



Utposten

5 2016
ÅRGANG 45

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Fastlegeordningen

— driftsformer i distriktskommuner

Er fastlegers prosedyrekompetanse dårlig utnyttet?

Ti råd for den gode erklæring

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

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

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

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

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

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

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

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**

Batteriet 2, leil 401

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: Siv M. Wollmann

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Mellom byråkraten og brukeren***Badboni El-Safadi***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Med tro på sommerfugleffekten***Helen Brandstorp intervjuet av Anne Grethe Olsen og Dag-Helge Rønnevik***8 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****CRP-testen nyttig for å redusere unødig antibiotikabruk?***Hasse Melbye***12 Driftsformer i fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere***Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp***16 Fastlegers prosedyrekompetanse – en dårlig utnyttet ressurs?***Øyvind Vesterfjell***20 Akuttmedisinsk trening i Alta***Magnus Hjortdahl***23 Kan benzodiazepiner øke risikoen for demens?***Ingrid Castberg***24 Ti råd for den gode erklæring***Njål Flem Mæland***28 Rapport fra Wonca Europe København juni 2016***Trygve Skonnord***31 Nasjonal PKO-konferanse***Dag-Helge Rønnevik***36 Overforbruk av laboratorieprøver – riktigere bruk. Er dette noe som fastlegen behøver å tenke på?***Arne Aarflot***36 Bakteriologiske dyrkningsprøver***Arne Aarflot***38 BOKANMELDELSE:****En nyttig bok om formidling og publisering***Magne Nylenna: «Publisere & presentere. Medisinsk formidling i teori og praksis» anmeldt av Dag-Helge Rønnevik***39 BOKANMELDELSE:****Eyr – portrett av et tidsskrift***Anmeldt av Mona Søndena***48 Det er fremdeles mulig å melde seg på Primærmedisinsk uke 2016***Tom Sundar*

42 FASTE SPALTER**I PRAKSIS 42****LYRIKKSTAFETTEN 43****RELIS 46****INNPOSTEN 46**

Mellom byråkraten og brukeren

Fastlegen bruker tid på å utrede og henvise pasienter til ulike instanser etter behov. Men for mange fastleger er det en stor berikelse i arbeidsdagen å utføre praktiske prosedyrer selv, lokalt på kontoret. Enten å fjerne en føyflekk, sette inn spiral eller ta en 24-timers ambulant blodtrykksmåling. Prosedyrelisten for fastleger er lang, og således er muligheten for å finne noe man liker å jobbe med på eget kontor stor. Øyvind Vesterfjell har sett nærmere på hvorfor noen leger velger å henvise til spesialisthelsetjenesten der andre selv utfører behandlingen på eget fastlegekontor. Han lurte på om økt fokus på kompetanse i praktiske prosedyrer hos allmennpraktikere kan bidra til å løse utfordringer i fremtidens helsetjeneste med stadig voksende ventelister.

Alta legevakt går frem som et svært godt eksempel på tverrfaglig samarbeid, og Magnus Hjortdahl deler sine erfaringer med *Utposten* sine lesere. Én gang i måneden velger den akuttmedisinske prehospitale kjeden i Alta å trene sammen for å fremme bedre behandling av kritisk syke og hardt skadde pasienter. Helen Brandstorp intervjues i dette nummeret og er en engasjert kvinne med mange jern i ilden. En av hennes fanesaker er kompe-

tanseheving i akuttmedisin og motivasjon til lokale akuttmedisinske miljøer i det ganske land til å øve det sammen.

NAV har etter anbefaling fra Arbeids- og sosialdepartementet startet et eksperiment i Hordaland for å se om det er mulig å få ned sykefraværet og bidra til at flere holdes i arbeidslivet. Dersom pasienten har vært sykemeldt i seks måneder skal pasienten vurderes av en annen lege som på nytt skal se på muligheten for at pasienten kan komme tilbake til gradert eller eventuelt fullt arbeid. Anne Kverneland Bogsnes informerer om prosjektet. Det argumenteres for at det å ha en jobb å gå til på mange måter fremmer helse, gir følelse av tilhørigheten til fellesskapet og samfunnet for øvrig.

Med andre ord er det én ting som ikke har forandret seg i allmennlegens eller NAV sin arbeidsdag, nemlig at det er pasienten som er i fokus. Fastlegen skal samarbeide med en rekke instanser for å hjelpe; fremme helse, forebygge og behandle sykdom, samt være bindeleddet mellom byråkraten og brukeren.

Allmennlegens rolle begrenser seg ikke kun til behandlingen av sykdom. I en stadig mer deltajestyrt hverdag med strengere krav til dokumentasjon må

fastlegen også holde tritt med nye retningslinjer, behandlingsstrategier, stortingsmeldinger og forskriftsendringer. I vårens utgaver av *Utposten* fremkom det at flere allmennleger har etterspurt bedre samarbeid med NAV. En sentral del av fastlegens arbeidsoppgaver er å sørge for at de pasientene som trenger det får oversendt nødvendige helseopplysninger til rette instans for at pasientene skal få den økonomiske støtten de har krav.

Njål Flem Mæland ønsker å bedre det praktiske arbeidet i trygdemedisin ved å gi 10 råd til hvordan man skriver en god legeerklæring. Medredaktør i *Utposten* Mona Søndén skrev i forrige nummer et leserbrev der hun ønsker at hennes lange erfaring med egne pasienter skulle veie tyngre enn uttalelsene til tilfeldige LIS leger på sykehus der legene ikke har så god kjennskap til pasienten. I direkte tale ble det fremsatt spørsmål og disse besvares i leserbrevet fra Ragnhild Jordet. Med Mælands 10 råd og Jordet sitt kontante svar på spørsmål om fastlegens sentrale rolle i NAV sine beslutninger, er det nå en gylden mulighet til å bedre samarbeidet med NAV i fremtiden.

Fornøyd lesing.

BADBONI EL-SAFADI

Med tro på sommer

Helen Brandstorp

■ INTERVJUET AV ANNE GRETHE OLSEN OG DAG-HELGE RØNNEVIK

Når Helen Brandstorp brenner for en sak, ja så gløder hun. Øverst på hennes agenda står de marginaliserte utkantstrøkene, helsetjenester i distriktene og – ikke minst – den prehospitale akuttmedisinen. Som leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin har hun markert seg som en forkjemper for å bedre den akuttmedisinske kompetanse og organisering av helsetjenestene i perifere strøk. Og helt i tråd med sommerfugleffekten ser hennes engasjement ut til å gi resultater.



Kolleger av Brandstorp kan attestere på at hun er sterkt argumenterende for sine hjertesaker: «Hun gir seg ikke før alle innvendinger er nedkjempet med spissfindig demagogi og intens gestikulering, og hun er en fest å diskutere med», sier en av dem som *Utposten* har snakket med. Hun blir kalt en 'fighter' som likevel er lydhør overfor andre, en som viser respekt for sine meningsmotstandere.

Hva er det som driver henne og hvorfor velger hun sine kamper slik hun gjør? For å finne mer ut om dette, oppsøker vi allmennlegen og forskeren på sin hjemmebane i Tromsø – hvor hun siden 2008 har vært ansatt ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), de siste årene som leder. Vi treffer henne en mandag ettermiddag på Skirri på Kystens hus i ishavsbyen, en restaurant som ikke helt ulikt Brandstorp har fokus på lokale råvarer i et nordlig perspektiv.

Det som er litt annerledes

– Jeg har alltid vært over snittet engasjert, smiler Brandstorp: – Jeg var den ivrige som rakk opp hånda. Litt dominerende, vil nok noen si, men jeg skylder på at jeg er tvilling: Kanskje vi fordelte noen egenskaper? Jeg

har alltid vært nysgjerrig og gravd i saker for å få peiling; var ivrig bruker av lek-sikon og oppslagsbøker som barn, på nettet som voksen, og leder nå et kompetansesenter. Så det er både en heldig og uheldig 'greie', men sånn er det! Og det er noe jeg prøver å være bevisst på – at jeg jobber med teamarbeid er nok ikke helt tilfeldig.

Intervjuobjektet fremholder at hun hele tiden har vært en som velger litt annerledes. Hun valgte Nord-Norge når ingen venninner gjorde det. Fordypet seg i kristendom og kirkeliv mens ingen andre gjorde det: – Jeg tiltrekkes av det som er litt annerledes, blir nysgjerrig av det. Distriktsmedisin er et eksempel. Det at jeg blir så engasjert og nysgjerrig at jeg kan glemme folk og posisjoner har gjort at jeg har møtt en del motgang, havnet i noen konflikter og iblant blitt upopulær. Som en kollega sa til meg: «Ja, du er jo kontroversiell». Men jeg vil heller ha et liv som kontroversiell og kjempe for det jeg tror er viktig for samfunnet!

Dyktige læremestere

UTPOSTEN: Det kan høres ut som om du har en del uvenner, men vårt inntrykk er tvert imot at du er ganske populær?

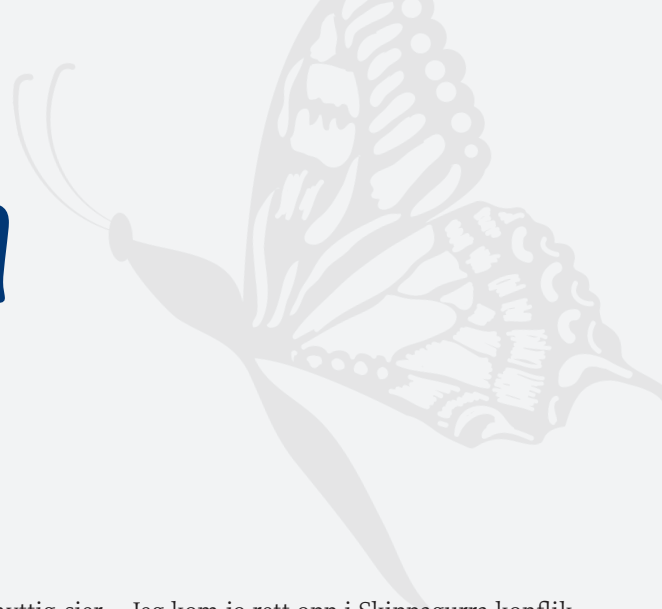
– Vet ikke, men det som har vært fint er

at jeg har hatt gode læremestere gjennom hele livet. Jeg husker spesielt godt da jeg som ung lege kom til Tana: Der var det tre trygge voksne damer, det kunne ikke blitt bedre. De var så gode til å veilede på en forsiktig måte, og jeg fikk tre ulike rollemødeller. De var kommunelege I og II, erfarne fastleger og hadde samfunnsmedisinske oppgaver. Vi hadde morgenmøte hver dag, faste møter med de andre profesjonene, samt internundervisning og lengre møter hver torsdag. Selv om det var mye jobb med legevakt, *Utposten* (RED. ANM.: Helen har en fortid som *Utposten*-redaktør) og fagutvikling, opplevde jeg glede og trygghet i min ferske rolle som lege. «Du kan bli en god lege som den du er», forsikret de meg, selv om jeg var ulik dem. Så de tre damene var helt fantastiske. Wow!

UTPOSTEN: De tre damene i Tana ga deg dermed en plattform for å utvikle legeidentiteten?

– Ja, det var rett etter turnus at jeg dro til Tana. I turnus var jeg i Odda på sykehus og i Dovre og Lesja i distrikt. Jeg hadde aldri vært nord for Trondheim før, jeg hadde egentlig ingen interesse for eller drøm om Finnmark, overhodet ikke. Heller ikke for å være fastlege. Det handlet mer om å finne

fugleffekten



ut av eget liv, å reise et godt stykke hjemmefra – som en plattform for å kunne fortsette ut i verden. Drømmen den gang var å reise til Afrika, sier Helen Brandstorp.

UTPOSTEN: Hva har årene i Finnmark gjort med deg?

– De har gitt meg en sterk erfaring av å være en ressursperson i et lokalsamfunn, hvor viktig det kan være, og hvordan det går to veier. Hvordan man på en måte er en offisiell person som blir sett – en hjelp til å jobbe med seg selv, å utvikle seg. Og samtidig; som lege å få lov å hjelpe folk. Begge deler er et privilegium, å bli sett og formet

og samtidig vite at man gjør noe nyttig, sier hun.

Hun peker på at man i Finnmark har et godt og ivaretakende legekolegium som to ganger i året, til jul og til påske, er på kurs sammen. De har en tradisjon for å ta vare på hverandre, noe hun mener er både viktig og interessant i disse tider med mye snakk om fryktkultur og konfliktstoff, som man hører om fra sykehusene: – Finnmarkserfaringen min er konfliktfri. Selv om det er mange ulike og sterke meninger, så er det en respekt for kollegiet som fellesskap. Akkurat som Tana kommune har respekt for at vi skal finne ut av det sammen.

Jeg kom jo rett opp i Skippagurra-konflikten, og Finnmarksloven med land og vann, samisk/ikke-samisk, massedemonstrasjoner og mye styr. Men en måte å håndtere uenighet på, som jeg har blitt begeistret for, er bruken av humor og sosiale ferdigheter, som jeg ikke er vant med fra min oppvekst på Jeløya i Moss. Der var det større forhold, ved uenigheter kunne man bare gå, holde seg unna hverandre. Man blir mer tvunget til å finne ut av det sammen i små samfunn. Min mann Aino, som er samisk, har lært meg det, at urbefolkninger bruker masse humor for å ordne opp i konflikter og løse opp spenninger. Aino har

*Nord-norsk
sommerfugl?*



også sagt at det å si nei, det er for hardt. Jeg er ikke noe god på dette, men det er fantastisk å ha fått sett det, og fått smake litt på det.

Gjøre en forskjell

Brandstorp forteller oss om sommerfuglefekten – det at en sommerfugls vingeslag på den ene siden av jordkloden kan skape en orkan på den andre. At små endringer i forholdene ved et visst tidspunkt kan forplante seg og gi store virkninger senere. Eller med andre ord; at det nytter å engasjere seg.

UTPOSTEN: Hva gjør at noe virkelig skal engasjere deg?

– At jeg kan gjøre en forskjell! Jeg er oppvakt av at vi som enkeltmennesker kan gjøre en forskjell. Helst i lag med andre. Men det er viktig å ha tillit til både seg selv og til verdien av samspill med andre.

UTPOSTEN: Noen ganger må man heve stemmen for å bli hørt. Du har vært involvert i noen underskriftsaksjoner i saker du har brent for?

– Ja, den om turnuslegeordningen. Det var vel ikke jeg som startet den, men jeg var veldig engasjert i den saken. Mange leger og studenter, samt distriktskommuner var imot omlegging til ny turnusordning da de fryktet en urettferdig ordning for de unge og en ordning som favoriserte sykehusene. Vi fikk endret myndighetenes opprinnelige planer om å gi alt ansvar til

kommunene og sykehusene, det vil si markedskreftene. De har beholdt ansvar gjennom søknadsordningen. NSDM forsker nå på hvordan det har gått med den nye ordningen, og vi har inntrykk av at det er mye frustrasjon i småkommunene som velges bort. Fastlegeaksjonen var en annen aksjon jeg engasjerte meg i. Det var en reaksjon på forslag til fastlegeforskrift. Vi fikk frem fastlegenes unisone misnøye og skapte et godt forhandlingsrom for Legeforeningen i arbeidet med forskriften.

UTPOSTEN: Var det det samme brennende engasjementet som motiverte deg til å bli leder i NSDM?

– Ja, på en måte. Fastlegeaksjonen, turnuslegeaksjonen, akuttmedisinsk teamtrening – da jeg gikk over i det siste arbeidet tenkte jeg: Om jeg ikke gjør det, så er det ingen andre som gjør det. Jeg hadde allerede min hovedstilling ved NSDM og bodde i Tromsø. Før lederskiftet var jeg på en distriktsmedisinsk konferanse i Canada i 2012. Det var en fantastisk konferanse i Thunder Bay med folk fra hele verden. De hadde tatt i bruk hele byen – skikkelig sånn «let's make a difference»-greie. Alle i byen stilte opp for konferansen, de ville vise fram hva de drev med. Dette var så sterkt, og jeg tenkte: Det er sånn jeg vil jobbe. Jeg får hjertebank av flinke fagfolk – de er mine popstjerner! Da jeg kom hjem søkte jeg nestlederstillingen i NSDM, men det endte med at jeg fikk lederstillingen! Dette med distriktsmedisin var noe jeg ville vie meg til.

Sammensatt team

De siste årene har NSDM fått et bredere sammensatt team, forteller Brandstorp. Legene som jobber der kombinerer klinisk praksis med forskning, samtidig har sentret ansatt helsetjenesteforskere fra andre profesjoner og som er spesialister på sine felt. I større prosjekter som for eksempel *Evaluerings av Senjalegen* er man avhengig av tverrfaglig kompetanse for å sikre fremdrift.

– De to helsetjenesteforskerne som er ansatt ved NSDM nå, Birgit Abelsen og Margrete Gaski, er drevne fagfolk som har holdt på sammen i 20 år. De kan flere metoder innen forskning, de er effektive og sikrer en bredere tilnærming til de ulike prosjektene. Satt på spissen, så ville typisk legestyrte evaluering og forskning vært basert kun på spørreskjema. Men de går inn på flere måter. De sender spørreskjema ut til folk, intervjuer rådmenn og helsepersonell og gjør økonomiske beregninger – altså ulike metoder for å evaluere og kombinere kvalitative og kvantitative metoder. Det er fantastisk å få lov å promotere det!

UTPOSTEN: Du klarer å gjøre NSDM tydelig, til tross for at det er et lite senter. Dere har i det siste lagt fram flere forskningsrapporter som har fått mye oppmerksomhet, for eksempel om fastlegeavtalers varighet i relasjon til kommunestørrelse, og dere gjennomførte nylig en markering av fastlegeordningens 15-årsjubileum.

– Da jeg i 2008 ble ansatt ved NSDM i rollen som webredaktør, hadde jeg fordel av





NSDM forsøker å vise vei.

mine tidligere fem år i *Utpostens* redaksjon. Forståelsen av hvor viktig formidling er for å utvikle faget og for å få oppmerksomhet rundt viktig kunnskap, har vokst med den oppgaven. Jeg kaller meg ofte på spøk for 'kommunikasjonsdirektør i NSDM'. Jeg er overbevist om at enhver sak trenger ulike stemmer med ulike perspektiv for å bli godt belyst. NSDM skal være en nasjonal stemme. Sosiale medier er derfor viktige, sammen med kronikker, annen type formidling og dialog. Forskningen må bearbeides, forklares, deles og møte andre perspektiv for å bli nyttig, sier Brandstorp.

Bedre og systematisk traumetrening (BEST)

Helen Brandstorp brenner for kompetanseheving i akuttmedisin. Det var noe hun tok tak i allerede i 1999, lokalt i Tana og med midler fra NSDM. Etterhvert dro hun også rundt i regionen for å holde kurs. Det første akuttmedisinske kurset var i regi av Finnmark legeforening i 2003, i Kirkenes. Under dette kurset var hun med på etablere Kommune-BEST. Så ble det akuttmedisin-

kurs for turnusleger fra 2006. Hun er selv i ferd med å levere inn sitt doktorgradsarbeid basert på dette arbeidet.

– Vi var de første som hadde akuttmedisinkurset for turnusleger desentralisert. En periode reiste jeg rundt med leiebilen full av bagasje, fra Hammerfest til Lakselv, Karasjok og Kirkenes, en uke i mars og en uke i september, og så bar det hjem til Tromsø for å ha kurset der også. Da ble det mye arbeid med kurs og med turnusleger. Nå er jeg kursleder primært i Troms.

UTPOSTEN: Du forsker først og fremst på samhandling i team?

– Jeg ser på teamtrening i akuttmedisin, men jeg ser mer og mer at det handler om teamtrening i spissede situasjoner, som folk gruer seg for – og ergo har høy motivasjon for å lære seg. Det handler om spissede situasjoner hvor man lærer relevant kunnskap som kan brukes i andre roligere settinger – der man må samarbeide. Ved å reflektere med kolleger i trygge omgivelser, lærer man spesielt godt. BEST-modellen er akkurat sånn. En sommer kom jeg over en artikkel som beskriver BEST-modellen;

hvordan kan man best mulig lære via simulering? Elementene var spissede, skumle situasjoner, trygge refleksjoner, og så til slutt en sjanse til, til å gjenta og gjøre det bedre. Det er viktig at man utfordrer forestillingene sine, kolleger i mellom, men også løfter hverandre, på egen arbeidsplass. Teamarbeid, ledelse, læring og pasientmedvirkning er det jeg jobber med.

Ulike teoretiske briller

UTPOSTEN: Kartlegger du, eller sammenlikner du? Hva er metoden din?

– I aksjonsforskning følger man prosesser. Jeg var i Alta for første gang i 2010 og fulgte treningene som deltakende observatør, og ledet debrief'en slik at det ble som en fokusgruppe, der jeg fikk deltakernes tanker der og da. Det har senere blitt analysert av en forskergruppe sammensatt av en anestesilege, en paramedic, av professor i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen – en god kvalitativ forsker – og professor Peder Halvorsen – forsker og lokal deltaker. Gruppen har sett på debriefingsmaterialet med ulike teoretiske briller. Vi har sett



Over snittet engasjert.

etter pasientdeltakelse og hvordan det kommer til uttrykk. Midt i analyseprosessen reiste jeg tilbake til frivillige fokusgrupper i Alta for å drøfte funnene: «Dette fant vi, hva synes dere?» Disse samtalen ble så igjen analysert av forskergruppen og resultatene presentert i artikler.

– Deretter så vi på det samme materialet en gang til, med nye briller: ledelsebriller. Ledelse som samspill; vi fant spennende ting, om hvordan ledelse er fordelt uten at folk er klar over det. Det foregår mye basert på realkompetanse og fordeling av oppgaver og styring. Teamlederen er ofte legen, som holder overblikket med sin breddekompetanse og status og evne til å kommunisere. Til slutt har vi sett på læringsprosesser, via læringsteori, hvordan man lærer i sosiale settinger. Og hver gang har jeg dratt tilbake til Alta og satt sammen fokusgrupper som har gitt tilbakemeldinger på funnene våre.

– I akuttmeldingen «Først og fremst», står det om kvalitet og pasientsikkerhet. Men i det kapittelet står det ingen ting om det unike kravet om samtrening. Det står et annet sted i rapporten. Det er synd, for dette bør sees på sammen. Kunnskapssenteret publiserte nylig at både gode meldesystemer og systematisk trening gir effekt innen akuttmedisinen. Lokal trening bygger pasientsikkerhetskultur. En rapport fra England oppsummerte kvalitetsarbeid i National Health Service, og viste at lokal læring, det å trygge de ansatte, stimulere til å se på egen praksis – det er det som funge-

rer. Bare å få data fra avvikkssystemer har ikke vist seg å ha effekt. Men det er jo en måte å kontrollere på og man bør nok ha begge deler. I England har man satset på kontroll og styring istedenfor oppbyggingen av lokalt personell.

Tett på

UTPOSTEN: Det at man skal aktivisere folk og ikke bare komme og legge ting i hendene på dem, det kan jo gjelde både pasienter og helsepersonell. Har du funnet en god metode?

– Man må være tett på. Det gjelder både pasienter og i veiledningen, for å ikke kjøre over. De gode veilederne jeg har hatt, de har virkelig lyttet mye og vært forsiktige med sine råd og gitt meg mye frihet til å prøve. På akuttmedisinkursene lar vi folk få prøve selv, men vi er der og trygger situasjonen. Vi prøver ikke å overta eller redusere de som skal lære av sin deltagelse. Akkurat som med fastlegene – de er der år etter år, og trygger pasientene. Det er vel derfor de er så populære. Det var min opplevelse også. Det er utrolig hvor viktig det er med tilstedeværelse, og å veilede litt – akkurat passe.

UTPOSTEN: Det handler altså om å planlegge, sette i verk, og å evaluere?

– Ja, men så har det jo blitt mer komplisert enn som så. Jeg fulgte disse teoriene i begynnelsen; Demings sirkel og så videre. Men jeg har også lest kompleksitetsteori og

ledelse i et kompleksitetsteoretisk perspektiv. Det er utrolig spennende. Det er lett for oss i vår tid å forstå sommerfugleffekten, at et lite initiativ kan få stor effekt, fordi vi har Facebook og Twitter. Ja, jeg er veldig mye på Facebook. Jeg synes det er kjempefascinerende hvordan et stort initiativ eller en kampanje fra Helsedirektoratet kan drukne, mens et lite initiativ som sprer seg i nettverk kan få stor effekt. Det handler om hva folk tar i mot og sprer videre. I den tenkningen er det viktig å være tett på. Det handler om *feedback* og *feedforward*. Fordi vi er i bevegelse, vi har fri vilje. Ting kan ikke forutbestemmes, derfor blir sirkelen til Deming litt for rigid, den er jo bare en tankemodell. I endringsforskning eller endringstenkning er kompleksitetsteori sentralt. Vi vet ikke hva som skjer fordi små initiativ kan gi stor effekt og omvendt. Vi er i bevegelse hele tiden, vi er i prosesser hele tiden. Derfor må vi være tett på, understreker Helen Brandstorp.

