

Utposten

7 2015
ÅRGANG 44

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Nidaroskongressen

Kulturkompetanse
– lidelse og distansering

De stille fødslene

Ofelaš = veiviser

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:**Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com

Mona S. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com

Badboni El-Safadi

Folke Bernadottes vei 52

5147 Fyllingsdalen

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com

Sigurd Høye

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no

Kristine Asmervik

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

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

Mina Piiksi Dahl

Myklegardgata 3B

0656 Oslo

MOBIL: 957 97 708

E-POST: minadahli@gmail.com

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE: Knut Opeide/Scanstockphoto.com

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Sykehusleger med ansvar for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin?***Badboni El-Safadi***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Ofelaš = veiviser***Ole Mathis Hetta intervjuet av Tom Sundar og Mona Søndena***7 'Siden jeg først er her...'***Arnulf Heimdal og Edvin Schei***12 Effekt av time-samme-dag i primærhelsetjenesten***Gyri Synnøve Hval Straumann***18 Kulturkompetanse – en historie om en sjelden lidelse og profesjonell distansering***Arild Aambø, Harald Siem og Safio Bilqeyr Jimale***24 ALLMENNTIDMEDISINSK DOKTORAVHANDLING: Lang veg, lite legevakt***Guttorm Raknes***28 Nidaroskongressen 2015***Kristine Asmervik og Tove Rutle***32 Prisivinnere Nidaroskongressen***Tove Rutle***34 De stille fødslene...***Kari Løvendahl Mogstad***35 Dei eldre og portvakta. Helse- og omsorgstenester til aldersgruppa 80 år og eldre***Torleiv Robberstad***40 Hvordan endrer samhandlingsreformen kommunens pleie- og omsorgstilbud? =***Birgit Abelsen og Margrete Gaski***45 FASTE SPALTER****LYRIKKSTAFETTEN 45****RELIS 46**

Sykehusleger med ansvar for spesialistutdanningen i allmennmedisin?

Helsedirektoratet har forfattet rapport IS-2356 som omhandler legenes spesialistutdanning. Der fremkommer det i kapitlet om allmennmedisin at det foreslås å legge spesialistutdanningen av allmennmedisin til RHF-ene (regionale helseforetak). Bakteppet for denne rapporten var at Helsedirektoratet på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i fjor laget et forslag til struktureringen av utdanningsløpene for leger i spesialisering (LIS). Der fremkom det at universitetene, Legeforeningen og RHF-ene skulle stå som sentrale aktører sammen med Helsedirektoratet. HOD har våren 2015 bedt om en ny utredning der RHF-ene skulle ha en mer sentral rolle, og senere ble det ytterligere spesifisert at man også skulle innlemme allmennleger i spesialisering (ALIS). Dette til tross for protester fra NFA og Legeforeningen. Når så nevnte rapport kom ut i høst har den satt nokså sterke følelser i sving blant de fleste allmennleger. Leder for NFA, Petter Brelin, var ikke nådig i sin kritikk da han sa at det ville være å gå 50 år tilbake i tid og sammenliknet en slik organisering med at spesialiseringen i nevrokirurgi skulle settes til kommunene (1).

Hans Høvik, leder for spesialistrådet, skriver i en e-post til *Utposten* at allmennlegenes spesialistutdanning ikke kan ledes eller administreres av sykehusleger. Høvik har registrert at etterspørselen etter

struktur og tilrettelegging av spesialistutdanningen i allmennmedisin er til stede, og at det i dagens ordning er ALIS selv som må administrere egen spesialistutdanning. Høvik mener at forutsetningen bør være at ressursene i form av budsjett og personell må rustes opp, men at selve plasseringen av administrasjonskontor har mindre betydning.

Dagens LIS-ordning er nokså uforutsigbar og til tross for at det den siste tiden har vært intensjoner om at LIS skal ha en arbeidskontrakt for hele sitt utdanningsløp har fortsatt de fleste LIS arbeidskontrakter kun 3-6 måneder frem i tid. Brelin forteller at RHF-ene, slik det er skissert, skal ha ansvar for alle kurs, veiledning, sykehusår samt organisering av praksis for allmennleger, samfunnsleger og arbeidsmedisinere. Dette er tre spesialiteter der RHF-ene tidligere ikke har vært involvert og kunnskap om organiseringen av disse spesialitetene foreligger ikke i dag. RHF har sagt seg villig til å ta dette ansvaret, men entusiasmen var ikke stor. Det er og kjent at RHF-ene allerede har sine utfordringer med å gi et godt utdanningsløp til de LIS som er en del av utdanningsansvaret deres fra tidligere og at det med en slik omfattende omstrukturering vil føre til at de tre nye spesialitetene må konkurrere mot de etablerte LIS om midler og støtte. En ting er i alle aktørene enige om,

det vil bli en kostbar omstrukturering. Universitetene har estimert at denne omstruktureringen vil kreve en markant investering, det samme har RHF-ene og Helsedirektoratet. Her spriker tallene fra de litt nøkterne estimatene til Helsedirektoratet, som mener det kreves i underkant av 70 millioner NOK, universitetene derimot anslår at investeringene vil påløpe seg til rundt 120 millioner NOK. Om dette vil føre til et bedre utdanningsløp for LIS/ALIS er det mange som stiller seg tvilende til. Siste ord i denne saken er ikke sagt og vi venter i spenning på hvor mye vekt HOD tillegger det nokså unisone allmennlegekorpset.

I dette nummeret kan vi blant annet lese om resultatet av time-samme-dag i primærhelsetjenesten og vi får et innblikk i årets Nidaroskongress og Arild Aambø med flere har laget en tekst som ser på utfordringene med kulturkompetanse i faget. Dette er et aktuelt tema fra før og vil ikke bli mindre viktig i vårt fremtidige arbeid der vi i større grad enn tidligere vil kunne møte flyktninger med sammenlagte helseproblemer.

God lesing.

BADBONI EL-SAFADI

REFERANSE

1. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/09/25/allmennlegene-raser-mot-utdannings-forslag/>



Ofelaš = veiviser

Ole Mathis Hetta ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ

Ingen skal beskyldre Ole Mathis Hetta for å nyte sitt otium. Selv om den profilerte samiske samfunnsmedisineren har gått over i pensjonistenes rekke, gløder han for faget som aldri før. Gjennom kursundervisning og veiledningsgrupper deler han sine kunnskaper og erfaringer med en ny generasjon av spesialistkandidater.

I høst ble Ole Mathis Hetta tildelt samfunnsmedisinernes 'Fyrbøterpris' for sitt engasjement med samfunnsmedisinske spørsmål gjennom et langt legeliv, fra han i 1970-årene var ung distriktslege i Karasjok til han i de senere årene har vært kommuneoverlege i Stavanger og kvalitetsrådgiver og fylkeslege i Rogaland. Han har bemerket seg som en talsmann for samiske pasienters behov og rettigheter innen helse – en innsats som ble hedret med Karl Evang-prisen i 2013. Ved den anledningen ble Hetta omtalt som en pådriver for at sa-

mer og andre urfolk både nasjonalt og internasjonalt skal få likeverdige helsetjenester.

Mindre kjent er hans pedagogiske prestasjoner som veileder for spesialistkandidater i samfunnsmedisin, det som er vårt utgangspunkt for å intervju fagets fyrbøter. *Utposten* har avtale med ham på en lys høstdag i hovedstaden. Møtestedet i Opera bygget byr på luftige lokaler med innbydende utsikt over nye Bjørvika – en symbolsk ramme for å reflektere rundt fag, fortid og fremtid.





Ole Mathis Hetta har de siste årene samarbeidet med Norsam-leder Henning Mørland om å organisere kursaktiviteter i samfunnsmedisin. FOTO: TOM SUNDAR

Fremst blant likemenn

Det mange ikke er klar over, er at Ole Mathis Hetta drifter to veiledningsgrupper i samfunnsmedisin, én gruppe i Haugesund og den andre i Stavanger. Gruppen i Stavanger ble etablert i 2007 og har rullet og gått ut over den normerte tiden på tre år. Imponerende, vil de fleste tenke, men den entusiasmen deles ikke av alle. Spesielt ikke av Legeforeningen, hvis vi skal tro på intervjuobjektet:

– Nei, Legeforeningen er ikke fullt så begeistret. De er ansvarlig for å koordinere veiledningsgruppene, men vil helst ikke ha grupper som er «never ending», sier han med et smil. Han forklarer saken nærmere: – Foreningen begrunner sitt syn ut fra hensyn til gruppenes fremdrift og dynamikk. Men jeg ser annerledes på dette. I samfunnsmedisin er gruppekontinuitet en god ting. I løpet av årene Stavangergruppen har eksistert, har noen deltakere gått ut og nye har kommet inn. De med

lang fartstid i faget utfyller dem som har lite erfaring. Så lenge gruppeveilederen er stabil, kan jeg ikke se noe negativt ved å la en veiledningsgruppe rullere over mange år.

Hetta begynte med veiledning i samfunnsmedisin i 1988, samme år da veiledningsordningen kom i gang. Han var i det første veilederkullet som fikk opplæring i Legeforeningens regi.

UTPOSTEN: Hvorfor ble du veileder?

– Det var stor etterspørsel etter veiledere, og jeg ville gjøre mitt for å bidra til denne delen av spesialistutdanningen. Vi var ca 20 personer i det første veilederkorpset hvorav syv til åtte var samfunnsmedisinere. Jeg ledet min første gruppe i 1988–91, så hadde jeg opphold frem til 2007 da jeg igjen fikk en ny gruppe i Rogaland.

UTPOSTEN: Hvilke egenskaper er viktig i veilederrollen?

– En veileder er ikke en som skal kunne

alt mulig og svare på alle typer spørsmål, men en som kan hjelpe andre med å finne kunnskap og utvikle seg selv. Veilederen skal være «den fremste blant likemenn». Sammen skal vi i gruppa diskutere ulike problemstillinger og prøve å finne svar. Jeg skal være en veiviser, ikke en lærer, understreker 69-åringen.

Kolleger som han veileder omtaler ham som en god mentor med enkle og forståelige poeng. Han sprer godt humør med sine mange 'gullkorn'. I form er han mild og behagelig, en som styrer diskusjonen uten at det merkes. I budskap er han tydelig og klar, noen ganger skarp, men fremfor alt er han trygg i sin rolle og kunnskapsrik. Det sies også at han driver veiledning mens hans går; han tar gjerne med gruppene ut på spasertur:

– Nåvel, det er ikke helt sant det der, korrigerer han med et smil: – Det er først og fremst på samfunnsmedisinkursene at jeg ber folk om å komme seg ut på tur. Som



kursleder prøver jeg å unngå at det blir for mye kateterundervisning. De som sitter i salen er jo ofte erfarne leger, og de må få sjansen til å delta og 'komme med sitt'. På de årlige kursene på Sola, har jeg oppmuntret deltakerne til å konversere i grupper mens de går langs stranda en halvtimes tid. Min erfaring er at det er en fin måte å aktivisere folk på, og få dem til å reflektere. Da blir de også mer frimodig i plenum etterpå.

Fagutvikling opptar ham, og spesielt fremhever han miljørettet helsevern og kvalitetsarbeid som viktige interessefelt: – Innen kommunehelsetjenesten skal samfunnsmedisineren ha et øye med kvalitetsarbeidet, uten nødvendigvis å være pådriveren. Jeg har selv vært kvalitetsrådgiver i fem år hos Fylkesmannen i Rogaland. Da jobbet jeg mot kommunene så vel som mot spesialisthelsetjenesten. Utfordringen var å finne frem til modeller som var håndterbare i praksis, sier han.

Utferdstrang

Foruten veiledning og undervisning, er Ole Mathis engasjert i samisk kultur og kulturforståelse – og ikke minst kommunikasjon med samene. Han er selv same og kommer fra Kautokeino, hvor han bodde til han var 14 år. Da gikk ferden til Sør-Norge og real-skole i Hurdal og noen år senere til landsgymnas i Nordfjord. Allerede fra barnsben av, var det klart for ham at han skulle ta høyere utdanning. Det var uvanlig for samer på den tiden, men et ønske som familien støt-

tet fullt og helt. Da han flyttet fra Finnmark, var han gammel nok til at samekulturen var blitt innprentet i hans identitet.

– Jeg vokste opp på et småbruk på et avsides sted. Jeg fikk opplæring i tradisjonelt jordbruk og i reindrift, og som for andre samer var friluftsliv en naturlig og selvfølgelig del av min kultur. Vi var vant til å klare oss med lite. Det var jo langt til butikker og handelssentra, og vi sparte på alt mulig til senere gjenbruk. For eksempel kastet vi ikke brukte spikre; dem tok vi vare på og rettet dem ut når vi trengte dem igjen, minnes Ole Mathis Hetta.

Da han bestemte seg for å bli lege, valgte han Universitetet i Bergen som studiested. I dag ser han tilbake på studieårene med blandede følelser. På tampen av studiet var han lei av teoritunge fag som sosialmedisin, dosert av akademikere som hadde begrenset erfaring fra det praktiske liv- og som ikke løftet blikket ut over universitetsmiljøet. Dette ble medvirkende til hans eget valg om å ta sikte på en legekarriere utenfor sykehus, et valg som ble klarere for ham under turnustiden i Stavanger:

– I løpet av sykehusåret vokste følelsen av at jeg verken var kirurg eller indremedisiner av lynne; jeg tenkte at mitt arbeidssted skulle være i primærhelsetjenesten, for eksempel som distriktslege. Jeg ville rett og slett ut i livet. Som turnuslege fikk jeg undervise på sykepleierhøyskolen, og det var en rolle jeg trivdes med. Og tilbakemeldingene var gode. Jeg skjønte at undervisning og rådgivning var noe som 'lå for meg', sier han.

Vendepunktet kom da den unge doktor Hetta kom i distriktsturnus til Bryne og Time kommune. Med distriktslege Lars Haukås som veileder, fikk han øynene opp for samfunnsmedisin: – Haukås åpnet døren til sin pasientpraksis, samtidig som han forutsatte at jeg skulle være med på alle helserådsmøter, inspeksjoner og byggerådsmøter. Jeg var sammen med ham på flere møter hver uke, og jeg må si at det var noen fantastiske opplevelser. Jeg skjønte at det å være doktor var noe annet enn bare å sitte på et kontor og ta imot pasienter, forteller han.

Lars Haukås ble et forbilde for den unge legen. Det samme ble Kolbjørn Øygard (1927–2014) som var fylkeslege i Finnmark da Ole Mathis Hetta og hans ektefelle, Stavangerkvinnen Anne Marie, flyttet til Karasjøk i 1974. Hetta tok stillingen som distriktslege og fikk samarbeide nokså mye med Øygard, som tidligere hadde vært distriktslege på Ole Mathis sin hjemplass, Kautokeino, og som han kjente fra sine egne barne- og ungdomsår.

Siden turnustiden har han ikke jobbet noe mer i sykehus. Da han i 70- og 80-årene tok spesialisering i samfunnsmedisin var det imidlertid krav om ett års sykehustjeneste. Denne sideutdanningen fikk han ikke i ordinær forstand, men i 1980-årene hadde han vært med på å bygge opp to sykehus i Sør-Sudan og dette arbeidet fikk han godkjent som tellende tjeneste: – Jeg fikk spesialiteten etter en såkalt helhetsvurdering, sier han med utilslørt stolthet. Han trekker



på smilebåndet: – Og det skulle vel bare mangle? Er det noe samfunnsmedisinere kan ha stor nytte av, er det jo å bygge opp sykehus istedenfor å jobbe der!

Det nytter

Samtalen penser over på årene i Afrika. I 1978–84 reiste han til Sør-Sudan for Kirkens Nødhjelp. Fra 40 kuldegrader i Karasjok var det en stor overgang å komme til tropene og bortimot 40 varmegrader, men enda større var kontrastene som møtte ham i landet som var ødelagt av mange års borgerkrig. Han var med på et bygdeutviklingsprogram som omfattet vannhygiene, jordbruk, etablering av skole og helsesenter, tiltak for å distribuere jordbruksprodukter, veibygging samt et «Communication for development»-prosjekt – som gikk ut på å veilede lokale helsearbeidere på deres egne kulturelle premisser.

Familien dro videre til Tanzania i 1984–86 med Kirkens Nødhjelp/Norad som oppdragsgiver. Hetta betegner kontrastene mellom Sør-Sudan og Tanzania som større enn forskjellene mellom Tanzania og Norge: – I Tanzania fungerte ting langt bedre, helsearbeidere fikk i det minste lønn og de hadde tilgang til utstyr og medikamenter, det var også fremkommelige veier, meddeler han.

Flere ganger senere, så sent som i 2012, har han vært tilbake i Afrika og sett at innsatsen han tidligere la ned har gitt langtidsresultater: – Det er inspirerende å oppleve

hvordan lokale helsearbeidere – som vi tidligere har veiledet – returnerer i fredstid og bidrar til å gjenoppbygge infrastruktur. Dette viser bare en ting – at det nytter!

Hetta har også hatt prosjektoppdrag av kortere varighet i andre land. Han har vært i Mali, Kina, Liberia, India, Botswana, Sør-Afrika med ulike oppdragsgivere. For noen år siden var han i New Zealand og Australia mens han jobbet med samisk helse i Helsedirektoratet, for å møte urbefolkningsgrupper der.

Flere kulturer

Urbefolknings og minoriteters helsekår har bestandig engasjert Ole Mathis Hetta. Ikke få ganger har han hatt telefoner fra fortvilte samer som ikke har følt seg forstått i sine møter med helsetjenesten. Og han på sin side har nærmest hatt en uoffisiell rolle som «helseombud» for samefolk.

– Språk og kultur henger nøye sammen. Selv om stadig flere samer tar akademisk utdanning og snakker godt norsk, foretrekker de naturligvis å snakke sitt eget språk med legen sin. Å gradere smerte og beskrive følelser, gjør man best på eget språk. Mange har fortsatt en fattigslig norsk, de har ikke språkets nyanser og klarer ikke å formidle sine behov og forventninger. Det er også en utbredt holdning blant samer om at man skal klare seg selv. Det fører til at mange venter for lenge med å kontakte lege, ofte venter de til etter sykdommen har rammet, påpeker han.

Helsetjenesten er blitt flinkere til å sørge for tolketjenester, mener Hetta. Han fremhever Samisk kompetansesenter for psykisk helse, som har gått nye veier for å få samer til å snakke om sine helseproblemer: – Senteret gjør bruk av utmarksterapi, det vil i praksis si at de tar samefamilier med på telttur i noen døgn. Da lager de lavvo og sitter rundt bålet og får en unik kontakt. Det skaper en gjenkjennbar samtalsituasjon som er noe helt annet enn inne på et legekontor – og ikke minst er dette en situasjon som mennene behersker. Da er de i sitt ess og kommer i tale. Utmarksterapi brukes også i rusbehandling i en del kommuner, sier han.

UTPOSTEN: Hvordan har din samiske kultur bakgrunn og det du visste om kulturforskjeller, vært viktig for deg i de årene du jobbet i Afrika?

– Det har definitivt hatt mye å si. I Sør-Sudan opplevde jeg hvordan enkelte norske hjelpearbeidere fullstendig manglet 'kulturanter'. De anerkjente rett og slett ikke at de var i en annen kulturell kontekst. Jeg syntes engelskmenn, tyskere og amerikanere hadde langt bedre kulturanter enn det nordmennene hadde. Dette tror jeg kommer av at nordmenn tradisjonelt har vokst opp i en monokulturell kontekst – det vil si at man ikke utfordres på sine verdier eller på det som andre tenker og ser. De siste 20–30 årene har ting endret seg; dagens nordmenn blir utfordret i en helt annen grad enn tidligere. I andre

europiske land har folk hatt mye mer samkvem med andre nasjonaliteter og dermed utviklet bedre kulturelle antenner. At jeg selv hadde en tokulturell bakgrunn, var en styrke for meg. Men for all del, jeg hadde også mine frustrasjoner den første tiden i Afrika, sier Hetta.

Et kurs i interkulturell kommunikasjon skulle bli skjellsettende for hans faglige og samfunnsmedisinske perspektiver. Kurset ble holdt i Sør-Sudan, i regi av Communication for development-prosjektet og ledet av en amerikansk antropolog. Målet var å involvere lokalbefolkningen uten å bruke audiovisuelle virkemidler som 'slides' eller film. Man skulle kun benytte lokale medier som folk behersket, så som storytelling, sanger og sketsjer. Hetta tok med seg disse kunnskapene og erfaringene videre til Tanzania.

– Det jeg lærte om interkulturell kommunikasjon hjalp meg personlig til å sette navn på ting fra min egen barndom. Nå fikk jeg en sosialantropologisk forklaringsmodell som jeg ikke hadde hatt før. Jeg pleier å si, at en av de tingene jeg har med meg fra min barndom er *Ean gulahallan* – det er samisk og betyr 'vi forsto ikke hverandre'.

UTPOSTEN: Ser du på deg selv som nordmann eller same?

– Jeg er same, men norsk borger. Jeg er ikke nordmann. Jeg skjønner ikke pakistane og andre innvandrere som kaller seg for nordmenn – men det får være deres valg. La meg understreke at jeg er stolt av å være norsk borger. Vi samer kunne neppe hatt det bedre i noe annet land, men ennå er det langt igjen før vi har likeverdighet.

UTPOSTEN: Din kone er norsk?

– Ja, hun er norsk, men mine barn er samer. De står i samemanntallet og stemmer ved sametingsvalget. De bor i Stavanger alle sammen.

UTPOSTEN: Hva med familiekulturen, er den norsk eller samisk?

– Norsk.

Ny giv for faget

Ole Mathis Hetta stopper ettertenksomt i samtalen, så fortsetter han: – For min egen del, må jeg si at hvis jeg skulle gjort noe annerledes i mitt liv, måtte det være å snakke samisk med mine barn fra de var små. Mine barn er norsktalende samer. At de ikke kan samisk er litt sårt for meg. Den samiske identiteten defineres jo først og fremst i forhold til språk og kultur, og ikke genetik – på samme måte som

for urfolk andre steder i verden, sier han.

Gjennom ulike verv og oppdrag, blant annet som mangeårig vararepresentant i Sametinget, har han beholdt kontakten med slekt og venner i Finnmark. Men det hører med til historien at det ikke bare var enkelt å bo i Karasjok i 1970-årene. Han var utsatt for samefiendtlige holdninger – og kona for norskfiendtlige utsagn og holdninger, noe som gikk sterkt inn på dem begge. Å flytte fra Karasjok var derfor ikke noe stort offer, medgir han.

