
3. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis: Report of the European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age Ageing* 2010; 39: 412–23.
4. Neerland BE, Watne LO, Wyller TB. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskr. Nor Legeforen* 2013; 133: 1596–600.
5. Rozzini R, Sabatini T, Cassinadri A, Boffelli S, Ferri M, Barbisoni P, Frisoni GB, Trabucchi M. Relationship between functional loss before hospital admission and mortality in elderly persons with medical illness. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2005 Sep; 60(9): 1180–3.
6. Ensrud, K.E., et al., Frailty and Risk of Falls, Fracture, and Mortality in Older Women: The Study of Osteoporotic Fractures. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 2007. 62 (7): p. 744–751.
7. Song X, Mitnitski A, Rockwood K. Prevalence and 10-year outcomes of frailty in older adults in relation to deficit accumulation. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58 (4): 681–7.
8. Dumurgier J, Elbaz A, Ducimetière P, Tavernier B, Alperovitch A, Tzourio C. Slow walking speed and cardiovascular death in well functioning older adults: prospective cohort study. *BMJ*. 2009; 339: b4460.
9. Fox MT, Persaud M, Maimets I, O'Brien K, Brooks D, Tregunno D, Schraa E. Effectiveness of acute geriatric unit care using acute care for elders components: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2012 Dec; 60 (12): 2237–45.

■ ANETTE.RANHOFF@UIB.NO



# Kunnskapsbaserte oppdateringer

## – et nytt tilbud om faglig oppdatering

■ ROAR DYRKORN • Prosjektleder, avd. for klinisk farmakologi ■ HARALD CHRISTIAN LANGAAS • Leder, RELIS Midt-Norge

### Bakgrunn

Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) er det norske navnet på undervisningsmetoden *Academic Detailing* som ble utviklet ved Harvard Medical School i Boston i 1983. Metoden har senere blitt utbredt i USA, Australia og Canada. Den baserer seg på at en fokusgruppe bestående av spesialister innen et fagområde destillerer en retningslinje innen et fagområde eller terapiområde til et minimum (fire til seks A4-sider) og gjør en-til-en-avtaler med leger for en oppdateringsvisitt på 15–20 minutter i kontortiden.

I KUPP er det et poeng at møtene i all hovedsak skjer en-til-en og ikke i grupper. Det er dokumentert at læringsutbyttet er langt større på denne måten. Selv om dette er en ressurskrevende organisering gir det svært effektiv gjennomføring for den enkelte fastlege, som kan få gjennomført møtet på sitt eget kontor innenfor rammen av en pasientkonsultasjon.

### KUPP internasjonalt

National Prescribing Service (NPS) i Australia har brukt metoden siden 1999. NPS har sitt

hovedkontor i Sydney med ca. 250 ansatte. De er uavhengig av det som tilsvarende helsedepartement og direktorat, men finansieres av myndighetene. NPS utgjør myndighetenes servicearm mot de medisinske fagmiljøene og publikum, og har mange helseorganisasjoner som støttemedlemmer. Disse organisasjonene dras ofte inn i utredningsarbeidet for nye terapiområder.

I tillegg til de ansatte ved hovedkontoret, har NPS ansatt ca. 150 kliniske fasilitatorer som arbeider i landets ulike helseregioner. Disse arbeider etter metoden beskrevet ovenfor og gjennomfører tre til fire kampanjer årlig både på sykehus, sykehjem og overfor allmennpraktikere og spesialister. 22 349 helsearbeidere deltok i et av deres programmer i 2012–2013. Mer enn halvparten (57 prosent) av alle allmennpraktikere i Australia deltok.

Konsulentfirmaet Deloitte har vurdert den samfunnsøkonomiske gevinsten av NPS' arbeid til ca. ni dollar for hver dollar som brukes (personlig meddelelse Debra Rowett, NPS). Dette henger sammen med innsparinger som følge av færre sykehusinnleg-

gelser på grunn av bivirkninger, økt produktivitet og reduserte medisinkostnader. NPS hevder å ha spart samfunnet for 500 millioner Australiske dollar i helseutgifter på de 15 årene de har vært i aktivitet, noe som tilsvarer omtrent 3 milliarder norske kroner.

I USA benytter *Kaiser Permanente* og *Veterans Administration* seg av KUPP. *Kaiser Permanente* er en stor privat, forsikringsbasert helseorganisasjon med sykehus og full primærhelsetjeneste. De har brukt metoden i de siste 30 årene, og pålegger sine ansatte å motta besøk av fasilitatorer med faglige oppdateringer.

