

Utposten

6 2016
ÅRGANG 45

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

TEMA

Fastlegeordningen 15 år
– hva er erfaringene?

Akuttmedisinforskriften og nye kurskrav

Mat som medisin

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: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: 15 år med fastlegeordningen***Anne Grethe Olsen***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Fastlege på sin hals***Aage Bjertnæs intervjuet av Kristine Asmervik***8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Somalisk og psykisk syk – angår det helsevesenet?***Ayan Bashir Sheikh-Mohamed, Steinar Hunkår og Ingrid H. Johansen***13–33 TEMA****13 Vil fastlegeordningen råtne på rot?***Gisle Roksund***16 Fastlegeordningens faglige fundament***Anette Fosse og Anders Svensson***19 15 år med fastlegeordningen. Hva nå?***Petter Øgar***21 ENQUETE: 15 år med fastlegeordningen****25 Kan vi feire fastlegeordningen?***Steinar Westin***28 Allmennmedisin i et samfunnsperspektiv***Einar Braaten***30 Vikarbruk i fastlegeordningen***Birgit Abelsen, Margrete Gaski og Helen Brandstorp***36–44 DIVERSE****36 Akuttmedisinfor skriften og de nye kurskravene – hva er status?***Jan Magne Linnsund***38 Mat som medisin. Om 'hvite grønnsaker' (løk og hvitløk) og transkulturell kostholdsveiledning***Arild Aambø***43 Ellisif Wessels minnepris****43 FASTE SPALTER****INNPOSTEN 43****LYRIKKSTAFETTEN 44****I PRAKSIS 45****RELIS 46**

15 år med fastlegeordningen

På legekantoret vårt i Hammerfest i 2001 så vi fram til at fastlegeordningen skulle komme. Rekrutteringen av allmennleger til kommunalt lønnet allmennpraksis var dårlig, og ventetiden på legetime var så lang at vi hadde gitt opp å måle den. Forventningene var store til at fastlegereformen skulle snu den negative utviklingen, og det gjorde den for oss. Men for de små utkantkommunene gjorde reformen ingen stor forskjell. Med fastlegereformen fulgte det ingen spesielle ordninger for å rekruttere og beholde allmennleger i distriktene. Det var kanskje heller ikke intensjonen med fastlegeordningen, som hadde bedre tilgjengelighet til primærlegetjenester som mål, men da hovedsaklig i de større byene og kommunene.

Noen utkantkommuner rekrutterer bra, spesielt de som gir mulighet for moderat vaktbelastning og individuelle avløsningsformer; fastlønn, eller privat praksis eller en kombinasjon av disse. Fastlegelistene i småkommunene er kortere enn i de store byene og utgiftene ved å drive privat praksis lavere, fast lønn er også mulig, så det burde ikke være så vanskelig å rekruttere blant turnuslegene som jevnlig er innom. Mange kommuner lar likevel denne muligheten gå fra seg gang på gang. Samhandlingsreformen, som nå har vart i fire år og ikke lengre bør være en reform men en måte å jobbe på, avhenger av at spesialistene har faste leger å samhandle med i kommunene. KAD-sengene trenger kompetente fastleger, og de utskrivningsklare pasientene, som ikke nødvendigvis er ferdigbehandlet, er i behov av videre behandling og oppfølging av sin fastlege når de kommer hjem. Det er derfor viktigere enn noen gang at kommunene har dyktige og stabile fastleger.

I de store byene, hvor pasientlistene er lange og praksisutgiftene høye, er det mange røster som sier at den «allmennmedisinske bøtta» er full. Det er ikke plass til flere oppgaver. Samhandlingseformen bebudet en kraftig vekst i antall fastlegehjemler, men denne økningen har foreløpig ikke skjedd. Gisle Roksund, fastlege i Skien, skriver i sin kronikk at han og kollegaene arbeider mer enn noensinne, og at det i tillegg forventes at de skal samarbeide mer, registrere mer og rapportere mer av sin aktivitet som fastleger. Vi er tilført en rekke nye oppgaver, men har ikke hatt noen reell kapasitetsøkning. Gullet i fastlegeordningen er den personlige relasjonen mellom lege og pasient, og organiseringen av allmennlegetjenesten må ha som hovedsiktemål å sikre kontinuiteten i denne relasjonen, sier Roksund.

Utposten markerer 15-års jubileet med en enquete hvor fastleger og helseledere har svart på spørsmål om fastlegeordningen, og hvor de er invitert til å si noe om hvordan aktuelle og fremtidige utfordringer kan løses. Kari Sollien peker på at en videreutvikling av fastlegeordningen må sikre kapasitet, kontinuitet og kvalitet i lege-pasientforholdet. Hun skriver at det er behov for endringer i finansieringssystemet, slik at fastlegelistene kan bli kortere. Tom W. Christiansen mener også at listelengden som den enkelte fastlege kan pålegges er for lang sett i forhold til alle de nye oppgavene som fastlegene stadig pålegges og mener normen og økonomien knyttet til den må justeres. Eli Øvstedal ser på rekruttering som den største utfordringen. Hun mener man bør etablere fastlønnede utdanningsstillinger og at det bør være valgfritt om man vil være selvstendig næringsdrivende eller ha fastlønn.

Daniel Haga antyder at fastlegene bør ha en tettere tilknytning til kommunen hva gjelder økonomi og for å bidra til å løse alle oppgavene som kommunehelsetjenesten står overfor. Svein Steinert sier at de økonomiske rammebetingelsene må bli mer forutsigbare og stimulere til bedre kvalitet og mer omfattende flerfaglig samarbeid. Han påpeker også at det må utvikles robuste fagmiljøer som forhindrer faglig isolasjon i hele yrkeskarrieren. Marte Walstad ønsker at både kommunene og spesialisthelsetjenesten anerkjenner fastlegene som en viktig del av kommunen og som en viktig part i samhandlingen, og ber om en opprydding i ansvars- og oppgavefordeling. Espen K. Rafaelsen føler seg for tilgjengelig for samarbeidspartnere og NAV og ber om en virksomhetsramme hvor han kan prioritere møtet med pasienten. Axel S. Lupton tror på økonomiske insentiver fra kommunen for å rekruttere unge leger inn i fastlegeordningen.

Svarene på hvordan utfordringene med fastlegeordningen kan løses går over et vidt spekter, avhengig av bakgrunn og ståsted, men fokus på kvalitet, kortere pasientlister, endrede økonomiske rammebetingelser og bedre samarbeid med kommunen er temaer som går igjen i svarene. Fastlegeordningens styrke er det forpliktende forholdet mellom lege og pasient i et «livsløpsperspektiv». Kontinuiteten i dette forholdet er av stor betydning for pasientene og en av årsakene til at fastlegene er så høyt verdsatt. Denne kontinuiteten er også viktig for kommunene, NAV, spesialisthelsetjenesten og andre samarbeidspartnere, derfor må utfordringene med fastlegeordningen løses.

ANNE GRETHE OLSEN

Fastlege på sin

Aage Bjertnæs ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK

Lenge før fastlegeordningen ble en realitet lanserte Aage Bjertnæs den modige ideen om et listesystem for pasienter i allmennpraksis. Det var best om pasienter forholdt seg til faste leger, mente han og kollegene ved Risvollan legesenter i Trondheim. Etter hvert fikk han sine visjoner oppfylt, men hvilke overveielser gjør han i dag – etter 15 år med fastlegeordningen?

Det var rett etter turnustjenesten i 1974 at Aage Bjertnæs, sammen med fire gode studiekamerater, innledet sin seilas som allmennlege og startet opp Risvollan legesenter. Allmennpraksis skulle gi mersmak og samarbeidet vare helt frem til pensjonsalder, men nå er Bjertnæs den eneste yrkesaktive igjen av den opprinnelige besetningen på fem leger.

– Vi har hatt et generasjonsskifte og fått unge leger inn i praksisen, men for meg er det inspirerende og utfordrende å arbeide sammen med de nye, sier nestoren i faget, når vi møter ham på kontoret til en «dobbeltime» for *Utposten* – og en samtale om utviklingen av fastlegeordningen.

KOPF-prinsippet

UTPOSTEN: Hvor kom egentlig ideen om «legesenter» fra? Hadde dere erfaring med allmennlegekontor fra studietiden i Tyskland?

– I 1970- og 1980-årene begynte allmennleger å slå seg sammen i gruppepraksiser. Da vi kom i gang med Risvollan legesenter, var det fra før to legesentre i Trondheim: et på Byåsen og et på Hallset. Kommunen ønsket at vi skulle etablere oss på Risvollan fordi distriktet på denne siden av Nidelva var uten legetjenester. Kommunen stod for lokalitetene og vi planla og drev legekontoret slik vi mente det burde være, sier Bjertnæs.



hals

Selv om de fem unge «gründerne» hadde liten erfaring, var de ikke uforberedt. For mens de ennå var turnuskandidater, hadde de rukket å reise rundt og se på legekontorer både i Norge og nabolandene. Med seg hadde de en arkitekt – ingen ringere enn kona til Aage Bjertnæs – som tegnet ut detaljer for hvordan legekontoret skulle tilrettelegges. Og resultatet viste seg å være prima, for legene holdt stand i det samme kontoret i 38 år, inntil de – bare for noen år siden – flyttet inn i større lokaler på samme adresse.

UTPOSTEN: Hva fikk deg allerede som turnuslege til å tenke på å bli allmennlege?

– Jeg skulle egentlig bli barnelege og hadde den gang fått en utdanningsblokk innen pediatri ved Universitetet i Lund i Sverige. Men jeg gikk litt lei av sykehussystemets hierarki. Jeg ville søke meg ut til et friere sted, og planene om et legesenter begynte å ta form. Da jeg fikk de andre kollegene med på laget var saken klar. Vi dro til Trondheim med intensjoner om å arbeide sammen i fem år i allmennpraksis. Vi ville prøve livet utenom hospitalet som vi inntil da bare hadde 'smakt på', bortsett fra det halve året i distriktsturnus, minnes 71-åringen.

UTPOSTEN: Og nå har du lagt bak deg en ærverdig yrkeskarriere?

– Ja, men jeg kan jo ikke si at jeg har vært fastlege så lenge! Til å begynne med var jeg 'bare' praktiserende allmennlege, men etter hvert ble jeg spesialist i allmennmedisin. Da Trondheim i 1993 ble valgt som prøvekommune for det nasjonale fastlegeprosjektet, hadde vi på Risvollan fungert som 'fastleger' i åtte år. I 1985 fikk vi vårt selvutviklede datasystem Norstar, og allerede den gang stilte vi krav til våre pasienter om at de måtte velge en fast lege ved senteret.

UTPOSTEN: Hva er drivkraften din i det å være fastlege og allmennpraktiker?

– Jeg har alltid vært komfortabel med å være «førstelinjelege» – den som møter den syke aller først; ikke bare på legevakt men

også på kontoret. Etter hvert som vi ble fastleger, fikk vi også lov til å ha en kontinuerlig rolle, og nettopp dette ordet ble lansert av Legeforeningen i 1977 i KOPF-prinsippet: *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*, understreker Bjertnæs.

KOPF-prinsippet og fastlegerollen har gitt ham et mer helhetlig ansvar for pasientene, sier han. Før fastlegeordningen ble innført, mottok han pasienter fra hele byen. Kom man ikke inn på et legekontor ett sted, så ringte man til det neste for å få time. I 1970- og 80-årene var det ikke uvanlig at folk i Trondheim hadde fire til fem journaler fordelt på forskjellige legekontorer.

