

Utposten

BLAD OM HJERN- OG SAMFUNNSMEDISIN

1 2016
ÅRGANG 45

Asylsøkere og flyktninger

– hva er erfaringene?

Akuttmedisinforskriften

Pasientrettet helsetjenesteteam

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Mona S. Søndenå**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondenå@gmail.com**Badboni El-Safadi**

Gudes gate 1

1530 Moss

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 Dahli**

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: Endre Skau

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Bratt læringskurve**

Tom Sundar

2 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Eldre med innvandrerbakgrunn i primærhelsetjenesten i Norge

Esperanza Diaz

9 Asylsøkere og flyktninger – definisjoner, ansvar og roller

Tom Sundar

10 Flere asylsøkere – utfordringer rundt logistikk og smittevern

Trude Arnesen

16 Flyktningstrømmen over Storskog og akuttmottaket i Kirkenes

Drude Bratlien

21 Helsetjenestens utfordringer ved ankomstsenteret i Råde

Badboni El-Safadi

22 Allmennpraktikeren og malaria

Bjørn Myrvang

25 REFLEKSJONER: Ulysses – en bok som vekker minner

Kjeld Malde

26 Utdrag av akuttmedisinforskriften

Tom Sundar

27 Først og fremst – en oppsummering av Akuttutvalgets innstilling

Jan Magne Linnsund

32 Akuttmedisinforskrifta: God eller dårlig? Løft blikket!

Sverre Rørtveit

34 Ny akuttforskrift

Kine Jordbakke

36 Nye kompetansekrav for legevaktsleger

Kari Sollien

37 Legevakten som grunnstøtte. En sjøforklaring

Kjell Gunnar Skodvin

40 Magen – vår siste tabu kroppsdel?

Kari Løvendahl Mogstad

44 Pasientsentrert helsetjenesteteteam

– en samarbeidsmodell mellom kommune og helseforetak

Monika M. Dalbakk, Anne Grethe Olsen og Trine S. Bergmo

48 Huttiheita

Alexander Wahl

49 Ukas pasient. Gravid kvinne i dårlig form

Ronja S. Bye

50 LESERBREV: Brintellix – urent trav i Utposten

Harald Chr. Langaas, Roar Dyrkorn og Andreas Austgulen Westin

51 FASTE SPALTERINNPOSTEN **52**RELIS **54**LYRIKKSTAFETTEN **56**

Bratt læringskurve

Flyktningebølgen som skyllet inn over landet sist høst har satt kommunene på en stor prøve når det gjelder helseberedskap. I min arbeidskommune Tynset ble et midlertidig asylmottak opprettet så å si «over natten» i begynnelsen av oktober, uten at ordfører, rådmann eller jeg som kommuneoverlege ble varslet – ikke før nyheten ble sluppet i lokalpressen samme dag som den første kontingenten av asylsøkere ankom.

Selvsagt var vi innstilt på å stille opp i den nasjonale dugnaden for mennesker som i fluktens time trengte fritt leide til en ny og trygg havn i sine liv. Men for en distriktskommune med 5600 innbyggere og med tilfalte lege- og helsetjenesteresurser, ble situasjonen nok så krevende da vi fikk 170 nye asylantbeboere i løpet av 10–14 dager. Da enda et mottak ble etablert i løpet av den påfølgende måneden, opplevde vi situasjonen nærmest som en force majeure. Rundt jul hadde kommunen fått 300 flyktningebeboere på to nye mottakssentre.

Det tas ofte for gitt at samfunnsmedisinere skal være i stand til å vurdere hjelpebehovet i en slik situasjon. Selv om jeg hadde litt erfaring fra arbeidet med direkte bosatte flyktninger i nabokommunen Rendalen, var det ikke nok til å stå frem som kommunens medisinsk-faglige garantist for helsetjenester til flere hundre nye mottaksbeboere. En samfunnsmedisinere kan dessuten ikke operere alene, en må ha råd og spille på kompetanse fra flere hold. Følgelig opprettet vi et flyktningehelseteam i kommunen – bestående av kommuneoverlege pluss helsesøster og leder for psykiatritjenesten. Teamet innhentet erfaringer fra andre kommuner og vi oppdaterte hverandre om ulike saker. Jeg meldte meg inn i fagnettverket *Smittevern-legene*, fant gode råd i Helsedirektoratets veileder for helsetjenester til asylsøkere og leste meg opp i Folkehelseinstituttets MRSA-veileder. Rutiner for tuberkulosekontroll måtte oppfriskes, likeledes basale kunnskaper om potensielle tilfeller av for eksempel malaria, polio og meslinger.

Vårt flyktningehelseteam ble en viktig kommunikasjonskanal mellom mottakene og kommunehelsetjenesten, fastlegene, legevakten og kommuneadministrasjonen. Vi hadde hyppige befaringer og møter på mottakene, skaffet overblikk over situasjonen og hvem asylsøkerne var; hvor de kom fra, deres alder, sivilstand, familiesituasjon og behov for helsehjelp. De fleste i flokken var fra Syria, her var både familier og enslige, voksne og barn, men hovedtyngden var mennesker mellom 20 og 50 år.

Asylsøkere i midlertidige mottak har rett til nødvendig helsehjelp. Ordinære fastlegetjenester og medisinske utredninger må vente til man kommer i ordinært transittmottak. Det er en pedagogisk utfordring å informere om helsetjenesten og samtidig dempe forventningene om helsehjelpens innhold. Imidlertid fikk flyktningehelseteamet en god dialog med mottaksledere, ansatte og tolker. Vi fikk på plass grunnleggende kjøregler for rapportering, informasjonsutveksling og bruk av fastlegetjeneste, helsestasjon og legevakt. Vi instruerte mottaksansatte om hvilke medisinske tilstander som hører inn under kategorien «akutt» og hvilke symptomer og sykdomstegn de skulle være oppmerksomme på hos beboerne – fra feber og smertetilstander til psykoser. Etter hvert kom vi i gang med regelmessige allmøter på mottakene, der vi informerte beboere og ansatte om allmennmedisinsk helsestell og basale smitteverntiltak som hånd- og hostehygiene.

Å håndtere en flyktningssituasjon dreier seg om målrettet rådgivning og informasjonshåndtering. En skal avklare behov og forventninger hos mottaksbeboere, engasjere fastleger og ansatte i kommunehelsetjenesten og sørge for at lokalbefolkningen holdes informert om hva som skjer. Min erfaring er at lokalpressen kan være en viktig støttespiller i arbeidet med å spre informasjon, dempe fremmedfrykt og skape positive holdninger.

Flyktningssituasjonen har gitt norske kommuneleger og fastleger en bratt læringskurve i sitt møte med problemstillinger knyttet til smittevern, infeksjonsmedisin, allmennmedisin og allmennpsykiatri. Samtidig har den gitt oss verdifulle erfaringer med bruk av tolketjenester og nyttig lærdom om kultur så vel som medisin. Vi har fått befatning med et globalt sykdomsspekter og innblikk i migrasjonsmedisin.

Flere artikler i dette nummeret av *Utposten* gir innblikk i arbeidet med asylsøkere og flyktninger, vurdert fra hjelpeapparatet både lokalt og sentralt. Fastlege og smittevernlege Drude Bratlien beskriver virksomheten i ankomstsenteret i Sør-Varanger – et av de første stoppestedene for asylsøkere som kommer til Norge. Bratlien peker på tidspress, logistikkproblemer og manglende informasjonsflyt som store utfordringer i arbeidet med å få gjennomført lovpålagte helseundersøkelser og sikre asylsøkere adekvate helsetjenester. Overlege Trude Margrete Arnesen ved Folkehelseinstituttet meddeler parallelle utfordringer når hun beretter om hvordan nasjonale fageter har samordnet innsatsen rundt informasjonshåndtering og smittevernrådgivning, for å løse det hun karakteriserer som en logistikkriser i arbeidet med å ta imot tusenvis av asylsøkere på noen få måneder.

Når dette skrives har flyktningemigrasjonen i Skandinavia stagnert. Det skaper et tiltrengt pusterom til refleksjon – eller som fastlege og forsker Esperanza Diaz sier det i en kronikk i *Bergens Tidende*¹: en anledning til å evaluere hvordan vi jobber og hvordan vi organiserer våre tjenester, slik at vi kan få bedre evidens for å forstå hvilke tiltak som fungerer og hva som må til når vi skal ta imot flere flyktninger i årene som kommer. Diaz har rett når hun fremholder viktigheten av å evaluere. For ingenting tyder på at bølgen kommer til å stoppe med det første.

TOM SUNDAR

¹ Diaz E. Seks helsetiltak for flyktninger. *Bergens Tidende*, 16.1.2016. www.bt.no/meninger/kronikk/Seks-helsetiltak-for-flyktningene-3522687.html

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

Eldre med innvand i primærhelsetjene

■ **ESPERANZA DIAZ** • førsteamanuensis ved Inst. for global helse og samfunnsmedisin, Univ. i Bergen; forsker ved NAKMI; fastlege ved Kalffaret Legesenter

Innvandrere er fortsatt yngre enn befolkningen ellers, men antall eldre med innvandrerbakgrunn øker i Norge. Noen har bodd her mesteparten av livet, mens andre kom som voksne og har hverken lært seg norsk eller integrert seg i samfunnet. Noen er friske, andre skrøpelige etter et vanskelig liv. Vi vet likevel altfor lite om deres helsetilstand og behov for eventuelle tilpasninger i primærhelsetjenesten. Denne oppsummeringen bygger på nyere studier om helse blant innvandrere i Norge – og peker på at en viss tilpasning kan være på sin plass.

HOVEDBUDSKAP

- Til tross for at innvandrere fortsatt er yngre enn den norskfødte befolkningen, er eldre med innvandrerbakgrunn en voksende gruppe i Norge.
- Det er store forskjeller blant innvandrere i Norge når det gjelder opprinnelsessted, sosioøkonomisk nivå, kultur og integrasjonsmønstre.
- Eldre innvandrere, spesielt de over 60, bruker både fastlegen og legevakten sjeldnere enn norskfødte.
- Stort sett har eldre med innvandrerbakgrunn de samme sykdommene som norskfødte, men med noe høyere prevalens av diabetes, muskelrelaterte plager og fordøyelsessykdommer.
- Innvandrere får sjeldent demensdiagnose i primærhelsetjenesten, og de som får diagnosen får sjeldnere farmakologisk behandling.
- Alt i alt er det grunn til å tro at en del eldre med innvandrerbakgrunn som trenger hjelp ikke oppsøker lege eller ikke får adekvat hjelp.

Eldrebolegen er allerede en utfordring for helsetjenestene i Europa, som også må håndtere det økende etniske og kulturelle mangfoldet blant brukerne (1). Tallet på innvandrere over 60 år i EU-land har doblet seg fra sju til 15 millioner i løpet av de siste fem år (2). Andelen av eldre med innvandrerbakgrunn i Norge vil også sakte, men sikkert bli høyere (3) og kan utfordre helsetjenestene på flere plan.

Migrasjon er en uavhengig sosial determinant for helse (4). De fleste innvandrere er friskere enn populasjonen de flytter til rett etter ankomsten til et nytt land, noe som er kjent som «healthy immigrant effect» (5). Likevel forverres innvandreres helse raskt etter at de har bodd noen år i det nye landet (6). Aldring i et ukjent landskap kan i tillegg utgjøre helsemessige utfordringer for innvandrere. Samtidig er det viktig å huske at innvandrere er en heterogen gruppe både sosialt, økonomisk og kulturelt (2, 7), og kanskje derfor er det motstridende funn vedrørende eldre innvandrere og deres helsetilstand og bruk av helsetjenester i forskjellige land.

Ettersom antall eldre med innvandrerbakgrunn vil fortsette å øke i løpet av de neste tiårene, er en proaktiv respons til eventuelle forskjeller i behov for helsetje-

nester mellom eldre med og uten innvandrerbakgrunn nødvendig. Likevel mangler vi grunnleggende data i Norge for å vite hvilke tjenester som trenger tilpasning og på hvilke måter slike tilpasninger best kan møte de spesielle behovene til eldre innvandrere. Informasjon fra primærhelsetjeneste er særlig tiltrengt, siden den er det første nivået av omsorg der folk presenterer sine helseplager og hvor flertallet av helsemessige behov blir håndtert (8). Tiltakene som settes i verk, bør være basert på forskning som tar hensyn til heterogeniteten blant innvandrere i Norge og til andre sosioøkonomiske variabler.

Som en del av en nasjonalt registerstudie, *Innvandrerhelse i Norge (REK 2009/1747)*, som inkluderte alle registrerte innbyggere i Norge i 2008, har vi studert nærmere flere sider av helse og bruk av helsetjenester blant innvandrere sammenlignet med norskfødte. I det følgende vil vi oppsummere resultatene fra en rekke publikasjoner (9–13) for dem over 50 år på følgende områder:

- i) bruk av primærhelsetjenesten i Norge blant ulike innvandrergrupper,
- ii) forekomst og beskrivelse av multimorbiditet, som et generelt helsemål ved kroniske sykdommer og

ererbakgrunn sten i Norge



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / COLLAGE: 07 MEDIA

iii) diagnose og farmakologisk behandling av demens, et eksempel på en aldersrelatert spesifikk sykdom.

Hovedstudien inkluderte data fra alle registrerte personer som hadde bodd i Norge i minst seks måneder i 2008. Data fra Folkeregisteret, Helseøkonomiforvaltningen, Reseptregisteret og Fastlegedatabasen ble koblet sammen ved hjelp av fødselsnummer. Aldersgruppene varierte for de forskjellige delstudier, og kun resultatene for dem over 50 år er omtalt i denne rapporten. Inklusjonskriteriene, variablene som er brukt og analysene som er gjennomført samt styrker og svakheter for hver av delstudiene er tidligere beskrevet i de forskjellige publikasjonene og blir dermed ikke spesifisert her. For alle studiene ble norskfødte sammenlignet med innvandrere, definert som personer født i utlandet av to utenlandske foreldre. Innvandrere ble klassifisert på forskjellig vis avhengig av delstudiene. Noen ganger ble innvandrere klassifisert i høy-, middels- og lavinntektsland; andre ganger ble de klassifisert etter geografisk område. For enkelte analyser ble innvandrere klassifisert etter hvorfor de flyttet til Norge. Studien er godkjent av Regional Etisk Komite Vest, Datatilsynet og alle de nødvendige registreierne.

Bruk av primærhelsetjenester

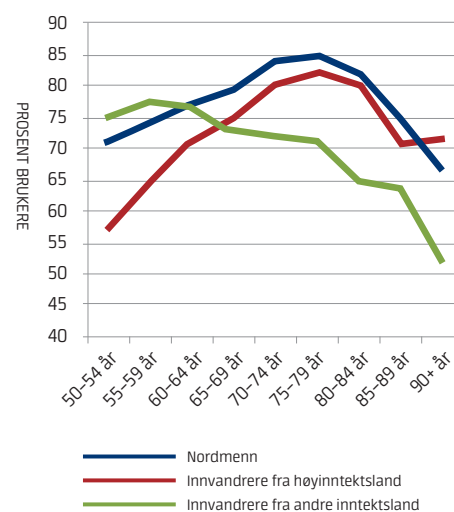
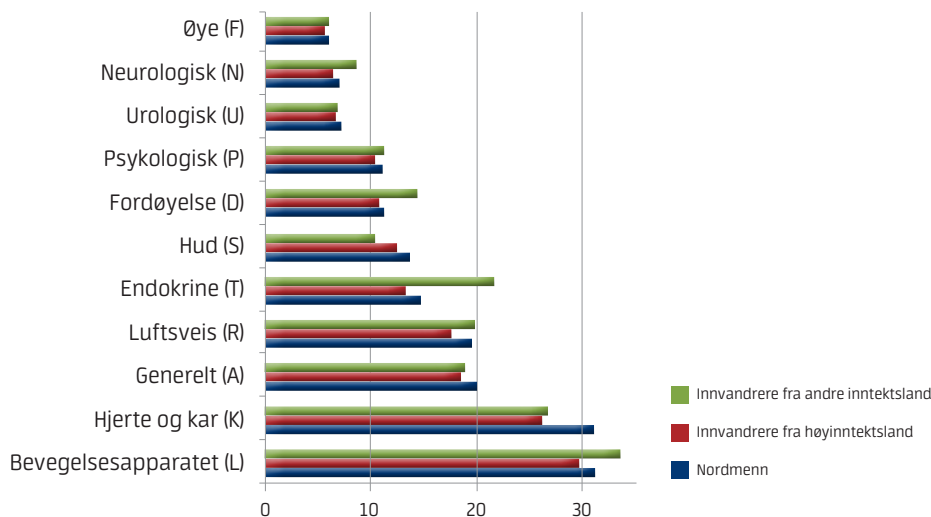
Migrasjon er assosiert til bruk av helsetjenester for alle aldersgrupper. I vestlige land er helse- og sosialtjenester ikke lett tilgjengelige for eldre innvandrere, og deres behov er ofte ikke tilstrekkelig eller hensiktsmessig ivaretatt (14). Utnyttelse av førstelinjetjenestene blant eldre innvandrere

har likevel blitt beskrevet både som høyere og lavere i forhold til vertsgrupper av samme alder. I en studie av 11 europeiske land rapporterte eldre innvandrere opp til 20 prosent mer bruk av helsetjenester enn vertspopulasjoner, etter justering for demografiske kjennetegn (15). I Nederland rapporterte eldre innvandrere høy bruk av allmennlegetjenester, men lavere bruk av fysioterapi og hjemmesykepleien (16). De fleste av disse studiene var imidlertid basert på selvrapporterte data, og sammenhengen mellom sosioøkonomiske indikatorer og helseutfall ble sjelden undersøkt på individuelt nivå (17).

I vår studie, som inkluderte hele befolkningen registrert i Norge i 2008, fant vi at en lavere andel av eldre innvandrere (50+) brukte fastlegen sammenlignet med norskfødte i samme alderskategori (9). Figur 1 viser andel brukere av primærhelsetjeneste (både fastlege og legevakt) etter aldersgruppe for norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland i høyinntektsland og middel- og lavinntektsland (innvandrere fra andre inntektsland). Det var likevel forskjeller i bruk av primærhelsetjenesten, avhengig av aldersgruppen og hvor innvandreren kom fra. Innvandrere fra høyinntektsland brukte primærhelsetjenesten mindre enn nordmenn, uavhengig av alder (odds ratio (OR) 0,65 til 0,92 avhengig av aldersgruppe). Blant innvandrere fra andre land, brukte 50 til 65 år gamle personer primærhelsetjenestene oftere (OR 1,20) enn norskfødte, mens det motsatte var tilfelle for de eldste (OR 0,55 for 66–80 og 0,46 for 80+ år).

Alder og kjønnsjustert andel med minst én diagnose i de forskjellige ICPC-2 diagnosegrupper i 2008. Norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland (10).

FIGUR 2. Alder og kjønnsjustert andel med minst én diagnose i de forskjellige ICPC-2 diagnosegrupper i 2008. Norskfødte og innvandrere delt etter opprinnelsesland (10).



FIGUR 1. Andel primærhelsetjenestebrukere i 2008 etter aldersgruppe for norskfødte og innvandrere, delt etter opprinnelsesland (10).

klassifikasjonen for primærhelsetjenesten (ICPC-2), for norskfødte og innvandrere er vist i figur 2. Fordeling av diagnosene var stort sett lik, det vil si at pasientene har stort sett de samme sykdommene uansett hvor de kommer fra. Innvandrere fra høyinntektsland hadde generelt lavere andel av alle diagnosene, mens resten av innvandrere hadde høyere andel av endokrinologiske sykdommer (som inkluderer diabetes mellitus), muskelrelaterte sykdommer og fordøyelsesdiagnoser. Norskfødte pasienter ble oftere diagnostisert med hjertekar-sykdommer og dermatologiske lidelser.

For alle innvandrere økte bruk av primærhelsetjenesten med lengre opphold i Norge, og bruk av tjenestene var høyere for flyktninger (OR 1,73 til 1,93), men lavere for arbeidsinnvandrere (OR 0,32 til 0,45) sammenlignet med innvandrere for familiegjenforening. Til tross for at justering for utdanning og inntektsnivå reduserte de fleste forskjeller mellom gruppene, ble innvandrerbakgrunn en fortsatt signifikant forklaring på bruk av helsetjenester (10).

Multimorbiditet

Eldre innvandrere har generelt dårligere helse sammenlignet med populasjoner i de fleste EU-land (14, 15). Også i Norge sliter eldre innvandrere med flere helseproblemer enn befolkningen generelt, og selvopplevd helse er beskrevet som dårligere blant innvandrere enn blant norskfødte, med økende forskjeller med høyere alder (3).

Kroniske sykdommer er vanlig blant eldre, og de fleste eldre har flere slike kroniske sykdommer samtidig (18). Forskjeller i

forekomsten av diverse sykdommer mellom innvandrere og vertspopulasjoner er blitt beskrevet, med store variasjoner avhengig av sykdommen som studeres og innvandrerguppen som blir undersøkt. Multimorbiditet definert som to eller flere kroniske sykdommer samtidig, både fysiske og psykiske, gir et nytt rammeverk for å forstå sykdomsbyrde på en helhetlig måte. Multimorbiditet kan i denne sammenhengen bli forstått som en konsekvens av diverse faktorer, både genetiske, miljø-avhengige og relatert til migrasjon, som spiller inn for å øke sårbarheten til det enkelte individet.

I våre studier var forekomst av multimorbiditet signifikant lavere for innvandrere enn norskfødte for alle aldersgrupper, med ujusterte OR 0,38 for Øst-Europa, 0,58 for Asia, Afrika og Latin-Amerika, og 0,67 for Vest-Europa og Nord-Amerika. Resultatene forble signifikante etter justering for sosioøkonomiske faktorer.

Vi studerte også multimorbiditetsmønstre, det vil si hvordan de forskjellige sykdommene var assosiert til hverandre, for

norskfødte og innvandrerguppene (FIGUR 3 (S. 5) OG 4 (S. 6)). Lignende multimorbiditetsmønstre ble observert blant norskfødte og innvandrere, spesielt fra Vest-Europa og Nord-Amerika. Til tross for at vår hypotese var at innvandrere ville utvikle multimorbiditet ved lavere alder enn norskfødte, kunne vi ikke systematisk oppdage utvikling av multimorbiditetsmønstre blant innvandrere i yngre aldersgrupper, selv om enkelte forskjeller ble observert i utviklingen av mønstre med alderen, for eksempel ischemisk hjertesykdom blant yngre innvandrerkvinner.

Generelt samlet sykdommene seg rundt de vanligste mønstrene som er tidligere beskrevet for pasienter over 65 år: hjertekar-lidelser, muskel-skjelett-plager, psykisk helse og kreft (11). Likevel var det differanser mellom gruppene; demens var for eksempel ikke forbundet med psykiske lidelser blant ikke-vestlige innvandrere, mens det var tilfelle for alle andre grupper, og psykiske lidelser var oftere assosiert til somatiske plager, i et psykosomatisk mønster, blant østeuropeerne og andre ikke-

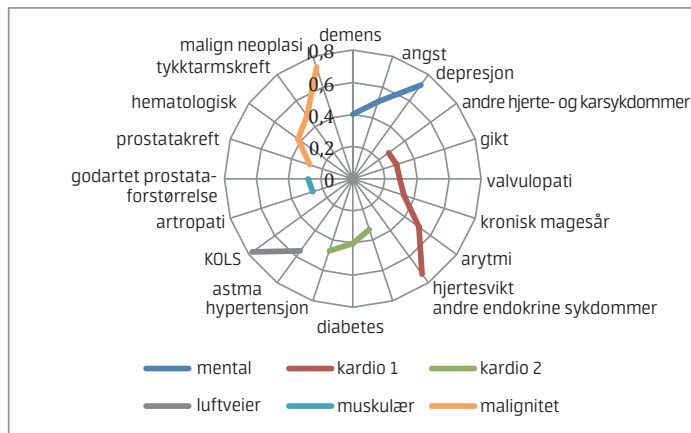
vestlige innvandrere. I tillegg ble det oppdaget et hematologisk mønster blant ikke-vestlige og østeuropeiske kvinner som ikke forekom blant norskfødte eller innvandrergupper fra vestlige land (11).

I en annen artikkel som kun inkluderte innvandrere inndelt etter årsak for innvandring – i familiegjenforente, flyktninger, arbeidsinnvandrere og innvandrere som kommer til Norge for utdanning og som inkluderte alle over 15 år – var multimorbiditet høyere for flyktningene enn for alle de andre gruppene. For alle gruppene var multimorbiditet fordoblet etter fem år i Norge (19).

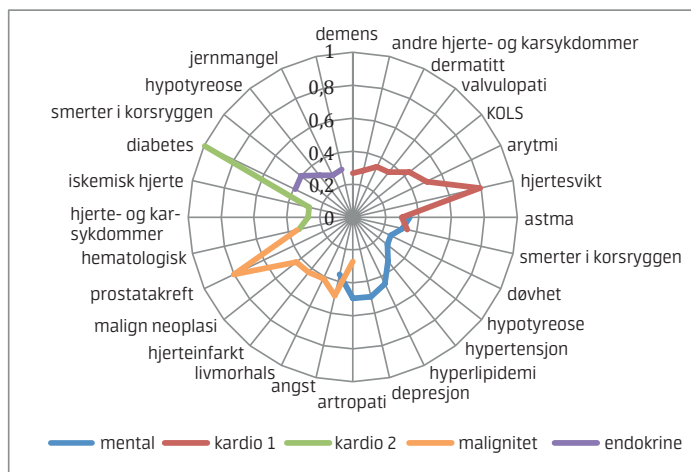
Demens

Demens er kronisk nedsettelse av kognitivt funksjonsnivå, alvorlig nok til å forstyrre en persons evne til å utføre daglige aktiviteter. Det er estimert at 75 millioner mennesker vil leve med demens i 2030 på verdensbasis, noe som gjør demens til den viktigste årsaken til funksjonshemming og behov for omsorg blant eldre mennesker (20).

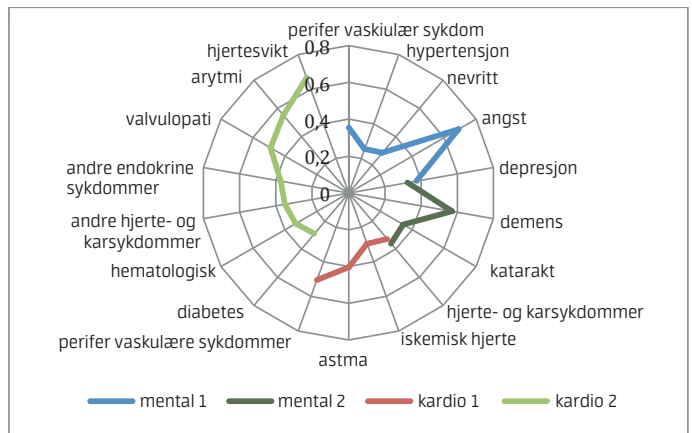
FIGUR 3. Multimorbiditet-mønster blant menn over 65 år.