– Men la det være klart, utbryter han: – Bymenneske blir jeg aldri. Jeg blir aldri 'siddis', sier han med ettertrykk og legger til: – Jeg er *utkantmenneske*. Jeg vil at vi skal bevare bosettinger i utkantstrøk og verdsette folks livskvalitet utenfor byene.

Nå som han er blitt pensjonist, nyter han friheten i å styre sin egen tid. Det gir ham muligheten til å være i vigør, men han prioriterer også utenomfaglige sysler – som å reise.

– Både kona og jeg er bjørkeallergikere, derfor reiser vi som regel vekk om våren, noen uker til områder sør for Alpene. Vi er såkalte pollenflyktninger, ler den tidligere fylkeslegen.

Han har ingen umiddelbare planer om å gi seg som veileder i samfunnsmedisin, han er fortsatt aktiv i kursutdanningen, er leder i Samisk legeforening og er medlem av Statens seniorråd.

UTPOSTEN: Hvordan ser du på utviklingen i helsetjenesten?

– Jeg er mest bekymret for privatisering, herunder fritt sykehusvalg. Økt privatisering fører til økt forbruk og kommersialisering av helsetjenester. I USA ser man bivirkningene av en slik utvikling, først og fremst i form av overbehandling men også gjennom økt forbruk av juridiske ressurser og en rettsliggjøring av helsesektoren. Et annet aspekt ved utviklingen er knyttet til kompetanseetterspørsel og rekruttering:

Vi må sørge for å beholde flinke fagfolk og helsearbeidere i den offentlige helsetjenesten. Enkelt sagt, helsetjenesten må ikke komme ut av offentlig kontroll.

UTPOSTEN: Hva synes du om primærhelsemeldingen?

– Jeg synes den er diffus. Den var bebudet å være klargjørende, men det er den ikke. Dette er nok et generelt inntrykk jeg har av stortingsmeldinger; det er jo først når vi får NOUer eller lovforslag at vi ser konkretiseringer av problemstillinger. Jeg hadde håpet meldingen skulle klargjøre en del problemstillinger rundt samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjeneste, rundt akuttberedskap og kompetanseutvikling, men jeg ble skuffet.

UTPOSTEN: Hva har vært de største endringene i årene du har vært yrkesaktiv?

– At primærlegene har fått en mer selvstendig rolle, de er blitt mer likeverdige i forhold til sykehusleger som fagpersoner. I dag driver fastlegene til dels avansert diagnostikk som tidligere ble drevet av spesialisthelsetjenesten.

UTPOSTEN: ... Og samfunnsmedisinen?

– Det har skjedd store endringer. Da kommunehelsetjenesteloven kom i 1984, var det mange distriktsleger og samfunnsmedisinere som resignerte. Holdningen hos mange var dessverre den, at dersom de ikke lenger kunne være 'konger på haugen', ville de heller ikke være prinser i fortsettelsen. De ga opp. Og derfor er det gledelig at samfunnsmedisinen de siste årene har fått en helt ny giv. Jeg tror dessuten at dagens unge samfunnsmedisinere har et mer nyansert syn på sin rolle enn det mange før dem hadde, sier Ole Mathis Hetta.

Han kaster et blikk mot ettermiddags-solen over indre Oslofjord: – Faget har en fremtid, ingen tvil om det!



'Siden jeg først er her..'

■ **ARNULF HEIMDAL** • Fastlege i Oslo og universitetslektor i allmennmedisin, Univ. i Oslo

■ **EDVIN SCHEI** • Fastlege i Bergen og professor i allmennmedisin, Univ. i Bergen

En studie av antall ulike problemstillinger pasientene tar opp pr. konsultasjon hos fastleger i Oslo og Nordland på en vanlig onsdag.

Fastlegene er portåpnerne til offentlige helsetjenester i Norge. De fleste problemer og spørsmål pasienten har løses hos fastlegen, kun et mindretall henvises videre. Vi har inntrykk av at antall problemer og spørsmål pasientene tar opp med sin fastlege pr. besøk har økt de siste 20–30 år. Vi ønsket å finne ut om dette stemmer, samt om det er forskjell på storby (Oslo) og landlige strøk (Lofoten/Ofoten). 31 fastleger, 14 i Oslo og 17 i Nordland, ble invitert til å fylle ut et registreringsskjema over 2–4 vanlige praksisdager i perioden mai til september 2014. De fikk på forhånd skriftlig og muntlig informasjon om hvordan dette skulle gjøres. I alt 22 leger svarte, 13 i Oslo og 9 i Nordland, og disse registrerte i alt 1102 konsultasjoner.

Hverdagen på kontoret...

Uformelle samtaler med fastleger i Norge antyder at antall temaer og problemstillinger pasientene tar opp pr. konsultasjon har økt de senere år. Våre egne opplevelser peker også i den retning. Det har vært presseoppslag på at enkelte leger har ønsket å begrense dette ved at pasienter bare får lov å ta

opp én sykdom eller én problemstilling pr. konsultasjon (1). Pasientombudet har uttalt seg om dette (2). Problemstillingen ble diskutert på debattforumet Eyr våren 2013 (3). Der kom det frem ulike erfaringer og synspunkter på problemstillingen.

Det har vært hevdet at fastlegenes hverdag over tid er blitt mer krevende. Uttrykket «den fulle allmennmedisinske bøtten» har vært brukt i debatter og innlegg (4). Dette kan skyldes forhold i medisinen som fag, forventninger og krav fra samfunnet rundt, men også endringer hos pasientene og deres forventninger og bestillinger. En økning av antall problemstillinger pasientene tar opp når de er hos legen kan være en slik faktor som gjør det mer krevende å være fastlege.

I nordiske lærebøker om konsultasjoner er det lite omtale av temaet multiple problemstillinger pr. konsultasjon. I den norske læreboka *Allmennmedisin* av Steinar Hunskaar m.fl. er temaet viet ca. en halv side (5). Det er uklart hva som undervises ved de ulike lærestedene om dette. Ved uformell kontakt via mail og samtaler med sentrale personer ved de norske allmennmedisinstuttene får en inntrykk av at dette er tilfeldig, og stort sett opp til underviseren. Forfatterne, som begge har norsk eksamen fra Bergen i 1984, fikk ingen spesifikk undervisning om dette i studiet. I videre- og etterutdanningen har temaet vært svært lite behandlet. Mange har dermed måttet finne ut av dette selv, og tilpasset seg som best de kan til den virkelighet de har erfart.

...hvordan er den egentlig?

Vi gjorde en undersøkelse blant fastleger i Oslo og Lofoten/Ofoten, som ble valgt for å se om det er forskjeller mellom sentrale og perifere strøk. Undersøkelsen er gjort med et enkelt registreringsskjema. Skjemaet er utformet av forfatterne.

I perioden april til juni 2014 fikk 31 fastleger ved forskjellige legepraksiser i Oslo og Lofoten/Ofoten utdelt et registreringsskjema der antall ulike problemstillinger pasienten tok opp ble registrert. Vi ønsket flest mulig erfaringer leger. Legen fylte ut ett skjema pr. praksisdag, i alt to til fire ulike vanlige dager med full allmennpraksis, over en tre ukers periode. Legen fikk i tillegg muntlig og skriftlig informasjon om hvordan skjemaet skulle brukes. Noen leger fikk også oppfølgende besøk underveis for å motivere for innlevering av skjemaer.

Pasientene ble registrert med kjønn og alder. I tillegg ble det avkrysset om dette var en «kroniker», det vil si en godt kjent pasient med hyppige besøk, eller en «frisk» pasient, det vil si en pasient med få besøk hos legen. Denne kategoriseringen var basert på legens skjønn. Legene måtte også registrere om pasienten kom på en «vanlig time» eller en hastetime, det vil si en «øyeblikkelig hjelp-time», der pasienten hadde fått time samme dag.

På skjemaet ble følgende data om legen registrert: kjønn, alder, listelengde og antall år i praksisen. Legen kunne også skrive inn stikkord om pasientenes problemer på skjemaet.



By og land...

I Oslo fikk vi resultater fra i alt 13 av 14 inviterte leger, ved 6 ulike praksiser fra 3 bydeler i Oslo øst/sentrum og to bydeler i Oslo vest. De registrerte tilsammen 689 kontorkonsultasjoner. Disse legene hadde jobbet i allmennpraksis mellom 5 og 35 år, kun én lege hadde kortere enn 16 års praksis. Fordelingen av vanlig time og øyeblikkelig hjelp-time var forskjellig blant legene. En lege hadde bare med én type timer, der alle fikk time på dagen om de ønsket det.

Gjennomsnittlig antall problemstillinger pr. konsultasjon for i alt syv mannlige leger varierte her fra 1,0 til 2,6, med et snitt på 1,7. Dette fordelte seg på 1,3 for øyeblikkelig hjelp-timer og 2,0 for vanlige timer.

For seks kvinnelige leger var variasjonen fra 1,0 til 2,0 og med et snitt på 1,6. Dette fordelte seg på 1,3 for øyeblikkelig hjelp-timer og 1,7 for vanlige timer (TABELL 1).

TABELL 1. Gjennomsnittlig antall problemstillinger fordelt på legens kjønn og type konsultasjon

	TYPE KONSULTASJON	PROBLEMSTILLINGER PR. KONSULTASJON	
		OSLO	NORDLAND
Mann	Ø.hj time	1,3	1,2
	Vanlig time	2	1,7
Kvinne	Ø.hj time	1,3	1,5
	Vanlig time	1,7	2,1
Begge Kjønn	Ø.hj time	1,3	1,4
	Vanlig time	1,8	1,8

TABELL 2. Gjennomsnittlig antall problemstillinger for ulike pasientgrupper. Alle timer.

	OSLO	NORDLAND
Kronikerpasient	2	1,9
Frisk pasient	1,4	1,4
Pasient over 70 år	1,9	1,9

For «kroniker-pasientene» var gjennomsnittlig antall problemstillinger for alle timer pr. konsultasjon 2,0, mens for den «friske» pasienten var det 1,4 (TABELL 2).

I Oslo opplevde 10 av legene at pasienter tok opp mer enn tre problemstillinger pr. konsultasjon. 7 leger opplevde pasienter med 4 problemstillinger, og 3 opplevde pasienter med 5 problemstillinger. Totalt var det 22 konsultasjoner (3,2 prosent) som tok opp 4 problemstillinger, hvorav 8 hos samme lege (!), og 3 (0,4 prosent) som tok opp 5 problemstillinger.

... betyr det noe?

I Nordland inviterte vi samtlige 17 fastleger i kommunene Flakstad, Vestvågøy og Lødingen, og fikk svar fra 9 av dem. Den lavere svarprosenten her kommer av at det var en del vikarer i Nordland, og kun én av disse leverte svar. Kun 2 kvinnelige leger leverte svar. Nordlandslegene hadde jobbet i allmennpraksis mellom 1 og 34 år, og 6 av dem hadde kun fra 1 til 7 års praksis bak seg.

Legene som svarte registrerte i alt 413 kontorkonsultasjoner. Gjennomsnittlig antall problemstillinger pr. konsultasjon for 7 mannlige leger varierte fra 1,0 til 2,0, med snitt på 1,6. Dette fordelte seg på 1,2 for øyeblikkelig hjelp-timer og 1,7 for vanlige timer.

For 2 kvinnelige leger var variasjonen fra 1,5 til 3,0, med et snitt på 2,0. Dette fordelte seg på 1,5 for øyeblikkelig hjelp-time og 2,1 for vanlig time (TABELL 1).

For «kroniker-pasienten» var gjennomsnittlig antall problemstillinger for alle timer pr. konsultasjon 1,9, mens for den «friske» pasienten var det 1,4 (TABELL 2).

I Nordland opplevde 6 av legene at pasienter tok opp mer enn 3 ulike problemstillinger pr. konsultasjon. 3 leger opplevde

pasienter med 4 problemstillinger og tre opplevde pasienter med fem ulike problemstillinger. Totalt var det 8 konsultasjoner (1,9 prosent) som tok opp fire problemstillinger, og fem (1,2 prosent) som tok opp fem problemstillinger.

Gjennomsnittlig antall problemstillinger for vanlig time for alle pasientgrupper var 1,8 både i Oslo og i Nordland (TABELL 1). For aldersgruppen over 70 år var tallet for alle typer timer 1,9 både i Oslo og i Nordland (TABELL 2).

Det var forskjell i andel pasienter over 70 år hos de ulike legene. I Oslo varierte det fra 1,7 til 34,0 prosent, og i Nordland mellom 2,9 og 29,7 prosent. Vi fant ikke noe ved legene som forklarte denne forskjellen, sannsynligvis fordi antall leger er for lite.

Alt var bedre før?

Det finnes lite publiserte tidligere data om vårt tema. Søk på Google Scholar, Pubmed og i *Tidsskriftet* på nett har ikke resultert i relevante funn fra Norge om dette. Det finnes noen undersøkelser fra utlandet. Allmennlegen i andre land har andre arbeidsbetingelser og roller enn i Norge, og disse varierer fra land til land. Vi har derfor ikke vurdert disse undersøkelsene som sammenlignbare. Heller ikke forespørslene til erfarne kolleger eller spørsmål på legenes debattforum Eyr har gitt resultater.

Noe har vi imidlertid funnet fra Norge: I Olav Rutles doktoravhandling fra 1983 (6) har vi funnet noen indirekte tall om dette. Olav Rutle finner i et materiale på 379 leger med i alt 22 763 kontakter at legene noterte 1,23 diagnoser pr. kontakt. Dette er totaltall for både sykebesøk, indirekte kontakter og kontorkonsultasjoner. Disse tallene dreier seg om antall diagnoser pr. konsultasjon, og er dermed ikke di-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

rekte sammenlignbare med antall problemstillinger pr. konsultasjon.

I *Utposten* nr. 6, 1987 (7) har Geir Clausen publisert en praksisregistrering fra Hammerfest legestasjon, over fire uker. Der ble diagnoser registrert for i alt 2352 pasienter som legen hadde kontakt med, både sykebesøk, kontorkonsultasjon og over telefon. Det ble der registrert opp til 3 diagnoser pr. pasient.

Som i Rutle sin avhandling dreier dette seg også om antall diagnoser pr. konsultasjon, og er dermed heller ikke direkte sammenlignbart. Hvis vi allikevel som en hypotese antar at antall diagnoser til en viss grad samsvarer med antall problemstillinger pr. kontakt finner vi i alt 1,2 diagnoser pr. kontakt. Kun 2,2 prosent av kontaktene dreide seg om flere enn 2 diagnoser. Omsett i en praksis med ca 25 kontakter pr. dag, betyr det at legene ikke opplevde dette oftere enn ca. én pasient annenhver dag.

En artikkel fra *Samfunnspeilet* i 2007 (8) om hva slags problemer pasientene går til fastlegene med, finner at legene i utvalget i snitt satte 1,3 diagnoser pr. pasientkonsultasjon. De samme svakheter ved sammenligningen med vår undersøkelse gjelder da også denne artikkelen.

Det er sannsynligvis ulike insentiver til at legene setter diagnoser i journalen og på regningskortene til trygden, og disse samsvarer nødvendigvis ikke med pasientenes bekymringer der og da. Insentivene kan også endres over tid og variere fra sted til sted. Derfor representerer tallene fra disse tidligere arbeidene en virkelighet som må vurderes med forsiktighet.

Hovedfunnet her er altså at vi ikke har funnet tidligere undersøkelser fra Norge som vi kan sammenligne med. En mulig forklaring kan være at fenomenet multiple temaer pr. konsultasjon bokstavelig talt ikke ble oppfattet som en nevneverdig ut-

fordring tidligere, noe som kan bety at tallet var lavt. Dette stemmer også med vår erindring fra våre første år i allmennpraksis, men dette blir en høyst subjektiv vurdering.

Ble vi klokere?

Begrepet «dørklinkeproblemet» er kjent. Dette er når pasienten, i det hun skal gå, tar opp det hun egentlig har på hjertet og er bekymret for. Vårt fokus er det totale antall problemstillinger pasienten tar opp under en konsultasjon, inklusive «dørklinkeproblemer».

Vår undersøkelse viser at det i 2014 tas opp ca 1,8 ulike problemstillinger i snitt ved en vanlig planlagt pasientkonsultasjon hos fastlegen både i Oslo og i Nordland. For øyeblikkelig hjelp-timer var tallet 1,3 i Oslo og 1,4 i Nordland (TABELL 1). Vi finner en liten kjønnsforskjell mellom kvinnelige og mannlige leger, men pga. få svar fra kvinnelige leger kan dette neppe vektlegges.

At det tas opp færre problemstillinger ved haste- /øyeblikkelig hjelp-timer er forventet. Dette er timer som vanligvis avsettes til akutt oppståtte problemer. Noen ganger kan også disse timene brukes til vanlige konsultasjoner der de ikke blir benyttet til hastetimer, og da vil det sannsynligvis være rom for å ta opp flere ulike temaer. Dette gjør at tall for hastetimer kan være noe høyere enn for reelle øyeblikkelige hjelp-timer.

«Kroniker-pasienten» har ikke uventet flere ulike problemstillinger enn den «friske» pasienten. Pasienter over 70 år tar også opp noen flere temaer pr. konsultasjon enn gjennomsnittet.

Å si noe sikkert om utvikling over tid lar seg ikke gjøre pga. manglende tidligere tall.

Utfordringer

Flere ulike temaer samtidig gir en mer kompleks konsultasjon. Om pasienten tar opp mer enn én problemstilling når hun er hos legen må legen nødvendigvis håndtere dette. I tillegg plikter legen å journalføre alle temaer og vurderinger som har vært oppe i konsultasjonen. Dette vil også ta tid.

Flere strategier for å håndtere dette kan tenkes. En kan avgrense hver konsultasjon til kun én problemstilling, og be pasienten bestille ny time for andre problemstillinger. Kollegaer som har gjort dette har som nevnt havnet i pressens søkelys, og fått pasientombudet mot seg. En kan også starte med det som pasienten starter med, for så å fortsette til tiden på oppsatt time er brukt, og så be pasienten bestille ny time for resten. Legen kan også la pasienten komme med alt hun har på hjertet, og gå gjennom dette punkt for punkt. En slik strategi kan skape utfordringer for legen. Dette kan gjelde tidsbruk med tilhørende forsinkelser, men også konsentrasjon, grundighet og problemløsning kan da bli utfordret. Det kan også være vanskelig for pasienten å forstå og huske alle legens vurderinger og den informasjon som blir gitt når temaene blir mange og konsultasjonen blir lang. Det kan også tenkes at en slik strategi vil medføre flere henvisninger til 2.-linjetjenesten, for å få en rask løsning på pasientens bestillinger. Ulik henvisningsrate fra fastleger til 2.-linjetjenesten har de siste årene vært debattert i faglitteratur og media, da det her er klare forskjeller. (9)

En farbar vei finner vi i *Allmennmedisin* (5). Her skisseres en modell der pasienten først får lagt frem alle sine ærender/bestillinger, før legen begynner med videre anamnese og problemløsning. Da kan legen avtale med pasienten hvilke problemer som det er viktigst å få svar på først, og så eventuelt ta andre, mindre viktige



COLLAGE: COLOURBOX

temaer på en annen time. Dette gjøres før en går løs på de ulike problemstillingene. Å ta pasienten med på råd og vurderinger er en god og anerkjent metode i allmennmedisin, og vil oftest skape trygghet og tillit. Flere strategier kan også tenkes. Vår undersøkelse gir ikke svar på hvordan dette gjøres i praksis.

Våre tall viser at antall ulike problemstillinger ved en vanlig planlagt konsultasjon nå er nærmere to. Omsatt til en praktisk hverdag betyr våre tall i så fall at litt mer enn annenhver pasient har en ekstra problemstilling. For en vanlig dag med 20 konsultasjoner vil legen i dag måtte forholde seg til vel 10 ekstra problemstillinger pr. dag.

Det kan også se ut som om noen leger opplever dette mer enn andre. Vi har ikke nok materiale for å identifisere disse legerne nærmere. Det er sannsynlig at legers personlige stil i ulik grad vil kunne oppmuntre til flere problemstillinger samtidig. Andre forhold kan også tenkes å påvirke dette.

Lang avstand og vanskelig tilgjengelighet til spesialisthelsetjenesten kan medføre at pasientene tar opp flere ulike temaer hos fastlegen. Vi har imidlertid ikke fun-

net forskjeller mellom leger i Oslo og Nordland. En forklaring på dette kan være at lokalsykehusene i Lofoten/Ofoten fungerer like godt som henvisningsinstans som spesialisthelsetjenesten i Oslo.

En fersk studie fra Oslo høsten 2014 har funnet 2,6 problemstillinger pr. konsultasjon (10). Den bekrefter dermed våre funn, selv om den ikke er direkte sammenlignbar. Studien omfatter kun fire leger og inneholder 201 direkte observasjoner av konsultasjoner i allmennpraksis. Den omhandler altså ikke legens egen opplevelse av ulike problemstillinger. Denne studien har heller ikke funnet tidligere tall fra Norge.

Kanskje er det slik:

Kanskje har antall ulike problemer pasientene tar opp når de er hos sin fastlege økt over tid, og er nå i gjennomsnitt for alle grupper og konsultasjonsformer nærmere 2 enn 1. Vi har imidlertid ikke funnet tidligere sammenlignbare tall fra Norge som kan bekrefte dette.

Høyest antall problemstillinger finner vi hos aldersgruppen over 70 år, samt hos «kroniker-pasienter» (TABELL 2). Vi finner

ikke store forskjeller mellom bypraksiser (Oslo) og utkantpraksiser (Lofoten/Ofoten). En kommende økning i antall eldre forventes å gi økende antall problemstillinger pr. konsultasjon. Leger med en økende andel eldre pasienter og flere «kroniker-pasienter» vil få økende utfordringer fremover. Flere ulike problemstillinger pr. konsultasjon skaper utfordringer som legen er nødt til å løse. Svært få av dagens erfarne fastleger har hatt undervisning i dette. Det er også lite omtalt i litteraturen. Vi har ikke kartlagt ulike mulige løsningsstrategier.

Våre tall er små og beheftet med usikkerhet. Vår erfaring er at det kreves mye oppfølging av legene for å få inn slike data. For å få sikrere svar på våre og eventuelt andre spørsmål omkring dette, vil tilstedeværende observasjon være et alternativ.

... men svaret fant vi ikke

Det er antagelig ikke gjort en tilsvarende registrering i Norge tidligere. Årsaken kan være at flere problemstillinger pr. konsultasjon tidligere ikke ble oppfattet som et problem. Andre forklaringer kan også tenkes. Spørsmålet om det har skjedd en økning i antall problemstillinger over tid står fortsatt ubesvart.