– Som fastleger fikk vi en forpliktelse overfor pasientene – som på sin side stilte krav om å komme inn på sitt legekontor og få den hjelpen de trengte. Og vi ble godt kjent med dem. Opp gjennom årene har jeg forholdt meg til familier med opp til fem generasjoner. Å kjenne noen godt betyr at den dagen de blir syke, så kan du av

og til se direkte med det diagnostiske blikk hva som feiler vedkommende. Det er en yrkesfordel jeg har satt stor pris på, sier han med ettertrykk.

Hold ut – men gjør noe annet i blant

UTPOSTEN: Det er en unik erfaring å være fastlege over tid. Det kan man ikke lese seg til. Men det er også krevende. Hva gjør at du holder ut?

– Da vil jeg svare som den engelske nestoren John Frey, som satt i sin praksis i Kensington i 46 år. Han sa til meg en gang: «You see, when you grow older and your patients grow older, you will see that your patients become your friends.»

– Saken er at vi over tid blir knyttet til pasientene på en spesiell måte. Vi kommer nært innpå dem – og på den populasjonen vi skal ta vare på. Professor Per Fugelli snakker om «flokkene våre, som vi må ta vare på». Som allmennleger har vi alle en



flokk som vi skal stelle pent med. Dette er absolutt den største fordelen med fastlegeordningen. Vi er privilegerte som fastleger, vi har et definert ansvar som påhviler oss, sier Aage Bjertnæs.

Samtidig understreker han viktigheten av å gjøre andre ting. I alle yrker kan man gå trøtt en dag, fremholder han, og forteller at han selv, etter 10 år som allmennlege, fant ut at han trengte en eller annen form for 'påfyll'. Han tok et halvt års permisjon og jobbet ved Institutt for samfunnsmedisin:

– Jeg var opptatt av pasientinformasjon. Jeg laget pasientinstruksjonsfilmer til bruk i undervisningen av allmennpraktikere og jobbet med kurs i videreutdanning på konsultasjonsbasis. I dette arbeidet benyttet jeg skuespillere fra Trøndelag teater og instruktører fra England. Etter hvert så jeg at det å drive veiledning og undervisning av studenter og kolleger var med på å utvikle meg selv som lege, sier han.

Bjertnæs ble også engasjert i forebyggen- de medisin og arbeidsmedisin. Han var bedriftslege på si for inntil noen år tilbake, og fikk innsikt i hva yrke og arbeid har å si for utvikling av sykdom.

– Det er godt å gjøre noe annet, reise ut eller ta en annen jobb for en periode, og så komme tilbake i allmennpraksis. Slike avbrekk bør man legge bedre til rette for i kommunene, mener han.

UTPOSTEN: Du er nylig blitt 71 år og «still going strong» som fastlege. Hva er planene dine fremover?

– Jeg tar et år om gangen. Jeg har en avtale med Trondheim kommune om å være fastlege ut neste år. Om jeg fremdeles føler like mye for faget, ser jeg ikke bort fra at jeg jobber enda et år! sier han, og forteller at pasientene hans ofte lurer: «Når skal du slutte da, Bjertnæs?».

Satt ut av spill

Intervjuobjektet er ikke bare en allsidig allmennpraktiker. Han har skrevet flere bøker, blant annet flere utgaver av *Huslegen* – bøker for selvhjelp. Han har også deltatt i radioprogrammet *Kjerringråd* med Miriam Wiklund.

– Programmet var egentlig et eksperiment som NRK gjorde, så ringte Wiklund og spurte om jeg kunne være med i programmet og sensurere det som var farlig, og ikke farlig, av rådene som ble gitt. Programmet skulle bare gå to ganger, men det ble så populært at vi fortsatte i 17 år, smiler han.

UTPOSTEN: Det ble også en bok av dette radio-programmet?

– Ja, forlaget ville at doktoren i programmet skulle skrive bok. Jeg tenkte det måtte bli en bok som folk kunne ha bruk for, så jeg kjørte ut statistikk over konsultasjone-

ne jeg hadde hatt i løpet av de seks årene vi hadde hatt datajournaler. Dette var i 1991. Så skrev jeg om de 100 hyppigste årsaker til at pasienter oppsøkte lege. Det ble til en bok som het *Knipetak*, tiltenkt som rettesnor for pasientene når de skulle søke råd.

Bjertnæs ble selv rammet av sykdom da han fikk et slag for noen år siden, det skjedde da han var ute på en luftetur med hunden en tidlig mars-morgen:

– Under turen ble jeg så rar i den venstre hånda. Jeg gikk hjem og satt på kaffen, leste avisen og så dro jeg på kontoret. Jeg trodde hånda var nummen på grunn av overanstrengelse; jeg skrev jo mye på den tiden og var petit-journalist for *Adressa*. Det gikk med mange kvelder til skrivearbeid. Men det viste seg å være en fullstendig villfarelse, for etter hvert kom parestesier og jeg kjente det også i ansiktet. Jeg jobbet ut dagen, så ringte jeg nevrologen som ba meg komme rett til sykehuset. Der ble det tatt MR av hjernen som viste en hjernetrombose i thalamus. Jeg hadde en samtale med en fornuftig nevrolog, det resulterte i at jeg tok pause fra jobben. Siden ble det ganske mye følelser: Hørte jeg fin musikk, så reagerte jeg. Sa noen noe pent eller stygt, så reagerte jeg. Jeg kunne jo ikke sitte her i jobben som fastlege og være så overfølsom! Da måtte jeg ta mine første tre måneder borte fra jobb... Det var slitsomt å være syk-



Aage Bjertnæs har bestandig vært opptatt av medisinsk formidling. Han har gjort suksess som forfatter av en rekke bøker med helse råd til folk flest.



Aage Bjertnæs er opptatt av å bedre tilgjengeligheten til fastlegene. Han har vært primus motor i arbeidet med å ta i bruk «Time samme dag»-systemet i Norge. Ordningen går ut på å øke åpne felt i timeboken gradvis mot 65 prosent ledige timer to dager i uken, og 50 prosent de øvrige dagene.

meldt, så jeg har full medlidenhet med alle som er i den situasjonen. Det er fælt, sier Bjertnæs og ler godt.

Etter de tre månedene ba han pent om å få jobbe litt igjen. Først gjenopptok han arbeidet som bedriftslege, og etter seks måneder var han tilbake i allmennpraksis.

– Å bli syk har vært litt av en erfaring. Nå vet jeg hvordan det er å bli rammet av en hjernetrombose, men også at det kan gå veldig bra å leve med den. Jeg har kun to visne fingre og alt annet fungerer jo helt fint. Kun detaljbevegelser henger igjen, sier han.

Nesten kastet ut

UTPOSTEN: Du har bidratt til å utvikle norsk allmennmedisin som spesialitet, og ikke minst er du en av initiativtakerne til fastlegeordningen. Hva var din rolle i prosessen og hvordan tenkte du?

– Ideen rundt en fastlegeordning dukket

opp da jeg i 1980 skrev en lederartikkel i *Utposten*. Jeg var redaktør og kom med følgende påstand:

«Fastlønn eller stykkpris gjør ikke fremtidens primærleger bedre skikket til å ta vare på pasientene i dette landet. Et lukket listesystem, som det engelske eller danske, ville skape et oversiktlig og fruktbart system for både pasientene og legene. Tre fjerdedeler av våre pasienter bor i større byer og tettsteder, resten blir behandlet av distriktsleger som allerede er i distriktets begrensning og der fungerer de jo som listeleger.»

– Utsagnet falt 'libertinere' tungt for bryttet og Legeforeningen var ikke begeistret. Noen mente dette var kryptokommunistisk. Mantraet den gang var at man skulle utøve legegjerningen fritt og uten begrensninger, og pasientene skulle når som helst kunne bytte lege eller kunne henvende seg til det legekontor de fikk komme inn til, minnes Aage Bjertnæs.

I tillegg skrev han en artikkel om Etableringsloven som kom i 1980 – og som skulle begrense sykehusenes rett til å suge til seg alle de nyutdannede kandidatene. Man ville begrense etableringen av legestillinger i sentrale strøk av Norge. Det var en katastrofal legemangel i Nord-Norge og også i Trøndelag, forteller han:

– Her satt vi, 30 leger i Trondheim, og skulle serve en populasjon på 140 000. Så vi tiljublet Etableringsloven. Det falt Legeforeningen tungt for brystet og vi ble på en ekstraordinær generalforsamling i Sør-Trøndelag legeforening forsøkt fratatt våre verv som formann og viseformann. Men jeg og min kollega Arne Ivar Østensen, bestemte oss for å bli. Man kan ikke bli tvunget til å gå av som tillitsvalgt med mindre man har gjort noe galt. Og det hadde vi jo ikke! Så vi ble værende som tillitsvalgte trass i at våre meninger var kontroversielle, sier han.



Han synes det er besnærende å tenke på hvordan fastlegesystemet er blitt en av de mest populære ordningene i landet på ulike meningsmålinger – sammen med Vinmonopolet, riktig nok.

– Jeg var opptatt av å få på plass et fastlegesystem. Jeg reiste i en rekke praksisbesøk til England, Danmark og Nederland. Der hadde man fastlegeordninger. Vi var flere som var overbevist om at det var slik vi også ville ha det i Norge. Da fastlegeforsøket kom i 1993, var jeg glad for at Trondheim ble forsøkskommune sammen med Tromsø, Lillehammer og Åsnes.

Forut for sin tid

UTPOSTEN: Når du tenker tilbake til 1980-årene og på visjonen du hadde om et listesystem – ble det slik du forestilte deg?

– Ja på mange måter. Jeg er godt fornøyd med fastlegeordningen, men jeg tror den kunne ha fungert enda bedre hvis vi hadde hatt en dag i uken til møte- og samhandlingsaktivitet og sykebesøk. Mine beste år som fastlege har vært de siste fem: Istedenfor å ha kommunale plikter har jeg kunnet ta planlagte hjemmebesøk og følge opp dårlige pasienter, oftest kreftpasienter, og gå i møter med samarbeidspartnere. Dette er ting vi fastleger har stort behov for!

Bjertnæs har tenkt mye på hva som skal til for å få en virkningsfull fastlegeordning. Et av hovedkriteriene er at folk skal ha en til-

gjengelig fastlege. Som svar på dette, har han selv grunnlagt konseptet *Time samme dag*.

– Dette har gitt økt tilgjengelighet til legene. Dersom det er to til tre ukers ventetid for ting som bør håndteres raskere, blir det oftest legevakten som må løse problemet. Men legevaktslegen skal ikke gjøre arbeid som fastlegene skal gjøre!

– Så må jeg nevne noe som ikke fungerer godt nok, og det er retten til ny vurdering eller «second opinion». Hvor mange pasienter kommer og skal ha en second opinion? Kanskje to i året! Folk tror at dersom de skal få en vurdering av en annen lege, så må de bytte lege. Det må de jo ikke. Kvaliteten i fastlegeordningen ville vært bedre, mener jeg, om flere benyttet denne muligheten til ny vurdering.

UTPOSTEN: Hva tror du er årsaken?

– Jeg ser to grunner til at second opinion blir lite brukt. Den ene er at det er lite kjent blant publikum og den andre er at få av våre kolleger benytter seg av muligheten. Vi leger bør kunne si til pasientene: «Jeg hører du ikke er fornøyd med det vi har kommet frem til, og da vil jeg oppfordre deg til å få en fornyet vurdering av en annen kollega. Det kan du gjøre her eller på et annet legesenter. Du behøver ikke bytte lege for dette. Legen vil da sende meg en kopi av vurderingen.»