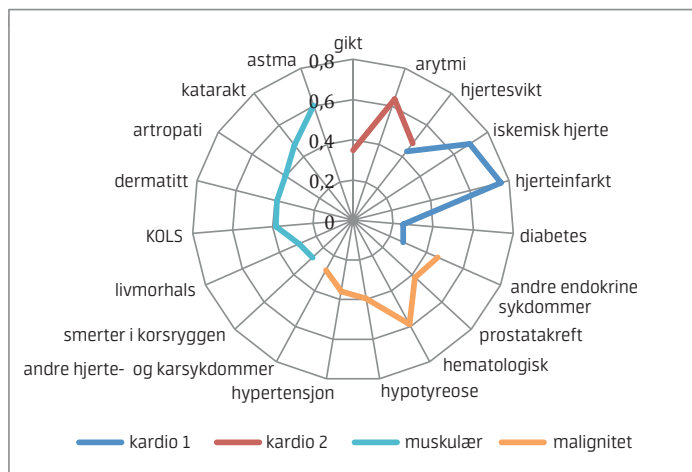
NORSKFØDTE



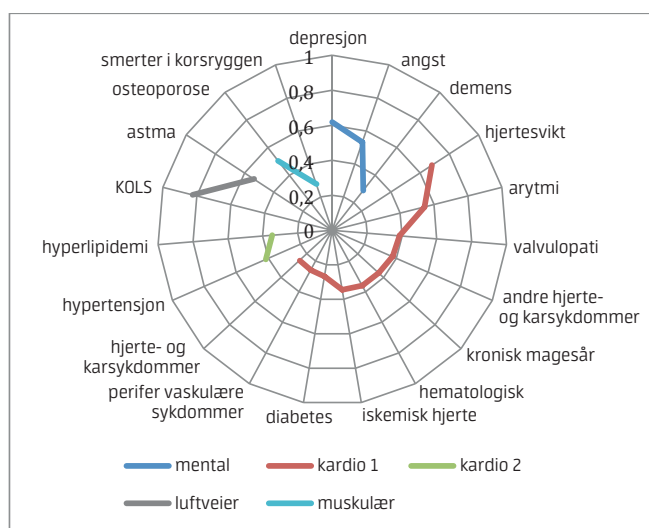
ØST-EUROPA



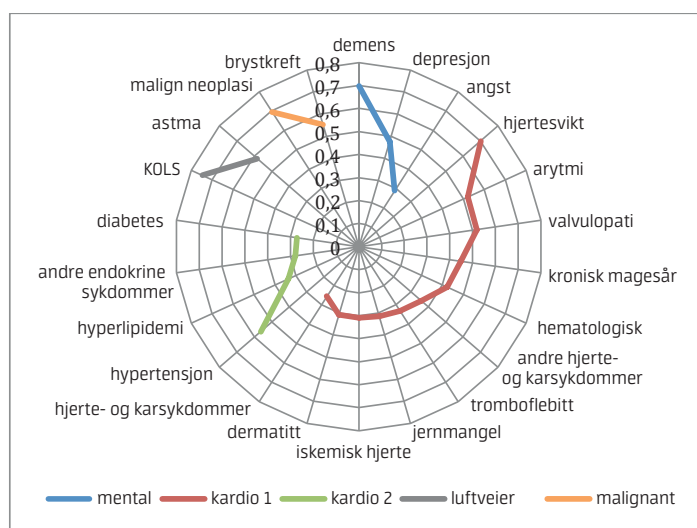
VESTLIGE LAND



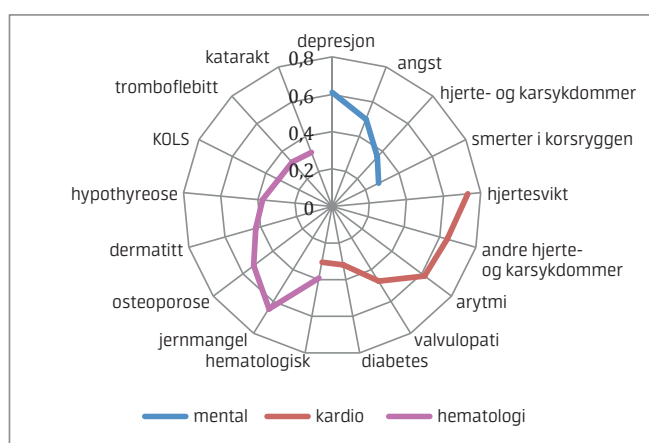
ANDRE IKKE-VESTLIGE LAND



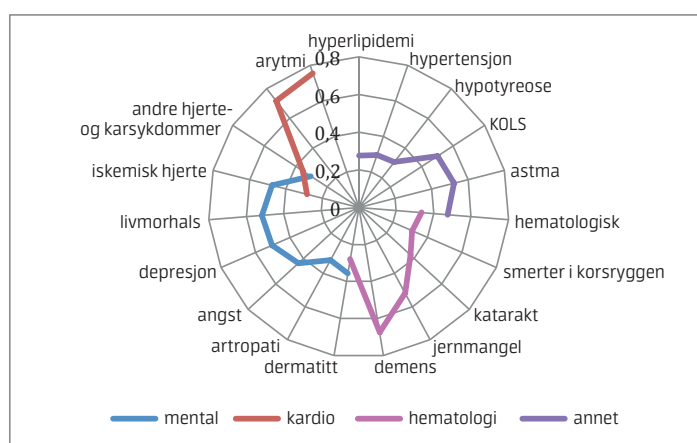
NORSKFØDTE



VESTLIGE LAND



ØST-EUROPA



ANDRE IKKE-VESTLIGE LAND

FIGUR 4. Multimorbiditet-mønster blant kvinner over 65 år

I Norge bor 50–60 prosent av alle personer med demens hjemme og må derfor gå gjennom primærhelsetjenesten for å få en diagnose. Diagnose og behandling av demens blant innvandrere kan representere en utfordring på ulike nivåer. For det første, som beskrevet over, bruker eldre innvandrere helsetjenester i mindre grad enn norskfødte. Flere spesifikke barrierer for å få tilgang til hjelp for demens har i tillegg blitt dokumentert for innvandrere; disse inkluderer forståelse av demens som en del av en normal aldring eller som et familieansvar, opplevelser av skam og stigma, tro på at ingen behandling eller hjelp finnes og negative erfaringer med helsevesenet (21–23). Disse barrierene forsinket kontakt med helsetjenester til senere stadier av sykdommen (24). Diagnostisk evaluering av demens kan i tillegg være spesielt komplisert på grunn av kommunikasjonsproblemer og mangel på tilpasset

vurderingsverktøy, spesielt for innvandrere med lav utdanning (25, 26). Sist, men ikke minst kan sykdomsforekomst og presentasjon av demenssymptomer også variere blant innvandrergupper (27).

I vår studie (13) sammenlignet vi norskfødte og innvandrere over 50 år som hadde en demens- eller hukommelsessvikt-diagnose gitt i 2008 i primærhelsetjenesten. Signifikant færre innvandrere, spesielt de som ikke kom fra høyinntektsland, enn norskfødte hadde fått en slik diagnose. Blant pasientene med diagnosen ble medikasjon mot demens hentet fra apotek 20–50 prosent oftere blant norskfødte, men forskjellene var kun signifikant mellom norskfødte og innvandrere fra middel- og lavinntektsland etter justering for flere sosioøkonomiske variabler. Sannsynligheten for å få behandling for innvandrere med demensdiagnose økte likevel med bruk av tolk.

Konklusjon

Vår studie gir et bilde av helsestatus og bruk av primærhelsetjenesten blant eldre med innvandrerbakgrunn sammenlignet med norskfødte, men med denne type studie kan vi ikke si noe om hvorfor forskjellene mellom grupper finnes. Lavere forbruk av primærhelsetjenesten blant innvandrere kan skyldes bedre helse blant innvandrere, men også barrierer til helsetjenester for enkelte grupper. Det kan også hende at det er forskjellige forklaringer for de mangeartete innvandrergruppene. Lavere forekomst av multimorbiditet blant alle innvandrergruppene sammenlignet med norskfødte kunne tyde på generelt bedre helse blant innvandrere, og likheter i andelen av diagnosene og i hvordan kroniske sykdommer henger sammen med hverandre for norskfødte og innvandrere tyder på relativt like sykdomsbilder i alle populasjonene, med de unntakene vi har

forklart over. Likevel viser våre funn om demens at blant pasienter med en gitt diagnose, finnes det forskjeller mellom norsk-fødte og innvandrere i hvilken farmakologisk behandling som er brukt, og at en del av disse forskjellene kan forsvinne med bruk av tolk.

Alle resultatene våre ble kontrollert for sosioøkonomiske variabler som inntekt eller utdanning i tillegg til alder og kjønn. Til tross for at informasjonen om de sosioøkonomiske data ikke alltid var fullstendig, ble forskjellene som oftest mindre mellom gruppene etter slike justeringer, men de fleste resultatene forble signifikant også etter at vi tok hensyn til slike sosioøkonomiske variabler. Dette bekrefter at innvandringshistorie – både hvor man kommer fra og hvorfor man emigrerer – er viktige kjennetegn som bør tas hensyn til ved utvikling av offentlig politikk for å kunne tilby likeverdige helsetjenester til eldre pasienter.

RED. ANM.: Artikkelen utgjør en del av rapporten *Eldre innvandrere og demens. Et forsknings- og fagutviklingsprosjekt* (Helsedirektoratet 2015).

REFERANSER

1. Commission, E. Population structure and ageing. 2013; Available from: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing.
2. Ministry for Intergenerational Affairs, F, Women and Integration of the State of North Rhine-Westphalia, Active Ageing of Migrant Elders across Europe from 01.12.2007 to 30.11.2009. 2010.
3. Mørk, E., Seniorer i Norge 2010 (Elderly in Norway 2010), S. Statistics Norway, Editor. 2011: Oslo.
4. Rechel, B., et al., Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*, 2013. 381 (9873): p. 1235–45.
5. Razum, O., H. Zeeb, and S. Rohrmann, The 'healthy migrant effect' - not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol*, 2000. 29 (1): p. 191–2.
6. Nørredam, M., et al., Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the 'healthy migrant effect' hypothesis. *Trop Med Int Health*, 2014. 19 (8): p. 958–67.
7. Torres, S., Elderly immigrants in Sweden: «Otherness» Under Construction. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 2006. 32 (8): p. 1341–1358.
8. Kringos, D.S., et al., Political, cultural and economic foundations of primary care in Europe. *Soc Sci Med*, 2013. 99: p. 9–17.
9. Diaz, E., et al., How do immigrants use primary healthcare services? A register-based study in Norway. *European Journal Public Health*, 2015. 25 (1): p. 72–78.
10. Diaz, E. and B.N. Kumar, Differential utilization of Primary Health Care services among older immigrants and Norwegians. A register-based comparative study in Norway. *BMC Health Services Research*, 2014. 14: p. 623.
11. Diaz, E., et al., Multimorbidity and its Patterns according to Immigrant Origin. A Nationwide Register-based Study in Norway. *PLOS ONE*, 2015. 10 (12): p. e0145233.
12. Diaz, E., et al., Frequent attenders in general practice and immigrant status in Norway: A nationwide cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2014. 32 (4): p. 232–240.
13. Diaz, E., B.N. Kumar, and K. Engedal, Immigrant Patients with Dementia and Memory Impairment in Primary Health Care in Norway: A National Registry Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 2015. 39: p. 321–331.
14. Verhagen, I., et al., Culturally sensitive care for elderly immigrants through ethnic community health workers: design and development of a community based intervention programme in the Netherlands. *BMC Public Health*, 2013. 13: p. 227.
15. Solé-Auró, A., M. Guillén, and E.M. Crimmins, Health care usage among immigrants and native-born elderly populations in eleven European countries: results from SHARE. *Eur J Health Econ*, 2012. 13 (6): p. 741–754.
16. Denktas, S., et al., Ethnic background and differences in health care use: a national cross-sectional study of native Dutch and immigrant elderly in the Netherlands. *International Journal for Equity in Health*, 2009. 8 (35).
17. Razum, O., Commentary: of salmon and time travellers - musing on the mystery of migrant mortality. *Int J Epidemiol*, 2006. 35 (4): p. 919–21.
18. Barnett, K., et al., Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*, 2012. 380 (9836): p. 37–43.
19. Diaz, E., et al., Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Tropical Medicine & International Health*, 2015. 20 (12): p. 1805–14.
20. Prince, M., M. Guerchet, and M. Prina, Policy Brief for Heads of Governments. The Global Impact of dementia 2013–2050, A.S.D.I.T.g.v.o. dementia, Editor. 2013: King's College London.
21. Mukadam, N., C. Cooper, and G. Livingston, A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011. 26 (1): p. 12–20.
22. Liu, D., et al., Reexamining the relationships among dementia, stigma, and aging in immigrant Chinese and Vietnamese family caregivers. *J Cross Cult Gerontol*, 2008. 23 (3): p. 283–99.
23. Diamond, A.G. and B.K. Woo, Duration of residence and dementia literacy among Chinese Americans. *Int J Soc Psychiatry*, 2013. 60 (4): p. 406–409.
24. Cooper, C., et al., A systematic review and meta-analysis of ethnic differences in use of dementia treatment, care, and research. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2010. 18 (3): p. 193–203.
25. Nielsen, T.R., et al., Quality of dementia diagnostic evaluation for ethnic minority patients: a nationwide study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2011. 31 (5): p. 388–96.
26. Nielsen, T.R., et al., Assessment of dementia in ethnic minority patients in Europe: a European Alzheimer's Disease Consortium survey. *Int Psychogeriatr*, 2011. 23 (1): p. 86–95.
27. Venketasubramanian, N., et al., Interethnic differences in dementia epidemiology: global and Asia-Pacific perspectives. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 2010. 30 (6): p. 492–8.

■ ESPERANZA.DIAZ@UIB.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Asylsøkere og flyktninger

– DEFINISJONER, ANSVAR OG ROLLER



ASYLSØKER

– person som har søkt om beskyttelse (asyl) i Norge, og ikke har fått søknaden sin endelig avgjort. En person er bare asylsøker fra vedkommende har meldt seg for politiet i Norge og søkt om beskyttelse (asyl) og frem til Utlendingsdirektoratet (UDI) eller Utlendingsnemda (UNE) har behandlet søknaden og fattet et endelig vedtak.

Når asylsøkere har fått endelig svar på søknadene sine, kalles de ikke lenger asylsøkere. Hvis de får positivt svar på søknaden, får de oppholdstillatelse som flyktning eller på humanitært grunnlag. Hvis de får endelig avslag på søknaden fra UDI eller UNE, må de reise ut av Norge.

FLYKTNING

– person som fyller kravene til å få beskyttelse (asyl) i Norge. En person vil få oppholdstillatelse som flyktning i Norge hvis vedkommende har en velbegrunnet frykt for forfølgelse på grunn av etnisitet, avstamning, hudfarge, religion, nasjonalitet, medlemskap i en spesiell sosial gruppe eller på grunn av politisk oppfatning, eller står i reell fare for å bli utsatt for dødsstraff, tortur eller annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff hvis de må reise tilbake til hjemlandet.

OVERFØRINGSFLYKTNING

– person som vanligvis er registrert som

flyktning hos UNHCR, men som ikke kan tilbys en varig løsning i det landet vedkommende befinner seg i, og som derfor presenteres for overføring til et tredje land. FNs Høykommissær for flyktninger (UNHCR) fremmer søknadene for overføringsflyktningene, og UDI bestemmer hvem av dem som får komme til Norge

MOTTAK AV FLYKTNINGER

Norske myndigheter samarbeider nasjonalt, regionalt og lokalt for å ivareta asylsøkerne som kommer. Ankomstsenter Østfold eller Ankomstsenter Finnmark er første stoppested for asylsøkere som kommer til Norge. Ankomstsentrene er et samarbeid mellom UDI og Politiets utlendingsenhet (PU). Her blir asylsøkerne registrert, de får en helseundersøkelse og informasjon om asylprosessen. Etter få dager får de plass på et asylmottak der de kan være til søknaden er behandlet. Hvis asylsøkerne får positivt svar på søknadene sine, får de oppholdstillatelse som flyktning eller på humanitært grunnlag.

ENSLIGE MINDREÅRIGE ASYLSØKERE

Enslige asylsøkere og flyktninger under 18 år skal få oppnevnt en representant – det vil si en juridisk erstatter for foreldrene. Representanten har ikke den daglige omsorgen, men skal sørge for at barnet blir tatt vare på av den instansen som er ansvarlig for å tilby omsorg. Videre skal represen-

ten hjelpe den mindreårige i forbindelse med asylsaken. Asylsøkere under 18 år får bo i særskilte asylmottak eller i omsorgssenter.

ANSVAR OG ROLLER

- Utlendingsdirektoratet (UDI) har ansvar for behandling av søknader om asyl og utvisningssaker, og for akutt innkvartering og drift av asylmottak.
- Politiets utlendingsenhet (PU) mottar søknader om asyl og gjennomfører asylintervjuer.
- Kommunene gir primærhelsetjenester og barnevernstjenester til alle som oppholder seg i kommunen, også til asylsøkere i midlertidige mottak. Barn i ordinære asylmottak skal ha tilbud om skole. Kommunene får dekket sine utgifter gjennom bevilninger fra UDI, og kan søke om refusjon for utgifter til kommunale barneverntiltak til barnet fyller 20 år.
- Fylkesmannen er bindeledd mellom kommunene og sentrale myndigheter; tilsyns- og klageinstans; og veileder kommunene i saker som gjelder helse, sosiale tjenester og introduksjonsloven. Fylkesmannen oppnevner representanter for enslige asylsøkere som er under 18 år.

TOM SUNDAR

KILDER: FYLKESMANNEN.NO, UDI.NO

Flere asylsøkere

– utfordringer rundt logistikk og

■ TRUDE ARNESEN • Overlege dr.med., Avdeling for infeksjonsovervåking, Nasjonalt folkehelseinstitutt

Høsten 2015 knaket det i sammenføyningene i det norske asylmottaksapparatet. Antallet asylsøkere pr. måned var mangedoblet i forhold til første tertial. Midt i november kom det flere asylsøkere på én uke enn i de første fire månedene til sammen. Over halvparten av de som kom til Norge i løpet av året var fra Syria og Afghanistan.



Jeg er blitt spurt om å beskrive arbeidet knyttet til økte ankomster av asylsøkere og komme med noen personlige betraktninger rundt dette.

Som overlege ved avdeling for infeksjonsovervåking på Folkehelseinstituttet (FHI), har jeg et særlig ansvar for tuberkulose. Plutselig var rutinemessig tuberkuloseundersøkelse av asylsøkere et hett emne. På høstferie med familien langt til skogs, ringte telefonen i ett sett. Jeg fant snart ut at det var på kontoret jeg ville være. Jeg sa farvel til familien, dukket ned i arbeidet og kom opp igjen ved juletider. Fordi tuberkulosekontrollen tradisjonelt har utgjort en så viktig del av helsevesenets kontakt med asylsøkere, ble jeg de første par månedene avdelingens kontaktperson også for annet arbeid knyttet til økte ankomster av asylsøkere.

Smittefrykt og dugnad

Antallet asylsøkere pr. måned steg fra 500–600 de første fire månedene av 2015, til flere enn 8000 i både oktober og november (1). Avisforsidene formidlet bilder av asylsøkere som satt på gata og ventet på å bli registrert, og det var beretninger om farefull flukt, lidelser, hjelpevilje og dugnadsånd. Det var også reportasjer fra båter i Middelhavet der personer med fullt smittevern-utstyr sto klare til å hale asylsøkere ombord.

I avisenes kommentarfelt, i sosiale medier og gjennom forespørsler fra publikum, kom det fram at mange var redde for smitte. Noe av dette kom i fantasifulle former. For eksempel ble Folkehelseinstituttet spurt hvordan vi kunne garantere at smitte ikke ble overført i buss-setene. I enkelte henvendelser var det tydelig at smittefrykt og fremmedfrykt gikk hånd i hånd.

Gjennom våre internasjonale nettverk

◀◀◀ **Førtimannstelt i Ankomstssenter Østfold.**
FOTO: T. ARNESEN / MANIPULERT – ILL.: COLOURBOX

smittevern



orienterte vi oss om at asylsøkere heller ikke denne gangen utgjorde noen smittefare av betydning for befolkningene de kom til. Infeksjonene de bringer med seg er i det store og hele vanlige forekommende, og i den grad de utgjør noen smittefare, er det overfor hverandre – fordi de bor tett sammen. Dette gjelder også for tuberkulose og hivinfeksjon som er de sykdommene som i Norge tydeligst har sammenheng med innvandring.

Våre budskap til de som var bekymret – i brev, telefon, på nett, i sosiale medier og i media – var dermed at det ikke var grunn til å være mer redd for asylsøkere enn for andre reisende, for eksempel turister.

Nye ankomstsentre og midlertidige overnattingssteder

Det ble raskt lagt planer om å opprette et stort ankomstsenter i Råde, dimensjonert

for å kunne ta imot opptil 500 nyankomne asylsøkere pr. dag. 500 pr. dag tilsvarer 14 000 i måneden – dobbelt så mange som det bor i Råde kommune til vanlig.

Vi kontaktet kommuneoverlege Sarah Frandsen Gran og spurte om det var noe Folkehelseinstituttet kunne bistå med. Hun ville gjerne at vi skulle skrive et utkast til smittevernplan for leiren, som så kunne inngå i kommunens smittevernplan. En gruppe fra instituttet dro på befaring og vi skrev våre anbefalinger. Smittevernplanen ble senere gjort generell og lagt ut på instituttets nettsider slik at andre også kunne nyttiggjøre seg den. Senere besøk fulgte for å bistå med syndromovervåking, veggdyrbekjempelse og planlegging av vaksinasjon.

Da det senere ble etablert ankomstsenter i Sør-Varanger, ble vi invitert også dit for å rådgi kommunen om smitteverntiltak. Begge steder ble vi mektig imponerte over

hva dyktige folk i en liten kommune kan få til i en presset situasjon, og bekymret over at en så stor nasjonal oppgave kunne legges til en liten kommune uten mer robuste støttesystemer.

Den raske økningen i antall nyankomne asylsøkere førte til at Utlendingsdirektoratet måtte opprette mange improviserte mottak. Hoteller, campingplasser og lignende ble tatt i bruk, ofte med kort eller ingen frist for kommunen til å områ seg. Dette var en helt ny situasjon for kommunene. I tillegg var det innledningsvis lite og til dels motstridende informasjon om hva som skulle være kommunehelsetjenestens rolle i oppfølgingen av beboerne på akuttmottak, og hvilke rettigheter de nyankomne hadde til helsetjenester i Norge.

De ulike fasene av asylforløpet skiftet både navn og varighet i løpet av perioden. Faser som etter planen skulle være svært korte ble langvarige. Mange bodde på såkalte akuttplasser i månedsvis, og opphold på ankomstsentrene kunne også trekke ut. Med så store endringer i hva fasene innebar, var det ikke lenger et alternativ å gi smittevernråd knyttet til fase i asylforløpet. Man måtte snakke om tid hvis rådene skulle være meningsbærende, men det kunne fortsatt være vanskelig å tolke.

Folkehelseinstituttets råd for vaksinerings mot meslinger og polio var at vaksiner skulle gis innen tre måneder, uavhengig av hvilken type mottak asylsøkeren befant seg på. For en kommunelede med ansvar for ett av flere stopp på vei mot bosetting i en kommune, kunne det være vanskelig å tolke om man hadde ansvar for å gi vaksine eller ikke, og om eventuell helsegevinst av tiltaket ville komme før eller etter at asylsøkerne hadde reist videre. Som jeg skal komme tilbake til, ble dette problemet forsterket av at informasjonsflyten ikke fungerte, slik at man ikke visste hva som var blitt gjort på forrige stoppested.

Uavsendte prøvesvar, Ankomstsenter Finnmark. FOTO: T. ARNESEN





Trangt mellom senger, Ankomstssenter Finnmark. FOTO: T. ARNESEN

Tilpasninger som ble gjort

Fordi situasjonen i starten ble vurdert som en krisesituasjon, ba Helsedepartementet Helsedirektoratet om å koordinere innsatsen fra alle helseetater, inkludert Folkehelseinstituttet, og samordne informasjonen utad. Mye av arbeidet ved instituttet ble derfor å jobbe sammen med Helsedirektoratet og bidra i det arbeidet de koordinerte.

På Folkehelseinstituttets nettsider ble det laget egne temasider om asylsøkeres helse beregnet på kommunehelsetjenesten (2), der relevant informasjon ble samlet, oppdatert eller nyskrevet. Nytt informasjonsmateriale ble utviklet og noe oversatt.

På instituttet ble situasjonen oppfattet

mest som en logistikkrisse, særlig med hensyn til informasjonsflyt, og avklaring av finansieringsansvar, mer enn en smittevernkrise. Våre faglige råd var i all hovedsak de vanlige rådene som gjelder for asylsøkere, og smitteverntiltakene basert på de samme prinsippene som til befolkningen for øvrig.

Noen tilpasninger til den spesielle og pressede situasjonen ble gjort:

- Tuberkulosescreeningen ble forenklet ved at krav om screening for latent tuberkulose ble frafalt for asylsøkere som ikke kommer fra høyforekomstland, og utsatt i inntil tre måneder for de øvrige.
- Det ble gitt råd om isolasjonsbehov ved positivt røntgensvar som også skulle

passe til ankomstsentre med telt med 40 senger.

- Det ble tydeliggjort at det ikke var krav til MRSA-screening før tuberkuloseundersøkelse.
- Det ble anbefalt at alle barn under 15 som skulle bo i ankomstsentre der svært mange skulle bo svært tett skulle få tilbud om MMR-vaksine, og at øvrige asylsøkere skulle få tilbud om meslingeholdig og polioholdig vaksine innen tre måneder.
- Det ble anbefalt at minste avstand mellom senger i asylmottak skulle være en meter.

Vi opplevde stor etterspørsel etter rådgivning og informasjon, og i samarbeid med Helsedirektoratet, Smittevernlegene og NAKMI, ble det laget en heldagskonferanse om asylsøkeres helsebehov. I tillegg ble temaet tatt opp i ulike smittevernkonferanser i en rekke fylker.

Asylsøkere og smittevern – noen refleksjoner

Asylsøkeres helsebehov er lite kjent

Selv om Norge i mange år har mottatt asylsøkere, er nyankomne asylsøkeres helsebehov noe vi vet forholdsvis lite om. Med dagens ordning er lovpålagt tuberkulosekontroll det eneste sikre kontaktpunktet mellom den nyankomne asylsøkeren og helsevesenet.

Asylsøkerne flyttes mellom flere bosteder og mottak, som ofte kan være institusjoner med kort levetid, og faller ut av våre systematiske kartlegginger av befolkningens helse fordi de ikke har fødselsnummer. Som nyankomne kjenner de lite til sine rettigheter og er i en svak posisjon for å målbare sine helsebehov.

Asylsøkere er i utgangspunktet en selektert gruppe. Det er generelt de friskeste og mest ressurssterke i en befolkning som tør å legge på flukt. De som har klart å ta seg helt fram til norskegrensa har i praksis bestått en styrkeprøve. Det er som å ha legekontoret i 10. etasje uten heis; bare de friskeste når fram.

På den andre sida vet vi at reisen for de fleste har vært en stor påkjenning, både fysisk og psykisk. De fleste har lidd store tap og har hatt en dramatisk reise. Noen har bodd lenge under kummerlige forhold og vært i situasjoner der infeksjoner spres lett. Med hensyn til tuberkulose har det vært hevdet at det å være asylsøker i seg selv gir økt risiko – enten for å bli smittet, eller for at en latent TB vil aktiveres. Selve det å være nyankommet asylsøker innebærer å være i en utsatt situasjon; man er på et

fremmed sted, med hele framtiden på spill, på de fremmedes nåde, og man kan være usikker på hvordan det vil slå ut på asylsøknaden hvis det i tillegg viser seg at man har en smittsom sykdom.

Det er ingen normering av helsetilbudet ved asylmottak, og tilbudet varierer svært fra kommune til kommune. Noen steder er det velfungerende flyktningehelseteam som innkaller alle til en grundig gjennomgang av helsemessige forhold, andre steder må de nyankomne selv oppsøke den hjelpen de trenger. Det har lenge vært anbefalt at kommunen tilbyr en førstegangs helseundersøkelse som beskrevet i Helsedirektoratets veileder IS-1022, men det er ikke gjennomført alle steder. I hvilken grad retten til helsehjelp blir en reell tilgang til slik hjelp, vil derfor variere mye.

Rutinemessig tuberkulosekontroll

Tuberkuloseundersøkelse ved ankomst er pr. i dag lovpålagt for alle asylsøkere og flyktninger, uavhengig av fødeland. Det er også pålagt for andre grupper av innvandrere som skal være over tre måneder i Norge hvis de kommer fra et land med en forekomst av tuberkulose som er høyere enn 40/100 000.

I 2014 var bare 22 av totalt 314 tuberkulosepasienter meldt til MSIS født i Norge. For 2015 er det foreløpig meldt 301 tilfeller av tuberkulose sykdom. Av disse er 90 prosent født utenfor Norge. 135 har bakgrunn som asylsøkere. 76 av asylsøkerne (hvorav åtte syriskfødte) ble diagnostisert i forbindelse med rutineundersøkelse ved ankomst. Dette tilsvarer en forekomst på ca. 250 tuberkulose tilfeller pr. 100 000 asylsøkere til Norge, hvilket klassifiseres som svært høy – langt høyere enn forekomsten i de respektive fødelandene. Tilsvarende er det ved rutinemessig screening for tuberkulose blant syriskfødte asylsøkere til Norge funnet en forekomst tilsvarende 80/100 000, hvilket er høyere enn WHOs gjeldende estimat for befolkningen i Syria – som er 18/100 000. Til sammenligning er forekomsten i Norge 6/100 000, og i den norskfødte befolkningen under 1/100 000.

Det er altså klart at tuberkuloseforekomsten i Norge har nær sammenheng med innvandring fra høyforekomstland. Samtidig som det er viktig å understreke at tuberkulose er en relativt lite smittsom sykdom som i liten grad smitter andre enn de nærmeste kontaktene. Vanligvis regner vi med at kun de som har vært i «taleavstand» i over åtte timer til en som har smittsom lungetuberkulose som smitteutsatt. Av de smitteutsatte vil de færreste bli smittet, og av de som er smittet vil bare fem til ti pro-

sent utvikle tuberkulose i løpet av livet. Man skal derfor ha skikkelig uflaks for å få tuberkulose etter tilfeldig kontakt med en som har sykdommen.

Tuberkuloseundersøkelsen består i dag av lungerøntgen og en blodprøve (IGRA). Dersom det kommer pålegg om at alle nyankomne skal tilbys en helseundersøkelse (slik det blant annet er i Sverige og Danmark), er det Folkehelseinstituttets vurdering at screening for latent tuberkulose med IGRA kan flyttes fra ankomstfasen og heller inkluderes i denne helseundersøkelsen. Da kan undersøkelse for latent tuberkulose gjøres frivillig og mer målrettet, og prøvesvar vil følges opp av den som har rekvirert prøven. På den annen side vil dekningsgraden antakelig gå ned, og man vil miste de stordriftsfordelene man har ved å gjøre det sentralt. Før en varig endring kan skje må det etableres et fast kontaktpunkt som IGRA-testen kan flyttes til.

Tuberkulose screening forutsetter – som et hvert annet tiltak – at man vet hvor den som skal undersøkes oppholder seg, og at man kan finne tilbake til denne personen når prøvesvarene er klare og skal følges opp. Det ble i løpet av høsten 2015 tydelig at det slett ikke alltid var kjent hvor asylsøkerne var sendt. Dette burde skapt oppstuss av flere andre grunner også, men ettersom det er tuberkulosekontrollen som er lovpålagt, er spørsmål om informasjonsoverlevering i noen grad blitt «hengende på» den.

Informasjonsoverlevering uten felles ID-nummer – en sisyfossoppgave!

Helseinformasjon, blant annet resultat av TB-undersøkelsen, skal i prinsippet følge asylsøkerne ettersom de flyttes fra sted til sted i landet. Dette er viktig av beredskaps-hensyn og for asylsøkernes generelle pasientsikkerhet, ikke bare for tuberkulose screeningen.

Politiets utlendingsenhet, Utlendingsdirektoratet, kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og de ulike private og offentlige mottaksoperatører må være sikre på at de snakker om samme person. Dette er svært vanskelig uten et felles identifikasjonsnummer og uten journalsystemer som snakker sammen. Samme person har gjerne vært registrert med ulike varianter av navn, fødselsdatoer, hjelpenummer, og saksbehandlingsnummer ulike steder. Til og med telefonnummeret har en tendens til å forandre seg flere ganger det første året!

Tuberkulose screeningen har vært våket over av tuberkulosekoordinatorer som har bidratt til at systemet likevel har fun-

gert noenlunde vel. Men det som gikk med et nødsrik med 500 ankomster i måneden, ble u håndterbart med 8000 ankomster.

Utover høsten kom det meldinger om meterhøye bunker av prøvesvar som ikke kunne sendes ut fordi ingen visste hvor asylsøkerne hadde reist. Vi hørte om asylsøkere som ble sendt videre før undersøkelser var tatt, og om andre tilfeller der prøvene ble tatt dobbelt fordi prøvesvarene ikke forelå.

Krise – en anledning til forbedring

I en krise ligger det et potensial for å presse fram nye løsninger. Det løfterike i dagens situasjon er at aktører på høyt nivå, på tvers av samfunnssektorer, har satt av tid og ressurser til å løse problemer som lenge har vært kjent, men som ikke har vært prioritert.