*Veterans Administration*, USAs helsevesen for amerikanske krigsveteraner og aktive soldater i hjemlandet, er representert i de fleste stater med både sykehus og poliklinikk. I tillegg har flere stater, blant annet Pennsylvania og South Carolina, organisert egne KUPP-programmer.

Canada har en egen organisasjon, *Canadian Academic Detailing Collaboration* (CADC), som organiserer virksomheten i seks provinser.



*KUPP kan være et nytt verktøy for å holde seg oppdatert på ny kunnskap, slik at fastlegen kan utføre de ulike arbeidsoppgavene i henhold til gjeldende praksis.* ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

# Oppdateringsvisitter – KUPP Oppdatering til fastlegene

## KUPP i Norge

Ved Avd. for klinisk farmakologi (AKF) ved St. Olavs Hospital har vi hatt en relativt stor utadrettet virksomhet for undervisning av fastleger i praktisk farmakologi tilpasset allmennmedisin siden 2006, og vi har et nært samarbeid med RELIS Midt-Norge som er en seksjon ved avdelingen. Avdelingen har gjennomgående fått svært gode evalueringer både for kliniske emnekurs for fastleger og fra kliniske avdelinger, og har også besøkt mer enn 100 fastlegepraksiser hvor man har undervist i klinisk farmakologi og kliniske emner.

I forbindelse med forberedende arbeid med den nye legemiddelmeldingen foreslo vårt miljø å sette i gang en pilotstudie på bruk av metoden Academic Detailing i Trondheim, da den har vist så gode resultater andre steder den er i bruk. Det ble i januar 2015 bevilget kr. 400 000 via RELIS Midt-Norge for at AKF og RELIS skulle gjennomføre en slik pilot på metoden KUPP blant fastleger i Trondheim og Tromsø.

Tema for kampanjen var «Riktigere bruk av NSAIDs». NSAIDs er blant de mest brukte legemiddelgruppene i allmennpraksis, og nyere forskning har vist at det brukes en for stor andel av midler med unødvendig ugunstig bivirkningsprofil i denne gruppen. Vi mener derfor at det vil være en betydelig potensiell helsegevinst ved å endre forskrivningsmønsteret for denne legemiddelgruppen

## Forberedelser

Informasjonsmaterialet for kampanjen ble utarbeidet av en fokusgruppe bestående av deltagere fra AKF og RELIS, sammen med spesialister i geriatri og nyresykdommer fra St. Olavs Hospital. Fokusgruppen gjennomførte en litteraturgjennomgang, og laget en firesiders brosjyre med tema Riktigere bruk av NSAIDs. Denne brosjyren ble brukt på kurset og senere i piloten som ble gjennomført blant fastlegene både i Trondheim og Tromsø.

Da Academic Detailing ikke er blitt brukt systematisk i Norge tidligere, fantes det lite eller ingen kompetanse på metoden her til lands. Det var nødvendig å ha en grundig opplæring av de kliniske fasilitatorene som skulle gjennomføre besøkene hos fastlegene. Vi fikk hentet en rutinert kursholder fra

NPS i Australia som holdt et tredagers kurs i Trondheim etter samme mal som benyttes på tilsvarende kurs i NPS.

For at læringsutbyttet skulle være størst mulig hadde vi siste kursdag leid inn fem allmennpraktikere fra Trondheim, som kursdeltagerne fikk gjennomføre en oppdateringsvisitt med. Disse møtene ble filmet, og deltagerne fikk tilbakemelding både fra allmennlegene og øvrige kursdeltagere.

## Gjennomføring

KUPP-piloten ble gjennomført blant fastlegene i Trondheim og Tromsø i mars, april og mai 2015. Siste besøk ble gjennomført 11. mai. Besøkene ble gjennomført av farmasøyter og kliniske farmakologer fra RELIS og de kliniske farmakologiske avdelingene i Tromsø og Trondheim.

Samlet ble det i prosjektet gjennomført 213 besøk av 247 mulige, en deltagerandel på 86 prosent. I realiteten var deltagerandelen høyere, fordi det ved flere av fastlegelistene var registrert to leger, der hjemmelinnehaver var i permisjon mens vikar hadde ansvar for praksisen. Av de 213 legene som fikk besøk, leverte 169 fastleger evaluering via Questback. Dette gir en responsrate på 79 prosent.