– Det tror jeg vil styrke kvaliteten på tjenesten. Og jeg tror ikke at det vil føre til flere legebytter. Heller omvendt: færre vil bytte! Man unngår da å kjøre seg fast i problemstillinger som vanligvis utløser et fastlegebytte, påpeker han.

Sett i samhandlingens lys var legene ved Risvolla legesenter forut for sin tid. I 1993 organiserte og grunnla de et medisinsk senter i etasjen under legekantoret.

– Der har det jobbet mange fagfolk. Å ha nærhet til samarbeidspartnere er bra. Spesielt vil jeg nevne tilgang til psykologer som vi kan møte, diskutere felles pasienter med eller invitere til konsultasjon sammen med. Å diskutere i felleskap er verdifullt. Det gir raskt tilbud om hjelp med problemstillingene, og man slipper lange ventetider på poliklinikker. Skal jeg ønske noe for fastlegekontorene i fremtiden må det være at de får tilknyttet psykologer i praksisen.

Forbedringspotensial

UTPOSTEN: Er fastlegeordningen holdbar i femten år til? Hva må til for at den skal takle de utfordringene vi allerede har nevnt?

– Fastlegeordningen er kommet for å bli, men den må stadig forbedres. Det er viktig

at fastlegene er med å samhandle, men for å klare det må vi ha tid – tid til å samhandle på lik linje som kollegene i sykehusene vi skal samhandle med. Fastleger i rollene som aktører og premissleggere har nesten ikke vært synlig. Vi har i for liten grad vært tatt med på råd, sier en engasjert Aage Bjertnæs.

For å få til dette, peker han på tillitsmannsapparatet og de lokale allmennlegeforeninger som er fastlegenes representanter:

– De bør inviteres til samarbeid med sykehusene. Så kan de rapportere til flokken av allmennpraktikere om hva de kommer frem til, og ta med fastlegenes meninger om løsninger tilbake til sykehusene, slik at samhandlingen ikke bare blir på sykehuses premisser!

– Det er ikke bra når det er skjevbalanse i samhandlingen. Tiltakene blir da ofte ikke gjennomførbare, legger han til.

Samtalen vår kommer inn på fordelene med elektronisk journal. Før legene fikk elektroniske journaler, minnes han, løp legesekretærene inn og ut av arkivet og hentet journalene til pasientene neste dag, og satte på plass journaler som var benyttet dagen før. Dessuten skulle alle laboratorieresvar og røntgensvar sorteres inn i journalmappene:

– Legen satt og skrev med kulepenn i journalen og på resepten. Det var jo nesten slik at man en sen kveld ikke selv skjønnte hva man hadde skrevet. Likevel: EPJ-utviklingen synes jeg har vært skuffende. Vi må fortsatt registrere, men det er langt igjen til å få et godt system for å få ekstrahert det vi har skrevet i egne rapporter om egen praksis, forteller han. Og han fortsetter:

– Det var en av de største gevinstene ved det journalsystemet vi selv laget den gangen på 80-tallet. Da kunne vi ta ut rapporter selv som gav oss raskt svar på egne statistikker, som for eksempel de 100 mest vanlige årsakene til at pasienter oppsøker lege. Egenrapporter, forprogrammerte eller egendefinerte rapporter, burde kunne ligge som en mulighet i journalsystemene. Da kunne man ha mulighet til å følge med og kvalitetssikre hvordan det gikk med diabetikere eller hypertonicere i egen praksis. Vi har behov for et bedre analyseverktøy i allmennpraksis!

UTPOSTEN: Til slutt, hvilket råd vil du gi til unge allmennpraktikere?

– Vær lydhør i møte med pasienten. La de få snakke ut, ikke grip ordet og eller prat for mye selv. Når du har lyttet, så spør om du har oppfattet riktig. Og når du konkluderer: Spør om pasienten er enig i den videre behandlingen. Da får du en fornøyd pasient og du selv vil få en god hverdag!

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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 doktorsolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Somali – angår

■ AYAN BASHIR SHEIKH-MOHAMED
■ STEINAR HUNSKÅR
■ INGRID H. JOHANSEN

Uni Research Helse, Allmennmedisinsk
forskningsenhet, Universitet i Bergen

Studier viser at få somaliere oppsøker helsevesenet for hjelp ved psykisk sykdom. Når de først gjør det, er det sannsynlig at sykdommen er alvorlig. Det er også fare for at alvorlig syke ikke får helsehjelp på grunn av det stigmat som er knyttet til psykisk sykdom, og fordi noen tilstander forstås som at man er besatt av ånder, og at de derfor må kureres med religiøse midler.

Flere norske studier har vist at immigranter bruker legevakt oftere enn majoritetsbefolkningen (1–4). I en studie var somaliere overrepresentert, spesielt blant barn og unge (4). I en annen studie hadde irakere og somaliere en høyere kontaktrate sammenlignet med nordmenn, og de henvendte seg oftere til legevakten om natten med diffus symptomatologi (2). Studiene tyder på at somalieres bruk av lavterskel helse tjenester som legevakt, avviker fra majoritetsbefolkningens, og forfatterne antyder at dette kan skyldes behov for hjelp ved psykiske lidelser.

◀
Ved psykiske plager kan det for noen oppleves som tryggere å velge isolasjon, fremfor at omgivelsene skal tenke at man er gal. FOTO: YASMIN B SHEIKH-MOHAMED

sk og psykisk syk det helsevesenet?

Vi ønsket å få en bedre forståelse av hvordan somaliske immigranter tenker om psykisk sykdom og hvordan de bruker helsetjenester ved psykiske lidelser. Denne artikkelen bygger på resultatene i en sær-oppgave i medisin (5). Sær-oppgaven sammenstilte funn fra både norske og internasjonale studier om somaliske immigranternes forståelse av psykisk sykdom og deres bruk av helsetjenester ved psykiske lidelser.

Hva vet vi om bruken av helsetjenester?

I en studie fra London rapporterte 27 prosent av de spurte om alvorlig depresjon og 19 prosent om panikkangst, og det var et underforbruk av helsetjenester (11). Studien viste at bruk av helsetjenestene øker med botid i vertslandet (11). En studie fra USA viste at bare 6 prosent hadde søkt hjelp hos en helsearbeider innen psykisk helsevern (9). 72 prosent av deltakerne var ambivalente til eller ville ikke benyttet en slik tjeneste, selv ved alvorlig depresjon

(9). I samme studie var 34 prosent uenige i eller usikre på om medisinsk behandling ville hjelpe mennesker med psykiske lidelser. Andre instanser som flyktninghjelp, skolepersonell og fastlege ble i større grad oppsøkt (11, 12). Familie og venner ble også kontaktet (12). I en amerikansk studie var 80 prosent av unge somaliske menn som henvendte seg til en psykiatrisk helseklinikk akutt psykotiske, sammenlignet med 14 prosent av ikke-somaliske pasienter (13). De unge mennene kom ofte i følge med foreldre eller andre familiemedlemmer, et mulig tegn på at henvendelsen ikke var frivillig og at sykdommens alvor ikke lenger kunne skjules.

Flere studier meddeler at religiøse og kulturelt betingede forestillinger og oppfatninger er avgjørende for forståelsen og håndteringen av psykisk sykdom. Eksempelvis blir koranlesing og bønn brukt som botemiddel (6, 8, 9, 12, 14). Dette gjelder spesielt *gini* (6, 8, 9) – en sykdomsforklaring vi kommer tilbake til i neste avsnitt.

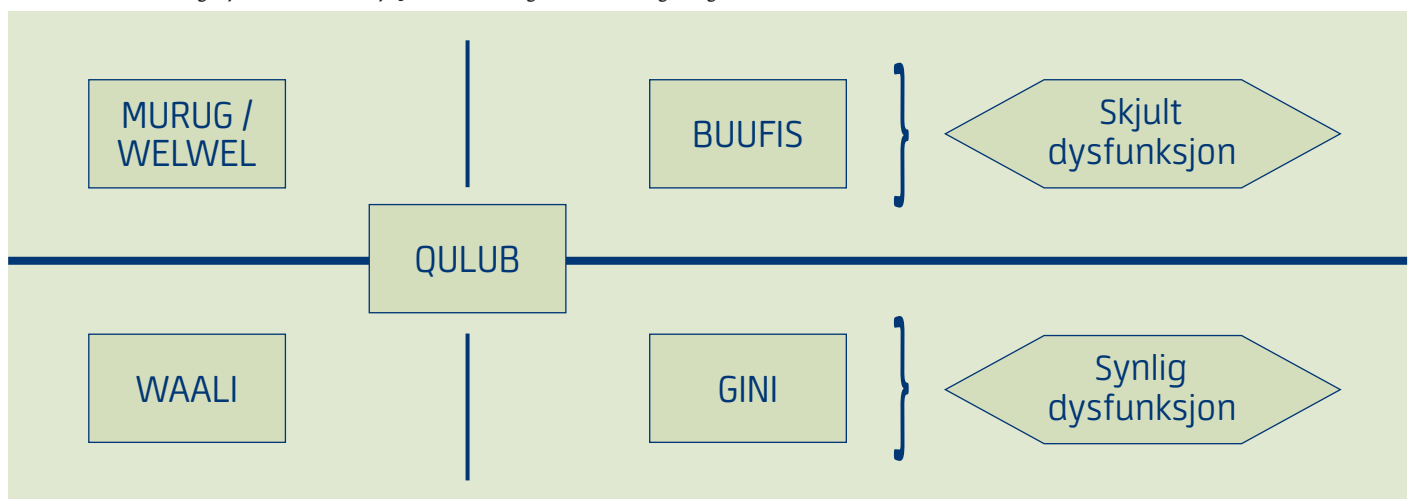
Årsaksforklaringen er viktig: Fordi *gini* er en type galskap forårsaket av ånder, oppsøkes ikke medisinsk helsehjelp, men heller for eksempel healere eller åndelige ledere. I en finsk studie var ikke helsevesenet en naturlig kilde til hjelp uansett type psykisk lidelse (6).

Forståelse og omtale av psykisk sykdom

I de relevante studiene ble det brukt seks somaliske ord for psykisk sykdom: *Waaali*, *gini*, *murug*, *welwel*, *buufis* og *qulub* (6–9). Begrepene danner et indre hierarki, der skillelinjene er hvorvidt lidelsen er synlig for andre eller ikke, og hva man tenker at årsaken til plagene er (FIG. 1). *Murug*, *welwel* og *buufis* beskriver psykiske plager som ikke er synlige med mindre personen forteller om det. Ved *gini* og *waaali* er personen åpenbart syk. Ved *qulub* kan også plagene være synlige.

Waaali kan oversettes med «galskap», og brukes for å forklare spesielt alvorlig psy-

FIGUR 1. Somaliske begrep som beskriver psykisk lidelse og deres alvorlighetsgrad.



kisk lidelse (6, 8, 9). Den syke ble beskrevet som en som tok av seg klærne (8, 9), som var potensielt farlig for andre (8), hadde utagerende og voldelig atferd (6), snakket høyt med seg selv og var ustelt (8). Dermed kan *waali* tenkes å beskrive en dårlig fungerende person med psykotiske symptomer. *Gini* ble beskrevet som en form for psykisk sykdom forårsaket av besettelse av ånder (6, 8). *Gini* kunne også være overnaturlige skapninger skapt av Gud (ånder). Åndene forårsaket psykisk sykdom, og behandlingen var følgelig koranlesing og urter (6, 8). I en av studiene ble det fortalt at en person med *gini* kunne være «mentalt uskikket», redd og gal (8). Både *waali* og *gini* ga funksjonsfall som var synlig for omgivelsene, men etiologien var ulik. *Gini* ble beskrevet som en mulig årsak til *waali*, men *waali* kunne aldri føre til *gini*. *Gini* er

altså distinkt forskjellig fra annen psykisk sykdom, da det er ensbetydende med at årsaken er nettopp *gini*. Ingen av studiene beskrev hvordan man i praksis kunne skille *waali* fra *gini*.