Mistet troen på overmennesker

De som følger med i media, sosiale medier og ulike diskusjonsfora, har fått med seg at Brandstorp har en tydelig stemme i den løpende debatten om organiseringen av helsetjenestene. Som leder av NSDM representerer hun en motvekt til alle som roper etter økt sentralisering av sykehusoppgaver og sammenslåing av kommuner. Noen vil kanskje si at hun i mange tilfeller taler makta midt i mot.

UTPOSTEN: Har du en opprører i deg, eller en slags autoritetsforakt?

– Nei, mer en autoritetsfrykt og respekt hjemmefra. Når jeg møter folk i posisjon blir jeg mer forbauset over at de er bare vanlige mennesker som deg og meg. Jøye meg, tenker jeg da: Så mange 'vanlige mennesker' det er overalt – og som lar seg påvirke, lar seg bevege, som kan bli veldig bestemte når de føler seg usikre og truet. Mennesker som oppfører seg menneskelig. Det jeg har mistet troen på er sånne overmennesker. Jeg tror ikke de eksisterer. Selv om du jobber døgnet rundt, kan du bare se ditt, og du er avhengig av innspill fra andre.

– Det var en vekker da jeg for 10–12 år siden, ivrig og på eget initiativ, troppet opp i Helsedirektoratet på vegne av akuttmedisinen: Jeg møtte 'disse byråkratene' som jeg hadde kjemperespekt for, men som jeg da forstod ikke satt der som orakler, men som vanlige folk som lot seg påvirke, akkurat som i et kommunestyre eller i en forskningsinstitusjon. Det er derfor jeg synes

det er så viktig at mange bidrar – at man i alle posisjoner tenker: Involvering er nødvendig, så bredt som mulig.

UTPOSTEN: Hva mener du er aller viktigst for å rekruttere leger til distriktene og til lokal-sykehusene.

– Helt klart: Å legge til rette for utdanning lokalt. For fagfolk vil ha gode fagmiljøer. Hvis man opplever at det bare finns på universitetssykehus, så vil man være på universitetssykehus. I Tana opplevde jeg et godt fagmiljø. Da visste jeg at jeg tapte ingenting ved å være der: «Her vokser jeg, her er jeg trygg, her lærer jeg». Da kommer også fagutviklingen på kjøpet, og da kommer trivselen. Det universitetet i Tromsø gjør med å få en mer desentralisert legeutdanning er fornuftig. Sykepleierne har holdt på med dette lenge. Vi er heldige i Norge som har mulighet til å bli spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin uten å måtte flytte til byen, man kan gjøre det desentralisert. Vi har gode fagmiljøer over alt, muligheten er der.

Legen som leder

UTPOSTEN: Leger som ledere i forbindelse med utvikling av kommunene i distrikterne, er det noe du har tanker rundt?

– Jeg tror absolutt at leger kan være ledere. De har viktige nettverk og den lange akademiske utdannelsen er ansvarliggjørende. Jeg fikk en krise på legestudiet i forhold til den legerollen jeg skulle gå inn i, den var jo 'større enn Gud' omtrent, og dette skulle lille jeg klare. Men vi er fylt av ansvar, det er ikke bare å gå klokka fire hvis pasienten er dårlig – legen blir igjen mens sykepleierne går. Ansvarliggjøringen, den akademiske dannelsen; du får en rolle og et

verktøy og du skjønner hvor lite du kan, så du må jobbe med andre. Jeg tror legene kan være veldig egnet, men de må også bli gode til å lytte. Vi er trent til å ta vel mye ansvar, kanskje fastleger spesielt. Vi må være kjappe og tørre å ta beslutninger på tynt grunnlag. Det er en styrke, men også en utfordring hvis man skal jobbe sammen med flere folk – da kan det gå litt for fort og man kan bli litt autoritær.

UTPOSTEN: Som leder i NSDM, hva er din identitet – er du allmennlege, samfunnsmedisiner, forsker eller leder?

– Identiteten er i endring. Jeg bruker gjerne betegnelsen allmennlege, ettersom jeg ikke er øyelege eller revmatolog eller liknende. Det er over ti år siden jeg jobbet som allmennlege. Så jeg er for eksempel ikke så god på legemidler lenger. Men så blir det mer og mer samfunnsmedisin, jeg blir mer og mer helsetjenesteforsker. Helsetjenesteforsker er nok den identiteten som vokser mest.

Viktig med fastlønnsstillinger

UTPOSTEN: Er det fortsatt sånn at leger som ikke jobber med pasienter lenger skjermes litt av nettopp det? Har du kjent på det?

– Absolutt, men jeg har sluttet med det nå. Nå har jeg akseptert at jeg i dag ville vært en skitdårlig fastlege! Jeg prøver heller å bli god i den jobben jeg har. Jeg synes dessuten den er så tankeløs denne hetsen mot byråkratiet. Jo flere rettigheter vi får som pasienter eller som helsepersonell, jo mer blir det å administrere.

UTPOSTEN: Det er sikkert mange allmennleger som kunne tenke seg å være med å ut-

vikle helsetjenestene, men de er nedsyltet i arbeid. Er NSDM en nøkkel til dette?

– Det er en økende interesse for fastlønn hos de yngre legene, en klar trend. Da stopper lønnsutviklingen opp, vil kanskje den eldre garde si, men det er noe de unge ikke forstår, for de er så godt vant. Men man må jo være villig til å betale godt nok for fastlønnsstillinger. Utdanningsstillinger er noe vi i NSDM tror på. KS kom med nye tall på rekrutteringsutfordringer i fjor, sett fra kommunens side. Det var første gang vi fikk tall på det. Fire av ti kommuner rapporterer problemer med å rekruttere leger, og det gjelder alle typer kommuner, men spesielt de perifere og små. Og så kom vi i NSDM med vår rapport om ulik varighet av fastlegeavtaler, den første i sitt slag. Vi må erkjenne at vi har et rekrutterings- og ikke minst stabiliseringsproblem. Det skjer samtidig som sykehuslegene får faste stillinger og vi har fått omlegginger av turnuslegeordningen som var i favør av sykehusene som plukker kandidatene. Kandidatene kan også velge å bli igjen på sykehusene. Så dette med faste stillinger og ny turnuslegeordning taler for at noe bør begynne å skje. Men dessverre sitter de som har den virkelige makta i Oslo, og der er ikke dette noe problem. Heldigvis virker det som at noen har fått øynene opp. Kari Sollien i Allmennlegeforeningen skrev nylig en god kronikk om dette i *Dagens Medisin*, så det har skjedd noe det siste året.

UTPOSTEN: Hvor i livet vil du si at primærhelsetjenesten befinner seg nå da? I puberteten, 40-årskrisa eller...?

– Kanskje det er en graviditet på gang? Det er noe nytt ja. Det handler om mer og bedre samarbeid!



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.

CRP-testen – nytt redusere unødig antibiotika

■ HASSE MELBYE • Professor og leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet ved UIT Norges arktiske universitet

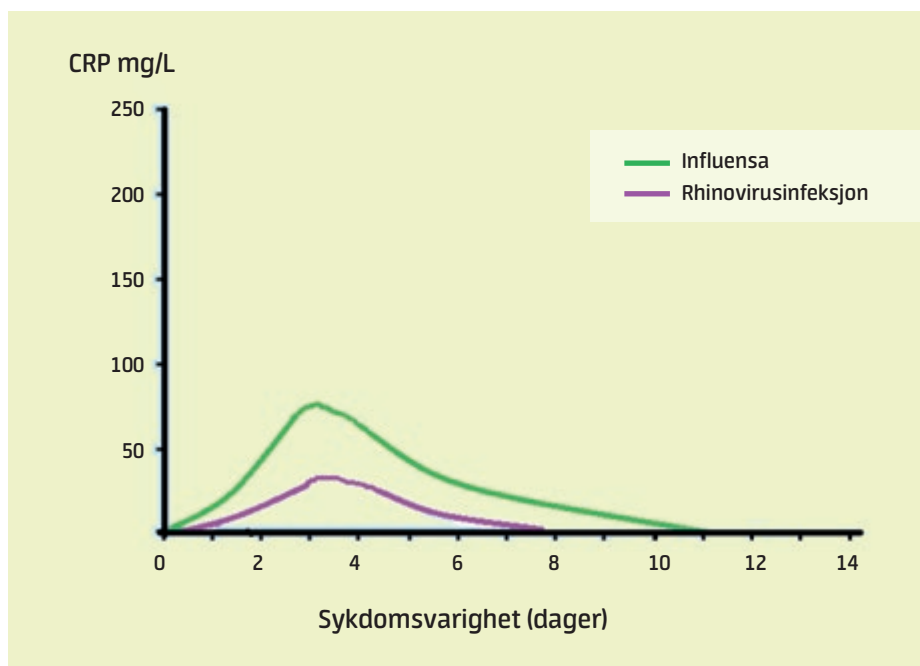
CRP-testen kan være nyttig i diagnostikken av en rekke sykdommer, og kan hjelpe legen til en mer rasjonell antibiotikabehandling. Men den omfattende bruken i Norge blir møtt med skepsis i andre land.

Test på C-reaktivt protein (CRP) har i mer enn 10 år vært den mest brukte lab-undersøkelsen i norsk allmennpraksis. Hurtigtester for CRP finnes nå i mange varianter, og det er god kvalitet på analysene (1).

Hvor mye brukes testen?

CRP-test ble utført ved 14 prosent av alle konsultasjoner i norsk allmennpraksis i 2005 (2). Testen har også vært populær i Sverige, og den ble utført på 41 prosent av pasienter med luftveisinfeksjon i 2002 (3). Testen er særlig mye brukt på legevakt og norske tall fra 2007 viser at CRP-test ble utført på 27 prosent av alle legevaktstakter, og på 55 prosent av pasientene med luftveissykdom (4). Nyere tall fra Norge som gjelder barn 0–5 år, viser at 31 prosent av dem som var på fastlegekontoret på dagtid ble testet, og 44 prosent av dem som oppsøkte legevakt. Rutinemessig testing ved luftveisinfeksjon og feber ble antatt å være årsak til det store forbruket (5).

Utenfor Norden brukes testen svært lite, i alle fall utenfor sykehus. Ett unntak er Sveits, men også allmennleger i Nederland anvender testen i økende grad. I øvrige europeiske land og i USA, blir testen sjeldent brukt. Når man tenker på kostnadene med



FIGUR. Typiske forløp av CRP-responsen ved ukomplisert infeksjon med respiratoriske virus

CRP-testing, over 100 millioner kroner pr. år bare i Norge, kan man forstå at de som skal finansiere testen i land med større befolkning ønsker en god dokumentasjon på nytteverdien. Det er heller ikke vanlig i de fleste land å ha et laboratorium i praksisen der det kan utføres tester og analyser det til enhver tid er behov for.

Redusert bruk av antibiotika et viktig mål

Avgjørende for at testen skal få gjennomslag i nye land, er om testen kan bidra til redusert antibiotikabruk. Dette har også vært hovedfokus i studier av testens nytte-

verdi. I en Cochrane-oversikt fra 2014 ble seks randomiserte kontrollerte forsøk vurdert (6). Antibiotikaforskrivning til pasienter med akutt luftveisinfeksjon der legen fikk vite CRP-verdien ble sammenlignet med forskrivningen der legen ikke hadde slik informasjon. Analysen viste at bruk av testen hadde ført til en reduksjon i antibiotikaforskrivningen på ca. 25 prosent.

Tester vi for mange?

Det er dokumentert at allmennleger i Norge og Sverige legger stor vekt på CRP-nivået når de gir antibiotika ved luftveisinfeksjoner, og at forskrivningsraten øker pro-

...tig for å kabrbruk?



porsjonalt med CRP-verdien (7). CRP-kritikere har hevdet at legene behandler pasientens CRP i stedet for sykdommen. De kan ha rett i at antibiotikabehandling som baserer seg mest på en moderat forhøyet CRP-verdi, fører til overbehandling. For eksempel kan da antibiotika gis til ukomplisert influensa. I alle fall er det ganske sikkert at det er lite nytte av testen, med henblikk på å redusere antibiotikabruk, for leger som i utgangspunktet forskriver lite antibiotika. Mer testing kan da føre til økt antibiotikabruk ved at flere med alvorlig infeksjon blir oppdaget.

Ny norsk forskning om CRP-testing

I et randomisert klinisk forsøk fant Ingrid Keilegavlen Rebnord og medarbeidere ingen effekt av CRP-test, utført i forkant av konsultasjonen, på antibiotikaforskriving til barn med akutt luftveisinfeksjon (8). Legevaksleger i Bergensområdet og barneleger ved pediatrik «legevakt» ved Haukeland sykehus deltok. Blant de to tredelene som ikke ble pre-testet med CRP kunne legen selv bestemme om det skulle gjøres CRP-test. Det viste seg at barnelegene rekvirerte CRP-test sjeldnere enn ordinære legevaksleger, samtidig som de skrev ut mindre antibiotika. Barnelegene stolte trolig mer på sin kliniske erfaring enn legevakslegene. Det var en tendens til at de oftere la barna inn på sykehuset, og lettere tilgang til sykehus kan ha gitt barnelegene økt trygghet. Legevaksleger har liten mulighet til å følge opp pasientene, og det kan kanskje være med å forklare hvorfor de bruker CRP-testen mer enn leger på fastlegekontor.

Rebnord og medarbeidere diskuterte også

om økonomiske incentiver ved CRP-testing bidrar til overforbruk (8). Legene kan gjennom takstsystemet bli stimulert til å teste i forkant av konsultasjonen, noe som kan være unødvendig. Klinisk undersøkelse vil ofte være avklarende, og det gjelder spesielt barn med feber og luftveissymptomer. Men bruken av CRP-test er nesten like utbredt i Sverige, der legene ikke får økonomisk utbytte av testing. Det er kanskje derfor vi har sett mer motstand mot CRP-testing i Sverige enn i Norge (3, 9).

Kan vi utnytte testen bedre?

CRP-testen kan avspeile sykdomsprosesser i mange organer, og har en etablert plass i vår praksis. Testen kan også være mer til nytte, enn den er i dag, når det gjelder å oppnå en fornuftig antibiotikabruk. Rutinemessig testing av barn med luftveisinfeksjoner i forkant av konsultasjonen støttes ikke av forskning (8). Det er viktig å være klar over at ukompliserte virusinfeksjoner kan gi CRP opp mot 100 mg/L, og en sjelden gang høyere enn dette. Slike høye verdier kan man finne når sykdommen har vart fra tre til fem dager (10) (SE FIGUR). Ved sinusitt og KOLS-forverringer kan også moderat forhøyet CRP (20–50 mg/L) støtte bruk av antibiotika, selv i første sykdomsuke (11, 12). Det er også viktig at legen tør å legge vekt på en lav/normal CRP-verdi, selv hos en pasient med mye symptomer. Møter man for eksempel en pasient med økende tung pust, og det høres fremmedlyder over lungene, og CRP-verdien er normal, er det mer sannsynlig at pasienten har en astma- eller KOLS-forverring enn at pasienten har pneumoni. Da er det annen behandling enn antibiotika som vil kunne hjelpe.

REFERANSER

1. Minnaard MC, van de Pol AC, Broekhuizen BD et al. Analytical performance, agreement and user-friendliness of five C-reactive protein point-of-care tests. *Scand J Clin Lab Invest* 2013; 73 (8): 627–634.
2. Melbye H, Stocks N. Point of care testing for C-reactive protein - a new path for Australian GPs? *Aust Fam Physician* 2006; 35 (7): 513–517.
3. Andre M, Schwan A, Odenholt I. The use of CRP tests in patients with respiratory tract infections in primary care in Sweden can be questioned. *Scand J Infect Dis* 2004; 36 (3): 192–197.
4. Rebnord IK, Sandvik H, Hunskaar S. Use of laboratory tests in out-of-hours services in Norway. *Scand J Prim Health Care* 2012; 30 (2): 76–80.
5. Rebnord IK, Hunskaar S, Gjesdal S, Hetlevik O. Point-of-care testing with CRP in primary care: a registry-based observational study from Norway. *BMC Fam Pract* 2015; 16: 170.
6. Aabenhus R, Jensen JU, Jorgensen KJ, Hrobjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; (11): CD010130.
7. Jakobsen KA, Melbye H, Kelly MJ et al. Influence of CRP testing and clinical findings on antibiotic prescribing in adults presenting with acute cough in primary care. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28 (4): 229–236.
8. Rebnord IK, Sandvik H, Batman MA, Hunskaar S. Out-of-hours antibiotic prescription after screening with C reactive protein: a randomised controlled study. *BMJ Open* 2016; 6 (5): e011231.
9. Engstrom S, Molstad S, Lindstrom K, Nilsson G, Borgquist L. Excessive use of rapid tests in respiratory tract infections in Swedish primary health care. *Scand J Infect Dis* 2004; 36 (3): 213–218.
10. Melbye H, Hvidsten D, Holm A, Nordbo SA, Brox J. The course of C-reactive protein response in untreated upper respiratory tract infection. *Br J Gen Pract* 2004; 54 (506): 653–658.
11. Miravittles M, Moragas A, Hernandez S, Bayona C, Llor C. Is it possible to identify exacerbations of mild to moderate COPD that do not require antibiotic treatment? *Chest* 2013; 144 (5): 1571–1577.
12. Hansen JG, Hojbjerg T, Rosborg J. Symptoms and signs in culture-proven acute maxillary sinusitis in a general practice population. *APMIS* 2009; 117 (10): 724–729.

■ HASSE.MELBYE@UIT.NO

Driftsformer i fastlege i kommuner med under

■ BIRGIT ABELSEN • MARGRETE GASKI • HELEN BRANDSTORP • NSDM, Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Hvordan varierer driftsformene i fastlegeordningen (FLO) med kommunens befolkningsstørrelse og sentralitet? Dette var et av spørsmålene Nasjonalt senter for distriktsmedisin stilte i sin deskriptive kartlegging av hvordan fastlegeordningen fungerer i distriktskommuner (1).

Hovedskillet i driftsformer i FLO går mellom avtaler basert på privat næringsdrift og avtaler basert på fast lønn. Privat næringsdrift omtales som hovedmodellen for drift i FLO (jfr. fastlegeforskriften og annet sentralt avtaleverk). Fastlegeavtaler som ikke er i henhold til hovedmodellen, kan være en indikasjon på at kommunen har utfordringer med å rekruttere og stabilisere leger til FLO med de vilkår hovedmodellen stiller. Avtaler som avviker fra hovedmodellen vil i mange tilfeller innebære økte kostnader for kommunen. I et slikt perspektiv finner vi det interessant å kartlegge hvilke ulike driftsformer som praktiseres. Vi har imidlertid ikke undersøkt hvilke typer gevinster kommunene får eller ønsker å realisere ved å inngå de ulike avtaletypene.

Datamateriale og metoder

Spørsmålet besvares med data fra en spørreundersøkelse rettet mot kommuner med under 20 000 innbyggere som kartla driftsformer i kommunenes fastlegeavtaler pr. 1.1.2015. Undersøkelsen omfatter svar fra 359 av de 374 kommunene i landet med under 20 000 innbyggere (96 prosent) og anses med dette å gi et representativ øye-blikksbilde.

I mangel av noen spesifikk definisjon på hva distriktene er, har vi satt grensen for inklusjon i denne studien ved kommuner med 20 000 innbyggere. Denne avgrensningen inkluderer alle såkalte distrikts-



ILLUSTRASJON: COLUORBOX

kommuner, men samtidig også en del såkalte sentrale kommuner. Sentralitet handler i denne sammenhengen om avstand til tettsted av en viss befolkningsstørrelse og omfanget av funksjoner og tjenester tettstedet har å by på (for eksempel sykehus og utdanningstilbud). I sentrale kommuner er det under 75 minutters reisetid til et tettsted med over 50 000 innbyggere og et bredt spekter av funksjoner og tjenester, mens de minst sentrale kommunene har mer enn 45 minutters reisetid til et tettsted med mer enn 5000 innbyggere og få funksjoner og tjenester.

Pr. 1.1.2015 var det 1911 fastlegehjemler/stillinger i kommunene som deltok i vår undersøkelse. Dette tilsvarte 41,6 prosent

av alle fastlegelister i Norge¹ (4). Vi har analysert spørsmålet om driftsform ved hjelp av et kakediagram og krysstabeller. Videre har vi brukt kji-kvadrat test for å finne ut om det er statistisk signifikant sammenheng mellom driftsform og henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Gamma er beregnet som et mål på styrken i disse sammenhengene. Gamma-verdiene er i neste omgang sammenliknet for å avgjøre hva som i sterkeste grad påvirker driftsform; – kommunestørrelse eller sentralitet.

Før vi presenterer resultatene våre, vil vi gi en del bakgrunnsinformasjon om de mulige driftsformene i FLO.

¹ Pr. 31.12.2014

ordningen 20 000 innbyggere

Privat næringsdrift

Hovedmodellen

Hovedmodellen i FLO innebærer at fastlegen inngår en individuell avtale med kommunen om privat næringsdrift for å ivareta individrettet kurativt legearbeid for en definert listepopulasjon, kombinert med en kommunal deltidsstilling på inntil 7,5 timer for å gjøre andre allmennlegeoppgaver. Andre allmennlegeoppgaver kan omfatte allmennmedisinske og samfunnsmedisinske oppgaver.

Kommunen står fritt til å vurdere hvor stort omfang andre allmennlegeoppgaver skal ha. Befolkningssammensetningen legger visse rammer for innsatsen, men fordi det ikke stilles noe minstekrav til tjenestens innhold og omfang, er den kommunale variasjonen stor (2). En utvalgsundersøkelse blant fastleger gjennomført av Godager og Lurås (2), viste at 90 prosent av fastlegene deltok i det forfatterne omtaler som offentlig legearbeid i 2002. De arbeidet i gjennomsnitt 5,5 timer pr. uke for kommunen, men variasjonen i arbeidstid var stor. Blant fastlegene i undersøkelsen, var det 17,3 prosent som hadde en kommunal deltidsstilling på mer enn 7,5 timer pr. uke.

Kommunen kan kreve at legen setter listetaket til minimum 1500 innbyggere for fulltidspraksis og minimum 500 innbyggere for deltidspraksis. Fastlegene kan kreve kortere liste for å gjøre andre allmennlegeoppgaver for kommunen og har rett til listereduksjon i enkelte andre tilfeller.

En fastlege som driver etter hovedmodellen, får sin inntekt fra et årlig basistilskudd (per capita-tilskudd) som kommunene betaler pr. innbygger på legens liste, fra statlige trygderefusjoner, fra pasienters egenandeler og fra den eventuelle kommunale deltidsstillingen. For den kommunale deltidsstillingen får fastlegen praksiskompensasjon for hver time de er fraværende fra egen praksis for å ivareta andre allmennlegeoppgaver. De får i tillegg fast lønn for de timene de jobber. De kan alternativt få honorar for den kommunale deltidsstillingen. Honorar for legevakt kommer i tillegg.

Varianter av næringsdrift

Det er mulig for kommunen å inngå avtale med næringsdrivende fastleger om andre allmennlegeoppgaver i kommunen ut over 7,5 timer.

I kommuner med mindre enn 5000 innbyggere skal kommunen gi et utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger dersom gjennomsnittlig listelengde i kommunen er lavere enn 1200 personer. Utjamningstilskuddet skal svare til differansen mellom basistilskuddet for 1200 personer og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Utjamningstilskuddet er dermed et likt beløp for alle fastleger i kommunen uavhengig av den enkeltes listelengde.

I en del kommuner foregår det et praktisk/økonomisk samarbeid om næringsdriftsavtalene ved at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell mot at fastlegene betaler et månedlig eller årlig beløp for dette. I enkelte kommuner praktiseres eksempelvis en såkalt «null-løsning» hvor de næringsdrivende fastlegene «betaler» for lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og hjelpepersonell ved å gi avkall på basistilskuddet og eventuelt også utjamningstilskuddet. I realiteten innebærer disse ordningene en subsidiering av legenes praksis fra kommunenes side, selv om bestemmelsene i sentrale avtaler tilsier at legen skal betale kostnadene fullt ut (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer²).