Denne undersøkelsen er gjort med stipend fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin i Tromsø (NSDM).

REFERANSER

1. Aftenposten 21. mars 2013. www.aftenposten.no/incoming/Her-far-ingen-snakke-om-merenn-n-sykdom-7154880.html
2. Firda 20. mars 2013. www.firda.no/nyhende/her-far-dei-berre-ta-opp-ei-plage-per-legetime/s/1-51-6562438
3. Eyr – allmennlegeliste. <http://mailman.uib.no/listinfo/eyr>
4. Irene Hetlevik: Den fulle allmennmedisinske botten. Tidsskr Nor Legeforening 1999; 119: 3547. <http://tidsskriftet.no/legacy/199924/leder1.html>
5. Red.: Steinar Hunskaar: Allmennmedisin, 3. utgave. Gyldendal Akademisk, 2013: 74.
6. Olav Rutle: Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i primærhelsetjenesta. SIFF: Gruppe for helsetjenesteforskning. Rapport nr. 1, 1983.
7. Geir Clausen: Praksisregistrering Hamnerfest legestasjon. Utposten 1987; nr. 6: 251–5.
8. Elin Skretting Lunde: Hva slags problemer går vi til fastlegen med? Samfunnsspeilet 2007; nr. 3.
9. Geir Godager: Forskjeller i henvisningsrater truer ikke målet om likeverdige helsetjenester. <http://tidsskriftet.no/article/2208118/>
10. Elisabeth Bjørland, Mette Brekke: What do patients bring up in consultations? <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26205343>

■ ARNULFHEIMDAL@GMAIL.COM

Effekt av time-samme-da

■ GYRI SYNNE HVAL STRAUMANN

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten arbeider med å identifisere, vurdere og oppsummere forskning på ulike tiltak som er relevante for helsetjenesten.

Vi fikk i oppdrag av Norsk forening for allmennmedisin å oppsummere forskning på hvilken effekt time-samme-dag har på ventetid, antall listepasienter, antall avtal-

te legetimer, pasientens tilfredshet, bruk av legevakt, manglende oppmøte og kontinuitet i behandlingen.

Time-samme-dag

Time-samme-dag går ut på at en stor del av fastlegens kalender holdes åpen for dagens henvendelser. Få timer blir satt opp i forkant, og man deler ikke henvendelsene inn etter akutte og ikke-akutte. Time-samme-dag sorterer henvendelser etter hvilken

fastlege man har, og ikke etter hvor mye det haster (1). Hensikten med time-samme-dag er å prøve å unngå at kalenderen er fullbooket, slik at pasientene ikke må vente på time i flere dager.

Behov for bedre tilgjengelighet og kortere ventetid

Evalueringen av fastlegereformen i 2006 slo fast at telefontilgjengeligheten hos fastlegen var for dårlig og ventetiden for lang

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



g i primærhelsetjenesten

(2). Siden den gang har en rekke fastleger innført konseptet time-samme-dag. Norsk forening for allmenntjenestemedisin er bekymret for at dette skal gå utover kontinuiteten i behandlingen av personer med kronisk sykdom, og at pasientene vil få en konsultasjon pr. problem, noe som kan svekke helhetsvurderingen. Samtidig regner man med at ventetiden og bruken av privat og offentlig legevakt går ned ved innføring av time-samme-dag. Man kan også se for seg effekt på legers og pasienters tilfredshet, konsultasjonens varighet, henvisningsrate og bruk av laboratorietjenester.

Hensikten med denne oversikten er å dokumentere effekten time-samme-dag kan ha på utfall som er viktige for norske fastleger og pasienter.

Metode

Søk etter oppsummert forskning identifiserte en systematisk oversikt av Rose med flere fra 2011(3) som ser på noen av utfallsmålene som Norsk forening for allmenntjenestemedisin er interessert i. Søket var fra 2010. Vi har oppdatert søket, og beholdt de samme inklusjonskriteriene for populasjon og

intervensjon. Fordi oppdraget vårt er å evaluere effekt av tiltak, har vi kun inkludert kontrollerte studier samt avbrutte tidsserier med minst tre målepunkter før og tre målepunkter etter innføring av tiltaket. Vi har inkludert utfallsmålene tilgjengelighet, ventetid, konsultasjonens innhold og varighet, antall kontoransatte, pasienters og legers tilfredshet og bruk av offentlig og privat legevakt, samt antall forskrivninger av antibiotika. Vi har vurdert kvaliteten på studiene med standardisert sjekklister (4), og tilliten til dokumentasjonen for hvert utfall ved hjelp av GRADE (5, 6). Se Kunnskapssenterets rapport for flere detaljer (7).

Resultater

Søket etter effektstudier resulterte i 371 unike referanser fra elektroniske databaser, og ni referanser fra inklusjonslister fra andre publikasjoner. Totalt seks referanser tilfredsstilte våre inklusjonskriterier.

Studiene har undersøkt følgende to sammenligninger:

- Time-samme-dag hvor størsteparten av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenlignet med tradisjonell

forhåndsbestilling der ikke mer enn et par legetimer holdes ledig til dagens henvendelser. Fem studier.

- Time-samme-dag hvor 75 prosent av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenlignet med et system som holder av 40-50 prosent av timene til dagens henvendelser. Én studie.

Av utfallene som Norsk forening for allmenntjenestemedisin var interessert i, har de inkluderte studiene undersøkt ventetid, antall listepasienter, antall avtalte legetimer, pasienters tilfredshet, bruk av legevakt, manglende oppmøte og kontinuitet i behandlingen. Vi har ikke funnet studier som har undersøkt konsultasjonens innhold, konsultasjonens varighet, antall kontoransatte og antall forskrivninger av antibiotika.

Studiene presenteres kort under, se Kunnskapssenterets rapport for flere detaljer (7).

Time-samme-dag sammenlignet med tradisjonell forhåndsbestilling

De fem inkluderte studiene som sammenligner time-samme-dag med tradisjonell timebestilling er presentert i tabell 1.

TABELL 1. Inkluderte studier

INKLUDERTE REFERANSER (LAND, TID)	STUDIE DESIGN	ANTALL DELTAKERE	INTERVENSJON	SAMMENLIGNING
Randomisert kontrollert studie				
O'Connor med flere (2006) (8) (Denver, USA, oktober 2003 til januar 2004)	Klynge-RCT av 10 barneleger som ble delt i grupper av to eller fire	1 helsesenter, 10 barneleger og 878 småbarn som skulle ha 2-, 4-, 6-månederssjekk * og vaksiner	Time-samme-dag, 50 til 75% av timene holdes ledig til time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling. Pasientene bestiller ny time før de forlater helsesenteret
Avbrutte tidsserier				
Cameron med flere (2010) (9) (Halifax, Canada, oktober 2008 til september 2009)	Avbrutt tidsserie (flere før- og ettermålinger som tillot tidsserieanalyser)	2 klinikker med tilsammen 5 team og 30 000 årlige besøk	Time-samme-dag, minst 60% av timene holdes ledig til time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling. Dagens siste time holdes ledig for akutte henvendelser
Mallard med flere (2004) (10) (Alabama, USA, januar 2001 til august 2002)	Avbrutt tidsserie (flere før- og ettermålinger som tillot tidsserieanalyser)	Én klinikk (2 barneleger i fulltid. Gjennomsnittlig 382 besøk i måneden for klinikken)	Time-samme-dag, 70% av timene holdes ledig til time-samme-dag om ønskelig	Tradisjonell timebestilling
Kontrollerte før- og etterstudier				
Salisbury med flere (2007) (11) (UK, april 2005 til februar 2006)	Kontrollert før- og etterstudie	Time-samme-dag: 24 praksiser Tradisjonell timebestilling: 24 praksiser	Time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling
Subramanian med flere (2009) (12) (Indiana, USA, juni 2005 til juni 2006)	Kontrollert før- og etterstudie	Time-samme-dag: 3147 pasienter/seks klinikker Tradisjonell timebestilling: 913 pasienter/seks klinikker	Time-samme-dag	Tradisjonell timebestilling

Resultatene viser at innføring av time-samme-dag trolig fører til redusert ventetid, muligens øker antall pasienter som møter til legetimen og muligens gir bedre kontinuitet i behandlingen. Det er usikkert om time-samme-dag sammenliknet med tradisjonell timebestilling har effekt på de øvrige utfallsmålene. Vi har moderat og lav tillit til resultatene.

75 prosent av timene ledig til dagens henvendelser sammenliknet med 40-50 prosent av timene ledig til dagens henvendelser

Den inkluderte studien som sammenligner 75 prosent av timene ledig til dagens henvendelser sammenliknet med 40-50 prosent av timene ledig er presentert i tabell 2.

Resultatene viser at det er usikkert om omfanget av ledige timer påvirker utfallene forskjellig. Vi har svært lav tillit til resultatene.

Diskusjon

Vår oppsummering av primærstudier konkluderer med at time-samme-dag trolig gir en betydelig reduksjon i ventetid sammenliknet med om man praktiserer tradisjonell timebestilling. Dokumentasjonen viser også at det muligens blir reduksjon i manglende oppmøte til timeavtaler og forbedret kontinuitet i behandlingen.

Denne systematiske oversikten har fem studier felles med den eldre systematiske oversikten. I tillegg har vi inkludert én nyere studie.

Norsk forening for allmennmedisin har vært interessert i noen utfallsmål som ikke var rapportert hos Rose med flere (2011), disse er inkludert i vår rapport. Vi har også gradert vår tillit til resultatene for de ulike utfallsmålene, noe Rose med flere (2011) ikke har gjort.

Fem av de seks inkluderte studiene ble vurdert å ha høy risiko for systematiske skjevheter. At et tiltak er vanskelig å implementere betyr ikke nødvendigvis at studien er av dårlig kvalitet. Likevel har det blitt notert i kvalitetsvurderingen når problemer med implementeringen går utover til

taket. For eksempel var det i én studie nødvendig å forsterke bemanningen for å kunne gjennomføre time-samme-dag. Da blir det vanskelig å avgjøre hva som har hatt effekt, den ekstra bemanningen eller den nye organiseringen av kalenderen.

De inkluderte studiene er publisert mellom 2004 og 2010. Fire av studiene er utført i USA, én i Storbritannia og én i Canada. Det er store variasjoner i hvor mange deltakere studiene har hatt. I vurderingen om resultatene er relevante for norske forhold, bør forskjellene i organisering av helsetjenesten i disse landene, sammenliknet med helsetjenesten i Norge, tas i betraktning.

Balasubramanian med flere (2014) påpeker at idealet om å fylle de ledige timene kan gå utover kontinuiteten, fordi kontoret først og fremst vil fylle alle tomrommene i kalenderen. Samtidig mener de det er hensiktsmessig å vurdere kontinuiteten som viktigst for timer som angår årlige helsesjekker, oppfølgingstimer og kronisk syke framfor timer for engangshendelser som krever oppfølging samme dag, som for eksempel halsbetennelse eller forstuet ankel (14).

Bestillingen fra Norsk forening for allmennmedisin, som ligger til grunn for denne systematiske oversikten, hadde ventetid som et av de mest sentrale utfallsmålene. De har lurt på om fokuset på ventetid går utover andre utfallsmål, som for eksempel kontinuitet i behandlingen. Det kan også tenkes at det finnes andre utfallsmål som ikke er undersøkt i denne systematiske oversikten som også kan komme i konflikt med målet om redusert ventetid.

Styrker og svakheter

En systematisk oversikt tar sikte på å oppsummere all relevant forskning om effekten av en gitt intervensjon. Det blir gjennomført et systematisk og grundig litteratursøk som skal ha høy grad av fullstendighet i gjenfinningen av litteratur i ulike kanaler. Prosessen er systematisk og transparent, og gir utenforstående anledning til å etterprøve og kritisk vurdere hver del av arbeidet som er gjort.

For at den systematiske oversikten skal kunne besvare et spørsmål, er den avhen-

gig av at det er utført studier av god kvalitet, og at disse kan identifiseres. I litteratursøket har vi tatt utgangspunkt i søket til Rose med flere (2011) (3). Vi mente søket dekket de termene som var nødvendige for å finne flest mulig av publiserte studier om time-samme-dag. Siden Rose ikke har ekskludert studier på bakgrunn av utfallsmål, konkluderte vi med at det var tilstrekkelig å kun søke fra deres dato for litteratursøk og framover selv om vi ville inkludere flere utfallsmål. Vi kan ikke utelukke at vi har gått glipp av relevante studier, men vi vurderer det som lite sannsynlig.

Time-samme-dag kan være aktuelt for alle fastlegekontorer, og berøre hele befolkningen. At en systematisk oversikt avdekker lav tillit til dokumentasjonen på viktige utfallsmål bør være en motivasjon for å utføre kontrollerte studier ved innføring av konseptet.

Det er mulig time-samme-dag blir innført uansett hvis dette er noe pasientene ønsker, men kunnskap om effekt på relevante utfallsmål kan være nyttig når man senere vurderer å legge om til en annen organisering av timebestillinger. Når time-samme-dag blir innført, kan det være relevant å undersøke ulike måter å organisere dette på.

Kunnskapssenteret oppsummerer forskning på effekt av tiltak. Det ligger ikke i vårt mandat å komme med anbefalinger for bruk av forskningsresultatene i praksis.

Konklusjon

Time-samme-dag der størsteparten av kalenderen holdes åpen til dagens henvendelser vil trolig føre til redusert ventetid hos fastlegen. Den kan muligens øke antall pasienter som møter til legetimen og bedre kontinuiteten i behandlingen. Det er usikkert om den har noe effekt på antall listepasienter, antall avtalte legetimer, pasienters tilfredshet, bruk av legevakt, konsultasjonens innhold og varighet eller antall kontoransatte.

Det er usikkert om time-samme-dag der 75 prosent av legetimene holdes av til dagens henvendelser sammenliknet med et system som holder av 40-50 prosent til dagens henvendelser har noen effekt på utfallene som er rapportert.

TABELL 2. *Inkludert studie*

INKLUDERT REFERANSE (LAND, OPPFØLGINGSTID)	STUDIE DESIGN	ANTALL DELTAKERE	INTERVENSJON	SAMMENLIGNING
Kontrollert før- og etterstudie				
Belardi 2004 (13) (USA, 15 måneder)	Kontrollert før- og etterstudie	75% av timene holdes ledig til dagens henvendelser: ett team (1,3 årsverk). 40% av timene holdes ledig til dagens henvendelser: ett team (1,3 årsverk). Begge teamene er fra samme senter	75% av timene holdes ledig til time-samme-dag (75% ledig)	40-50% av timene holdes ledig til akutte henvendelser (40-50% ledig)

REFERANSER

1. Murray M, Bodenheimer T, Rittenhouse D, Grumbach K. Improving timely access to primary care - Case studies of the advanced access model. *Jama-Journal of the American Medical Association* 2003; 289 (8): 1042–1046.
2. Sandvik H. Evaluering av fastlegereformen 2001–2005: sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo: Norges forskningsråd; 2006.
3. Rose KD, Ross JS, Horwitz LI. Advanced Access Scheduling Outcomes A Systematic Review. *Arch Intern Med* 2011; 171 (13): 1150–1159.
4. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). Suggested risk of bias criteria for EPOC reviews. EPOC Resources for review authors. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. [Oppdatert 2015; Lest 21. august 2015]. Tilgjengelig fra: <http://epoc.cochrane.org/epoc-specific-resources-review-authors>.
5. Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* 2011; 64 (4): 401–406.
6. GRADE working group. GRADE. [Oppdatert 2014; Lest 15. mai 2015]. Tilgjengelig fra: <http://www.gradeworkinggroup.org/>.
7. Straumann GH, Vist GE. Effekt av time-samedag i primærhelsetjenesten. Notat, oktober–2015. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten: 2015.
8. O'Connor ME, Matthews BS, Gao D. Effect of open access scheduling on missed appointments, immunizations, and continuity of care for infant well-child care visits. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160 (9): 889–893.
9. Cameron S, Sadler L, Lawson B. Adoption of open-access scheduling in an academic family practice. *Can Fam Physician* 2010; 56 (9): 906-911.
10. Mallard SD, Leakeas T, Duncan WJ, Fleenor ME, Sinsky RJ. Same-day scheduling in a public health clinic: a pilot study. *Journal of public health management and practice : JPHMP* 2004; 10 (2): 148–155.
11. Salisbury C, Montgomery AA, Simons L, Sampson F, Edwards S, Baxter H, et al. Impact of advanced access on access, workload, and continuity: controlled before-and-after and simulated-patient study. *Br J Gen Pract* 2007; 57 (541): 608–614.
12. Subramanian U, Ackermann RT, Brizendine EJ, Saha C, Rosenman MB, Willis DR, et al. Effect of Advanced Access Scheduling on Processes and Intermediate Outcomes of Diabetes Care and Utilization. *J Gen Intern Med* 2009; 24 (3): 327–333.
13. Belardi FG, Weir S, Craig FW. A controlled trial of an advanced access appointment system in a residency family medicine center. *Fam Med* 2004; 36 (5): 341–345.
14. Balasubramanian H, Biehl S, Dai LJ, Muriel A. Dynamic allocation of same-day requests in multi-physician primary care practices in the presence of prescheduled appointments. *Health Care Management Science* 2014; 17 (1): 31–48.

■ GYRI.HVAL.STRAUMANN@KUNNSKAPSSENTERET.NO

Kulturkompet

– en historie om en sjelden profesjonell distansering

■ **ARILD AAMBØ** • Seniorrådgiver ved NAKMI, tidligere spesialist i allmennmedisin

■ **HARALD SIEM** • Seniorrådgiver ved NAKMI • Lege, samfunnsmedisiner

■ **SAFIO BILQEYR JIMALE** • Velferdsviter

Med utgangspunkt i historien til en somalisk jente med en sjelden lidelse vil vi vise hvordan tenkemåter og prosedyrer som både er vanlige og i mange tilfeller funksjonelle, kan bli misforstått og virke sårende for en person som befinner seg i en marginalisert situasjon.

Suad ble født inn i en velstående familie i Mogadishu tidlig på 80-tallet. Før hun kan huske, hadde flere av hennes eldre søsken forlatt Somalia på grunn av urolighetene der. Selv minnes hun først og fremst forvirringen. Ingen visste hva de skulle gjøre. Mange kjøpte våpen for å beskytte seg og sine – selv om de ikke ante hvordan de skulle brukes. En dag da Suad lekte på gaten, ble hun truffet av en kule i armen, sannsynligvis avfyrt av en som prøvde sitt våpen for første gang. Hun merket at det gjorde vondt, men forstod ikke hvorfor. Da armen etter hvert ble tung og hoven, tok moren henne med til legen. Røntgen viste at det satt en kule der, men ingen kunne gjøre noe med det.

For å slippe unna de verste krigshandlingene tok mor med seg Suad og hennes søsken til noen bekjente på landsbygda hvor de bodde en stund. Deretter gikk veien til Djibouti. Så snart det var ordnet med visum, reiste de videre til Italia, hvor Suad ble operert og kulen fjernet, og deretter til Sveits hvor flere av familien etter hvert ble samlet. Suad, som har lest utkastet til artikkelen, og har gitt sitt samtykke til at hennes historie brukes på denne måten, forteller selv:

I Sveits ... jeg var vel 12–13 år gammel ... kom jeg ut for en sykkelulykke. Jeg fikk hjerne-rystelse, noe som førte til at jeg utviklet synsforstyrrelser, hodepine og svimmelhet. Legene ba meg om ikke se på TV eller lese de første ukene, og deretter ta det med ro noen måneder. Det gjorde jeg, men så døde min far plutselig, og like etter flyttet vi til Norge for å gjenforenes med mine søsken. Sorgen og all forandringen med flytting og det nye landet gjorde symptomene verre. Det var så ille at det kunne svartne for begge øynene noen ganger, men siden det gikk fort over og jeg trodde jeg visste hva det kom av, tok jeg det med ro. Etter å ha vært noen måneder på mottak, fikk vi opphold og flyttet inn i en leilighet i Tromsø. Det syntes jeg var greit, for det var ikke noe koselig i mottakene. Jeg følte meg ikke sett som det barnet jeg var, som en som kanskje ikke helt ville være der jeg befant meg. Men jeg ble venner med barna der, og jeg fikk også mange venner etter at vi flyttet til Tromsø. Likevel vet jeg i dag at jeg var veldig deprimert som barn. Det er rart at ingen oppdaget dette. Jeg sleit med skyldfølelse og følte meg ikke elsket. Jeg husker jeg gråt ofte, og selv om jeg hadde venner og ikke var alene, følte jeg meg ensom. Jeg overså alle disse følelsene siden jeg ikke ønsket dem.

En kveld mistet jeg synet, og da dette var- te lenger enn jeg var vant med, ble jeg redd. På legevakten forklarte legen at dette nok skyldtes den tidligere sykkelulykken, at jeg hadde et postcommotiosyndrom og at jeg burde ta det med ro. Jeg godtok det, men plagene kom tilbake gang på gang, og etter hvert fikk jeg angst når jeg skulle gå ut alene fordi det kunne svartne for øynene. Smått om senn ble jeg større og begynte å gå til legen alene. Jeg oppsøkte fastlegen flere ganger, ofte for hodepine, svimmelhet og magesmerter, men med en gang jeg nevnte sykkelulykken, fikk jeg samme svar. Jeg ble etter hvert veldig forsiktig – både med familien, som ikke forstod hva jeg slet med, og overfor helsevesenet som serverte samme forklaring samme hva jeg kom med. Jeg skulle ikke plage noen, eller få dem til å tro noe stygt om meg. Det var slitsomt.