## Hva syntes deltagende fastlegene om KUPP?

Produsentuavhengig legemiddelinformasjon har i lang tid vært etterlengtet blant fastlegene. De kliniske fasilitatorene som har gjennomført besøkene, har oppfattet legene som interesserte og positive i møtene. Dette bekreftes av de evalueringene vi har mottatt fra deltagende leger. Av de som har svart (N=169) uttrykker samtlige (100 prosent) at de mener metoden er svært godt eller godt egnet til produsentuavhengig legemiddelinformasjon. 91 prosent har svart at de i stor grad eller til en viss grad vil endre praksis etter besøket. 98 prosent angir at det er sannsynlig eller svært sannsynlig at de vil takke ja til et tilbud om flere besøk.

## Oppfølging

Reseptregisteret vil levere forskrivningsdata som skal brukes til å vurdere om for-

skrivningen er endret i forsøkskommune. Dette vil omtales i prosjektrapporten som leveres innen 30. september. Vi vil videre følge forskrivningsdata fra reseptregisteret i ett år før og ett år etter piloten, og da vil vi sammenligne forskrivninger av NSAIDs i pilotkommunene Trondheim og Tromsø med Bergen og Bodø samt mot landet totalt som kontroll.

## Helsemyndighetene positive til KUPP

Helse- og omsorgsdepartementet og Helse- og omsorgsdirektoratet er positive til bruk av KUPP, som kunnskapsbasert metode for faglig oppdatering av fastlegene, og har allerede bevilget nye midler til en ny KUPP kampanje i høst/vinter om «Riktigere bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten». Denne KUPP kampanjen vil også utvides geografisk slik at vi regner med å gi tilbud om oppdateringsvisitt til om lag 450 fastleger.

## Veien videre

Når både helsemyndighetene og Norsk forening for allmennmedisin ser dette som en god oppdateringsservice for legene, så vil den endelige evalueringen av de to gjennomførte kampanjer danne grunnlag for en eventuell beslutning om å gjøre dette til et nasjonalt tilbud.

Vi som har gjennomført den første kampanjen og holder på å planlegge den neste har stor tro på metoden, ikke bare på grunn av egne erfaringer, men også på grunn av de erfaringene man har gjort i Australia, USA og Canada. Mottagelsen hos deltagende fastleger har også vært positiv. Vårt mål er derfor å utvikle KUPP til å bli en fast nasjonal tjeneste som kan tilby alle landets fastleger produsentuavhengig legemiddelinformasjon på sitt eget kontor.

## REFERANSER

1. Avorn J, Soumerai SB. Improving drug-therapy decisions through educational outreach. A randomized controlled trial of academically based "detailing". N Engl J Med. 1983 Jun 16;308 (24): 1457-63. PubMed PMID: 6406886. Epub 1983/06/16. eng.
2. Soumerai SB, Avorn J. Principles of educational outreach ('academic detailing') to improve clinical decision making. JAMA. 1990 Jan 26; 263 (4): 549-56. PubMed PMID: 2104640. Epub 1990/01/26. eng.
3. National Prescribing Service årsrapport: <http://www.nps.org.au/about-us/what-we-do/our-research/publications/reports/annual-evaluation-report>

■ RODY@NTEBB.NO



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?

# Fastlegers beslutning om å henvise pasienter til spesialis

■ UNNI RINGBERG • Fastlege i Tromsø og førsteamanuensis ved ISM, UiT Norges arktiske universitet

**Fastlegenes henvisningsrate er en viktig determinant for forbruket av spesialisthelsetjenester. Beslutninga om å henvise tas ofte under usikkerhet, og må balansere mellom mange forskjellige hensyn. I min doktoravhandling har jeg studert fastlegers beslutning om å henvise til spesialisthelsetjenesten og til radiologiske undersøkelser.**

Min interesse for fastlegers henvisningspraksis utviklet seg gradvis gjennom mange år som fastlege. Interessen økte mens jeg ledet praksiskonsulentordningen ved Universitetssykehuset Nord-Norge. Ei deltidsstilling som universitetsstipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, ga meg mulighet til å forske på deltid samtidig som jeg jobbet noe i min fastlegepraksis.

## Bakgrunn

Norske innbyggere skal ha lik tilgang til helsetjenester uansett sosioøkonomisk status, etnisitet, kjønn eller bosted. Helse-tjenesten i Norge er fortsatt organisert etter LEON-prinsippet (Laveste Effektive OmsorgsNivå), og primærhelsetjenesten er grunnmuren. Forbruket av spesialisthelsetjenester har økt betydelig i Norge og internasjonalt, og fastlegenes henvisningsrater er en viktig determinant for dette forbruket. Beslutninga om å henvise er kompleks og tas ofte under usikkerhet. Beslutninga må balansere mellom forskjellige hensyn:

pasientens behov, antatt medisinsk nytte, fastlegens kompetanse, kostnader og pasientens ønsker. Legens toleranse for usikkerhet, kommunikativ kompetanse, personlighet, kunnskap og interesser og relasjon til pasienten spiller også inn.