For å få til en fungerende informasjonsflyt i asylkjeden og et forsvarlig minstemål på helsetilbud til asylsøkere underveis, trenges et nært samarbeid mellom forskjellige institusjoner som har ulike interesser og separate budsjetter. Alle samfunnsmedisinere vet at dette er oppoverbakke.

Et eksempel på dette er at Skatteetaten nå setter av ressurser til å dele ut D-nummer («midlertidig personnummer») allerede ved ankomst. D-nummer vil kunne brukes av alle involverte instanser og inneholder også informasjon om fødselsdato, i motsetning til UDIs saksbehandlingsnummer (DUF-nummeret) som også kunne brukes. UDI har utnevnt helseansvarlige, og har avsatt personer til å gi informasjon fra sitt datasystem til helsepersonell som skal videreføre prøvesvar.

I Helsedirektoratet er det blitt nedsatt flere arbeidsgrupper, blant annet én for å forbedre informasjonsoverleveringen for asylsøkere, en for avklaring av finansiering og en annen for hurtigoppdatering av veileder IS-1022.

Jeg håper, tror og krysser fingrene for at trykket i logistikkrisen høsten 2015 vil presse fram bedre systemer for informasjonsoverlevering og et tydeligere minstemål for helsetilbud til nyankomne slik at vi neste gang klarer å følge opp de nyankomne bedre, med mindre slitasje og frustrasjon for helsepersonell.

REFERANSER

1. www.udi.no/statistikk-og-analyse/statistikk/asylsoknader-etter-statsborgerskap-og-maned-2015/
2. www.fhi.no/tema/asylsokeres-helse

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

Flyktningstrømmen over akuttmottaket i Kirkenes

■ DRUDE BRATLIEN • Fastlege og smittevernlege i Sør-Varanger kommune

Sommeren og høsten 2015 opplevde Norge, som mange andre land i Europa, en betydelig økning i asylsøkere – spesielt fra Syria. Presset på grenseovergangen i Storskog i Finnmark ble etter hvert så vanskelig å håndtere at myndighetene anmodet Sør-Varanger kommune om å opprette en ankomsttransitt.

Langs Norges yttergrense, Schengengrensen, i nordøst mot Russland ligger Sør-Varanger kommune (SVK). Det har i lang tid vært innvandring over denne grensen, og asylsøkere har ikke vært uvanlig. Antallet asylsøkere via Storskog har imidlertid vært håndterbart for politiet og de ulike kommunale tjenester, inkludert helsetjenesten, har vært lite berørt. Asylsøkerne har blitt registrert hos Politiets utlendingsenhet (PU) og satt på fly sørover for mottak i en av de store ankomsttransittene.

Sommeren 2015 etablerte politiet kontakt med de ulike kommunale tjenestene som måtte involveres. Flyktningetjenesten og helsetjenesten måtte bidra, men med hva? Hvor og når? Niende september inviterte politiet til møte med de berørte parter i kommunen, 11. september gjorde kommunen det samme, 22. september besluttet formannskapet å opprette et akuttmottak i kommunen og 24. september kom de første asylsøkerne til det kommunale mottaket.

Hvorfor Sør-Varanger kommune?:

På slutten av 90-tallet var kommunen i en lignende situasjon. Det ble på kort tid etablert en «luftbro» fra Kosovo til Kirkenes. Flyene hadde med seg flyktninger fra krigen på Balkan.

Leder av flyktningetjenesten, kommuneoverlegen og andre i den kommunale tjenesten var med den gang – det fantes altså kompetanse og erfaring. Gamle dokumenter ble kostet støv av. «Fjellhallen transittmottak» ble etablert i løpet av en uke. Den samme hallen som ble brukt på

90-tallet. Dette er en idrettshall som til daglig brukes både av skole og idrettslag.

Helsetjenesten i vår kommune har 50 prosent stilling som sykepleier samt 15 prosent legestilling for bosatte flyktninger. Alle fastlegene er private med tilpliktet 20 prosent kommunal bistilling (sykehjem, skolehelsetjeneste, turnuslegeveiledning). Sykehjemmene bruker vikarbyrå for å dekke opp vanlig drift på sykepleiersiden. Med andre ord, vi hadde lite personell, og vi trengte flere på plass i løpet av få dager.

Kommunen selv skulle være driftsoperatør. På legesiden ble det etablert noen ekstra stillingsprosenter her og der. Involverte leger var fleksible og ville gjerne at vi skulle klare dette. Det ble etablert legetsyn daglig på ukedagene, bakvakt kveld og helg. Sykepleier var tilstede i transittmottaket kl. 08.00–22.00 alle dager.

Som smittevernlege ble jeg tidlig tatt med i prosessen. Jeg hadde sett for meg at det over noen måneder kunne etableres et system for helsetjenester. Mye måtte på plass: TBC-screening, planlegging av øvrige helsetjenester, vurdering av smittevern

Køyesenger på akuttmottaket.



Legeskontoret i fjellhallen.



Bagasjen fryses.



Storskog og



på innkvarteringsplassen etc. Det ble en brå oppvåkning, vi fikk i realiteten tre dager på oss før de første asylsøkere var på plass i transittmottaket. Det var bare å brette opp ermene!

På befaring

Jeg har fra tidligere et tett og godt samarbeid med TBC-koordinator og hygiene-sykepleier ved Kirkenes sykehus. Sammen var vi på befaring i transittmottaket før det åpnet, vi kom med innspill og svarte på spørsmål om smittevern. Vi opplevde at ledere og personale var svært interessert i å få til gode og sikre løsninger – alle jobbet mot samme mål og det man ikke hadde på plass fant man raskt løsninger for.

Konkrete tiltak innen smittevern var å sette opp rikelig med spritdispensere, plakater om håndhygiene, om bruk av toaletter og om hygiene. Det ble skaffet madrassstrek, mat i single pakninger (kald mat), frysning av klær, arbeidsklær til de ansatte, etablering av renholdsrutiner (med ekstra renhold på toaletter), plan for kohort-isolasjon og tilbud om Boostrix-vaksine til alle ansatte.

DUF-nummer til besvær

Lovpålagt TBC-screening med IGRA-prøve og rgt.thorax måtte avtales med sykehuset.

Første utfordring ble å finne et system for rekvirering og mottak av svar. Alle datasystemer i helsetjenesten, både kommunalt og på sykehus trenger en ID som ligner på personnummer, altså fem sifre etter fødselsdato. Asylsøkerne får at asylantkort når de registreres hos PU, og de får tildelt DUF-nummer (Datasystem for Utlendinge- og Flyktningesaker), et nummer som ikke kan brukes i noen type datasystem hos helsetjenesten, nummeret er kun beregnet for UDI sitt system – Sesam.

Løsningen ble å ta kopi av alle asylantkortene, sende dem i en stor bunke til røntgenavdelingen som så registrerte disse direkte som en rekvisisjon. Samme fremgangsmåte ble benyttet ved blodprøven (IGRA).

Vi tenkte at denne løsningen var vannrett, men vi har dessverre mange eksempler på forviklinger pga. ulike hjelpenummer, feil på asylantkort, forvirring om hva som var for- og etternavn, og om det var mann eller kvinne. Noen var til røntgen thorax tre ganger med ulike navn og nummer.

Å være tilstede

Vi var ganske usikre på hvilke andre helsetjenester som var lovpålagte og nødvendige ved et mottak der asylsøkerne kun skulle være i 24–48 timer. I prinsipper fant vi ut at det kun er øyeblikkelig hjelp som

må være på plass, og erfaringene fra 90-tallet var at legevakta fikk det travelt.

Vi valgte derfor å ha en sykepleietjeneste som et lavterskeltilbud i transittmottaket på dagtid og kveld.

I starten (første to til tre uker) hadde sykepleier helsesamtale med alle asylsøkere, dette for kartlegging av alvorlig sykdom, behov for medisiner, gravide eller personer med spesielle helseutfordringer som krevde melding til UDI om behov for bosetting på sted med spesiell kompetanse.

Vi opplevde at mange hadde god helse, få hadde behov for noe der og da, få brukte medisiner. Man kan diskutere om det var feil bruk av ressurser, vi hadde jo på ingen måte for mye personale. Konklusjonen ble at helsesamtalene var svært nyttige, men tidkrevende selv om vi utarbeidet en forenklet utgave av samtalen anbefalt i Helse direktoratets veileder. Vi fikk da vite om de som trengte litt ekstra oppmerksomhet eller skjerming. Sykepleierne ble en viktig gruppe i mottaket, mange bekymringer ble nok mindre ved mulighet for en prat, en Paracet, eller rett og slett et smil og det å ha tid, være tilstede.

Fra kontroll til kaos

Vi klarte å etablere systemer på kort tid, men mye måtte justeres og mange beskjeder gikk frem og tilbake via post-it lapper,



Smitteisolat.



Kombinert mat- og sovesal.

Slik så det ut i fjellhallen.



mail, sms og telefoner, til alle døgnetstider. Men systemet fungerte, så alle fikk den lovpålagt TBC-screening og i tillegg en kartlegging av eventuelle medisinske utfordringer.

Avtalen mellom SVK og UDI var at Fjellhallen skulle klare å huse inntil 150 asylsøkere i maksimum tre til fire dagers opphold før videresendelse til avlastningsmottak i andre kommuner. Det var altså planlagt for inntil 50 personer inn/ut av transitten pr. dag. Da vi startet i uke 39 gikk dette ganske greit, det var ca. 120 asylsøkere over grensen den uken. Uke 40 var tallet ca. 250 og allerede da merket vi at UDI hadde problemer med å få fraktet asylsøkerne videre til andre kommuner. Da ankomsttallene for uke 41 var i underkant av 400 måtte man ta i bruk hoteller og alternative overnattingsplasser. Et privat drevet avlastningsmottak ble etablert og på det tidspunktet var det folk i Fjellhallen som hadde vært der i åtte til ti dager, noe som ikke hadde vært den opprinnelige planen.

Fra uke 42 til 44 økte ankomstene ytterligere fra 500 til ca. 800 og det ble mer eller mindre kaos når det gjaldt å skaffe overnattingsplasser, klær og mat.

I prinsippet hadde ikke helsetjenesten noe å gjøre med asylsøkerne bortsett fra ved akutt sykdom og behov for legevak. Vi hadde ingen oversikt over hvor mange de var, hvem de var eller hvor de var. I prinsippet var asylsøkerne PU/UDI sitt ansvar til de kom til transittmottak. UDI hadde store utfordringer med å finne løsninger for hvor de kunne sende asylantene. Situasjonen ble så prekær at man til slutt måtte sende ut store grupper uten de hadde vært i transitt i vår kommune.

Dermed var det kaos både med hensyn til TBC-kontrollen og den videre oppfølging. Både helsetjenesten og driftsoperatør meldte til UDI at klar beskjed om hvem som hadde gjennomført TBC-kontroll var viktig å gi til ankomstkommunene, en anbefaling som ikke alltid ble fulgt.

Resultatet ble busser og fly med blandede grupper hvor noen hadde gjennomgått TBC-screening og hvor alt var klarert, noen hadde gjort undersøkelser, men var ikke klarert fordi svar manglet, og atter andre hadde ikke vært til slik undersøkelse i det hele tatt. Når asylantene så kom frem til ny kommune og nytt mottak visste ingen hvem som hadde gjort hva.

Dårlig utnyttelse av ressurser

Dette medførte en strøm av telefoner fra kommuner som etterlyste svar. På det tidspunktet hadde det totale antallet personer

gjennom kommunen kommet opp i ca. 2000 og antallet som hadde gjennomført TBC-undersøkelse var ca. 1000–1200 – alle svar var papirkopier, det var ingen elektronisk database hvor man kunne søke. Det ble altså svært vanskelig å besvare disse spørsmålene.

Vi hadde ansvar for å videresende alle svar til ny ankomstkommune. Alle IGRA-svar kom etter åtte til ti dager så nesten alle måtte sendes pr. post. Da oppstod et stort problem; vi klarte ikke å finne ut hvor asylantene var. Det var to grunner til dette: UDI hadde ikke selv oversikt pga. etterslep i registreringen, og vårt helsepersonell fikk ikke tilgang i UDI-systemet Sesam. Argumentet for å ikke få tilgang var hensynet til personvernet – et argument det var vanskelig å forstå for oss.

I praksis har dette medført unødvendig bruk av ressurser i mange kommuner. Mange har vært til ekstra røntgen og IGRA fordi man ikke vet hvor svaret er eller om undersøkelse i det hele tatt er gjort. Vi sitter fortsatt med åtte store permer med svar på undersøkelser vi ikke får distribuert fordi vi ikke vet hvor den enkelte asylsøker oppholder seg.

PU har gjennomført en storstilt utsendelse av asylsøkere som er vurdert ikke å trenge beskyttelse, men vi får ikke tilgang til lister over disse, så svar kan sorteres ut – også det på grunn av personvern.

Måten dette er håndtert på og fortsatt håndteres på er kritikkverdig. Å kreve at kommunene gjennomfører lovpålagte undersøkelser som de i etterkant ikke har anledning å følge opp er vanskelig å forstå og leve med.

Grunn til smittefrykt

Fant vi så noen med tuberkulose? Ja, det gjorde vi.

Vi har hatt innlagt 15–20 asylsøkere på Kirkenes sykehus for indusert sputumprøve etter suspekterte rtg.thorax og mulige symptomer. Det er svært krevende for et lite lokalsykehus med 40 senger, intet luftsmitteisolat og kun mulighet for etablering av kontaktsmitteisolat ved behov. En av asylsøkerne hadde positiv ekspektoratprøve for syrefaste staver og ble overflyttet til Universitetssykehuset i Tromsø for videre behandling. Øvrige er utskrevet og antas å ikke ha smitteførende tuberkulose, men de kan fortsatt ha tuberkulose. Videre utredning er neste kommune sitt ansvar, noe som er krevende når svar mangler.

Men historien om TBC slutter ikke her. På to av busstransportene som UDI iverk-

satte raskt, befant det seg to personer med smitteførende TBC. De er i etterkant blitt avdekket i neste oppholdskommune, men har medført ganske store og ressurskrevende smitteoppsporinger. Pasientene får behandling i spesialisthelsetjenesten mens kommunene sammen med TBC-koordinatorer må nøste opp i smitteoppsporing med over 100 personer involvert.

Formålet med TBC-screening er å avdekke smitteførende TBC kort tid etter innreise til Norge (innen to uker). Kommunene gjør her en stor innsats, men dette er krevende på grunn av ulike registreringssystemer, særlig vanskelig har altså UDI sitt system vist seg å være.

En krevende øvelse i logistikk og samhandling

Etter noen nokså kaotiske uker ble det klart at 150 transittplasser var for lite. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) ble koblet inn for etablering av et større ankomstsenter i vår kommune. Planen var et senter i stil med senteret på Råde, men noe mindre og med lokal tilpassning.

Jeg ble tidlig en del av prosjektgruppen og som privat fastlege med 30 prosent kommunal stilling strakk ikke tiden helt til. Fra den ene dag til den andre måtte mine kolleger ta over mange av mine fastlegeoppgaver mens jeg jobbet med helsetjenesten i det nye ankomstsenter. DSB og prosjektledelsen var målrettet og flinke til å lytte og sette ting i system. Jobben var tidkrevende, og å samarbeide med så mange etater med ulike interesser og i så høyt tempo, var utfordrende.

Helsetjenesten knyttet til Fjellhallen transitt hadde på kort tid lært seg fleksibilitet og kreativitet. De ansatte var løsningsorienterte – til tross for stort arbeidspress og mangel på ressurser. Det var derfor bra at helsetjenesten flyttet med til det nye «Ankomstsenter Finnmark», men her opphører også enhver sammenligning med Fjellhallen. Nå skulle det drives transittmottak i stor stil med privat driftsoperatør. Det tette samarbeidet vi hadde mellom ulike yrkesgrupper i Fjellhallen var borte; mangel på tydelig ledelse og felles forståelse for oppgaver opplevde vi i helsetjenesten som hovedutfordringene.

I planleggingsfasen fikk smittevernet sin plass; ting var planlagt etter anbefalinger, men ble dessverre nedprioritert straks sentret åpnet. Etter bare 10 dagers drift sendte jeg bekymringsmelding til fylkeslegen om de sanitære forhold og fortsatt manglende kontroll på TBC-undersøkel-

ser. Bekymringsmeldinger ble også sendt fra barnevernet og Mattilsynet, noe som resulterte i en lang prosess med avklaringer og justeringer med hjelp fra Helsedirektoratet og Fylkesmannen.

Vi savnet fokus på kvalitet og stabilitet, og vi skulle gjerne sett helsetjenesten som likeverdig samarbeidspartner rundt asylsøkerne.

Vi gjør så godt vi kan

Fra 1. desember stoppet plutselig strømmen av asylsøkere over vår grensestasjon. Dette som følge av politiske vedtak sentralt. Status til ankomstsenteret ble dermed uavklart. Vi håpet og anbefalte at man tømte senteret, fikk nullstilt situasjonen og rettet på systemer og rutiner som hadde haltet. Etterhvert ble sentret også tømt, for deretter å få annen funksjon: midlertidig opphold før uttransportering av asylsøkere uten behov for beskyttelse.

Helsetjenestens rolle ble endret til bare å omfatte behov for øyeblikkelig hjelp. I dag har vi ingen rolle i ankomstsenteret, men vi fortsetter jobben med å spore opp asylsøkere, sende ut brev som kommer i retur, svare på henvendelser samt hjelpe til så godt vi kan.

Loven pålegger kommunene å sørge for helsetjenester til ALLE som oppholder seg i kommunen. Det betyr at dersom det opprettes et mottak, plikter kommunen å stille med helsetjenester fra dag 1. Dette tror jeg mange kommuner har fått kjenne på i høst og vinter; mottak har dukket opp på skoler, hoteller, campingplasser etc.

I vår kommune fikk vi allerede tidlig opprettet et avlastningsmottak hvor det var forespeilet at asylsøkere skulle oppholde seg i åtte til ti dager, men slik ble det ikke. Det er nå (januar 2016) ca. 150 personer i dette mottaket – noen har vært der i snart tre måneder. Disse asylsøkerne trenger dermed videre oppfølging med tilbud om vaksinasjon, helsestasjonskontroller, legetjenester og også et skoletilbud.

Vi var heldige da ankomstsenteret raskt ble tømt og vi kunne omfordele sykepleiere og leger til mottaket. Slik fikk lengeboende asylsøkere et bedre helsetjenestetilbud.

ØVERST:
Håndvask er viktig

MIDTEN:
Hygieneråd

NEDERST:
Sykepleiere på jobb



I mange kommuner sliter man med å skaffe tilstrekkelig personell til helsetjenesten, det gjelder både sykepleiere og leger. Å få «pålagt» en oppgave over natten med å etablere helsetjenester til et asylmottak er svært krevende for de fleste kommuner. Hvis man på sikt ønsker kvaliteten i helsetjenesten bør man fra sentralt hold vurdere løsninger som ikke presser den enkelte kommune ressursmessig, i den grad man har sett under denne flyktningkrisen. Det bør være en form for avtale eller regulering mellom UDI og kommunene før private mottak etableres, slik at kommunene kan levere gode og tilstrekkelige helsetjenester. Helsetjenesten bør «løftes opp og inn» som en del av tjenesten rundt asylsøkerne, på lik linje med PU og UDI.

Man bør få datasystemer som gjør det mulig for UDI og helsetjenesten å samarbeide. Funksjonelle IT-løsninger for samhandling og flyt i informasjon mellom samarbeidspartnere og ulike deler av helsetjenesten bør være et nasjonalt ansvar:

Dette er helt nødvendig for å unngå en ny logistikkutfordring som den vi opplevde i høst.

Bare negativt?

Nei på ingen måte – dette har vært en fantastisk reise sammen med kjente, men også nye, og det har vært mange spennende utfordringer og nye måter å jobbe på.

At Sør-Varanger kommune får plass på riksdekkende nyheter flere ganger i uken, har jeg ikke opplevd tidligere. Besøk av statsminister og Kong Harald hører også med.

Å jobbe i team med DSB på et stort prosjekt var en erfaring jeg ikke ville vært foruten.

Som smittevernlege har jeg også vært invitert til konferanser ved FHI og Hdir, mange har vært interessert i å høre vår historie.

Ingen vet hva som skjer fremover

Hvordan skal kommunen planlegge videre? Det vet vi lite om, men det vi vet er at

man ikke bør være uforberedt. Man bør bruke rolige perioder til å planlegge, sikre seg tilstrekkelige ressurser som fort kan settes inn om ny asylantstrøm skulle oppstå. Mange spår at dette vil skje igjen snart – kanskje allerede til våren?

Pr. medio januar står Ankomstsenter Finnmark tomt. Hva det skal brukes til diskuteres allerede. Det er viktig å tenke klokt og bruke de erfaringer og den kompetanse vi har ervervet til å planlegge for neste «asylantstrøm» og styrke samarbeidet i flere ledd.

Mye av dette kan kommunen jobbe med, men man får det ikke til uten tydelig ledelse. Helsetjenesten må gis sin plass og sin rolle, noe jeg mener er et nasjonalt og politisk ansvar.

Vi kan få til mye sammen, men da trenger vi tydelige nasjonale føringer og hjelp og støtte til kommunen. Kommer dette på plass, vil jeg også bli med på neste «reise».

■ DBR@SVK.NO

Helsetjenestens utfordringer ved ankomstsenteret i Råde

■ BADBONI EL-SAFADI • Utpostens redaksjon

Det var mye som skulle på plass i løpet av to uker da ankomstsenteret i Råde kommune ble etabert.

De økonomiske rammene var ikke avklart ved oppstart, de planlagte lokalene var ikke ferdigstilt – noe som vanskeliggjorde full drift. Det var ingen faste ansatte og man måtte ta i bruk innleid personell – selvrekruert i kommunen eller fra vikarbyrå. Rutinene var nyetablerte og endret seg ofte, dette ga lite stabilitet og en rekke utfordringer. Hovedaktørene ved senteret hadde ikke felles tolketjeneste. Den estimerte oppholdstid på senteret var maksimalt 48 timer, men den var ikke realistisk og viste seg umulig å gjennomføre. Redusert flyt og et stort antall flyktninger gjorde at nye og krevende situasjoner oppstod, og det var vanskelig å holde oversikt over pasienter som skulle til lege.

Oppstarten

Det var et samfunnsmedisinsk kollegium som samlet erfaringer fra flyktningeleire, asylmottak og legevakt og sammen ble enige om hvordan man skulle utstyre og drive dette ankomstsenteret. Der var det en del utfordringer som ble løst nokså raskt og rutinene ble til underveis.

Helsepersonell fra hele Østfold bidro og man har klart å dekke sykepleier og legebehovet på en god måte. Det har vært sykepleier til stedet hele døgnet og lege har vært tilgjengelig fra kl. 08.00 til kl. 23.00. Dersom det behovet for lege utover «åpningstiden» har meldt seg har, legevakten i Moss vært tilgjengelig for hjelp, først og fremst pr. telefon. Det har ikke vært mye pågang på legevakten, men tidvis har man hatt tilfeller der ambulansen har kjørt asylsøkere til en legesjekk etter vurdering og enighet med en sykepleier og ambulansepersonell. Tolketjenesten har bidratt med telefонтolk når det har vært nødvendig.

Alle nyankomne skulle gjennom den lovpålagte tuberkulosekontrollen. Den foregår ved at asylsøkerne blir kjørt med minibusser til Sykehuset Østfold eller deres innleide leverandører, der tas IGRA-test (blodprøve) og røntgen thorax frontbilde. Funnene må følges opp av sykepleier og lege, og der man er i tvil eller det er positive funn diskuteres med spesialisthelsetjenesten for evt innleggelse. I tillegg ble det satt opp et øyeblikkelig-hjelpstilbud utstyrt omtrent som på legevakt, med mulighet for ta CRP, glukose, Hb, HCG, strep/mono og hurtig malariatest. Det man merket underveis var at det var vanskeligere å finne igjen folk ut i fellesarealene når disse skulle til lege eller følges opp videre.

H1N1-epidemi

Da flyktningene har bodd tett opp på hverandre så har det vært duket for lett spredning av sykdom når det først brøt ut. I midten av november ble mer enn 350 flyktninger og helsepersonell smittet av H1N1-influenzaen, tidligere kjent som svineinfluensaen. UDI kom på banen og helsepersonell og flyktningene fikk da vaksiner og de berørte fikk Tamiflu. En av flyktningene ble så dårlig at han ble innlagt på sykehuset, mens de resterende ble symptomatisk behandlet ved ankomstsenteret og Moss legevakt. Det var svært utfordrende når det sto på som verst, men ellers har det vært overraskende lite kontakt med helsepersonell.

Hovedfokus var å opplyse om kontaktsmitte og forsøke å forebygge så mye som mulig samt å gjennomføre de lovpålagte utredningene så snart som mulig.

Færre flyktninger etter stenging av grensene

Det ble satt inn annonse da man i løpet av vinteren hadde planlagt at man skulle ansette leger og annet helsepersonell slik at det ble mer kontinuitet og forutsigbarhet i helsetilbudet. Men den siste tiden har antall flyktninger som har hatt behov for å komme gjennom ankomstsenteret avtatt betraktelig og helsetilbudet har derfor endret seg. Det er nå lege tilgjengelig til kl. 16.00 i ukedagene, ellers er det lege tilgjengelig på telefon frem til kl. 23.00. Etter det er det Moss legevakt som har vært ansvarlig for legedekningen frem til kl. 08.00 når legen er på plass ved ankomstsenteret igjen. Dersom det skulle være vedvarende lite behov for helsepersonell regner man med at det vil være mulig å kutte ned tilgjengeligheten for lege ytterligere. Ankomstsenteret har ikke hatt påvirkning på kommunehelsetjenesten i Råde i vesentlig grad, størst innvirkning var det på de oppgavene som kommuneoverlegen vanligvis tar, der har man måttet vente noe lenger enn tidligere. Alt i alt har dette vært en spennende reise og kommuneoverlege Sarah Frandsen Gran (innfelt) ser frem til å løse oppgavene i Råde kommune og ankomstsenteret i fremtiden også. ■



Ankomstsenteret i Råde ble etablert i det tidligere Smart Club-bygget.



Allmennpraktikeren og malaria

■ BJØRN MYRVANG • Kompetansesenter for import- og tropesykdommer, Infeksjonsmedisinsk avdeling, Oslo Universitetssykehus

Økt migrasjon gjennom turisme så vel som flyktningestrømmer har aktualisert behovet for oppdatert kunnskap om malaria. Denne artikkelen handler om hvilke kunnskaper allmennpraktikere bør ha om malaria, og hvilken rolle legen bør ha i forebygging, diagnostikk og behandling av sykdommen.

Hva forårsaker malaria?

Vi har alle lært at malaria skyldes infeksjon med følgende fire plasmodier: *Plasmodium falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* og *P. malariae*. Men siden 2004 er det blitt klart at *P. knowlesi*, som normalt finnes hos aper, også kan gi infeksjon hos mennesker (1), slik at tallet nå er fem.

Malariamyggen (Anopheles) er hovedverten for alle malariaparasittene i tropiske strøk.



FOTO: I. ØSTROM/STREIF IMAGES

P. falciparum gir ofte alvorlig sykdom, og de aller fleste malariadødsfall skyldes infeksjon med *P. falciparum*. Men en er i økende grad blitt klar over at også *P. vivax* i sjeldne tilfeller kan gi alvorlig sykdom (2), og i Sørøst-Asia har pasienter dødd av infeksjon med *P. knowlesi* (1).

Dagens malariasituasjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) har estimert at 584 000 mennesker døde av malaria i 2013 (3). Tallet er usikkert, og andre har tidligere kommet fram til høyere mortalitetstall enn det WHO har gjort (4). Om lag 90 prosent av dødsfallene skjer i Afrika sør for Sahara, og de fleste som dør, er barn under fem år. Figur 1 viser områder hvor malaria forekommer. Malariaproblemet er overlegent størst i Afrika, hvor *P. falciparum* er den dominerende parasitten, men som kartet viser, er malaria utbredt også i deler av Sør- og Mellom-Amerika, Asia og Oceania.

Ifølge en nylig publisert rapport fra WHO/Unicef, er mye positivt skjedd i perioden 2000–2015 (5). Rapporten forteller at antallet nye malariatilfeller er redusert med 37 prosent i løpet av disse 15 årene, og antall dødsfall er falt med 60 prosent (5). Flere intervensjoner, og særlig bruk av impregnerte myggnett, står bak denne positive utviklingen – som ifølge rapporten har forhindret 663 millioner kliniske tilfeller av malaria siden år 2000.