Omfanget av de ulike variantene av næringsdriftsavtaler har man lite systematisert kunnskap om. I en utvalgsundersøkelse som ble gjennomført av Halvorsen og medarbeidere i 2009 blant alle landets fastleger (3), svarte 75 prosent av respondentene at de drev ren privat næringsdrift (hovedmodellen), mens 18 prosent drev privat næringsdrift med en kommunal leieavtale (for lokaler, utstyr og/eller personell). De resterende hadde en form for fastlønsavtale. Om lag 40 prosent av landets fastleger deltok i undersøkelsen.

Kommunalt tilsatt

Kommunen og fastlegen kan avtale at fastlegen skal ansettes i kommunen og få fast lønn. En fastlønnstilling omfatter vanligvis både listetilknyttet, individrettet kurativt legearbeid og andre allmennlegeoppgaver. Kommunen bestemmer i hovedsak innholdet i fastlønnstillingen, herunder hvor mye av fastlegens arbeidstid som skal gå med til å gjøre andre allmennlegeoppgaver.

Den fastlønnede legen får sin inntekt fra kommunen. Trygderefusjoner og egenandeler for pasientbehandling som den fastlønnede legen utfører, betales til kommunen. Honorar for erklæringer som pasienten selv ber om, eller som utarbeides for trygdeetaten, forsikringsselskaper, politiet mv. og gjøres i den kommunale arbeidstiden, skal også tilfalle kommunen.

I henhold til sentralt avtaleverk skal lønnsnivået til fastleger på fastlønn fastsettes lokalt i den enkelte kommune. Lønnen reguleres da ved årlige lokale lønnsforhandlinger hvor det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariff-området og kommunens totale situasjon. Det kan avtales både generelle og individuelle tillegg. Ved lønnsfastsettelsen skal det bl.a. tas hensyn til stillingens kompleksitet og den enkelte ansattes kompetanse, ansvar, innsats, resultatoppnåelse og kommunens behov for å rekruttere og beholde arbeidstakere.

Varianter av fastlønn

I enkelte kommuner praktiseres en bonusordning ved at fastlønnede fastleger får hele eller deler av trygderefusjoner og pasientbetalinger fra eget arbeid med egne listeinnbyggere. Hovedtariffavtalen (kap. 3.6) åpner for slike bonusordninger som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering.

KS har erfart at en del kommuner inngår avtaler med fastleger på fast lønn som avviker fra sentralt avtaleverk (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommenta-

¹ http://www.ks.no/globalassets/blokker-til-hvert-fagomrade/arbeidsgiver/tariff-lov-og-avtaleverk/internetinfo_220216.pdf
Lastet ned 04.08.2016.

rer²). Disse handler for eksempel om at tilsetningsavtalene har klausuler om lønnsregulering knyttet til endringer i normaltariiffen for leger, 44 ukers årsverk som om legen var selvstendig næringsdrivende og omfattende permisjonsrettigheter som for eksempel «Nord-Norge-vilkår».

Styringsdata for FLO viser at 4,4 prosent av landets fastlegepraksiser hadde fastlønn ved utgangen av 2014 (4). Men omfanget av de ulike variantene av fastlønnsavtaler har man ikke særlig mye systematisert kunnskap om. Helsedirektoratets oversikt viser en jevn nedgang i andel fastlegepraksiser med fastlønn, fra 10,5 prosent ved utgangen av 2001 (2). Halvorsen og medarbeideres utvalgsundersøkelse på nasjonalt nivå blant landets fastleger (3) som også er referert over (kap. 1.3.1), viste at 4 prosent hadde fast lønn med bonusordning (tillegg), mens 3 prosent kun hadde fast lønn. Resultatene fra de nevnte studiene spriker altså i sine beskrivelser av andelen fastlegepraksiser med fastlønn.

Resultater

I fortsettelsen konsentrerer vi oss om våre resultater. I figuren og de to tabellene skiller vi mellom følgende driftsformer:

- **PRIVATPRAKSIS I:** Hovedmodellen (legen holder selv lokaler, utstyr og hjelpepersonell) kombinert med kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer pr. uke.
- **PRIVATPRAKSIS II:** Hovedmodellen kombinert med fastlønnsstilling utover 7,5 timer pr. uke.
- **PRIVATPRAKSIS III:** Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med

kommunal fastlønnsstilling inntil 7,5 timer pr. uke.

- **PRIVATPRAKSIS IV:** Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell kombinert med kommunal fastlønnsstilling utover 7,5 timer pr. uke.
- **FAST LØNN MED TILLEGG:** Tillegget utgjør en viss andel av egeninntjent pasientbetaling og/eller HELFO-refusjon.
- **FAST LØNN**

Under halvparten av fastlegeavtalene basert på hovedmodellen

Figuren viser hvordan de 1911 fastlegehjemlene/-stillingene som inngikk i vår undersøkelse, var fordelt på ulike driftsformer. Majoriteten var basert på privat næringsdrift (78,7 prosent). Men under halvparten (44,8 prosent) var i henhold til hovedmodellen i FLO med ren privat næringsdrift (Privatpraksis I eller II), mens en tredel (33,9 prosent) var private næringsdriftsavtaler med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (Privatpraksis III eller IV). En av fem (20,1 prosent) hadde en driftsform basert på fast lønn.

Figuren viser at en del fastleger (17,3 prosent) hadde private næringsdriftsavtaler med kommunale fastlønnsstillinger på mer enn 7,5 timer pr. uke. Andelen med slike avtaler i vår undersøkelse, var nøyaktig lik den Godager og Lurås fant i sin undersøkelse fra 2002 (2). Andelen med fastlønnsstillinger på mer enn 7,5 timer pr. uke, var høyere blant næringsdrivende fastleger med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (10 prosent), enn blant de med en ren privat næringsdriftsavtale (7,3 prosent).

For 22 (35,5 prosent) av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledig, var det ikke spesifisert noen driftsform. Det ble for noen av disse oppgitt at driftsformen var fleksibel og kunne tilpasses preferansene til en ny fastlege.

Våre data viser at i drøyt halvparten av kommunene (54,5 prosent) hadde alle fastlegene samme driftsform, mens det i resten av kommunene (45,5 prosent) var ulike driftsformer blant fastlegene.

Driftsform sterkere assosiert med kommunestørrelse enn med sentralitet

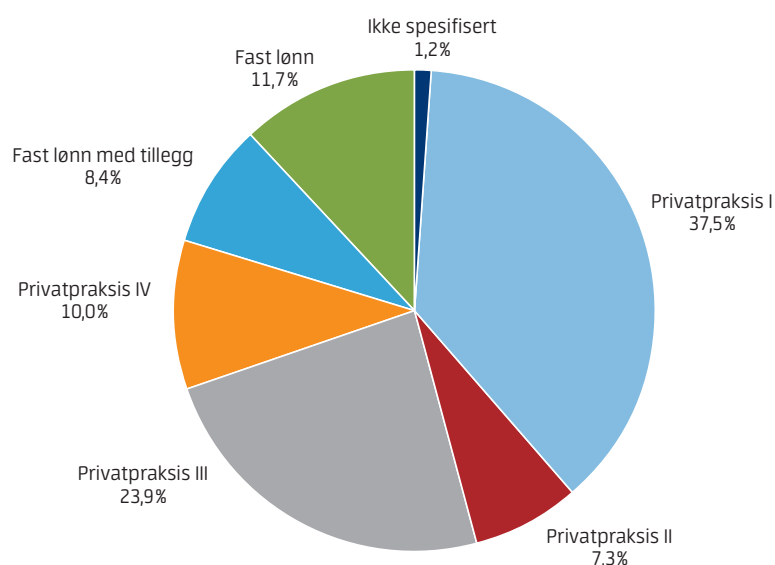
Tabell 1 viser at driftsform varierte signifikant med innbyggertallet i kommunen. Tabellen viser at andelen av legenes inntekt som er aktivitetsbasert øker med økt kommunestørrelse. Drift basert på fast lønn var mest vanlig i de minste kommunene, med under 2000 innbyggere (69,2 prosent), mens privat næringsdrift i henhold til hovedmodellen var mest vanlig i de største kommunene (66,1 prosent), med over 10 000 innbyggere.

Tabell 2 viser hvordan driftsform varierende signifikant med kommunens sentralitet. Jo mer sentral kommune, jo større var innslaget av privat næringsdrift. Jo mindre sentral kommune, jo større var innslaget av driftsmodeller basert på fast lønn.

Kommunestørrelse var i større grad enn sentralitet assosiert med driftsform³. Dette har trolig i første rekke sammenheng med at de økonomiske insentivene i næringsdriftsavtaler er dårlig tilpasset kommuner med lavt innbyggertall.

Det er med andre ord ikke overraskende at vi finner et stort innslag av avtaler basert på fast lønn i de minste kommunene. Dette har sammenheng med at det kan være vanskelig å organisere legetjenesten med lange nok lister for et rimelig økonomisk utkomme for fastleger med privat næringsdrift i små kommuner. Spesielt kan store avstander til andre tjenesteytere bidra til at fastlegene i større grad må håndtere oppgaver som ikke er dekket av Normaltariffen da de ikke er vanlig fastlegeoppgaver (f.eks. medikamentsalg på stedet uten apotek). En legevaktordning der vaktene deles på flere leger for at den skal fremstå som en akseptabel ordning, kan også øke antall leger som skal dele på det samlede basistilskuddet. Det er altså disse spesielle arbeidsbetingelsene (høy) fast lønn kompenserer for. Sammenlignet med privat næringsdrift innebærer fast lønn trolig som regel kommunal subsidiering, lik den vi finner i kommuner med subsidierte leieavtaler, men

FIGUR. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015 (n=1911).



³ Gamma_{kommunestørrelse} = 10,6291 > Gamma_{sentralitet} = 10,5241

DRIFTSFORM	ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN				TOTALT
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9999	10 000-19 999	
Privatpraksis I	0,7	6,7	31,0	66,1	37,5
Privatpraksis II	3,8	7,8	9,3	6,0	7,3
Privatpraksis III	11,3	29,2	31,6	17,0	23,9
Privatpraksis IV	10,5	19,8	11,4	3,4	10,0
Fast lønn med tillegg	24,8	15,1	4,2	5,0	8,4
Fast lønn	44,4	19,8	10,3	2,5	11,7
Ikke spesifisert ¹	4,5	1,6	2,2	0,0	1,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	133	435	580	763	1 911
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,629					

¹ På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

TABELL 1. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

DRIFTSFORM	KOMMUNENES SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
Privatpraksis I	6,4	28,9	37,0	63,8	37,5
Privatpraksis II	3,7	4,8	7,0	10,9	7,3
Privatpraksis III	34,7	33,3	32,4	8,6	23,9
Privatpraksis IV	16,7	10,0	9,8	5,3	10,0
Fast lønn med tillegg	17,6	6,2	5,5	3,9	8,4
Fast lønn	20,7	15,1	8,0	5,5	11,7
Ikke spesifisert ¹	0,2	1,7	0,3	2,0	1,2
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall fastlegehjemler/-stillinger totalt	545	291	327	748	1 911
p-verdi < 0,001, Gamma = - 0,524					

¹ På grunn av at hjemmelen/-stillingen sto ledig på undersøkelsestidspunktet.

TABELL 2. Fastlegehjemler/-stillinger fordelt på driftsform pr. 1.1.2015. Totalt og fordelt etter kommunenes sentralitet. Tall i prosent.

i en litt annen form. Valg av driftsform har trolig også sammenheng med rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer, men dette vet vi lite om. Det har heller ikke vært gjenstand for nærmere undersøkelse her.

Økt kommunalt bidrag?

I hovedmodellen for drift i FLO skal det i prinsippet ikke være noen kostnader med FLO utover basistilskuddet for kommunenes innbyggere. Vår undersøkelsen viser imidlertid at under halvparten (44,8 prosent) av fastlegeavtalene i de undersøkte kommunene var basert på hovedmodellen. For majoriteten av fastlegeavtalene kan det dermed være grunn til å anta at kommunen finansierte fastlegetjenesten med mer enn basistilskuddet pr. innbygger. Vi har imidlertid ikke god nok informasjon fra vår undersøkelse til å kunne fastslå dette med sikkerhet og heller ikke data som kan si noe om finansieringsomfanget.

I de undersøkte kommunene var 33,9 pro-

sent av fastlegeavtalene basert på privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell. I følge KS innebærer slik leieavtale vanligvis kommunal subsidiering (jfr. Legetjenesten i kommunene – KS' kommentarer). Avtaler basert på fast lønn utgjorde 20,1 prosent av avtalene. Dette alternativet kan også innebære kommunal subsidiering dersom den faste lønna overstiger basistilskuddet sammen med den andelen som tilfaller kommunen av legens inntjening i form av trygderefusjon og pasientbetaling. Vår antagelse er at den ofte gjør det, men vi har ikke undersøkt dette mer spesifikt her.

Flere rene fastlønnsavtaler i våre tall

Hvis vi bare regner med de som har fast lønn uten tillegg i vår undersøkelse, og regner om til antall avtaler, kommer vi til 223 avtaler. Dette antallet er noe høyere enn antallet som er rapportert å gjelde på landsbasis pr. 31.12.2014 og som framkommer i

Helsedirektoratets styringsdatarapport (4). I følge disse tallene hadde 201 fastlegepraksiser (4,2 prosent av det totale antall fastlegepraksiser i landet) fast lønn. Det er vanskelig å ha noen klar formening om hva denne ulikheten i antall mellom vår undersøkelse og Helsedirektoratets tall skyldes. Vi har ingen indikasjoner som tilsier at våre informanter har gitt oss unøyaktige opplysninger. Vi har heller ingen klar grunn til å tvile på påliteligheten Helsedirektoratets tall utover at vi kjenner til at det kan gå ganske lang tid fra endringer skjer til kommuner sender inn oppdateringer til fastlegeregisteret. Det kan være slike forsinkelser som er årsak til den ulikheten vi har observert. Tallene tyder ellers på at det var få avtaler med fast lønn i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere. Det er videre verd å merke seg at Helsedirektoratets tall om fast lønn ikke synes å inkludere fastlønnsavtaler med tillegg.

Konklusjon

Vår gjennomgang av ulike driftsavtaler i FLO i kommuner med under 20 000 innbyggere viser et mangfold av avtaler inngått mellom kommuner og leger. Det var også i mange tilfeller et internt mangfold i kommunen i driftsavtalene som var inngått. Ettersom arbeidsforholdene for fastleger varierer i ulike kommuner med hensyn til mulig inntjening, arbeidsoppgaver, vaktbelastning med mer, kan det tenkes at denne variasjonen er et uttrykk for en nødvendig tilpasning til og fleksibilitet i ordningen. De økonomiske aspektene ved dette, og i hvilken grad fleksibel driftsform og internvariasjon i driftsformer er et godt svar på rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i FLO, bør undersøkes nærmere.

REFERANSER

1. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2016. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
2. Godager GC, Lurås H. I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet? HERO-rapport 2005: 6. Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo.
3. Halvorsen, P., S. Steinert, I. Aaraas, Remuneration and organization in general practice: Do GPs prefer private practice or salaried positions? Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2012. 30: p. 229–233.
4. Gaardsrud, P., Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2014. 2015. Oslo: Helsedirektoratet.

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

Fastlegers prosedyrekom – en dårlig utnyttet ressurs?

■ ØYVIND VESTERFJELL • Fastlege, Heimdal Medisinske Senter, Trondheim

Vil økt oppmerksomhet rundt kompetanse i praktiske prosedyrer hos allmennpraktikere kunne bidra til å løse utfordringer i fremtidens helse-tjeneste? I denne artikkelen vil jeg se på allmennpraktikeres forutsetninger for å gjøre praktiske prosedyrer i sin kliniske hverdag, og diskutere nytten av å utføre flere prosedyrer i primærhelsetjenesten.

Praktiske prosedyrer er i varierende grad en del av allmennlegenes arbeidshverdag. Det er antakelig en del variasjon mellom allmennpraktikere når det gjelder erfaring og interesse for å utføre prosedyrer. Det er også stor variasjon mellom ulike fastlegelister med tanke på geografiske og demografiske forhold, mulighet for enkel henvisning, osv.

Praktiske prosedyrer: kan, bør eller skal?

Med praktiske prosedyrer mener jeg kliniske undersøkelser og behandling som innebærer praktiske håndgrep og utstyr. Eksempler er småkirurgi, leddpunksjon, rektoskopi og ultralydundersøkelser. Mange allmennpraktikere synes slike prosedyrer er en givende del av den kliniske hverdagen, men variasjon i faglige og organisatoriske forhold gir ulike forutsetninger for å gjøre denne type oppgaver. Det er samtidig uklart definert hvilke prosedyrer som kan, bør eller skal gjøres av fastleger.

To viktige faktorer som styrer hvilke prosedyrer allmennpraktikere utfører er spesialistutdanningen i allmennmedisin – i denne sammenheng representert ved Legeforeningens skjema «Praktiske ferdigheter i allmennmedisin» (ferdighetslisten) og «Normaltariff for fastleger og legevakt» (normaltariffen).

For å bli spesialist i allmennmedisin kreves dokumentasjon for at man har gjennomført minimum 30 av 54 praktiske ferdigheter på ferdighetslisten. De 54 praktiske ferdighetene er en blanding av kliniske undersøkelser (rene håndgrep som for eksempel ryggundersøkelse og rektaleksplorasjon), administrative prosedyrer (for eks-

empel «prosedyre ved tvangsinnleggelse i psykisk helsevern») og et utvalg praktiske prosedyrer med bruk av utstyr (for eksempel rektoskopi, kilereseksjon av inngrodd negl og leddpunksjon). Steinar Hunskaars lærebok *Allmennmedisin* og Legeforeningens hefte *Hva, hvordan og med hvem? Praktiske ferdigheter i allmennmedisin* beskriver gjennomføringen av disse prosedyrene. Praktisk opplæring i prosedyrene er pr. dags dato ikke formalisert på annen måte enn det som er beskrevet i ferdighetslisten. Jeg vil ikke komme nærmere inn på utfordringer knyttet til å fylle disse kravene på en god måte, men flere av disse utfordringene er beskrevet i et referat fra fagutvalgsmøte i Allmennlegeforeningen 6. juni 2006 (1).

Normaltariffen er en viktig del av fastlegenes finansieringsordning og består av takster som kan kreves for de ulike delene av virksomheten. Normaltariffen nevner en rekke praktiske prosedyrer som det kan kreves takster for. Flertallet av disse prosedyrene nevnes ikke i ferdighetslisten, og mange av prosedyrene er mer avanserte enn de i ferdighetslisten – for eksempel tapping av pleuravæske og ascites, spinalpunksjon, synovektomi og ultralyd. Grunnutdanningen i medisin og turnustjenesten er antakelig også viktig med tanke på de fremtidige fastlegenes kompetanse i praktiske prosedyrer. Det har vært gjort flere norske undersøkelser seneste år som kartlegger opplæringen i praktiske prosedyrer i medisinstudiet og turnustjenesten (2). Den ferskeste undersøkelsen er «Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger 2015» (3). Her kommer det som forventet frem at det er variasjoner med tanke på hva som gjøres, hvor ofte det gjøres og hvem som gjør det.

Liker vi å gjøre praktiske prosedyrer?

For mange allmennpraktikere gir praktiske prosedyrer en kjærkommen variasjon i arbeidshverdagen. Praktiske prosedyrer kan ofte avklare problemstillinger som ellers ville medført usikkerhet og plager for pasienten i påvente av undersøkelse og behandling hos spesialist.

For å få dagsaktuelle opplysninger om norske allmennpraktikeres interesse for og erfaring med praktiske prosedyrer, gjennomførte jeg en spørreundersøkelse blant deltakere på grunnkurs B i allmennmedisin og pediatrikurset ved Nidaroskongressen høsten 2015. Hovedfunnene fra denne undersøkelsen er oppsummert i faktabokser. Resultatene viser at flertallet av respondentene liker å gjøre praktiske prosedyrer, og flertallet kan gjøre prosedyrene vi spurte om. Det er likevel relativt vanlig å henvise prosedyrer til spesialist, på tross av at man er i stand til å gjøre prosedyren selv. For flere av prosedyrene tror flertallet at det ikke er så vanlig at allmennlegekollegene gjør prosedyrene, på tross av at man selv gjør prosedyren i egen praksis. Det ser ut til at respondentene har begrenset kunnskap om hvilke prosedyrer det er vanlig å gjøre i allmennpraksis, og tallene kan tyde på at vi undervurderer hverandre. Undersøkelsen viser også at flertallet synes å ha et ønske om lettere tilgjengelig opplæring i praktiske prosedyrer. Størrelsen på tallmaterialet er begrenset, og metoden (spørreundersøkelse på kurs) gir rom for en del usikkerhet. Resultatene er forsøkt tolket i lys av dette.

Hva gjør allmennpraktikerkolleger utenlands?

Internasjonalt er det publisert flere studier om bruken av praktiske prosedyrer i allmennpraksis. En del land har helsevesen med en struktur sammenlignbar med det norske. Litteratursøk tyder på at mange land vektlegger betydningen av praktiske prosedyrer i allmennmedisin mer enn Norge.

petanse

I Storbritannia har man en lengre tradisjon for allmennleger som jobber innenfor spesielle interessefelt, såkalte «practitioners with special interests» (PSI). En slik organisering har delvis tatt form av et nytt nivå mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne organiseringen har delvis vært møtt med skepsis, men man har også positive erfaringer fra ordningen (4).

Australia er et land som i enda større grad enn Norge har distrikter med lang vei til sykehus. Allmennpraktiserende leger i slike områder har behov for kompetanse i mer avanserte medisinske prosedyrer. «Rural and remote medicine» er et allmennmedisinsk fagområde som har vokst frem for å sikre bedre helsetjenester i avsidesliggende distrikt, og har et utdanningsprogram som legger vekt på nødvendige akutte prosedyrer innen blant annet anestesi, kirurgi og obstetikk. I USA har allmennmedisinske miljøer lenge jobbet for en generell kompetanseheving i – og konsensus for – bruken av praktiske prosedyrer (6). «National procedures institute» tilbyr opplæring i prosedyrer for allmennpraktikere (6). Også i Canada har man jobbet med en konsensus for hvilke prosedyrer som bør beherskes av allmennleger (7).

Fremtidens helsetjeneste

Primærhelsemeldingen *Fremtidens helsetjeneste – nærhet og helhet* (8) foreslår tiltak som skal gi bedre forutsetninger for å løse flere oppgaver i primærhelsetjenesten i fremtiden. Dette inkluderer endrede finansieringsordninger som kan legge til rette for endret bruk av hjelpepersonell. Såkalte primærhelseteam, sammensatt av flere yrkesgrupper, foreslås for å løse medisinske oppgaver mer effektivt. Følgende sitat er hentet fra primærhelsemeldingen: «En slik modell kan legge til rette for større bredde i tilbudet og bedre samhandling med andre deler av tjenesten, da det nye personellet kan ivareta deler av dette og legene avlastes».

I det ovenstående har jeg gitt eksempler på prosedyrer som er vanlig å gjøre i allmennpraksis. Men er det potensiale for å gjøre flere, og eventuelt også noen mer avanserte prosedyrer i allmennpraksis? Begrensningen for å ferdigutrede og behandle enkelte problemstillinger i allmennpraksis beror i en del tilfeller på en enkelt praktisk prosedyre, en «nøkkelprosedyre». Eksempel på en nøkkelprosedyre kan være ekkokardiografi for å utelukke hjertesvikt i utredningen av tungpust. Kan flere målrettede praktiske prosedyrer tilpasset allmennpraksis bidra til at flere problemstillinger ferdigutredes og behandles av fastleger og sykehjemsleger? I så fall, kan det bidra til færre henvisninger og innleggelser i sykehus?

Å gjøre, eller ikke gjøre

Hvilke faktorer er med å bestemme om allmennpraktikere gjør praktiske prosedyrer? En kanadisk undersøkelse blant 108 allmennpraktikere viser at tilgjengelig tid og oppdatert kunnskap og ferdigheter er de viktigste faktorene. Andre, men mindre brukte argumenter mot å gjøre prosedyrer selv, var utilstrekkelig økonomisk kompensasjon og at det var enklere å henvise til spesialist. Et mindretall svarte at de mangler interesse for praktiske prosedyrer eller at de ikke treffer pasienter med indikasjon for å utføre prosedyrer (9). En undersøkelse blant 277 israelske allmennpraktikere viser lignende resultater (10). Fritekstkommentarer fra min egen spørreundersøkelse ved Nidaroskongressen tyder på at samme argumentasjon brukes av norske allmennpraktikere.

Hvor trykker skoene – personlige refleksjoner

Mangel på oppdaterte kunnskaper og ferdigheter dreier seg om faglig forsvarlighet, og er ikke overraskende et vanlig brukt argument for å henvise prosedyrer videre. Men hvorfor er mangel på tid et så viktig

argument? Er det ikke enkelt å etablere effektiv organisering og rutiner for bruk av prosedyrer, og dermed prioritere tid til dette arbeidet?