## Mål og metode

Vårt mål var å studere fastlegers beslutning om å henvise. Vi skilte mellom henvisning av pasienter til spesialisthelsetjenesten (definert som private og offentlige konsultasjoner og innleggelser) og henvisning til radiologiske undersøkelser. Vi ønsket å kartlegge gjennomsnittlig henvisningsandel per lege (per konsultasjoner) til spesialisthelsetjeneste og radiologiske undersøkelser, begrunnelser for å henvise og fastlegenes vurdering av antatt medisinsk nytte av henvisningene.

Det fantes ikke brukbare data fra tilgjengelige kilder. Vi gjennomførte derfor en egen studie med tverrsnitt-design, der et tilfeldig utvalg av fastleger i Nord-Norge ble invitert til å delta. Hver deltakende lege besvarte fortløpende 100 elektroniske spørreskjema i questback-format. Hvert skjema kom fram på dataskjermen etter hver konsultasjon. For hver beslutning om å henvise, anga fastlegen hvor de henviste, grad av enighet med angitte begrunnelser for å henvise og legens vurdering av antatte medisinske nytte for pasienten av henvisninga.

## Resultater

Vi mottok data fra 4350 konsultasjoner, med en svarprosent på 42. Tilgjengelige rapporter sannsynliggjorde at forbruket av spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge var

ganske likt Norge som helhet. Vi hadde gode data for karakteristika av både legene som deltok og som ikke deltok i studien. Vi kunne derfor vurdere om de to gruppene var forskjellig på områder som hadde betydning for våre funn. Vi konkluderte med at studien var ganske representativ for fastlegepraksis i Norge. Forskjeller mellom vårt utvalg og de som ikke deltok ville kunne bidra til at vi heller underestimerte kontraster i materialet (fare for type II feil).

I gjennomsnitt resulterte 13,7 prosent av de 4350 konsultasjonene i henvisning til spesialisthelsetjenesten, både privat og offentlig, med spredning mellom legene fra fire til 28 prosent. Fra 4,2 prosent av konsultasjonene ble det besluttet å henvise til radiologiske undersøkelser, med spredning fra 0 til 12 prosent.

Spesialister i allmennmedisin henviste signifikant sjeldnere enn ikke-spesialister til konsultasjoner og innleggelser i spesialisthelsetjenesten, men signifikant hyppigere til radiologiske undersøkelser. Kvinnelige fastleger henviste signifikant hyppigere enn mannlige leger til spesialisthelsetjenesten, men de henviste like hyppig til radiologiske undersøkelser.

I resultatene under er henvisning til radiologiske undersøkelser ikke tatt med.

Sammenliknet med henvisninger fra mannlige fastleger begrunnet kvinnelige leger henvisningene oftere med å ville berolige pasientene og at de hadde mangelfulle medisinske kunnskaper, men signifikant sjeldnere fordi de antok av spesialisthelsetjenesten var lett tilgjengelig.

Med stigende henvisningsrater begrunnet fastlegene sine henvisninger i signifikant økende grad med å unngå å overse noe. Fastleger med henvisningsandel i øverste kvartil (over 16 prosent) begrunnet

# spesialisthelsetjenesten

hver tredje henvisning med å ikke ville overse noe. Fastleger med henvisningsandel i laveste kvartil (under 10 prosent) ga samme begrunnelse i 11,9 prosent av henvisningene.

Fastlegene antok at en firedel av henvisningene til spesialisthelsetjenesten ville resultere i liten eller ingen medisinsk nytte for pasientene, med en interkvartil spredning fra 11,1 prosent til 37,5 prosent.

Liten medisinsk nytte ble signifikant hyppigere forventet i henvisninger fra fastleger med høye henvisningsrater, i henvisninger til privat spesialisthelsetjeneste og når pasienten var den første som tok opp spørsmålet om henvisning.

## Tolkning

Sammenliknet med studier for 20 år sia viser våre funn at gjennomsnittlig henvisningsandel til spesialisthelsetjenesten (radiologi unntatt) har økt med ca. 50 prosent. Dette er viktig basiskunnskap og bidrar til delvis å forklare økt forbruk av spesialisthelsetjenester. Den betydelige spredninga i henvisningsandel mellom legene indikerer at norske innbyggere ikke har lik tilgang til spesialisthelsetjeneste. At fastleger som henviste hyppigst, i langt større grad begrunnet dette med ikke å ville overse noe og i mindre grad forventer medisinsk nytte av henvisningene, gir mistanke om overforbruk av spesialisthelsetjeneste. Legens kjønn har betydning for vurdering av relasjonelle forhold til pasienten og opplevd manglende medisinsk kunnskap som begrunnelse for henvisning.