Murug kan oversettes med «tristhet» eller «bekymring». *Murug* ble i sin mildeste form beskrevet som en slags hverdagstristhet, men det kunne også være en alvorlig depressiv sykdom med *waali* som ytterste konsekvens (8). I en annen artikkel ble ordet *welwel* brukt på samme måte som *murug* (6). *Welwel* ble beskrevet som en bekymring som oppstår på grunn av ressursmangel, arbeidsledighet eller sosiale problemer. *Welwel* kunne også føre til *waali* (6). Begrepsparet *murug/welwel* ble dermed forklart som psykiske plager, og ikke en sykdom omgivelsene nødvendigvis la merke til, med mindre personen selv fortalte om plagene.

Buufis betyr «svevende ballong» og beskriver uopnådde drømmer eller mål (7). I en studie ble *buufis* brukt om en sterk følelse av verdiløshet (7). En typisk person med *buufis* ble beskrevet som en arbeidsledig, ensom mann som var trist, sint, aggressiv og paranoid (7).

Qulub ble i en studie brukt om alvorlig depresjon (9), men informantene var uenige om hva *qulub* betydde. Noen beskrev *qulub* som en tilstand med psykotiske symptomer, men alle var enige om at *waali* var det riktige ordet for så alvorlig sykdom (9). Diskrepansen i ordbruken gir mistanke om at det somaliske

språket begrenser forståelsen og beskrivelsen av psykiske plager.

Studiedeltakerne trakk frem krigsopplevelser, fragmenterte familier og fremmed kultur i vertslandet som årsaker til psykiske plager (6, 8). Andre årsaker var arbeidsledighet, manglende evne til å etterleve sitt sosiale ansvar og skuffelse over ikke å ha oppfylt forventninger (6). I en studie ble ustabil bosituasjon beskrevet som årsak til psykisk belastning og diskontinuitet i helseoppfølging (10). Arbeidsledighet, håpløshet, krigstraumer og *gini* ble beskrevet som mulige årsaker til *waali* (8).

Stigma og andre barrierer mot bruk av helsetjenester

I studiene syntest den viktigste barrieren mot bruk av helsetjenester å være stigmaet knyttet til psykisk sykdom (8, 9, 12, 14). Terskelen for å være åpen om psykisk sykdom var meget høy. Hvis man søkte psykiatrisk hjelp, var man pr. definisjon «gal». Å bli stemplet som «gal» kunne medføre at man ble utstøtt, også av sine nærmeste (9). Det var spesielt stigmatiserende å lide av *gini* (8). Ungdommer fortalte at det ble forventet at de skulle kunne hanskes med sine problemer på egen hånd og at mentale problemer var tabubelagte (12). Det å oppsøke terapeut ble latterliggjort (12). Tilsvarende ble ordet «tabu» brukt for å beskrive psykisk sykdom, og i en av studiene ble deltakerne overrasket når de fikk høre at det fantes somaliere som hadde blitt innlagt i psykiatrisk avdeling (14). Selvmordstanker var spesielt tabubelagte da det er strengt forbudt å ta livet sitt i islam (14).

Det var også andre årsaker til at helsevesenet ikke ble oppsøkt ved tilstedeværelse av psykiske plager. Kommunikasjonsproblemer knyttet til at man ikke behersker vertslandets språk, samt manglende felles kulturelle referanser ble nevnt som årsaker til underforbruk av helsetjenester (6, 9, 15). I to studier ble det understreket at pasientene måtte få hjelp av helsepersonell av samme kjønn, såfremt dette var praktisk gjennomførbart (14, 15). Siden tradisjonelle healere og religiøse ledere i stor grad er menn, og de fleste studiene beskrev at det var disse man henvendte seg til ved psykiske plager, er det litt uklart hvorfor psykiatrisk helsepersonell av motsatt kjønn var problematisk.

Funn fra Norge: Tøyenprosjektet

En av de inkluderte studiene undersøkte hva oppbrudd og livet i eksil kunne bety for psykisk helse blant somaliere i Norge og Finland (7). Ifølge informantene ville det i et vertsland med et ukjent hjelpeapparat, være lettere å vende seg til Gud ved psykiske plager. Fastlegen ble oppsøkt i liten grad, da det tok lang tid å få time med tolk. Legevakten ble dermed et lavterskeltilbud man benyttet seg av, spesielt om natten, når ubehaget var som verst. Flere sa at en ressursperson som kjente både de somaliske og norske samfunnsstrukturene godt, kunne gi nyttige råd til de nyankomne. Informantene ønsket at fagfolk innen psykisk helsevern kunne samarbeide med en religiøs, autoritativ person som kunne resitere fra koranen for den urolige pasienten. Tilliten til psykia-

Religion og bønn er viktige botemidler ved psykiske plager.





I Somalia lever alvorlig psykisk syke på utsiden av samfunnet. FOTO: FATIMA ISMAIL

triske institusjoner var liten, og det «å få en sprøyte» var en utbredt frykt. Sprøyten ville medføre at man «ikke en gang kunne brukes som vitne». Det ble også beskrevet et prosjekt fra Tøyen DPS hvor psykiater og en somalisk ressursperson jobbet tett med pasienter og deres pårørende. Erfaringen der var at til tross for tett oppfølging og ressurssterke pårørende, ble tradisjonell behandling eller hjelp i hjemlandet ofte foretrukket.

Avsluttende betraktninger

Studiene vi har sett på, viser at somalieres terskel for å oppsøke medisinsk hjelp ved psykiske plager er veldig høy og at de er alvorlig syke når de først gjør det. Når hjelpen først oppsøkes, er det gjerne hos instanser som flyktninghjelp, skole og fastlege. Dette innebærer at slike henvendelser må tas på det største alvor, da det er sannsynlig at den det gjelder er alvorlig syk og fungerer dårlig i hverdagen. Det er også

stor sannsynlighet for at pasienten har brutt strenge kulturelle barrierer ved å sette ord på sine psykiske plager.

I Somalia er det et skarpt skille mellom 'gal' og 'ikke-gal' (16), og det skjer en gjennomgripende endring i hvordan man blir behandlet av samfunnet når den psykiske sykdommen blir synlig. Den direkte konsekvensen av stigmaet er sosial eller fysisk isolasjon (16). I Somalia er det allment akseptert å lenke psykisk syke fast til stolper og trær, og ofte gjøres dette av deres nærmeste pårørende (16). Det er også vanlig at synlig psykisk syke utsettes for vold ved for eksempel at de blir kastet stein på eller gjøres narr av (16). Er man først regnet som gal, kan man aldri bli regnet som frisk igjen eller bli et fullverdig medlem av samfunnet (16). Tilsvarende forståelse av psykisk lidelse og holdninger til medisinsk behandling er også rapportert fra andre afrikanske land og fra verdensdeler der andre religioner enn islam dominerer (17, 18). Stigmaet blir en slags mur mellom den syke og den medisinske behandlingen, på tvers av religiøse og kulturelle determinanter. Det fører til at en selv og ens nærmeste forsøker å skjule en eventuell psykisk lidelse for omgivelsene.

Det er viktig å identifisere psykiske plager for å hjelpe pasienten, men også for å normalisere psykiske plager blant somalier. Samtidig er det ikke sikkert at alle psykiske plager skal håndteres av helsevesenet. Å sette diagnoser på personer som ikke har et funksjonsfall, er i beste fall sløsing av ressurser. Psykiatriske tjenester og medisiner vil ikke hjelpe dersom en psykisk plage oppstår på grunn av vanskelige boforhold eller økonomiske problemer. Dersom det foreligger psykiske plager eller somatisering, kan det derfor være verdt å bruke tid på kartlegging av sosial situasjon, bruke pasientens private nettverk som en ressurs og om nødvendig koble inn sosiale instanser. I to av studiene kom deltagerne med konkrete eksempler på måter man kunne hjelpe den plagede på (3, 9): Man kunne la vedkommende bo hos seg i perioder, passe barna, lage mat og lignende. Den kulturelle somaliske forventningen om å ta vare på sine nærmeste, gjør at nettverket viser solidaritet med den som sliter.

Det bør igangsettes informasjonskampanjer for å ufarliggjøre psykisk helsevern og å sikre tilgang til adekvat behandling også for dem som er antatt å lide av *gini*. Dette kan for eksempel gjøres i samarbeid med toneangivende personer i miljøene. Disse personene kan med fordel også brukes i behandlingen av pasienter i psykisk helsevern. Det er rapportert at helseperso-

nell lettere når frem til pasienten når de går sammen med tradisjonelle healere (19). Hvis pasienten får god medisinsk behandling, kan man tilby samarbeid med en religiøs leder og koranlesing i tillegg, såfremt dette ikke forverrer en eventuell psykose. Det bør ikke være noe i veien for å prøve dette ut også i Norge, slik at man finner en plattform på tvers av samfunnsstrukturer, med felles forståelse og respekt. Dersom pasientens religiøse og kulturelle tilhørighet blir ivaretatt, blir hele mennesket sett. En slik tilnærming til pasienten vil sannsynligvis gjøre den medisinske behandlingen mer effektiv.

REFERANSER

1. Goth US. Toleranse, kultursensitivitet og akkulturasjon: Interkulturelle utfordringer for primærhelsetjenesten og nyankomne innvandrere i Norge. *FLEKS – Scand J Intercultural Theory Pract* 2014; 1: 1–19.
2. Sandvik H, Hunskaar S, Diaz E. Immigrants' use of emergency primary health care in Norway: a registry-based observational study. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 308.
3. Fangen K, Hjelde KH. Oppfølging, respekt og empowerment. Somalieres forståelse og hjelpepraksis ved psykososiale vanskeligheter. *Norsk Tidsskr Migrasjonsforskning* 2006; 7: 79–99.
4. Ruud SE, Aga R, Natvig B, Hjortdahl P. Use of emergency care services by immigrants – a survey of walk-in patients who attended the Oslo Accident and Emergency Outpatient Clinic. *BMC Emerg Med* 2015; 15: 25.
5. Sheikh-Mohamed, AB. (2016): Somaliske immigranternes forståelse av psykisk sykdom og bruk av helsetjenester ved psykiske lidelser. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.
6. Molsa ME, Hjelde KH, Tiilikainen M. Changing conceptions of mental distress among Somalis in Finland. *Transcult Psychiatry* 2010; 47: 276–300.
7. Hjelde KH. Somalieres forståelse av psykisk helse, sykdom og behandling i eksil (Del II): Konsekvenser for psykisk helsearbeid. *Tidsskr for psykisk helsearbeid* 2008; 5: 24–33.
8. Carroll JK. Murug, waali, and gini: Expressions of distress in refugees from Somalia. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2004; 6: 119–25.
9. Piwowarczyk L, Bishop H, Yusuf A, Mudumba F, Raj A. Congolese and Somali beliefs about mental health services. *J Nervous Mental Dis* 2014; 202: 209–16.
10. Warfa N, Bhui K, Craig T, Curtis S, Mohamud S, Stansfeld S, et al. Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health Place* 2006; 12: 503–15.
11. McCrone P, Bhui K, Craig T, Mohamud S, Warfa N, Stansfeld SA, et al. Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 351–7.
12. Ellis BH, Lincoln AK, Charney ME, Ford-Paz R, Benson M, Strunin L. Mental health service utilization of Somali adolescents: religion, community, and school as gateways to healing. *Transcult Psychiatry* 2010; 47: 789–811.
13. Kroll J, Yusuf AI, Fujiwara K. Psychoses, PTSD, and depression in Somali refugees in Minnesota. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; 46: 481–93.
14. Wolf KM, Zoucha R, McFarland M, Salman K, Dagne A, Hashi N. Somali immigrant perceptions of mental health and illness: An ethnographic study. *J Transcult Nurs* 2016; 27: 349–58.
15. Filippi MK, Faseru B, Baird M, Ndikum-Moffor F, Greiner KA, Daley CM. A pilot study of health priorities of Somalis living in Kansas City: laying the groundwork for CBPR. *J Immigr Minor Health* 2014; 16: 314–20.
16. WHO. A situation analysis of mental health in Somalia. October 2010. Geneva: WHO, 2010.
17. Egbe CO. Experiences and effects of psychiatric stigma: Monologues of the stigmatizers and the stigmatized in an African setting. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2015; 10: 27954.
18. Adhikari SR, Pradhan SN, Sharma SC. Experiencing stigma: Nepalese perspectives. *Kathmandu Univ Med J* 2008; 6: 458–65.
19. Mohamed-Kaloo Z, Laher S. Perceptions of mental illness among Muslim general practitioners in South Africa. *S Afr Med J* 2014; 104: 350–2.