Svaret er nok nei, og jeg tror at mye av forklaringen ligger i finansieringsordningen for allmennpraksis. Jeg vil i det følgende argumentere for denne påstanden ved å beskrive en vanlig organisering av allmennlegesentre på større tettsteder og bynære områder. En vanlig listestørrelse i denne type fastlegepraksis er 1000–1500 pasienter. Legesentrene er vanligvis helt eller delvis privat drevet (selvstendig næringsdrivende i et økonomisk fellesskap: aksjeselskap eller lignende). Inntekten til legene er lik differansen mellom inntektene (normaltariffen + per capita-tilskudd) og utgiftsnivået (drift av senter, lønn til hjelpepersonell og husleie etc.). For å optimalisere det økonomiske resultatet vil bedriften søke å bruke normaltariffen mest mulig effektivt og å ha lavest mulig utgifts-

FAKTABOKS 1

Av 259 deltakere på kursene besvarte 208 undersøkelsen (80%)

Antall års erfaring som lege:

- GJENNOMSNITT: 10,5 år
- MEDIAN: 5 år

Kjønn:

- 48 % menn
- 52 % kvinner

Praksissted:

- 59 % i bypraksis
- 11 % i større tettsted
- 30 % i distriktskommune

Spesialiststatus:

- 29 % spesialister
- 67 % under spesialisering
- 4 % uspesifisert spesialiststatus

Svar på spørsmål: Hvor godt liker du å utføre praktiske prosedyrer?

- 56 % «veldig godt»
- 41 % «ganske godt»
- 3 % «ikke så godt»

	PROSENT SOM GJØR PROSEDYREN MINST EN GANG PR. ÅR	PROSENT SOM «VANLIGVIS» ELLER «ALLTID» HENVISER PROSE- DYREN TIL SPESIALIST	PROSENT SOM TROR AT FLERTALLET AV ALLMENNLEGER I NORGE GJØR PROSEDYREN I SIN PRAKSIS	PROSENT SOM SVARER JA/KANSJUE PÅ OM DE ØNSKER EN ARENA FOR OPPLÆRING I PROSEDYREN
Leddpunksjon	89	48	31	78/19
Eksisjon av aterosklerose	92	75	56	65/27
Eksisjon av nevus i ansikt	80	72	12	64/26
Sette inn spiral (IUD)	90	16	75	59/22
Rektoskopi	45	76	17	67/23
Kilereseksjon av negl	83	40	39	63/28
Ultralyd*	18	96	3	66/19

* ultralydundersøkelser: Dette dreier seg om alle ultralydundersøkelser brukt i allmennpraksis, samlet.

KOMMENTAR TIL RESULTATENE: Flertallet av respondentene gjør prosedyrene en eller flere ganger per år, men det er stor variasjon med tanke på hvor ofte de ulike prosedyrene gjøres. Det er godt samsvar mellom hvor mange som oppgir at de aldri gjør en prosedyre (0 ganger per år) og som oppgir at de alltid henviser samme prosedyre (avvik 0,2 prosent–2,3 prosent). Dette tolkes som at reliabiliteten antakelig er god. Resultatene viser en generell tendens for flere av prosedyrene: Flertallet oppgir at de kan gjøre prosedyrene (oppgir å gjøre prosedyren en eller flere ganger pr. år), flertallet oppgir likevel at de «vanligvis» eller «alltid» henviser prosedyrene.

FAKTABOKS 2

nivå. En naturlig konsekvens av dette vil gjerne være at virksomheten (inkludert henvisningspraksis) dreies mot problemstillinger som er lite tidkrevende og som har god finansiering (takst). Siden legesentre i stor grad bruker helsesekretærer som hjelpepersonell er det dernest begrenset hvilke problemstillinger som kan delegeres. Dette medfører at legens arbeidstid i stor grad består av usorterte arbeidsoppgaver. Tiden er fastlegens knappste ressurs. Med gjennomsnitts arbeidsuke på 46 timer (11), og en stadig kamp mot ventetid for pasientene er det lite rom for flere arbeidsoppgaver. Nødvendig fagutviklingsarbeide og implementering av nye praktiske prosedyrer må, med dagens betingelser, gjøres under forutsetningene om økt arbeidstid for allmennpraktikeren eller økt ventetid for pasientene. Manglende konsensus for ønsket og forsvarlig prosedyrepraksis bidrar heller ikke til økt motivasjonen for et slikt arbeid.

Veien videre

Det norske helsevesenet står overfor utfordringer med å tilby gode og effektive helse tjenester til en stadig eldre befolkning. Som en del av løsningen på dette foreslår Primærhelsemeldingen å tilby flere helse tjenester i primærhelsetjenesten. Vil dette bety flere oppgaver for fastlegene? Ønsker i så fall fastlegene at disse oppgavene skal innebære større ansvar for medisinsk utredning og behandling, eller vil fremtidens fastlegerolle i økende grad dreie seg om oppgaver som ikke nødvendigvis krever legeutdanning?

Egen undersøkelse på Nidaroskongressen samt funn i litteratur tyder på at det er vilje og ønske fra allmennpraktikere om å gjøre mer utredning og behandling i form av praktiske prosedyrer. Min hypotese er at dersom laveste effektive nivå for enkelte nøkkelprosedyrer flyttes fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen, vil dette kunne redusere antall problemstillinger som må henvises til sykehus. Dette vil ha positiv effekt på pasienttilfredshet og helsepersonellet vil i større grad jobbe med oppgaver som er tilpasset deres faglige kompetanse. Trygge og faglig funderte rammer vil måtte etableres for å flytte laveste effektive nivå for nøkkelprosedyrer til fastlegen, og et tett og systematisk samarbeid mellom allmennleger og sykehusleger vil være nødvendig for å sikre medisinsk forsvarlighet. Kan et ressursenter for praktiske prosedyrer i allmennpraksis være en egnet samarbeidsarena for et slikt arbeid? En slik arena vil kunne sette en utdanningsstandard med tanke på å sikre nødvendig kompetanse for leger, sykepleiere og annet helsepersonell. Samtidig ville den kunne gi økt erfaringsutveksling og samhandling på flere områder inkludert utredning, behandling, fagutvikling og forskning.

Arbeidet har mottatt støtte fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU). Takk til Linn Getz og Irene Hetlevik ved Allmennmedisinsk Forskningsenhet, Institutt for Samfunnsmedisin, NTNU, for råd og veiledning. Takk til kolleger for nyttige innspill.

REFERANSER

1. <http://legeforeningen.no/yf/Allmennlegeforeningen/Om-oss/Motereferat/Referat-fagutvalget-APLF-fra-for-2006/2006/fagutvalgsreferat-juni-2006/>
2. Falck G, Brattebo G, Brinchmann-Hansen A, Ebbing M. [Self-reported level of skills in practical procedures following internship in general practice]. Tidsskr Nor Lægeforen. 2003; 123 (16): 2265–7.
3. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/Rapporter/Nasjonal-turnusevaluering-for-leger-2015/>
4. Boggis AR, Cornford CS. General Practitioners with special clinical interests: a qualitative study of the views of doctors, health managers and patients. Health Policy. 2007; 80 (1): 172–8.
5. Kelly BF, Sicilia JM, Forman S, Ellert W, Nothnagle M. Advanced procedural training in family medicine: a group consensus statement. Family medicine. 2009; 41 (6): 398–404.
6. www.npinstitute.com/aboutus.asp
7. Wetmore SJ, Rivet C, Tepper J, Tatemichi S, Donoff M, Rainsberry P. Defining core procedure skills for Canadian family medicine training. Can Fam Physician. 2005; 51:1364–5.
8. www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/
9. Sempowski IP, Rungi AA, Seguin R. A cross sectional survey of urban Canadian family physicians' provision of minor office procedures. BMC Fam Pract. 2006; 7: 18.
10. Menahem S, Nazarenko A, Shvartzman P. Minor surgical procedures and musculoskeletal injections by primary care physicians - an Israeli experience. Israel journal of health policy research. 2014; 3 (1): 12.
11. Aasland OG, Rosta J. The working hours of general practitioners 2000–2008. Tidsskr Nor Lægeforen. 2011; 131 (11): 1076–80.

■ VESTERFJ@HOTMAIL.COM

Akuttmedisinsk trening i

■ MAGNUS HJORTDAHL • Ph.d-stipendiat Allmennt medisinsk forskningsenhet, Uit Norges arktiske universitet og allmennlege i spesialisering, Alta kommune

Ved Alta legevakt trener vi på akuttmedisin en dag hver måned (Kommune-BEST). Treningen foregår tverrfaglig og omfatter teori, ferdighetstrening og simulering. Hensikten er å sikre god behandling av kritisk syke og hardt skadde pasienter. Her presenteres bakgrunnen og prinsippene for BEST – og innholdet i en BEST-dag. Målet er å motivere andre lokale akuttmedisinske miljø til å trene regelmessig.

BEST-modellen ble utviklet i Norge i 1997 for å sikre en bedre behandling av hardt skadde pasienter på sykehus. BEST var i utgangspunktet forkortelse for Bedre og Systematisk Traumebehandling, men etter som det nå trenes forskjellige team med denne modellen står BEST nå for Bedre og Systematisk Teamtrening. Hensikten med BEST var at hele teamet som deltar i behandling av pasienten også skulle delta i treningen, dette i motsetning til andre akuttmedisinske kurs hvor yrkesgruppene trener hver for seg. Man ønsket å fokusere på hvordan teamet jobbet sammen i tidskritiske og stressende situasjoner med fokus på samhandling, ledelse og kommunikasjon. Metoden man bruker til dette er instruktør (fasilitator) styrt rollespill (simulering), med felles refleksjon (debrief) i etterkant. Dette skiller seg fra ferdighetstrening hvor man for eksempel trener på enkelte håndgrep slik som korrekt brystkompresjon ved hjerte lunge redning.

I 2001 ble det laget en utgave av BEST for lokale akuttmedisinske team i distrikt, kalt Kommune- BEST. Instruktørene reiste rundt i Nordland, Troms og Finnmark og presenterte denne modellen. I Alta har vi trent regelmessig etter denne modellen siden 2007. Våren 2016 fikk vi Legeforeningens kvalitetspris for primærhelsetjenesten for dette.

Prinsipper

I Alta ønsker vi at BEST-treningen skal være tverrfaglig, realistisk, lokal og faglig oppdatert. Vi skal lære ved hjelp av simulering og refleksjon i trygge rammer.

- **TVERRFAGLIG:** Da akuttmedisin er tverrfaglig arbeid ønsker vi også å trene tverrfaglig. Vi har derfor deltagere på treningen fra de forskjellige faggruppene som inngår i vårt lokale akuttmedisinske team. I Alta er dette ambulansearbeidere, sykepleiere og fastleger. Vi har vanligvis med to sykepleiere fra legevakten, to ambulansearbeidere og to fastleger på hver trening. I tillegg er det ofte med læringer og studenter eventuelt andre samarbeidspartnere. For å sikre oss at veiledningen er tverrfaglig har vi instruktører med bakgrunn fra de samme faggruppene.
- **REALISTISK:** Når vi simulerer har deltagerne de samme rollene som de vil ha i virkeligheten. Det vil si at hvis man jobber som sykepleier til vanlig, så er man sykepleier når vi simulerer. For å gjøre treningen mest mulig realistisk prioriterer vi også å gjøre undersøkelse og behandling så likt som i virkeligheten. Det vil si at man ikke får vite verdier før man har festet måleutstyr skikkelig og trykket på de riktige knappene. I tillegg ønsker vi at deltagerne må gjøre tidskrevende prosedyrer fullt ut, for eksempel pakke utstyret ut av poser og trekke opp medisiner. Vi bruker for det meste levende markører, ofte en av instruktørene, da dette gir realisme ved kommunikasjon med og undersøkelse av pasienten. Vi bruker også dukker («Annedukke») der det er naturlig, for eksempel ved trening på behandling av sykt barn.
- **LOKALT:** Vi simulerer med kollegene våre på vår vanlige arbeidsplass, dette kalles in situ simulering. Det vil i praksis si at

vi simulerer på akuttstuen på legevakten og med ambulanseuttrykning til scenarioer utenfor legevakten. Vi har gjennomført simuleringer på steder vi kan tenkes å måtte rykke ut til i kommunen slik som fødestue og svømmehall. Vi har da invitert de lokale samarbeidspartnere, slik som jordmødre eller badevakter, i simuleringene med gjensidig utbytte. Vi har også begynt å involvere AMK i simuleringene, dette for å trene på samarbeidet med andre deler i den akuttmedisinske kjeden. En positiv effekt av å trene lokalt i stedet for i et simulerings-senter er at vi gjennom treningen avdekker feil eller mangler på utstyret vårt eller våre rutiner og finner nye løsninger på lokale utfordringer.

- **FAGLIG OPPDATERT:** Vi ønsker at undervisningen skal være faglig oppdatert. Dette oppnår vi med at alle instruktørene jobber klinisk. Vi oppdaterer oss også jevnlig med relevante kurs innen akuttmedisin. Videre har vi et mål om at instruktørene får opplæring i å være instruktører, og vi har derfor deltatt på BEST sine fasilitator kurs. Kursene er i utgangspunktet lagt opp til å kurse sykehusinstruktører, men vi har hatt god nytte av disse.
- **SIMULERING:** Målsetningen med BEST-treningen er å bli bedre i kommunikasjon, samhandling og ledelse. Vi bruker simulering med etterfølgende debrief for å oppnå dette. Vi velger scenarioer som vi tror vil utfordre gruppen, og hvor de vil ha bruk for kommunikasjon, samhandling og ledelse. Det kan være prehospitaletrombolyse av hjerteinfarkt, CPAP-behandling av hjertesvikt eller hardt skadd pasient som har falt ned fra et tak. Da alle instruktørene også jobber klinisk tar vi med oss selvopplevde erfaringer inn i scenarioene. Vi prøver å få øvd på momenter som har vist seg å være viktige for oss i Alta, som nedkjøling, vurdering av behandlingssted eller valg av trans-



portmåte. Vi ser an deltagerne før og under senarioene og tilpasser utfordringen etter gruppene. Målet er at alle skal få faglige utfordringer samtidig som de opplever mestring.

- **REFLEKSJON:** Vi legger til rette for læring ved at vi etter hver simulering har en gjennomgang om hvordan simuleringen gikk (debrief). Debriefen følger et fast oppsett og er styrt av oss. Vi legger da til rette for at alle skal få gi uttrykk for hvordan de opplevde øvelsen. Vi går så gjennom senarioet og fokuserer på det som gikk bra samt hva som kan gjøres bedre neste gang. Fokus i debriefen er refleksjon om kommunikasjon, ledelse og samhandling i teamet. I tillegg pleier vi å snakke om hva som trolig feilte pasienten, mulig utredning og behandling. Vi prøver alltid å ha minst to simuleringer slik at gruppen har mulighet til å oppleve progresjon.

- **TRYGGE RAMMER:** Vi tror at man lærer best

i en situasjon hvor man møter utfordringer samtidig som det er trygge rammer. Vi er bevisste på at den enkelte lever seg inn i simuleringen, gir mye av seg selv og da også er sårbar for kritikk. Vi ønsker derfor å trene i et miljø hvor den enkelte føler seg trygg, hvor man ikke blir hengt ut og hvor det er rom for å feile.

Slik ser en BEST-dag ut

Vi deler dagen i to. Før lunsj har vi en blanding av teori og ferdighetstrening. Hensikten med denne er å legge til rette for simuleringene som vi har etter lunsj. Alle får med dette frisket opp hvordan vi undersøker og behandler hardt skadde eller kritisk syke pasienter. Dette er også en fin anledning å informere om nytt utstyr eller nye behandlinger. Vi har i tillegg teori om oppgaver og organisering på et skadested, og hvordan man bør kommunisere og samarbeide. Tidligere brukte vi powerpoint un-

der denne delen. Dette har vi gått vekk fra og bruker nå mer dialog og tavleundervisning. Vi legger opp undervisningen slik at vi prater oss gjennom et oppdrag og bryter opp med praktiske ferdigheter. For eksempel ved å trene på håndgrep for å åpne luftveier når vi snakker om luftveisproblemer. Vi har valgt å legge teoridelen tett opp til det som står beskrevet i legevakthåndboken. På denne måten er vi sikret at undervisningen er bygget på oppdatert faglitte-ratur som er tilpasset norske forhold.

Etter lunsj har vi gjerne to simuleringer. En instruktør er da fasilitator og leder simuleringen, mens en annen instruktør spiller pasienten. Senarioet starter ved at teamet eller deler av teamet blir presentert for en pasient. Dette kan være oppkall fra AMK om utrykning eller pasient som møter på døra. De må så innhente informasjon ved å prate med pasienten, pårørende eller tilskuer samt undersøke pasienten. Fasilitator vil gi teamet verdier på undersø-



kelser de tar, for eksempel verdi på blodtrykket etter at dette er målt. På denne måten kan markøren og fasilitator styre pasientens kliniske utvikling og respons på behandling. Vi har som regel en simulering utendørs med ambulanseutrykning. Dette fordi vi ønsker at lege og ambulansearbeidere får øvd på å jobbe sammen utenfor legevakt. Sykepleierne blir som regel med ut for å observere hvordan arbeid utenfor legevakt foregår. Det tror vi gir økt forståelse mellom de ulike yrkesgruppene. Vi pleier å avslutte utryknings scenarioet med at pasienten kjøres til legevakt i påvente av videre transport. Dette for å trene opp personalet på å gi rapport til andre helsearbeidere. Simulering nummer to gjennomføres som regel på akutttstuen. Vi legger da opp til at ambulansetjenesten blir brukt som ekstra personell, noe som er rutine hos oss ved hardt skadde eller kritisk syke pasienter. Vi prøver vanligvis å simulere en pasient som er skadd og en som er kritisk syk, men dette kan variere fra gang til gang.

Erfaringer og utfordringer

BEST-trening gir bedre pasientbehandling

Vi har erfaring med at vi må behandle kritisk syke pasienter i Alta over lengre tid. Dette kan være situasjoner preget av stress, usikkerhet og begrenset med ressurser. Når vi i ettertid evaluerer disse pasientforløpene ser vi at behandlingen ble god fordi vi

jobbet godt sammen. Vi tror kvaliteten på dette arbeidet har sammenheng med at vi trener jevnlig på disse situasjonene. Vi jobber nå med å analysere data på en undersøkelse hvor vi ser på hvordan deltagerne på øvelsene opplever utbytte av treningen. Foreløpig analyse viser at deltakerne finner det nyttig, føler seg mer trygg etter trening og ønsker mer trening. Denne effekten av trening på pasientbehandling er nå dokumentert i større studier.

Tverrfaglig trening i akuttmedisin må prioriteres av ledelsen

Selv om både gammel og ny akuttmedisinforskrift sier at de akuttmedisinske aktørene må trene sammen, er det vårt inntrykk at dette sjelden blir gjort. Årsaken til at vi har fått til treningen i Alta er at kommunen og Finnmarkssykehuset har valgt å prioritere dette økonomisk og med personell. De har sett verdien i denne formen for trening og tatt et bevisst valg ved at treningen nå er en obligatorisk del av avdelingenes utdanningsplaner.

Det passer aldri helt å trene

Til tross for at ledelsen ved kommunen og ambulansetasjonen prioriterer treningen, opplever vi stadig utfordringer med at deltagere ikke møter. Det er ofte legitime grunner for fraværet men vi sitter likevel med følelse av at annet arbeid blir prioritert foran trening i en hektisk hverdag. Dette er forståelig, men likevel frustrerende

de da vi ofte får tilbakemelding om at treningen var nyttig og at vi bør gjøre det oftere av de som deltar på trening.

Vi må utvikle oss

For at BEST skal være spennende for deltakere og instruktører, tror vi det er viktig at vi utvikler oss. Vi har blant annet valgt å flytte fokus fra ren traumatologi til også å trene på akutte tilstander som ikke er traumer. Vi har også prøvd å fordype oss i enkeltområder, og det siste året har vi hatt ekstra fokus på akutt syke barn. Vi prøver å ha noe variasjon i senarioer, samtidig som vi er bevisst på at man kan få mye god læring ut av tilsynelatende enkle virkemidler. Vi har aktivt prøvd å involvere andre ledd i den akuttmedisinske kjeden slik som jordmødre, flysykepleiere og AMK.

Vi opplever at målrettet og regelmessig tverrfaglig trening i akuttmedisin gjør oss bedre rustet til å behandle hardt skadde og kritisk syke pasienter i Alta kommune. Vi håper vårt arbeid kan motivere andre lokale akuttmedisinske team til å innføre lignende trening.

Ta gjerne kontakt med oss for råd eller motivasjon.

Magnus Hjortdahl på vegne av BEST instruktører i Alta: Hilde Eng, Hege Holmgren, Geir Jøran Sara og Anne Davidsen

■ MAGNUS.HJORTDAHL@GMAIL.COM

Kan benzodiazepiner øke risikoen for demens?

■ INGRID CASTBERG • Overlege Ph.D Psykisk helsevern Avdeling Østmarka, Seksjon Øya

Til tross for at det er allment kjent at medikasjon med benzodiazepiner over tid kan gi mange uheldige bivirkninger og avhengighet, brukes denne typen medikamenter ofte på en måte som ikke er i samsvar med dagens anbefalinger. Først og fremst gjelder dette retningslinjene om å unngå å forskrive benzodiazepiner ut over en periode på fire til 12 uker.

Omsetningen av anxiolytika sank i årene fra 2010 til 2014 (1). Statistikk fra Reseptregisteret for 2014 viser at blant 30-åringene var det om lag 30 brukere av anxiolytika per 1000 innbyggere. Tallet stiger jevnt med økende alder; det tilsvarende tallet for 60-åringene var om lag 90, og blant 90-åringene var det 160 brukere pr. 1000 innbyggere. Disse tallene omfatter bare informasjon om legemidler utlevert fra apotek, ikke informasjon på individnivå om legemiddelbruk i institusjon (sykehus/sykehjem) (2).

Demens er nå den viktigste årsaken til nedsatt funksjon og økt omsorgsbehov hos eldre. Fra et samfunnsmedisinsk perspektiv er utviklingen framover viktig; mens man i dag regner med at demens rammer 46 millioner mennesker i verden, antar man at tallet vil være om lag 130 millioner i 2050 (3).

De siste årene har det i økende grad blitt stilt spørsmål om bruk av benzodiazepiner kan øke faren for utvikling av demens. Flere studier tyder på dette. Da både forekomsten av demens og bruk av benzodiazepiner er høy, vil til og med en beskjeden økning i risiko ha stor betydning for folkehelsen.

Det å studere en eventuell sammenheng mellom bruk av benzodiazepiner og demens byr på en rekke metodologiske utfordringer. Siden en randomisert kontrollert studie neppe ville bli godkjent av forskningsetisk komité, kan slutninger om kausalitet bare trekkes fra observasjonsstudier. Det kan også være vanskelig å få statistisk signifikante resultater når intensjonen er å kontrollere for flere potensielle konfundere og sammenhengene ikke er svært sterke. Et viktig moment er også at demensutvikling har en lang latensperiode. En studie som skal vurdere en kausal sammenheng må ta i betraktning risikofaktorer som var til stede i over ti år før demensdiagnosen ble stilt. Man kan heller ikke utelukke at benzodiazepiner forskrevet på grunn av angst, depresjon og søvnvansker i årene før diagnosen ble stilt skyldes pro-

dromalsymptomer ved demens, såkalt revers kausalitet.

For å redusere muligheten for en revers kausalitet kan man for eksempel kun se på benzodiazepinforskrivning som ble initiert minst fem år før demensdiagnosen ble stilt. Dette gir bedre sikkerhet for at forskrivningen ikke skjedde på grunn av prodromalsymptomer, men man har ingen sikker tidsavgrensning for når et symptom oppstår for tidlig til å være et prodromalsymptom. Studiene kan også justere for angst, depresjon og insomni hos de inkluderte pasientene.

En systematisk gjennomgang av publiserte observasjonsstudier som hadde vurdert sammenheng mellom bruk av benzodiazepiner og demens ble publisert i 2015 (4). Ni av ti studier publisert i årene fra 1998 til 2014 som tilfredsstilte bestemte kvalitetskrav fant en økt risiko for demens hos pasienter som hadde brukt benzodiazepiner.

De mest reliable studiene fant en økt risiko med faktor fra 1,2 til 2,3 for demensutvikling. Risikoen var ikke økt der forskrivningen fulgte forskrivningsanbefalingene. Flere av studiene konkluderte med en dose-effekt-respons, noe som styrker sannsynligheten for en kausal sammenheng. En studie fikk resultater som kunne tyde på at effekten var størst for de benzodiazepinene med lengst halveringstid, for eksempel diazepam.