## Konsekvenser for fastleger – henvisningspraksis i smågrupper?

Ifølge vår studie blir henvisninger til spesialisthelsetjenesten besluttet i ca. hver syvende konsultasjon. Det er såpass sjelden

at refleksjon rundt egen henvisningspraksis sannsynligvis ikke er høyt prioritert hos fastlegene.

Leger får i sin grunnutdannelse mest opplæring i ta beslutninger i en biomedisinsk sammenheng. Psykososiale forhold, for både pasient og lege, som har betydning for medisinske beslutninger, blir fokusert i mindre grad. Dette kan endres.

Også ferdigutdanna leger kan kartlegge, reflektere over og endre sine beslutninger, f.eks. om å henvise. I egen praksis kan leger kartlegge sine henvisningsbeslutninger, betydning av begrunnelse som har med pasientens ønske, relasjonelle forhold til pasienten og egen usikkerhet å gjøre og gi vurdering av antatt medisinsk nytte av henvisningen. Refleksjon i smågrupper på basis av kartlegginga kan gi økt kunnskap og være grunnlag for endringer. Det kan også bidra til bedre selverkjennelse, f.eks. både for under- eller overestimering av egen kunnskap eller for evnen til å si nei til henvisning.

## Erfaring og veien videre

Det har vært spennende å forske på et tema jeg lenge har interessert meg for. Utfordringa har vært å kombinere to deltidsstillinger der summen i perioder har vært klart mer enn 100 prosent. Dette hadde jeg ikke klart uten flott vikar i praksis og fleksible kolleger. Mitt råd til andre koller er: har du lyst å forske, så gjør det! Det er spennende og utfordrende. Forskning øker kompetansen på flere felt, og det blir blant annet mer givende å lese forskningsartikler.

Fastlegers beslutninger tas ofte på usikkert grunnlag. Fastlegers toleranse for usikkerhet er derfor viktig. Grad av toleranse for usikkerhet påvirker også helseatferden til folk flest. I videre forskning ønsker jeg å fokusere på hvordan folk flest vurderer sin helse og handler på bakgrunn av sin helsebekymring.



## ANNEN INFORMASJON

AVHANDLINGENS TITTEL: General Practitioners' Decisions to Refer Patients to Secondary Care - Referral Rates, Reasons for Referral and Expected Medical Benefit of the Referrals

DISPUTASDATO: 9. april 2015

VEILEDERE: professor Olav Helge Førde, førsteamanuensis Nils Fleten, professor Toralf Hasvold, alle ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM), UiT Norges arktiske universitet

FINANSERING: Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet



■ UNNI.RINGBERG@UIT.NO



# Ettordomallmennmedisin

**HVA VIL DET SI Å VÆRE EN ALLMENNLEGE?** Dette er ikke et nytt spørsmål, men det er fortsatt en utfordring å identifisere hva allmennmedisin virkelig er, både for allmennlegene selv og for helsetenesten. Bildet vi har av allmennmedisin er viktig for å styrke vår identitet og vårt selvbilde. Med det skaper vi også et bedre miljø hvor vi kan forbedre både behandling og samhandling med egne pasienter og lokalsamfunnet.

# INITIATIV SOM DET ETTER HVERT

verdensomspennende prosjektet Word-for-Family-Medicine – fritt oversatt til Ettordomallmennmedisin – er viktige både i et norsk og et globalt perspektiv. Den kreative hjernen bak prosjektet heter Kyle Hoedebecke. Han er leder for organisasjonen Polaris Movement, et nettverk som samler nye og fremtidige allmennleger i Nord-Amerika. I Europa har vi den tilsvarende Vasco da Gama Movement, og de ulike nettverkene står sammen under betegnelsen Young Doctors' Movements. Til sammen finnes det syv slike nettverk for unge allmennleger i verden, og alle er en del av WONCA – organisasjonen som samler verdens allmennleger.

## IDEEN HAR RASKT BLITT

et verdens-  
omspen-  
nende  
fenomen  
som ferder  
rundt  
jordkloden  
– fra Peru til  
Tunisia, Japan  
til Cuba, og nå  
gjennom Europa  
hit til Norge. Den globale utstrekningen prosjektet har nådd  
viser samarbeidsånden i det internasjonale medisinske miljøet.  
Det bryter ned barrierer som religion, hudfarge og språk, og skaper fellesskap mellom allmennleger på tross av store avstander.  
Til dags dato har over 80 bilder blitt laget, i mer enn 55 land fordelt på alle de syv YDM-nettverkene. Det enkle og vakre i disse bildene har engasjert både medisinerere og folk flest, og bildene er publiserte i en rekke magasiner og tidsskrifter. I oktober arrangeres den årlige konferansen Wonca Europe i Istanbul, og disse bildene vil nok pryde mange av årets presentasjoner.