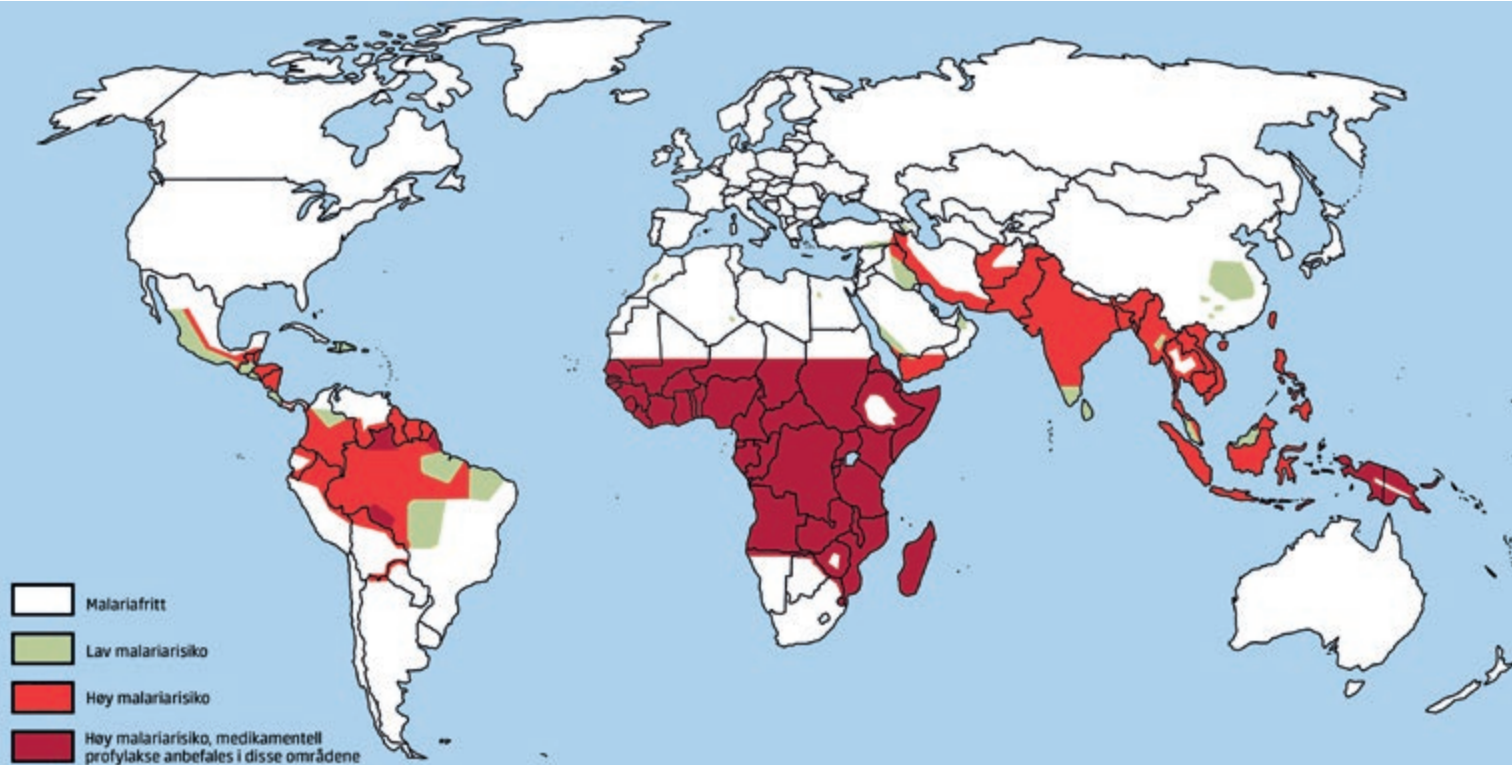
Malaria som importproblem i Norge

I Norge diagnostiserer vi hvert år malaria hos pasienter som har ervervet sykdommen gjennom myggstikk, som regel i Afrika. I 2014 ble det meldt 120 malariatilfeller til Meldesystem for smittsomme sykdommer (MSIS) (6). Dette er en betydelig økning fra tidligere år, noe som sannsynligvis i hovedsak skyldes at MSIS økte innsatsen for å få malariatilfellene meldt, og dessuten en uvanlig stor import av pasienter med *P. vivax*-infeksjon. I 2014 utgjorde *P. vivax*-tilfellene om lag halvparten av de meldte tilfellene, mens det vanlige i tidligere år har vært at *P. falciparum* har dominert som årsak til importert malaria. Malaria ble i 2014 diagnostisert i 17 av 19 fylker (6), noe som viser at allmennleger over hele landet kan stå overfor pasienter med malaria.

Diagnostikk av malaria

Den viktigste diagnostiske oppgaven allmennpraktikeren har, er å ha malaria i tankene når pasienter dukker opp med feber, og henvise til sykehus dersom malaria ikke kan utelukkes. At febertopper skal komme med regelmessige intervaller, skal man ikke bry seg særlig om, da det typiske febermønsteret kan mangle, særlig i den tidlige sykdomsfasen og særlig ved *P. falciparum*-infeksjon. De rette spørsmål må derfor stilles:

- **Har pasienten vært i malariaendemisk område?** Vi har opplevd dramatiske syk-



FIGUR 1. *Utbredelse av malaria i verden. Kartet viser ulike grader av forekomst av P. falciparum i malariaendemiske områder. Medikamentell profylakse er særlig viktig for reisende til områdene markert med burgunder farge på kartet.* KART: WIKIMEDIA COMMONS/MODIFISERT: 07

domsbilder med alvorlige konsekvenser fordi legen ikke har stilt dette spørsmålet. I en travel hverdag og særlig i influensatider kan det være lett å glemme at reiseaktiviteten er stor, og at også nordmenn kan få malaria. Som bakgrunn for spørsmålet trenger allmennpraktikeren ofte et kart som viser de malariaendemiske områdene. Det er på ingen måte nok å vite at feberpasienter har vært i verdensdeler hvor malaria forekommer.

- **Når var pasienten i malariaområdet?** De fleste med malaria får symptomer om lag to uker etter smitte, men en sjelden gang kan det gå måneder (ja endog år) fra smitte til sykdomsdebut.
- **Tok vedkommende profylaktiske forholdsregler?** Med adekvat profylakse, det vil si myggprofylakse pluss eventuelt medikamenter, er risikoen liten for å pådra seg malaria. Opphold i malariaområder i Afrika uten bruk av hverken myggmidler eller medikamentell profylakse, må betegnes som risikooppførsel, og bør skjerpe legens mistanke.

Finnes allmennlegen ut at malaria ikke kan utelukkes, skal pasienten øyeblikkelig henvises nærmeste sykehus for diagnostikk. En sikker malariadiagnose kan aldri stilles på grunnlag av sykehistorie og kliniske funn. Men diagnosen må stilles enten etter mikroskopisk påvisning av mala-

riaparasitter eller etter påvisning av plasmodiumantigen i blod i en hurtigtest (7), og disse undersøkelser bør gjøres på sykehus.

Allmennlegen kan vanligvis avstå fra blodprøvetaking, da vanlige blodprøver som CRP, Hgb, leukocytter og trombocytter gir lite diagnostisk hjelp, og kan forsinke henvisningen og diagnostikken. Det kan være fristende å utføre en malaria hurtigtest på kontoret, men testene er relativt kostbare og har begrenset holdbarhet, og på de fleste legekontorer vil mange innkjøpte tester måtte kastes ved utløpsdato.

Derfor er det rasjonelt at diagnostikken overlates til sykehuset hvor det raskt må avgjøres om pasienten har malaria, og helst også hvilken plasmodiumart det dreier seg om. Det gjøres som anført ved mikroskopi av tykk og tynn dråpe, og/eller ved påvisning av plasmodiumantigen i blod ved bruk av en hurtigtest (7). Har pasienten infeksjon med *P. falciparum* er det meget viktig at behandling innsettes så raskt som mulig.

Behandling av malaria

Mange dødsfall skyldes at diagnosen er stilt og behandling er startet for seint. Behandling skal skje på sykehus, men allmennpraktikeren bør likevel kjenne til de viktigste prinsipper for valg av medikamenter ved behandling.

Malaria på grunn av *P. vivax*, *P. ovale* og *P. malariae* behandles med hydroksyklorokin-tabletter (8). I tillegg må pasienter med *P. vivax* og *P. ovale* få primakin, slik at de ikke får tilbakefall eller klorokinbehandling. *P. falciparum* er klorokinresistent, og må behandles med et annet middel. Flere midler kan være aktuelle. Pasienter med alvorlig falciparuminfeksjon skal ha intravenøs behandling med artesunate eller kinin. Pasienter med mindre alvorlig falciparum-infeksjon kan behandles effektivt med perorale midler, men behandling et med artemisinin-kombinasjonspreparat blir anbefalt (8). Falciparum-pasienter blir nesten alltid innlagt i sykehus, mens behandling av de andre artene ofte kan bli gjennomført poliklinisk.

I og med at diagnostikk og behandling skal gjennomføres ved sykehusavdelinger, vil allmennpraktikeren ikke ha noen aktiv rolle i behandlingen, men kan oppleve å bli kontaktet av pasienten på grunn av problemer som oppstår i løpet av behandlingen og etterpå.

Forebygging av malaria

Allmennlegen kan ha en viktig rolle i å hindre at personer som reiser til malariaområder, smittes med malaria. Men det forutsetter at legen har en del kunnskap og også har skriftlige retningslinjer å holde



WHO har nylig kommet med anbefalinger om å gjennomføre pilotprosjekter for å få bedre kunnskap om bruk og effekt av malariavaksine. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

seg til. Allmennpraktikeren bør kunne gi nødvendige råd og veiledning til de fleste personer som skal reise til malariaendemiske områder i kort eller lenger tid. Han/hun må ha de nødvendige kunnskaper om malaria, hvor sykdommen finnes, hvordan man kan bli smittet og når på døgnet malariamyggen stikker. Hun/han bør derfor ha gode kart, som viser de malariaendemiske områdene og helst også et kart som viser hvor *P. falciparum* er et vesentlig problem. Han/hun bør også ha tilgang til en skriftlig veileder, den norske eller svenske ((9, 10), om hvordan og hvor man bør beskytte seg mot malaria.

Den viktigste måten som reisende kan beskytte seg mot malaria på, er å unngå å få stikk av malariamyggen. Viktigheten av påkledning på kveldstid må påpekes, og legen må kjenne til de beste myggmidler som enten er midler som inneholder dietyl-meta-toluamid (DEET) eller icaridin (Autan). Man må også kjenne til at spraying innendørs også kan være et effektivt tiltak, og at bruk av impregnerte myggnett også kan være aktuelt for reisende.

Det er således viktig å informere om at malariamyggen stikker kveld og natt. Til mange reisemål vil gjennomført myggprofylakse, være tilstrekkelig profylakse. Det framgår tydelig av de aktuelle norske og svenske anbefalingene (9, 10).

I tillegg til myggprofylakse bør de fleste reisende til malariaområder i Afrika bruke medikamentell profylakse. Figur 2 viser forekomsten av *P. falciparum* i de ulike malariaendemiske områdene, og medikamentell profylakse har først og fremst som siktemål å beskytte mot *falciparum*-infeksjon. Følgende tre er aktuelle medikamenter:

- Atevakvon-proguanil (Malarone, Provaqomyl)
- Meflokin (Lariam)
- Doxycyclin

God informasjon om medikamentene og når og hvor de skal brukes, finner man i de norske og svenske anbefalinger for malariaproylakse (9, 10). De to anbefalingene stemmer bra overens, og det er å ønske at man kan utarbeide felles anbefalinger for de nordiske land. For øvrig kan man også finne nyttig informasjon i WHO's hefte «International travel and health» (11), men WHO anbefaler mer utstrakt bruk av medikamentell profylakse enn de norske og svenske anbefalinger.

Vaksine mot malaria

Mange har gjennom flere tiår arbeidet med å utvikle en vaksine mot *falciparum*-malaria. Lengst er Glaxo Smith Kline (GSK) i samarbeid med Bill & Melinda Gates Foundation kommet. Deres vaksine er utprøvd og virker, men fire doser må til, og effekten er dårligere enn hva man i utgangspunktet håpet (12). Barn i Afrika er målgruppen for vaksinen som *The European Medicines Agency* i 2015 gikk god for, hva angår sikkerhet og effekt (13). To komiteer i WHO hadde spørsmålet om godkjenning opp til vurdering i oktober 2015, og de avga en fellesuttalelse hvor det ble anbefalt at det gjennomføres pilotprosjekter for få bedre kunnskap om hvordan vaksinen helst bør brukes til barn i Afrika (14).

Mange som skal ut på reise har sikkert lest om vaksinen, og allmennleger må svare et klart nei på spørsmålet om vaksinen er aktuell som reisevaksine.

Malaria og blodgivning

Norge har meget strenge regler for blodgivning etter malariasmitte og etter opphold i malariaområder (15). I korthet sier reglene at man er permanent utelukket som blodgiver hvis man har hatt malaria eller har hatt sammenhengende oppholdt seg i malariaendemisk område i over seks måneder. Har man hatt opphold i malariaområde i kortere tid, vil karantenen være av begrenset varighet, som regel 12 måneder. Hvorvidt det er nødvendig med slike strenge regler, kan diskuteres, og jeg mener man bør kunne lempe noe på dagens karantene-regler, som utelukker mange fra å bli blodgivere.

REFERANSER

1. Myrvang B. En femte plasmodiumart som kan gi malaria. Tidsskr Nor Legeforen 2010; 130: 282–3.
2. Baird JK. Evidence and Implications of mortality associated with acute *Plasmodium vivax* malaria. Clin Microbiol Rev. 2013; 26:1 36–57.
3. 10 facts on malaria. WHO, 2015: www.who.int/features/factfiles/malaria/en/
4. Murray CJL, Rosenfeld LC, Lim SS et al. Global malaria mortality between 1980 and 2010: a systematic analysis. The Lancet 2012; 379: 413–431.
5. Achieving the malaria MDG target: reversing the incidence of malaria 2000–2015. UNICEF – WHO, 2015: www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241509442/en/
6. Folkehelseinstituttet: www.msis.no/ 2015
7. Myrvang B, Sannes M. Bruk av hurtigtester til diagnostikk av malaria ved norske sykehus. Bioingeniøren 2014; nr. 8: 26–29.
8. Mørch K, Myrvang B. Medikamentell behandling av malaria i Norge. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 664–67.
9. Malariaveilederen – forebygging av malaria hos reisende. Folkehelseinstituttet, 2014: www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/malariaveilederen
10. Rekommendationer för malariaproylax. Smittskyddsinstitutet, 2013: www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationer/Rekommendationer-for-malariaproylax-2013/
11. WHO. International Travel and health: www.who.int/ith/
12. RTS,S Clinical Trials Partnership. Efficacy and safety of RTS,S/AS01 malaria vaccine with or without a booster dose in infants and children in Africa: final results of a phase 3, individually randomised, controlled trial. Lancet 2015; 386: 31–45.
13. Fox M. Malaria Vaccine Mosquirix Approved by European Regulators. NBC News, 24.7.2015: www.nbcnews.com/health/health-news/europe-approves-worlds-first-malaria-vaccine-n397886
14. WHO. Pilot implementation of first malaria vaccine recommended by WHO advisory groups. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/sage/en/>
15. Veileder for transfusjonstjenesten i Norge. Utgave 7.2. 2015. Helsedirektoratet, 2015.

Ulysses

– en bok som vekker minner

Lisbeth Homlongs artikkel i juleutgaven av *Utposten*. Ei historie om ein roman eg aldri har lest, gir meg anledning å reflektere over mitt forhold til den samme romanen av James Joyce.

I 1998 arbeidet jeg som skipslege i sju uker ombord på et av Brynestads cruise-skip, «Seaborn Spirit». Selve jobben som lege var det lite å gjøre i og min hovedbeskjeftigelse ble å prate med gjestene, spille bridge med dem og ellers være sosial. En kveld jeg satt ved «doctor's table» kom en eldre dame i sofaen ved siden av meg. Vi kom naturligvis i prat og hun presenterte seg som Diana O'Hehir, forfatter av irsk avstammning. Hvilket land de kommer fra er de flinke til å passe på i USA. Hun var der sammen med mannen sin, Mel Fiske, journalist – og også han forfatter.

Historien dem imellom er en sak for seg, som jeg ikke skal gå inn i her, men vi kom altså i prat og det viste seg at hun (rimeligvis) var opptatt av iren James Joyce.

– Men også av Henrik Ibsen, som Joyce var meget inspirert av. Og da jeg

kunne fortelle at jeg var fra Grimstad hvor Ibsen arbeidet som apotekerlærling i noen år og dessuten begynte sin litterære løpebane med «Catilina», hans første skuespill, ble samtalen ganske lang. Det viste seg at damen var så opptatt av Ibsen at hun som 20-årig student hadde lært seg norsk for å lese forfatteren på originalspråket.

Cruiset varte i 14 dager og jeg rakk å bli godt kjent med ekteparet. Det endte med at jeg inviterte dem til Grimstad. De kunne ikke få det til akkurat det året, men i 1999 skulle det bli mulig. Damen likte ikke å fly, så de krysset Atlanterhavet med båt – og kom til Grimstad hvor de den sommeren fikk være med i steinbruddet i Fjæreheia og oppleve «Peer Gynt». Det var en fantastisk forestilling på en fantastisk kveld; skyggen av kannestøperen 20 meter høy på granittveggen, troll som rappellerte ned fjellveggen og en historie som Diana kunne utenat.

Siden kom jeg til å fortelle historien til en student jeg hadde i min praksis. Og av ham fikk jeg boken av James Joyce, «Ulysses». Jeg leste den fra perm til perm, dog uten å skjønne at dette skulle være en av verdenslitteraturens største verk. Jeg må innrømme at jeg også kjøpte Salman Rushdies «Sataniske vers», slike kultbøker bør man jo ha lest. Den kom jeg bare noen få sider inn i før jeg ga opp.

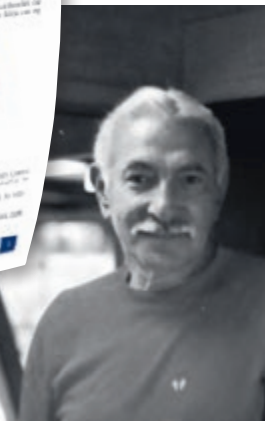
En liten digresjon er at Mel Fiske, Dianas mann, har skrevet en bok som heter *Our Mother's War: A Biography of a Child of the Dutch Resistance*.

Bokmanuset er skrevet på grunnlag av lydbånd en dame leste inn om sitt liv. Damen vokste opp i Nederland under krigen, klarte å rømme til Norge som 17-åring og her fikk hun et barn med en nordmann. Så ble hun forelsket i en amerikansk soldat og fulgte ham til USA, mens sønnen ble igjen i Norge. Da boken ble skrevet fikk jeg i oppdrag å spore opp sønnen, hvilket jeg klarte. Moren fikk etter hvert to jenter i USA som jeg også har hatt kontakt med.

Jeg har besøkt Diana og Mel flere ganger i San Fransisco. En gang ble jeg invitert til middag på byens fineste hotell – hvor tafelmusikken ble fremført på harpe. Sist gang jeg traff Diana var i 2013. Da var mannen Mel død, men hun bodde på et «alders-hjem» som på et hotell. Og var still going strong.

KJELD MALDE

Mel Fiske Diana O'Hehir



Utdrag av akuttmedisinforskriften

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. trådte i kraft 1.5.2015

FORMÅL

- å bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus
- å bidra til at utstyr som inngår i helse- og omsorgstjenestens kommunikasjonsberedskap fungerer i et landsdekkende nett og sikrer prioritert informasjonsflyt både innenfor og mellom medisinske institusjoner, til mobile enheter og til samarbeidende etater

KRAV OM SAMHANDLING § 4

Kommunene og de regionale helseforetakene skal sikre en hensiktsmessig og koordinert innsats i de ulike tjenestene i den akuttmedisinske kjeden, og sørge for at innholdet i disse tjenestene er samordnet med de øvrige nødetatene, hovedredningsentralene og andre myndigheter.

KRAV TIL LEGEVAKT I KOMMUNENE §§ 6 og 9

- Kommunen kan organisere legevaktordningen på flere måter, men må sørge for at minst én lege er tilgjengelig på vakt hele døgnet
- Legevaktordningen skal [...] yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig
- Kommunen skal sørge for at legevakten er organisert og utstyrt slik at helsepersonell i vakt kan rykke ut umiddelbart

KOMPETANSEKRAV TIL LEGEVAKTLEGER § 7

Kompetansekraft til lege som kan ha legevakt alene:

- spesialist i allmennmedisin eller
- godkjenning som allmennlege/allmennlegebevis fra et annet EØS-land, samt 40 legevakter/1 år som allmennlege
- kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

KOMPETANSEKRAV TIL OPERATØRER VED LEGEVAKTSENTRALER §§ 8 og 13

- Legevaktsentralene skal bemannes med personell med relevant helsefaglig ut-

danning på bachelornivå, nødvendig klinisk praksis og gjennomført tilleggssopplæring for arbeid som operatør

- Helsepersonell som arbeider sammen med lege i vakt skal ha gjennomført kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering

KOMPETANSEKRAV TIL AMBULANSEPERSONELL § 11

- Ambulansebiler skal være bemannet med minst to personer, hvorav minst én skal ha autorisasjon som ambulansearbeider
- Der det er bare én ambulansearbeider, må den andre personen ha autorisasjon eller lisens som helsepersonell og nødvendig ambulansesfaglig kompetanse
- Begge personene skal ha førerkort for kjøretøyklassen og kompetansebevis for førere av utrykningskjøretøy

KOMPETANSEKRAV I LUFTAMBULANSETJENESTEN § 11

- Ambulansefly skal være bemannet med sykepleier med nødvendig kompetanse
- Ambulanse- og redningshelikoptre skal være bemannet med lege og redningsmann med nødvendig kompetanse

SVARTID I AMK- OG LEGEVAKTSENTRALER §§ 13 og 15

- Legevaktsentralene skal innrette systemet for mottak av telefonhenvendelser slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter
- AMK-sentralene skal besvare 90 prosent av henvendelser fra publikum innen 10 sekunder

OVERGANGSBESTEMMELSER § 21

- Kompetansekraft til legevaktleger (3 år)
- Kurskrav til legevaktleger og operatører ved legevaktsentraler (5 år)
- Ambulansepersonell (3 år)

TOM SUNDAR
KILDER: LOVDATA, HELSEDIREKTORATET

1.1 Bakgrunn for mandatet

Regjeringen oppga i 2013 et offentlig mandat med mandat å beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutte sykdommer og skader. Det var da over 10 år siden NOU 1998:9 ble det første... Faglige krav til akuttmedisinsk beredning og NOU 2008:8 Luftambulansetjenesten i Norge var lagt frem. Det var behov for en gjennomgang. Tilgjengelige utredninger har i liten grad belyst hva som kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv i situasjoner med akutte sykdommer og skader. Det var derfor behov for en utredning som også kunne belyse befolkningens, andre staters, arbeidslivets, skolens og frivillig sektors roller i akuttmedisinske situasjoner.

1.2 Mandat for utredningen

Forsøkt med utredningen. Beskrive et helhetlig system som skal ivareta befolkningens behov for trygghet ved akutte sykdommer og skader.

- Utredningsområdet - hvilke områder som skal være aktuelle i kompetansen og tilgjengeligheten til akuttmedisinske tjenester, for eksempel om det uttrykkelig bekreftes for slik kompetanse i legevaktstjenesten og slik tilgjengelighet til luftambulansetjenester
- Endringer i skadestrukturer ved helikopter- og skadestrukturer
- Det er behov for å utvikle frivillig sektor og andre staters roller i skadestrukturer og utvikle årlige strategier og tiltak på tvers av organisasjoner
- Skole og arbeidsliv har viktige roller som har betydning for beredning
- Det er behov for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv og andre som leid i en helhetlig tilrettelegging
- Det er ulike utfordringer knyttet til den kommunale legevakt, og det er behov for å vurdere en bedre strategisk og de samlede kommunale behov og omsorgstjenester i den prosessuelle skadestrukturer. I dette angår også rollen til kommunale sykefaglig hjelp tilgjengelighet.

Utvalget skal se på:

1. Hva kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv og hjelpe andre ved akutte sykdommer og skader?
2. Hva kan gjøres på skoler og arbeidsplasser og i idrettslag?
3. Andre staters roller (eks kommunalt beredningsnett)
4. Frivillig sektor (Røde Kors, Norsk Folkehjelp, Norsk Luftambulans, Redningsvolontær) rolle med hensyn til folkeopplysning, kompetanseheving, beredning
5. Den akuttmedisinske kjede
6. Utvalgte økonomiske og administrative konsekvensene av forslaget. Minst ett forslag skal baseres på nøytrale ressurser innen området.

Når utvalget ser på legesektoren, skal det samarbeide med beredning til nasjonale krav for legesektoren, beredning til skadestrukturer for folkeopplysning. Utvalget skal utvikle tiltak, se på behov for folkeopplysning og kompetanseheving, utvalgte samarbeidsformer, etablere ledelsestrategier og tiltak på tvers av organisasjon, og gjennomføre årlige rapporter. Utvalget skal sørge for bred innberetning av alle relevante skadestrukturer i sitt arbeid.



- NOU 2015:17 Først og fremst – Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus ble overlevert til helseminister Bent Høie 4. desember 2015
- Utredningen kan lastes ned fra regjeringen.no hvor man også kan finne rapporter og grunnlagsmateriale som utvalget bestilte fra eksterne aktører
- Høringsfristen er 21. mars 2016

Kapittel 11 Ambulansetjenesten

11.1 Innledning

Ambulansetjenesten har utviklet seg fra å være en ren transporttjeneste med enkelte beredningssentraler til å bli en utvalgt del av de akuttmedisinske tjenestene. Utvikling av ambulansetjenesten, bedre utrustning og ny teknologi gir store muligheter for å utvikle tjenesten. Det er viktig å sikre at ambulansetjenesten, der ambulansetjenesten utsettes i dag som sykehusets beredningsnett, i løpet av de senere år er et utviklet prosessuelle beredningsnett for akutte sykdommer og skadestrukturer som tidligere bare ble gitt i sykehus. Et eksempel er ambulansetjenestens beredning av akutte hjerteinfarkter, der ambulansetjenesten har EKG på stedet, kommuniserer med spesialist på sykehuset og gir blodtrykksregulerende medikament intravenøst når det er indikert. På en rekke andre områder utvikles det diagnostiske beredningsnett som beredning, skadestrukturer, skadestrukturer, beredningssentraler og mobile soneter/CT-soneter, som på sitt vil kunne tas i bruk ved akutte sykdommer eller skadestrukturer utenfor sykehus. Felles for disse utviklingsprosjektene er at de krever at kompetansen i ambulansetjenesten.

skjedde vesentlige endringer i utrustning og organisering av ambulansetjenesten (Helsebudsjetten, 2014).

Regionale helseforetak har i dag ansvaret for ambulansetjenesten (Hb, hls og luftambulansetjenesten). I 2013 ble det opprettet et eget helseforetak, Ambulans Midt-Norge HF, med ansvaret for ambulansetjenesten i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Ambulans Midt-Norge HF ble opprettet fra 2015, og ambulansetjenesten ble overført til de tre helseforetakene i regionen. Ambulansetjenesten er organisert som en del av de akuttmedisinske nettene i helseforetakene. Noen steder er ambulansetjenesten samlokalisert med andre tjenester og anstalter for å skape større fleksibilitet og mulighet for kompetanseutvikling.

11.2.2 Utdanning og kompetanse

Ambulansetjenesten ble godkjent i 1996 og etablert i videregående opplæring etter lovmodellen for fagopplæring i arbeidslivet med to år i skole og to år i lære. Opplæringen ble dokumentert ved tilleggs av fagbrev. Etter oppgjitt fagbrev kan det søkes om autorisasjon som ambulansetjenesteleider. Etter søkt fagbrev er det mulig å ta ett års fagopplæring og få generell studiekompetanse. Helsebudsjetten (2014) har lagt frem en plan for

Først og fremst

– en oppsummering av Akuttutvalgets innstilling

■ JAN MAGNE LINNSUND • Helsedirektoratet, spes. indremedisin og tidl. allmennmedisin, sekretariatsleder for Akuttutvalget

Etter to års intenst arbeid la Akuttutvalget fram sin NOU 4. desember 2015. Utredningen fikk navnet *Først og fremst* – fordi det er viktig at akuttmedisinske tjenester kommer fram til befolkningen så raskt som overhodet mulig og fordi det er et sterkt politisk og faglig ønske om at tjenestene som ytes skal være preget av kompetanse og kvalitet.

2015 har vært et år med stor aktivitet når det gjelder utredninger innenfor helseområdet, med både revisjon av akuttmedisinforskriften og primærhelsemelding på våren og nasjonal helse- og sykehusplan og Akuttutvalgets NOU på høsten.

Mandatet utvalget fikk var bredt og utvalget har forsøkt å beskrive et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Den akuttmedisinske kjede ble i mandatet utvidet med et befolkningsperspektiv hvor også den enkelte borger og frivillige organisasjoner har sin plass ved siden av den mer klassiske profesjonelle kjede med legevakt, ambulanse og nødmeldetjenesten som de mer sentrale elementer.

Førstehjelpskunnskap

Når minutter er avgjørende for om pasienten overlever, er det ikke mulig å dimensjonere beredskapen slik at en alltid når fram til pasienten i tide. Befolkningen blir derfor en viktig del av den akuttmedisinske kjede. Førstehjelp redder liv og gir pasienten bedre effekt av helsetjenestens innsats. At befolkningen har nødvendig første-

hjelpskunnskap og er i stand til å iverksette livreddende tiltak, er viktig for mestring og for den felles beredskap og omsorg alle kan ha for hverandre. Viljen og evnen til å sette i verk førstehjelpstiltak samt kunnskap om hvordan hjelpeapparatet skal varsles, er viktig. Utvalget har derfor foreslått at:

- det bør utvikles en nasjonal førstehjelpsstrategi med mottoet «Et program for livslang læring»
- det bør sikres at alle helsepersonellgrupper kan førstehjelp og at førstehjelp og hjerte-lunge-redning tas inn tidlig i studieplanene på de respektive utdanninger
- førstehjelp bør inngå som et obligatorisk element i introduksjonsprogrammet for innvandrere

Akutthjelperfunksjonen som nå er hjemlet i den nye akuttmedisinforskriften anses av utvalget for å være en viktig del av den akuttmedisinske kjede, men trenger en nærmere definisjon og avklaring. Det bør settes ned en bredt sammensatt arbeidsgruppe som skal utarbeide retningslinjer og utrede akutthjelperes funksjon med tanke på ansvarsfordeling og kostnader. Begrepet akutthjelper bør defineres nærmere og det bør gjøres en avklaring rundt rammene for faglig forsvarlighet knyttet til akutthjelperfunksjonen.

Samhandling i akuttkjeden

Det store bildet viser at det er en god lokal akuttmedisinsk beredskap utenfor sykehus og tjenestetilbudet er preget av viktige verdier som likeverdighet, trygghet, nærhet og kvalitet. Men det er store forskjeller i tjenestetilbudet. Utviklingen de senere år har vist at de ulike tjenestene har en tendens til å sentralisere samtidig; legevakter blir i større grad interkommunale, ambulansestasjoner

sentraliseres og blir færre og både AMK- og legevaktssentraler dekker større områder.

Utvalget har pekt på viktigheten av felles planer og samhandling mellom kommuner og helseforetak når det gjelder ressursbruken i akuttkjeden og foreslår at felles plan for akuttmedisinske tjenester forskriftsfestes og at de gjeldende samhandlingsavtaler revitaliseres og utvikles. Bakgrunnen er at uten et samarbeid mellom kommuner og helseforetak, blir det gjennomført endringer som får utilsiktede konsekvenser for den andre part. Nedlegging av ambulansestasjoner får konsekvenser for behovet for at legevakten er tilgjengelig for utrykninger og sykebesøk. Og motsatt: store, interkommunale legevakter baserer seg i stor grad på at ambulanspersonell er til stede og rykker ut med kort responstid.