Etter noen år flyttet vi til Oslo. Jeg hadde da begynt å legge kraftig på meg, så mye at jeg etter kort tid fikk strekkmerker på magen. Synsforstyrrelsene fortsatte, og jeg svettet mye om natten, ble slapp og frøs mye. Jeg var nå blitt flinkere til å forklare mine plager, og fastlegen sendte meg til slutt til sykehuset for å ta noen blodprøver. Det viste seg at jeg hadde forhøyet kortisol. Flere prøver fulgte, og det ble etter hvert påvist en væske-



ansse lidelse og

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

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

HOVEDBUDESKAP

- Fremmedfrykt skaper behov for distansering, forenkling og kontroll, som igjen kan føre til at kommunikasjonen vanskeliggjøres og fordreies.
- Mye av den kunnskapen vi besitter om *den Andre* tjener til å holde vedkommende fast i en påfallende entydighet, og bidrar således til å sette folk i bås.
- Det vi tror vi vet, hindrer oss ofte fra å vite hva vi ikke vet.
- I møte med innvandrerpasienten er det et stort behov for kunnskap på ulike felt, men fremfor alt behov for at helsearbeideren viser genuin interesse for pasientens og dennes situasjon, lokker frem pasientens egen kunnskap og forståelse og tar denne på alvor. Slik skapes forutsetninger for felles kunnskapsutvikling.

fylt cyste som løftet chiasma opticum. Mer ble det ikke sagt eller gjort den gangen. Men noe plaget meg. Jeg var unormalt trist og det gjorde vondt i magen. Gråtende og fortvilt dro jeg til legevakten. Her ble plagene tolket som kjærlighetssorg. Det er til å le av, men det står faktisk i journalen som jeg nå, etter at jeg er blitt voksen, har lest. Ingen fortalte meg at kortisol er et stresshormon. Det måtte jeg finne ut av selv.

I denne historien er der mange løse tråder og mye vi ikke vet. Fremfor alt vet vi ikke hvilke overveielser de legene hun hadde vært i kontakt med måtte ha gjort seg. Historien kan dessuten, i likhet med de fleste illustrasjoner, tolkes på ulike måter. Vi kan likevel gjøre oss noen refleksjoner, her vesentlig ut fra Suads perspektiv.

'Det vanligste er det mest sannsynlige'

I allmennpraksis må vi ofte slå oss til ro med at det vanligste er det mest sannsynlige. Følgelig må legen i mange tilfeller ty til en vurdering av sannsynligheter som grunnlag for sine handlingsvalg (1). Slik også her. Etter en lettere hodeskade er det ikke helt uvanlig at det oppstår et post-



FOTO: WIKIPEDIA COMMONS/ILUSTRASJONSFOTO AV JENTA HAR INGEN TILKNYTNING TIL PERSONEN OMTALT I ARTIKKELEN. KART/FLAGG: COLOURBOX. COLLAGE: 07 MEDIA



commotio-syndrom, og Suads synsforstyrrelser, hodepine og svimmelhet kunne således godt være en følge av sykkelulykken. Men hva når symptomene strekker seg over år, når de tiltar, når nye symptomer kommer til og nye funn blir gjort? Burde ikke da legen orientere seg bredere? I Suads tilfelle skjedde det først etter lang tid.

Flere ganger dro jeg til legen med hodepine som hadde vart i flere dager. Et par ganger ble jeg hentet med ambulanse på grunn av sterk svimmelhet, oppkast og nummenhet i høyre siden av ansiktet. Det ble visst nok påvist noen antistoffer, TIA-anfall ble nevnt, og jeg ble livredd for å få hjerneslag. Under en slik konsultasjon nevnte jeg noe om økonomi. Etterpå så jeg i journalen at «vi lever på sosialen og sliter økonomisk». Det mente overlegen gav meg en psykosomatisk lidelse! Jeg som aldri har levd på sosialen eller har brydd meg noe om penger i det hele tatt!

Etter flere år ble jeg endelig henvist til sykehuset hvor det ble tatt MRI av hodet. Bildet viste en cystisk forandring i sella turcica og et lett løft av chiasma opticum. Når legene satte alle mine plager sammen med MR-funnene, mistenkte de hypofysesvikt. Men dette fikk jeg først rede på i 2012. Jeg var hos øyelege til kontroll på grunn av noen medikamenter jeg brukte, da øyelegen plutselig spurte: «Hvem følger opp cysten din?» Jeg forstod ingen ting, og bad om at han skrev ut til meg det som stod i journalen. Der leste jeg om funnene og nevrologenes tolkning: «... tynt vev og empty sella syndrom». Det var da gått 16 år siden jeg begynte å få synsforstyrrelser og 11 år siden cysten ble oppdaget for første gang. Jeg bad straks om at det ble tatt en ny MRI, for jeg hadde jo fortsatt plager, og jeg ville vite hvordan dette var nå. Cysten er der fremdeles, men den trykker ikke lenger på chiasma opticum. Jeg ble så sint! Jeg følte meg hjelpeløs og lurert ... etter så mange år med plager, hvor min ungdomstid ble ødelagt av sykdom og angst.

Empty sella er et ikke helt uvanlig røntgenologisk funn og skyldes at hypofysen presses flat mot gulvet i sella turcica, i dette tilfellet sannsynligvis av en cyste. Dette kan gi symptomer som uspesifikk hodepine, synsforstyrrelser, og i noen tilfeller føre til hypofysesvikt (2–5). Men Suads forhøyede kortisolverdier passer ikke med hypofysesvikt. Dessuten hadde hun allerede som ung begynt å legge kraftig på seg. Hun fikk «strekkermerker» på magen og var plaget av hodepine, synsforstyrrelser og slapphet, og hun led av unormal tristhet. Ble hun utredet for dette? Suad tror ikke det, men hun vet ikke:

Ingen har diagnostisert min hypofyselidelse og ingen har sagt noe om hvorfor jeg la på meg så mye på så kort tid. Ingen har heller forklart eller brydd seg om at jeg hadde forhøyet kortisol. Jeg hadde ikke hypofysesvikt, det var diagnose, kan man si. At hypo-



Suad reagerte sterkt på at hennes ansikt skulle skjules bak et A4-ark. For henne handlet dette ikke om anonymitet, men om ikke å bli sett. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

fysen ikke virket som den skal var ikke viktig for legene, og det blir litt skremmende for meg i dag.

«Vi trodde ikke ...»

Nå må det sies at hypofyselidelser ikke er vanlig i allmennpraksis. En kombinasjon av empty sella og forhøyet serum kortisol er enda sjeldnere (6). Det er derfor ikke underlig at det tok mange år før legene kom på sporet av hva som ga symptomene. Men for Suad var det ikke selve sykdommen som var det verste. Det som satte seg fast og ble så vanskelig, var møtet med legene:

Det er mye som plager meg ved det jeg opplevde på sykehuset. Siden jeg la på meg mye på kort tid, fikk jeg strekkmerker på magen. Dette syntes en av overlegene var rart, og han ville ta bilde av magen min mens ansiktet mitt var gjemt bak et A-4 ark for å skjule hvem jeg var. Han skulle vise bildene av meg til sine studenter, sa han. Selv om jeg var blitt spurt om tillatelse og var 19 år og myndig, vet jeg i dag at det var et overgrep. Des-

perat etter å få hjelp, som jeg var, virket legens spørsmål bare forvirrende. Jeg var da ikke i stand til å tenke og slett ikke til å ta en slik avgjørelse.

Når jeg så spurte legen hvorfor det hadde tatt så lang tid før diagnosen ble stilt, så svarte han rett ut at: «Vi trodde ikke at du kunne ha en slik lidelse!» Jeg ble krenket, selv om jeg der og da ikke la merke til det. Det skjedde ubevisst. Ingen var ond mot meg, men jeg opplevde det som at legene ble kalde og avvisende. Mangelen på oppmerksomhet og interesse fra andre var tung å bære.

Suad reagerte sterkt på at hennes ansikt skulle skjules bak et A4-ark. For henne handlet dette ikke om anonymitet, men om ikke å bli sett. Hennes ansikt ble bokstavelig talt gjort usynlig, skjult bak et standardformat. I asylmottaket ble hun ikke sett som det barnet hun var. Nå ble hun ikke sett som et helt menneske, og forståelig nok oppfattet hun legens svar som: «Vi trodde ikke at du, en svart kvinne som er kommet hit som flyktning fra det krigs-

herjede, muslimske Somalia, kunne ha en slik lidelse». Forskning viser at flyktninger er traumatiserte. Det er gjengs oppfatning at somaliere har diffuse smerter som det er vanskelig å finne ut av. De skygger unna psykiatrien. Tuberkulose forekommer hyppig og somaliske jenter er kjønnslemlestet. De er fattigere, opplever mer problemer på boligmarkedet, og utsettes ofte for diskriminering. Det sier statistikken. Hvem kan da mistenke et symptomgivende empty sella? Like ille er det at legene ikke fant det verdt å forsøke å forklare henne hva hun led av. Trodde de at hun, en svart kvinne fra det krigsherjede Somalia, slett ikke kunne forstå hva dette dreide seg om?

Medisinsk sett handler Suads historie altså om en sjelden lidelse hvor det gikk svært lang tid før en adekvat diagnose ble stilt. Det er uheldig, men slikt kan skje, og det kan ramme alle. Menneskelig sett handler historien om en person som følte at hun verken ble sett eller hørt, og slett ikke tatt alvorlig. For en som forsøker å finne seg til rette i et fremmed land, kan slikt være vanskelig å bære, og for Suad tok det lang tid før hun kunne forsones seg med sin situasjon. Hun forteller selv:

Først følte jeg at det var noe galt med meg selv. Så følte jeg at det var noe galt med min familie, men nå forstår jeg at det er noe galt med den somaliske kulturen ... og en god del galt med den såkalte velferdsstaten som ikke hjalp meg i alle disse årene. Jeg føler at legene jeg var i kontakt med gjorde sitt beste, men de forventet ikke at jeg, en svart somalisk jente, kunne ha en slik sykdom. Med forhøyet kortisol er det vel rimelig å spørre en pasient om hvordan hun eller han har det psykisk? Jeg blir så rørt av å fortelle om dette! Jeg blir lett rørt når jeg snakker om ting som har satt spor hos meg. At legene var vitne til mine plager, men aldri spurte meg riktig spørsmål eller gav meg nok informasjon om funnene, det gjør vondt.

Da jeg var yngre, tolket jeg det som at ingen brydde seg om meg og at jeg verken ble hørt eller tatt på alvor. I dag tolker jeg det som legetabber. Men dette er tabber som kunne vært unngått dersom de hadde vært opptatt av å gi meg god behandling på lik linje med alle andre. I dag har jeg det dessuten mye bedre. Vi blir påvirket av våre omgivelser, men problemet oppstår når vi tar det negative med videre i livet. Nå er jeg gift og har fire barn. Jeg har snakket ut om tingene og har ikke så mye å bære på lenger. Og jeg er i ferd med å ta høyere utdanning. Nå kjenner jeg mine rettigheter og vet at jeg må stå opp for disse. Derfor har jeg det bedre nå.

Selvforsterkende prosesser

Suads historie bærer preg av tenkemåter og prosedyrer som er vanlige og ofte også

funksjonelle. I en travel allmennpraksis må vi raskt oppfatte og vurdere store mengder informasjon. Vi støtter oss da gjerne til «habits of mind», det vil si tillærte, lynraske tankeprosesser som, blant annet, innebærer at vi anvender tidligere ervervet kunnskap for å løse nye problemer. Det er fornuftig, det er effektivt, men det kan også være farlig. Vi har nemlig en tilbøyelighet til å dyrke våre meninger. Det vil si at vi søker informasjon som støtter det standpunktet vi allerede har inntatt; vi tolker informasjonen slik det passer oss best; og vi husker best den informasjonen som støtter våre egne synspunkter. Med andre ord: Vi havner lett i selvforsterkende prosesser som gjør oss blinde for andre virkelighetsoppfatninger. I forskningen kalles dette *confirmation bias*. En annen fare springer ut fra vår tendens til å holde en ting eller et fenomen fast i en slags entydighet, det vil si at vi danner oss *stereotypier* eller forenklede mentale bilder av personer eller grupper av mennesker som tilsynelatende har felles karakteristiske trekk. Selv om slike stereotypier kan være nyttige i enkelte sammenhenger, for eksempel når det gjelder å gjenkjenne visse sykdomsbilder, gjør ureflektert bruk oss blinde for det unike, det spesielle, det personlige.

Suads historie viser at for pasienter som befinner seg i en sårbar situasjon, kan en slik blindhet bli utslagsgivende. Her ble legenes blindhet dessuten ytterligere forsterket, først gjennom antakelsen om at «det vanligste er det mest sannsynlige» – en antakelse som gjorde at legene lenge ikke oppdaget pasientens egentlige problemer – og dernest gjennom medisinske behov for konfidensialitet og avstand.

Avstandstagnasjon som beskyttelsesreaksjon

Når vi står overfor folk som vi tror er ulike oss selv, er det ikke uvanlig at vi avgrenser oss. Vi setter opp symbolske gjerder eller gjør oss utilgjengelige på andre måter. Vi tar avstand. Men når noen tar avstand fra andre, skjer det noe på begge sider. Den som avgrenser seg kan fort miste interessen og bli uengasjert (7, s. 24). Den som holdes på avstand, vil på sin side kunne føle seg tilsidesatt og neglisjert. Og når en ikke regnes med, kan en fort begynne å tvile på seg selv og sin verdi som medmenneske. I Suads tilfelle kan det virke som om de legene hun snakket med ikke maket å bli med inn i hennes historie, å være der for henne. En viss frykt for det fremmedartede kan vi vel også ane. Det er derfor viktig at vi som leger reflekterer over våre profesjo-

nelle verdier, vår praksis og vårt behov for en viss profesjonell distanse. Slik refleksjon er en forutsetning for og en viktig del av det vi i dag forstår med begrepet kulturkompetanse.

Kulturkompetanse

Grovt sagt handler kulturkompetanse om evnen til å legge til rette for gode og meningsfulle kliniske møter på tvers av kulturelle skillelinjer. De siste årene har det skjedd en betydelig utvikling i hva som legges i det. På 70- og 80-tallet ble kultur gjerne oppfattet som noe som karakteriserer en bestemt gruppe mennesker, gjerne definert ut fra opprinnelse eller etnisk tilhørighet. Ut fra slik kunnskap ble det så antatt at en kunne vite noe om den enkelte. Vi ser da at det ofte slår feil, og, kanskje viktigere, det kan virke svært sårende å bli tillagt tanker og egenskaper på et så generelt grunnlag.

Utover 90-tallet ble det lagt mer og mer vekt på at kulturen er dynamisk og i stadig endring, og at personer i ulik grad omfavner sin gruppes kulturelle verdier og etterlever dens kulturelle forventninger. Individet kommer i sentrum, og helsearbeideren må utvikle sin kulturelle sensitivitet i møte med den enkelte (8). Men heller ikke dette er uproblematisk. Ukritisk aksept av ulikhet kan lett skli over i kultur- og verdi-relativisme som i verste fall gir grobunn for tanker og handlinger som er uforenlige med medisinske og samfunnets verdi-grunnlag.

Kulturell ydmykhet

I dagens samfunn må helsearbeideren imidlertid forholde seg til et stadig økende kulturelt mangfold, i engelsk litteratur gjerne kalt «super-diversity» (9). Erkjenningen av at det da er umulig stadig å ha gyldig forhåndskunnskap om Den Andre (10), har de siste tiårene ført til selvransakelse og større bevissthet om betydningen av ens egen kultur. Alle kommer vi fra et sted, og vi har alle personer rundt oss som vi både er avhengige av og føler lojalitet overfor. Den virkelige utfordringen ligger således ikke i å forstå andre kulturer, men i å forstå ens egen. I det flerkulturelle samfunnet trenger vi derfor å reflektere kritisk over egne holdninger, fordommer og verdier. En slik reflekterende holdning i møter mellom personer med ulik kulturell bakgrunn kalles gjerne kulturell ydmykhet (11). Det handler om å kunne møte Den Andre ansikt til ansikt (10), anerkjenne Den Andres behov og ressurser, og at



også Den Andre er sosialt verdifull og kan ta egne valg (12).

Og når det vanlige ikke strekker til, må det være rom for intuisjon og kreativitet (1, s 82). Helsearbeideren må våge å nærme seg innvandrerpasienten som et medmenneske, vise interesse og engasjement, selv om det skulle innebære et oppgjør med egne holdninger. I følge antropologen Marianne Gullestad krever refleksjon, diskusjon og kritikk trygghet, og det er denne tryggheten som skal til for å gjøre samfunnet mer rommelig (13, s. 66). Vi tror at refleksjon, diskusjon og selvkritikk utøvet i trygghet også kan skape en mer tilgjengelig, romslig, inkluderende, og respektfull helsetjeneste. Og respekten blir satt pris på, som dette utsnittet av en høyt utdannet sør-amerikansk kvinnes brev til sin gynekolog bærer vitne om:

You were the first medical doctor who showed genuine interest in my health and who saw me as a human being entitled to your best. With you, for the first time in Oslo I experienced a doctor acting as researcher in doing diagnostic work. With you, I experienced a doctor who acknowledged intelligence in his patient and engaged in dialogue, including for choice of treatment. I wish to commend you for

choosing to act in ways that give the name of your profession a good and proper connotation. I write to thank you for having chosen to be caring and compassionate as a fellow human being.

Vi vil gjerne tro at det blant allmennleger finnes mange som har holdninger som denne gynekologen. For eksempel følte Suad at hennes fastlege var den eneste som tok hennes problemer alvorlig da hun fortalte henne at: «Eneste måten å bli kvitt problemet på er å tappe ut væsken, men det kan føre til andre problemer. Kanskje er den beste løsningen at du venner deg til å leve med disse plagene?» I dag, mener Suad, er plagene lette å håndtere, for nå vet hun hva de kommer av, at det ikke er farlig, kun plagsomt. Innsikten gjorde henne i stand til å reflektere over sin egen situasjon, akseptere problemene, se mulighetene og vokse på det. I møtet med det ukjente og fremmedartede vil kanskje en tilsvarende refleksjon være nyttig også for legen?

REFERANSER

1. Hunskaar, S. red (2003) Allmennmedisin Oslo: Gyldendal akademisk.
2. What is Empty Sella Syndrome? NINDS Emph Sella Syndrome Information Page National Institute of Neurological disorders and Stroke. Lastet ned 15.03.2015.
3. Guinto, G. et al (2002) Primary Empty Sella syndrome: The Role of Visual System Herniation Surg Neurol Vol. 58, s. 42–8.
4. Ciacciari, E. et al (1994) Empty Sella in children and adolescents with possible hypothalamic-pituitary disorders J Clin Endocrinol Metab Vol. 78, No. 3, s. 761–71.
5. Naing, S. & Frohman, L.A. (2007) The Empty Sella Pediatr Endocrinol Rev Vol. 4, No. 4, s. 335–42.
6. Manavela, M.P. et al (2001) The association of Cushing's Disease and Primary Empty Sella Turcica Pituitary 4, s. 145–151.
7. Gullestad, M. (1985) Livsstil og likhet Oslo: Universitetsforlaget.
8. Magelsen, R. (2008) Kultursensitivitet: Om å finne likheten i forskjellene Oslo: Akribe AS.
9. Vertovec, S. (2007) Super-diversity and its implications Ethnic and Racial Studies Vol. 30, No. 6, s. 1024–1054.
10. Lévinas, E. (2004) Den Annens humanisme Oslo: Aschehoug & Co.
11. Tervalon, M. & Murray-García, J. (1998) Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes in Multicultural Education Journal of Health Care for the Poor and Underserved Vol.9, No. 2, s. 117–125.
12. Honneth, A. (1990/2003) Behovet for anerkendelse København: Hans Reitzels forlag.
13. Gullestad, M. (2002) Det norske sett med nye øyne Oslo: Universitetsforlaget.

■ A.AA@NAKMI.NO

I møte med det ukjente og fremmede er det tidvis vanskelig å se individene bak alle.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Lang veg, lite legevakt

■ GUTTORM RAKNES • Forskar, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nkim)

Det er sterk samanheng mellom aukande avstand til legevaktlokalet og redusert bruk av legevakt. Dei som planlegg legevaktstrukturen i Noreg i framtida, bør ta omsyn til dette og andre funn i avhandlinga mi «Reisetid, reiseavstand og bruk av legevakt».

Ideen til doktorgradsprosjektet kom til under lange vaktar ved Nord-Salten legevakt. Eg fekk inntrykk av at det var nærast matematisk samanheng mellom avstand frå dei ulike bygdene til klinikken på Innhavet og kor stor del av pasientmassen dei representerte. Eg var interessert i å finne ut av kor stor denne avstandeffekten var, og om det var slik andre stader. Litteratursøk viste liknande effektar, eller «distance decay», i andre delar av helsevesenet.

I samråd med Steinar Hunskaar ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) kom eg fram til at problemstillinga var godt eigna for eit forskingsprosjekt. I staden for å bruke mykje krefter på å samle inn nye data frå ulike legevaktar, fann vi ut at det var langt meir praktisk å studere samanhengen mellom avstand og legevaktbruk på allereie innsamla data frå Legevakten i Arendal. Funna var så interessante at det var grunnlag for tre andre prosjekt; Utvikling av ein ny metode for å berekne avstand til legevakt for ein kommune, ei kartlegging av reiseavstandane til legevakt for alle norske kommunar og ein studie av samanhengen mellom avstand og bruk av legevakt uttrykt ved tal på rekningskort frå HELFO frå alle legevaktkonsultasjonar.

Funn

Det var konsistent samanheng mellom reiseavstand og bruk av legevakt. I dei tre stu-

diane der bruken vart undersøkt, fall legekonsultasjonsraten med 1,6 prosent, 1,8 prosent og 1,3 prosent for kvar kilometer lengre avstand til legevakt. Dette svarer til ei halvering etter mellom 38 og 53 kilometer (FIGUR 1). For sjukebesøk var det tilsvarende effekt av avstand. Telefonkonsultasjonar var den einaste kontaktforma som ikkje vart redusert med avstand.

Det var svært liten innverknad frå andre demografiske og sosioøkonomiske faktorar. Høg legedekning og liten del innbyggjarar med låg utdanning var assosiert med lågare bruk av legevakt, men effekten var berre om lag ein tidel av avstandeffekten.

Data frå Legevakten i Arendal inneheld data om hastegrad etter Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Som forventat var det eit kraftig fall for dei ikkje-akutte grøne tilfella, men og for dei gule (hastar) og raude (akutt livstrugande) var det signifikant færre kontaktar med aukande avstand. Dette, saman med eit signifikant fall i frekvens av ambulansetrykkingar med legevaktlege, reiser spørsmål om kor forsvarleg det er med lange avstandar i legevakt.

Organisatoriske høve spelar truleg ei rolle uavhengig av avstand. Ein-kommunelegevaktar utanom sjukehus hadde høgare legekonsultasjonsrate enn fleir-kommunelegevaktar i eller nær sjukehus ved justering for avstand. Ved 21 km avstand hadde fleir-kommunelegevaktar på sjukehus 53 prosent færre legekonsultasjonar enn ein-kommunelegevaktar utanfor sjukehus.