Statistisk sammenheng betyr ikke nødvendigvis kausal sammenheng. Kan det være slik at de som får forskrevet benzodiazepiner tidlig i livet utgjør en subgruppe med høy risiko for demens senere? Hvis dette var tilfelle ville ikke benzodiazepinene ha noen direkte effekt på risikoen for demensutvikling, men være en markør for tidlig identifikasjon av individer i en risikogruppe.

Selv om de umiddelbare negative effektene av benzodiazepiner på hukommelse er velkjent har man så langt ikke funnet noen sikker biologisk forklaring på en kausal

sammenheng mellom bruk av benzodiazepiner og utvikling av demens. Mye tyder på at langvarig bruk av benzodiazepiner forårsaker en nedregulering av deres bindingsreseptorer, og at en reduksjon i antall reseptorer synes å være korrelert til nedsatt kognitiv funksjon. Kanskje er det slik at den begrensningen i kognitiv «reservekapasitet» som langvarig bruk av benzodiazepiner gir reduserer individets evne til å håndtere de små lesjonene i nevronale nettverk som demenssykdommer gir (5).

Bør funnet få implikasjoner for klinisk praksis? Dersom det medfører riktighet at langvarig bruk av benzodiazepiner kan så mye som fordoble risiko for å utvikle demens senere i livet har vår forskrivningspraksis store konsekvenser for samfunnsøkonomi og helse- og omsorgstjenestene. Benzodiazepiner kan være nyttige medikamenter i avgrensede perioder, men mye tyder altså på at man bør være økende oppmerksom både på indikasjon og varighet av behandlingen. Så langt er det ikke noe som tyder på en økt risiko for demens dersom man følger myndighetenes anbefalte retningslinjer for forskrivning med bruk i korte perioder.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet, www.legemiddelforbruk.no, rapport tatt ut februar 2016.
2. Reseptregisteret, www.reseptregisteret.no, rapport tatt ut februar 2016.
3. World Alzheimer report 2015. Alzheimer Disease International, <http://www.alz.co.uk/research/world-report-2015>
4. Billioti de Gage S. et al. Is there really a link between benzodiazepine use and the risk of dementia? *Expert Opin Drug Saf.* 2015 May;14(5):733-47
5. Billioti de Gage S. et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ* 2014;349:g5205

HOVEDBUDSKAP

En gjennomgang av litteraturen peker mot en 1,5 til 2 ganger økt risiko for demens hos eldre etter langvarig bruk av benzodiazepiner. En sikker kausal årsak er ikke påvist, men må vurderes som mulig. Et viktig moment er at behandling som er i tråd med anbefalingen om å unngå behandling ut over 12 uker ikke øker risiko for demensutvikling. Disse to funnene understreker viktigheten av å unngå unødvendig forskrivning og kronisk bruk av benzodiazepiner.

■ INGRID.CASTBERG@STOLAV.NO

Ti råd for den gode

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Fastlege Hallset legesenter. Universitetslektor NTNU. Rådgivende lege NAV Sør-Trøndelag

Mange har nok et bilde av legeerklæringer som papirarbeid vi gjør til liten nytte. Det er en gedigen misforståelse. Mitt første sjokk da jeg etter mange år som skriver av erklæringer (fastlege) ble leser av erklæringer (rådgivende lege) var dette: Erklæringene blir ikke lest, de blir finlest! Og ikke bare av rådgivende lege, men også av NAV-veilederen, besluttere, og anke-saksbehandlere. Rollen som rådgivende lege ga også en ny forståelse av hva NAV egentlig trenger å vite i en erklæring, og hva de ikke har behov for. Hva skal så til for å skrive en god legeerklæring?

Om dette kunne jeg skrive en systematisk artikkel hvor jeg trekker inn juridiske tråder og bestemmelser, og knytter mine kommentarer opp mot lovverk og paragrafer. Det har jeg ikke tenkt å gjøre. Jeg har tenkt å lage ti enkle råd som bedrer kvaliteten på legeerklæringene. Med en god erklæring sikres riktig ytelse og et smertefritt forløp for pasienten i NAV-systemet. Behandleren sparer tid gjennom færre purringer og nye forespørsler. Legen slipper avslag, forsinkelser og fortvilte pasienter. Den gode erklæringen er derfor ikke bare til nytte for NAV og pasienten, men også til gagn for den effektive fastlegen.

RÅD NUMMER 1 ➡

Du skriver en medisinsk erklæring

Husk rollen din! Du er lege. Nøkkelen til mange ytelser ligger i sykdom og medisinske forhold. Det er disse som skal belyses. NAV må ta mange hensyn når et vedtak skal fattes, og flere av disse kan ligge utenfor det medisinske område – slike forhold har NAV andre kilder og dokumenter til enn legeerklæringen. Eksempelvis kan nevnes at arbeidsmarkedet for en 62 år gammel typograf er dårlig for tiden, men det er ikke et medisinsk anliggende, selv om det kan være relevant i en uføresak. Det er derfor til liten nytte om store deler av erklæringen omhandler slike forhold. Tilsvarende blir det vanskelig for NAV å ta stilling til om en tilstand kan ha potensiale for bedring gjennom videre behandling, dersom gjennomgått behandling bare er

vagt omtalt. NAV kan i så fall ikke bare anta at alle behandlingsmuligheter er utprøvd, og må gi avslag på bakgrunn av dette.

Hva er det så legen kan uttale seg om? Først og fremst om diagnosen: Hva feiler pasienten? Dernest forhold rundt denne tilstanden, hva man finner ved undersøkelse, hvordan tilstanden er blitt behandlet og om alle behandlingsmuligheter er utprøvd. Så er det vanligvis mulig å si noe om sykdommens betydning for funksjon: Hvilke konsekvenser sykdommen har for pasientens liv og hverdag, og hva det er mulig eller eventuelt ikke mulig å gjøre av oppgaver.

RÅD NUMMER 2 ➡

Ikke kast bort tid på å skrive om ting som ikke er medisinsk

Ja, vi kan si noe om konsekvens for funksjon – men å si noe om konsekvens for yrkesdeltagelse og arbeid er i høy grad mye mer enn et medisinsk anliggende. Det er flere forhold enn sykdom som avgjør om pasienten kan jobbe eller ikke. Personlighet, motivasjon, evnenivå, sosiale forhold og alder. Men også ytre forhold som arbeidsmarked, mulighet for utdanning og mulighet for tilrettelegging. Et enkelt eksempel kan nevnes:

Person A har sykdom X. Person B har samme sykdom, i samme alvorlighetsgrad. Person A er i jobb, mens person B ikke er det. Vi kjenner alle slike eksempler og derfor bør vi være varsomme med våre kon-

klusjoner. Vær forsiktig med å uttale deg om arbeidsevne og uføregrad.

Det fins flere eksempler på innhold som er vanlig i erklæringer, men som er til liten nytte for NAV. Omfattende beskrivelser av sosiale forhold er alt nevnt. Detaljerte rede-gjørelser for tidligere sykdommer er ofte også unødvendig. Trenger NAV å vite om chlamydiainfeksjonen for fire år siden? Eller om innleggelsen for alkoholintox tidlig på 90-tallet? Eller om oppfølgingen av celleprøver som endte med konisering? Neppe.

Mange erklæringer inneholder også mye om pasientens vanskelige forhold til NAV. Det kan jo ha interesse i mange sammenhenger, men det er til lite hjelp i for eksempel en uføresak. NAV forvalter et lovverk, og det lovverket har ingen bestemmelser om at man blir ufør når man når et visst frustrasjonsnivå i sin samhandling med offentlige etater. Som rådgivende lege skumleser jeg derfor slike avsnitt, på jakt etter relevant informasjon.

RÅD NUMMER 3 ➡

Du kan ikke skrive en god erklæring uten et godt pasientforløp

Dette er nok mitt viktigste råd, men også det vanskeligste. I dette rådet ligger hele allmennmedisinen: Å kommunisere med pasienten, få fram alle relevante opplysninger om helseplager, sette disse i en sammenheng, utrede samvittighetsfullt, stille diagnoser, forordne relevant behandling der man tenker bredt og helhetlig, se etter alle handlingsrom for å bedre pasientens helse.

erklæring



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Uten et godt og vanligvis langvarig forløp er det selvsagt heller ikke mulig å skrive en erklæring som viser et slikt forløp.

En del av et godt pasientforløp er å jobbe for samarbeid. Mange kan være redde for NAV, og skeptisk til nødvendige tiltak, for eksempel redd for arbeidsutprøving. Her er det viktig å vokte seg for ikke å bli pasientens advokat. Vær heller tydelig på at du og pasienten ikke kommer utenom å følge lovverket vi har i landet vårt. Da kan en slik tilnærming kontres med: «Du kan godt si nei til arbeidsutprøving men da sier du også nei til alle muligheter for å få trygdeytelser». Min anbefaling er at du gjør arbeidsutprøvingen til noe positivt: «Du får en gave fra samfunnet verdt flere ti-tusener. Du får sjansen til å bli bedre kjent med deg selv, med dine muligheter, og med hva du klarer å gjøre med den helsen du har. De som gjør slike tiltak er vant med syke mennesker, og vet å forholde seg til dette».

En annen viktig del av et godt pasientforløp er å sortere ut de som faktisk ikke har krav på sykemelding og andre ytelser fra NAV. De finnes! Husk også muligheten for å bruke friskmelding til arbeidsformidlingen.

RÅD NUMMER 4 ➡

Skjul ikke et mangelfullt forløp i en vag erklæring

Jeg har selv som fastlege flere ganger vært i den situasjon at jeg setter meg til å skrive erklæring i en uføresak, for så å innse at dette ikke er en uføresak. Jeg ser at jeg ikke har gjort jobben min som lege, i hvert fall

ikke helt ferdig. Da må jeg selvsagt kommunisere det både til pasienten og til NAV. Vage formuleringer som «det er prøvd en del fysioterapi», og «hun bruker fortsatt noe b-preparater», «hun blir tungpusten» (og så intet mer om utredning eller årsak...) tvinger den rådgivende legen til å stille spørsmål tilbake: Hva slags fysioterapi? Omfang av denne? Hvilke b-preparater og i hvilke mengder? Tiltak for å behandle avhengighet? Lungefunksjon og kardiologisk utredning? Så: Vær ærlig med en gang: «Dette er en AAP (arbeidsavklaringspenger) sak, mens vi utreder og behandler videre».

RÅD NUMMER 5 ➡

La MUPS være MUPS

Jeg blir trist og lei meg hver gang (og det er ikke rent sjeldent) jeg leser erklæringer hvor normale MR-beskrivelser uten relevans for smerter og funksjon, fremstilles som funn som forklarer pasientens plager. Dette ser vi dessverre ofte, spesielt for rygg og nakke, og det tvinger meg som rådgivende lege til å tenke: Formidler legen det samme til pasienten som til meg? Hvordan kan jeg i så fall si at pasienten er ferdig behandlet for sin frykt og for sine funksjonelle smerter? Når det i erklæringen beskrives utstrålende smerter, og disse forklares med MR-funn som ikke kan forklare slike smerter, så er det fristende å tenke at her trenger sanneligvis også legen å gå ryggskole! Pasienten, stakkars, må jo da være mer feilbehandlet enn behandlet! Svært mange uføresaker omhandler medisinsk uforklarlige

plager og symptomer (MUPS). NAV aksepterer slike funksjonsutfall. Det er legitimt å få ytelser for tilstander ingen forstår seg på. Det som er avgjørende er funksjonsnivået. En tilstand kan bare få riktig og uttømmende behandling om den blir forstått korrekt. Det vil igjen si at i mange uføresaker forventes det at man behandler på et «helhetlig plan», altså at tilnærmingen er hele mennesket og behandlingen tverrfaglig med fokus på trening og aktivitet, kognisjon og komorbide tilstander. Dette vil vanligvis innebære tiltak som går ut over hva fastlegen kan gjennomføre. Selvsagt kan også fastlegen behandle, men det må i så fall beskrives hva som er gjort, på samme måte som man forventer en beskrivelse fra spesialistnivå om hvilken behandling som er gitt. Ingen vil vel akseptere en epikrise fra DPS hvor alt som står om behandling er: «Han har gått her til samtaler». Eller fra kirurgisk avdeling: «Hun fikk behandling for tykktarmskreft.»

RÅD NUMMER 6 ➡

Lag et selvstendig arbeid

Det er greit og ryddig med epikriser som vedlegg, men det er et par men her. Det forventes for det første at man lager et selvstendig arbeid, altså skriver en sammenhengende og logisk fremstilling av relevante forhold i saken. Det er ikke tilfredsstillende om det står to–tre linjer av typen: «Historien fremgår av de vedlagte epikrisene.» For det første blir da rådgivende lege tvunget til å bruke vedlagte dokumenter

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



til å gjøre den jobben det forventes at erklærende lege gjør. Dessuten vil man gå glipp av viktig informasjon og viktige synspunkter fra fastlegen. Det må også være tydelig hva som er vedlegg, og hva erklærende lege selv har skrevet. Det svekker også erklæringen når den består av tallrike irrelevante epikriser; øyenlegen som har behandlet de tørre øynene, diabeteskontrollen hvor blodtryksbehandlingen ble intensivert osv. Det forventes at du gjør ryddejobben: Legg bare ved epikriser som er relevante for saken.

RÅD NUMMER 7 ➡

Det enkle er ofte det beste

Dette rådet omhandler klinisk undersøkelse – legens funn. Ofte er det ingen funn, kanskje bare myalgier, og det er greit. Andre ganger er det funn – pass da på at ikke de viktigste funnene forsvinner i detaljene. Lister med blodprøver og lange, gjerne mange MR-svar kan ofte med fordel erstattes med: «Det er gjort nøyte somatisk undersøkelse, inkludert relevante laboratorieprøver og MR av de smertefulle områdene, uten at man har gjort funn som forklarer pasientens plager». Når undersøkelser beskrives, er det viktigste for NAV forhold som om pasienten kler av og på seg uten besvær, om han går greit opp og ned fra benken etc. Utslag på reflekser og angivelse av sensorikk har tilsvarende mindre interesse.

Når jeg som rådgivende lege snakker med kolleger sier disse ofte: «Du skulle ha sett ham, da ville du forstått hvorfor han er ufør!». Det er da tydelig at legen ser noe som er viktig og relevant – men kanskje vanskelig å sette ord på. Som rådgivende lege er jeg ikke

nødvendigvis dyktigere til å beskrive slikt enn legen selv, som kjenner pasienten og har truffet vedkommende over tid. Det er derfor nødvendig at erklærende lege selv setter ord på slike forhold (eller henviser til noen som kan gjøre det). Eksempler på setninger jeg selv har brukt i mine erklæringer: «Han fremstår uflidd, går alltid i de samme klærne, og man ser og lukter at disse ikke vaskes ofte.» «Hun snakker mye og fort, gjerne med lukkede øyne, og gjerne om forhold jeg har vanskelig å forstå betydningen av. Når jeg spør om noe konkret får jeg vanligvis ikke svar på det jeg spør om.» Når jeg skriver slikt i erklæringene mine lar jeg alltid pasienten lese det. Det har gitt mange nyttige samtaler!

RÅD NUMMER 8 ➡

Få fram hva uførheten består i

Det pasientene spontant forteller oss leger om, er gjerne hvilke plager de opplever – ikke nødvendigvis så mye om hva plagene fører til. Et enkelt råd er derfor å stille spørsmål om funksjon: Hva gjorde du før som du ikke får til nå? Hva klarer du ikke å gjøre lenger? Hva skulle du ønske du kunne klare å gjøre som du nå ikke får til? Er det ting som tar lengre tid nå enn før? En annen måte å gjøre dette på er å «vandre» med pasienten gjennom en vanlig dag: Når står du opp? Hva gjør du da? Klarer du det alene, eller må du ha hjelp? Poenget er å få fram både begrensninger og muligheter. Ofte kan man bli overrasket over hvilke sykdomstilstander som viser seg betydningsfulle. En diagnose legen vil tenke som vesentlig, kan ha liten betydning, mens det motsatte kan gjelde for – i legens øyne – mer uskyldige sykdommer.

RÅD NUMMER 9 ➡

Sjekk om det du skriver er logisk

Sykehistorien, funn ved undersøkelse samt behandlingsforløp skal jo helst elegant lede fram mot et resonnement og en konklusjon. Mange erklæringer jeg leser når bastante konklusjoner, men dessverre er det ofte vanskelig å se sammenhengen mellom premiss og konklusjon. En vanlig årsak er at man uttaler seg for tidlig: Tenk på en person med tidligere høyt funksjonsnivå som blir deprimeret. Etter ett års sykemelding søkes det i bestemte ordlag om uføretrygd. Gitt at depresjon er en sykdom med god prognose, så fremstår det medisinsk sett lite logisk. En annen vanlig «feil» er omtalt under råd to – at man konkluderer bastant, basert på medisinske premisser hvor det er opplagt at mange med akkurat samme sykehistorie godt kunne vært i arbeid. Det bringer oss over på det siste rådet:

RÅD NUMMER 10 ➡

Vær forsiktig i din konklusjon – og glad for at du kan være det

Selve skjemaet «legeerklæring ved arbeidsuførhet» innbyr dessverre til bastante ja/nei konklusjoner. Slik bør det ikke være. Svært ofte kan vi ikke basert på bare medisinske forhold si noe sikkert om arbeids-evne. Ofte bør man derfor avstå fra å svare på slike ja/nei spørsmål. Det er jo faktisk også befriende å slippe være den som bestemmer! Vi kan legge premisser, og uttale oss så langt vi kan, men ikke lengre. «Han har nå i to år etter hjerneslaget vært til systematisk trening, både lokalt og ved institusjon. Man kan ikke forvente bedring nå, slik at hans funksjon per i dag vil være varig. Med nedsatt kraft i en fot og lammelse i en arm kan han ikke fungere i sitt tidligere yrke som rørlegger. Han vil opplagt ha begrensninger også i forhold til mange andre yrker.» Det holder – så får det være opp til NAV å vurdere ut fra ikke-medisinske forhold; alder, motivasjon, mulighet for utdanning til annet yrke, arbeidsmarked og så videre, om man skal gjøre et forsøk på yrkesrettede tiltak.

Ja, det var de ti rådene! Så er det å håpe at de kan være til hjelp i det praktiske arbeidet i trygdemedisin. Dersom jeg skal oppsummere det hele i en setning, må det bli: *Også når du skriver erklæringer er du lege.*

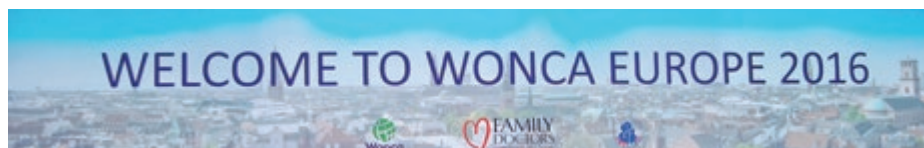
Verken mer eller mindre!

Ingen interessekonflikter

■ NFLEM@ONLINE.NO

Rapport fra WONCA Eur

■ TRYGVE SKONNORD • Fastlege ved Re legegruppe, Revetal, og PhD-stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Univ. i Oslo



15.–18. juni 2016 ble WONCA Europe Conference arrangert i København. Over 3000 deltakere deltok, og 108 av dem kom fra Norge. Vi var også representert med to personer i den vitenskapelige komiteén og arrangørene hadde lagt et godt grunnlag for at konferansen skulle bli vellykket.

WONCA er verdensorganisasjonen for allmennleger, med det fulle navnet *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians* (Kortnavn: *World Organization of Family Doctors*). Hele 118 medlemsorganisasjoner og 500 000 allmennleger som representerer 90% av verdens befolkning er med i organisasjonen. Arbeidet er delt på 7 regioner, hvor WONCA Europe er en av dem. Under årets konferanse ble vår egen Anna Stavdal valgt til president i denne regionen.

De fleste norske allmennleger forbinder nok WONCA med konferansene som arrangeres. Disse arrangeres både som verdenskonferanser, regionkonferanser og enkelte tematiske konferanser. Man har

også satset på egne konferanser og underarrangementer på ordinære konferanser for ferske allmennleger gjennom Vasco Da Gama-bevegelsen. Det var også tilfelle på konferansen i København med en egen pre-konferanse, workshop og sosiale aktiviteter.

Det er sjelden at så store allmennlegekonferanser arrangeres i Norden. Årets Europa-konferanse ble da også til ved et samarbeid mellom de nordiske landene. Den vitenskapelige komiteen ble ledet av danske Peter Vedsted, mangeårig redaktør i *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. Norge var representert i komiteen med Guri Rørtveit og Anja Maria Brænd.

Norge bidro også med mange gode faglige innslag på København-kongressen.



Esperanza Díaz fra Universitetet i Bergen ledet en 'workshop'.

Bernadette Kumar fra Universitetet i Oslo holdt keynote-forelesningen «Inequalities

Den vitenskapelige komiteen ved WONCA.



Jørund Straand presenterte en poster for Universitetet i Oslo.

Woppe København juni 2016



Plenumssalen rommet over 3000 deltakere.

in health – the issue of migration». Vi bidro også med å arrangere 10 workshops, 11 symposier og 19 «oral presentations» i tillegg til 10 elektroniske postere og to vanlige postere.

Med hoder og hjerter

Arrangørene ønsket å vie kongressen til de store viktige temaene i internasjonal primærmedisin. Eksempler på dette var ulikheter i helsevesen, det aldrende Europa, diagnostisering, den framtidige allmennmedisin og hvordan det å satse på allmennmedisin kan bidra til at man kan forbedre helsevesenet. Til å snakke om dette hadde man fått internasjonale kapasiteter til å holde keynote-forelesningene: Paul Glasziou (Australia), Martin Marshall (UK), Martin Roland (UK), Kaisu Pitkälä (Finland) foruten vår egen Bernadette Kumar.

Med konferansetittelen «Family Doctors with Heads and Hearts» ønsket arrangørene å understreke respekten for den humanistiske siden av det profesjonelle arbeidet – re-

spekten for pasientene våre og deres ønsker og behov. Her satte arrangørene et godt eksempel selv, med å gi pasientene en stemme gjennom Ulrika Sandén. Hun var første taler ut to dager på rad i plenum. Hennes beretning om hvordan hun selv ble syk og gjort til en 'kasteball' i systemet – før allmennlegen hjalp henne på riktig vei – ble en påminner om viktigheten av å lytte og være tilstede med både hoder og hjerter.

Min kongress

Jeg hadde bare vært på Wonca Europe en gang tidligere, i Firenze 2006. Den gangen syntes jeg det var stort og uoversiktlig, men opplevde det spennende å møte kolleger fra hele verden og dele erfaringer med dem. Årets kongress var enda større, men jeg ble imponert over både det faglige nivået på arrangementet og gjennomføringen. For det første ble jeg slått av den enorme hallen som huset plenumforelesningene med over 3000 deltakere. Deretter fordelte vi oss rundt på 24 parallelle sesjoner

med workshops, symposier og presentasjoner av forskningsresultater på forelesninger, fem-minutts-presentasjoner av elektroniske postere og papirpostere.

Jeg syntes alle keynote-forelesningene var gode, og jeg anbefaler andre interesserte å se videoopptak av dem på kongressens hjemmeside: www.woncaeurope2016.com/videos-from-keynote-sessions

Hvordan velger man så én av 24 parallelle tilbud? Jeg hadde på forhånd lastet ned det 89 sider lange programmet og fulgte to hovedprinsipper. For det første ønsket jeg å høre på norske forskningskolleger og for det andre gikk jeg etter egne interesser. Første parallellsesjon møtte jeg imidlertid en stengt dør. Jeg var ikke alene om å ønske å lære litt dermatoskopi på en workshop, så jeg burde nok ha kommet mer enn to minutter før oppstart... Det var imidlertid mange andre tilbud – og jeg valgte en UVI-workshop i stedet. På dette feltet gjøres det mye spennende forskning, bl.a. i Norge gjennom Antibiotikasenteret for primærmedisin (ASP). Ellers var det et stort spek-



Mingling med kollegaer fra Universitetet i Oslo.

Her kan man trene på å legge inn spiral uten fare for perforasjon.



Åse Ruth Eggemoen holder et foredrag om forskningen sin på vitamin D.



ter av temaer og jeg fikk med meg litt av hvert: psykiatri, forskningssamarbeid, vitamin D, guidelines, eldremedisin og plantar fasciitt.