Legevaktstjenestens utfordringer

Bemanningen i mange interkommunale legevakter er lav og med høy vikarbruk i mange distrikter. Interkommunale legevakter kan også bli for store når det gjelder utstrekning, slik at det blir altfor lang reisetid for utkantene å komme til legevakt. Noe av hensikten med forslaget om å innføre maksimal reisetid til legevakt (kfr. forslagslisten nedenfor), er at det vil kunne være med på å sette grenser for et legevakt-distrikts størrelse. Få sykebesøk fra legevakt og lav legedeltagelse i utrykning til akuttmedisinske situasjoner, forteller om en tjeneste som på mange måter har utviklet seg bort fra å behandle dem som trenger det mest. I stedet er legevakt blitt en stasjonær tjeneste som gir medisinsk hjelp til pasienter med lav hastegrad. Det kan derfor stilles spørsmål om hvordan både prioritering, kvalitet og pasientsikkerhet er ivarettatt i legevaktstjenesten. Og dette er

FOTO: CECILIE MO BATALDEN



noe av bakgrunnsteppet for at Akuttutvalget er av den oppfatning at legevakt kanskje er den svakeste delen innenfor den akuttmedisinske kjede.

Det er et stort paradoks at deltagelse i legevakt er obligatorisk for fastleger, men at andelen fastleger som deltar i legevakt på nasjonalt nivå har vært fallende gjennom mange år og det samme gjelder for spesialister i allmennmedisin. Utvalget er kritisk til at legevaktleger mange steder unnlater å rykke ut til akuttmedisinske hendelser eller reise i sykebesøk til eldre og svekkede pasienter. Vurderingskompetansen hos ambulansetjenesten kan ikke være en erstatning for legekompentansen og den store økningen av eldre pasienter med multimorbiditet og forverring av kronisk sykdom, understreker ytterligere viktigheten av den brede erfaring og medisinsk-faglige vurderingskompetanse som fastleger og spesialister i allmennmedisin innehar. Og denne kompetansen må en gjøre alt for ikke å miste i legevaktstjenesten fremover.

Legevakt for alle, men ikke for alt

Utvalget mener at det er holdepunkter for å hevde at dagens stykkprishonorering kan påvirke prioriteringen i legevakt, spesielt med hensyn til avveiningen mellom å prioritere pasienter inne på legevaktstasjonen opp mot utadrettet virksomhet gjennom sykebesøk og utrykninger. Legevakt-

tjenesten har i for stor grad mistet noe av sin opprinnelige funksjon som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Flere legevakter har utviklet seg til å bli kvelds åpne legekontor med pågang av pasienter med problemstillinger som verken er livstruende eller akutte. En slik økt konsultasjonsproduksjon kan være med på å svekke legevakten som kommunens viktigste element innenfor sin akuttmedisinske beredskap. Legevakten er for alle, men ikke for alt. Allerede i dag bruker om lag halvparten av landets legevakter fastlønn i deler av døgnet og utvalget mener at mer bruk av fastlønn vil bidra til at legevakten i større grad prioriterer pasientene med størst behov.

I utvalgets delrapport høsten 2014 var et av forslagene en målsetting om minst 75 pst. legedeltagelse ved AMK-varslings og rød respons-utrykning. I utvalgets videre arbeid har en vært i tvil om det er riktig å gå inn for å tallfeste en nasjonal norm på dette området. En av årsakene til dette er store lokale variasjoner med blant annet avstand til sykehus, som tilsier ulike behov for legeutrykning til akutt skadde og syke pasienter og at det er usikkerhet knyttet til hvilken ressursbruk som utløses. Utvalget har derfor foreslått at det bør igangsettes forskning på samfunnsmessige virkninger av økt legemedvirkning i akuttmedisinske situasjoner, herunder sparte kostnader i færre sykehusinnleggelser og

færre eller kortere ambulansetransporter. På sikt vil det da kunne være aktuelt at det blir etablert en eller flere nasjonale normer for legedeltagelse ved akuttmedisinske utrykninger.

Økt satsing på sykebesøk

Sykebesøk og utrykninger utføres i stadig mindre omfang både av fastleger og på legevakt. Det mangler nasjonale retningslinjer for omfang av sykebesøk eller kriterier for sykebesøk fra legevakt. I 1995 foretok legevaktene om lag 685 000 hjemmebesøk, mens det i 2014 ble utløst takster for om lag 65 000 utrykninger/sykebesøk. Mye av nedgangen i sykebesøk i løpet av de siste 20 årene er blitt erstattet av konsultasjoner i legevaktslokaler – og dette har vært en ønsket utvikling. Men sykebesøk skal være medisinsk-faglig begrunnet eller basert på at det er en urimelig belastning for pasienten å transporteres til legevakten. Utvalget mener det er behov for å stille krav til at legevakt i større grad skal foreta sykebesøk og utrykninger. Det er også viktig at fastlegene tar ansvar for å dra i hjemmebesøk til egne pasienter som pga. immobilitet eller sykdom ikke kan komme til fastlegens kontor. Dette vil ikke bare avlaste legevakten i mange tilfelle, men også bedre kvaliteten i pasientbehandlingen.

Utvalget har med bakgrunn i en del av det som har vært omtalt ovenfor, fremmet en rekke forslag hvorav noen har preg av nasjonale krav som gir en retning for framtidig styrking av og dimensjonering av legevaktstjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.

Utvalgets sentrale forslag om legevakt og øyeblikkelig hjelp i kommunene

- Alle kommuner må ha en plan for øyeblikkelig hjelp-tilbudet i sin kommune – og som utarbeides som en del av samarbeidet med helseforetaket om et felles planverk for akuttmedisinske tjenester.
- Kommunene bør videreutvikle samarbeidet mellom døgnbaserte helse- og omsorgstjenester og legevakt. Legevakt bør i størst mulig grad samlokaliseres med andre tjenester.
- Det bør i størst mulig grad etableres tverrfaglige øyeblikkelig hjelp-team i kommunene med god kompetanse.
- Utvalget foreslår å styrke ledelsen og samle flere av de ulike ø. hjelp-tjenestene i kommunene, slik at de fremstår som en tjeneste.
- Medisinsk-faglig ledelse av legevakt må

på plass i alle legevaktdistrikter og kommuneoverlegens rolle må styrkes.

- Utvalget foreslår at det innføres nasjonale krav som har som siktemål å gi en retning for fremtidig styrking og dimensjonering av legevaktstjenesten. Kravene bør fastsettes nærmere i forskrift eller i retningslinjer eller veiledere fra Helsedirektoratet.
- Det innføres et nasjonalt krav i forskrift om at 90 prosent av befolkningen i hvert legevaktdistrikt skal ha maksimalt 40 minutters reisetid til nærmeste legevaktstasjon og 95 prosent av befolkningen skal ha maksimum reisetid på 60 minutter.
- Fastlønn og utvidet bruk av faste stillinger i legevakt bør innføres med sikte på å endre prioriteringen i tjenesten og bedre rekrutteringen.
- Nasjonale myndigheter må stimulere til at fastlønn tas i bruk i større grad i legevaktstjenesten og at det bør settes i gang arbeid for å analysere og utrede nærmere virkningene av utvidet bruk av fastlønn i legevaktarbeid.
- Lege og annet helsepersonell må i større grad enn i dag delta i utrykning ved varsling fra AMK-sentral.
- AMK-sentralenes varslingsplikt overfor legevakter må innskjerpes ved hastegrad akutt (rød respons) og ved gul respons i større grad enn i dag varsle legevakt.
- Økt omfang av sykebesøk fra legevakt med etablering av en nasjonal norm om at legevakten utfører minst 20–40 sykebesøk inkludert utrykninger pr. 1000 innbyggere pr. år og at kommuner og helseforetak bør inngå samarbeid rundt drift av legevaktbiler til bruk for legevaktlege i sykebesøk og utrykninger.

Litt mer om reisetid

Når det haster, er det viktig med tilgjengelige helsetjenester. Tilgjengelighet kan beregnes ved reisetider. Helsedirektoratet ved Norsk pasientregister (NPR) har på oppdrag fra Akuttutvalget utviklet nettløsninger for å beregne reisetider for ulike helsetjenester. Nettløsningen var allerede på plass, men Akuttutvalgets oppdrag gjorde at NPR fikk supplert kartløsningen slik at det nå foreligger en oversikt over ambulansestasjoner, DPS, sykehus med akutfunksjoner, legevakter, AMK- og legevaktssentraler, fastlegekontorer, brannstasjoner og politistasjoner. Ved hjelp av denne løsningen kan en beregne reisetid til utrykningskjøretøy som rykker ut fra ambulansestasjoner, politistasjoner og brannstasjoner og reisetid til legevakt. Reisetidsberegning

gen viser hvor lang tid det tar å nå 90 pst. av befolkningen i en kommune, ett fylke eller andre geografiske områder. Brukere av løsningen kan også lage egne reisetidsberegninger ved å legge til, flytte eller fjerne institusjoner i Norgeskartet.

Løsningen er fremdeles under utvikling, men tilgjengelig på <https://reisetid.helse-direktoratet.no/felles>

Fastlegenes betydning

Utvalget påpeker at allmennlegene og fastlegeordningen er bærebjelken for norsk legevakt. Derfor er det viktig at forhold legges til rette for at flere fastleger vil finne ut at legevakt ikke bare er en krevende del av den allmennmedisinske hverdag, men kan også være spennende og givende. Det må være et klart mål på sikt å greie å snu trenden fra de siste år hvor det har vært en stadig fallende andel av både fastleger og spesialister i allmennmedisin som har deltatt i legevakt. Mange av tiltakene utvalget foreslår vil påvirke behovet for flere leger i kommunene og det er derfor nødvendig å se dette i sammenheng med utviklingen av fastlegeordningen. Utvalget mener derfor at sentrale myndigheter bør styrke fastlegeordningen slik at den støtter opp under utvalgets forslag.

- Fastlegene må øke sin tilgjengelighet for pasienter som søker øyeblikkelig hjelp.
- Det må legges til rette for at fastlegenes mottak av ø. hjelp-pasienter registreres.
- Legevakter bør gis mulighet for å kunne foreta timebestilling hos pasientens fastlege.
- Det må legges til rette for at legevaktarbeid planlegges og inngår i regulert arbeidstid slik at den enkelte lege får større forutsigbarhet for omfanget av sin arbeidstid.
- Legevakt bør telle i resertifisering for spesialiteten i allmennmedisin.

Legevaktssentralenes betydning og nødnetts rolle

Utvalget viser til at telefонтjenesten i legevaktssentralene har altfor lange ventetider mange steder i landet og spesielt dreier dette seg om de største legevaktssentralene. Flere tilsyn ved store norske legevakter i 2015 viser dette.

Aksesstiden på legevaktssentralene må bli bedre og bør være kortere enn det som er forskriftsfestet pr. i dag og som ligger på linje med aksesstiden for fastleger, dvs. to minutter for 80 pst. av alle henvendelser. Erfaringer fra både Danmark og Skottland viser at det er mulig å oppnå kort aksesstid

også for en nasjonal legevaktssentraltjeneste som NHS-24-tjenesten i Skottland er.

Det bør legges økte ressurser i telefonkonsultasjoner med lege eller sykepleier i LV-sentralene fordi det kan spare ressursbruk til konsultasjoner og transport – og det gir spart tid og ressurser for pasienter og pårørende. Utvikling av nasjonale telefонтjenester som yter service overfor alle LV-sentralene bør utredes og utvikles. Et aktuelt område er innen psykisk helse og rusfeltet. Nettbasert rådgivning og veiledning bør etableres innenfor medisinsk nødmeldetjeneste

Responstid som kvalitetsindikator

Det har vært en nærmest kontinuerlig diskusjon rundt responstider innen ambulansetjenesten siden forrige akuttutvalg la fram sin NOU i 1998. Rask respons fra nødetatene er en vesentlig forutsetning for publikums følelse av trygghet. Det er derfor stor oppmerksomhet knyttet til responstider. Utvalget har imidlertid konkludert med at responstider ikke bør forskriftsfestes, men heller inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett som omfatter både ambulansetjenesten og legevakt. Responskravene fra 1998 gir en rimelig god avveining av forholdet mellom behov for hurtig respons og utfordringen ved til dels store avstander og grisgrendt befolkning i større deler av landet. Man har derfor ikke endret disse, men foretatt en ytterligere oppdeling hvor store byer er skilt ut spesielt.

- For akuttoppdrag (rød respons) skal 90 pst. av befolkningen i store byer nås innen 8 minutter, 12 minutter for andre tettsteder og 25 minutter for spredtbygde strøk.
- 95 pst. av befolkningen må kunne nås av legevakslege innen 45 minutter ved utrykning. Alle tettsteder (definert av SSB) må nås innen samme tidskrav.

Det er relevant å se responstidskravene for alle nødetatene (helse, brann og politi) i sammenheng, selv om ikke kravene nødvendigvis trenger å være like. I dag er det ikke samsvar mellom responstidskravene – verken deres formelle status, forståelse av begrepet responstid eller definisjon på by/tettsted. Utvalget mener at nødetatene bør ha et felles planleggingsgrunnlag og at en felles forståelse av begreper og definisjoner bør ligge til grunn.

Det blir spennende å se hva det blir av NOU 2015:17 i tiden fremover. Det er iallfall en oppdatert og kunnskapsbasert utredning om hvordan det akuttmedisinske tjenesteapparatet utenfor sykehus faktisk er pr. i dag.

■ JAN.MAGNE.LINNSUND@HELSEDIR.NO

AKUTT MEDISINFORSKRIFTA: God eller dårleg? Løft

■ SVERRE RØRTVEIT • Kommunelege i Austevoll, fastlege og legevaktlege, spesialist i allmennmedisin, medlem av Akuttutvalet

Akuttmedisinforskrifta (1) har som føremål å «bidra til at befolkningen ved behov for øyeblikkelig hjelp mottar forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus» (§1). Lat oss for ein augneblink halda fast ved dette føremålet: Forsvarlege og koordinerte akuttmedisinske tenester. Resten av forskrifta skal beskriva krav som bidreg til å oppfylle føremålet.

Som allmennmedisinarar og samfunnsmedisinarar kan ein refleksjon over denne forskrifta starta ved denne etappen: Har me noka rolle, noko ansvar, for å sørga for forsvarlege, det vil seia gode, akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus?

Dumt spørsmål. – Ja, me har det. Så vil eg spørre: Kvifor har me ei rolle og dette ansvaret? Mitt svar er at i ytterste konsekvens så har me dette ansvaret som medmenneske, og medmenneske som har høg tillit ved at me har ein spesiell kompetanse på dette området. Det er eit meir relevant svar enn at ansvaret følger av tilsettingskontrakt og Lov om helsepersonell.

Akuttmedisinforskrifta er faktisk ganske god på å sirkla inn korleis me, saman med kommunen og helseforetaket, skal ivareta det medmenneskelege og medisinskkompetente ansvaret ved organiseringa av legevakt. I §6 står det at kommunen skal organisera legevakt slik at minst ein lege kan stilla opp, og organiseringa må vera slik at legen både kan vurdere, gje råd og behandla akuttmedisinske tilstandar, og organiseringa må vera slik at legen kan rykka ut ved akuttmedisinske tilstandar. I §4 står det at kommunane og helseforetaka skal samordna dei akuttmedisinske tenestene sine, og kommunane skal sørga for at legevaktspersonellet får trening i oppgåvene sine.

Desse kjerne-krava i §4 og 6 kunne ha vore detaljert endå meir, men dei er i denne utforminga likevel av stort verdi, og dei utgjør eit medisinsk-etisk credo: Dette trur me på, dette er av våre grunnleggjande verdier, dette beskriv korleis me skal organisera oss for å hjelpa menneske i naud.

Alt vel og bra. Kva er så problemet? Problemet synes å vera §7. Her er det at krav til formell kompetanse for å kunna vera legevaktlege, blir stilt opp. Hovudregelen er at legevaktlegen må vera spesialist i allmennmedisin eller vera godkjent allmennlege, og for andre legar må kommunen skaffa uttrykkingstilgjengeleg bakvakt som oppfyller desse krava. Dette utgjør eit problem for mindre legevaktordningar.

Det er mest eklatant skildra i det felles brevet som fylkeslegane i landet har sendt til Helse- og omsorgsdepartementet, omtalt i *Dagens Medisin* 18.12.15 (2), der fylkeslege Anne-Sofie D. Syvertsen i Aust-Agder også vert intervja og viser med døme frå Bykle og Valle kommune korleis den delen av legekorpset som oppfyller kompetansekrava då må gå to- eller tredelt vakt. Syvertsen seier at dette ikkje er foreineleg med normalt familieliv, og at ein misser ressurspersonar som er bereid til i distrikta. Denne problembeskrivinga har jo fylkeslegane rett i, og me var mange som på førehand peika på at dette var eit vanskeleg punkt.

I reportasjen i *Dagens Medisin* 18/12 er Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) uteska om sine synspunkt på det fylkeslegane påpeiker. HOD gjev ingen ting ved dørene, men seier at overgangsordninga på tre år er sett for at

«kommunene benytter denne perioden til å arbeide for å styrke tjenesten. Departementet vil ha tett dialog med bl.a. KS om gjennomføringen og effekten av kompetansehevingen. I denne forbindelse vil Helsedirektoratet få i oppdrag å følge med på/evaluere om kommunene klarer å rekruttere nok leger til tjenesten.»

Det ser med andre ord ut til at a) HOD ikkje er medvitslaus i forhold til det dilemmaet

som føreligg, b) at HOD meiner at kommunane innan tre år må rekruttera fleire legar med kompetanse, og c) at KS og Hdir (som er nøkkellaktørar for å få rekrutteringsauke til) skal involverast tungt i arbeidet.

Mi vurdering av dilemmaet som er skapt av §7, er at dette kjem til å verta modifisert av den utviklinga som manifesterer seg dei kommande åra. For det første har HOD rett i at ein del kommunar er klart underdimensjonerte i fastlegeordninga si og må styrka den. For det andre meiner eg at det forholdet at fylkeslegane engasjerer seg, utgjør ei av etter kvart mange drivkrefter som vil framtvunga endringar av dei delane av kompetansekrava som for firkanta stenger ute mange kompetente legar frå deltaking i legevaktordningane.

Så då vil eg venda attende til det som eg oppfattar som sentral-paragrafane i akutt-forskrifta, §6 og §4. Siste bokstav i §6 pålegg legevaktene uttrykingsplikt når det er naudsynt, i akutte tilfelle. Dersom kommunane, og fastlegemiljøa, refleksmessig sentraliserer legevaktordningane for å oppnå at fleire legar oppfyller kompetansekrava, vil dei samstundes forhindre at uttrykingsplikta kan oppfyllest. På dette viset står uttrykingsplikta i §6 og kompetansekrava i §7 i opposisjon til kvarandre.

Eg har ikkje oppfatta den juridiske vitenskap og praksis slik at ei paragraf i ei forskrift har forrang framfor andre. Når altså fylkeslegane er bekymra for problema som §7 skapar for vaktordningane (som eg er samd med dei i), så er det ikkje nokon grunn til at dei skulle vera mindre bekymra for det hinderet for realisering av §6 som legevaktssentraliseringane skapar. Når det kjem til overvaking frå helsetenesta sine tilsynsorgan, med andre ord nettopp fylkeslegane, så er det ingen grunn til at dei skulle ha mindre fokus på §6 enn på §7.

§4 pålegg kommunar og helseforetak samordning av sine akuttenester. Akuttutvalet (3) foreslår ei betydeleg innskjerping av dette, med felles planleggingsprosessar. Også dette bør bli eit sentralt punkt for overvaking av helsetilsyn og fylkeslegar,

blikket!



for å sørge for at både kommunar og helseforetak tek ansvar for ei differensiert, kompetent, samtrent og utrykkingstilgjengeleg akutthelseteneste.

Ei utfordring for realiseringa av den samfunnsetiske fordringa vår, at me har ei rolle og eit ansvar for å sørge for gode akuttmedisinske tenester utanfor sjukehus, er at det i delar av korpset vårt finnest ei tenking om at legen ikkje betyr noko for utfallet av akuttmedisinske aksjonar. Teorien er då at andre instansar (som oftast ambulansetenesta, av og til luftambulanse eller utrykkingseining frå sjukehus) kan ordna opp, legevaktlegen kan halda fortet inne på legevakta.

Det er ei underleg oppfatning at den pro-

fesjonen som har den klart beste utdanninga og den klart mest omfattande treninga i å vurdere kliniske situasjonar, ikkje skulle bety noko i akuttmedisinen. Vurderingskompetanse i kompliserte situasjonar er heilt sentralt. Akuttutvalet foreslår at legevaktlege bør vera med ambulansen i utrykking i dei fleste tilfelle av AMK-sendt raud respons.

Mitt hovudærend med dette innlegget er altså å framheva at fastlegekorpset og legevaktlegane bør sjå akuttmedisinforskrifta som eit gyllent høve til realisering av det beste i legetradisjonen. Dei problematiske

sidene ved forskrifta i §7 bør me jobba, saman med andre gode krefter, for å endra og modifisera, og det er sannsynleg at desse problema i det lange løpet ikkje vil overskygga fordelane ved akuttmedisinforskrifta av 1. mai 2015.

REFERANSER

1. Akuttmedisinforskriften. Helse- og omsorgsdepartementet 2015.
2. <http://www.dagensmedisin.no/artikler/2015/12/18/frykter-manglende-legerekuttering-med-ny-forskrift/>
3. Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Norges offentlige utredninger, 2015: 17.

■ SVERRE.RORTVEIT@AUSTEVOLL.KOMMUNE.NO

Ny akuttforskrift stiller nye krav

■ KINE JORDBAKKE • Allmennlege/akuttmottakslege, Seljord kommune/Telemark Sentralsykehus
Kine Jordbakke har skrevet denne artikkelen på vegne av NFA sin referansegruppe for legevaktsmedisin

Den nye akuttforskriften som trådte i kraft i 2015 innebærer flere endringer for kvalitetssikring og drift av legevakttjenesten – herunder nye krav til kursing og vaktkompetanse.

Kurs

Det er allerede et krav at allmennleger må ha akuttmedisinkurs hvert femte år. Det nye er at dette også vil gjelde annet helsepersonell samt eventuelt andre leger som ønsker å jobbe på legevakta. For øyeblikket revideres de eksisterende akuttkursene samtidig som det utarbeides kurs om vold- og overgrepshåndtering.

Obligatorisk kurs om vold- og overgrepshåndtering er vel og bra, men er foreløpig planlagt som et fire-timers e-læringskurs, som i første omgang gir et innblikk i problemstillingen. NFAs referansegruppe for legevaktsmedisin finner det problematisk at seksuelle overgrep kommer til spesialiserte mottak, mens vold i nære relasjoner som er mer krevende, ikke minst da det omhandler et rettsmedisinsk aspekt, i ste-

det blir overlatt til legevaktsleger uten nødvendig tid, opplæring og/eller erfaring.

NFAs referansegruppe for legevaktsmedisin har foreløpig ikke blitt bedt om å komme med innspill eller til å delta med utarbeidelsen av de videre planene.

Det har blitt gitt en overgangsordning på fem år for å oppfylle de nye kurskravene, med andre ord skal alle leger som skal jobbe på legevakt ha bestått kursene før 1. mai 2020.

Vaktkompetanse

Leger som skal jobbe legevakt må enten være spesialister i allmennmedisin eller være godkjente allmennleger (tre års veiledning + grunnkurs A og B). I tillegg må man ha gjennomført 40 kommunale legevakter eller ett års tjeneste som kommunalt ansatt lege (turnustiden teller med som et halvt år) for å være vaktkompetent.

Videre må legen ha fullført kurs i akuttmedisin og vold- og overgrepshåndtering.

Leger som ikke oppfyller kravene må ha bakvakt som oppfyller kravene.

Fylkesmannen kan gjøre unntak, men ikke når det gjelder bakvakten.

Det er opprettet en overgangsordning på tre år for å oppfylle kravene, og etter 1. mai 2018 skal bakvaksordningen være på plass og det gis ikke ytterligere dispensasjon fra dette kravet.

Samhandling mellom akuttmedisinske tjenester

Forskning viser at økt fokus på samarbeid og trening skaper god læringskultur og økt trygghet på vakt. Dette kan igjen være med på å motvirke sentralisering av tjenester. Ved en styrket samhandling mellom aktørene i den prehospitalt akuttmedisinske kjede, vil pasientens sikkerhet økes, og man vil forhåpentligvis kunne redusere både behandlings-«delay» og unødvendige innleggelser.

Tilstedeværelse av komplette lokalsykehus med alle akuttfunksjoner, er svært viktig for samtrening, kursing, prosedyretrening og kompetanseutvikling lokalt. Viktigheten av at 1.- og 2.-linjetjenesten jobber i team og ikke i linje, understrekes, og er av stor viktighet for kvaliteten i prehospitalt tjenester. Man kan ikke gjøre endringer i den kirurgiske akuttberedskapen uten at det påvirker prehospitalt tjenester.

Alle kommuner har samhandlingsavtaler med sitt helseforetak, også en delavtale som gjelder den prehospitalt akuttmedisinske kjeden. I hvilken grad disse avtalene blir etterfulgt og videreutviklet er vanskelig å si.

I mitt fylke, Telemark, er det jevnlig arbeidsmøter i regi av samhandlingskoordinatorene. Vi planlegger flere prosjekter. Blant annet skal vi i gang med et prosjekt mellom sykehuset Telemark og Seljord interkommunale legevakt. I dette prosjektet skal vi forsøke å styrke og øke trygghet til legevaktslege og pasienter. Det skal gjøres ved at legevaktslegen blant annet skal ha tettere dialog med en erfaren sykehuslege.

Helsedirektoratet har gitt Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) omfattende oppgaver i utarbeidelsen av de obligatoriske kursene i akuttmedisin og vold og overgrep for legevaktpersonell:

- Nklm ble høsten 2015 bedt om å lage et forslag til rammeplan for akuttmedisinkurs for legevaktpersonell, og denne ble oversendt Helsedirektoratet 1. desember 2015. Den bygger på mal for akuttmedisinkurs for allmennleger fra 2008 og beskriver omfang, innhold og pedagogiske prinsipper. Akuttmedisinkurset vil bestå av en teoretisk (som kan gjennomføres som nettkurs), og en praktisk oppmøtebasert del på 15 timer.
- Nklm skal utarbeide nettkurset i akuttmedisinteori i løpet av 2016.
- Nklm skal også lage det obligatoriske nettkurset i vold og overgrep for legevaktpersonell som også skal være ferdig i løpet av 2016. Kurset i vold og overgrep vil tilpasses kurset om vold i nære relasjoner for fastleger.

NYE KRAV TIL LEGEVAKTA

- Krav til svartid og system for varsling: Legevakta skal besvare 80 prosent av henvendelsene innen to minutter
- Nytt legevaktnummer fra 1. september 2015: **116 117**
- Legevaktene oppfordres til å ha avtale om bistand fra akutthjelpere, medlemmer av frivillige organisasjoner, branntjenesten m.m.
- Utstyr for lydopptak: Det stilles krav om lydlogg
- Alt legevaktpersonell skal ha kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering

AKUTTMO TTAK

ILLUSTRASJONSFOTO: SNAPSHOT / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

Vi skal også se på det øyeblikkelige polikliniske tilbudet – spesielt med tanke på indremedisinske pasienter.

Diskusjon

Nye krav til vaktkompetanse kan få store konsekvenser for små kommuner. Når vaktbelastningen øker, kan små kommuner og vakt-distrikt bli tvunget til å slå seg sammen. Det kan bety slutten på ordninger der vikarer fra andre spesialiteter jobber på legevakt kun for å tjene penger. Dette vil også kunne ramme større legevakter. Leger som i fremtiden skal jobbe på legevakten må ha både akuttkurs og voldskurs. Dette vil forhåpentligvis gi dem økt motivasjon for legevaktsarbeid – og kanskje gjøre dem bedre rustet til å drive med legevaktsarbeid.

Det er på tide at kommunene får øynene opp for hvor viktig det er at legevakten fungerer og leverer kvalitet. Dette vil gi en økt trygghet til befolkningen. Samtidig må det bli satt av penger til legevakt fra sentralt

hold. Kommunene må få tilført øremerkede midler til utvikling av legevakttjenesten. I disse dager sentraliseres mange akuttfunksjoner i sykehus. Hele den akuttmedisinske kjede gjennomgås fra sentrale hold. Det har kommet en ny akuttforskrift, og en ny NOU er på høring i disse dager. Denne ser på hele den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. I tillegg er det en ny akuttmedisinsk spesialitet på trappene i disse dager. Da er det enda viktigere at legevakten er velfungerende. Økt oppmerksomhet på legevakt og akuttkjeden kan forhåpentligvis bidra til at kommunene løfter blikket mot dette forsømte området.

Dette er også intensjonen bak deler av den nye forskriften. Personlig mener jeg at legevakten bør være større enn de er mange steder i dag. Legevakten skal være en tjeneste med god faglighet og kvalitet. For å bygge opp et godt fagmiljø trengs det nok leger i vaktkorpset og god samhandling med sykehus/ambulansetjeneste. Mulighet for kompetanseoverføring mellom aktørene er avgjørende for et godt

samarbeid og for videreutvikling av tjenesten.

Mye legevaktsarbeid er hastverksarbeid. Det går ut over pasientene. Ikke overraskende, kommer de fleste klager etter pasientopplevelser på legevakt. Den nye NOU'en om akuttmedisin og legevakt, *Først og fremst – et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus*, tar til orde for fastlønn på legevakt. Dette mener jeg vil være en stor forbedring sammenlignet med dagens insentivordning. Fremtidens legevakt bør også være døgnåpen, og legene som jobber der må ha kunnskap og lyst til å drive godt legevaktsarbeid. Vi får krysse fingrene for at den nye akuttforskriften kan bidra til at dette faktisk skjer.