**BIDRAGSYTERE TIL PROSJEKTET** har blitt spurt om å beskrive allmennmedisin med ett enkelt ord. Listen av ord har så blitt formet til en ordsky med motiver som reflekterer nasjonalitet og historie. På det norske bildet har vi derfor valgt et vikingskip.

Målet med prosjektet er å uttrykke vårt engasjement til både faget og menneskene vi omgås i vårt yrke.

ET GODT SLITT  
UTTRYKK er at et

**TRYKK** er at et bilde er verd tusen ord. I dette prosjektet har flere tusen ord blitt til bilder. Vi fremholder at bildene – dannet av ord – danner en større helhet.



Motivene kaster lys over kjerneverdiene i allmennmedisin, og hvor viktig faget vårt er for både helsetjenester og pasienter i hele verden.

Vil du se flere bilder? På <http://bit.ly/1WordforFamilyMedicine> finner du alle.

Skrevet av Kyle Hoedebecke, Fayetteville, USA

Fritt oversatt og omarbeidet av Elisabeth M. Stura, Askøy

En spesiell takk rettes alle som har bidratt med sitt ord om allmennmedisin



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

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle – lagleder

# Vemodige august

Det er august. Det er noe vemodig over at sommeren straks er over og kveldene blir mørkere. Forhåpentlig har *Utpostens* lesere, som meg hentet krefter i sommerferien. Jeg elsker sommermorgener; de lyse, ubrukte dagene; doggvåte sommermorgener med fuglekvisper og fossedur; sitte på trappa og nyte en kaffekopp.

Nyt Inger Hagerup, og kjenn etter om ikke du også kan «kjenne» luktene, «høre lydene» - gjenkjenne det eventyrlige planløse, frie, vidunderlige i en sommerdag som blir til. Ta det med inn i høsten!

Jeg utfordrer Anne Helen Hansen i Tromsø.

*Hilsen fra*

ANNE MATHILDE HANSTAD

## Å disse fiolette morgentimer

Å, disse fiolette morgentimer  
Når tiden ennå er en våken drøm  
Og gleden går i store, blanke stimer  
Igjennoen sinnets klare understrøm.

Når jord og himmel er en gjennomsiktig  
Bekreftelse på det at du er til  
Og alt er godt og ingenting er viktig  
Unntagen noe skinnende du vil.

Med dette ufødte som hviler i deg  
Og rolig lengter etter å bli brukt,  
Som fugleungens vinger bærer i seg,  
Sin sommerhimmel og sin himmelflukt.

INGER HAGERUP





# SSRI i graviditeten – økt risiko

Aftenposten hadde i slutten av august et oppslag om en ny norsk studie med overskriften «Antidepressiver kan gi barn med adferdsproblemer». Etter vårt syn er det ikke grunn til å endre behandlingsanbefalingene på bakgrunn av denne eller andre publiserte studier på mentale langtids-effekter av SSRI.

Forskningen som ble presentert i *Aftenposten* 27. august (1,2) kom fra Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo. I teksten ble studieresultatene oppsummert av forskerne på en balansert måte, men overskriften «Antidepressiver kan gi barn med adferdsproblemer» kunne virke skremmende. Hvordan skal leger og pasienter forholde seg til denne og lignende studier? Og hvordan skal leger forholde seg til medias tabloide fremstillinger av slike forskningsresultater?

## Depresjon har i seg selv konsekvenser for barnet

Det er fremdeles uvisst hva som er mest uheldig for barnet på sikt – at moren har betydelige depresjonssymptomer under svangerskapet eller at hun bruker antidepressiva. Det er velkjent at depresjon hos gravide er forbundet med uønskede effekter både for mor og barn. Ukontrollert eller ubehandlet depresjon har blitt satt i sammenheng med økt risiko for spontanabort, lav fødselsvekt og prematur fødsel. Depresjon øker også risikoen for dårlig ernæring, bruk av alkohol eller andre rusmidler og selvdestruktiv adferd. Dette kan igjen ha konsekvenser for barnets helse.

I tillegg er depresjon sent i svangerskapet den sterkeste risikofaktoren for alvorlig postpartum depresjon. Ubehandlet alvorlig depresjon kan dessuten virke negativt inn på tilknytningen mellom mor og barn samt medføre suboptimal omsorg for barnet. Som kjent er oppvekstmiljøet svært viktig for barnets utvikling (3–5).