Vi fann stor variasjon i reiseavstandar, frå mindre enn ein til 141 kilometer. Dei fleste kommunar har eit fast legevaktlokale heile døgeret, heile veka, men det er ikkje uvanleg at fleire kommunar går saman om legevaktordningar med vekslende lokale. Ettersom avstanden til legevakta vil variere med tid, er det ikkje mogeleg å rekne ut den gjennomsnittlege avstanden

ved vekslende lokaler. Den lengst tenkjelege avstanden kan ein likevel alltid finne. Medianen for slik maksimal reiseavstand i alle norske kommunar var 19 km eller 22 minutt. Dersom ein berre inkluderer kommunar med fast legevaktlokale, var median reiseavstand 13 kilometer eller 16 minutt, på mange vis er dette meir representativt for kva som er typisk avstand til legevakt. Mange av dei lengste maksimalavstandane gjeld i mange tilfelle berre natt eller andre tidspunkt med svært låg aktivitet. Førte av kommunane (10 prosent) hadde meir enn ein time til legevaktlokalet, men folketalet i desse kommunane utgjorde berre to prosent av totalen i Noreg. Kommunane med lang reiseveg er med andre ord stort sett små, og dei fleste har kort avstand (FIGUR 2).

Mange tilsette ved norske legevaktar er klar over at lang avstand tyder høg terskel for å ta kontakt. Det rår ei oppfatning om at når dei som bur langt borte først ringer, er det oftare alvorleg sjukdom, og oftare med meir reelt behov for legehjelp. I strid med denne oppfatninga fann vi at andelen pasientkontaktar som resulterte i legekonsultasjon var lågare dess lenger bort pasientane budde. Dette kan vere eit uttrykk for urettvis fordeling av tilgang på legevakttenester på grunn av avstand.

Funna er viktige for norsk allmennmedisin, mellom anna fordi dei kan tyde på at folk ikkje har lik tilgang på helsetenester uavhengig av kor ein bur. Allmennlegar må vere merksame på mogeleg underforbruk av legetenester mellom pasientar i utkantane, dette kan krevje ekstra oppfølging. Samstundes bør ein bidra til å redusere overforbruk i nærområdet. Tiltak for å utjamne forskjellar i legevaktbruk på grunn av avstand bør vurderast.

Dr.philos, ikkje PhD

Eg har vore så heldig å kunne gjennomføre doktorgradsprogrammet mitt i ei forskar-

God allmenntmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmenntmedisinske doktoravhandlingar. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgjende 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 vidare?

stilling ved Nklm. Erfaringa som fastlege og som medisinsk ansvarleg lege ved Nord-Salten legevakt har vore gull verd. Eg hadde opphavleg ikkje planlagt å ta doktorgrad, men då eg hadde skrive fire artiklar fann eg ut at eg ville prøve likevel. Eg valde å gå for dr.philos, eller "doktorgrad som privatist". På den måten kunne eg levere avhandlinga utan å ta del i forskarskule eller å samle på poeng frå obligatoriske kurs. Krava til sjølve avhandlinga skil seg ikkje frå vanleg PhD, men på disputasen er det ein ekstra prøveforelesing med sjølvvald emne. Det er heller ingen formell rettleiar. I mitt tilfelle fungerte likevel professor Steinar Hunskaar for alle praktiske formål som dette. Erfaringa mi er at dr. philos er ei god ordning som burde vore meir brukt. For allmennlegar som har forska over mange år, og som ikkje har tid til den formalisert forskarutdanninga PhD inneber, er dr. philos særleg godt eigna.

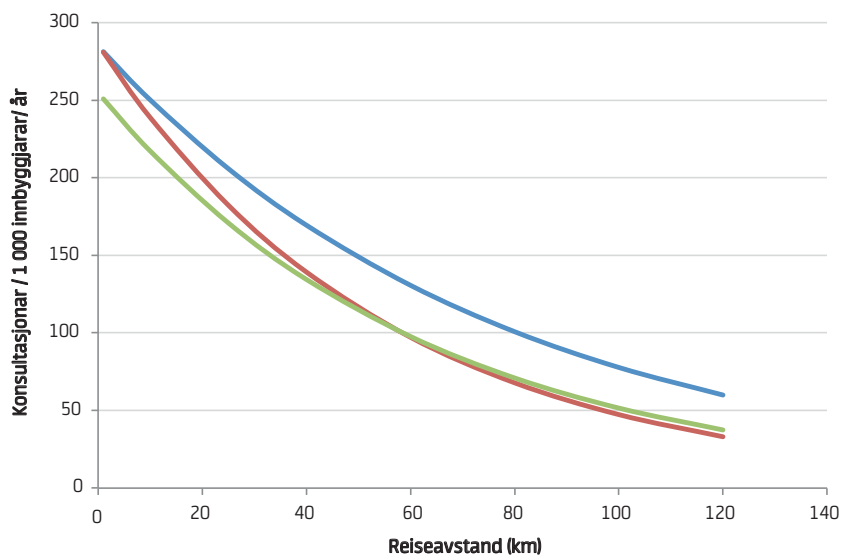
Eg vil oppmode alle som jobbar i allmennpraksis til å alltid vere på jakt etter problemstillingar som kan omsetjast i forskingsprosjekt. Det gjeld å tenke smått og ukomplisert i starten. Til og med enkle intervjustudiar skulle vere mogeleg utan at det går ut over den daglege kliniske praksisen.

I materialet til doktorgradsprosjektet har det dukka opp fleire forskingsspørsmål eg no vil ta fatt på. I tillegg er det ein naturleg del av jobben som tilsett ved Nklm å få omsett forskinga i praksis. Eg er glad for at mellom anna Akuttutvalet har vist interesse for prosjekta mine. Ut over dette har eg planar om andre prosjekt som RELIS-overlege og klinisk farmakolog.

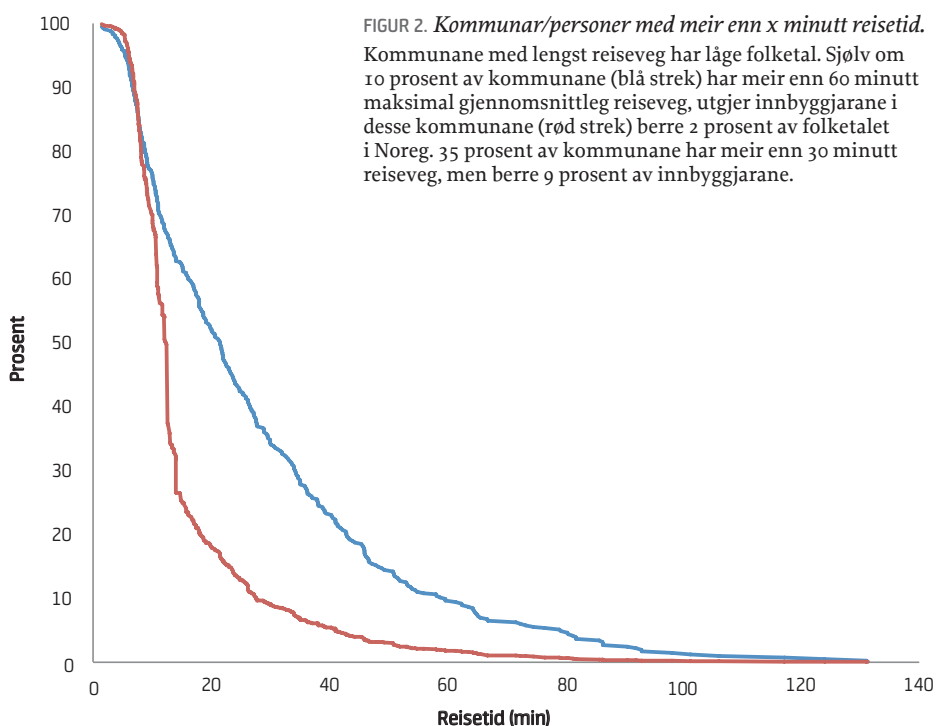
LES AVHANDLINGA HER:

<https://bora.uib.no/handle/1956/10373>

■ GUTTORM.RAKNES@UNI.NO



FIGUR 1. Samanheng mellom avstand og legekonsultasjonsrate i dei tre studiane.



FIGUR 2. Kommunar/personer med meir enn x minutt reisetid.

Kommunane med lengst reiseveg har låge folketal. Sjølv om 10 prosent av kommunane (blå strek) har meir enn 60 minutt maksimal gjennomsnittleg reiseveg, utgjer innbyggjarane i desse kommunane (rød strek) berre 2 prosent av folketallet i Noreg. 35 prosent av kommunane har meir enn 30 minutt reiseveg, men berre 9 prosent av innbyggjarane.

Nidaroskon

■ KRISTINE ASMERVIK OG TOVE RUTLE

Nydelig vær med vakre høstfarger var med på å sette stemningen til den 14. Nidaroskongressen i Trondheim.

Det var i år rekorddeltakelse med 1230 deltakere fra hele landet. Altså en fantastisk mulighet til å møte kolleger man ikke trefte hver dag.

Åpningen ble offisielt foretatt av varaordfører **Knut Fagerbakke** og åpningsforedra-

get var ved prodekan **Hilde Grimstad**. Hun la vekt på mantraet «Tillit – trygghet og tilgjengelighet» som antagelig alltid er fornuftig å få repetert, og i tillegg inviterte hun, og anbefalte allmennlegene til forskning. Hun var klar på at det ikke behøver å være store PhD-prosjekt, for matnyttig og nøktern forskning på legekantoret som for eksempel sier noe om hvordan man jobber, kan fremme både kvalitet og refleksjon.

Andreas Widerøe Hagen var årets Nidaroskunstner. Hans bilde preget kurspro-

grammet, ble etikett til Nidarosvinen og preget ellers materiell til kongressen.

Nidaroskongressen avviklet totalt 34 ulike kurs gjennom uken

- 13 kliniske emnekurs for leger
- 2 grunnkurs for allmennmedisin
- 1 grunnkurs for samfunnsmedisin
- 4 dagskurs for leger
- 11 dagskurs for medarbeidere

Det var også daglig kulturelle innslag, blant annet av Trondheims musikkskoles elever.



Her poserer Nidaroskongressens leder Torgeir Fjermestad og sekretær Lena Ervik med Andreas Widerøe Hagens bilde, som ble gaven til årets Nidarospris.

gressen 2015

Festmiddagen ble tradisjonen tro avvirket torsdag, med høy stemning, god mat og dans.

Tanker, tro og tvil om forebyggende helsearbeid

Eivind Meland er fastlege ved Olsvik legeresenter og professor ved Institutt for Global helse og samfunnsmedisin ved UiB. Tirsdag holdt han et høyaktuelt plenumsforedrag med tittelen «Tanker, tro og tvil om

forebyggende helsearbeid». Hans spesialfelt er forskning rundt diagnostikk, kostholdsbehandling av hypertensjon og motivasjon og rådgivning i forebyggende helsearbeid blant pasienter med risiko for, eller etablert hjerte- og karsykdom.

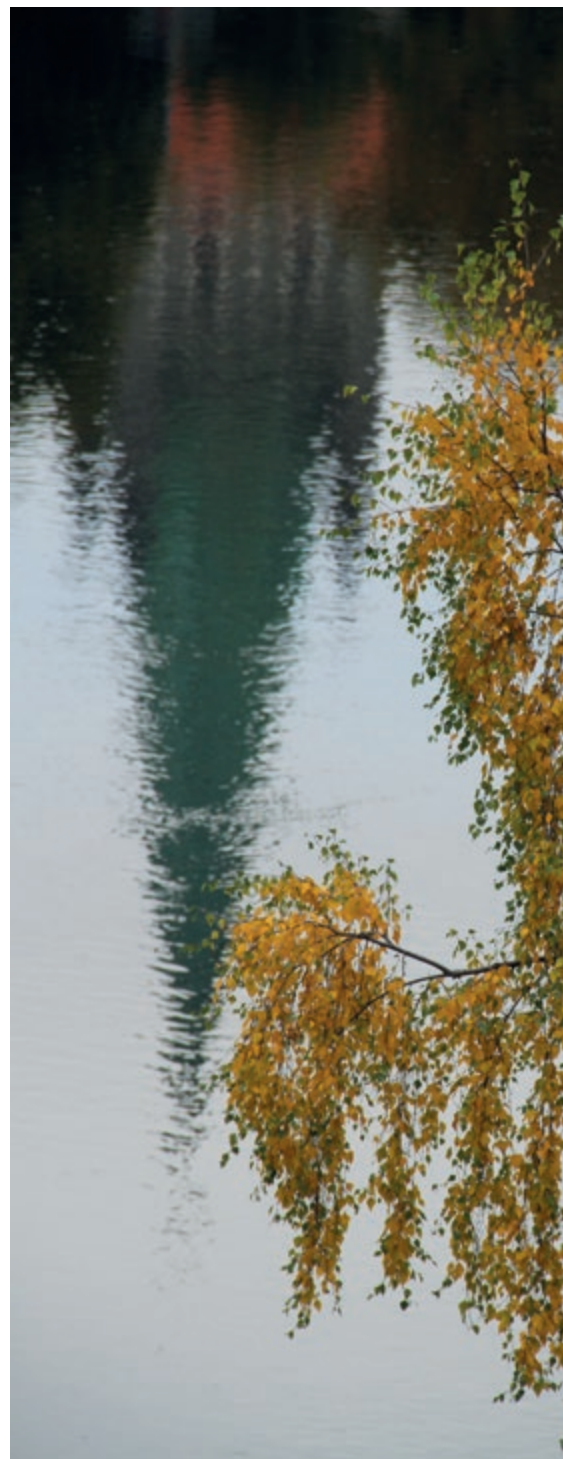
Meland problematiserte vår terapeutiske kultur. Diagnoser var noe vi tidligere døde av, men noe vi ikke kan leve uten i dagens kultur, presiserte han. Sykdomsforekomsten øker sannsynligvis på grunn av økt tilgjengelighet på helsetjenester. Det er overhengende fare for økende sykeliggjøring og terapeutisering. Meland som også har løftet frem et allmennreligiøst ståsted i medisinen gav oss sammenlikningen med den gode, eller nå «selvlysende» samaritan: «Gå ut og gjør alle folkeslag til pasienter...» Det tas heldigvis til motmæle både på ledernivå i Legeforeningen, i forskningsmiljø i Norge og internasjonalt. Nylig har den tredje konferansen i Preventing overdiagnosis «Winding back the harms of too much medicine!» gått av stabelen i København. I USA har de lansert en spisset YouTube-snutt verdt å se mot overdiagnostikk og overutredning kalt «Choosing wisely» på en parodi av Pharrell Williams' «Happy».

To av dilemmaene ved forebygging er i følge Meland at alle må få samme risikoreduksjon og hvor skal grensen gå for tiltak. Falskt positive har lite nytte av behandlingen om vi setter grensen for lavt. Forebyggende medisin betyr mye for dem som trenger det mest og lite for dem som ikke trenger det. Meland henviser til John Brodersen som er Nidarosgjesten og begrepet kvartærforebygging. Kvartærforebygging er forebygging mot overdiagnostikk og medisinsk behandling (inkludert utredning og diagnostikk). Med dette i tankene er kunnskapsbasert medisin viktig

Eivind Meland holdt et meget aktuelt plenumsforedrag.



Vakre høstfarger var med på å skape fin stemning rundt den 14. Nidaroskongressen i Trondheim.



ILLUSTRASJONSFOTO: TORUNN SMEVIK/SCANDINAVIAN STOCK PHOTO

men ikke nok. Vi må ha en omvendelse i tillegg mener Meland. Medisinen trenger et skifte, å vende om. Meland siterer Knud Eiler Løgstrup som har definert helse som «hel og tilhørende» i naturen og at mennesket har en spontan iboende evne til å forstå moral, at det er helsebringende å være trygg på livet og at det opplyser oss. Meland avsluttet elegant med rådet om ikke forsøke å gjøre det en død mann kan gjøre bedre, nemlig å unngå symptomer, emosjoner og ubehag.

Det godes problem – når forebygging gjøre mer skade enn nytte

Dette er den slående tittelen på foredraget som ble holdt av kongressens nidarosgjest **John Brodersen**. Brodersen er professor og spesialist i allmennmedisin ved Forskningsenheden og Afdeling for Almen Praksis ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Københavns Universitet

Hans PhD omhandlet psykososiale konsekvenser av falskt positive screeningresultater, med brystkreft som eksempel.

Brodersen innledet med å peke på noen viktige grunnpilarer innen forebyggende medisin og behandling.

Evidensbasert medisin ligger til grunn, men nytte versus skade er ikke sort eller hvitt, men et kontinuum der grensen er vanskelig å sette. Ta vurderingen av risiko for en tenkt sykdom og behandling. Settes grensen ved lav risiko vil behandlingen kunne gjøre mer skade enn nytte versus høy risiko, der behandlingen gir mer nytte enn skade; underveis vil vi miste noen. Det



Trondheims musikkskoles elever sto for noen av de daglige kulturelle innslagene på kongressen.

ligger til vår kultur å tenke at det er bedre å forebygge enn å helbrede, men er dette alltid sant? Kan jo før jo bedre også være for tidlig?

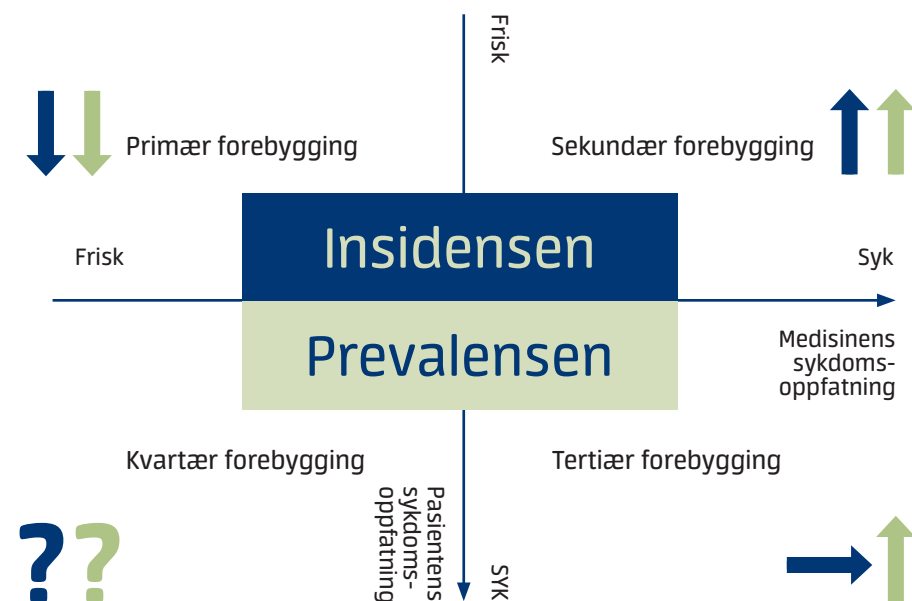
Videre spiller etikk en rolle der autonomien står sterkt. Vi skal som leger gjøre godt, men først og fremst ikke skade.

Brodersen påpekte at primær forebygging også kan skade; for eksempel kan vaksiner som primærprofylakse også medføre skader på friske individer i form av narkolepsi og andre bivirkninger. Massekampanjer og individforebyggende tiltak har

gjennom 30 år vist seg å ha liten og forbigående effekt. Virker et primærforebyggende tiltak skal da både prevalens og insidens av en sykdom gå ned.

Innen sekundærforebygging så som høyrisikoscreening og befolkningsundersøkelser med PSA-test som eksempel vil både insidens og prevalens kunne øke. Screening kan føre til nedsatt morbiditet og mer skånsom behandling, trygghet mot å være syk og være primærforebyggende. På den andre siden kan screening også føre til at flere blir pasienter, overdiagnostikk, falsk trygghet,

John Brodersen var kongressens nidarosgjest.



NIDAROSPRISEN 2015

falsk alarm, overbehandling, økt sykkelighet og morbiditet samt induisert sykdom.

Screeningtester virker lite eller ikke på reduksjonen av den total dødelighet og forebyggende tiltak gir for lite effekt til å kunne utgjøre en målbar virkning. Dette fordi så få dør for tidlig og forskjellene dermed er så små.

Tertiærforebygging er å hindre tilbakekomst av en sykdom. Å gi ASA etter hjerne slag eller hjerteinfarkt er tertiærforebygging og har god effekt. Å gi HRT til 2000 menopausale kvinner gir derimot øket risiko for brystkreft, idet ekstra 38 kvinner får brystkreft i løpet av 10 år.

Ved mammografiscreening skal 2000 kvinner inviteres til screening fem ganger i løpet av 10 år for å forebygge ett dødsfall grunnet brystkreft. Dermed blir forhold mellom HRT til postmenopausale kvinner og mammografiscreening 38:1. Det er altså 38 ganger så farlig å gi en postmenopausal kvinne HRT sammenlignet med effekten på dødeligheten av brystkreft ved mammografiscreening. Prevalensen øker, men insidensen er den samme.

Kvartær forebygging er et begrep man bør ta inn over seg. Dette er handling for å indentifisere personer med risiko for overmedisinering og overutredning. Her er ingen sykdom men plager. Effekten av dette på insidens og prevalens gjenstår å se.

Den kvartære forebygging er en ny definisjon. Det handler om å beskytte individer, både friske og pasienter mot medisinske handlinger som med større sannsynlighet vil kunne skade dem fremfor å gjøre dem godt. Målet er å redusere overmedikalisering, overdiagnostisering, overbehandling og iatrogen påført skade.

Nidaroskongressen har i år hatt et eget klinisk emnekurs om temaet overdiagnostikk og overbehandling. Alt for mange medisinske undersøkelser og unødvendige behandlinger kan være skadelig for individet og folkehelsen – ikke minst er dette kostbart for samfunnet. Disse er den moderne medisins dilemmaer som må håndteres klokt på det enkelte legekantor, men også på systemnivå.

Fremtiden er nær med selvdiagnostiske apper og tester for sykdom på supermarkedet, og overleverens historier fremmer presset for utvidede og flere screeningtester. Brodersen avsluttet klokt med at legen som foreslår forebyggende tiltak skal ha gode bevis for at tiltaket virker, det vil si endrer et sykdomsforløp, sykkelighet og/eller dødelighet signifikant – og at det forebyggende tiltaket er langt bedre enn de mulige skadene det kan medføre.