NFA sin referansegruppe for legevaktsmedisin består av leger fra forskjellige deler av landet med ulike bakgrunn. Innlegget er laget med innspill fra flere aktører, men ikke alle i gruppen står for samtlige kommentarer og ytringer som er kommet med i denne teksten.

■ KJORDBAKKE@HOTMAIL.COM

Følgende ble tildelt AFU stipend for 1. halvdel av 2016

UNIV.	NAVN	TITTEL	TILDELT	VEILEDER
UiO	Morten Dag Nilsen	Behandling av pasienter med overvekt i allmennmedisin	2	Erik Lønnemark Werner
UiO	Anne Brodwall	Barn med langvarige abdominalsmerter	2	Per Lagerløv
UiO	Kristin Sundby Myhrer	På hvilken måte har allmennmedisinerens videreutdanning i kognitiv atferdsterapi betydning for senere klinisk praksis?	4	Ole Rikard Haavet
UiO	Stein Jarle Pedersen	Skuldersmerter i allmennpraksis – effekten av å innføre en enkel utrednings- og behandlingsalgoritme	3	Bård Natvig
UiB	Thomas Omdal	Prevensjonsbruk hos kvinner i siste del av den fertile perioden – en kohortstudie	3	Steinar Hunskaar
UiB	Stein Nilsen	Ubehaget ved å si nei. Fastlegers opplevelse av å avvise pasienters ønsker og krav	3	Kirsti Malterud
UiB	Katarzyna Teresa Debicka	Hvordan opplever pasienter å møte fastleger med etiske reserverasjoner?	3	Edvin Schei og Morten Magelssen (UiO)
UiB	Stian Ellingsen Lobben	El-sykkel og diabetes	2	Thomas Mildestvedt
Ntnu	Øyvind Vesterfjell	Praktiske prosedyrer i allmennmedisin	2	Linn Getz
Ntnu	Marianne Rønneberg	Praksislærerskolen – veiledning for veiledere	2	Linn Getz
UiT	Elisabeth Nøstvold	Rød respons. Blir pasientforløpet anderledes når legevaktslegen rykker ut?	3	Peder Halvorsen

Nye kompetansekrav for legevaktsleger

■ KARI SOLLIE • Leder av Allmennlegeforeningen

Den nye akuttmedisinforskriften trådte i kraft 1. mai 2015. Der innføres det kompetansekrav til leger som skal ha selvstendig legevakt.

«§ 7 Kompetansekrav til lege i vakt mv.

En lege kan ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt, når vilkårene i bokstav a eller bokstav b er oppfylt:

a) Legen har godkjenning som spesialist i allmennmedisin og har gjennomført kurs i volds- og overgrepshåndtering.

b) Legen har godkjenning som allmennlege etter § 3 første ledd bokstav a, jf. § 8 eller § 11 fjerde ledd, i forskrift 19. desember 2005 nr. 1653 om veiledet tjeneste for allmennleger, eller § 10 i forskrift 8. oktober 2008 nr. 1130 om autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra andre EØS-land eller fra Sveits. Legen må ha gjennomført 40 legevakter, eller ha arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering»

For punkt a) er det en overgangsordning på fem år. Dette samsvarer med resertifiseringsperioden for spesialister i allmennmedisin. Akuttmedisinkurset som allerede er obligatorisk blir utvidet med en del om vold og overgrep.

For punkt b) gjelder en overgangsordning på tre år. Fra 1. mai 2018 må alle kommuner etablere bakvaksordninger for leger som ikke er vaktkompetente. Mulighetene for unntak er svært begrenset. Det betyr blant annet at dagens trygghetsvakt på telefon for turnusleger erstattes med en bakvakt som skal kunne rykke ut. Ferske allmennleger som er i veiledet tjeneste er heller ikke vaktkompetente og vil trenge bakvakt.

Legeforeningen har vært positiv til at det stilles kompetansekrav til leger som skal delta i legevakt. Foreningen mener imidlertid at det ikke er nok. Det er i tillegg behov for en vesentlig opprusting av rammevilkårene på legevakt.

Allmennlegeforeningen har tariffkonferanser hver høst. Der samles førstelandsrådene fra alle fylkene for å forberede kom-

mende forhandlingsløp. Regulering av bakvaksordningen ble løftet frem som et prioritert område allerede nå, siden flere kommuner innretter seg etter den nye forskriftens krav uten å vente til overgangsperioden er over. KS har gjort en spørreundersøkelse i kommunene om hvilke konsekvenser det nye kompetansekravet vil få. Det er ingen overraskelse at disse kravene er uproblematisk i de store vaktordningene med mange leger, men svært problematisk i små vaktordninger der vaktbelastningen allerede er svært stor. Mange av de små vaktordningene vil ikke klare å oppfylle forskriftens krav med de legene som er i ordningen i dag. Det er allerede en svært stor vaktbelastning på de vaktkompetente legene i disse små vaktordningene. Hvis de samme legene i tillegg skal dekke bakvaktene vil den totale arbeidstiden bli langt utover det arbeidsmiljøloven tillater. Det er nødvendig at kommunene bruker overgangsperioden frem til 1. mai 2018 til å rekruttere tilstrekkelig antall leger. I de minste distriktene vil det være behov for å tenke alternativt når det gjelder arbeidstid, avspaseringsordninger og avlønning. Det finnes gode eksempler på kommuner med få innbyggere som har satset skikkelig på legetjenesten. Dette gir bedre stabilitet i legetjenesten og bedre tjenester til innbyggerne. Andre kommuner bør lære av disse gode eksemplene. Det er slett ikke umulig å få til gode legetjenester også i utkantene, men det krever mer av kommunen enn i sentrale strøk. Avtaleverket gir rom for lokale tilpasninger og lokale avtaler.

Vernebestemmelsene

Særavtalen ble reforhandlet i desember 2015. Det ble da slått fast at bakvakt er likestilt med vanlig vakt når vaktbelastning skal beregnes. Den totale vaktbelastningen skal være innenfor vernebestemmelsene som ble laget ved forrige avtalerevisjon. Legeforeningen vil arbeide videre med styrking av legenes mulighet for å begrense egen arbeidstid.

Honorar for bakvakt

Det er avtalt honorar for bakvaksarbeidet. Legeforeningen mente at det mest hensiktsmessige ville være å avtale en timesats der utbetalingen var 1:3 ved passiv hjemmevakt, men 100 prosent ved aktivt arbeid. Det ville vært enkelt og ubyråkratisk. KS ville imidlertid ikke ha en slik ordning, og det ble til slutt en enighet om en beredskapsgodtgjørelse i kombinasjon med utbetaling av summer tilsvarende det legene ville fått fra pasient og folketrygd om han hadde hatt en aktiv vakt. Avtaleperioden går over to år. Vi vil bruke erfaringer fra den perioden når vi forbereder neste reforhandling.

8.4 Bakvakt for lege som ikke oppfyller kompetansekravene i akuttmedisinforskriften. Bakvaktlegen gis beredskapsgodtgjøring pr. løpende time etter følgende skala:

MAN-FRE	LØR-SØN	HELG-HØYTID
150	200	230

Andre endringer i særavtalen

I tillegg til regulering av bakvaksfunksjonen er det gjort andre endringer i avtalen som er relevante for legevaktsleger. Det er tatt inn en bestemmelse om forsikring. Kommunen plikter å sørge for forsikring av legevaktslegene.

Det er også spesifisert at kommunen skal sørge for transportordning under legevakt. I tillegg blir beredskapsgodtgjørelsen og timelønn fra legevakt pensjonsgivende fra 1. januar 2016.

I forhandlinger må man både gi og ta.

Ingen av partene blir helt fornøyd. Slik er det også etter denne avtalerevisjonen. Det er fortsatt behov for en videreutvikling av avtalen på flere viktige områder. Alt i alt tenker jeg likevel at den nye avtalen er et skritt i riktig retning.



■ KARI.SOLLIE@LEGEFORENINGEN.NO

Legevakten som grunnstøtte. En sjøforklaring

■ KJELL GUNNAR SKODVIN • Kommuneoverlege og fastlege i Saltdal kommune

Trygg seilas under alle forhold krever et sjødyktig fartøy, oppdaterte kart, at du følger fyrlyktenes fargekoder og at du har et tilstrekkelig og kompetent mannskap. Som ballast er det godt å ha en reder som har greie på skipsfart. Likevel kan vind og strøm føre skuta ut av kurs. Saltdals legevakt grunnstøtte en solfylt junidag, da kommunestyret sa nei til å inngå legevaktsamarbeid med nabokommunene. Her følger sjøforklaringen om hvordan dette kunne skje.



Selfie av legevaktskorpset jeg er stolt over: Fra venstre Linn Kristoffersen Jensen, Elisabeth Øines, meg sjøl, Marianne B. Franing, Kristin Øygard Skodvin, Heidi Løkken og Øyvinn Kristiansen.

Som kommuneoverlege føler jeg meg noen ganger som en kaptein på legevaktskuta, med kommunestyret i rollen som eier og reder. Legevaktskuta må styres etter de nyeste kartene (lover, forskrifter og veiledere), fyrlyktene (risiko- og sårbarhetsanalyser) og det som måtte dukke opp av grunner og skjær (urealistiske forventninger). I tillegg kan det blåse vind – spesielt i valgår – som kan påvirke skutas retning.

Kartet

Kartene sier tydelig at alle norske kommuner skal ha en legevaktstjeneste som er på plass 24 timer i døgnet, 365 dager i året, for å ivareta innbyggernes behov for beredskap og legetjeneste når fastlegekontorene

er stengt. Det er bare fastleger og turnusleger som kan pålegges slik tjeneste. Bare leger som er inne i de siste tre månedene av et svangerskap eller har rundet 60 år, kan fritas. Ja, også noen spesialgrunner (1).

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin mener at en robust legevaktordning som står seg under alle forhold, bør ha et vaktkorps på minst åtte leger (2). Gjeldene tariffavtaler går ikke så langt, og anbefaler at seks leger deler på vaktene (3). Med det skjerpede kravene til kompetanse og bakvakt som den nye Akuttmedisinforskriften (4) har satt, krever min lokale legeforening at det er åtte-delt som skal gjelde.

Kravet om bakvakt som er klar til utrykning, trer riktignok ikke i kraft før 1. mai 2018. Men fra den dagen må det være på

plass – uten mulighet til å søke dispensasjon.

Riktignok kan kommunen samarbeide med nabokommuner om en bakvaktordning. Men hvilken kommune vil samarbeide med vår om bakvakt – når vi ikke vil samarbeide med andre om selve legevaktstjenesten?

Hos oss har vi åtte leger, derav to turnusleger og én fastlege fritatt for vakt pga. alder. Skal vi ha åtte leger i vakt, trenger vi én til fastlege. Når bakvaktkravet slår inn i 2018, trenger vi ytterligere én til to. Og fra 2019, når én til legevaktslege får vaktfritak pga. alder, trenger vi enda én fastlegestilling. Klarer kommunen å rekruttere så mange nye leger? Finner vi kontor plass i et allerede sprengt helsesenter?

Svaret kan bli «nei» på begge spørsmålene. Derfor sier kartet at kommunene bør samarbeide om legevakt, der forholdene ligger til rette for det. Det har allerede 348 av landets 428 kommuner valgt å gjøre (5).

Til kommunestyret i Saltdal laget vi et kart som pekte ut en tydelig vei fram mot et legevaktsamarbeid med nabokommunene Fauske og Sørfold. Ved å legge opp til at det alltid skulle være en bakvakt i vaktturnusen, tok dette kartet høyde for både kompetansekravene, kravene til utryk-

AKUTTMEDISINFORSKRIFTENS KOMPETANSEKRAV

En lege kan ha legevakt aleine, uten kvalifisert bakvakt, dersom legen har godkjenning som

- a) spesialist i allmennmedisin eller
- b) allmennlege og har gjennomført minst 40 legevakter eller arbeidet ett år som allmennlege i kommune

Krav om gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering gjelder i begge tilfeller.

Kommunen plikter å stille med bakvaktlege, som må kunne rykke ut når det er nødvendig, for alle leger som ikke kan ha legevakt aleine.



Rognan er administrasjonssenter i Saltdal kommune. Bildet viser Rognan-fjæra der båtbygging har foregått siden før middelalderen. Legevaktprosjektet støtte imidlertid på grunn.

ningsplikt og behov for legetilsyn ved øyeblikkelig hjelp-plasser. De foreslåtte kravene for maksimal reisetid til legevakt var også innfridd. Som kaptein ble jeg forundret over at skipsrederen valgte å legge bort dette kartet.

Fyrlyktene

Akkurat som skipstrafikken må styre unna fyrlyktenes røde soner, må det ikke være noen røde felter i risiko- og sårbarhetsanalysen som skal ligge til grunn for organiseringen av legevakten (6). I 2015 var det sju områder som var røde i risiko- og sårbarhetsanalysen for legevakten i Saltdal. Slik kan vi ikke ha det, er de røde feltenes språk.

Men om kommunen innledet et legevaktsamarbeid, ville det ikke være noen områder som var innenfor rød sektor. Som

kommuneoverlege og kaptein på legevakt-skuta, gikk jeg derfor inn for en slik modell. Kommunene har jo ansatt meg som sin medisinskfaglige rådgiver, skulle jeg ikke forvente å bli lyttet til?

Økende vind

Seilassen må også ta hensyn til hvilken vei vinden blåser. Forrige gang legevaktsamarbeid ble foreslått i kommunestyret, samlet ett parti 2300 underskrifter mot. Denne gang var et nytt politisk parti blitt stiftet, med nei til legevaktsamarbeid som én av sine to fanesaker. Et tredje parti var dypt splittet og i siste sving gikk kommunestyret mot



LEGEVAKT I SALT DAL

Saltdal kommune dekker 2216 km² og har ca. 4700 innbyggere. Kommunesenteret Rognan ligger 85 km langs fergefri vei unna Nordlandssykehuset i Bodø. For tiden inngår fem av seks fastleger i legevaktkorpset sammen med to turnusleger. Kommunestyret sa i juni nei til å inngå et legevaktsamarbeid med Fauske og Sørfold. Kommunens utgifter til legevaktsamarbeid vil i 2018 dobbelt så høye som eget legevaktdistrikt sammenliknet med hva et legevaktsamarbeid ville ha kostet.

legevaktsamarbeid og inn for at Saltdal skal fortsette som eget legevaktdistrikt.

Månedet etter at legevaktsvedtaket ble gjort, kom Saltdal kommune sammen med 48 andre norske kommuner på Robeklista for sin dårlige økonomistyring (7).

På grunn

Dermed er legevaktskuta i Saltdal satt ettertrykkelig på grunn. Rederen vil prøve å få den sjødyktig ved å forsterke mannskapet med flere fastleger, hjelpepersonell på ettermiddag og kveld og fordobling av årlige utgifter til legevakt. Likevel vil den nok aldri bli i en slik stand som regjeringens akuttutvalg foreslår: Aldri mindre enn to helsepersoner på vakt, egen legevaktsbil til utrykninger.

Gretten gubbe eller Pippi langstrømpe?

Fortsatt ved roret i den grunnstøtte farkosten sitter jeg igjen med en svekket tru på det kommunale sjølstyret som det beste verktøyet for å sikre innbyggerne den bes-



«Det har jeg aldri prøvd, så det klarer jeg helt sikkert!»

te legetjenesten. Jeg kan velge å bli sittende som en gretten gubbe, sa botere kommunestyrets vedtak, for så i neste omgang å konstatere at jeg fikk rett: «Dette kan aldri gå bra».

Samtidig sniker en nagende tvil til egen vurderingsevne og medisinskfaglige råd seg fram: Er det egentlig kommunestyret som har rett? Er det aller viktigst at innbyggerne har legevakten lokalt? Er det ikke flott at de vil bruke mere penger på den lokale helsetjenesten?

Til skuffelse for de som måtte ønske en annen kaptein på legevaktskuta, har jeg bestemt meg for å stå ei stund til. Vi får heller tenke som Pippi Langstrømpe: «Det har jeg aldri prøvd, så det klarer jeg helt sikkert!» (8). For slik opptrer hele mannskapet mitt. Dem er jeg stolte av.

REFERANSER

1. Fastlegeforskriften, regler om fritak fra legevakt: <http://lovdata.no/forskrift/2012-08-29-842/§13>
2. Handlingsplan for legevakt, pkt. 7.2.2 Overordna organisering: Tilrådingar og forslag om rundskriv og retningslinjer s. 67 pkt. 17 – <http://bora.uib.no/handle/1956/6251>
3. SFS 2305 for perioden 1.1.2016 – 31.12.2016, § 8.1 – <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
4. Akuttmedisinforskriften – <http://lovdata.no/forskrift/2015-03-20-231/§7>
5. NOU 2015:17: Først og fremst — Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus, avsnitt 10.3.2 Interkommunalt samarbeid om legevakt – <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2015-17/id2465765/>
6. Rundskriv 1-5/15: Akuttmedisinforskriften. https://www.regjeringen.no/contentassets/bde-3821703d44038a98b80923a1083ef/rundskriv_akuttmedisinforskriften_300415.pdf
7. Robeklista: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/robek-2/kommuner-som-er-oppfort-i-registret/id415422/>
8. Lindgren A. Pippi Langstrømpe. Oslo: Cappelen Damm, 1982.

■ KJELL.GUNNAR.SKODVIN@SBNETT.NO

WONCA Europe Conference København 15.-18. juni 2016

I 2016 skal den årlige europeiske WONCA konferansen arrangeres i Norden, for andre gang i WONCA Europas tyve år lange historie. De fem nordiske allmennmedisinske selskapene har sammen ansvar for konferansen, gjennom sin sammenslutning Nordisk Federasjon for Allmennmedisin, NFGP.

WONCA konferansene er den primære møteplassen for europeiske allmennleger med interesse for forskning, undervisning og fagutvikling. Konferansene samler flere tusen deltakere både fra de 49 medlemslandene i WONCA Europe og fra land på andre kontinenter.

Konferansen i København byr på flere ulike aktiviteter. Her er det mye å lære og mange interessante kolleger å treffe. Det arrangeres en rekke workshops og symposier, debatter, posterpresentasjoner og plenumsforedrag, samt flere sosiale arrangementer.

Arrangøren ønsker å legge til rette for at både klinikere og forskere skal finne tema og arenaer som kan bidra til faglig oppdatering, kritisk refleksjon og utveksling av erfaringer og kunnskap.

Plenumsforedragene tar sikte på å sette dagsorden for debatt om dilemmaer i allmennmedisin i Europa. Foredragsholderne representerer både europeiske land og land utenfor vårt kontinent som Canada og Australia.

WONCA Europe har et eget nettverk for leger i spesialisering, Vasco da Gama Movement. Nettverket arrangerer en egen konferanse like før hovedkonferansen. Leger i spesialisering har også en lavere kongressavgift for hovedkonferansen. Nettverket har vokst raskt gjennom de snart 12 årene det har eksistert. Dette er et forum der leger i spesialisering kan treffe kolleger i samme situasjon, utveksle erfaringer og få kunnskap om god utdanning og fagutvikling.

De nordiske allmennmedisinske kongressene arrangeres hvert annet år, og ansvaret går på omgang mellom de fem landene i Norden.

Disse kongressene er kjent for å holde et høyt faglig nivå, og for å være gode møteplasser for kolleger i vår region. Arrangøren ønsker å sette det samme preget på årets WONCA konferanse. For å lykkes i det, er det viktig at de nordiske landene er godt representert blant konferansedeltakerne.

Nordiske allmennleger har mye å bidra med til europeiske kolleger, men vi har også mangt å ta med oss hjem fra en slik møteplass. Norden er en del av Europa, og mange av de avgjørelsene som påvirker utviklingen av faget vårt, tas på europeisk nivå. Å møte kolleger fra hele kontinentet kan sette lys på egen virksomhet og sette den i perspektiv.

Kongressen vil være et velegnet mål å reise til både for veiledningsgrupper, smågrupper og kollegaverner. Kongressen er forhåndsgodkjent som tellende valgfrie kurstimer for allmennleger.

Vi ønsker norske allmennmedisinske kolleger hjertelig velkommen til WONCA Europe Conference i København i juni 2016.

Detaljert informasjon finnes på konferansens hjemmeside: www.woncaeurope2016.org

- Petter Brelin, Leder NFA
- Gisle Roksund, leder NFGP
- Peter Prydz, EURACT
- Esperanza Diaz, EGPRN
- Janecke Thesen og Gunnar Frode Olsen, Equip
- Elisabeth Swensen, Euripa
- Anders Grimsmo, WICC
- Elisabeth Stura, Vasco da Gama Movement
- Anna Stavdal, visepresident i WONCA Europe

MAGEN

– vår siste tabu kroppsdel?

■ KARI LØVENDAHL MOGSTAD • Spesialist i allmennmedisin

Vi har gjennom alle tider vært opptatt av hva som er den perfekte kroppen. Bare her i landet har trendene endret seg i takt med tiden i forhold til hva som er den perfekte kvinnekroppen.

Man skal ikke lenger tilbake enn til sekstitallet for å se bilder av modeller med smekre brede hofter, smale midjer og fyldige bryster. Det gjorde ingen ting om det var litt «kjøtt» på overarmene heller. Bare se for dere Marilyn Monroe, selve symbolet på en «hot» kvinne. Hun var på ingen måte en tynn sylfide, og ble sett på som drømmekvinnen, med kroppen man traktet etter.



Marilyn Monroe noen uker før hun døde.

Nå har stor og fyldig rumpe blitt en hit blant profilerte kjendiser, og en stor rumpe er blitt sexy.



I andre kulturer er det fortsatt status å ha digere rumpe, spesielt i enkelte land i Afrika. Dette er både et tegn på fruktbarhet og på status i form av at man har god råd og tilgang til ressurser.

Nå har stor og fyldig rumpe blitt en hit blant profilerte kjendiser, og det å ha en stor rumpe er blitt sexy. Brede hofter har også her vært et tegn på at kvinnen er et bra kjerringemne, og egner seg til å bære og føde barn.

Men hva med magen vår? Er det vår tids tabu-kroppsdel? Det er ikke mange kvinner som er tilfreds med magen sin, og det er et sterkt ideal om at vi skal ha flate mager og en timeglassfigur. Faktisk så viser undersøkelser at det er veldig mange av oss, faktisk over halvparten, som anser magen som den største bekymringen når det gjelder utseendet. Over 40 prosent sa i en undersøkelse i Frankrike at de ikke liker magen sin.

Jeg kjenner meg godt igjen i disse tallene. Jeg har – for å være ærlig – aldri likt magen min noe særlig, og husker at jeg, helt fra jeg var barn, har syntes magen har vært for stor, uformelig og jeg har likt å skjule magen med klærne. Jeg har absolutt ikke vært blant de kun 8 prosent av kvinner som er utstyrt med en fin timeglassfigur fra naturen av. Jeg tilhører nok mer de nesten 50 prosent som er mer rektangulært utstyrt.

Jeg har faktisk gått og tenkt på dette at jeg har et anstrengt forhold til magepartiet mitt, da jeg kom over en artikkel i Huffington Post, der en skribent skrev om akkurat det jeg hadde gått og fundert over; det faktum at magen er et tabuområde for mange kvinner!

Mens rumper, bryster og hofter prises og dyrkes, er det ikke mye aksept å få for at man har en mage. Vi trener, sulter oss og kler oss i «hold-in» for å ha en flatest mulig

mage, som helst ikke skal være der i det hele tatt. Men det er jo egentlig helt i strid med naturen, når en tenker etter. Spesielt for oss kvinner som har født både ett og mange barn.

Er magen vårt største kroppstabu? Hvor ofte kjenner jeg eller du at vi kan slippe magen helt ut, puste fritt og ledig, og slappe av i magepartiet? Det er nok ikke ofte. Vi går bevisst eller ubevisst og holder magen inne, med de stramninger og hemninger som det fører med seg, i tillegg til en usunn måte å puste på. Noe som igjen påvirker helsen vår.

Magen er et svært spennende organ, medisinsk sett, og det foregår mye interessant og banebrytende forskning innen mage-tarm-området for tiden. Det oppdages stadig flere områder som knyttes til at magen inneholder mange nevroner, i likhet med hjernen.

At magen er sjelens speil er nok mer sant enn vi har trodd, og det foregår utrolig mye spennende nettopp i magen vår, som påvirker både kropp og psyke. Det er da enda viktigere at vi skal ha lov til å være venner med magen vår, og ikke ha skam og hemninger knyttet til om den er litt stor og slapp, og ikke har den riktige timeglassfiguren.

Irritabel tykktarm, eller IBS, er blitt en folkesykdom, med diaré, forstoppelse, magesmerter og ubehag, og det linkes til stress. Det er naturlig å tenke seg at det ikke hjelper om vi går rundt og holder inn magen, og ikke vil forholde oss til denne kroppsdelens så den får leve sitt normale liv, uten å holdes «skjult». I østlig medisin er det en helt annen tradisjon for å prise magen og se på den som en verdifull kilde for både energi og bolig for sjelen.

For meg som har mange barn, så har jeg veldig ofte hørt at ungene har klaget over vondt i magen, og det like gjerne har vært noe helt annet de har kjent på. Gjerne noe de har opplevd som trasig eller grudd seg til, men som de har kjent som ubehag i magen. Slik er det for oss voksne også; det set-



Det er ikke mange kvinner som er tilfreds med magen sin, men vær glad i magen din, og slipp den fri!, oppfordrer artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ter seg ofte som både smerter og kvalme hvis det er noe vi opplever som ubehagelig. Og hvem er det ikke som har måttet gå en ekstra tur på toalettet med løs mage, før en eksamen eller et jobbintervju? Desto mer vi nå vet om betydningen av magepartiet i forhold til helsen vår, jo viktigere er det at det må være lov til å ha en mage som er der og som vises!

Vi skal ikke behøve å klemme den inn i hold-in-bodyer eller holde pusten for å se slankest mulig ut.

For min del så har jeg endelig, etter seks fødsler og mange og førte år, bestemt meg for at magen er fin nok! Tenk alt magen min har vært med på og holdt ut! Den har vært bolig for seks små mennesker, og likevel så er jeg misfornøyd med at den henger litt her og der, og at det er litt for mye fett midt på og så videre; jeg burde skjemmes! Ikke har jeg ett strekkmerke etter alle fødslene, noe jeg har hatt flaks med, og kanskje de riktige genene til å slippe. Men so what? De strekkmerkene man får, arrener, eller fettreservene som ubønnhørlig legger seg bakpå hofteskammen eller rundt navlen; det er like greit å bli venner med dem, i stedet for å se på disse kroppsområdene som fiender som vi konstant skal bekjempe og ha et fiendtlig forhold til.

Når det er sagt, så er det en kjensgjerning at økt mengde abdominalt fett, eller magefett, er forbudt med ulike sykdommer, som hjerte-karsykdommer. Det er altså ikke om å gjøre å ha bukfett eller store mager. Men det er stor forskjell på det, og at det faktisk ikke er «lov» til å ha litt mage eller valker utenpå bukselinningen.

Ikke en gang rett etter fødsel. I alle fall ser det slik ut når man ser bilder av en del kjendiser, som pryder bladene bare dager og uker etter fødselen. Enten så er de velsignet utstyrt med en genetikk som gjør at de smetter rett ned i buksestørrelsen sin snart etter fødsel, eller så har de en PT som står og venter på dem når de kommer fra fødestua. Alternativt så er det en kombinasjon av dette, slavisk kosthold og litt hjelp av en god lege eller klinikk som er kjent for å kunne hjelpe til med det meste. Dette er ikke idealene jeg ønsker at mine egne døtre skal leve etter, verken nå eller når de en gang skal bli mor. Jeg håper tiden da er kommet for at de kan slippe magen sin fri, være glad i magen sin, og kjenne seg fri til å puste ut og inn med den uten å måtte tenke på at den ikke har den riktige formen eller størrelsen.

Dette er kvinnefrigjøring på sitt beste!

Så; vær glad i magen din, og slipp den fri!

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

Pasientsentrert helse

– en samarbeidsmodell mellom

■ MONIKA M. DALBAKK • Prosjektleder, UNN

■ ANNE GRETHE OLSEN • Overlege i pasientsentrert helsetjenestetteam UNN og Utviklingssjef FIN HF

■ TRINE S. BERGMO • Seniorforsker, NST/UNN

Samhandlingsreformen hadde som intensjon å etablere helhetlige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, styrke forebyggingen og forbedre folkehelsen. Formelle strukturer som samarbeidsavtaler, tjenesteavtaler og diverse møtefora er etablert, men få konkrete endringer av selve helsetjenesten, og organiseringen av denne, er gjort.



Teammøte i pasientsentrert helsetjenestetteam

Dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell, oppstykkede pasientforløp, feil i medikamentlister og manglende informasjon ved utskriving fra sykehus, er bare noen av de samhandlingsutfordringer sykehus og kommune fortsatt strever med. Dette blir spesielt synlig når det handler om pasienter med sammensatte problemstillinger, som har behov for bistand fra flere instanser.

I Troms-Ofoten regionen har man, i en pasientforløpsstudie, kartlagt og identifisert sju områder der helsetjenesten har et betydelig forbedringspotensiale når det gjelder tjenester til pasienter med sammensatte og kroniske lidelser (1):

- ❶ Identifikasjon av den komplekse pasient
- ❷ Systematisk identifikasjon av den enkeltes behov
- ❸ Støtte til den aktive informerte pasient
- ❹ Valg av hensiktsmessige behandlings- og oppfølgingstiltak
- ❺ Teamorganisering og logistikkstøtte
- ❻ Endring fra reaktiv til proaktiv oppfølging
- ❼ Evaluering av måloppnåelse for behandlingsmål

Helse Nord RHF ga allerede i 2013 helsefor- etakene i oppdrag å styrke kunnskapen om «The Chronic Care Model», en pasientsen-

trert helsetjenestemodell, og å legge prinsippene for denne modellen til grunn for behandlingen av pasienter med sammen- satte og kroniske lidelser (2).

Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN), ved Medisinsk klinikk og Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin, tok i 2013 initiativ til et samhandlingsprosjekt mellom UNN og kommunene, som skulle lede til forbedring av helsetjenesten til denne pasientgruppen. Pasientsentrerte helsetjenestetteam ble etablert på tvers av sykehus og kommune for å bidra til tidlig vurdering av hjemmeboende og tidlig støttet utskriving og oppfølging etter en sykehusinnleggelse. Dette prosjektet representerer en langsiktig endring i måten UNN og kommunehelsetjenesten utøver helsetjenester på. Tromsø og Harstad kommuner deltar i prosjektet og samarbeider med UNN om pilotering i respektive vertskommune. Etter gjennomført pilotering, planlegges innføring av lokale tilpasninger av modellen i samarbeid med øvrige kommuner i Troms- Ofoten regionen.