## Motstridende funn i studier

Det er fremdeles for tidlig å trekke noen sikre konklusjoner om nevrou utvikling hos barn etter eksponering for antidepressiva i fosterstadiet. Dette skyldes blant annet at studiene har vist motstridende resultater. Mens enkelte studier har tydet på uønskede effekter slik som lett reduksjon

i psykomotorisk utvikling og påvirket språkutvikling, har andre studier ikke kunnet påvise forskjeller (6).

Forskerne som står bak den omtalte studien i *Aftenposten*, publiserte i fjor en oversiktsartikkel om langtids effekter hos barn. Oversiktsartikkelen inkluderte aktuelle studier i tidsrommet 1993 til begynnelsen av 2013 (7). Forfatterne konkluderte med at det per tid ikke er avklart om prenatal eksponering for SSRI påvirker kognitiv utvikling hos barn og i hvilken grad dette eventuelt skjer.

Mange av studiene har en viktig begrensning: det er uvisst om effektene som er observert hos barna skyldes legemidlene eller mors depresjon eller har andre årsaker. Dette gjelder også den nye norske studien. Også her er forskerne svært forsiktige med å konkludere om det er ubehandlet depresjon eller antidepressiva i svangerskapet som har størst betydning for barnas utvikling. Dessverre er dette viktige poenget ikke tatt med i den trykte utgaven av *Aftenposten*, med unntak av i bildeteksten.

## Ikke alltid klinisk relevant

At noe er statistisk relevant, betyr ikke nødvendigvis at det er klinisk relevant. Dette gjelder også i spørsmål om bruk av antidepressiva hos gravide og mulig påvirkning av barnet. I oversiktsartikkelen påpeker Hermansen og Melinder at det er veldig små observerte forskjeller i nevrou utvikling mellom barn som er eksponert for SSRI i fosterlivet og de som ikke er eksponert (7). De inkluderte studiene tyder også på at både barn som er eksponert for SSRI og ubehandlet depresjon har en score som ligger innenfor normalområdet. Spørsmålet blir da hvilken reell klinisk betydning den observerte forskjellen har.

En oversiktsartikkel fra 2014 er betryggende i så måte. Forfatterne fremhever at de fleste studier heldigvis tyder på at verken ubehandlet depresjon eller antidepressiva har uttalte effekter eller langvarige følger for barns mentale utvikling (6).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX

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.

# for adferdsvansker?

## Studiene endrer ikke behandlingsanbefalingene

Så hva gjør vi når gravide trenger behandling for depresjon? Vår mening er at det ikke er grunnlag for å endre behandlingsanbefalingene som følge av studiene som nå foreligger på nevroutvikling hos barn. De europeiske teratologi-informasjons-tjenestene som jobber med å gi råd om medisiner til gravide og ammende er av samme oppfatning (8).

Dette vil si at anbefalingene som Gynekologisk forening gir i «Veileder i fødselshjelp 2014» fremdeles er gyldige (3). Veilederen sier at gravide med alvorlig depresjon (i henhold til diagnostiske kriterier) kan bruke antidepressive legemidler når en grundig vurdering tilsier at dette er nødvendig. Ikke-medikamentell behandling er førstelinjebehandling ved milde til moderate symptomer. Legemiddelbehandlingen bør alltid kombineres med ikke-farmakologisk behandling uavhengig av alvorlig graden av depresjon.

Etter vår vurdering er det også helt vesentlig at gravide som skal bruke antidepressiva, behandles optimalt. Dosen må være høy nok til å gi god effekt. Hvis ikke utsetter vi den gravide og barnet i magen for dobbel risiko, nemlig både risikoen ved underbehandlet depresjon og risikoen forbundet med selve legemidlet. Behandlingen bør også revurderes og eventuelt seponeres ved manglende effekt. I Norge bruker færre gravide SSRI sammenlignet med mange andre land i Europa (9, 10). Det kan derfor stilles spørsmål ved om deprimerede gravide underbehandles i Norge.

## Trenger mer forskning

Langtidseffekter av prenatal SSRI-eksponering er et svært viktig forskningsfelt hvor det er et stort behov for mer kunnskap. Dette er et krevende forskningsfelt, med flere metodologiske utfordringer. Blant annet på grunn av behovet for å følge opp barna over lang tid og korrigere for mors sykdom. Ved å

kombinere data fra de norske helseregistrene og fra «Den norske mor og barn-undersøkelsen» (MoBa) kan norske forskere bidra til flere svar i fremtiden. Den tverrfaglige forskningsgruppen PharmaTox ved Universitetet i Oslo arbeider spesielt med denne viktige problemstillingen.