Industrifri mingling

I pausene ramlet jeg og de andre deltakerne ut i fellesarealene, og her kunne vi se på poster, mingle med andre deltakere og snakke med utstillerne. Årets kongress var imidlertid fri for utstillere fra legemiddelindustrien. Det er ikke noe nytt for oss på norske kurs, men dette var den første WONCA-kongressen uten finansiering av pilleindustrien. Jeg savnet dem i alle fall ikke, og det virket som om det var stor enighet om at dette var en riktig utvikling. Utstillerne inkluderte utstyrsprodusenter, offentlige tilbydere av legestillinger, vikarbyråer og forskjellige kongressarrangører. Vi kunne også få prøve oss på en «skills lab» innen emnene mikroskopi, gynekologi og ultralyd.

WONCA-RUN 2016

Årets WONCA-kongress ønsket å motivere til en aktiv livsstil ved å arrangere et ufor-

melt løp fredag morgen. Startkontingenten på 10 Euro gikk til Dansk Røde Kors, og rundt 100 deltakere troppet opp sammen med meg kl 07:00 i parkområdet ved kongressenteret. De fire kilometerne var jo paddeflate, men morgengrums og for lite trening samt et uforbederlig konkurranseinstinkt gjorde det til en tung øvelse for meg. Samtidig var det en god mulighet til å treffe nye kollegaer på en uformell måte, og etterpå var det fin stemning hos både vinnere og oss andre!

Delta på kongresser?

Med 108 deltakere fra Norge, var det fem andre land som hadde flere deltakere, og både Portugal, Nederland, Sverige, Spania og Danmark slo oss grundig her. Det er litt rart at ikke flere av våre norske kolleger benytter anledningen til å delta, og særlig når det var så kort reisevei som i år. Alle WONCA-kongresser er automatisk godkjent til å gi tellende timer, og for oss som er spesialister i allmennmedisin får man også dekket en del reise- og oppholdsutgifter gjennom Fond II.

Hvis noen kjenner lysten til å delta senere, kan jeg rope at neste Wonca Europe i 2017 blir arrangert i Praha og i 2018 i Krakow. Flere opplysninger finner du på WONCA's nettside: www.globalfamilydoctor.com.

Noen kollegaer skal kanskje til Rio de Janeiro i Brasil i november? Da arrangeres nemlig WONCA World Conference. En god anledning til å oppleve Brasil og se OL-anleggene fra årets arrangement. Forøvrig bør det også nevnes at Nordisk kongress for allmennpraksis i 2017 arrangeres på Island 14.–16. juni (www.nordicgp2017.is). Der skal i hvert fall jeg være med – og kanskje treffer jeg deg også?

■ TRYGVE.SKONNORD@MEDISIN.UIO.NO

PRAKSISBESØK

I forbindelse med Wonca-konferansen inviterte Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) til praksisbesøk hos danske allmennpraktikere. Flere enn 350 deltakere tok imot dette tilbudet – fordelt på 34 praksiser på formiddagen før selve konferansen åpnet.

Jeg selv tok toget til forstaden Holte nord for selve København og ble tatt imot av Pernille Marie Koch og Louise D. Matthiesen sammen med fem andre kolleger fra Sverige, Nederland, Makedonia og Sør-Korea. Pernille driver en solopraksis, mens Louise deler praksis med en mannlig kollega på den andre siden av kvartalet. Vi fikk se begge praksisene og høre deres erfaringer med deres måte å organisere praksisen på.

Selv om Danmark også har fastlegeordning, fikk jeg inntrykk av at det likevel var noen forskjeller til den norske ordningen. Praksisene er nok generelt mindre enn hos oss, og i de fleste jobber det også sykepleiere lønnet av legen. For å få en fastlegestilling må man være spesialist i allmennmedisin, og spesialiseringen foregår over fem år – gjennom å jobbe i utdannelsestillinger i allmennmedisin og på forskjellige avdelinger i sykehus. 98 prosent av danskene er med i fastlegeordningen som dermed gir dem gratis konsultasjoner.

Det var en heterogen gruppe som deltok på besøket hos Pernille og Louise, og gruppa delte ivrig erfaringer og informasjon om praksisorganisering med hverandre. Selv om vi aldri hadde møtt hverandre før, merket vi likevel at vi hadde mye til felles i form av yrkesstolthet, faglig interesse og også noen frustrasjoner rundt arbeidet vårt.



Kollegialt fellesskap over danske kaker. Fra v. Carl Englund (Sverige), Gjorgji Stanoevski (Makedonia), Barend Kooistra (Nederland), Louise Matthiesen (Danmark), Pernille M. Koch (Danmark), Anders Lundqvist (Sverige) og Sang Keun Hahm. (Sør-Korea).



Morgenstemning for WONCA-RUN-deltakere.

Nasjonal PKO-konferanse

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Praksiskonsulentordningen lever i beste velgående, skal vi tro oppmøtet og engasjementet på den nasjonale PKO-konferansen som ble arrangert 1.-3. juni i Kristiansand. Med utsikt til den flotte bystranda og bikinikledde hotellgjester, tilbragte rundt 100 deltakere tre dager sammen for å diskutere veien videre for PKO som en del av løsningen for et mer helhetlig helsevesen. Det ble heldigvis også tid til seilas i skjærgården, grilling og festmiddag med dans på lokalet.

Et mangfoldig program

Primærhelsemeldingen, involvering av fastleger i samhandlingsreformen, e-resept på sykehus, utfordringer med samstemming av legemidler, henvisningspraksis, fastlegens sekretærrolle for sykehuset, infeksjonsmedisinske erfaringer knyttet til flyktningestrømmen, akuttmeldingen, oppfølging av kreftpasienter, samarbeid med BUP, fastlegenes rolle i samhandling og EPJ-løftet var noen av temaene som stod på programmet. Konferansen var godt organisert i gode lokaler, og med dyktige konferansierer som sørget for sammenheng og gode overganger. Det var til og med satt av tid til musikalske innslag, som ikke skal undervurderes når det gjelder effekt på høye skuldre. Kristiansand viste seg fra sin beste side, og de som deltok fikk et solid utbytte av de tre dagene, både faglig og sosi-

alt. Konferansen ble åpnet av styreleder i Helse Sør-Øst, Ann-Kristin Olsen. Hun la i sitt åpningsforedrag vekt på at kropp og sinn må henge sammen. På samme måte som 1. og 2. linjetjenesten må henge sammen. PKO er her et viktig bindeledd.

Behov for medisinsk faglig ledelse i kommunene

Jan Emil Kristoffersen, fagsjef i Legeforeningen, guidet forsamlingen gjennom den nye primærhelsemeldingen, som han kalte «samhandlingsreformen v.2». Han pekte på at kommunene til nå ikke har klart å bygge opp tilstrekkelig kapasitet, at tjenestene er fragmenterte og at det er nødvendig med mer medisinsk faglig ledelse for å utvikle gode helsetjenester. Her ble det vist til den ferske rapporten «Kommunal

BAKGRUNN PKO

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et nettverk av leger som har til oppgave å forbedre pasientforløpet innen og mellom delene av helsetjenesten. Hovedoppgaven er å bedre samarbeidet mellom leger om diagnostikk, behandling og oppfølging, og pasientperspektiv og -behov skal ivaretas. Praksiskonsulentordningen arbeider bl.a. med logistikk, kliniske retningslinjer, forbedring av henvisninger og epikriser, IT-kommunikasjon og avtaler mellom kommuner og helseforetak. Konsulentene får innspill både fra ledelse og leger i sykehus og kommuner om samarbeidsproblemer som oppstår mellom fastleger og sykehus. De holder kontakt med fastleger gjennom informasjonsbrev og allmennlegeutvalg. PKO så dagens lys på Stord i 1995 og utviklet seg gradvis til en nasjonal ordning som ble forankret i en rammeavtale mellom Den norske legeforening (Dnlf) og alle landets helseforetak i 2005. I dag finner vi praksiskonsulenter i de fleste av landets helseforetak, og annet hvert år arrangeres det en nasjonal PKO-konferanse.

Styreleder i Helse Sør-Øst, Ann-Kristin Olsen åpnet PKO-konferansen på Scandic Kristiansand Bystranda 1. juni 2016.





Den nye ledergruppen for PKO, Trygve Kongshavn, Anita Husveg, Jan Morten Engzelius og Harald Hauge. ALLE FOTO: LARS JOHAN LYSEN

legetjeneste – kan den ledes?» fra Agenda Kaupang som peker på at kommuneleger er helt sentrale for å lykkes med dette. Kristoffersen informerte også om at det nå etableres en ny lederutdanning for primærleger, i tråd med at styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten er et av satsingsområdene til Dnlf. Etter innlegget kom det mange innspill fra salen som ga en god diskusjon:

- Det er et problem dersom vi skal inn tidligere og tidligere på all slags diffusitas. Det vil bli en kjempedriver i overdiagnostikk og forbruk av helsetjenester. Vi må tørre å si nei!
- Fokus bør være på de som er storforbrukere av helsetjenester. Øke pasientens egenmestring, gjennom primærhelsetjeneste,

Gisle Roksund og Harald Hauge.

team, men det må bygges opp med økonomiske incentiver (9 av 10 spørsmål i helsevesenet kan løses med penger).

- Skal vi oppfylle mål i primærhelsetjenestemeldinga, må vi legge ned dagens FLO og gjøre det kommunalt! Da trenger vi i såfall dobbelt så mange leger...

En ny digital hverdag

Regin Hjertholm er en allmennlege som over lang tid har vært engasjert i utviklingen av digitale løsninger i fastlegers journalsystemer, og han er sentral i allmennlegeforeningens referansegruppe for EPJ-løftet. Hjertholm ga virkelig forsamlingen et blikk inn i en ny digital hverdag med sitt innlegg, der han også viste til sitt eget legekontor (Eidsvåg legesenter) som er ett av seks kontor som nå prøver ut nye digitale løsninger over Helsenorge-plattformen. Her foregår det meste digitalt: pasienter kan bestille time og resepter på internett, og det er lagt til rette for digital kommunikasjon

Jan Morten Engzelius.

med pasienter. Brev, henvisninger, sykkelmeldinger – alt sendes digitalt! Gjennom EPJ-løftet samarbeider fagfolk, EPJ-leverandører og det nye direktoratet for e-helse om å utvikle gode løsninger for blant annet elektronisk overføring av journaler, dialogmeldinger lege-lege, synonymordliste for labprøver, elektronisk multidose og verktøy for kontroll over medisinlister.

Legemiddelsamstemming

Legemiddelsamstemming var også hovedtema i innlegget til Harald Hauge, fastlege og praksiskoordinator i Bergen. Nå når sykehusene har tatt i bruk e-resept krever det økt oppmerksomhet og oppfølging fra både fastleger og sykehusleger. Når leger ikke forstår forskjellen mellom «legemidler i bruk» på sin egen skjerm og hva som ligger i reseptformidleren (RF), kan det føre til dobbeltforeskrivninger med fare for pasientsikkerheten. PKO Bergen har bidratt til en rekke møter med aktuelle aktører for å få avklart at det er et felles dugnadsarbeid å sørge for korrekte legemiddellister – det er ikke et ansvar for fastlegene alene. Og det å bruke e-resept er ikke nødvendigvis tidsbesparende, det er et verktøy som det tar tid å bruke. Hjertholm kom også med en klar oppfordring: «Dette MÅ vi kjøre dugnad på! Ellers kommer farmasøytene og alt blir bare rot...». Han la vekt på at det faktisk er gøy å få oversikt, at det gir en stor gevinst å ta seg tid til å gjøre gjennomganger, og at man etterpå kan kjenne på stolthet over å utføre godt legearbeid.



Jan Magne Linnsund presenterte hovedpoengene i akuttmeldingen, men fikk klar tilbagemelding fra salen, Vi trenger ikke flere veiledere eller rapporter, men flere fastleger.

Organisering og utvikling av PKO

Innledningsvis ble det avholdt et eget møte for praksiskoordinatorene der organiseringen og videreutviklingen av PKO var hovedtema. PKO-rådet som ble opprettet av sentralstyret i Legeforeningen i 2010, er av rådet selv foreslått nedlagt på grunn av liten aktivitet. Rådet har vært ledet av bl.a. Gisle Roksund og Torgeir Hoff Skavøy. Det som til nå har vært et PKO-arbeidsutvalg ble derfor gitt et mandat til å utgjøre den «Nasjonale PKO Arbeidsgruppen» som skal jobbe videre med utviklingen av PKO. Denne gruppa består av Trygve Kongshavn (Vestre Viken), Harald Hauge (Helse Bergen), Jan Morten Engzelius (Helse Sør-Øst) og Anita Husveg (Helse Nord). I tillegg har de knyttet til seg Odd Jarle Kvamme fra Stord som konsulent. Medlemmene ble oppnevnt på «Koordinator-møtet» i forkant av landskonferansen, og vil ha sitt første møte 2. november 2016.

Det ble også bestemt på dette møtet at tittelen «praksiskoordinator» skal byttes ut med «leder PKO». Senere holdt Jan Morten Engzelius et innlegg om PKOs organisering, dimensjonering og forankring. Engzelius er en regional PKO-leder i Helse Sør-Øst, en funksjon han er alene om å ha foreløpig. Et av hans forslag var at det må opprettes regionale PKO-ledere i alle regioner, samt et «interregionalt» (nasjonalt) PKO-nettverk med 1 representant i hvert RHF (regionale helseforetak) med kontak-



Petter Brelin.

flate mot de regionale samhandlingsdirektørene i de samme RHF-ene. For å få effekt av ordningen bør det være minst to praksiskonsulenter knyttet til hvert sykehus, i minst 20 prosent stillinger. Budskapet var at PKO kan gi mye for pengene, men at det må opp på et visst nivå før man ser effekten. I Norge er Vestre Viken et lokomotiv i PKO med hele 4,7 årsverk.

Avsluttende kommentar

Det har blitt stilt spørsmålstegn ved ordningens eksistensgrunnlag og organisering, sist ved en kronikk i *Tidsskriftet* nr. 16 2015 av Odd Jarle Kvamme, fastlege på Stord som regnes som ordningens «gudfar» i Norge. Han skrev at for å unngå at ordningen kun blir et talerør for sykehusene, er en revitalisering nå nødvendig. Ordningen har heller ikke har vært nevnt i et eneste oppdragsdokument fra departementet til de regionale helseforetakene, KS har vært likegyldig til ordningen, PKO er ikke tatt inn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak, og PKO ble heller ikke nevnt med ett

ord i den nye primærhelsetjenestemeldingen.

I 2014 ga imidlertid Dnlf ut en ny veileder for PKO, og signalene fra årets konferanse tyder ikke på at PKO står for fall. Tvert i mot er det mye som tyder på at PKO kan bli et sentralt verktøy for å oppnå intensjonene i samhandlingsreformen, selv om forankringen pr. i dag er svak. Ikke minst kan PKO sikre fastlegenes plass rundt bordet, ettersom de ikke er en part i avtalene som er inngått mellom helseforetakene og kommunene. Her var det spennende å høre om samhandlingsutvalget for fastleger (SUFF) som er etablert ved Østfold sykehus. Den største utfordringen som det blir pekt på er å dokumentere at PKO faktisk er til nytte, og i neste omgang utvikle ordningen slik at dimensjonering og organisering blir den noenlunde lik i alle helseforetak. Den nye ledergruppen for PKO har en utfordrende men spennende jobb foran seg! Kanskje kan PKO få sitt comeback, selv om den ble glemt av de som utformet samhandlingsreformen.

Båttur med reker på menyen i skjærgården.



Overforbruk av laboratorier

Er dette noe som fastlegen behøver

I denne artikkelen vil jeg drøfte på hvilken måte overforbruk av medisinske laboratorieprøver kan skje. I hovedsak konsentrerer jeg meg om medisinsk biokjemi og mikrobiologisk prøvetaking, men mye av det som nevnes har også gyldighet for andre laboratoriefag som f.eks. radiologi.

Hvorfor bry seg om overforbruk? Dette dreier seg ikke bare om å spare penger. Det finnes anslag som tilsier at ca 30 prosent av alle medisinske analyser er unødvendige, altså at de ikke får noen konsekvens for den det gjelder. Alle har vi et medisinsk faglig, etisk og økonomisk ansvar for bruk av de ressursene vi har til rådighet. Vi skal også være klar over at prøvetaking i en del tilfeller kan gjøre (i utgangspunktet) friske mennesker til pasienter, og påføre dem unødige lidelse og bekymringer.

Eksempler på overforbruk

- Prøvetaking uten indikasjon.
- Prøvetaking der det er minimal sannsynlighet for at håndteringen av pasienten vil bli påvirket.
- Prøvetaking der rekvisienten ikke har tilstrekkelige forutsetninger for å tolke svaret.
- Bestilling av flere prøver på en gang, der man kunne klare seg med færre prøver eller annen kombinasjon.
- Bruk av dyr analyse, der rimeligere prøver kan gi (nesten) like god informasjon.

- Bruk av blodprøve, der annen utredning (andre metoder, sykehistorie, kliniske funn) kan gi en god nok diagnose.
- Gjentakelse av tidligere prøve, eventuelt at man også rekvisierer en annen prøve for (nok en gang) å få bekreftet det man allerede har funnet. Når er nok nok? Hvor mange streker skal man ha under svaret?
- Unødig hyppig kontroll av kjent tilstand/sykdom.
- Gjentakelse av analyse, der svaret, når prøven er tatt en gang, vil være (nærmest) uendret, og eventuell variasjon neppe vil få noen klinisk relevans.

Kan medisinsk prøvetaking være skadelig?

Ingen prøver har 100 prosent sensitivitet og spesifisitet. Det vil alltid forekomme falskt negative og falskt positive prøvesvar. Hvilken sykehistorie og hvilke symptomer og tegn begrunner valget av analyse? Kan vi gjøre friske til syke, og kan vi påføre personer ubotelig skade ved å bestille en test? Rekvisierer vi en prøve i en populasjon med

lav pretestsannsynlighet, øker sannsynligheten for at et positivt testresultat representerer en falsk positiv.

Vi må være bevisst både biologisk og analytisk variasjon og referansegrenser. Statistisk vil 5 prosent av analysesvarene hos friske mennesker ligge utenfor referanseområdet. Referansegrenser er ikke det samme som grenser mellom frisk og syk.

Kan det i det hele tatt forsvares å ta noen prøver av «friske» mennesker? Er noen analyser «farligere» enn andre?

Vi får flere og flere personer med kroniske diagnoser (ikke nødvendigvis med aktiv symptomgivende sykdom) som både diagnostiseres og kontrolleres, og bruk av ulike laboratorieprøver i den sammenhengen har en viktig rolle. Det er da naturligvis viktig at vi bruker og tolker disse prøvene riktig, slik at vi verken under- eller overdiagnostiserer, med de konsekvenser det vil kunne få. Dette gjelder ikke bare prøver som sendes inn til annet laboratorium, men også prøver som gjøres på fastlegens kontor.

Tilstander som kan falle inn under dette er alt fra infeksjonssykdommer, leddsymptomer og -sykdommer, mistanke om og oppfølging av mangeltilstander (mineraler, vitaminer), endokrine sykdommer, økt risiko for, samt etablert hjerte/ karsykdom, oppfølging av kreftpasienter og psykiatriske pasienter.

Aktuelle prøver i nevnte sammenheng

Bakteriologiske dyrkningsprøver

Når er det nyttig å ta bakteriologisk dyrkningsprøve, og hvordan forholde seg til prøvesvaret?

Diagnosen infeksjon i allmennpraksis er en klinisk diagnose. Mikrobiologiske tester kan kun si noe om tilstedeværelse av agens. Økende bruk av bakteriologiske dyrkningsprøver kan medføre økt antibiotikabruk. Denne artikkelen dreier seg utelukkende om bakteriologisk dyrkning og ikke PCR-testing. Jeg vil her konsentrere meg om tre vanlige dyrkningsprøver i allmennpraksis; prøve fra nasofarynx, prøve fra sårsekret og overfladiske abscesser, samt urindyrkning.

Prøve fra øvre luftveier – nasofarynx

Det er sjelden indisert å ta prøve fra nasofarynx ved akutte, ukompliserte øvre luftveisinfeksjoner. Indikasjon kan være svært langvarige sinusittsymptomer, symptomer fra nedre luftveier ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), og der det foreligger svekket immunforsvar. Det er viktig å være klar over at den eller de bakteriene du får påvist ikke nødvendigvis er årsaken til pasientens sykdom. Både pneu-

mokokker, H. influenzae og Moraxella koloniserer hyppig slimhinnene i øvre luftveier, og et resistensskjema betyr ikke at pasienten må ha antibiotika. Velger du antibiotika, skal du velge det middelet med smalest profil. Moraxella skal sjelden antibiotikabehandles.

Prøver fra hudsår inkludert abscesser og brennkopper

Hudsår kan ha flere årsaker, de kan være traumatiske etter akutt skade, de kan være følge av trykk, eller være sirkulatorisk betinget (venøs eller arteriell svikt). For alle gjelder at områder uten intakt hud-

Prøver – riktigere bruk over å tenke på?

■ ARNE AARFLOT • Fastlege, Legekantoret på Tolvsrød og praksiskonsulent, Sykehuset i Vestfold

kan være CRP, Strep-A, urin stix og dyrkning, blodsukker og HbA_{1c} på fastlegens kontor, stoffskifte-, cøliaki-, vitamin- og lipidanalyser, tumormarkører, samt mikrobiologiske serologiske prøver og dyrkningsprøver.

Eksempler på diagnoser som personer kan risikere å bli påført ved feilaktig bruk av laboratorieprøver er streptokokkhalsbetennelse, urinveisinfeksjon, leddgikt, lungebetennelse, diabetes, D-vitaminmangel, lavt stoffskifte, prostatakreft, borreliose og hepatitt. Dessuten kan prøvesvar medføre ytterligere utredning og denne utredningen kan igjen medføre komplikasjoner med nedsatt livskvalitet og livslengde som konsekvens.

Stoler vi for mye eller alene på biokjemiske prøver kan resultatet bli riktig svar på feil spørsmål: En person kan godt være alvorlig syk med normale prøver. Faren er da at legen lar være å legge inn en alvorlig syk pasient fordi CRP, Hb og blodsukker er normalt.

Konkrete råd

Prøver på fastlegekontoret

Ta ikke CRP, Strep-A, dyrkning av urin eller sårsekret uten at det foreligger kliniske symptomer eller funn som sannsynliggjør infeksjon. Tenk alltid: På hvilken måte vil resultatet av prøvetakingen påvirke mine videre handlinger?

Prøver du skal ta sjeldnere

HbA_{1c} skal ikke tas oftere enn hver 2. måned. Anti-TPO behøver ikke kontrolleres hvis den én gang er funnet forhøyet, og det er ingen grunn til å følge med på utviklingen. Fritt T₃ er det bare grunn til å rekvirere ved mistanke om eller kontroll av hypertyreose. Ved klinisk stabil kjent hypotyreose er det tilstrekkelig å kontrollere TSH og FT₄ en gang årlig.

I forbindelse med statinbehandling, eller annen oppfølging av lipider der tilstanden er klinisk stabil, er det tilstrekkelig å følge total kolesterol, HDL og LDL en gang årlig. Om triglyserider også bør tas er svært uvisst, mange laboratorier krever da fastende pasient. Nyten av å intervenere på en forhøyet triglyseridverdi er omdiskutert.

PSA skal du aldri ta som ledd i en generell helsesjekk, den skal bare tas etter grundig overveieelse og samtale, der pasienten er grundig informert om mulige konsekvenser, og der også klinisk undersøkelse av pasienten inngår.

Måling av B₁₂-verdi har ingen nytteverdi hos pasienter som står på substitusjonsbehandling. Måling av vitamin D har sjelden noen nytteverdi, mange laboratorier melder at D-vitaminmåling er en av de hyppigst overforbrukte laboratorieprøver. Måling av ferritin bør foretrekkes fremfor TIBC/ jern.

ASAT har nesten ingen indikasjon lenger, men allikevel rekvirerer mange leger

den nesten automatisk sammen med ALAT.

Borreliaserologi skal ikke tas ved spørsmål om flåttbitt og ved ukomplisert erythema migrans. Ved spørsmål om Hepatitt B-status: Der det foreligger positiv HBs-antistoff og HBe-antistoff etter tidligere kjent gjennomgått hepatitt, er kontroll så godt som aldri nødvendig hos immunkompetente individer. Urin dyrkning er som regel ikke indisert ved ukomplisert nedre urinveisinfeksjon.

Hva styrer vår prøvetaking? Neppe bare medisinsk faglige overveieinger. Pasientenes krav og forventninger og frykten for å overse alvorlig sykdom påvirker også våre handlinger. I forbindelse med legemiddelbehandling har legemiddelprodusentene lagt inn anbefalinger i Felleskatalogen både om hyppighet av og hvilke prøver som skal tas når pasienten kontrolleres. Er disse anbefalingene vitenskapsbasert? Jeg har ikke noe svar på det.

Økonomiske faktorer kan også spille inn. Analyser koster, men kan også representere inntektskilde både for rekvirent og laboratorium. Burde alle analyser være priset på rekvisisjonen?