Nidarosprisen gikk denne gangen til **Aage Bjertnæs**, som er en av nestorene i norsk allmennmedisin. Han var med å startet det første legesenteret i Trondheim i 1975 og er spesialist i allmenn- og arbeidsmedisin og veileder i allmennmedisin med trolig flest veiledningsgrupper sammenlagt. Bjertnæs var aktiv og engasjert for å få til medisinerstudiet i Trondheim ved den gang NTH, samt en av grunderne bak selve Nidaroskongressen. Han har holdt flertallige foredrag inn – og utenlands og vært redaktør i *Utposten* fra 1977 til 1982. Det var den gang *Utposten* ble betraktet som et revolvermagasin med sterke meningers makt og penn. Bjertnæs har utmerket seg som allmennlege og forkjemper for faget. Han bidro sterkt til fastlegeordningen og har også forfattet flere bøker, her nevnes for eksempel folkelig illustrerte selvhjelps-bøker i samarbeid med Miriam Wiklund.

Aage Bjertnæs takket for prisen, som han ser på som et utholdenhetsbevis etter foreløpig 41 i allmennpraksis, og ikke minst som en faglig anerkjennelse.

Dernest gratulerte han publikum i salen med valget som fastlege – verdens fineste jobb. Bjertnæs gav oss også en fargerik historie om en beslutsom vei mot medisinstudiet tross visse hindringer som trusler om kun arbeid i fiskemottak, om han ikke anstrengte seg mer med arbeidet i skolen på hjemmeplassen. Han tok medisinstudiet i Tyskland og traff der de medstudentene han siden dannet Risvollan legesenter sammen med i Trondheim. Aage Bjertnæs er fremdeles aktiv fastlege i sinn og gavn og ser faget allmennmedisin både i faresonen og i utvikling. – Fremover må vi ha flere fastleger i forskning og ta faget tilbake både i omfang og i kontinuitet – og fastlegereformen trenger videreutvikles, avsluttet Aage Bjertnæs.



Forskningsprisen fra Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF) gikk i år til Elin H. Bergene for prosjektet «Strategies to give children bad tasting medicine».

AMFF sier at; prisen skal stimulere til norsk allmenntmedisinsk forskning av høy internasjonal kvalitet. Prisen er et reisestipend på kroner 20 000. Prisen skal tildeles en allmenntmedisinsk PhD-stipendiat eller en kandidat som har disputert i løpet av siste 12 måneder. Prisen skal deles ut vekselvis på Nidaroskongressen og Primærmedisinsk Uke. Vurderingsgrunnlaget for tildelingen er det innsendte sammendraget og selve prosjektpresentasjonen i form av enten et fritt foredrag eller en poster under forskningsdagen ved disse faglige anledningene. Vurderingskomiteen oppnevnt av AMFF, la følgende kriterier til grunn for tildelingen: Den tydelige allmenntmedisinske relevansen, kvaliteten og originaliteten av

det presenterte forskningsprosjektet, og forskerens formidlingsmåte. Prisvinneren som er en student i den allmenntmedisinske forskerskolen og PhD-stipendiat ved Institutt for samfunnsmedisin, NTNU, har undersøkt hva småbarnsforeldre forteller til andre foreldre i nettbaserte fora om sine erfaringer med å få barna sine til å ta medisiner som smaker vondt. Hun har fortolket utsegn av foreldre i Skandinavia og England, og hun kan påvise at foreldrenes strategier favner et spekter fra forhandling via lureri, til tvang. Hennes konklusjoner er: foreldrene strever utrolig mye; de får ikke god veiledning og mye medisin forskrevet til småbarn blir trolig ikke tatt – og gode teknikker til å samarbeide med barn er mangelvare.



NFAs Løvetannpris deles ut til en allmenntlege som har gjort en innsats for faget. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Årets løvetann er Anna Luise Kirkengen og hun kjennetegnes av å både være en praktiker og teoretiker, som har jobbet både lokalt, nasjonalt og etter hvert også internasjonalt. Som praktiker har hun gjennom tre tiår hatt sitt virke som allmenntlege. Det var her hennes forskningsinteresse ble vekket - i møte med egne pasienter der hun over tid ble bevisst på hvor lite hun egentlig visste om pasientenes liv. Som teoretiker har hun utfordret medisinsens kunnskapsgrunnlag. Hun har synlig-

gjort det utilstrekkelige i forestillingen om at menneskekroppen er en maskin. Hun har vist oss hvilke skadevirkninger som kan oppstå når forskere og klinikere sjalter vekk menneskets erfaringer og følelser, og hvor galt det kan gå når vi forsøker å hjelpe mennesket ved å møte det som et objekt. Hun har vist oss at vårt eget fag – medisinen – noen ganger øver vold mot pasientene. Og hun stiller oss moralsk ansvarlig for den urett og lidelse som dette kan påføre våre pasienter. Prisvinneren har gjort seg kjent med et voksende forskningsfelt som beskriver hvordan krenkelser, overgrep og vanskjøtsel i barndommen fører til vedvarende helseskader i voksenalder. Hun har samlet og syntetisert en mengde kunnskap i et fagfelt der psykologi møter nevrologi, møter endokrinologi, møter immunologi. Forskning innenfor psyko-nevro-endoimmunologien viser oss stadig mer om hvordan erfaringer skrives inn i kroppen. Anna Luise Kirkengen har veiledet legestudenter, allmenntleger i spesialistutdanningen og studenter i allmenntmedisinsk forskerutdanning. Hun har skrevet bøker og bok-

kapitler basert på sin egen forskning og omfattende kunnskapsoversikt. Hun har vært medlem av Norsk selskap for allmenntmedisin sin referansegruppe for medisinsk filosofi på 1980–1990-tallet, hun har vært medlem av Nordisk risikogruppe. Hun er nå professor i allmenntmedisin og leder Allmenntmedisinsk forskningsutvalg. Årets prisvinner er ikke ute etter å behage – hun utfordrer! Og hun utfordrer gjerne i egne rekker! Man blir slett ikke alltid oppfordret til å holde den samme faglige stødige kursen av å lese det hun skriver. Av de som har hørt henne forelese om sitt forskningsfelt – så tør vi hevde at ingen noseninne har gått uberørt hjem; enten man er enig eller uenig i hennes budskap. Uredd har hun våget å skape debatt og være motstrøms når det gjelder mange viktige faglige spørsmål. Så etter mange års arbeid fremstår hun som et internasjonalt faglig fyrtårn. En vi skal lytte til og være stolte av. Vårt fyrtårn lyser opp der det trengs som mest – der det lenge har vært mørkt. Fyrtårnet lyser for det første på hennes vitenskapsteoretiske kritikk som slår fast og forklarer hvordan objektiviserende vitenskap er etisk usann mot mennesket. For det andre består lyser hennes egen forskning opp, forskning om helseskadene som følger av krenkelseserfaringer. Og for det tredje består lyser det etterhvert av et voksende fagfelt som forklarer hvordan biologi og biografi er uløselig flettet inn i hverandre i menneskets vesen, et fagfelt hvor prisvinneren kjenner det meste som rører seg og er i stand til å syntetisere og formidle forskningsfronten til oss andre, både nasjonalt og internasjonalt.





NFAs skribentpris 2015 gikk til Ingrid Neteland

Det hender at det dukker opp tekster om vårt fag som treffer oss, som vi blir gående å tenke på. Det kan være tekster som både er vesentlige og litt uventede, og der språket er gjennomarbeidet og har litterær, nesten poetisk, kvalitet. Årets pris går til en slik tekst. Ingrid Neteland er en medisinstudent som har skrevet om en konsultasjon i en praksisperiode hos en allmennpraktiker. Teksten er kort, bare en side, og sto i *Utposten* nr 5, 2014. Tittelen er «Hun som ligner». Pasienten er en kvinnelig lærerstudent, like gammel som den kvinnelige medisinstudenten. Studenten er bisitter i konsultasjonen. Her er et utdrag av teksten: «Jeg kjenner deg ikke, og vet ikke hvorfor du gråter. Jeg kjenner det bare igjen, det du sitter og holder på med. Du strever, tenker jeg. Og det har jeg sett før. Kjent på før. Du forteller om en ekkel følelse inne i kroppen. Om at kroppen ikke funker, og at hodet er helt på villspor. Og du forteller at det skremmer deg. «Jeg blir så redd» sier du til legen din. «Jeg blir rett og slett redd meg selv». Jeg blir ukomfortabel på stolen min. Vil at du skal slutte å fortelle. Vil egentlig ikke høre om de mørkeste tankene dine. Fastlegen din er like rolig, heldigvis. «Fortell meg hva du tenker» sier hun. Vi vil ikke røpe her hvilke refleksjoner forfatteren gjør seg videre, men teksten finnes i *Utposten* nr. 5, 2014.

Forskningsprisen fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) gikk i år til Inger Lyngstad

AFU sier; med forskningsprisen utheves og anerkjennes det beste frie foredrag som fremføres av en nykommer i allmenn- eller samfunnsmedisinsk forskning, enten under Nidaroskongressen eller Primærmedisinsk uke (PMU).

Prisen er et spleiselag mellom Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for samfunnsmedisin. Den skal stimulere til forskning og fagutvikling i primærmedisin blant primærleger som har liten forskningserfaring fra før. Prisbeløpet er 15 000 kroner.

Bedømmelseskomiteen la følgende kriterier til grunn for tildelingen:

- at en kollega har tatt sin egen undring i faget på alvor,
- at ideen har allmenn- og samfunnsmedisinsk relevans,

- at kandidaten har valgt en adekvat metode,
- og at prosjektet er blitt fremlagt på en engasjerende måte.

Inger Lyngstad har med sitt prosjekt «Uønskete hendelser og pasientskader i norsk allmennmedisin», gravd i en sentral skattekiste for allmennmedisinsk forskning, nemlig sitt eget journalarkiv. I en periode på ett år valgte hun ut journalene til alle pasientene over 70 år. Disse 57 journaler gransket hun deretter ved hjelp av et internasjonalt utviklet og utprøvd verktøy og fant hos 10 av de 57 pasientene skader som var blitt påført dem under behandling enten på sykehus eller i primærhelsetjenesten. Funnet gir grunn til å utheve betydningen av en slik granskning.



UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

De stille fødslene...

■ KARI LØVENDAHL MOGSTAD • Spesialist i allmennmedisin

Stillbirth. Sjelden har jeg hørt et mer treffende begrep om en tilstand, eller situasjon. Stillbirth er det engelske ordet for dødfødsel, og beskriver med knivskarp presisjon slik det oppleves på fødestua, akkurat i det babyen din blir født, og i tidsrommet etterpå. Den øredøvende stillheten som råder; fra det døde barnet, til de andre som er i rommet og tar del i den absurde og surrealistiske hendelsen som en dødfødsel er. Et rom og en situasjon som skulle vært fylt av helt andre lyder, følelser og emosjoner enn det tynges med når man vet at det er et dødt barn som skal fødes ut av mors liv.

I følge Medisinsk Fødselsregister var det i fjor en økning av dødfødsler, og tallet var de høyeste siden i 2008. 35 flere vordende foreldre enn året før, opplevde det som kanskje er noe av det verste man kan erfare, nemlig at barnet man venter dør i mors liv. I fjor var det 262 barn som var dødfødt, altså som døde i mors liv fra og med uke 22. Det betyr at 4,4 av 1000 fødsler er dødfødsler, og tallet har her i Norge variert mellom omlag 3,5 og til over seks pr. tusen fødte barn.

Nå etterlyser Landsforeningen uventet Barsedød mer fokus og satsning på forskning, for å finne ut av hvorfor disse barna dør, og ikke minst å finne ut hvordan man skal unngå at flere hundre gravide kvinner skal miste barnet sitt. Dette støtter jeg, og håper at både midler og interessen øker for å stimulere til mer forskning innen uventet fosterdød.

Man kjenner allerede til en del risikofaktorer, som er med og øker sjansen for at barnet dør i mors liv. Det dreier seg blant an-

net om høy alder hos mor, overvekt og fedme og røyking, men også diabetes, høyt blodtrykk og flerlingsvangerskap er blant risikofaktorene. Man kjenner også til noen direkte årsaker til risiko for dødfødsel, og det er særlig sykdom, defekt eller skade av morkaken, navlestrengskomplikasjoner og kromosomfeil, eller misdannelser hos fosteret. Også infeksjoner kan gi økt risiko for dødfødsel, spesielt Gruppe B-streptokokker.

Ut fra dette panoramaet av kjente risikofaktorer og årsakssammenhenger, burde det være mulig å gjøre tiltak som bedrer statistikken og reduserer antallet dødfødte. Men det er alltid nyttig og viktig å ha forskning og kunnskap i ryggen, både for å påvirke befolkning og helsepersonell til å bli bevisste hva som skal, og kan gjøres, for å øke sjansen for et vellykket utkomme av et svangerskap.

Men faktisk så er det så mange som en fjerdedel som aldri får vite hvorfor akkurat deres barn døde i mors liv. Dette til tross for at mor gjennomgår utallige undersøkelser og tester etter fødselen, og at det gjennomføres obduksjon av det døde barnet. De rammede familiene det gjelder må da leve med tapet og med uvissheten omkring hvorfor akkurat deres barn døde, og

REFERANSE

http://www.nrk.no/hordaland/_vi-vet-for-lite-om-dodfodsler-i-norge-1.12475787.



om dette er noe som muligens vil gjenta seg ved eventuelt senere svangerskap.

Selv var jeg en av dem. Det var lynet som slo ned for oss på termin dato for en del år siden, da hjertet plutselig sluttet å slå på vår ellers velskapte og fullbårne gutt. Vi er av de heldige som har klart å komme oss videre, uten altfor store og uopprettelige sår, men med små rifter av sårbarhet, som vil være med oss på en helt spesiell måte for alltid.

Livet er skjørt, og vi har aldri en garanti for at noe, heller ikke for at et svangerskap skal gå bra. Men vi må gjøre alt vi kan for å hindre hver eneste dødfødsel, og da er vi helt avhengige av å ha forskningen med oss!

■ KARI.L.MOGSTAD@GMAIL.COM ■ LIVSLANGS.NO

Dei eldre og portvakta

Helse- og omsorgstenester til aldersgruppa 80 år og eldre

■ TORLEIV ROBBERSTAD • Pensjonert distriktslege/helse- og sosialsjef/assisterende fylkeslege

4,4 prosent av befolkninga er 80 år eller eldre. Dei brukar 19 prosent av liggjedagane i somatiske sjukehus, men med svære skilnader mellom kommunane, som denne studien leitar etter forklaringar på. Det trengst, for som del av samhandlingsreforma skal kommunale tenester delvis erstatte statlege spesialisthelsetenester. Overbelegg på sjukehusa forsterkar utskrivingspresset for desse eldre.

I dei 51 største kommunane varierte liggjedagsforbruket frå 186 til 469 dagar pr. 100 personar 80 år og eldre i 2013 (1–3). Tilsvarende spreing har det vore i ei årrekke, men kan ikkje forklarast med ulike medisinske behov. Det kan også handle om kapasitet, kompetanse og sosiale ønskje hos fastlegane, kapasitet og utforming av omsorgstenestene, kommuneøkonomi, lokale faglege sedvanar, tilgang til spesialisttenester, og ikkje minst forventningar hos folk flest.

Materiale og metode

Studien omfattar dei 50 kommunane utanom Oslo som i 2011 hadde meir enn 20 000 innbyggjarar (median 30 900). Den brukar

offentleg statistikk frå Statistisk sentralbyrå (3), Helsedirektoratet (1) og dei regionale helseføretaka (4), sortert med Epi Info 7 (5) for å samanlikne dette utvalet med landsgjennomsnittet, og særleg for å samanlikne dei 13 kommunane med høgast somatisk liggjedagsforbruk i 2013 (gruppe A)¹, med dei 13 med lågast forbruk (gruppe B)². Kvar kommune veg likt, utan omsyn til folketal. Der ikkje anna er sagt, gjeld alle opplysningar rater (pr. 100 personar) for aldersgruppa 80 år og eldre i 2013.

Funn

I 2013 hadde dei 50 kommunane i utvalet 48 prosent av befolkninga og 45 prosent av aldersgruppa 80 år og eldre. Kommunane i



ILLUSTRASJONSFOTO: ALEXANDER PATRIS/CANADIANWAVE/STOCK PHOTO

1 Askøy, Bergen, Haugesund, Karmøy, Kristiansund, Lillehammer, Molde, Nedre Eiker, Porsgrunn, Sandnes, Tromsø, Trondheim og Ålesund
2 Fredrikstad, Halden, Hamar, Kristiansand, Larvik, Moss, Nøtterøy, Rana, Ringsaker, Sarpsborg, Steinkjer, Stjørdal og Ullensaker

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Liggjedagar	314	392	242
Liggjetid pr. døgnopphald	4,9	5,8	4,3
Alle innleggingar	84	96	74
Polikliniske konsultasjonar	188	215	161

TABELL 1. 2013: Forbruk av spesialisthelsetenester, pr. 100 personar 80 år og eldre

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Gjennomsnittleg listelengde, korrigert for kommunale timar	1 336	1 358	1 291
% åpne lister	34	30	36
% fastlegar under 40 år	28	27	28
% fastlegar over 54 år	34	32	33

TABELL 2. Fastlegar 2013

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Direkte kontaktar til fastlege*	631	587	638
Sjukebesøk frå legevakt	8	7	4

* Direkte kontaktar er konsultasjonar og sjukebesøk

TABELL 3. Allmennlegetenester 2013, pr. 100 personar 80 år og eldre

	50 KOMMUNAR	GRUPPE A	GRUPPE B
Heimetenester	32,4	31,2	33,3
Døgnplass i institusjon	12,5	14,4	10,8
I heildøgnsbemanna bolig	3,9	3,0	5,6
Alle med heildøgnsomsorg	16,4	17,4	16,4
Alle med omsorgstenester	44,9	45,6	44,1

TABELL 4. 2013: Prosentdelar av aldersgruppa 80 år og eldre med omsorgstenester

gruppe A hadde i snitt 70 prosent fleire innbyggjarar enn gruppe B, aldersgruppa 80 år og eldre var 15 prosent mindre.

Det var store skilnader i både liggjedagsforbruket (spenn 186–469) og innleggingsraten (spenn 61–124) i utvalet, som i snitt var som landsgjennomsnittet. Gruppe A hadde 62 prosent høgare liggjedagsforbruk enn gruppe B (SJÅ TABELL 1), 30 prosent fleire innleggingar men 46 prosent fleire planlagde innleggingar, 35 prosent lengre gjennomsnittleg liggjetid, og 35 prosent fleire polikliniske konsultasjonar.

Allmennlegetenesta er både fastlegar og legevakt, men her er personar 80 år og eldre med institusjonsplass ikkje med i utrekningsgrunnlaget for fastlegane.

Gruppe A hadde same aldersfordeling av fastlegane, men fem prosent lengre lister og 17 prosent færre åpne lister enn gruppe B (SJÅ TABELL 2), og åtte prosent færre direkte fastlegekontaktar men fleire sjukebesøk frå legevakt (SJÅ TABELL 3). Gruppe A hadde 35 prosent fleire polikliniske konsultasjonar enn gruppe B, og 14 prosent høgare førekomst av somatiske avtalespesialistar. Aldersgruppa 50–66 år viste eit liknande forbruksmønster, både for allmennlege- og spesialisthelsetenester.

Aldersgruppa er 43 prosent av dei som får kommunale omsorgstenester (heimetenester og institusjonsplassar). Heildøgnsomsorg omfattar også heildøgnsbemanna boligar, som 0–14 prosent av aldersgruppa bur i og som blir dekte av heimetenestene. Gruppe A hadde 33 prosent fleire med institusjonsplass enn gruppe B men bare seks prosent fleire med heildøgnsomsorg, og seks prosent færre med heimetenester (SJÅ TABELL 4). Gruppe B hadde 23 prosent fleire fysioterapitimar pr. plass, 31 prosent større andel plassar for tidsavgrensa opphald, og 16 prosent fleire opphald pr. slik plass.

Den viktigaste indikatoren på sunn kommuneøkonomi er netto driftsresultat i prosent av brutto driftsutgifter. Det viser kor mykje kommunen har att til driftsauke og investeringar når dei faste utgiftene er betalte. Utvalet hadde 14 prosent lågare netto driftsresultat og 10 prosent høgare lånegjeld enn landsgjennomsnittet. Gruppe A hadde 65 prosent lågare driftsresultat og 6 prosent høgare lånegjeld enn gruppe B.

27 av dei 50 kommunane er vertskommunar for somatiske sjukehus, med overvekt i gruppe A. Vertskommunane hadde 12 prosent høgare legedekking enn dei 23 andre kommunane, men 33 prosent fleire lister med under 1000 pasientar, færre åpne lister, 16 prosent fleire fastlegar over 54 år og 3,5 gonger så stor dekking med somatiske avtalespesialistar. Der var færre direkte kontaktar til fastlege, men fleire polikliniske konsultasjonar og innleggingar. 14 prosent fleire av aldersgruppa 80 år og eldre hadde kommunal institusjonsplass, men tilsvarende færre var i heildøgnsbemanna bolig. Vertskommunane hadde 20 prosent mindre fysioterapi på sjukeheimane, men elles var omsorgstenesteprofilane nokså like.

Drøfting

Alle kommunane i denne studien er så sentrale at både omsorgstenestene og vegen til fastlegar og legevakt blir lite påverka av

lokalgeografi, og såpass store at dei bør ha gode føresetnader for å utvikle robuste faglege og organisatoriske miljø (2). Utvalskommunane hadde i snitt same liggjedagsforbruk som landsgjennomsnittet, men det var store skilnader mellom gruppe A og gruppe B. Statistikk gir sjeldan endelege svar, men er ofte eit godt grunnlag for å stille dei rette spørsmåla.

Det er omsorgstenestene som har kome i fokus for opphoping av eldre pasientar på sjukehus. Men omsorgstenestene er så ressurskrevande at dei er heilt avhengige av kommuneøkonomien. Særleg i større kommunar er det ikkje nok omsorgsressursar, derfor byggjer desse ned ein sprengt langtidsplasskapasitet for å skaffe fleire korttidsplassar som er mykje dyrare i drift, men dette lyfter terskelen for både institusjonsplass og heimetenester (6).

Kommunane får 36 prosent av inntektene sine frå kommuneskatt og 31 prosent som rammeoverføring, men med etterslep i vekstkommunar. 75 prosent av utgiftene går til barnehagar, grunnskule og helse- og omsorgstenester. Gruppe A har større befolkning og folkevekst enn gruppe B, og dårlegare kommuneøkonomi, så då kan omsorgssektoren lett bli nedprioritert i budsjettet.