Formål

Formålet med dette prosjektet er å styrke helsetjenesten og pasientforløpene til skrapelige eldre og pasienter med sam-

mensatte og kroniske sykdommer. Samtidig har man en intensjon om at dette prosjektet også skal styrke samarbeidet mellom sykehus og kommune ytterligere, med henblikk på å raskere kunne iverksette utredning, behandling av og tiltak for denne pasientgruppen.

Prosjektet fikk i oppdrag å etablere tverrfaglige team med ansatte både fra sykehus og kommune som sammen skal bidra til:

- Tidlig vurdering og diagnostikk
- Tidlig støttet utskriving og oppfølging
- Godt planlagte og helhetlige pasientforløp der pasient og pårørende involveres aktivt.

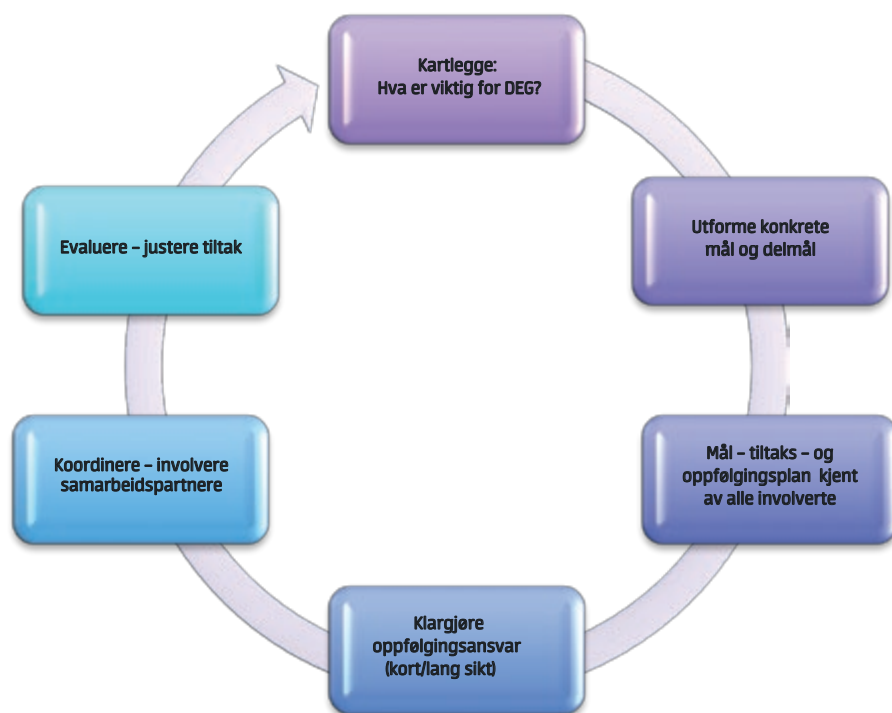
Modell

Organisering

Modellen, utviklet i dette prosjektet, er unik i den forstand at man har valgt å organisere et felles tverrfaglig team på tvers av organisasjonene, hvor ansatte både fra sykehus og kommune arbeider tett sammen i et felles team. Teamet har base i sykehuset, men ambulerer og møter pasienter både i hjemmet, sykehjem og sykehus. Flere av de ansatte i teamet har også en fot i sine «moderavdelinger», de jobber deler av sin stilling i for eksempel geriatrik avdeling, nevrologi, terapeutavdelingen etc. Den tjeneste-

tjenesteteam

kommune og helseforetak



FIGUR 1: Pasientsentrert arbeidsmetode – dialog med pasienten og med involverte aktører.

modellen som er utviklet, har også medført at teamet har tilgang til begge organisasjoners datasystemer (UNN og kommunene). Teamdeltakerne kan dermed, etter samtykke fra pasient, rask innhente nødvendig informasjon for den behandling teamet skal gi til pasienten, både fra kommunens og sykehusets journalsystem.

Finansiering

UNN og kommunen bidrar med stillinger i teamet. Driften av teamet deles likt mellom partene. I UNN er det fire klinikker som bidrar økonomisk inn i teamet, ut fra en fordelingsnøkkel. I oppstarten for utvikling av helsetjenestemodellen var prosjektet finansiert gjennom kvalitetsmidler fra Helse Nord RHF.

Tjeneste

Pasientsentrert team ivaretar i hovedsak tre funksjoner; kontakt og koordinering, tidlig vurdering og tidlig støttet utskriving. Teamet fungerer som ett kontaktpunkt for henvendelser, uavhengig av om pasienten er hjemme eller på sykehus. Dermed kan teamet også bidra forebyggende

for pasienter med gradvis funksjonssvikt i hjemmet. To pasientkoordinatorer i teamet, en fra sykehuset og en fra kommunen, samarbeider tett om å følge opp henvisninger til teamet. Den koordineringsfunksjonen som teamet ivaretar innebærer koordinering utover organisatoriske grenser, både internt i sykehuset og mellom tjenester i kommunehelsetjenesten. Dette er en koordineringsfunksjon, som ingen annen innstans ivaretar for denne pasientgruppen i dag.

Det tverrfaglige teamet bistår med tidlig vurdering og diagnostikk etter henvisning fra fastlege. Ved å følge pasienter ut fra sykehuset, etter en nøye planlagt utskriving, samarbeider teamet også tett med hjemmetjenesten med tidlig støttet utskriving og oppfølging.

Pasientsentrerte arbeidsmetoder

En forutsetning i dette prosjektet har fra start vært at pasientens rolle som aktør og ressurs når det gjelder egen helse skal være synlig, og at helsetjenestens ansvar for støtte til egenmestring skal vektlegges. Teamets arbeidsmetoder baserer seg på en

pasientsentrert tilnærming, hvilket innebærer en systematisk innhenting av pasientens personlige mål, tett dialog med involverte parter, planlegging og samkjøring av planer fra de ulike instansene som pasienten har vært i kontakt med.

Tilleggsfunksjoner

Pasientsentrert team får et unikt innblikk i de enkelte pasienters pasientforløp gjennom å følge pasienten både i hjemmet og på sykehus. Dette har medført at teamet også får god oversikt over hvor i pasientforløpene ting stadig svikter. Det er i løpet av prosjektperioden blitt en tilleggsfunksjon til teamet ikke bare å følge opp enkelt-pasienter men også å følge opp samhandlingsutfordringer på systemnivå. Prosjektet har hatt en god overordnet forankring, og teamet har hatt anledning å melde problemstillinger til ledelsen i både sykehus og de kommunale helsetjenestene. Pasientsentrert team har tatt initiativ til og bidratt i arbeidsgrupper angående for eksempel utskrivingspraksis for skrøpelige eldre med hoftebrudd, tidlig planlegging av korttidsopphold, plan- og dokumentasjon i hjemmetjenesten. Pasientsentrert team som tjeneste er også skrevet inn i enkelte diagnosespesifikke pasientforløp, som for eksempel pasientforløp for akutt hjerne-slag. Dette teamet har dermed en god forutsetning for å bistå i kvalitetsforbedringsarbeid som pågår både i sykehus og kommune.

Inklusjonskriterier

Pasienter som henvises til pasientsentrert team er enten hjemme og nylig utskrevet fra sykehus, hjemme med uavklart tilstand i gradvis forverring, i sykehjem eller i sykehus. Inklusjonskriteriene er

- Bosted Tromsø og Harstad (i prosjektperioden)
- Over 60 år, skrøpelig med sammensatt sykdomsbilde (kan også være yngre)
- To til tre diagnoser eller flere (multimorbiditet)
- En eller flere sykehusinnleggelse siste år
- Har eller har behov for tjenester fra kommunehelsetjenesten
- Geriatrike problemstillinger (subakutt)
- I risiko for å utvikle akutt sykdom

HENVISER	ANTALL (%)
Sykehus (UNN)	61 (62.2)
Fastlege	19 (19.4)
Andre kommunale instanser	18 (18.4)

TABELL 1: Henvisende instanser til pasientsentrert helsetjenestetteam (n=98).

Hva har vi funnet ut så langt?

Tallmateriale

Vi har sett på data for de 98 første pasientene. Dette for allerede nå å prøve å se om vi går i riktig retning. Teamets arbeid inngår i et stort forskningsprosjekt, som skal pågå over flere år, og vi ønsket å gjøre enkle oppsummeringer av de 100 første registreringene, for å få en pekepinn på om det vi gjør i teamet kan utgjøre en forskjell for pasientene. De fleste pasientene ble henvist internt fra sykehuset 62 prosent, mens resten ble henvist fra instanser utenfor sykehuset (TABELL 1).

58.2 prosent av pasientene som ble henvist til teamet var kvinner. Gjennomsnittsalder var 79.9 år og omtrent halvdelen av pasienten hadde flere enn fire diagnoser når de ble henvist til teamet. Foreløpige tall viser at over to tredjedeler av pasientene som ble henvist til teamet måtte ha økte kommunale tjenester og en fjerdedel av disse fikk tilbud om hverdagsrehabilitering. Vi fant også at bare 3.1 prosent av pasientene ble reinnlagt innen 30 dager. Til sammenligning var andelen pasienter over 67 år som ble reinnlagt innen 30 dager

etter utskrivning på UNN i 2013 13.1 prosent (3).

I våre egne registreringer kan det se ut til at teamet bidro til forkorting av sykehusoppholdet for ca. 15 prosent av pasientene og at man også klarte å unngå en sykehusinnleggelse for ca. 15 prosent av pasientene. Det kan også se ut til at forbruket av kommunale helsetjenester for disse pasientene, så som korttidsopphold i sykehjem og rehabiliteringsopphold, ble redusert hos ca. 20 prosent av pasientene. Disse tallene er tall som teamet selv angir etter vurdering og registrering av hver enkelt pasient, og de må sees på som foreløpige tall som ikke er validert. Prosjektet inngår i et forskningsprosjekt som skal gå over to år, og teamets arbeid skal både forskes på og evalueres, med forskningsmidler fra Helse Nord RHF.

Tallene for utskrivningsklare døgn for pasienter fra Tromsø kommune innlagt i UNN gikk jevnt og trutt nedover etter at pasientsentrert team startet sin virksomhet i januar 2015 (FIGUR 2). De 98 pasientene i den foreløpige statistikken vår er hentet fra perioden januar til mai 2015. Høsten 2015 så vi at antall utskrivningsklare døgn steg igjen, men ikke til det nivået som man så i 2014. Statistikken for november og desember 2015 har vi ennå ikke fått.

Teamets erfaringer

Positive erfaringer

Vi har gjort oss mange positive erfaringer i prosjektet, og på mange områder ser vi



klare fordeler med å jobbe i et tverrfaglig team med åpne dører mellom kommunen og sykehuset. Vi kan følge pasientforløpet i detalj både i og utenfor sykehus. Det er komplementær kompetanse i teamet hvor vi utfyller og lærer av hverandre og hvor vi også kan bidra til kompetanseoverføring både til og fra kommunens helsepersonell.

Vi har fått en unik kjennskap til de to kulturene: sykehus og kommune, og opparbeider oss et bredt kontaktnett og en fot inn i mange enheter. I vårt team er det også satt av tid til å gå grundig og helhetlig inn i pasientforløpene. Det er også en stor fordel å ha sykehusets journalsystem (DIPS) og kommunens journalsystem (Profil) i samme rom. Teamet har også en påvirkningsmulighet til ledelsen både i sykehuset og i kommunen, og vi får delta i kvalitets- og forbedringsarbeid sammen med begge partene.

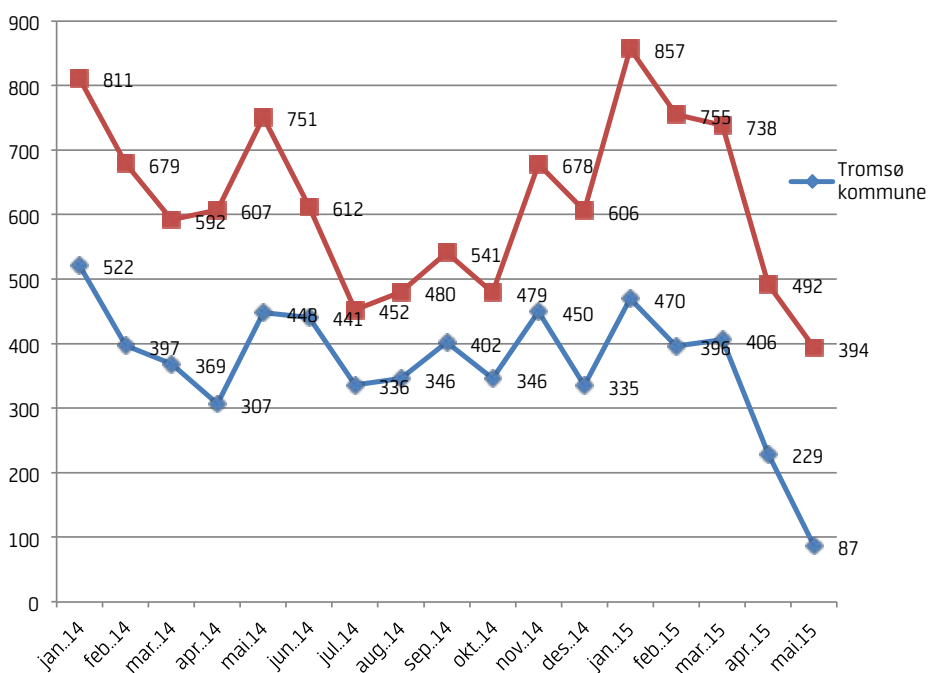
Teamet samarbeider godt med både hjemmetjenesten, fastlegene og sykehjemslegene. Det ble før prosjektet startet påstått at det ville være vanskelig å få fastlegene på banen, men det har det ikke vært. Fastlegene i Tromsø kommune har både stilt opp på hjemmebesøk og i samarbeidsmøter etter ønske fra pasientsentrert team, og de henviser pasienter til oss hvis hjemmetjenesten ber om det. Det virker som om flere av fastlegene i kommunen har en praksis med å dra på hjemmebesøk til de gamle og skrøpelige pasientene, og det har vært en positiv erfaring for oss i teamet.

Negative erfaringer og forbedringspotensiale

Vi har også gjort oss noen negative erfaringer og funnet forbedringspotensialer både

FIGUR 2: Utskrivningsklare pasienter (døgn) Tromsø kommune og UNN totalt januar–mai 2015.

KILDE: [HTTPS://HELSEIDIREKTORATET.NO/STATISTIKK-OG-ANALYSE/SAMHANDLINGSTATISTIKK](https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk)





Pasientsentrert helsetjenestetteam ved (f.v.) sykepleier Veronika Sørensen, ergoterapeut Elisabeth Kollnes, fysioterapeut Johanne Aasen, fysioterapeut Monika Eriksen, overlege Anne Grethe Olsen, farmasøyt Stine Haustreis, sykepleier/koordinator Birgitte Åbøtsvik, sykepleier Hege Mathisen, prosjektleder Monika M. Dalbakk og sykepleier Stian Kristoffersen.

i sykehus og kommune. Vi jobber i to organisasjoner og to kulturer, som har ulikt pasientfokus og ulik kompetanse. Det er naturlig at spesialisthelsetjenesten jobber mer diagnosefokusert mens kommunehelsetjenesten må jobbe med hele pasienten og omgivelsene, men dialog og kommunikasjon mellom behandlingsnivåene er derfor viktig og avgjørende for at pasienten skal føle seg vel ivaretatt. Denne kommunikasjonen må det kontinuerlig jobbes med både hva gjelder samarbeidsmøter, henvisninger, epikriser, dialogmeldinger og andre tekniske kommunikasjonsløsninger.

Sykehus og kommune er forskjellige hva gjelder dokumentasjon. I sykehusets journalsystem (DIPS) dokumenteres det meste, og ved gjennomgang av journalen er det lett å se hva som har foregått mens pasienten var innlagt. I kommunen ser vi det motsatte. Selv om pasientene har hjemmetjeneste flere ganger i døgnet, kan det gå dager uten at det er notert noe i journalen (Profil). Det er bekymringsfullt, da det dreier seg om alvorlig syke pasienter, som er i behov av observasjon og behandling også etter at de er kommet hjem.

Vi ser at noen pasienter ikke får god nok hjelp fordi det ikke er avklart hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er kommunehelsetjenestens ansvar. Pasientene som blir henvist til pasientsen-

trert team er ofte de skrøpelige eldre pasientene med mange diagnoser, og det er viktig at man i dialog mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten blir enige om hvem som gjør hva for pasienten. Hver pasient bør ha en behandlingsplan hvor ansvar er plassert. Mange pasienter har sik-

Pasienten i sentrum?



kert slike «planer», men de er ofte ikke skriftliggjort.

Feil i legemiddellistene er av de vanligste feilene teamet avdekker. Vi har en farmasøyt som gjør legemiddelgjennomganger og legemiddelsamstemming, ofte i samarbeid med sykepleier og lege i teamet, og hun finner feil i rundt 70 prosent av listene. Dette stemmer overens med de nasjonale tallene for feil i legemiddellister, som ligger mellom 60 og 80 prosent. Det er alvorlig og krever tiltak både i kommunen og i sykehuset. Kommunen må sikre at riktig legemiddelliste følger pasienten inn i sykehuset og sykehuset må påse at denne oppdaterte legemiddellisten kommer inn i pasientjournalen og at endringer i listen følger med når pasienten skrives ut igjen. Det er også viktig at sykehuset gir beskjed om endringer i multidoser både til apoteket og til hjemmetjenesten, hvis pasienten er i et multidosesystem.

Pasientsentrert team har ikke hatt noen organisatorisk tilhørighet til et fagmiljø i UNN eller i kommunen. Fordelen med dette er at man kan bistå alle avdelinger ute og inne, men ulempen er en følelse av å mangle fotfeste og tilholdssted. En overordnet organisering må veies opp mot fagpersonelletts ønske om tilhørighet til og kontakt med eget fagmiljø og egen profesjon. Å jobbe i et team krever at hver enkelt oppdaterer seg faglig for å bidra med nødvendig kompetanse inn i teamet, og det krever tilknytning til et fagmiljø eller et faglig nettverk.

Oppsummering

Pasientsentrert helsetjenestetteam er et samarbeidsprosjekt mellom UNN og Tromsø kommune, og etter hvert Harstad kommune, om et pasientsentrert helsetjenestetilbud. Teamet jobber både i sykehus, hjemme hos pasienten og i kommunale behandlingsinstitusjoner etter henvisning fra sykehus, sykehjemslege eller fastlege. Målet er å ta godt vare på «gamle og skrøpelige» pasienter i overgangsfasene mellom sykehus og kommune og å fange opp pasienter utenfor sykehus som er i behov av raske avklaringer av sin helse-tilstand, for å slippe sykehusinnleggelse eller for å framskynde sykehusinnleggelse der dette ansees for nødvendig.

Prosjektet skal foreløpig gå over to år, og teamet har sett på de 98 første pasientene som ble henvist, for å gjøre en foreløpig oppsummering av resultater og erfaringer. Det kan se ut til at teamets arbeid har bidratt til å redusere antall utskrivningsklare døgn i UNN for Tromsø kommune, å redusere antall reinnleggelser, å forkorte sykehusoppholdene og å forkorte oppholdene i kommunale korttidsplasser for pasientene i målgruppen. Teamet har også gjort seg mange positive og negative erfaringer, som allerede nå kan brukes til å planlegge og forbedre tjenester for eldre pasienter med flere diagnoser, og som kan brukes til å planlegge hvordan man organiserer helsetjenester i behandlingsteam. Både Nasjonal helse- og sykehusplan (4) og Primærhelsetjenestemeldingen (5) omtaler teamorganisering av helsetjenestetilbud, og pasientsentrert helsetjenestetteam har kommet dette i møte.

REFERANSER:

1. Høyem A., Gammon D., Berntsen G. Person-centered coordination in hospitals: A review at the crossroads of research and policy, *International journal of integrated care*, 2015, volume 15
2. Opdragsdokument fra Helse Nord RHF til helseforetakene 2013
3. https://helsenorge.no/kvalitet-seksjon/Sider/Kvalitetsindikatorer-rapporter.aspx?kiid=sannsynlighet_for_reinnleggelse_av_eldre
4. Meld.St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)
5. Meld.St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet

■ MONIKA.MARIE.DALBAKK@UNN.NO
■ ANGR-OLS@ONLINE.NO
■ TRINE.BERGMO@TELEMED.NO

Huttiheita

■ ALEXANDER WAHL • Redaktør primærhelse Helsebiblioteket.no

Turnustiden spredte oss for alle vinder. De fleste hadde aldri vært der før – vi skulle til Huttiheita og lo over hvert fjerne navn vi kom over. Så ankom vi da, åpne og sårbare. Vi måtte tilpasse oss og bearbeide følelsene rundt sykdom, død og stress så godt vi kunne. For av og til var det skikkelig stress. Ensomt stress. Men så hadde vi også fritid. Fritid frikoblet fra samfunn, venner og familie. Så vi fant hverandre. Vi klynget oss sammen med de andre tilflyttede unge legene og kjærester – og dro på tur.

Turen gikk til Talstadhesten i april. Og Hesten måtte bestiges med ski spent utenpå sekken i et bratt sildrende terreng, med svett panne og et bankende hjerte. Pernille og Christian hadde en engelsk setter med seg. Stegg het han. Det var speideren vår, opp mot vinden med vibrerende nesevingespill, sitrende i profil med lett flagring i ørene. Stegg strøk fordi leggen min på smale stier og jeg kunne flyktig stryke den silkeglatte pelsen før han var forbi. Oppover gikk det, helt til vi kom opp på Sadelen – et platå med en såle av vintergammel snø. Nå var det skitid, nå lå det foran oss en hvit flate mot blå himmel. Vi satte avtrykk i snøen, vi var på jomfruelig grunn og Stegg hadde nytt land å forske ut. På kryss og tvers hadde han los mot molekyler i vinden og han, som oss, trakk stadig ut mot utsikten, og travet av gårde mot kanten, mot kanten av en stor overhengende snøskavl – på kanten av kanten. Så sto han der i profil og var konge på haugen med femhundre frie høydemeter under sine friske poter. Vi holdt pusten, turte ikke rope av

frykt for at lydbølgene kunne utløse snøras. Han var et fantastisk syn, men likevel var dette for dumt, for tragisk, for idiotisk at dette kjøtt hue av en hund ikke hadde forstand på enkle fjellvettregler. Christian trakk forsiktig nærmere og kalte på han, innsmigrende, igjen og igjen. Tiden utvidet seg til en evighet. Stegg var sta, den var fri, den hadde hele verden under seg. Til slutt hadde den drukket nok fjelluft og ble fanget inn med et velsignet bånd.

Ennå hadde vi noen klyv igjen før vi endelig kunne stå på toppunktet, løfte armene over hodet og se ut over havet og peile inn sju prestegjeld. For det er slik når man kommer frem etter et langt slit: Man kan løfte armene over hodet – over at man har nådd toppen, at man har klart alle eksamener og alle prøvelser og passert alle snublesteiner, at man fungerer som en del av samfunnet, at man er verdsatt arbeidskraft, nesten omfavnet. Og det er da med bruset i blodet boblende på topp at noe helt enestående hender – for vi er sju sjeler på tur som uventet får besøk av sju glidende havørn. De kommer nedenfra, vi ser på dem ovenfra. De ligger på linje i formasjon og spiller kun med vinden med styrefjærene som fallskjerm og ror. Det er ettårs gamle ungørner som binder den forrevne kysten sammen til ett ørnerike. Et sus og et blunk senere seiler de rett over hodene våre, nesten som om vi kan kaste oss på for å seile med dem. Så hva skulle vi si til hverandre etter dette?

Takk og pris for turnustjeneste og Huttiheita.



UKAS PASIENT

Gravid kvinne i dårlig form

JOURNALEN

S: er gravid i uke 34+4 med barn nr. to. Ved første svangerskap ble hennes sønn forløst med sectio i uke 29 pga. HELLP-syndrom. Hun har nå vært i dårlig form de siste fire ukene. Hun har snakket med jordmor, og vært på legevakten. Det har blitt målt blodtrykk og tatt urinstix. Har kun funnet spor av protein, og blodtrykket har vært forhøyet. Alt har vært bra med barnet. Pas målte blodtrykket sitt selv i morges, det var på 155/100. Var i Hammerfest forrige uke på kontroll, alt var i orden med barnet da. Pasienten er plaget med sterke magesmerter, kastet opp i går pga. smertene. De sitter i øvre del av epigastriet og går under costalbuen på høyre side til bak på ryggen. Pasienten var på UNN for to uker siden pga. magesmertene. De tok ultralyd av leveren og sjekket blodtrykk og urin, alt var i orden. Hun har også hodepine med synsforstyrrelser. Ødem i armer, ben og ansiktet. Hun har gått opp åtte kg de siste fire ukene, og to kg bare siden i går. Hun føler at hun bare har blitt dårligere og dårligere, klarer ikke å fungere. Har merket litt mindre liv i magen de siste par ukene.

O: blodtrykk på 142/110. Pittingødem i begge føtter, leggene er hovne og harde. Hendene/fingrene er hovne, rødprykkete. Hoven i ansiktene, smerte ved palpasjon, spesielt over øynene. Smerter ved palpasjon av magen i øvre del av epigastriet, og under costalbuen på høyre side helt ned til ryggen. Ingen smerter på venstre side.

A: mulig svangerskapsforgiftning.

P: tar urinstix, trc, Hb og blodtrykk med bred mansjett. Etter hva prøvene sier, ta kontakt med vakthavende på føden i Hammerfest og vurdere videre plan.

Blodtrykket med bred mansjett var 137/98. Urinprøven viste G1+, K1+ og P2+.

Trc 282, Hb 10,9. Kliniske symptomer og tegn er forenlig med svangerskapsforgiftning. Etter å ha konferert med vakthavende i Hammerfest, blir det bestemt at hun skal innlegges der i dag.

REFLEKSJONER

Dette var en utfordrende pasient på mange måter. Jeg kjente henne ikke fra før, så det var mye tidligere sykehistorie å sette seg inn i. I tillegg til at det var vanskelig å vurdere i hvilken grad ansiktet, hendene og bena var hovne ettersom jeg ikke hadde sett henne før. Dette var også noe vakthavende i Hammerfest kommenterte på. Det gikk her mye ut på å stole på hva pasienten fortalte, og hvordan hun selv følte at noe var galt.

Samtidig var det en litt skummel situasjon å være i. Svangerskapsforgiftning er en alvorlig tilstand, og jeg var redd for å overse noe og sende henne hjem. Samtidig er jeg bare student, og det var allerede mange leger tidligere som hadde sagt at alt var i orden. Hun hadde også snakket med bekymringene sine til legene i Hammerfest, Tromsø, og jordmødrene på stedet. De hadde ikke funnet noe galt med barnet, og fokusert mest på det. Pasienten følte seg ikke helt tatt på alvor, og var også blitt litt forsiktig med å gå til legen. Følte at hun ble tatt for å rope «ulv, ulv». Derfor prøvde jeg å lytte godt til hennes bekymringer og vise at jeg gjerne ville hjelpe. Det vanskelige var å finne ut hva som var best å gjøre videre.

Derfor er jeg veldig takknemlig for at det er mulig å ringe til vakthavende i Hammerfest og få råd når man trenger det.

Denne uken lærte jeg hvor viktig det er å ta pasienten på alvor. Det er de som kjenner kroppen sin best, og kan føle når noe ikke stemmer. Når de føler at legene ikke tror på dem og at de overdriver plagene sine, øker det terskelen for å gå til legen. Det er da det kan oppstå farlige situasjoner som kunne ha vært unngått. Dette tilfellet viste også hvor store fordeler man kan ha når man er fastlege og kjenner pasientene sine godt. Da vet man hvordan pasienten normalt sett ser ut, om de er typen som har lett for å gå til legen, eller om de kun kommer når noe begynner å bli alvorlig. Dette gjør det mye lettere å vurdere i hvilken grad pasienten er alvorlig syk.

Denne pasienten fikk meg også til å tenke over hvordan man bør tenke over hvem som skal innlegges på sykehus med en gang, og når man skal avvente situasjonen. Selv om man ikke vil sende hjem noen som er alvorlig syk, vil man jo heller ikke være for rask til å sende pasientene på sykehus uten at det er nødvendig. De er jo allerede presset for ressurser, og man vil jo unngå at man tar opp sengeplassen til noen som trenger det mer. Det kan være en vanskelig avgjørelse å ta, men noe som man må møte når man er fastlege. Det er fastlegene som tar det viktige avgjørelsen om hvem som må henvises og hvem som kan sendes hjem.

RONJA S. BYE



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAUNBOX

Brintellix

– urent trav i Utposten

Da vi mottok *Utposten* nummer 7 og 8, 2015 var det vedlagt et fresiders særtrykk fra tidsskriftet *BestPractice*. Særtrykket bestod i sin helhet av en artikkel om antidepressivumet vortioksetin (Brintellix), forfattet av psykiater Lars Tanum (1). Vi har lest artikkelen med stor undring, og sitter igjen med flere spørsmål enn svar.

La oss ta det faglige først: RELIS vurderte i 2014 vortioksetin mot depresjon, og konkluderte med at dokumentasjonen for effekt, bivirkninger og sikkerhet ved langtidsbruk er mangelfull, og at preparatet på den bakgrunn ikke anbefales brukt (2). Tanum er åpenbart enig med RELIS i at kunnskapen om vortioksetin er mangelfull, men konkluderer helt omvendt. Han skriver:

«Vi mangler erfaring med Brintellix i Norge. Det kan derfor være nyttig for behandlerne å skaffe seg klinisk erfaring med Brintellix for bedre å forstå den kliniske virkningsprofilen og hvilke pasienter som best kan hjelpes med dette legemiddelet» (1).