Medisinsk-biokjemiske og mikrobiologiske prøver er uunnværlige hjelpemidler i det daglige kliniske arbeid, som riktig brukt sørger for rask og korrekt diagnostikk og reduserer risikoen for overbehandling og overdiagnostikk.

■ ARNE.AARFLOT@ONLINE.NO

dekning raskt blir kolonisert av bakterier der de vanligste er hvite stafylokokker. Gule stafylokokker forekommer også svært hyppig. At det danner seg puss i et sår er også mer regel enn unntak. Det er nok ikke nødvendig å ta bakteriologisk prøve dersom det ikke er andre infeksjonstegn som feber, nedsatt allmenntilstand, intens lokalreaksjon i eller omkring såret, høye infeksjonsparametre eller sirkulasjonssvikt. Laboratoriet vil som regel bare rapportere funn av bakterier som vurderes som patogene eller mulig patogene, og ikke funn av normalflora. Men selv om gule stafylokokker påvises, betyr det slett ikke at pasienten skal ha systemisk antibiotikabehandling. Lokal behandling er ofte tilstrekkelig.

Bakterier i urinen – venner eller fiender?

Når er det indisert å ta bakteriologisk dyrkning av urin? Ved klinisk typisk akutt ukomplisert cystitt hos yngre ikke gravide kvinner er det som regel ikke nødvendig med dyrkningsprøve. Mye tyder også på at akutt cystitt i de fleste tilfeller er en selvhelbredende tilstand som kanskje like gjerne kan behandles symptomatisk med smertestillende. Dyrkningsprøve kan være aktuelt ved uklare symptomer, feber av ukjent årsak, eller symptomer på øvre urinveisinfeksjon. Urindyrkning er obligatorisk ved mistanke om urinveisinfeksjon hos barn, menn og eldre (> 60 år). Urindyrkning kan gjerne kombineres med stix, dessuten er det en del av oss gamle som ikke har glemt hvor nyttig mikroskopi er i diagnostikken. Kronisk

(asymptomatisk) bakteriuri forekommer hos en til to prosent av jenter i førskolealder, økende til seks til ti prosent hos eldre kvinner. Det finnes ingen dokumentasjon på nytte av å oppdage eller behandle asymptomatisk bakteriuri hos noen pasientgrupper, uansett alder, med unntak av gravide, barn med refluksproblematikk og urologiske pasienter. Antibiotikabehandling av asymptomatisk bakteriuri, vil svært ofte resultere i at man bare bytter ut en relativt lavvirulent mikrobe med en sintere, med et mer ugunstig resistensskjema. Kateterpasienter vil alltid ha bakterier i urinen, og skal ikke ha antibiotika med mindre de har allmennsymptomer som antas å kunne skrive seg fra urinveiene (urosepsis, pyelonefritt).

ARNE AARFLOT

En nyttig bok om formidling og publisering (fortsatt)



Magne Nylenna
Publisere & presentere
 Medisinsk formidling
 i teori og praksis
 Gyldendal Akademisk
 Bokmål
 2. utgave 2015
 264 sider
 ISBN/EAN: 9788205490123

Da denne boka kom ut første gang i 2008 fikk den svært god mottakelse her i *Utposten*, og ble beskrevet som en gledelig nyhet til alle som driver med medisinsk formidling i skrift eller tale. Det er ingen grunn til å konkludere noe annerledes i denne anmeldelsen, bortsett fra at forfatteren kanskje ikke helt har tatt inn over seg at vi lever i en ny digital hverdag. Dette er en nyttig og god bok som kan passe inn i mange bokhyller - også ute i kommunene.

Boka *Publisere og presentere* av Magne Nylenna ble utgitt første gang i 2008. Denne nye utgaven på 262 sider er gitt ut på Gyldendal forlag, og kan med sitt passende format og soft-back leses både i senga og på bussen. Boka er enkelt illustrert med en del humoristiske tegninger og tabeller, og nøkkelpunkter innrammet i grønne bokser bidrar til å gjøre boka lettlest. Nylenna oppgir i forordet at målgruppa for boka er

leger og annet helsepersonell «som ved en eller annen anledning skal skrive student- eller masteroppgaver, publisere vitenskapelige artikler eller holde foredrag».

Jeg leser boka ved å hoppe fra kapittel til kapittel, og den overrasker meg positivt med et stort spennvidde i tema og innhold. Boka har to hoveddeler; teori og praksis. I teoridelen blir vi introdusert for hvorfor det er viktig med formidling og publisering, teorier rundt skrift og tale, fakta om det historiske tidsskrift og publiseringsteknikk. Vet du f.eks. hva impaktfaktor eller peer review betyr? Forstår du deg på massem medias tilnærming til helsestoff? Vet du hva som er krav til en originalartikkel i et tidsskrift, eller hva som egentlig kjenner seg en god doktoravhandling? Er du kjent med IMRAD-strukturen? I praksisdelen av boka vil de fleste kunne finne nyttige tips til artikkelskriving, hvordan skrive på engelsk, utvikling av manuskript til artikler, arbeid med doktorgradsavhandlingen, skrive gode møtereferater, bokomtaler, kronikker m.m. Det er egne kapitler også for muntlig formidling, bruk av powerpoint og det å lage postere. Her vil de fleste kunne finne nyttige tips, til og med til konfirmasjonstalen.

Fagformidling er en viktig del av hverdagen for alt helsepersonell, og behovet for slike bøker er udiskutabelt. Dette er en bok som favner bredt, og som toucher innom mange matnyttige temaer, uansett om du er kliniker, samfunnsmedisiner, student eller forsker. For meg ble dette ei bok av typen «hvorfor har jeg ikke skaffet meg denne tidligere»-bok. Det jeg savner er mer kjøtt på det digitale beinet - det vil si et fylligere kapittel om hvilke muligheter og utfordringer vi har fått gjennom «gamechangeren» sosiale medier og bloggformatet som mange fagfolk allerede har tatt i bruk på ulikt vis. I boka har Nylenna begrenset dette til et kapittel om internett på knappe to sider, men peker allikevel på at dette vil være sentralt i årene som kom-

mer: «Utviklingen av nettbruk har gått utrolig raskt, og kombinasjonen av nettpublisering og sosiale medier vil ganske sikkert skape nye muligheter for interaktivitet».

Det å formidle og publisere sine resultater bør ikke være viktig bare på universiteter og i helseforetak, men også i den alminnelige hverdagen ute i primærhelsetjenesten. Kunnskapsløft i kommunene er et av satsingsområdene i HelseOmsorg21, og kommunene gjør ingen stor feil om de skaffer denne boka til sine ansatte. Det samme gjelder for alle samfunnsmedisinere og allmennleger som ønsker å bidra til kunnskapsutvikling på sine arbeidsplasser.

Jeg vil derfor anbefale denne boken til *Utposten* sine lesere på det varmeste. De som skal høre på de neste foredragene deres kommer også til å være takknemlige for det!

DAG-HELGE RØNNEVIK
Utpostens redaksjon



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Eyr

– portrett av et tidsskrift

Magne Nylenna og Øivind Larsen

Eyr – portrett av et tidsskrift

Michael, 2015; 12: Supplement 17.

222 s, tab, ill.

Pris: gratis for medlemmer av Michael
ISBN 978-82-92871-89-8

Det ble ikke lesing av krim denne sommeren heller. I stedet leste jeg en bok som har ligget på nattbordet en stund. Det ble en spennende reise for meg, mer spennende enn jeg trodde før jeg begynte å lese. Allerede innledningsvis stiller forfatterne Magne Nylenna og Øivind Larsen et interessant spørsmål: Bidro det første, norske tidsskriftet *Eyr* både til å skape en nasjonal, norsk medisin og til å utforme en spesifikt norsk legerolle? Dette spørsmålet blir besvart på bokens siste side, men først tilbyr forfatterne oss noen smakebiter av europeisk historie, norsk historie og selvsagt medisinsk historie:

Fra de første tidsskriftene ble etablert på 1600-tallet har de vært viktige for medisinsk kunnskapsformidling, men mange av tidsskriftene hadde kort levetid og forsvant med sine redaktører. *Eyr* ble etablert så tidlig som i 1826, noe som beskrives som bemerkelsesverdig. At et norskspråklig tidsskrift så dagens lys allerede den gang var imponerende fordi Norge var en ung nasjon med et ferskt medisinsk fakultet og kun 120 leger. Helsetjenesten var dårlig utbygget da professorene Michael Skjeldrup (1769–1852) og Frederik Holst (1791–1871) lanserte *Eyr, et medicinsk tidsskrift*. Valget av navnet *Eyr*, etter den norrøne gudinnen for legeskunsten, beskrives som originalt. Lite kan dokumenteres om hvem som tok initiativet til tidsskriftet, og vi vet heller ikke mye om hvordan tidsskriftet ble dannet og drevet, men tidsskriftet sprang ut fra den legeggruppen som i 1826 dannet det medisinske leseselskapet i Christiania – forløperen til Det norske medisinske selskab. Redaktørene hovedutfordringer var å rekruttere abonnenter og innhente faglige bidrag – problemstillinger som dagens

Utposten-redaksjon kjenner seg godt igjen i. Etter 11 årganger på 12 år og 43 hefter opphørte tidsskriftet i 1838.

I boken viser Nylenna og Larsen eksempler fra de ulike årgangene – dette er meget spennende lesning. Allerede i første bind kan man finne *Eyrs* første samfunnsmedisinske bidrag; en artikkel om evaluering av helsetjenesten. Artikkelen formidler en diskusjon om kvalitetsvurderinger av legearbeid og problematisering av utfallsmål. Mange kliniske emner omtales; inngrodd negler, behandling av stamming, lepra, behandling av «vandskræk», og ikke minst kolera – et emne som etter hvert fikk stor plass i tidsskriftet. Det ser også ut til å ha foregått en debatt allerede i 1831 om utenlandske leger i Norge. Interessen for det kuriøse er også tilstede og det er flere beskrivelser av ulike «misfostre». Forfatterne har i tabells form listet opp en rekke kasuistikker som ble publisert i tidsskriftet. Også dette er spennende lesning sett med dagens øyne.

Boken er rikt illustrert og både tekst og bilder levendegjør en medisinsk historie i alle fall jeg kjente jeg ikke var familiær med. Utover i boken ble jeg nysgjerrig på hva Nylenna og Larsen ville svare på det innledende spørsmålet de hadde stilt, selv om teksten i boken vel egentlig ga meg svaret etter hvert som jeg leste. Forfatterens konklusjon var at de mente å få bekreftet antagelsen om at *Eyr* hadde en sentral posisjon som oppdaterende lesestoff for norske leger og for andre som måtte interessere seg for aktuelle medisinske spørsmål. *Eyr* hadde stor bredde og en klar samfunnsprofil, skriver de to, og de faglige diskusjonene som både ble referert og av

og til ført i *Eyr* bidro til å utvikle denne vitenskapen videre med konsekvenser for praktisk medisin. Konklusjonen er derfor at *Eyr* bidro til å utforme en nasjonal medisinsk verden der hensynet til samfunnet var til lagt stor vekt.

Dette er en lettlest og tankevekkende bok på rundt 200 sider som gir et innblikk i tidsskriftenes plass i medisinsk utvikling. Den kan leses fra perm til perm eller man kan lese små biter av gangen. Særlig spennende syns jeg eksemplene fra de ulike årgangene er. Flere temaer er velkjente også fra dagens diskusjon. Les selv!

MONA SØNDENÅ
Utpostens redaksjon



Jord, eld, luft og vatn

Livet fører oss inn i uventa situasjonar. Ved operasjonsbordet eller sjukesenga, bak rattet eller på ski i fjellet, brått og uventa kan vilkår skifta, kontrollen rakna. Fagkunnskap og «føre var»-tenking kjem til kort. Ei rask og uoversikteleg avgjerd må til, det kan enda med katastrofe eller meistring. Avstand mellom tap og siger er kort. Krisa møte meg, med fare og von på same tid. Det gjekk ufortent godt, angsten etter episoden løyste seg opp i avklara lette.



MATROSEN HAR NETT KASTA LOSS, tampane er skværa opp. Dokterbåten jagar over fjorden med kvitsjøen etter seg, maskinane rister og brøler. Inne i styrehuset sit kapteinen over instrument som gløder, grønt nett som morelden bak oss i kjølvatnet. Han stirer ut i mørkret etter andre båtar, over fjorden, mot øyane og inn sunda. Ein tynn lysande strek sveiper over radarglasaset og teiknar kartrelieffet. Eg informerer lågmælt om oppdraget. Gunnar har snakka usamanhengjande og sagt rare ting. «Du må koma, Bråtveit!» naudbad mor i telefonen.

Me finn han ved ventebua på kaien. For-eldra er gått heim, dei litar på legen. Det er seine kvelden, overskya og mørkt. Ei lykt høgt i ein stolpe kastar gult lys over kaiutstikkaren og bortover svarte sjøen. Ei anna lykt lyser over ventebua. Båten med sitt mannskap vert liggjande til kaien.

EG GÅR FRAM og helsar på han. Me set oss på kvar vår stein og snakkar. Samtalen er springande. Tida går, motoren på båten er stogga, mannskapet ventar. Fleire emne interesserer Gunnar. Røvaren på krossen vert diskutert ei tid. Det går ein time, mest to. Eg forstår at eg ikkje kan gå frå han her. Logikken og talemåtane heng ikkje i hop. Så avsluttar eg etterkvart samtalen. «Me må reisa til sjukehuset i Stavanger», seier eg, «ver grei og kom med oss i båten».

Så er det alle desse papira som må til, mi eiga undersøking og konklusjon; «Begjæring om innleggelse i Psykiatrisk sykehus», tutorerklæring. Så telefon til sjukehus for å klarera innlegging. Eg lyt inn i båten og set i gong med penn, papir og telefon. Mannskapet vert informert, stillinga forklart. Det eine brevet er ferdig og falda saman i brystlomma. Det er ingen å finna nå midnatts bel som kan underskriva tutorerklæ-

ring. Så ser eg Gunnar gå seint og målretta utetter kaiutstikkaren langs båtsida.

Matrosen ropar: «Han har hoppa på sjøen!».

Eg kjem meg ut og spring frampå kaien. I ytre omkrins av lyskjegla, i svarte sjøen, ligg han med ryggen opp. Armane og føtene spriker ut, hovudet er under vatnet. Skal han gjera ende på seg rett opp i augo mine? På mi vakt? Det må ikkje skje! Ingen andre gjer teikn til å setja inn støytet. Etter eit par sekund er situasjonen klar og mine alternativ er enkle: skal, skal ikkje. Sukket strekker seg frå mi vanmakt mot ei Allmakt. Med iskald tanke, brennande sinn og fred i sjela forlet eg skoa og det trygge underlag, stupar gjennom lufta og bryt ned i kaldt, mørkt vatn. Aktivierungsrusen dempar inntrykket av væte og kulde, eg minnest surklelydane, susinga og den mørke sjøen med lampeljoset over, glitringa på og under sjøen. Etter at eg bryt opp gjennom yta lyt eg ta nokre symjetak til før eg er framme. Til alt hell flyt han på kleda ennå. Eit par skohælar og eit uformeleg jakkeflak ligg framom meg.

Eg triv han i eine foten og dreg til. Han reagerer med å koma opp med hovudet, ser meg rett inn i augo.

I AUGO HANS, eit glimt av overrasking og undring, men også av noko skræmmande. Er han sinna eller redd? Stokken grip i bryttet, skal me brytast her? Er dette augneblinken mellom tid og æve? Skal me femna einannan i angst, saman søkkja ned i mørket, brestande bobler i yta ei siste helsing?

Eg må ta føringa, og seier så stødig og trygt eg kan at han må vera med til lands att. Han nøler, mest som han har vakna frå noko forunderleg. På ny oppmodar eg han: «Ver grei å kom med meg til lands». Så startar han symja med tunge, nølande tak fram

mot kaien, eg prøver støa og skuva han frametter. Kjell har funne redningsstonga. Gunnar vert fanga opp i metallbogen, Kjell dreg oppover, eg skuvar det eg maktar frå undersida. Trass i dei tunge tak minnest eg berre lette, eg har fått han til kaien, faren er nærast over! Sidan halar eg meg oppetter gamle svarte bildekk opp på kaien. Han går som i døs inn i båten. Dører vert lukka, fortoyngane løyste. Skroget vibrerer, blåsara- ne kvin, motorane bles diselrøyk over propellvatnet. Baugen svingar ut frå kaien og rundar neset og fyrlykta. Kursen er sett mot Stavanger.

Me to karane er klissvåte, berre skoa mine stod att turre på land. Innleggingppira har vore med på symjeturen.

DET VART IKKJE SNAKKA særleg på reisa. Ei tid stogga tankane opp. Så starta prisen å gå, stemninga, stupet, vatnet, tanken på andre moglege utfall. Kjenslene veksla mellom lette over utfallet og til sinne, nå som vikar for angsten. Kleda turka litt i senn på kroppen. Matrosen hadde justert opp varmen. Dampen av oss dogga vindaugo.

Ambulansen stod på kaien. Båe vart med opp til sjukehuset.

På samtalerommet sat sidan to våte karar og såg på einannan. Etter kort tid kom psykiatrisk sjukepleiar. Ho tok mot informasjonen sakleg og liketil. Då det klissblaute innleggingsskrivet vart hala opp or brystlommen og bretta varsamt ut på bordet, vart det stille ei tid.

Eg fekk reisa heim. Han laut vera att.

Formalia var mangelfulle, fylkeslegen tilgav.

Namnet er fiktivt.

ASLAK BRÅTVEIT
Allmennlege. Sjukeheimslege på Finnøy
aslak.bratveit@gmail.com

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

Nærhet

Lyrikk har alltid betydd veldig mye for meg. Helt siden min farfar i min barndom deklamerte A. O. Vinje, Jakob Sande eller Olav H. Hauge med buldrende vestlandsrøst har jeg hatt mye glede av den norske diktskatten. De senere årene har flere utenlandske lyrikere sneket seg inn. Diktet jeg har valgt å dele med dere har fått en spesiell plass i hjertet mitt.

Da min mann i fjor ble diagnostisert med langtømmet kreft var det ikke boken «1000 ting å gjøre før du dør» vi lette etter, men de nære, enkle tingene. En varm hånd, et smil, sitte sammen og se silhuettene av fjellene bli tydeligere og tydeligere en klar høstkveld. Det var som om tiden utvidet seg, og hjertet med. Slik også med dette diktet av Carolyn Elkins.

What We Knew

At times we feel the need to go back
to plain things. To stones, earth,
grass, wind. To things we have known
a long time, to what we knew
when what filled the hours was dirt
and a few sticks, a pile of leaves
or some thin, white bones
from a long-dead bird.
The huge rock near the creek
was not too hard to lie on then
and the sun on bare skin felt warm.
We did not feel the press of time
as we do now. The world seemed firm
and real, and life was slow, and long, and good.

Jeg utfordrer Tone Smith-Sivertsen.

CHRISTINE NITTER



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

Osteoporosemidler

Brudd gir økt sykkelighet i befolkningen, er smertefullt for pasientene og for noen betyr det at de ikke lenger kan være selvhjulpne. Det første året etter et hoftebrudd er det opptil 20 prosent overdødelighet blant pasientene, hovedsakelig på grunn av svekket helse allerede før bruddet (1). Her gjennomgås aktuell osteoporosebehandling i Norge med utgangspunkt i Behandlingsveileder for menn og kvinner $\geq$ 50 år med lavenergi-brudd fra Norsk ortopedisk forening fra 2015. Artikkelen begrenses til alendronat, zoledronat, denosumab og teriparatide. Behandling med kjønnsormoner omtales ikke her.

Adekvat nivå av kalsium og vitamin D må ligge til grunn for all osteoporosebehandling. Ifølge behandlingsveilederen er førstevalget bisfosfonatet alendronat (Alendronat, Fosamax) 70 mg administrert peroralt én gang ukentlig. Ved gastrointestinale bivirkninger eller vansker med administrasjon kan intravenøs behandling med zoledronat (Aclasta, Zoledronsyre) 5 mg gis én gang årlig. Det samme gjelder ved hoftebrudd. Bisfosfonatbehandling forutsetter god nyrefunksjon og at hypokalsemi er utelukket. For pasienter med dårlig nyrefunksjon (eGFR $<$ 35 ml/min) anbefales i stedet antistoff mot reseptoraktivator av nukleær faktor kappaB-ligand (RANKL), denosumab (Prolia). Denosumab gis som subkutan injeksjon på 60 mg én gang hver sjette måned. Ved manglende effekt er tredjevalget paratyreoideahormon (PTH)-analogen teriparatide (Forsteo), med daglige, subkutane injeksjoner på 20 mikrogram (2).

Kalsium og vitamin D

For å sikre et adekvat nivå av kalsium og vitamin D ved osteoporosebehandling, anbefales tilskudd av kalsium- og/eller vitamin D. Ved hypokalsemi skal kalsium, ifølge behandlingsveilederen, doseres med minimum 500 mg daglig til pasienter under 75 år og minimum 1000 mg daglig til pasienter over 75 år. Hypokalsemi defineres som total kalsium i serum eller plasma under 1,15 mmol/L, etter korrigering for serum-albumin. Ved tilstander der total-kalsium ikke kan forventes å gi et pålitelig uttrykk for konsentrasjonen av fritt kalsium, må fritt kalsium måles i stedet (i hovedsak ved tilstander med endret konsentrasjon av serum-albumin eller ved syrebaseforstyrrelser). Vitamin D gis i doser på henholdsvis 400 og 800 E/døgn til pasienter under og over 75 år. Man bør tilstrebe 25-OH-vitamin D (kalcidiol) i serum mellom 75–100 nmol/L for å sikre optimal bruddtilheling, men dokumentasjonen for dette er svak (2). Optimalt nivå for 25-OH-vitamin D oppgis som både over 60 nmol/l (3) og 50–75 nmol/l (4). Verdiene må kontrolleres ved tilskudd. Det er angitt økt dødelighet ved forhøyede 25-OH-vitamin D over 125 nmol/L (5). Kalsium og vitamin D alene øker ikke bentettheten (BMD), men brukes sammen med osteoporosemidler.

Bisfosfonater

Siden perorale bisfosfonater absorberes dårlig i utgangspunktet (1–2 prosent) og har en lav biotilgjengelighet (0,64 prosent), bør måltid og inntak av væsker annet enn vann og andre legemidler unngås de første 30 minuttene etter inntak. Bisfosfonater har kort halveringstid i blod, men en lang biologisk halveringstid på omtrent 10 år da 50 prosent inkorporeres i bein. Det foreligger ingen kjente metabolske interaksjoner mellom bisfosfonater og andre legemidler. Bisfosfonater skilles ut umetabolisert via nyrene, og ved kronisk nyresvikt skal infusjonsbehandling unngås. Ved en glomerulær filtrasjonsrate (GFR) $<$ 35 ml/min bør ikke bisfosfonater benyttes uansett. Aminobisfosfonater som har en nitrogenforbindelse i sidekjeden, har økt antiresorptiv virkning sammenlignet med bisfosfonater uten nitrogenforbindelse. Den andre sidekjeden til karbonatomet mellom fosforatomene avgjør affiniteten til beinsubstansen. Bindingen til beinsubstansen er av betydning for langtids effekten av de ulike bisfos-

fonatene, og er sterkest for zoledronat, etterfulgt av alendronat (6). Bisfosfonater tas opp av osteoklastene, og hemmer deres aktivitet og fremskynder osteoklastenes apoptose. Dette bremser beinomsetningen. Både alendronat og zoledronat har vist effekt på osteoporose ved å redusere beintap og risiko for frakturer (7, 8). Zoledronat er vist å ha effekt i tre år etter én enkelt injeksjon (9).

En Cochranegjennomgang fra 2008 konkluderer med at alendronat reduserer relativ risiko (RR) for lårhalsbrudd med 40 prosent og vertebrale frakturer med 45 prosent sammenlignet med placebo (10). Zoledronat reduserer RR for lårhalsbrudd med omtrent 40 prosent og med omtrent 60 prosent for vertebrale frakturer sammenlignet med placebo (11).

Alendronat bør ikke gis til pasienter med sykdommer i øvre gastrointestinaltraktus som kan forhindre passasje og der ved gi økt risiko for øsofaguserosjon. Dyspepsi og lette gastrointestinale bivirkninger samt muskel- og skjelettsmerter er vanlige bivirkninger av alendronat peroralt. Tabletten skal svelges stående, med minst 200 ml vann. Sengeleie unngås etter inntak, for å forebygge øsofaguserosjoner og gastritt, som angis som mindre vanlige bivirkninger (7). Ved intravenøs administrasjon av zoledronat er nedsatt nyrefunksjon en vanlig bivirkning, mens akutt nyresvikt er mindre vanlig og er sett ved rask infusjon av en høy dose. Om lag en fjerdedel av pasientene får i forbindelse med den første infusjonen et influensalignende sykdomsbilde med feber og muskelverk. Symptomene avtar ved senere infusjoner. Atrieflimmer ble observert i én randomisert kontrollert studie (RCT) med en frekvens på 2,5 prosent for zoledronat mot 1,9 prosent ved placebo, men er ikke observert i andre studier med zoledronat (4, 8).