Storbyar har høgare institusjonsdekking enn landsgjennomsnittet, men lågare rater for heimesjukepleie (7). Gruppe A har mykje høgare liggjedagsforbruk på sjukehus enn gruppe B trass i mykje sterkare satsing på institusjonsomsorg, men gruppe A har lågare lege- og fysioterapibemanning der, mindre kapasitet av tidsavgrensa institusjonsplassar, mange færre heildøgnsbemanna boligar og færre som får heimetenester. Effektiv pasientgjennomstrøyming i korttidsplassane er ein nøkkelfaktor for å ha kapasitet til å ta mot utskrivingsklare pasientar (6). Gruppe B har betre kommuneøkonomi, og dei eldste aldersgruppene der er større og aukar fortare. Kan dette ha gitt omsorgstenestene der høgare prioritet og større omstillings- og meistringsevne?

Gruppe A har færre fastlegekonsultasjonar og tilsvarende fleire polikliniske konsultasjonar og planlagde innleggingar enn gruppe B. Lågare terskel for spesialisttenester kan vere ein måte å saldere fastlegars arbeidsdag på.

Akuttinnleggingar er frå både fastlegar og legevakt, men der er ingen pålitelege kommunedelte tal for fastlegars deltaking i legevakt (8) eller innleggingspraksis der (1). I 2008 deltok bare halvparten av fastlegane i legevakt, og vakttdeltakinga avtok med aukande alder, aukande listelengde og aukande sentralitet (9).

Fastlegeordninga har kapasitetsproblem. I 2008 var det 3980 fastlegar, og Helsedirektoratet tilrådde ein nettoauke på 2000 innan 2015 (10), men bare femteparten av denne kom i 2009–2013. I 2014 var tredjeparten av fastlegane over 54 år – ei dobling sidan 2001. Stadig fleire legar forventar meir fritid og familietid og kvir seg med store investeringar for å bli fastlege (11), og bare tredjeparten av fastlegane er fornøgde med dagens praksisavtalar (12). Med fleire åpne fastlegelister kan legane gjere meir av jobben sjølv og tilvise færre, men konkurranse om pasientars velvilje kan tenkjast å virke andre vegen.

Høgt og sprikande forbruk av spesialisthelsetenester ser ut å henge saman med svært ulik praktisering av fastlegane sin portvaktfunksjon (13). Prioriteringsutvalet peikar på at uheldig variasjon i tilvingspraksis betyr mykje for samla ressursbruk (14), og Helsedirektoratet ser det som aktuelt å sjå meir på samanhengen mellom spesifikk aktivitet i kommunane og bruken av sjukehus (7). Gode faglege retningslinjer må vere særleg viktige støttetiltak for kommunale tenester med tunge portvaktfunksjonar.

Liggjetid på sjukehus består av tid for diagnostikk og terapi og utskrivingsklar ventetid, og er mykje lengre for gruppe A enn gruppe B. Det kan vere fordi sjukehuset har høgare døgnplassdekking (15), fordi pasientar i gruppe A treng lengre liggjetid dersom dei er dårlegare utgreidde før innlegging, og/eller fordi omsorgstenestene har mottaksproblem. Data om utskrivingsklar ventetid har usikker kvalitet (1).

Vertskommunane har fleire fastlegar. Desse er eldre, og dei har kortare lister, fleire lukka lister og færre konsultasjonar, som blir spegla i eit meirforbruk av spesialisttenester. Gruppe A har overvekt av vertskommunar.

I 2009 kosta eitt liggjedøgn på sjukehus 12 109 kr (16), – like mykje som 26 konsul-

tasjonar hos fastlege eller 10 hos avtalespesialist (17), og i 2013 var liggjedøgnprisen 31 prosent høgare (18). Både gruppe A og vertskommunane har færre fastlegekonsultasjonar og stort meirforbruk av spesialisttenester. Dette høver dårleg med krava i helsepersonellova om at helsehjelp ikkje skal medføre unødvendig utgift (19), og etiske reglar for legar (20) seier at medisinske ressursar bør bli fordelt i samsvar med allmenne etiske normer.

Konklusjonar

Kommunar med lågt liggjedagsforbruk på sjukehus ser ut til å ha omsorgstenester med større fleksibilitet, trass i at dei har færre døgnplassar. Dette kan vere ei delforklaring på både færre innleggingar og kortare liggjetid. Kommunane treng meir kunnskap om kva omsorgstiltak som gir best nytte for pengane, særleg fordi aldersgruppa 80 år og eldre vil vere 50 prosent større om 15 år.

Omsorgstenestene treng mykje pengar, og stor folkevekst gir større inntektsetter-slep i kommunane. Dei kan gjere noko med omsorgskapasiteten sin, men ikkje med fastlegars innleggingspraksis. Dette talar for betalingsplikt for utskrivingsklare pasientar men mot kommunal medfinansiering som styringstiltak.

Innleggingspraksis sprikjer urimeleg mykje, og har endra seg lite med samhandlingsreforma. Dette pressar sjukehusa, og må nå bli tatt på alvor. Kapasitetsauke i fastlegetenesta vil gi betre rammevilkår, og faglege retningslinjer kan vere nyttige dersom fastlegane opplever dei som relevante. Større innslag av fastlegar kan venteleg gi meir målretta legevaktpraksis.

Storbrukarkommunar – og særleg vertskommunar for somatiske sjukehus – ser ut til å ha ein institusjonskultur med stor vekt på sjukehusbruk og sjukeheimar, endå dette er samfunnsøkonomisk dyrare.

Gir dette betre folkehelse, trur folk flest det er betre, er det helsepersonellet som helst vil ha det slik, eller er det gamle vanar? Slikt gir ikkje denne studien noko svar på.

REFERANSER

1. www.helsedirektoratet.no/finansiering/okonomiske-virkemidler-i-samhandlingsreformen/styringsdata-for-kommuner (15.05.2015)
2. St meld nr 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen
3. www.ssb.no/statistikbanken (10.04.2015)
4. www.helse-nord.no; www.helse-midt.no; www.helsevest.no og www.helse-sorost.no (12.12.2014)
5. www.cdc.gov/epiinfo
6. Abelsen B. et al.: Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. Nasjonalt senter for distriktmedisin/IRIS; 2014. Rapport IRIS – 2014/382.
7. Rapport IS-2245 Samhandlingsstatistikk 2013-14. Helsedirektoratet, 2015.
8. Nasjonalt senter for legevaktmedisin, Uni helse; e-post 28.04.2015
9. Sandvik H, Hunskaar S. og Diaz E.: Hvilke fastleger deltar i legevakt? Tidsskr Nor Legeforen nr 20, 2012; 132.
10. Rapport IS-1652 Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Helsedirektoratet, 2008.
11. Bergset T.: Unge leger skremmes av fastlegeordningen. Tidsskr Nor Legeforen nr 16, 2013: 133.
12. Misnøye med fastlegekontraktene. Dagens medisin 9/2015
13. Førde O.H, Breidablik H.J. og Øgar P.: Truar skilnadene i tilvingsratar målet om likeverdige helsetenester? Tidsskr Nor Legeforen nr 19, 2011: 1878–81.
14. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2014. NOU 2014:12.
15. Borge L-E og Nyhus O.H.: Kommunal medfinansiering av sykehus tjenester. SØF-rapport nr 01/13. Trondheim: Senter for økonomisk forskning as, mai 2013.
16. Rapport IS-0293 Samdata spesialisthelsetjenesten 2009. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
17. Aktivitetsstatistikk 2009 for fastleger, legevakt og avtalespesialister. HELFO-rapport, 2011.
18. Rapport IS-2194 Samdata spesialisthelsetjenesten 2013. Oslo: Helsedirektoratet, 2014.
19. LOV-1999-07-02-64 Helsepersonelloven, §6.
20. Den norske legeforenings etiske reglar for legar, I, §12.

■ TROBBE@LYSE.NET

Hvordan endrer samhandlingskommunens pleie- og omsorgstjenester?

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet

■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), UiT Norges arktiske universitet

Sykere pasienter skrives ut til kommunene som i større grad enn før, rettet innsatsen mot behandling og pleie av kort varighet og spesialisert karakter. Store og små kommuner har opplevd og taklet utfordringene i kjølvannet av samhandlingsreformen ulikt.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin og IRIS (International Research Institute of Stavanger) Samfunnsforskning har på oppdrag fra KS gjennomført en undersøkelse om virkninger av kommunal betaling fra dag én for utskrivningsklare pasienter. Ordningen ble innført 1. januar 2012 som del av samhandlingsreformen, og innebærer at bostedskommunen må betale helseforetaket drøyt 4000 kroner pr. døgn dersom de velger fortsatt sykehusopphold for en utskrivningsklar pasient.

Betalingsordningen er ment å få utskrivningsklare pasienter ut av sykehus. Før reformen, ble pasienter ofte liggende i sykehus i påvente av et tilbud i kommunen. Dette hindret sykehusene i å ta inn nye pasienter, og forlenget rehabilitering for mange eldre og kronisk syke.

Hva er en utskrivningsklar pasient?

«Forskrift om kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter»

definerer begrepet utskrivningsklar pasient. Pasienten er utskrivningsklar når lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten (jfr. § 9). Dersom pasienten har behov for et kommunalt helse- og omsorgstilbud etter utskrivning, skal sykehuset straks varsle pasientens bostedskommune (jfr. § 10). Forholdet rundt utskrivningsklare pasienter reguleres i en egen tjenestevtale som helseforetak og kommune plikter å inngå som del av samhandlingsreformen.

Økonomisk insentiv med umiddelbar effekt

Betalingsordningen hadde umiddelbar effekt. Hagen og medarbeidere (2013:5) har vist at antall liggedøgn i sykehus pr. 1000 innbyggere generert av utskrivningsklare pasienter, ble redusert fra 21,5 i 2011 til 12,2 i 2012. Før betalingsordningen, var det i stor grad sykehusenes vertskommuner som la beslag på liggedøgnene, og det var

kommuner med god sykehjemslegetekning som i størst grad reduserte sine liggedøgn (Hagen et al 2013).

Antall utskrivningsklare pasienter har økt betydelig. I 2014 ble 84 269 pasienter meldt utskrivningsklar til kommunene (Helsedirektoratet 2015). Det var 89 prosent flere enn i 2012. Majoriteten av disse (76 prosent) ble tatt imot i kommunen samme dag som de ble meldt (Helsedirektoratet 2015). Dette tilsier økt press på den kommunale pleie- og omsorgstjenesten. Fra 2010 til 2014 økte samtidig reinnleggelsene blant de som ble tatt imot av kommunen 0–1 dag etter at de ble meldt, med 5,2 prosent, til et samlet nivå på 19,8 prosent (Helsedirektoratet 2015). En mulig årsak til økningen kan være at utskrivningsklare pasientene er sykere enn før og at kommunene ikke kan gi et godt nok behandlingstilbud for disse pasientene (Statusrapport 2014).

Det store utviklingsbildet

Sentraltendenser i et utvalg indikatorer om pleie- og omsorgstjenesten gir et overordnet bilde av reformendringene. Vi valgte indikatorer som vi antok kunne vise eventuelle endringer i kommunenes respons og prioriteringer som følge av reformen. Indikatorene (SE FIGUR 1–4) er basert på tall som kommunene har rapportert via KOSTRA* til Statistisk sentralbyrå. Vi har studert endringene i seksårsperioden 2009–2014. For noen av indikatorne mangler data for 2014.

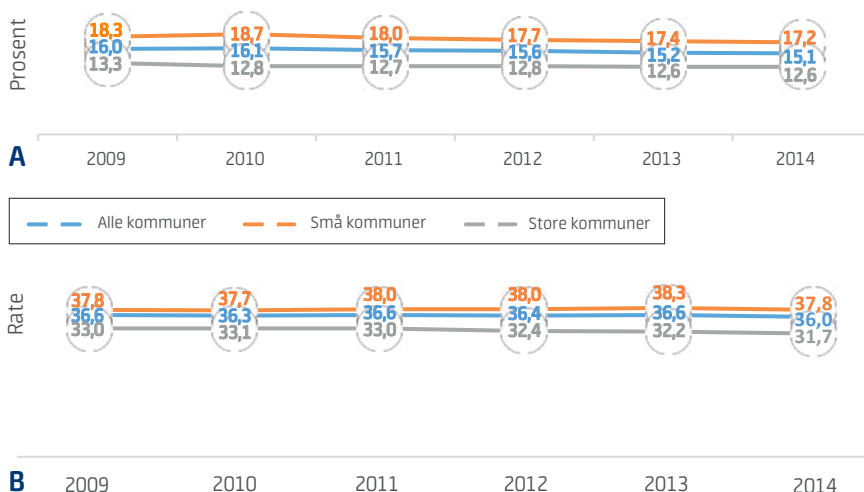
I sentraltendensanalysen skilte vi mellom alle kommuner, store kommuner (20 000 innbyggere eller flere) og små kommuner (under 5000 innbyggere). Vi utelukket mellomkategorien (dvs. kommuner med mellom 5000 og 20 000 innbyggere) for å få et klarere bilde av likheter og ulikheter mellom små og store kommuner.

Færre i institusjon og stabil i hjemmetjenesten

Figur 1 viser at 15,1 prosent av personer som var 80 år og eldre bodde på institusjon

* Kommunene rapporterer KOSTRA-tall i februar for forutgående år.

FIGUR 1. Beboere i institusjon (A) og mottakere av hjemmetjenester (B) blant de som er 80 år eller eldre. Alle, små og store kommuner. 2009–2014. KILDE: SSB, KOSTRA



lingsreformen sorgstilbud?

(syke- eller aldershjem) i 2014. Små kommuner hadde en høyere dekningsgrad enn de store. Både i store og små kommuner har dekningsgraden i den eldste aldersgruppen avtatt i perioden 2009–2014.

Det framgår også av figur 1 at antallet mottakere av hjemmetjenester regnet pr. 100 personer 80 år og eldre, har holdt seg relativt stabilt på landsbasis i perioden 2009–2014. Dekningsgraden på hjemmetjenester var høyere i små kommuner enn i de store. Utviklingen i antall mottakere har vært relativt stabil i små kommuner, mens de store har redusert tilbudet.

Langtidsplasser endres

I 2014 var det til sammen 41 310 institusjonsplasser for heldøgns pleie og omsorg i landets kommuner. Dette var 239 flere plasser enn i 2009. Økningen i perioden tilsvarer om lag 0,6 plasser netto pr. kommune.

Figur 2 viser at andelen korttidsplasser og plasser til re-/habilitering har økt i perioden 2009–2014 både i små og store kommuner. De store kommunene hadde gjennom perioden den høyeste andelen korttidsplasser, mens de små kommunene hadde den høyeste andelen plasser til re-/habet-

litering. Det er generelt en lav andel institusjonsplasser som spesifikt er avsatt til re-/habilitering. Så lenge det ikke var noen vesentlig økning i antallet sykehjemsplasser totalt, tyder utviklingen på at langtidsplasser er gjort om til korttidsplasser og re-/habiliteringsplasser.

Økte lege- og sykepleierressurser i institusjon

I perioden 2009–2013 økte antall årsverk pr. bruker i pleie- og omsorgssektoren svakt på landsbasis, for så å falle noe i 2014 (FIGUR 3). Nivået og utviklingen har vært omtrent lik i store og små kommuner. Det vil si at samhandlingsreformen er gjennomført uten særlig tilførsel av «ekstra hender». Men kompetansen har økt noe.

Det har over det siste tiåret vært en gradvis økning i antall legetimer per uke per beboer i sykehjem. Figur 3 viser at de små kommunene har tildelt et lavere antall legetimer enn de store. Forskjellen mellom store og små kommuner er blitt mer markant gjennom perioden. Dette kan ha sammenheng med at de store kommunene i større grad tilsetter egne sykehjemsleger, mens de små bruker fastleger som syke-

hjemslleger innenfor rammen av offentlig legearbeid.

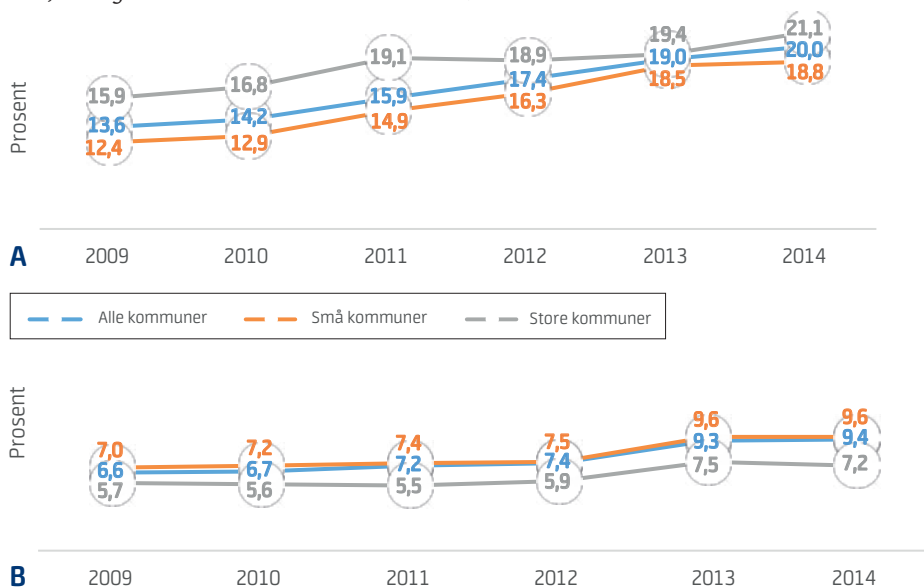
I 2013 ble det utført 56 710 årsverk i brukerrettet tjeneste i kommunale institusjoner. Av disse var 14 879 sykepleierårsverk. Dette var 2002 flere sykepleierårsverk enn i 2009.

Figur 3 på s. 42 viser at sykepleierandelen av årsverkene i institusjon økte i perioden 2009–2013. Det er grunn til å anta at veksten har sammenheng med samhandlingsreformen. Både små og store kommuner har økt sykepleierandelen i institusjon i perioden, og den lille forskjellen som var mellom små og store kommuner i 2009, var blitt enda mindre i 2013.

I 2013 ble det utført 65 541 årsverk i hjemmetjenesten. Av disse var 12 193 sykepleierårsverk. Dette var 2 061 flere sykepleierårsverk enn i 2009. Figur 3 viser at andelen sykepleierårsverk i hjemmetjenesten ikke har økt vesentlig i perioden 2009–2013. Det er imidlertid noe økning fra 2011 til 2012, som kan knyttes til samhandlingsreformen.

Figur 3 viser at sykepleierandelen i institusjon er lavere enn i hjemmetjenesten. Det antas at dette skyldes at de som bor på sykehjem, har større behov for medisinsk behandling enn de som bor hjemme.

FIGUR 2. Andel korttidsplasser (A) og plasser (B) til re-/habilitering. Alle, små og store kommuner. 2009–2014. KILDE: SSB, KOSTRA



Økte medisinske kostnader

Økte kostnader knyttet til den medisinske behandlingen er en indikasjon på sykere pasienter. Kommunene rapporterer kostnader til medisinsk forbruksmateriell, medikamenter og medisinsk utstyr. I vår analyse har vi slått disse kostnadene sammen og omtaler dem med samlebetegnelsen *medisinske kostnader*.

Økningen totalt sett i medisinske kostnader i institusjon var på 8,6 prosent fra 2011 til 2013, mens den i hjemmetjenesten var på 36,3 prosent. Prisstigningen var i samme periode på 2,9 prosent. Hovedtyngden av utskrivningsklare pasienter kommer rett hjem, og de økte medisinske kostnadene i hjemmetjenesten er det rimelig å knytte til samhandlingsreformen.

Figur 4 på s. 43 viser at de medisinske kostnadene i institusjon fordelt per beboer



FIGUR 3. Årsverk (A), legetimer (B) og sykepleierårsverk i institusjon (C) og hjemmetjeneste (D). Alle, små og store kommuner. 2009–2013/2014. KILDE: SSB, KOSTRA

I casekommunene gjennomførte vi intervju enkeltvis og gruppevis med til sammen 130 informanter. Vi la vekt på å få med informanter som kjente pleie- og omsorgssektoren fra ulike ståsteder – fra toppledernivå til brukersiden. Vi la særlig lagt vekt på å inkludere informanter fra det tjenesteproduserende nivået både i institusjon og hjemmetjenesten (sykehjemsleger, sykepleiere og andre fagarbeidere). Intervjuene ble gjennomført i første halvdel av 2014.

Sykere pasienter

Det var en utbredt oppfatning blant informantene i de store kommunene at pasienter som sykehusene meldte utskrivningsklare, ofte var sykere, i den forstand at de hadde mer alvorlige, mer behandlingskrevende og/eller komplekse sykdomstilstander, enn før samhandlingsreformen. Pasienter som tidligere lå på sykehus til den medisinske behandlingen var avsluttet, ble nå meldt utskrivningsklar så snart behandlingen virket og pasienten var i bedring.

I de små kommunene fortalte informantene at de stort sett alltid har tatt imot utskrivningsklare pasienter med en gang. De delte i mindre grad oppfatningen om at utskrivningsklare pasienter var sykere enn før. Samhandlingsreformen syntes dermed for de små kommunene å være en formalisering av en måte de har jobbet på i mange år. Spesielt i små kommuner i nord, som har sykestuer fordi det er lang reisevei til sykehus, rapporterte informantene om lite endring som følge av reformen. Vi fant samme tendens i små kommuner på Vestlandet med lang vei til sykehus.

Både i små og store kommuner opplevde man at tempoet i utskrivningsprosessene var skrudd opp som følge av reformen.

Større utfordringer for store kommuner

Mottaket av et økt antall utskrivningsklare pasienter ble taklet ulikt i store og små kommuner. Både små og store kommuner var opptatt av at de ikke skal pådra seg kostnader ved at utskrivningsklare pasienter ble liggende i sykehus. De store kom-

har økt i perioden 2009–2013. Små kommuner hadde gjennom perioden et høyere gjennomsnittlig kostnadsnivå enn de store. Små kommuner med høye kostnader, kan være kommuner med lang vei til sykehus som i større grad behandler syke eldre lokalt.

Figur 4 viser at de medisinske kostnadene i hjemmetjenesten fordelt per mottaker også økte i perioden 2009–2013. Her var økningen mest markant fra 2012 til 2013. De medisinske kostnadene per mottaker 80 år og eldre var imidlertid bare en brøkdel av de medisinske kostnadene per institusjonsbeoer 80 år og eldre. Ulikheten har trolig sammenheng med at mange som mottar hjelp hjemme, mottar andre tjenester enn hjemmesykepleie. Det var markant forskjell mellom små og store kommuner på medisinske kostnader i hjemmetjenesten. Dette har trolig sammenheng med at

de store kommunene har sykere pasienter hjemme enn de små, og at de små i større grad har de sykeste i institusjon.