■ INGRID.JOHANSEN@UNI.NO

Vil Fastlegeordningen råtne på rot?

■ GISLE ROKSUND • Klosterhagen legesenter, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

Dagen før jubileumskonferansen «Femten år med Fastlegeordningen – Hva nå?» i Tromsø 31. august sa en av kollegene i det hun forlot kontoret: «Nå må du fortelle hvordan vi er i ferd med å kveles av arbeid. Utdanningskandidatene i veiledningsgruppene forteller at de ikke vil arbeide slik. Dette går ikke stort lenger».

Mandag 4. juni 2001 åpnet vi Klosterhagen legesenter i Skien. Vi var fem kolleger som hadde planlagt dette i et års tid, og åpningen skjedde på Fastlegeordningens første virkedag. Vi hadde til sammen ca 7500 pasienter på listene våre. Selv hadde jeg 1700 pasienter på min liste. Dagene var gode med høvelig tid til såvel pasienter som privatliv. I dag er vi seks leger, det vil si en lege mer, med til sammen 5800 pasienter på listene. Gjennomsnittlig listelengde er under 1000, og vi arbeider mer enn noensinne. De fleste legene er i gang før kl. 07.00 om morgenen, og siste går sjelden ut av kontoret før kl. 18.00 på ettermiddagen.

Hva har skjedd? Vi har innført en ordning som befolkningen er meget fornøyd med. Bare Folkebiblioteket og Vinmonopolet er mer populære av offentlige tjenestetilbud. Ordningen har gitt en stabilitet i fastlegekorpset som ingen land jeg kjenner til, kommer opp mot. På et nordisk ledermøte for de allmennmedisinske foreningene i Helsinki nylig, ser lederne i de andre nordiske land med lengsel i blikket mot den norske ordningen og den stabilitet den gir i lege-pasient-forholdet. Tidligere leder i Royal College of General Practitioners i

UK, Iona Heath, har uttalt at Norge nesten er alene igjen i Europa med en velfungerende allmennlegetjeneste, med en tjeneste som ikke er ødelagt av tungroddede byråkratiske overbygninger og som har gitt en stabilitet blant fastlegene til det beste for pasientene.

Den avdøde amerikanske professor ved Johns Hopkins Hospital i USA, Barbara Starfield, har ettertrykkelig slått fast at ...den helsetjeneste er samlet best, billigst og mest rettferdig som er basert på en sterk og god primærhelsetjeneste, hvor pasientene kan velge sin allmennlege.

Tessa van Loewen og medarbeidere har vist at kapasiteten i allmennlegekorpset og kontinuitet og lengden på lege-pasientforholdet er de viktigste faktorene for å redusere henvisninger til sykehus for pasienter med kroniske sykdommer. Disse faktorene trumfer alt arbeid med retningslinjer og prosedyrer (1).

Allmennlegetjenesten utfordres

Internasjonalt opplever allmennleger store vansker i rammevilkårene. To rapporter fra UK beskriver vanskene der:

En rapport fra NHS i april 2016 (2) beskriver forholdet mellom allmennlegetjenesten og sykehusene:

So if anyone ten years ago had said: «Here's what the NHS should now do – cut the share of funding for primary care and grow the number of hospital specialists three times faster than GPs», they'd have been laughed out of court. But looking back over a decade, that's exactly what's happened.

En rapport fra Kings Fund i UK fra mai 2016 (3) beskriver en engelsk allmennpraksis i krise:

Pressures on general practice are compounded by the fact that the work is becoming

more complex and more intense. This is mainly because of the ageing population, increasing numbers of people with complex conditions, initiatives to move care from hospitals to the community, and rising public expectations. Surveys show that GPs in the NHS report finding their job more stressful than their counterparts in other countries.

Her på berget opplever vi også at fastlegene stadig utfordres. Samarbeidspartnere, politikere og byråkrater vil at vi skal samarbeide mer med andre, samt registrere og rapportere mer av vår aktivitet. Det er ikke nok at pasientene vet hva vi gjør. Sykehuskolleger vil at vi skal skrive bedre henvisninger og henviser både tidligere og senere enn vi i dag gjør.

Samhandlingsreformen har gitt oss en rekke nye oppgaver som før ble gjort i spesialisthelsetjenesten. Det gjelder både diagnostikk, behandling og oppfølging, både komplisert indremedisin, andre kronisk syke og pasienter med rus- og psykiske problemer.

Fastlegekorpset fortviler. På Eyr snakkes ordningen ned, og ved lunsjbordene og i veiledningsgruppene diskuteres det: Hvor lenge holder du ut? Hvor lenge holder jeg ut? Unge familiefedre og -mødre får ikke dagene til å gå i hop. Vi eldre bufrer ved å komme tidligere til og gå senere fra kontoret. De unge har utstyrt seg med hjemmekontorløsninger, og setter seg foran PC-en når ungene er i seng. Flere ganger pr. uke har de to til tre timers kontorarbeid om kvelden.

Utenfor Oslo sliter man med å få søkere til ledige hjemler og stillinger. Nylig hørte jeg om et veldrevet kommunelegekontor i en sentral distriktskommune i mitt fylke som for første gang på mange år ikke hadde kvalifiserte søkere til en ledig stilling.

Fastlegene opplever at forventningene ikke er tilpasset kapasiteten. Vi er tilført en

rekke nye oppgaver, men har ikke hatt noen reell kapasitetsøkning. Økningen i antall fastleger har holdt tritt med befolkningsveksten, men heller ikke mer. En utredning fra Helsedirektoratet i 2008 anslo et behov for 2800 nye fastleger. Utredningen ble raskt lagt i en skuff i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Regjeringen svarer på denne utfordringen med å ville opprette *primærhelseteam* (4). Jeg har til gode å se det sannsynliggjort enn si dokumentert at opprettelse av nye team vil løse denne floken. Vi har allerede en rekke team og ansvarsgrupper. Øker vi antall samarbeidspartnere for fastlegene, øker lett arbeidsmengden. Man kan få mistanke om at lederen for arbeidet med primærhelsemeldingen har fått gjennomslag for ønsker og mål som tidligere leder i Norsk Sykepleierforbund.

Mens både spesialisthelsetjeneste og kommunal pleie- og omsorgstjeneste har en raskt økende økonomi, har staten full kostnadskontroll på fastlegeordningen. Ordningen er ikke tilført friske ressurser på mange år.

Tom W. Christiansen var prosjektleder i HOD da fastlegeordningen ble innført i 2001. Han pekte under konferansen i Tromsø på at en passus i statsavtalens bestemmelser om listeregulering synes helt uteglemt:

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helsetjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen. (5)

Dette er aldri gjort.

Kontinuiteten i lege-pasient-forholdet må sikres

Gullet i fastlegeordningen er den personlige relasjonen mellom lege og pasient. Det er pasienten som velger lege, og pasienten kan velge en annen dersom han eller hun ikke opplever at fastlegen gir den helsehjelp som han eller hun har behov for. Det er det personlige forholdet mellom lege og pasient som gjør at fastlegeordningen skårer høyt på meningsmålingene. Lengden på lege-pasient-relasjonen trumfer altså også alt annet arbeid med kvalitetssikrede prosedyrer og retningslinjer når det gjelder behov for spesialisthelsetjeneste.

En konsekvens av dette er at all organisering av allmennlegetjenesten må ta som hovedsiktemål å sikre kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Det er pasientene vi er til for, og diagnose, utredning og behandling er de viktigste oppdragene. Deretter kan vi legge forholdene til rette for samar-

beidspartners samarbeidsbehov og politikeres og byråkraters styringsbehov.

I vårt mål- og resultatstyrte samfunn er vi kanskje hår i suppa for politikere og byråkrater som fra sine tårn har behov for tall for å mene noe om hva som foregår i feltet. Til det kjedsommelige får vi høre at fastlegene ikke lar seg styre. Magne Lerø kalte oss «avvikere» på seminaret i Tromsø, og henviste til at vi foreløpig har vunnet kampen mot styringskreftene gjennom Fastlegeaksjonen i 2011. Han beskrev fastlegeordningen som en avansert samvirkemodell mellom stat, kommune, pasienter, tilsynsmyndigheter, akademia og legene selv. For å utvikle ordningen videre, er det etter hans mening behov for en tillitsbasert ledelse, og ikke en detaljert mål- og resultatstyrt ledelse. Han argumenterte for avvikskontroll i ettertid i stedet for egenstyrt rapportering, hvor «intet nytt er godt nytt».

Jeg er ikke i tvil om at vi trenger mer data fra fastlegeordningen for å kunne utvikle ordningen fornuftig videre. Men datafangst må først og fremst føres tilbake til fastlegene selv slik at vi sammen med kolleger kan se hva vi selv gjør – i lys av hva andre kolleger gjør. Det er den beste form for læring, og en metode som bl.a. utvikles gjennom SKIL (6). Fra disse dataene kan man så bli enige om hvilke aggregerte data kommunale og statlige myndigheter har behov for. Men en «top down»-prosess hvor myndighetene dikterer datafangst og dataene tolkes uavhengig av kontekst, har vi ikke behov for.

På konferansen i Tromsø bekreftet ekspedisjonssjef Petter Øgar at det ikke foreligger noe politisk løfte om økning av finansieringen i fastlegeordningen, ei heller noen politisk vilje. På politisk hold er det ingen forståelse av at fastlegene strever slik det ble beskrevet på konferansen (personlig meddelelse). Det er derfor ifølge ekspedisjonssjefen viktig at allmennlegene avklarer roller og forventninger.

Rakner grunnmuren, faller bygget

Ingen politisk vilje til å styrke finansieringen i fastlegeordningen?? Jeg spør: Hva er byråkratenes ansvar i en slik situasjon? Vil det ikke nettopp være å fore politikerne med informasjon der utenfra? Men da må de kanskje bevege seg ut av tårnene og inn på legekantorene. Det kan kanskje synes vanskelig...

Dagens Medisin skriver på lederplass 8. september om «Suksessfellen»: Det er krevene å endre seg i tide når man har funnet en suksessoppskrift hvor fastlegene er best på det viktigste for pasientene.