## Farlige overskrifter

Vi vet fra flere studier at gravide overdriver risikoen ved medisinbruk (11–13). I denne settingen kan uheldige medieoppslag, slik som overskriften i *Aftenposten*, få alvorlige konsekvenser. Mange gravide seponerer antidepressiva som følge av misledende informasjon. Dermed risikerer de å få seponeringssymptomer og tilbakefall av depresjon, noe som igjen kan være uheldig for fosteret. I en studie ble det funnet at deprimerede gravide som seponerte antidepressiva hadde mer enn tre ganger så høy risiko for tilbakefall i depresjon sammenlignet med gravide kvinner som fortsetter med legemidler (14). Som ytterste konsekvens kan misoppfatning av risiko føre til at kvinnen velger å ta abort, selv om barnet i utgangspunktet er ønsket.

## Viktig med tilpasset informasjon

Med dette som grunnlag mener vi at det er viktig å gi gravide tilpasset informasjon i en trygg ramme, basert på dialog. Hva kvinnen selv tenker om risikoen knyttet til legemidlet bør stå sentralt. Kanskje har hun nettopp lest at «antidepressiver kan gi barn med adferdsproblemer». Ved slike spørsmål skal det ikke underslås at det finnes studier som viser mulige uønskede langtidseffekter. Det er imidlertid ikke tilstrekkelig kun å informere om risikoen ved legemiddelbruk. Den gravide bør også få vite at sykdommen i seg selv kan utgjøre en risiko for barnet hvis den ikke blir behandlet på en god måte. Ved å gi kvinnen helhetlig informasjon, tror vi at kvinnen blir bedre rustet i møte med tabloide overskrifter.

En tidligere utgave av denne teksten har vært publisert på nettsiden til RELIS ([www.relis.no](http://www.relis.no)).

## REFERANSER:

1. Skogstrøm L. Antidepressiver kan gi barn med adferdsproblemer. *Aftenposten* torsdag 27. august 2015.
2. Skogstrøm L. Når gravide tar medisiner mot depresjon, kan barnet få adferdsproblemer. [www.aftenposten.no/nyheter](http://www.aftenposten.no/nyheter) (26. august 2015).
3. Nordeng H, Jettstad M. Depresjoner i svangerskapet og ammeperioden i *Veileder i fødselshjelp 2014*. Gynekologisk forening, [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)
4. Gadot Y, Koren G. The use of antidepressants in pregnancy: focus on maternal risks. *J Obstet Gynaecol Can.* 2015; 37: 56–63.
5. Koren G, Nordeng H. Antidepressant use during pregnancy: the benefit-risk ratio. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 207: 157–63.
6. Suri R, Lin AS et al. Acute and long-term behavioral outcome of infants and children exposed in utero to either maternal depression or antidepressants: a review of the literature. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75: e1142–52.
7. Hermansen TK, Melinder A. Prenatal SSRI exposure: Effects on later child development. *Child Neuropsychol.* 2015; 21: 543–69.
8. Neurodevelopmental problems in risk perception and communication. The 25th ENTIS meeting, Prague, Czech Republic, September 18–20, 2015.
9. Nordeng H, Ystrom E, Eberhard-Gran M. Medication safety in pregnancy – Results from the MoBa study. *Norsk Epidemiologi* 2014; 24: 161–168.
10. Charlton RA, Jordan S et al. Selective serotonin reuptake inhibitor prescribing before, during and after pregnancy: a population-based study in six European regions. *BJOG.* 2015; 122: 1010–20.
11. Nordeng H, Ystrom E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010; 66: 207–14.
12. Koren G, Bologa M et al. Perception of teratogenic risk by pregnant women exposed to drugs and chemicals during the first trimester. *Am J Obstet Gynecol.* 1989; 160: 1190–4.
13. Bonari L, Koren G et al. Use of antidepressants by pregnant women: evaluation of perception of risk, efficacy of evidence based counseling and determinants of decision making. *Arch Womens Ment Health.* 2005; 8: 214–20.
14. Cohen LS, Altshuler LL et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA.* 2006; 295: 499–507.

GRO C. HAVNEN • Cand.pharm., RELIS Sør-Øst

HELLE TJØNN LINDLAND • Cand.pharm., RELIS Sør-Øst

ANNE KATRINE EEK • Cand.pharm., RELIS Sør-Øst

KAREN BOLDINGH DEBERNARD • Cand.pharm., RELIS Sør-Øst