Kvalitative data utdyper og nyanserer

Det er utfordrende å lage beskrivelser med basis i registerdata som skal dekke kompleksiteten i kommunesektoren. Vi har derfor supplert med en omfattende kvalitativ studie. Dette er undersøkelsens hoveddel som er gjennomført ved semi-strukturerte intervju med et bredt spekter av informanter i 12 casekommuner – seks store (i underkant av 20 000 innbyggere eller flere) og seks små (mellom 1000 og 5000 innbyggere). Vi valgte to store kommuner i helseregion Sørøst, fem kommuner i helseregion Nord og fem kommuner i helseregion Vest. I de to sistnevnte helseregionene valgte vi to store og tre små kommuner.

munene har hatt betydelig større omstillingsutfordringer enn de små. De store har i større grad vektlagt strukturelle endringer i kapasitet og organisering gjennom oppbygging av egne korttidsavdelinger, hvor korttids plasser som tidligere var spredt på ulike sykehjem, er samlet på ett sted og tilført økte lege- og sykepleierressurser. De små kommunene har gjerne foretatt mindre endringer i bruken av personell og sykehjems plasser.

Informantene fortalte om løft i det faglige nivået i flere kommuner. Dette hadde gjort arbeidet mer interessant, men det er usikkert om det faglige nivået er løftet nok til å håndtere variasjonen i behov blant utskrivningsklare pasienter.

Høyere terskel, mer målretting og spesialisering

Vi fant en klar tendens både i små og store kommuner til at terskelen for å få sykehjems plass eller hjemmetjenester var blitt høyere. En sykehjemslege fortalte om strengere vurderinger:

«Det er sykere pasienter over alt. De som fikk langtidsplass for 3-4 år siden, var mindre syke enn i dag. Hoved endringen er at det er strengere vurdering, høyere terskler, man tør å ha folk hjemme mye lenger enn før. Jeg tenker ikke at det er riktig. Men det er slik det er – at man klarer å skvise ut den siste resten av funksjon så man klarer å bo hjemme.» (SYKEHJEMSLEGE, STOR KOMMUNE)

Med oppbygging av egne korttidsavdelinger utvikles en kommunal helsetjenestefunksjon som er ny for de fleste kommuner. Korttidsopphold blir kortere og mer målrettede. Dette kan ses på som tegn på en mer spesialisert tjeneste, hvor kommunene i likhet med sykehusene blir mer diagnoseorienterte. Tidligere har man tenkt mer helhet i behandlingen. Nå er korttidsoppholdet mer et definert oppdrag fra de som tildeler tjenester knyttet til en spesifikk diagnose. Behandling/mobilisering knyttet til andre diagnoser eller plager pasienten måtte ha, overlates til hjemmetjenesten å ta tak i etter korttidsoppholdet. Følgende uttalelse illustrerer dette:

«Har man en forverring av KOLS og en vond fot, har man gjerne fokus på KOLS'en. Vi prøver jo å jobbe på andre områder også. Men når målsettingen er nådd, har man ikke kapasitet til å ta hele resten av mennesket. Man prøver, men... Sykepleiere er jo vant til å se helheten. Men nå får vi mer oppdrag; dette skal dere utføre. Så skal brukeren hjem til sitt miljø, og ha fokus på de øvrige tingene. Da er det hjemmetjenesten som må overta disse bitene.»

(LEDER I SYKEHJEM, STOR KOMMUNE)

Samme tendens til dreining fra helhetlig omsorg og pleie, til mer medisinsk behandling og pleie, fant vi imidlertid også i hjemmetjenesten. Den generelle oppfatningen blant informantene var at man prioriterer det viktigste – som nå er det sykepleiefaglige.

Nedprioriteringer

I de fleste kommuner fortalte informantene om nedprioriteringer som følge av en økt prioritering av utskrivningsklare pasienter. Dette var imidlertid et tema som flere informanter ikke hadde særlig lyst til å snakke om. Følgende uttalelse er generell men samtidig dekkende for det vi ble fortalt:

«Det går ut over brukere uten tydelige stemmer og uten sterke pårørende, uten «kule» diagnoser, de uten diagnoser men som er dårlige, eller de som har en adferd som gjør at hjelpeapparatet synes det er vanskeligere å hjelpe dem.» (OVERORDNET LEDER, STOR KOMMUNE)

I den grad spesifikke pasientgrupper ble trukket fram gjaldt dette gjerne hjemmeboende demente, eller personer med psykisk sykdom og/eller rusproblematikk. Avlastningsopphold for hjemmeboende demente har gjort det mulig for dem å bo hjemme lenger enn uten slike opphold. Presset på korttids plasser fra utskrivningsklare pasienter, har i enkelte kommuner gjort det vanskelig å opprettholde slike avlastningsopphold.

Kronisk syke, gjerne med sammensatte lidelser, gis kort liggetid på sykehus og til dels også på korttidsavdelinger hvor man ofte konsentrerer innsatsen om kun én diagnose. Konsekvensen blir et mer fragmentert pasientforløp hvor helheten forsvinner. Samtidig fremheves kronisk syke som reformens vinnere når det gjelder det

å kunne bo lengre hjemme, på grunn av oppbygging av bedre og mer avanserte hjemmetjenester.

Bedre samhandling?

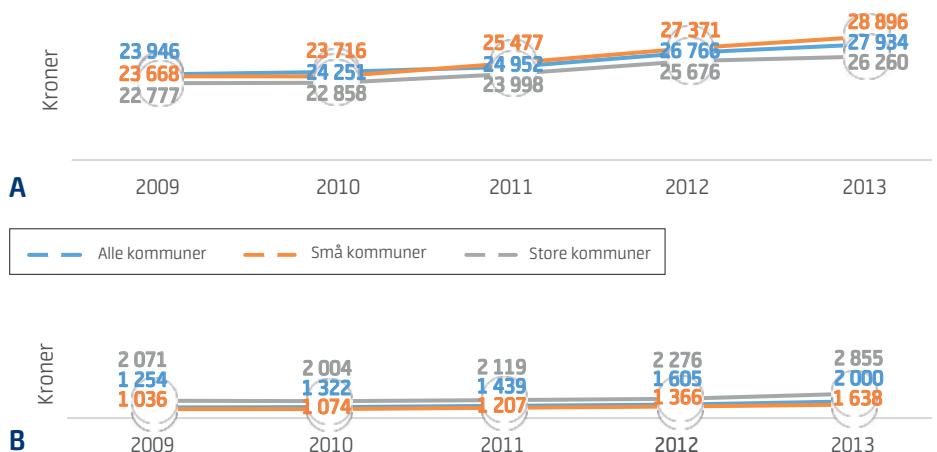
Informantene ga ikke noe entydig svar på om samhandlingen mellom kommuner og sykehus om den enkelte pasient var blitt bedre. Det ble pekt på at økt tempo i utskrivningen og sykehusenes forskriftsfestede rett til å avgjøre når en pasient er utskrivningsklar, i noen tilfeller fører til dårligere samhandling.

Det er ofte lav kvalitet på den informasjonen som følger med pasienten ut av sykehuset. Mangelfull overføring av vesentlig pasientinformasjon i utskrivningsprosessen er ikke et nytt problem, men det at pasienter nå ofte skrives ut tidligere i sykdomsforløpet, gjør pasientsikkerhetsproblemet potensielt mer alvorlig enn før.

Det er ulikheter mellom kommunene med hensyn til hvordan de håndterer avvik fra tjenesteavtalen om utskrivningsklare pasienter som helseforetak og kommuner plikter å inngå, og hvorvidt slike avvik meldes. Avvik var vanlig i alle casekommunene. De handler i hovedsak om at pasienter manglet epikriser ved utskrivning, nødvendige medisiner for første døgn etter utskrivning og/eller nødvendige hjelpemidler. Enkelte kommuner hadde implementert systemet med å melde avvik. En god muntlig dialog mellom partene ble i andre kommuner sett på som en alternativ og bedre strategi.

Systemet med å melde avvik syntes generelt å ha dårlig feste både i kommunene og ikke minst i helseforetakene. Når avvik meldes, har det ofte tatt lang tid før kommunen har fått respons fra foretaket. Re-

FIGUR 4. Medisinske kostnader i institusjon (A)/hjemmetjeneste (B) pr. beboer/mottaker 80 år og eldre. Alle, små og store kommuner. 2009–2013. KILDE: SSB, KOSTRA



sponsen har da ofte vært uklar og det å fortsette med å rapportere avvik oppleves som lite produktivt.

Gir reformen ønsket effekt?

Kommunene gir i økende grad hjelp til alvorlig syke. De sykeste utskrivningsklare pasientene har høy prioritet. Noen kommuner klarer samtidig å prioritere primærforebygging blant eldre, men det gjelder langt fra alle. Kommunene prioriterer de utskrivningsklare pasientene fordi de umiddelbart straffes økonomisk hvis de ikke kan ta imot dem. Dette fortrenger i noen grad enklere pleie- og omsorgstilbud som på lang sikt kanskje er en smartere investering. Denne typen fortrengning kan ha stikk motsatt effekt av den man ønsker å oppnå med samhandlingsreformen.

Styrker og begrensninger

Det brede spekteret av informanter og det relativt store antallet, ser vi som en styrke ved undersøkelsen. Et spørsmål som naturlig nok stilles ved kvalitative tilnærminger, og som det er vanskelig å gi noe klart

svar på, er hvor representative resultatene blir. Tilnærmingen er valgt for å fange opp både dybden og bredden av effekter og spenningsmomenter som kommunene så langt hadde opplevd i forbindelse med samhandlingsreformen. Det bør påpekes at vi med unntak av brukerrepresentanter bare har intervjuet ansatte i kommuner. Intervjuer med informanter i helseforetak, og ikke minst pasienter, kunne bidratt til ytterligere nyansering og utdypning.

En utfordring de fleste som forsker på virkninger av samhandlingsreformen har felles, er at det er utfordrende å identifisere klare årsak-virkningsforhold all den tid samhandlingsreformen er implementert overalt samtidig, og i en setting hvor også mange andre prosesser pågår parallelt. Det vil også ta tid før man kan skille mellom overgangseffekter og mer varige virkninger av reformen.

REFERANSER


- Hagen TP, McArthur DP, Tjerbo T. (2013). Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013: 5. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Helsedirektoratet (2015). Samhandlingsstatistikk 2013–14. IS-2245. Oslo: Helsedirektoratet.
- Statusrapport (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen pr. november 2014. Fra Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen.
- <http://fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Nasjonalt%20nettverk%20-%20statusrapport/Nasjonalt%20nettverk%20Statusrapport%20171214.pdf> (lastet ned 24.08.2015)

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO
■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO

Du kan lese mer om undersøkelsen i:

Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A. *Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet*. Rapport IRIS – 2014/382. Stavanger: IRIS. Rapporten finnes i elektronisk form på www.nsd.m.no.

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

Strofe med vinden

Takk for utfordringen til å lese dikt. For oss som lever litt «for heftig og for meget», trengs ei slik utfordring av og til. Inger Hagerup skriver vakkert, ikke sant? Lytt også gjerne til sangversjonen med Roy Skogs melodi som Marit Mathiesen synger på YouTube:

Jeg ble oppmerksom på diktet første gang da jeg for noen år siden vandret rundt på Tranøy – i Hamarøy kommune – og så skulpturen (bildet) hvor det var inngravert

«Disse altfor mange ting jeg ville». For meg gir det refleksjoner omkring perspektiv, identitet, natur, hvile, kjærlighet, – og død.

Så får den som vil av dere servert dette diktet i tre dimensjoner; tekst, musikk og skulptur!

Lykke til med dine egne refleksjoner!
Jeg utfordrer Nils Kolstrup.

God hilsen fra
ANNE HELEN HANSEN

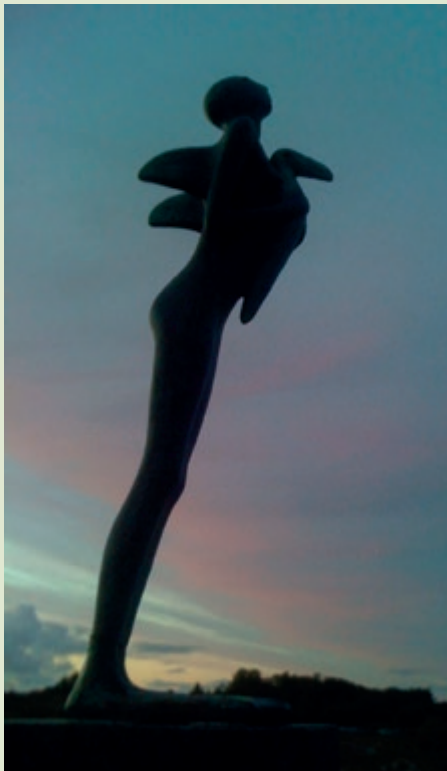


FOTO: WWW.HAMSUNS-RIKE.NO

I «Strofe med vinden» sier Inger Hagerup:

Dengang jeg levde, sa den døde kvinnen,
da var jeg bare jeg og ingen annen.
Nå er jeg havet, himmelen og vinden
du føler stryker deg så svalt om pannen.
Jeg elsket deg nok, men jeg så deg ikke.
Jeg var meg selv for heftig og for meget.
Nå ser jeg på deg med det store blikket
som solen modner kornet med på neget.
Det var for trangt i rommet og i tiden.
Men døden er så åpen og så stille.
Og alt har hendt for lenge lenge siden
av disse altfor mange ting jeg ville.
Og når du kommer etter, hvasket kvinnen,
da skal jeg vente i den svingen
bak havet og bak himmelen og vinden,
der vi skal være evige og ingen.

INGER HAGERUP, UTGITT PÅ ASCHEHOUG FORLAG 2. OPPLAG 1998



Nord-Norge Sør-Øst
Tlf. 77 64 58 90 Tlf. 23 07 55 00

Midt-Norge Vest
Tlf. 72 82 91 00 Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

Statiner og levertoksisitet

RELIS og Statens legemiddelverk får sporadisk meldinger om mistenkt statinindusert leverskade. Den norske bivirkningsdatabasen* inneholder nå totalt 61 rapporter om mistenkt levertoksisitet ved bruk av rene statinpreparater (ATC-gruppe C10AA). Av disse er 90 prosent av hendelsene klassifisert som alvorlige, og inkluderer blant annet hepatitt, kolestase, kolestatisk hepatitt og i enkelte tilfeller leversvikt. Det er flest rapporter på atorvastatin (N=35), etterfulgt av simvastatin (N=14) (1). Spontanrapporterte bivirkninger kan imidlertid ikke brukes for å estimere insidensen av bivirkninger, da det er stor grad av underreportering. Antall meldinger om alvorlig levertoksisitet er likevel ikke urovekkende høyt sett i forhold til at over 500 000 nordmenn fikk resept på et statin i 2014. Simvastatin eller atorvastatin forskrives hyppigst (2). Nedenfor følger en kort gjennomgang av dagens dokumentasjon på levertoksisitet ved bruk av statiner.

Asymptomatisk økning av levertransaminaser og monitorering

Statiner er assosiert med mild, asymptomatisk og doseavhengig økning i nivå av levertransaminaser. Økning i ALAT til mer enn tre ganger øvre referansenivå har vært rapportert hos 0,1–2,7 prosent av pasientene. Erfaring har vist at transaminaseøkningen i de fleste tilfellene er en selvbegrensende og forbigående reaksjon, som ikke krever doseendring (3–8). Potensialet for klinisk betydelig levertoksisitet er dermed lavere enn først antatt, og flere kilder anbefaler

* Statens legemiddelverk og RELIS understreker at spontanrapporterte bivirkningsmeldinger rapporteres på mistanke, og ikke dokumenterer årsakssammenheng mellom legemiddel og bivirkning.

følger ikke lenger rutinemessig monitorering av leverenzymmer (3, 5, 9). UpToDate viser til at amerikanske legemiddelmyndigheter (FDA) i 2012 endret sin anbefaling til kun rutinemessig måling av leverenzymmer før behandlingsstart, og deretter bare når det er klinisk indisert (9). Rådene i de norske preparatomtalene for de ulike statinene spriker. Mens det for pravastatin ikke gis noen konkrete råd om monitorering av leverenzymmer, gis det for fluvastatin råd om måling før start, 12 uker etter behandlingsstart eller doseøkning og deretter periodisk (10). Også i andre norske kilder gis det noe ulike råd (11, 12). I de nasjonale retningslinjene fra 2009 anbefales kontroll av leverenzymmer hos pasienter på statinbehandling, men det angis ikke konkret hvordan dette bør gjennomføres (13). De fleste kildene anbefaler dosereduksjon eller seponering av statinet ved vedvarende økning i transaminasenivå (>3 x øvre referanseverdi), men også her er det noe variasjon både i norske og internasjonale kilder (3, 9, 10).

Alvorlig levertoksisitet

Tilgjengelige data tyder på at statiner i sjeldne tilfeller kan forårsake klinisk signifikant levertoksisitet, da hovedsakelig av hepatocellulær, kolestatisk eller blandet type. Tegn til autoimmunitet er påvist i flere tilfeller. Enkelte tilfeller med leversvikt, behov for levertransplantasjon og fatalt utfall er også rapportert, men dette forekommer tilsynelatende svært sjeldent, spesielt med tanke på hvor hyppig statiner er brukt (3–8).

Leverskaden har ofte blitt påvist innen tre til fem måneder etter behandlingsstart, men det er også rapportert om tilfeller med

latenstid på opptil flere år. I de fleste tilfellene har leverenzymene normalisert seg kort tid etter seponering av statinet. I noen tilfeller med autoimmun hepatitt har det imidlertid vært behov for langvarig behandling med immunosuppressiva. Det er diskutert om statinet i disse tilfellene har utløst en autoimmun selvsoppretholdende hepatitt, eller om leversykdommen kan ha hatt andre årsaker enn legemiddelbruken (3–8).

Klinisk betydelig levertoksisitet er rapportert for alle markedsførte statiner, men det foreligger flest rapporter ved bruk av atorvastatin. Hvorvidt dette skyldes bruksmønsteret, eller om det faktisk er en reell forskjell i risiko mellom de ulike statinene er foreløpig uvisst (4, 6, 8).

Risiko for kryssreaksjon

Re-eksponering med samme statin har i noen tilfeller ført til tilbakefall av leverskaden, og dette frarådes derfor (3, 6). Erfaringen med bytte til annet statin etter mistenkt statinindusert levertoksisitet er generelt begrenset, men enkelte har rapportert om vellykket overgang til annet statin uten tegn til ny leveraffeksjon. Etter atorvastatinindusert leverskade er det for eksempel beskrevet enkelttilfeller med vellykket bytte til lovastatin, pravastatin eller simvastatin (6). Enkelte tilfeller med tilbakefall etter bytte av statin foreligger også, og flere forfattere understreker derfor at et eventuelt bytte bør gjøres forsiktig og under nøye monitorering (3–5).

Mekanisme

Mekanismen bak statinindusert levertoksisitet er foreløpig ukjent, men det spekuleres i om det i noen tilfeller kan være en immunmediert reaksjon. Det utelukkes

Regionale legemiddelinformasjonsentre (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.

heller ikke en viss grad av doseavhengighet, og dermed økt risiko ved samtidig bruk av legemidler som øker serumkonentrasjonen av statinet (3, 7, 8).

Konklusjon

Mild, asymptomatisk og doseavhengig transaminaseøkning er forholdsvis vanlig ved bruk av statiner, og er som regel selvbegrensende og forbigående. Klinisk signifikant leverskade av hepatocellulær, kolestatisk eller blandet type er også rapportert ved bruk av statin, men er sjeldent. Slike leverbivirkninger kan oppstå på varierende tidspunkter i behandlingsforløpet, og er vanskelige å forutse.

Norske anbefalinger er sprikende i forhold til hvor ofte leverenzymmer bør måles under behandling med et statin. Det synes etter vår mening å være lite å hente med rutinemessig monitorering av leverenzymmer, og utover måling før behandlingsstart er trolig det viktigste å oppfordre pasienter til å ta kontakt med lege ved symptomer på

leverpåvirkning. Leger må også være oppmerksomme på slike bivirkninger og melde mistenkte tilfeller til RELIS, slik at man får økt kunnskap om eventuelle risikofaktorer.

REFERANSER

1. Statens legemiddelverk. Den norske bivirkningsdatabasen (Søk: 23. oktober 2015).
2. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no (Søk: 23. oktober 2015)
3. National Library of Medicines. LiverTox. a) Atorvastatin, b) Simvastatin, c) Fluvastatin, d) Lovastatin, e) Pravastatin, f) Rosuvastatin. <http://liver-tox.nih.gov> (Lest: september 2015)
4. Russo MW, Scobey M et al. Drug-induced liver injury associated with statins. *Semin Liver Dis* 2009; 29 (4): 412–22.
5. Russo MW, Hoofnagle JH et al. The spectrum of statin hepatotoxicity: experience of the drug-induced liver injury network. *Hepatology* 2014; 60 (2): 679–86.
6. Björnsson E, Jacobsen EI et al. Hepatotoxicity associated with statins: reports of idiosyncratic liver injury post-marketing. *J Hepatol* 2012; 56 (2): 374–80.
7. Bergmann OM, Kristjansson G et al. Jaundice due to suspected statin hepatotoxicity: a case series. *Dig Dis Sci* 2012; 57 (7): 1959–64.
8. Perdices EV, Medina-Cáliz I et al. Hepatotoxicity associated with statin use: analysis of the cases included in the Spanish Hepatotoxicity Registry. *Rev Esp Enferm Dig* 2014; 106 (4): 246–54.
9. Rosenson RS. Statins: Actions, side effects, and administration. Version 47.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 5. august 2015).
10. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Zocor, b) Lovastatin, c) Pravachol, d) Lescol, e) Lipitor, f) Crestor <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Lest: 23. oktober 2015).
11. Norsk elektronisk legehåndbok. Dyslipidemi. <http://www.legehåndboka.no/> (Sist endret: 13. august 2015).
12. Norsk legemiddelhandboka for helsepersonell. Statiner. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 24 mai 2013).
13. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for individuell primærførebygging av hjerte- og karsykdommer. (Utgitt: 2009). www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerte-kar.

ELISABET NORDMO
Seniorrådgiver, cand. pharm

TRUDE GIVERHAUG
Cand. pharm., dr. scient,
leder RELIS Nord-Norge