Det er bred verbal enighet om at fastlegeordningen er fundamentet for helsetjenesten. Rakner grunnmuren, faller bygget fra hverandre. Men myndighetene synes å være opphengt i en forestilling om at fastlegene meler sin egen kake, driver fram mange konsultasjoner for å tjene penger og ikke lar seg styre, og at de samarbeider for lite med andre yrkesgrupper. Dette var holdninger jeg stadig fikk høre da jeg som fersk leder i NSAM, senere NFA (Norsk forening for allmennmedisin), i 2003 begynte å ferdes i korridorene i Helsedirektoratet. Forslagene om å lage primærhelseteam og styrke allmennlegetjenesten med andre yrkesgrupper i stedet for flere fastleger, vitner om at de fortsatt ikke kjenner hverdagen der ute.

Skal det fortsette slik?

Tilbake til Klosterhagen legesenter: Vi er et engasjert kollegium som arbeider aktivt for at kontoret samlet skal gi pasientene våre de beste fastlegetjenester. Men vi er mer enn bekymret for framtida. Vår leieavtale med huseier går ut om fem år, og vi har så vidt begynt å snakke om veien videre. Noen ønsker andre yrkesgrupper inn i praksisen som sykepleier, helsesøster, jordmor, psykolog, sosionom ol. Men finansieringen må selvsagt på plass før det kan bli snakk om å gjøre det.

Legene på kontoret arbeider over 50 timer i uka hver utenom legevakt. Skal det fortsette slik?

Jeg inviterer med dette både politikere, ministre, direktører, departementsråder og ekspedisjonssjefer ut til en dag i felten. Men da må de være på kontoret når jeg starter kl. 06.45.

Allmennleger har en fantastisk jobb. Jeg syns samtalene og reisene sammen med pasientene over tid er noe av det flotteste og mest givende jeg kan være med på. Og vi blir satt stor pris på. For å si det med en av mine pasienter, som skrev følgende i en sms til meg etter en konsultasjon for noen dager siden: «Takk nok en gang for at livet er verdt å leve».

Men nå er det for mye av det gode.

REFERANSER

1. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216664>
2. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/gpfp/>
3. <http://www.kingsfund.org.uk/publications/pressures-in-general-practice>
4. St.meld 26 (2014–15) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet
5. ASA 4301 pkt 2.3.1, 3. avsnitt
6. Senter for Kvalitet i Legekantor: <http://www.skil-net.no/>

■ GISLE.ROKSUND@GMAIL.COM

Fastlegeordningens faglige fundament

■ ANETTE FOSSE • Øvermo legesenter, Mo i Rana

■ ANDERS SVENSSON • Anders Svensson, kommuneoverlege, Bø i Vesterålen

Fastlegeordningen er 15 år i år. 'Alle' – politikere, spesialisthelsetjenesten, kommunene og pasientene – mener at reformen er vellykket, men mange fastleger opplever at utviklingen har stoppet opp og flere røster roper varsku om at fastlegene er overbelastet, at rekrutteringen til faget er truet, ja sågar at faget selv er truet. Denne artikkelen beskriver det faglige fundamentet for fastlegeordningen, drøfter utfordringer og viser kanskje en mulig retning for fremtiden.

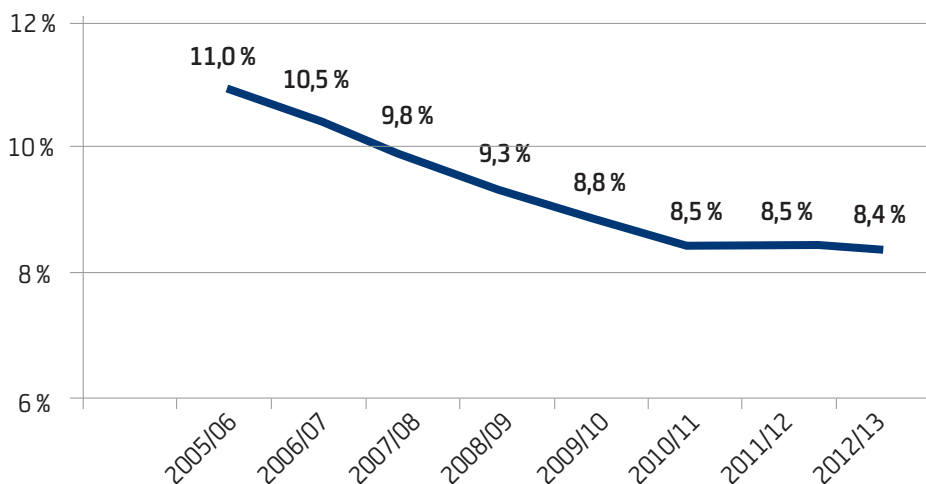
Primærhelsetjenesten er grunnmuren i et effektivt helsevesen, og tilgangen til en fritt valgt allmennlege gjennom flere år er en av søylene i grunnmuren (1). WHO konstaterer i dokumentet «Primary Care – Now more than ever» at en sterk primærhelsetjeneste er viktigere enn noensinne (2), og peker samtidig på at det sterke fokuset på sykehus og subspecialisering er en hovedkilde til ineffektivitet og ulikhet. I Norge har de gode resultatene i primærhelsetjenesten vært begrunnelse for bl.a. fastlegeordningen og samhandlingsreformen. Når det kommer til realitetene – både i Norge og internasjonalt – ser det imidlertid ut til at tyngdekraften fortsatt trekker ressursene inn i sykehusene (FIG. 1). Årsakene til dette er mange, blant annet at

kunnskapsproduksjon, eierskap, maktstrukturer og prestisje er tungt knyttet til sykehusmedisinen.

Andelen av forskningsmidler som går til allmennmedisinsk forskning er mikroskopisk sammenlignet med ressursene som tildeles forskning i sykehusfagene, og infrastrukturen for kunnskapsutvikling i allmennmedisinen er fortsatt mangelfull. Når storparten av kunnskapsgrunnlaget er basert på sykehusforskning, og nasjonale retningslinjer utformes utfra dette, blir anvendeligheten begrenset og til dels misvisende i allmennmedisinsk hverdag. En sterkere og bredere forskningsinnsats i allmennmedisin vil gi et riktigere kunnskapsgrunnlag for vår fagutøvelse og bedre helsetjeneste til befolkningen.

FIGUR 1. Andelen av det engelske helsebudsjettet brukt på allmennmedisin.

KILDE: WONCAEUROPA 2016. KEYNOTE: PROFESSOR MARTIN ROLAND



De allmennmedisinske kjerneverdiene

Bak den forsknings- og erfaringsbaserte allmennmedisinske kunnskapen ligger et sett med kjerneverdier som definerer faget. I 1978 utviklet «Tenkekomiteen innen Allment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforbund» begrepet KOPF. Allmennmedisinen skal være Kontinuerlig – Omfattende – Personlig – Forpliktende (3). Dette utgjør essensen av det som skiller oss fra sykehusfagene, og den viktigste faktoren i det som gjør at allmennmedisin «virker». KOPF var derfor en viktig faglig begrunnelse for etableringen av fastlegeordningen i 2001. Gjennom fastlegeordningen fikk alle innbyggere tilgang til en fast, personlig allmennlege. Men KOPF har også en iboende fare for grenseløshet. I 1999 skrev Irene Hetlevik en leder i *Tidsskrift for Den norske legeforening* om «den fulle allmennmedisinske bøtten» som satte ord på en problemstilling som fortsatt er aktuell (4). Full bøtte er et bilde som er blitt hyppig brukt i diskusjonen om hvordan, hvorfor og om allmennlegens oppdrag skal avgrenses. En mer positiv vri på bildet ble lansert av Petter Øgar i *Utposten* i 2001, nemlig «den allmennmedisinske karaffel», der han tok til orde for at fastlegene selv må definere innhold og faglig velbegrunnede prioriteringer (5). Styret i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) arbeidet med konkretisering og operasjonalisering av KOPF, og lanserte i 2001 «Plakaten» med sju teser for allmennmedisin (SE RAMMESAK). Tesene var en tydeliggjøring av og veiviser for hvordan allmennmedisinens kjerneverdier kan holdes i hevd på en bærekraftig og pragmatisk måte. Fastlegene må hele tiden prioritere hva de skal bruke tiden sin på, og det må skje på et faglig bevisst fundament. De sju tesene for allmennmedisin ble presentert slik:

«Vår samtid anno 2001 preges av økende muligheter for medisinsk behandling, men også av kommersialisering og medikalisering, rettighetstenkning og økt forbrukerbevissthet. En ny beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal

- klargjøre legens ansvarsområder
- fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter
- gi basis for innhold i grunn- videre og etterutdanning
- sikre realistiske forventninger til helsetjenesten
- sikre faglig identitet og trygghet for fastlegeordningen»

De sju tesene, KOPF og deres begrunnelser er like aktuelle i dag som for 15 år siden. Fastlegenes oppdrag er å håndtere den utfordrende balansen mellom pasient og samfunn, mellom fag og politikk, mellom forskning og praksis, mellom samleband og skreddersøm. Det er denne kompleksiteten som utgjør faget allmennmedisin, og det er vår evne til å ivareta dette som avgjør om vi bygger tillit eller ikke (6). Tillit er en av bærebjelkene i det allmennmedisinske hus. Uten pasientenes og samfunnets tillit forvitrer fastlegenes mulighet til å gjøre en god jobb. Og tilliten kan best bygges og bevares gjennom at fastlegene holder de allmennmedisinske kjerneverdiene i hevd.

KOPF revisited

Kontinuerlig – Omfattende – Personlig – Forpliktende; et håpløst utdatert og grenseløst ideal, eller realistiske og håndterlige allmennmedisinske kjerneverdier? WONCA Europe har arbeidet med en oppdatert versjon av kjernen i allmennmedisin, og kom i 2011 fram til følgende elementer: *Accessible – Comprehensive – Continuous – Coordinating – Accountable* (ACCCA) (7), altså temmelig sammenfallende med KOPF, men med tydeligere vekt på tilgjengelighet og koordinering. Dette gjenspeiler økende tverrfaglighet og teamarbeid i allmennmedisin. Det er i dette landskapet fastlegene må kjenne sin besøkelsestid og aktivt definere det vi skal prioritere, basert på gode faglige vurderinger. Det er ikke god allmennmedisin å bare gi seg over til alle forventningene og kravene som flommer over oss. I ordskiftet om fastlegeordningen kan man få inntrykk av at fastlegen forven-

7 TESER FOR ALLMENN-MEDISIN



1 Hold lege-pasientforholdet i hevd

Allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

2 Gjør det viktigste

Allmennlegens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er

- **fortolker** av pasientens symptomer og plager: skiller ut dem som har behandlingstren- gende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke
- **veileder og lærer**: hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres
- **vitne og ledsager**: følger pasienten og hans/hennes nærmeste gjennom sykdom og lidelse

3 Gi mest til dem som har størst behov

Forventningene til allmennmedisinen overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader: Dersom flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste, slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

4 Bruk ord som fremmer helse

Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.