Våre første spørsmål går derfor til artikkelforfatteren:

1. Mener Tanum virkelig at mangelfull erfaring med et legemiddel er et argument FOR å forskrive det?
2. Når vortioksetin ikke er dokumentert å ha verken like god eller bedre effekt enn noen av de 18 andre antidepressiva som allerede finnes på det norske markedet: Hvorfor skal klinikerne velge dette?
3. Tanum skriver at vortioksetin kan ha la-vere forekomst av bivirkninger enn andre alternativer. Hvordan vet Tanum at dette ikke skyldes nettopp manglende kunnskap og manglende klinisk erfaring ved langtids bruk (3)?

Det neste vi undrer oss over er tidsskriftet *BestPractice* sitt faglige ansvar for artikkelen. På sin hjemmeside omtales *BestPractice* som

«(...) en gruppe leger innenfor forskjellige fagområder som er gått sammen for å lage et faglig tidsskrift som er tilpasset vårt fagområde og vår kliniske hverdag. Tidsskriftet formidler de viktigste kliniske forskningsresultater, redegjør for nye guidelines og setter fokus på presentasjoner fra såvel norske som internasjonale konferanser. Artiklene skrives av leger med stor fagkunnskap innenfor sitt fagområde som dermed sikrer faglig nærhet og relevans. Kort sagt så tilstreber vi å ha fokus på best practice innenfor nettopp vårt fagområde.» (4).

På samme hjemmeside kan man lese om utsendelse og finansiering av tidsskriftet at «Magasinet finansieres med annonser», men at «Annonsørene har ingen innflytelse på innholdet av de enkelte artikler» og at «*BestPractice* utgis av en uavhengig legefaglig redaksjon».

Våre neste spørsmål går derfor til *BestPractice*:

4. Har den legefaglige redaksjonen vurdert innholdet, og ikke minst konklusjonen, i Tanums artikkel?
5. Dersom *BestPractice* virkelig er uavhengig av legemiddelindustrien: Burde det ikke opplyses i artikkelen at Tanum har økonomiske interessekonflikter i forhold til nettopp Lundbeck, produsenten av vortioksetin?
6. Hvem har betalt for trykking og distribusjon av dette særtrykket?

Til slutt undrer vi oss over *Utpostens* rolle i distribusjonen av særtrykket. Her finner vi det riktig å opplyse om at «Forskrift om legemidler» definerer reklame på følgende måte: «Med reklame for legemidler menes enhver form for skriftlig og muntlig omtale, (...) som er utformet i den hensikt å fremme salget eller bruken/anvendelsen» (§ 13.2).

Forskriften krever dessuten at:

«Reklame for legemidler skal være nøktern og saklig. Den skal fremme rasjonell bruk i henhold til gjeldende forskrivningsregler» (§ 13.3) (5).

Våre siste spørsmål går derfor til *Utpostens* redaksjon:

7. Anser dere dette særtrykket for å være reklame?
8. Hvis ja, hvorfor er ikke særtrykket tydelig merket som annonse/reklame?
9. Er det tilfeldig at det står en to-siders annonse for vortioksetin i samme nummer av *Utposten* som bilaget fulgte?

Etter vår mening bør leger være tilbakeholdne med å anbefale bruk av nye legemidler, inkludert vortioksetin, dersom det ikke er dokumentert at det nye legemiddelet har fordeler sammenlignet med eldre legemidler. Vi fastholder at mangelfull erfaring med et legemiddel er et argument MOT å forskrive det. Vi ser for øvrig frem til å høre hva artikkelforfatteren, *BestPractice* og *Utposten* svarer på våre spørsmål.

REFERANSER

1. Tanum L. Vortioksetin – et antidepressivum med ny virkningsmekanisme. *Best practice psykiatri/nevrologi* 2015; 23 (6): 20–2.
2. Langaas H, Spigset O. Effekt og sikkerhet av Brintellix (vortioksetin) mot depresjon. <http://www.relis.no/content/3158/> (Sist oppdatert: 19.12. 2014).
3. Eldholm R, Bergheim T et al. Hvilken informasjon gis om bivirkninger av nye legemidler? *Tidsskr Nor Legefor* 2003; 123: 2414–7.
4. Best practice. Om Best practice. <https://bestprac.no/Default.aspx?ID=551#ombp> (Lest: 14. desember 2015)
5. Lovdata. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften). <http://www.lovdata.no> (Sist rettet: 21. september 2012).

MED VENNLIG HILSEN,

HARALD CHR. LANGAAS

Cand. pharm, MPH.
Leder, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

ROAR DYRKORN

Spesialist i klinisk farmakologi og allmennmedisin,
St. Olavs hospital og Moholt legesenter

ANDREAS AUSTGULEN WESTIN

Overlege, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

TILSVAR TIL HARALD CHR. LANGAAS, ROAR DYRKORN OG ANDREAS AUSTGULEN WESTIN

Utposten takker for tilbakemeldingen vedrørende særtrykket fra *BestPractice* og viser til spørsmålene dere har stilt. Vi anser det omtalte vedlegget/særtrykket for å være legemiddelinformasjon som er finansiert av legemiddelindustrien, sendt ut som et annonsebilag som genererer inntekter til drift av bladet. I så måte er det berettiget å bruke betegnelsen reklame.

Vedlegget til julenummeret var ikke tydelig merket som et annonsebilag, og vi ser at dette har reist tvil om skillelinjene mellom hva som er redaksjonelt stoff og hva som ikke er det. For *Utposten* er det viktig å understreke at redaksjonelt stoff alltid settes på trykk inne i bladet – og ikke i eventuelle vedlegg eller bilag.

Ettersom vedlegg til *Utposten* sendes direkte til vår distributør, skaper det praktiske utfordringer med å kvalitetssikre innholdet. I fremtiden vil vi skjerpe oppmerksomheten mot denne problemstillingen.

Utpostens redaksjon

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

Velkommen og lykke till!  Tove Rutle – lagleder

Fremtidshåp

Vi har startet på et nytt år, og jeg har takket ja til å bidra i Lyrikkstafetten. Tenkte jeg skulle finne noen kloke ord, med uro og flyktningestrømmer fra året som gikk som bakteppe. Men så ble nok et sykehus drevet av «Leger uten grenser» bombet i natt, denne gangen i Yemen, og da ble diktene om mot og vilje, som jeg hadde i tankene, lagt bort. Nå vil jeg ha trøst, oppmuntring og noe som gir håp og har funnet fram til

en liten bok fra studietida, da jeg var Lyrikkvenn og fant mål og mening i de korte versene. Boka heter «En fremtid – et håp», og det utvalgte diktet er skrevet av Arild Nyquist.

Jeg sender stafettpinnen videre til kollega May-Lill Johansen i Tromsø.

Hilsen fra
ANNE GRETHE OLSEN

Så lenge det er

– ord er det
håp
gutter.
Neida, det er slett ikke slutt
ennå selv om mange bøyer
ryggen
og tror at alt håp er ute
langt ifra – det er nemlig
ord fremdeles, og så lenge
det er ord
er det håp
jenter.
Ta en lysestake, for
eksempel – sett den på hue
til en av de gamle generalene
og tenn åtte stikkflammer der,
han
vil sannsynligvis trekke på
skuldrene og
si at noe sånt går ikke i
realitetenes
knallharde verden
mulig det
mulig det
men vi gir oss ikke
likevel, vi står på og
står på – løfter nye
ord inn i verden og sier:
så lenge det er
ørret
er det elver, gutter
og så lenge det er
elver er det
håp, jenter
og så lenge det er
solskinn er det
jordbær
gutter
og så lenge det er
kyss er det
gutter
jenter
– vi spikrer den der!

ARILD NYQUIST



ILLUSTRASJON: COLOURBOX

Kvinne i 70-årene med belte

Hva gjør vi som leger når vi får en pasient med ukarakteristiske smerter som opptrer med belteformet utbredelse i rygg-, flanke- og mageregionen inn på kontoret? Da gjelder det å tenke bredt innen differensialdiagnostiske overveielser. Sykehistorien som her presenteres gir en nyttig påminnelse om det.

En kvinne i begynnelsen av 70-årene hadde vært på ferie på Gran Canaria og de påfølgende to uker følte hun seg noe uvel og obstipert. Hun dro likevel på en ny utenlandstur med båt tre uker etter hjemkomsten fra Kanariøyene. I løpet av natten fikk hun akutt innsettende sterke smerter i et belte fra ryggen rundt mot umbilicus bilateralt. Smertene hadde et sviende og klemmende preg med ømhet i hud og underliggende vev, hyposensibilitet og hyperestesi, ikke kolikkartet, og var upåvirkelig av paracetamol som var eneste tilgjengelige analgeticum.

Smertene avtok noe utover dagen etter ankomst utlandet, men mot kvelden økte de på igjen med febrilia og generell svekkelse. Hun oppsøkte lokalt sykehus, og ble derfra innlagt gastrokirurgisk avdeling. Ved innleggelse hadde hun vedvarende smerter i samme lokalisasjon, temperatur 39,1°C, kvalme med oppkast, negative infeksjonsmarkører. Hun var bankeømt over begge nyreløser (i affisert dermatom). Abdomen var ved palpasjon bløt, men ømt, ikke stramt eller slippømt.

Diagnostiske overveielser pekte i retning av mage-tarm-systemet, men ultralydundersøkelse av abdomen dagen etter innleggelse ga ikke funn som bekreftet denne hypotesen, ei heller ble det gjort funn i galveier. Pyelonefritt som forklaring ble også forlatt fordi urinfunn (spor av leukocytter og nitritt) var for sparsomme til å bekrefte dette samtidig som ultralyd av nyreveier var negativ. Vedvarende sterke smerter ble forbigående lindret med intravenøs administrering av morfin.

Pasienten var tidligere stort sett frisk, bortsett fra mangeårig migræne som var vellykket behandlet med angiotensin II-reseptorantagonist. Hun hadde i tillegg fått påvist AV-blokk grad 1 og hadde hatt to episoder, henholdsvis tre og ett år før det aktuelle, med synkope og akutt innleggelse i lokalt sykehus der Wenckebachs arytmi ble påvist, dog med tilfredsstillende ventrikulær erstatningsrytme. EKG ved den aktuelle innleggelsen viste lett ST-elevasjon i nedre avledning.

EKG-funn og tidligere hjertesymptomer ga mistanke om at smertene kunne ha en kar-

dial årsak. Pasienten ble derfor overflyttet fra gastrokirurgisk til kardiologisk avdeling ved samme utenlandske sykehus ut fra mistanke om kardial iskemisk lidelse. Sammenlikning med EKG, som ble tatt ved de tidligere nevnte opphold i norsk lokalsykehus, ble muliggjort ved at de tidligere EKG-funn på forespørsel ble fakset over til det utenlandske sykehuset. De viste imidlertid identisk mønster, og dette svekket mistanken om kardial genese i denne situasjonen.

Pasienten ble utskrevet etter tre døgn og reiste tilbake til Norge med fortsatt sterke smerter, kvalme og oppkast, søvnproblemer og engstelse for tilstandens alvorlighet. Plagene vedvarte også etter utskrivelse, og hun ble på grunn av bekymring for væske- og elektrolyttbalansen innlagt i kirurgisk avdeling i lokalsykehus to dager etter hjemkomst fra utlandet.

Ved norsk lokalsykehus ble gastrointestinal lidelse vurdert som mest sannsynlig årsak til plagene. Det ble derfor gjennomført CT abdomen, kolonoskopi og gastroskopi med funn av multiple ulcerasjoner i ventrikkelslimhinnen, ellers intet påfallende. Andre årsaker enn gastrointestinale ble ikke vurdert.

Pasienten hadde stadige smerter, kvalme og oppkast, samt søvnproblemer som ble behandlet symptomatisk. Det ble igangsatt behandling med syrepumpehemmer pantoprazol 40 mg x 2, og hun ble utskrevet etter en uke med noe mindre, men vedvarende smerter. Etter hjemkomst forverret smertebildet seg igjen til tross for behandling med tramadol inntil 300 mg daglig med kun forbigående effekt, mens kvalme og oppkast, særlig om morgenen, ble behandlet med metoclopramid stikkpiller. Til tross for antiemetisk behandling var næringsinntak sterkt redusert og pasienten gikk ned 10–15 kg i vekt i løpet av perioden. Fastlege ble konsultert, men han hadde samme oppfatning som sykehuset, at tilstanden måtte ha sitt utgangspunkt i gastro-intestinal tractus.

Via bekjentskaper kom familien i kontakt med nevrolog om lag fire uker etter sykdomsdebut.



«Ventrikkelsår»

Nevrologen, som hadde erfaring med virale infeksjoner i sentralnervesystemet, vurderte symptomene som forenlige med nevropatiske smerter på grunnlag av en varicella-zoster-virusinfeksjon, og det ble startet opp antiviral behandling med valaciclovir 1g x 3 daglig.

Etter få dager bedret tilstanden seg merkbart, smertenivået sank, hyposensibilitet og hyperestesi i hudområdet ble mindre uttalt, kvalme og søvnproblemene fortok seg. Restsmertene ble effektivt behandlet med gabapentin i moderate doser (900–1200 mg daglig), men kun over noen få dager.

Ved konsultasjon hos nevrolog cirka en uke etter avsluttet antiviral kur ble sannsynligheten for at hele sykdoms- og smertebildet skyldtes en varicella-zoster-virusinfeksjon forsterket gjennom anamnese, virkningen av den antivirale medikasjon og de kliniske funn. Ved nevrologisk undersøkelse ble det avdekket fortsatt lette sensibilitetsforandringer med vekslende dysestesi og hyperestesi flekkvis i nivå Th10-L1 i venstre flanke og utslukkede abdominalreflekser i alle nivåer på venstre side. Det ble påvist lett ustøhet ved balansegang, men ingen andre fokale nevrologiske utfall eller refleksforandringer. Ved undersøkelse av abdomen var det fortsatt noe diffus palpasjonsømhet i epigastriet og lett bankeømhet i nyreløsjene bilateralt.

Vel en uke etter avsluttet behandling var pasienten i remisjon, uten smerter og kvalme, bedret matlyst og søvnkvalitet. Noe svimmelhet/ustøhet vedvarte tre til fire uker, men fortok seg etter hvert og ved kontakt med nevrolog to måneder senere var tilstanden normalisert. Pasienten tok ikke kontakt med lokalt sykehus for kontroll av ulcerasjonene i ventrikkelslimhinnen med fornyet gastroskopi og hun autoseponerte

formede magesmerter

syrepumpehemmer utfra det tilfredsstillende kliniske forløpet.

Pasienten har i de fire årene, som har gått etter det aktuelle, vært frisk.

Diskusjon

Pasientens symptomer kunne vært forenlig med sykdom i gastro-intestinal tractus. Forut for det aktuelle rapporterte hun om uvelhet og obstipasjon, og de akutte symptomene var smerter i abdominalregionen, kvalme og oppkast. Ved klinisk undersøkelse var hun palpasjonsømt i abdomen og gastroskopi viste ulcerasjoner i ventrikkelshinnen. Disse ulcerasjonene ble tillagt hovedårsaken til smertene, men intensitet og varighet ble antagelig ikke i tilstrekkelig grad vurdert opp mot de kliniske funn. Den belteformede, bilaterale smerteutbredelsen ga i initialfasen ikke mistanke om nevropatisk genese siden huden var uaffisert. Først da nevrolog ble konsultert, ble mistanken om sentralnervøs infeksjons årsakssammenheng en viktig og avgjørende differensialdiagnostisk vurdering som med adekvat behandling ga en dramatisk vending i forløpet.

Varicella-zoster-viruset tilhører herpesvirusgruppen og er et nevrotropt virus. Det befinner seg latent i sensoriske ganglier og ved reaktiveringer er uttalte nevropatiske smerter et kardinalsymptom. Vanligste form for reaktivering er dermatom-utbredelse av smerter ledsaget av karakteristisk vesikuløst hudutslett i samme område, vanligvis ensidig og over en til tre dermatomer. Ved utbredelse utover tre dermatomer eller ved utslett bilateralt, oppfattes reaktivering som en disseminert zoster, som kan være en alvorlig tilstand med økt risiko for komplikasjoner (1).

Den cellulære immuniteten etter varicellainfeksjon i barndommen svekkes med alder (2, 3), noe som kan forklare den økende forekomst av varicella-zoster-infeksjoner hos eldre. Pasienten i denne historien hadde hatt en lett grad av varicella i førskolealder med sparsomt antall huderupsjoner.

Vanligvis er varicella-zoster-diagnosen lett å stille klinisk grunnet den karakteristiske utbredelsen av vesikler. Det kompliserende i denne sykehistorien var mangelen på hudforandringer. Varicella-zoster-reaktivering uten hudutslett er beskrevet i litteraturen som «zoster sine herpete» (4,

5). De fleste av disse omhandler smerteutbredelse i hjernenerve-gebetene uten de typiske ektodermale vesikulære symptomer. Det har vært et problem at man i mange tilfeller ikke har virologisk dokumentert at det foreligger en varicella-zoster-infeksjon (6). David et al. har beskrevet at beinmargstransplanterte pasienter i noen tilfeller utvikler zoster sine herpete (7).

Sykehistorie med sterke magesmerter, feber, kvalme og oppkast, samt ulcerasjoner i ventrikkelshinnen forut for hudutslett forårsaket av varicella-zoster-infeksjon som komplikasjon nesten et halvt år etter beinmargstransplantasjon er også beskrevet (8). Pasienten i denne sykehistorien var imidlertid ikke immunsvekket og har både før og etter det aktuelle stort sett vært frisk.

Et interessant spørsmål er om de multiple ulcerasjonene i ventrikkelshinnen hos denne pasienten var en form for ektodermale herpesmanifestasjoner (8, 9). Siden det ikke ble tatt prøver til PCR-påvisning av virus i ulcerasjonene, mangler sikkert grunnlag for en slik konklusjon. På klinisk grunnlag er det imidlertid god grunn til å mistenke en slik sammenheng.

Et annet sentralt spørsmål er om pasientens plager klinget av spontant uavhengig av den antivirale behandlingen i form av spontan remisjon. Den dramatiske overgangen fra vedvarende sterke smerter over uker til påtakelig smertelindring bare få dager etter oppstart av antiviral medikasjon tyder ikke på det.

Dersom diagnosen hadde blitt stilt på et tidligere tidspunkt, kunne antakelig antiviral behandling gitt raskere remisjon. Å iverksette behandling innen 72 timer blir vanligvis betraktet som nødvendig (*Guidelines for varicella og postherpetisk neuralgi*, oppdatert juli 2005), men behandling lengre tid etter debut har også vist effekt (10), som dette tilfellet kan være en bekreftelse på.

Fordi det i klinikken er nærliggende ikke å tenke på – eller avvise – mulighet for zoster-infeksjon grunnet manglende hudutslett, er hovedpoenget i denne artikkelen å gjøre oppmerksom på tilstanden. Akutt innsettende smerter i mage-regionen med dermatomliknende utbredelse må ikke nødvendigvis ha et gastrointestinalt utgangspunkt. En bredere differensialdiagnostisk tilnærming er ofte påkrevet når symptomatologien

ikke helt stemmer med det vanlige bildet. Siden en slik infeksjon har tilgjengelig kausal behandling, vil denne også kunne forebygge komplikasjoner som ofte følger, ikke minst fra en disseminert utbredelse. Kunnskaper om at reaktivering av varicella-zoster-infeksjon kan gi symptomer uten at det foreligger kutane affeksjoner, kan bidra til raskere diagnose, symptomlindring og målrettet behandling.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

REFERANSER

1. Dueland AN, Devlin M, Martin JR, Mahalingam R, Cohrs R, Manz H, et al. Fatal varicella-zoster virus meningoradiculitis without skin involvement. *Ann Neurol* 1991 May; 29 (5): 569–72.
2. Miller AE. Selective decline in cellular immune response to varicella-zoster in the elderly. *Neurology* 1980; 30: 582–7.
3. Weinber A, Levin MJ. VZV T cell-mediated immunity. *Curr Top Microbiol Immunol* 2010; 342: 341–57.
4. Gilden D, Nagel MA, Cohrs RJ, Mahalingam R. The variegated neurological manifestations of varicella zoster virus infection. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2013 Sep; 13 (9): 374.
5. Nagel MA, Gilden D. The challenging patient with varicella-zoster virus disease. *Neurol Clin Pract* 2013 Apr; 3 (2): 109–17.
6. Gilden DH, Dueland AN, Devlin ME, Mahalingam R, Cohrs R. Varicella-zoster virus reactivation without rash. *J Infect Dis* 1992; 166 (Suppl 1): S30–S34.
7. David DS, Tegtmeier BR, O'Donnell MR, Paz IB, McCarty TM. Visceral varicella-zoster after bone marrow transplantation: report of a case series and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1998 May; 93 (5): 810–3.
8. Takatoku M, Muroi K, Kawano-Yamamoto C, Nagai T, Komatsu N, Ozawa K. Involvement of the esophagus and stomach as a first manifestation of varicella zoster virus infection after allogeneic bone marrow transplantation. *Intern Med* 2004 Sep; 43 (9): 861–4.
9. Yamada S, Iwasaki T, Satoh A, Tsuboi Y, Yanagi M, Takashashi T, et al. A case of visceral varicella-zoster virus infection after autologous peripheral blood stem cell transplantation in which severe abdominal pain preceded the skin rash. *Nippon Shokakibyo Gakkai Zasshi* 2010; 107 (12): 1947–55.
10. http://www.prodigy.nhs.uk/shingles_and_post-herpetic_neuralgia.

AUD NOME DUELAND

Spesialist i nevrologi, Sandvika nevrocenter

CHRISTIAN KROEPELIEN

Overlege Kirurgisk avdeling Vestre Viken HF, Bærum

TORRE GUDE

Spesialist i psykiatri, professor, Madum Bad og Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo



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

KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringer

Riktigere bruk av antibiotika

KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter – er tidligere omtalt i Utposten (1). Metoden går kort fortalt ut på at fastlegen mottar en kunnskapsbasert, faglig oppdatering på sitt kontor i arbeidstiden.

RELIS i Midt-Norge og Nord-Norge har sammen med de kliniske farmakologiske avdelingene i Trondheim og Tromsø gjennomført en kampanje med tema *riktigere bruk av NSAIDs* blant alle fastleger i Tromsø og Trondheim våren 2015. Kampanjen fikk svært god mottakelse fra deltagende fastleger (1). Kampanjen medførte også en betydelig endring i forskrivingsmønster i disse to kommunene sammenlignet med referansekommunene og landet samlet.

På bakgrunn av den vellykkede NSAIDs-kampanjen ble prosjektgruppen bedt av Helsedirektoratet om å gjennomføre en ny kampanje med fokus på antibiotika. Dette for å vurdere om KUPP som metode er egnet til å påvirke forskrivning også når det gjelder antibiotika i ønsket retning. Denne kampanjen ble gjennomført høsten/vinteren 2015.

KUPP – riktigere bruk av antibiotika

Sammenlignet med vårens NSAIDs-kampanje ble nedslagsfeltet for den nye kampanjen utvidet. I tillegg til Tromsø og Trondheim ble alle fastlegene i Nord-Trøndelag, randkommunene til Trondheim samt Narvik, Harstad, Sør- og Midt-Troms inkludert. Totalt var det omtrent 450 fastleger i målgruppen for kampanjen.

Fastlegene er besøkt av leger og farmasøyer fra de kliniske farmakologiske avdelingene og RELIS. Besøkene har en varighet på 20 minutter, og er vanligvis gjennomført ved at fastlegen har satt av tid tilsvarende en konsultasjon i sin timebok. Som utgangspunkt for samtalen er det laget en

fire-siders brosjyre som gjennomgås og diskuteres. Det faglige innholdet i kampanjen er utarbeidet i samarbeid med Antibiotika-senteret for primærmedisin, Folkehelseinstituttet (FHI) og Norsk overvåkningssystem for resistens hos mikrober (NORM). Innholdet er videre i samsvar med gjeldende retningslinje for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten (2).

Budskap

- Et lavt totalforbruk av antibiotika forebygger resistensutvikling
- Luftveisinfeksjoner er vanligvis selvbegrensende, og de fleste skyldes virus. Symptomatisk behandling er ofte tilstrekkelig
- Å spørre om pasienten forventer antibiotika vil være klargjørende og kan redusere unødvendig bruk
- Penicillin er førstevalg ved de fleste bakterielle infeksjoner
- Makrolider og ciprofloksacin er meget resistensdrivende, og bør bare brukes på spesifikk indikasjon

Blant de viktigste tiltakene for å forebygge antibiotikaresistens er å redusere totalforbruket av antibiotika, samt å sørge for at en høyest mulig andel de som får behandling får et smalspektret antibiotikum. Brosjyren fokuserer på hvorfor penicillin er førstevalget mot de aller fleste luftveisinfeksjoner; nemlig det faktum at disse infeksjonene forårsakes av gram-positive bakterier. Disse har en tykk cellevegg bygget opp av peptidoglykaner, noe som er det perfekte angrepspunkt for nettopp penicillin. Dette betyr i praksis at fenoksymetylpenicillin er førstevalg ved alle luftveisinfeksjoner. Et viktig unntak er eksaserbasjon hos KOLS-pasienter, hvor amoksisillin er førstevalg. Ved mistanke om atypisk pneumoni anbefales det å ta en PCR-test for å påvise eventuell *Mycoplasma* eller *Chlamydia*, som skal behandles med et makrolid eller doksykyklin (2).

De fleste luftveisinfeksjoner skyldes altså virus, og skal følgelig ikke behandles med antibiotika. Statistikken viser at det likevel forskrives antibiotika til mer enn halvparten av de som får diagnosen akutt bronkitt. Dette til tross for det faktum at det er ikke dokumentert klinisk relevant effekt av noen antibiotika ved akutt bronkitt. Mange av pasientene kan imidlertid ha nytte av symptomatisk behandling, slik som smertestillende, febernedssettende, nespray og hostedempende. Mange bakterielle infeksjoner i øvre luftveier vil dessuten vanligvis være selvbegrensende. Hvis pasientens allmenntilstand er god kan man i mange tilfeller avvende bruk av antibiotika også hos disse pasientene. Ett unntak her er halsinfeksjon med streptokokk A, der det ifølge retningslinjene er indikasjon for en 10 dagers kur med fenoksymetylpenicillin dersom minst fire av de fem Centor-kriteriene er oppfylt (vondt i halsen, fravær av hoste, feber over 38,5°, belegg på tonsillene, forstørrede ømme kjertler). Lengden på kuren begrunnes med at man kan forebygge residiv.

Ved akutt otitt hos barn er det først og fremst viktig med adekvat smertelindring. Om lag 80 prosent av barna blir smertefrie innen to døgn uten antibiotika. «Øreverk» er ofte et resultat av lukket tuba eustachi på grunn av forkjølelse som gir overtrykk i mellomøret og derved smerter. Her bør fastlegene være oppmerksom på at doseringen som er angitt på reseptfrie pakninger av paracetamol-preparater kan være for lav. Barn over tre måneder kan få paracetamol peroralt eller rektalt i doseringen 20 mg/kg x 4 i inntil 1 uke (3), noe som for mange barn vil være mer enn dobbelt så mye som den dosen de får dersom doseangivelsen på de reseptfrie pakningene følges. Suboptimale doser med paracetamol kan bidra til at foreldrene oppsøker lege på nytt, med ønske om antibiotika. Det kan derfor være hensiktsmessig å skrive resept

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.

eringsvisitter

for å sikre riktig dosering av paracetamol. Selv om det er bra at foreldre ikke overdoserer i forhold til bruksanvisningen, kan altså en resept fra legen løse smerteproblemet uten bruk av antibiotika.

Mange foreldre opplever at det er vanskelig å gi mikstur med fenoksymetylpenicillin til barn på grunn av svært bitter smak. Dette bør likevel ikke benyttes som argument for å skrive ut mer bredspektrede antibiotika. Mange barn kan klare å svelge tabletter og dermed unngå problemer med vond smak. De svakeste styrkene på 165 mg tabletter har delestrek og kan gis til barn helt ned i et og et halvtårs alder, og litt større barn kan ofte klare å svelge en hel tablett dersom den legges i en skje med

syltetøy, yoghurt, sjokoladepålegg eller lignende. Dermed unngås unødvendig bruk av bredspektrede antibiotika.

For øvrig så er anbefalingen nå at fenoksymetylpenicillin både til barn og voksne skal gis fire ganger i døgnet for å sikre tilstrekkelig effekt. Det er ikke nødvendig å ta fenoksymetylpenicillin utenom måltid. Inntak sammen med måltider kan tvert imot øke etterlevelsen av behandlingen, og kan derfor være å anbefale.

90 prosent av antibiotikaforskrivningen i Norge skjer utenfor sykehus. Allmennlegen har derfor en viktig rolle i å begrense forbruket av antibiotika. Studier har dokumentert at allmennleger forskriver antibiotika hyppigere når de *tror* at pasienten ønsker antibiotika, uavhengig av om pasienten faktisk har et slikt ønske. Å ganske enkelt spørre pasienten om det er slik at de tenker at de trenger antibiotika medfører en betydelig reduksjon i unødvendig bruk. Vent-og-se resept kan være et alternativ ved press fra pasienten eller i situasjoner der det er vanskelig å følge med på sykdomsutviklingen.

KUPP videre

Helseminister Bent Høie la den 7. januar frem regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. Målet er å

redusere antibiotikabruken i befolkningen med 30 prosent innen utløpet av 2020 (4). KUPP var her omtalt som ett av tiltakene, og fikk tildelt kr. 500 000 til videre arbeid. KUPP vil derfor bli tilbudt til flere fastleger i løpet av 2016. Vårt mål er at KUPP på sikt skal etableres som et fast, nasjonalt tilbud til alle fastleger. Tema for nye kampanjer vil være basert på ønsker og tilbakemeldinger fra fastlegene.

REFERANSER

1. Dyrkorn R, Langaas HC. Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter – KUPP. Et nytt tilbud om faglig oppdatering til fastlegene. Utposten 2015; 44 (6): 40–1.
2. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten. <http://www.antibiotikaiallmennpraksis.no/>.
3. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. L20.1.1.2 Paracetamol. <http://legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 5. januar 2016).
4. Regjeringen. Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-mot-antibiotikaresistens-i-helsetjenesten/> (Publisert: 7. januar 2016).

HARALD CHR. LANGAAS

Leder RELIS Midt-Norge

TRUDE GIVERHAUG

Leder RELIS Nord-Norge

ROAR DYRKORN

Overlege, avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og spesialist i allmennmedisin, Moholt legesenter