Atypisk femurfraktur, tretthetsbrudd subtrokantært eller i diafyse, er en sjelden bivirkning av bisfosfonater ved osteoporose, og identifisert i erfaringer etter markedsføring (7, 8). For bisfosfonater er num-

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyer 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.

ber needed to harm 2000 behandlingsår for én atypisk femurfraktur (12). Osteonekrose i kjeven (ONJ) er en sjelden bivirkning av bisfosfonater ved osteoporose, estimert på grunnlag av relevante kliniske studier for alendronat, mens frekvensen oppgis som ikke mulig å estimere ut ifra tilgjengelige data for zoledronat (7, 8). De fleste rapportene om ONJ omhandler pasienter med kreft, som blir hyppig behandlet med store doser intravenøse bisfosfonater. God tannhygiene holder for pasienter uten kreftsykdom, men det er ingen ulempe å gjøre unna tannbehandling før eller i løpet av de første seks månedene av behandlingen.

Bekymring for disse to sjeldne bivirkningene bør ikke hindre behandling der osteoporosebehandling er indisert, da behandlingseffekten er godt dokumentert og nytte-risikovurderingen uten tvil går i nytens favør. Forebygging av atypisk femurfraktur og ONJ gjennom behandlingspauser er ikke tilstrekkelig undersøkt, men man kan ikke utelukke at en behandlingspause kan være gunstig etter fem år med alendronat og etter tre år med zoledronat hos pasienter med lav bruddrisiko på det tidspunktet. Behandlingspauser på ett til tre år og regelmessige kontroller har blitt foreslått hos pasienter med høyere bentetthet enn før behandlingsstart uten bruddforekomst under behandlingen (13).

Før oppstart med bisfosfonater bør 25-OH-vitamin D, kalsium, kreatinin med eGFR og fritt tyroksin (FT4) måles. Ved kronisk nyresvikt gis bisfosfonater i lavere dose og frekvens og infusjonsbehandling unngås. Ved infusjonsbehandling er det viktig å sørge for god hydreringstilstand i forkant. Samtidig bruk av nefrotoksiske legemidler bør unngås og eGFR < 35 ml/min og hypokalsemi bør utelukkes.

Denosumab

Denosumab er et humant, monoklonalt antistoff mot RANKL. RANKL dannes i osteoblaster, og bidrar til modning av forløpere til og aktiverer osteoklastene. Denosumab hemmer osteoklastenes modning og vekst ved å binde seg til og hemme RANKL. Denosumab har en biotilgjengelighet på 78 prosent etter administrering av en enkelt dose subkutan. Halveringstiden er omtrent 26 dager, behandlingseffek-

ten omtrent seks måneder, og beinmarkører er tilbake til utgangsnivå etter omtrent ni måneder. Denosumab brytes ned til små peptider og individuelle aminosyrer, og nedbrytningen ser ikke ut til å være avhengig av lever- eller nyrefunksjon. Det foreligger ingen kjente interaksjoner mellom denosumab og andre legemidler.

Denosumab reduserer RR for lårhalsbrudd med 40 prosent og for vertebrale brudd med 68 prosent sammenlignet med placebo (6). Effekten ved behandling av postmenopausal osteoporose ble undersøkt i Freedom-studien der utgangspunktet var T-score < -2,5 og ikke < -4,0 i rygg eller hofte. 7808 kvinner ble randomisert til denosumab eller placebo. I løpet av tre år ga denosumab 60 mg hver sjette måned en relativ risikoreduksjon på 68 prosent for vertebrale frakturer og 20 prosent for ikke-vertebrale frakturer mot placebo. Denosumab økte BMD i lårhalsen med 5 prosent i den samme perioden. Forfatterne konkluderer med at tidligere studier kan ha underestimert betydningen BMD-økning kan ha for frakturrisikoen, eller at denne sammenhengen kan være unik for denosumab (14). Mens BMD holder seg på et stabilt nivå i opp til tre år etter seponering av bisfosfonater, får man et relativt raskt fall til utgangsverdiene ved seponering av denosumab (9, 15).

Muskel- og skjelettsmerter er sammen med forstoppelse og urinveisinfeksjon vanlige bivirkninger av antistoff mot RANKL. Sjeldne bivirkninger som atypisk femurfraktur og osteonekrose forekommer, som for bisfosfonater, ofte ved behandling av kreftpasienter (ved bruk av denosumab 120 mg (Xgeva)). Alvorlige tilfeller med hypokalsemi er rapportert, og kan oppstå når som helst under behandlingen med denosumab. Hypokalsemi må korrigeres med tilstrekkelig inntak av kalsium og D-vitamin før behandlingen igangsettes (16, 17).

Teriparatide

Teriparatide er en analog til den aktive delen av PTH, stimulerer til nydannning av bein og innebærer et nytt behandlingsprinsipp. Biotilgjengeligheten er 95 prosent ved subkutan administrasjon. Det antas at teriparatide metaboliseres i leveren. Halveringstiden er én time ved subkutan tilførsel. Teriparatide utskilles via nyrene, og skal unngås ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Rekombinant humant PTH er et kjempemolekyl med en effektiv anabol virkning. PTH er den viktigste regulator av kalsium- og fosfatmetabolismen i ben og nyrer. Kalsium utskilles under innflytelse av PTH i distale tubuli, og økt aktivitet av

PTH øker reabsorpsjonen av kalsium. PTH øker også kalsiumfrigjøring fra skjelettet via økt osteoklastaktivitet. Indirekte øker PTH kalsiumabsorpsjonen i tarm ved å stimulere syntesen av 1,25-OH-vitamin D i nyrene. En tidsbegrenset eksponering for PTH vil aktivere osteoblastene mer enn osteoklastene. Daglige injeksjoner med teriparatide gir en nettoeffekt av stimulering av ny beindannelse og økt bentetthet. Det kan se ut til at bisfosfonater til en viss grad hemmer effekten av PTH. Legemidlene bør derfor brukes hver for seg. En eventuell hyperkalsemi kan øke faren for digitalisintoksikasjon, men ellers foreligger det ingen andre kjente interaksjoner (18–20).

Teriparatide har vist signifikant reduksjon i forekomsten av vertebrale og non-vertebrale frakturer hos postmenopausale kvinner, men man har ikke sett signifikant reduksjon av hoftefrakturer. Etter 19 måneders (median) behandling med teriparatide økte BMD i lumbalområdet og hofte med henholdsvis 9 prosent og 4 prosent sammenlignet med placebo ($p < 0,001$). I løpet av 18 måneder (median) etter seponering av teriparatide ble det påvist en reduksjon på 41 prosent ($p = 0,004$) i antall pasienter med minimum en ny vertebral fraktur sammenlignet med placebo (19).

Bivirkninger som økt nivå av kalsium og urinsyre i serum er vist, men ingen økt forekomst av nyresten eller urinsyregikt. Vanlige bivirkninger av teriparatide de første to-tre ukene er kvalme, hodepine, svimmelhet og leggkramper. Den godkjente norske preparatomtalen (SPC) angir ekstremitetssmerter som en svært vanlig bivirkning, og depresjon og dyspne som vanlige bivirkninger (18, 19). Osteosarkomer er sett i dyrestudier, og teriparatide skal unngås til pasienter med økt risiko for osteosarkom (21). Teriparatide er dyrt og ikke førstevalg (20). Teriparatide benyttes i maksimalt to år, og kun én gang i livet. Dersom oppstart med teriparatide vurderes, bør pasienten henvises til spesialist i endokrinologi eller revmatologi (1).

Oppsummering

- Bisfosfonat (alendronat, zoledronat) er førstevalg ved osteoporose hos menn og kvinner ≥ 50 år med lavenergibrudd
- Ved risiko for øvre gastrointestinalsykdom og ved hoftebrudd velges zoledronat
- Ved eGFR < 35 benyttes i stedet denosumab
- Teriparatide stimulerer beinnydanning, men er kostbart

Ingen interessekonflikter/bindinger til legemiddelindustrien

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Beinskjørhet og brudd – fakta om osteoporose og osteoporotiske brudd. <https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjoerhet/> (Oppdatert: 22. februar 2015).
2. Faggruppe for osteoporose og benhelse, Norsk ortopedisk forening. Behandlingsveileder for menn og kvinner ≥ 50 år, med lavenergibrudd. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-ortopedisk-forening/> (Publisert: oktober 2015).
3. Ross AC, Manson JE. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96 (1): 53–8.
4. Norsk elektronisk legehåndbok. Osteoporose. <http://www.legehandboka.no/> (Sist endret: 10. mars 2015).
5. Nasjonal brukerhåndbok i medisinsk biokjemi. Vitamin D, P. Versjon 1.1. (Sist oppdatert: 15. juli 2015).
6. Syversen U, Halse JI. Bisfosfonatbehandling av osteoporose og andre skjelettsykdommer. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 244–7.
7. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Fosamax. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 17. juni 2016).
8. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Zoledronsyre. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 6. juni 2016).
9. Black DM, Reid IR et al. The effect of 3 versus 6 years of zoledronic acid treatment of osteoporosis: a randomized extension to the HORIZON-Pivotal Fracture Trial (PFT). *J Bone Miner Res.* 2012; 27 (2): 243–54.
10. Wells GA, Cranney A et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1. Art. No.: CD001155.
11. Serrano AJ, Begona L et al. Systematic review and meta-analysis of the efficacy and safety of alendronate and zoledronate for the treatment of postmenopausal osteoporosis. *Gynecol Endocrinol* 2013; 29 (12): 1005–14.
12. Schilcher J, Michaëlsson K. Bisphosphonate Use and Atypical Fractures of the Femoral Shaft. *N Engl J Med* 2011; 364: 1728–37.
13. Anagnostis P, Stevenson JC. Bisphosphonate drug holidays – when, why and for how long? *International Menopause Society, Climacteric* 2015; Early online: 1–7.
14. Austin M, Yang YC et al. Relationship between bone mineral density changes with denosumab treatment and risk reduction for vertebral and nonvertebral fractures. *J Bone Miner Res* 2012; 27 (3): 687–93.
15. Bone HG, Bolognese MA et al. Effects of denosumab treatment and discontinuation on bone mineral density and bone turnover markers in postmenopausal women with low bone mass. *J Clin Endocrinol Metab.* 2011; 96 (4): 972–80.
16. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Denosumab. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist endret: 17. august 2016).
17. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Prolia. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 1. desember 2015).
18. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Teriparatide (hPTH(1–34)). <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 10. juni 2016).
19. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Forsteo. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 15. mars 2016).
20. Syversen U, Halse JI. Behandling av osteoporose med parathyreoideahormon. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 39–41.
21. Lewiecki EM, Miller PD et al. Understanding and communicating the benefits and risks of denosumab, raloxifene, and teriparatide for the treatment of osteoporosis. *J Clin Densitom* 2014; 17(4): 490–5.

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

spesialist i allmennmedisin, lege i spesialisering, RELIS Midt-Norge og Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

TRUDE BASSO

MD PhD, lege Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital.

Forsking bidrar til betre sjukmeldingspraksis

Ein av seks nordmenn i yrkesaktiv alder står utanfor arbeidslivet på grunn av sjukdom. Det er ein stor kostnad for samfunnet. Men den høgste prisen betalar den sjukmelde sjølv. Manglande deltaking i arbeidslivet kan føre til svekka sosialt nettverk og sviktande tru på egne ferdigheiter.

For oss i NAV er ei av oppgåvene våre å bidra til at flest muleg skal få delta i arbeidslivet. Vi veit at arbeid i dei fleste tilfelle er helsefremjande. Deltaking i arbeidslivet kan vere ei kjelde til sosiale relasjonar, identitet, personleg vekst og mestring. Høg arbeidsdeltaking i samfunnet har også stor nytteverdi i form av auka verdiskaping og færre stønadsmottakarar. Difor prøver vi en ny ordning der det blir gjort ei ny medisinsk vurdering av ein annan lege etter seks månader, i eit forsøk på å forkorte sjukmeldingsperioden.

Den sjukmelde betalar prisen

Når vi også veit at psykiske lidningar er den typen sjukefråvær som aukar mest, er det ein ekstra grunn til å sjå nærare på korleis vi kan bidra til at fleire beheld kontakta med arbeidslivet. Det å ha ein jobb kan vere viktig for å meistre psykiske helseproblem. Ein blir ikkje nødvendigvis friskare av å vere heime, og i mange tilfelle vil nettopp ledigang føre til ein forverra situasjon.

Sjukdom rammar dei fleste av oss frå tid til annan, og nokre gonger har ein ikkje anna val enn å vere borte frå arbeid ein periode. Det er likevel ikkje dei som er sjukmelde i kortare periodar som treng tettast oppfølging. Det er når sjukefråværet ser ut til å kunne bli langvarig at det kan være behov for meir oppfølging. Folk må få hjelp til å sjå på kva muligheiter dei har, før det går for lang tid. Statistikkane til NAV viser at dess lengre ein er borte frå arbeidslivet i eit sjukefråvær, dess vanskelegare er det å kome attende i jobb. Langvarige sjukefråvæer ender ofte i andre stønader, som til slutt ender i uføretrygd.

Vi veit ikkje nok om kva tiltak som har best effekt for å få ned talet på sjukmelde. Forsking vil forhåpentleg bringe oss nærare svaret.

Forsøk med ny medisinsk vurdering av annan lege

Vi ønskjer å legge til rette for å hjelpe fleire på eit tidlegare tidspunkt. Difor er vi for tida med i eit forsøk saman med Uni Helse Research, som vi håpar vil bidra til at færre blir stengt ute frå arbeidslivet på permanent basis.

Bakgrunnen for forsøket er at Regjeringa ønskjer at ingen skal kunne sjukmeldast i meir enn seks månadar av si eigen fastlege, utan at det blir gjort ei ny medisinsk vurdering (NMV) av ein annan lege. Arbeids- og sosialdepartementet har bedt NAV gjennomføre eit forsøk med ei ny medisinsk vurdering av ein annan lege innan utgangen av seks månaders sjukmelding. Hordaland er valt som pilotfylke. Føremålet er å redusere sjukefråværet, og få meir kunnskap om kva effektar ei ny medisinsk vurdering kan ha på lengda av fråværet og sjukmeldingsgraden.

Hausten 2015 gjekk NAV i Hordaland i gang med forskingsprosjektet i samarbeid med Uni Research Helse. Forsøket varer ut oktober i år. Ni legar har blitt tilsett i deltidsstillingar. Desse skal gje dei som har vore sjukmelde i meir enn seks månadar muligheit til å få ein ny vurdering av helsetilstanden. Legene som er tilsett i forsøket skal ikkje vurdere retten til sjukepengar. Ei ny vurdering kan vere med på å bidra til at ein ser situasjonen til den sjukmelde i eit nytt lys, og at ein gjennom tilrettelegging og oppfølging kan sjå muligheiter ein ikkje har vore merksam på tidlegare. Vi veit at det er komplisert for mange fastlegar å følge opp langtidsjukemeldingar. Kanskje kan ei ny vurdering resultere i at den sjukmelde får anledning til raskare å komme heilt eller delvis attende til arbeidslivet?

Uni Helse Research si forskning på forsøket med ny vurdering av helsetilstanden vil vere eit viktig verktøy for å måle oppfølginga av dei sjukmelde, slik at vi kan få handfaste svar på kva tiltak som gir best effekt. Det er òg i tråd med NAV si strategi om å sikre at tenestene og verkemidla i arbeids- og velferdsforvaltninga i størst muleg grad er kunnskapsbaserte.

Resultata av forsøket veit vi enno ikkje. Det vil vi først få et godt bilete av i januar 2018, når sluttrapporten skal leggjast fram. Uansett kva fasiten seier når rekneskapet blir gjort opp, vil det forhåpentleg bringe oss eit steg nærare ei løysing på korleis vi kan bidra til å gje fleire sjukmelde menneske endå betre hjelp.

ANNE KVERNELAND BOGSNES
fylkesdirektør i NAV Hordaland

NAV verdsetter fastlegene!

Presses fastleger av NAV til å bedrive overdiagnostikk og overbehandling, spør Mona Søndena i forrige nummer av Utposten. Og har NAV urealistiske forestillinger om spesialisthelsetjenestens fortreffelighet?

Svaret er et rungende NEI på begge spørsmål, særlig det første.

I artikkelen «NAVmakt – avmakt, del II» i *Utposten* nr. 4 peker Søndena på noen problemstillinger og dilemmaer i samhandlingen mellom fastlege og NAV. I dette innlegget vil jeg belyse to av dem.

La meg innledningsvis understreke at NAV-reformen var en krevende omstilling. NAV-kontorene var i lang tid på etterskudd i sitt arbeid med å følge opp sykmeldte – både når det gjelder kvantitet og kvalitet. Etter hvert er ventetider blitt redusert og det er mer rom for kvalitetsutvikling i NAV. Tidlig oppfølging av sykmeldte får mer oppmerksomhet, og rådgivende overlege- og arbeidspsykologressurser er blitt omprioritert til å bistå NAV-kontorene i dette arbeidet.

NAV må forholde seg til folketryktdoven og skal innhente nødvendige opplysninger for å avklare brukers arbeidsmuligheter, behov for støtte og rett til ytelse. Det er helt nødvendig å få inn balanserte opplysninger som synliggjør brukerens ressurser, ferdigheter og begrensninger, sett opp mot mulighetene for å delta i inntektsgivende arbeid. Medisinske opplysninger er en del av dette. Brukeren selv plikter å bidra til sakens opplysning, og etter gjeldende retningslinjer skal opplysninger primært innhentes fra brukeren så langt dette anses tilstrekkelig og formålstjenlig. Så vil egenopplysningene være avgjørende for hva NAV innhenter fra andre.

Nåværende retningslinjer for innhenting av legeerklæringer og medisinske opplysninger understreker at disse i utgangspunktet skal innhentes hos pasientens fastlege. NAV anerkjenner med andre ord at det er fastlegen som vanligvis har den beste helhetlige oversikt over pasientens helsebegrensninger og hvordan disse er utredet og behandlet, både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Fastlegen har god kjennskap til pasientens totale livssituasjon og ressurser og hva som ev er de viktigste hindrene for arbeidsdeltakelse.

Innkommne medisinske opplysninger vurderes av NAV-veileder, ofte også sammen med rådgivende overlege og eventuelt arbeidspsykolog. Sammenholdt med pasientens egen vurdering av situasjonen og opplysninger fra eventuell arbeidsgiver tar NAV stilling til om saken er tilstrekkelig belyst. Hvis saken vurderes som ikke tilstrekkelig medisinsk belyst, blir det innhentet supplerende medisinske opplysninger. Tidligere, med liten tilgang på rådgivende overlegjetjeneste,

henvendte NAV seg ofte til spesialisthelsetjenesten i slike situasjoner. Etter nåværende retningslinjer i NAV skjer innhenting av tilleggsopplysninger ved konkrete spørsmål til fastlege. Spørsmålene skal helst kvalitets-sikres ved tverrfaglig drøftinger der også rådgivende overlege er med. I nåværende retningslinjer for NAV er det tydeliggjort at fastlegen (eller annen behandler) har ansvar for utredning og behandling, og at NAV ikke skal overta dennes rolle i dette arbeidet. NAV kan for eksempel ikke kreve at fastlegen skal henvise til spesialist for nærmere utredning. NAV kan imidlertid be om fastlegens vurdering av om ytterligere utredning eller behandling er aktuelt. Fastlegen vurderer om det er behov for dette. Hvis fastlegen synes spørsmålet fra NAV er en god idé, henviser fastlegen til spesialisthelsetjeneste på vanlig måte. Dersom fastlegen vurderer NAV sitt spørsmål som uaktuelt, er det ønskelig med et begrunnet svar om dette.

I NAV Hedmark erfarer vi at disse spørsmålene noen ganger blir verdsatt som en dra-hjelp i retning av for eksempel mer aktiviserende rehabiliteringstiltak i saker der pasienten ikke har vært motivert for å følge fastlegens forslag. Andre ganger erfarer vi at spørsmålene blir misforstått av fastlegen som 'krav fra NAV'. Her har NAV et potensial til å bli bedre til å sette spørsmålene inn i en sammenheng som gir mening for fastlegen. Regelmessige samarbeidsmøter med Legeforeningens fylkesavdeling har fokusert på behovet for å øke NAV sin bestillerkompetanse i henvendelser til fastlegen om medisinske opplysninger. Fastlegen kan også gi sitt bidrag i å utvikle denne kommunikasjonen ved å ta kontakt når det er noe i henvendelsen fra NAV som trenger utdyping. NAV trenger og ønsker at fastlegene bruker sin kunnskap, erfaring og kreativitet til å gjøre NAV bedre gjennom slike tilbakemeldinger!

Til spørsmålet fra NAV som Søndena referer til i sin artikkel – om hvorvidt det var tatt røntgenbilder av pasienten – kan svaret for eksempel være at det ikke er tatt, og at det heller ikke er indikasjon for det, hvis dette er fastlegens vurdering. NAV bestemmer ikke at det skal tas røntgenbilde og verken kan, skal eller vil «presse» fastlegen til utredning som det ikke er indikasjon for. Det forutsettes selvfølgelig at både fastlege i sin diagnostikk og behandling og at NAV i sine spørsmål (kvalitetssikret av rådgivende overlege/arbeidspsykolog) holder seg innenfor alminne-

lig anerkjent medisin. Tilleggsspørsmålene fra NAV kan dreie seg om diagnostiske avklaringer eller spørsmål om hvilke behandlingsplaner som foreligger. Noen ganger kan det være uklart hva som er en giengivelse av pasientens historie og hva som er legens vurderinger. Oppfølging av helseskadelig livsstil og egentreningstiltak er også eksempler på problemstillinger som NAV kan etterspørre.

Etter min erfaring vil tilleggsspørsmål fra NAV oftest dreie seg om hvorvidt en mer aktiviserende rehabiliteringsprosess kan være aktuelt, så som mestringskurs, henvisning til medisinske/yrkesrettede rehabiliteringsinstitusjoner, eller eventuelt bruk av «Raske tilbake»-tiltak der det anføres lange ventetider. Det er ikke intensjonen at tilleggsspørsmål fra NAV skal avstedkomme unødig bruk av begrensede medisinske ressurser, verken i første- eller annenlinjetjenesten. Fastleger og NAV har en felles interesse i at medisinske ressurser blir brukt rasjonelt slik at ventetid for nødvendig utredning og behandling blir så kort som mulig.

NAV sitt samfunnsoppdrag er å lete etter mulighet for at pasienten kan komme seg ut i arbeid, når dette er mulig. For NAV handler det altså ikke først og fremst om i hvilken grad pasienten er syk (selv om NAV også trenger å vite nok om pasientens sykdom!) men i hvilken grad det foreligger funksjons-/arbeidsevne som kan utnyttes i arbeidslivet. I NAV sitt arbeid med å hjelpe brukeren til å finne balansen mellom jobbkrav som stilles og hensyntagen til de opplevde helsebegrensningene, er fastlegene en viktig premissleverandør. Både fastleger og NAV har et felles mål om å bidra til økt mestring for den enkelte. Når NAV nå vektlegger mer kvalitet i oppfølgingen av personer med helserelaterte ytelser, er det naturlig at det trengs kommunikasjon for at aktørene omkring den sykmeldte skal forstå hverandre i arbeidet med å støtte den sykmeldte. Søndenas artikkel viser at kommunikasjonen mellom NAV og fastleger kan bli bedre på dette området. Retningslinjene i NAV for samhandlingen med fastlegene løfter fram fastlegenes sentrale rolle – kan hende ligger praksis noe etter. Er fastlegens tause kunnskap intet verdt? spør Mona Søndena. Jo, NAV anerkjenner fastlegens kunnskap og erfaring, også den tause – men den siste trenger NAV noen ganger å få formulert/utdypet gjennom tilleggsspørsmål.

Avslutningsvis oppfordrer jeg fastlegekolleger til å delta på samarbeidsmøter med NAV og bli enig om hvordan man kan nå hverandre i en travel hverdag – gjennom utveksling av epostadresser og telefonnummer. Andre kontaktkanaler er dialogmeldinger og behandlertelefonen i NAV: tlf. 55 55 33 36.

RAGNHILD JORDET

rådgivende overlege i NAV Hedmark, spesialist i allmennmedisin