5 Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling

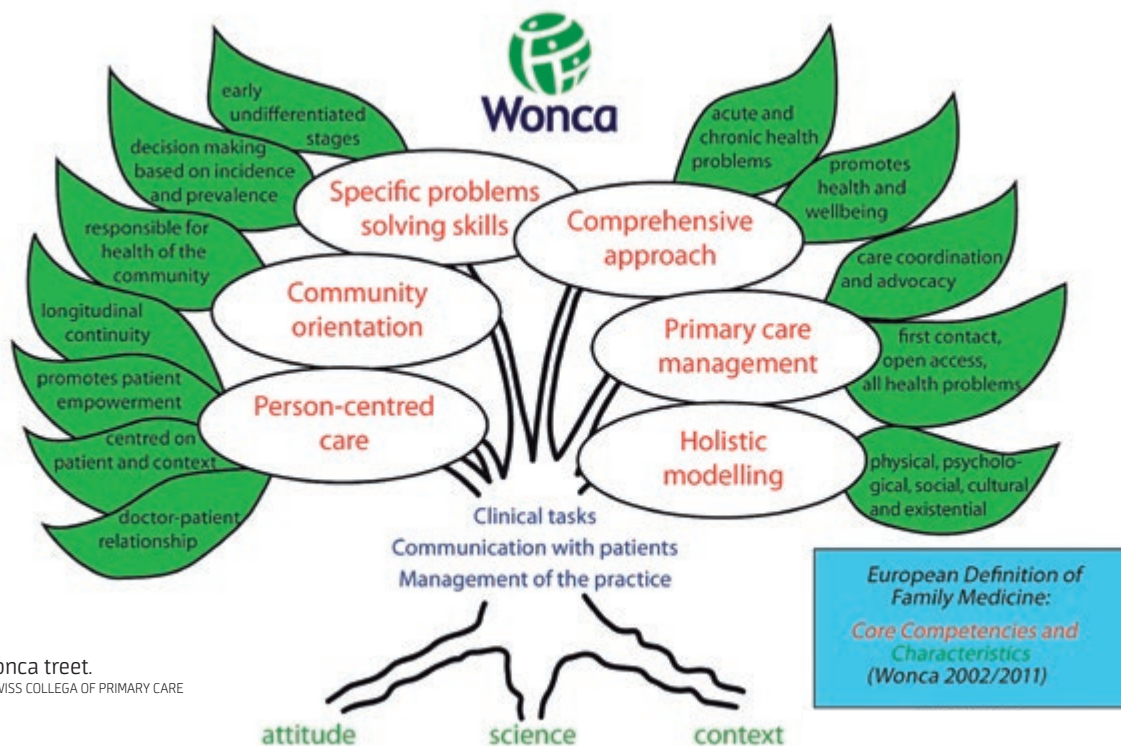
Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etikk skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

6 Beskriv praksiserfaringene

Å forebygge sykdom og uheld er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsespanoramaet i sin populasjon.

7 Ta ledelsen

Allmennlegen skal aktivt ta ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legekontoret må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse



FIGUR 2. Wonca treet.
© 2004/2011 SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

tes å være tilgjengelig for sine pasienter 24/7 og tilfredsstille alle pasientens ønsker og behov:

- fastlegen forventes å forholde seg lydig til alle retningslinjer og myndighetskrav
- fastlegen forventes å ekspedere alle spesialisthelsetjenestens forordninger
- fastlegen forventes å alltid være tilgjengelig for telefoner og møter med samarbeidspartnere på alle nivåer

En slik karikert versjon av fastlegeordningen er hverken bærekraftig eller ønskelig. Tvert imot vil de allmennmedisinske kjerneverdiene undergraves dersom vi/pasienter/myndigheter/samarbeidspartnere tror at det er dette som er fastlegens oppdrag. Her trengs realitetsorientering og forventningsavklaring. Istedenfor å la oss overmanne av avmaktsfølelsen må fastlegene selv ta ledelsen basert på kjerneverdiene og de sju tesene. Det innebærer en balanse mellom tilgjengelighet og grensesetting, samarbeid og autonomi, frihet og ansvar. Nedenfor har vi kommentert en kombinasjon av KOPF og ACCCA inspirert av de sju tesene:

Kontinuerlig og personlig

Kontinuitet i lege-pasientforholdet gir fastlegen innsikt i pasientens små og store helseplager, sykdommer og livsbetingelser. At allmennlegen ser pasienten som et helt menneske, og selv våger å være personlig i tillegg til å være profesjonell gjør at pasien-

ten lærer legen å kjenne, og sammen bygger de en gjensidig tillit som fører til den lojaliteten som danner grunnlaget for å kunne tåle både urimelige krav og grensesetting. Det gir også fastlegen mulighet til å skreddersy utredning og behandling til den enkelte pasienten. Standardiserte retningslinjer passer ofte dårlig når vi står overfor enkeltindivider. Fastlegen må ha ryggrad, faglig kompetanse og pasientens tillit til å vurdere hvorvidt nasjonale veiledere og retningslinjer skal følges eller ikke (8).

Helhetlig og koordinerende

Helhetlig (omfattende) betyr ikke omnipotent. Fastlegen skal ikke gjøre alt og løse alle problemer. I et stadig mer fragmentert helsevesen både i første- og andrelinjen er fastlegen den som kjenner historien og holder i trådene. Mange fastleger opplever å bli nedrent av krav og forventninger om møter, attester og «sekretæroppgaver». Tese nummer sju sier «Ta ledelsen!». Det blir stadig viktigere at fastlegen våger å prioritere hvilke oppgaver og pasienter som er viktigst. Vi må varsle tydelig lokalt og nasjonalt om hvilke kjerneoppgaver som prioriteres innenfor de gitte rammer, og hvilke forventninger som ikke bør eller kan tilfredsstilles.

Heldigvis finnes det mange gode hjelpere blant andre faggrupper både i første- og andrelinjetjenesten som vi samarbeider med. Pårørende er også en undervurdert

ressurs i mange sammenhenger. Fastlegen må gjøre seg kjent med hvilke ressurser som finnes i sitt nedslagsfelt slik at disse kan involveres når det er relevant.

Tilgjengelig og forutsigbar

Fastlegeordningen gir pasienten ett sted å henvende seg enten det gjelder akutte eller kroniske tilstander, småplager eller alvorlig og livstruende sykdom. Den lave terskelen inn til fastlegen er en viktig forutsetning for å få en helhetlig innsikt i pasientens liv og helse. Samtidig er det åpenbart at ikke alt hører hjemme hos fastlegen. Vi må selv ta ansvar for å styre dagen, og lage tydelige rammer for hva vi skal ta hånd om og hva som hører hjemme hos andre. Det er heller ikke slik at fastlegen selv skal være personlig tilgjengelig for pasientene 24/7. Når fastlegen er borte på sykebesøk, møter, sykehjem/helsestasjon, dialogmøter, kurs, ferie, syke barn osv innebærer fastlegeordningen at det er avklart hvem som dekker fastlegens liste. De fleste pasienter forstår at fastlegen ikke kan være der alltid, men de vet også at fastlegen tar opp tråden når fastlegen er på plass. I dette ligger en forutsigbarhet som gir trygghet.

Fastlegerollen er mangfoldig og gjensidig verdifull

I noen situasjoner er alle verdiene viktige samtidig. Det gjelder for eksempel når en

av våre pasienter har en terminal sykdom og ønsker å være hjemme i livets siste fase. For å kunne yte god og helhetlig helsehjelp i en slik situasjon kreves det at pasienten har tillit til fastlegen, og at fastlegen har tillit til at pasienten har tillit til fastlegen. Dette skaper trygghet og gir mulighet for en personlig deltakelse. Tett samarbeid med pårørende og omsorgstjeneste er avgjørende. Det er de som utfører den mest tidkrevende delen av oppfølgingen og som står for den kontinuerlige tilstedeværelsen hos pasienten. Fastlegens rolle er å gi den medisinske tryggheten, og å vurdere situasjonen utfra (som regel) lang kjennskap til pasient og familie. Noen fastleger velger i slike situasjoner å gi ut sitt mobilnummer og gjøre seg tilgjengelig utenom arbeidstid. Det er sjelden at dette «misbrukes» av de involverte, og det kan gi en trygghet som langt overstiger belastningen. For mange fastleger er det ikke ønskelig eller mulig å være tilgjengelig på den måten. Da er det viktig at fastlegen informerer legevakt og andre instanser om situasjonen, og at det er lagt en plan for hvem som skal kontaktes, slik at forutsigbarheten ivaretas.

Det er et eksempel på at det er fastlegen selv som må sette grensene og organisere sine oppdrag utfra sin egen personlige ramme og kapasitet, forutsatt at det er avklart hvem som følger opp pasienten når fastlegen ikke er tilgjengelig. En fastspikret mal for hvordan vi skal organisere og utøve faget er inkompatibel med den virkeligheten fastlegen skal utøve sitt virke i. Det er denne fleksible, personlige tilpassningen innenfor rammene av de allmennmedisinske kjerneverdiene som gjør faget allmennmedisin spennende, utfordrende, krevende og givende.

REFERANSER

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. Rev. ed. ed. Oxford: Oxford University Press; 1998.
2. WHO. The World Health Report 2008: Primary Health Care Now More Than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
3. Offentlige legers landsforening T. Tanker om morgendagens primærlegetjeneste! Oslo: Komiteen : distribusjon: Inst. for almenmedisin; 1978.
4. Hetlevik I. Den fulle allmennmedisinske bøtten. Tidsskr Nor Lægeforen. 1999; 119: 3547–8.
5. Øgar P. Den allmennmedisinske karaffel. Utposten. 2001; 30 (1): 2–3.
6. Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust-in general practice. Br J Gen Pract. 2001; 51 (468): 575–9.
7. WONCA. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Barcelona, Spain; 2011.
8. Austad B, Hetlevik I, Mjølstad BP, Helvik AS. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. BMC Fam Pract. 2016; 17: 92.

■ ANETTFOS@ONLINE.NO

15 år med fastlegeordningen. Hva nå?

■ PETTER ØGAR

Tidligere kommunelege i Stryn og Hornhødal. Han var fylkeslege i Sogn og Fjordane etter dette, og fra 2010 har han vært ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet. Øgar var en av inn lederne på konferansen «Femten år med fastlegeordningen. Hva nå?» som ble arrangert i Tromsø i august i år. Konferansen ble arrangert av NSDM, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin.

Det politiske budskapet

Meld. St. 26. (2014–2015): Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet for midler regjeringens situasjonsforståelse, og hva den vil gjøre for å gjøre tjenestene bedre. Stortinget har gitt bred tilslutning til hovedlinjene i meldingen.

Det beskrives et utfordringsbilde som i stor grad også gjelder spesialisthelsetjenesten. Sykdomsbildet er endret særlig ved at et økende antall har flere kroniske sykdommer samtidig og mer komplekse tilstander. Dette fordrer økt og ny kompetanse, flerfaglige tilnærminger og nye arbeidsformer. At tjenestene er fragmenterte, for dårlig koordinerte og for lite helhetlige er spesielt uheldig for disse pasientene, men også for mange andre. Brukerinvolvering og brukerperspektivet er fortsatt for dårlig ivare tatt. Det er mangelfull kunnskap om innhold og kvalitet i tjenestene, men på noen områder vet vi det svikter. På flere områder er det for dårlig tilgjengelighet og kapasitet. Tjenestene til de som trenger det mest er for dårlige, og det svikter i den systematiske oppfølgingen. Vi har en for lite proaktiv tilnærming og mangelfullt populasjonsperspektiv. Ledelsesutfordringene er store.

Når det gjelder fastlegeordningen videre, slår meldingen og Stortinget fast at fastlegeordningen videreføres med bred støtte, men fastlegene må integreres bedre i de øvrige helse- og omsorgstjenestene, og det må arbeides for å bedre tilbudet til de pasientgruppene som i dag får et for dårlig tilbud. Helsedirektoratet er gitt i oppdrag å utrede modeller for pilotforsøk med primærhelseteam, og det er intensjonen at slike forsøk starter i 2018.

For å få mer kunnskap om tjenestene som ytes og kvaliteten på disse, er etableringen av et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) et sentralt tiltak. Det er ikke gitt noen politisk lovnad om en betydelig vekst i antall fastleger i en størrelsesorden Legeforeningen ønsker. Det er ikke varslet endringer i finansieringsmåten, men det er aktuelt å utrede dette.

Kan kommunal legetjeneste ledes?

KS har fått Agenda Kaupang til å undersøke i hvilken grad kommunal legetjeneste kan ledes. Rapporten kom i vår, og jeg vurderer den som svært relevant og viktig. Funnene er kanskje ikke overraskende, men ikke desto mindre skuffende. Det er et betydelig handlingsrom for å utøve ledelse av legene i kommunene som ikke benyttes, dels på grunn av manglende prioritering av ledelse, og dels på grunn av mangelfull ledelseskompetanse. Det er i denne sammenheng viktig å minne om at ledelse ikke bare handler om «å styre» fastlegene, men like mye om å utnytte deres kompetanse i utformingen og utviklingen av tjenestene. For meg er det vanskelig å se hvordan kommunene kan forvalte et helhetlig sørge for ansvar for den samlede primærhelsetjenesten uten et aktivt lederskap overfor fastlegene.

Hva er egentlig fastlegeordningen

Når vi snakker om fastlegeordningen, kan det være greit å ha en felles forståelse av hva ordningen egentlig er. Essensen i fastlegeordningen er min rett til å ha en fast lege som er forpliktet til å yte meg

(gode) allmennmedisinske tjenester når jeg trenger det, og at denne legen samarbeider med og henviser meg til andre tjenesteytere/tjenester når det er nødvendig. Opprinnelig – da spesialiteten i allmennmedisin ble utviklet i Norge og mange år før fastlegeordningen – ble forventningene til allmennlegens rolle i sin mest ambisiøse form formulert å være en lege som yter kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende tjenester (KOPF). Hva bør rolleforventningen til en fastlege være i dag?

Utfordringer for fastlegene

Jeg vil kort omtale noen av de sentrale utfordringene jeg mener vi står overfor.

Regjeringen vil skape pasientens helse-tjeneste. Skal vi kunne gjøre det, må vi spørre; hva er viktig for deg? Det er ikke mulig å realisere pasientens helsetjeneste uten å gi slipp på den faglige paternalismen, og det vil innebære en kulturrevolusjon i store deler av tjenesten. Er fastlegene modne for det? Men pasientene må også akseptere helsepersonells faglige autonomi, plikt til å handle forsvarlig og de prioriteringsmessige realiteter tjenesten må forholde seg til.

«Bøtta er full» ble det sagt allerede for flere år siden. Fastlegenes kapasitet er brukt opp. Men er bøtta full av de rette tingene? I hvilken grad handler dette om kapasitet, arbeidsformer eller prioriteringer? Tiden synes å være overmoden for en forventningsavklaring om hva det er rimelig å forvente at en fastlege gjør? Selv ga jeg et svar da fastlegeordningen ble innført

(1). Når ulike helsetjenester er undersøkt, påvises ofte en så stor variasjon at den må karakteriseres som uberettiget og uttrykk for et kvalitetsproblem. Det er blant annet funnet stor variasjon når det gjelder fastlegers henvisningspraksis. Fastlegene har selv satt problemet med overdiagnostikk og overbehandling på dagsorden. Disse problemstillingene er relevante når innholdet i «bøtta» skal vurderes.

Portvaktrollen har vært fremhevet som en viktig funksjon fastlegene utøver, men hva er egentlig innholdet i denne rol-

len, og hva bør det være? Ideelt skulle portvaktrollen sikre pasienter som trenger det tilgang til spesialisthelsetjenesten og holde dem utenfor som ikke trenger den. Men hvordan fungerer den i praksis? I hvilken grad er den et unødig hinder for tilgang til nødvendige helsetjenester? Og i hvilken grad fungerer den noen steder som en ukritisk henvisningsmaskin? I hvilken grad bør rollen ha en prioriteringsfunksjon?

Fastlegene er i en svært vanskelig dobbeltrolle fordi de både skal være pasientenes advokat og samtidig forvalte betydelige samfunnsmessige ressurser. Pasientene vil også i realiteten kunne konkurrere med hverandre om et knapphetsgode. Regjeringen har varslet at den vil sette ned et utvalg som skal drøfte prioriteringer i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Her vil fastlegenes prioriteringsrolle måtte være et viktig tema.

Jeg har nevnt at tjenestene er fragmenterte, for dårlig koordinerte og for lite helhetlige i forhold til mange pasienter. Jeg forventer at fastlegen er min viktigste garantist og vaktbikkje for at jeg får en helhetlig og koordinert behandling i en tiltagende spesialisert og fragmentert tjenesteverden. Det er en krevende forventning, men også en forventning som reflekterer fastlegenes sentrale posisjon.

Digitalisering byr på store muligheter og noen bivirkninger. Det er avgjørende at vi klarer å høste de positive mulighetene knyttet til informasjonslagring, informasjonsbearbeiding, informasjonsutveksling, informasjonsuthenting, beslutnings-

støtte og forskning. Det er også viktig at vi klarer å ta i bruk velferdsteknologi overfor store pasientgrupper som har udiskutabel nytte av det. Samtidig er det grunn til å frykte merarbeid knyttet til selvdiagnostiserende og selvmonitorerende tekniske dupeditter som markedsføres heftig mot den generelle befolkning i en medikalisert tid med mye uberettiget helseangst.

Det er pekt på at rekruttering og stabilitet er en betydelig utfordring, særlig i distriktskommuner, og det er utvilsomt riktig. En tilstedeværende lege som er der over noe tid er egentlig en forutsetning for i det hele tatt å kunne snakke om en fastlegeordning. Men samtidig er disse rekrutterings- og stabilitetsutfordringene noe som har vært der lenge før fastlegeordningen og vel et fenomen som primært ikke er knyttet til fastlegeordningen som sådan.

Fastlegene driver sin virksomhet i en krevende verdimelessig kontekst. Helse og livet er for de fleste det kjæreste vi har. Vi lever i en tid med avtagende tro på et liv etter døden og en tiltagende, nesten korresponderende overtro på helsetjenestens muligheter til å sikre et langt og smertefritt liv. Nesten enhver er seg selv nærmest, særlig når man er syk. Mange har mye penger som de om nødvendig vil bruke på helse – og det er mye penger i å levere helse- og omsorgstjenester. Det offentlige kan ikke innfri alles krav og ønsker. I en slik situasjon vil solidariske fellesskapsløsninger og helsepersonells etiske standard settes på prøve, og fastlegene står på mange måter i front i dette grenselandet.

Oppsummering

Det er flere iboende problemstillinger og utfordringer ved fastlegeordningen som alltid har vært der og alltid vil være der. Disse må til stadighet adresseres og finne svar som passer i sin tid. Jeg har vært innom noen av disse. I tillegg kommer selv-sagt nye utfordringer som følger av den samfunnsmessige og medisinsk-teknologiske utviklingen. Tilpasninger av ulike praktiske sider av ordningen kan både være riktige og nødvendige, men kjerneinnholdet må bevares – og særlig for de pasientene det er viktigst for. En ajourført forventningsavklaring kan være spesielt klokt nå.

REFERANSE

1. Øgar P. Den allmennmedisinske karaffel. Det faglige innholdet i fastlegeordningen. Utposten 2001; 1: 4–6.

«Bøtta er full» ble det sagt allerede for flere år siden. Fastlegenes kapasitet er brukt opp. Men er bøtta full av de rette tingene?

FOTO: COLOURBOX



ENQUETE ➤ 15 år med FASTLEGEORDNINGEN

Da fastlegeordningen ble etablert i juni 2001 var Norge det fjerde landet i Europa som fikk et listesystem – etter Storbritannia, Nederland og Danmark. Befolkningens og især svake pasientgrupper behov for å få bedre tilgjengelighet til allmennlegetjenesten var den tungtveiende beveggrunnen for å etablere en fastlegeordning. Ved dens 15-årsmarkering ønsker Utposten å skue tilbake i tid og samtidig rette blikket fremover: Hva er fordeler og ulemper med ordningen og hvordan bør den tilpasses til samfunnsutviklingen, nye lover og forskrifter og nye helsetjenestetilbud?

Vi har invitert fastleger, helseledere og beslutningstakere til å besvare følgende spørsmål:

- ❶ Hvilke fordeler og ulemper ser du med fastlegeordningen?
- ❷ Hvilke aktuelle og fremtidige utfordringer mener du ordningen har?
- ❸ På hvilken måte kan disse løses?



KARI SOLLIEN |46|
Leder i Allmennlegeforeningen
og fastlege i Østre Toten

❶ Fastlegeordningens fordeler og ulemper er litt forskjellige, avhengig av hvilken posisjon du ser den fra. Pasientene, de pårørende, legene, andre helsearbeidere og myndigheter på ulikt nivå vil ha forskjellige meninger. Fastlegeordningen er basert på en rekke kompromisser mellom ulike ønsker og behov.

I all hovedsak er fastlegeordningen god. Det er imidlertid behov for å øke både ka-

pasitet og kvalitet. Jeg mener det viktigste elementet i fastlegeordningen er det langvarige, personlige forholdet mellom legen og pasienten. Dette skiller fastlegen fra en legevaktslege og det skiller primærhelsetjenesten fra spesialisthelsetjenesten. Relasjonen og kunnskapen om pasientens biologi og biografi er viktig når faglige retningslinjer og kunnskap på gruppenivå skal omsettes til diagnostikk og behandling av enkeltindivider. For å få til dette må det være en stabilitet i fastlegeordningen. Det er ikke nok å rekruttere leger. Legene må også ønske å bli lenge på samme sted. Dette varierer ganske mye i ulike deler av landet. Det er stor forskjell på hvilken innsats kommunene legger ned for å få en god og stabil fastlegeordning. I de kommunene det er attraktivt å bo er rekrutteringen enklere enn i distriktskommuner preget av fraflytting. Norge har en utfordrende geografi og demografi. Dette medfører behov for legetjenester i utkantene.

❷ Fastlegeordningen har en sentral finansiering gjennom egenandeler og refusjoner fra folketrygden. Dette er en stor fordel for befolkningen fordi finansieringen av legetilbudet i liten grad er avhengig av varierende kommuneøkonomi. Før fastlegeordningen hadde kommunene et større ansvar for finansieringen. Da var kapasiteten dårlig og ventetidene lange. Finansieringsmodellen er viktig for å beholde fastlegeordning i utkantkommuner. Den gir ikke incentiver for sentralisering slik vi har sett med legevaktene. Ulempen med den sentrale finansieringen er at kommu-

nene i stor grad har mistet interessen for å lede og utvikle ordningen siden legetjenesten er mer eller mindre gratis for kommunen. Løsningen på dette er ikke at kommunene igjen overtar finansieringsansvaret, men at deres forpliktelser gjennom lov og forskrift for fastlegeordningen tydeliggjøres. Kommunene må bruke ressurser på å lede legetjenesten i kommunen, og på å involvere fastlegene i tjenesteutviklingen i kommunen i mye større grad enn i dag. Kommunene må også ta et større ansvar for å legge til rette for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Dette er viktig for å rekruttere og beholde gode fastleger.

❸ Fastlegene har stor autonomi både faglig og organisatorisk. Dette er i all hovedsak en fordel. Fastlegene rapporterer om god trivsel tross lange arbeidsuker og mye ansvar. Men der er også en del som opplever ansvaret og risikoen for høy ved å være næringsdrivende, særlig i første del av karrieren. Videreutvikling av fastlegeordningen må sikre kontinuitet og kvalitet i legepasient forholdet – men også kapasitet. De siste årene har det begynt bortimot 400 nye fastleger hvert år. Det er en bra rekruttering, men det er fortsatt ikke nok til å holde tritt med nye oppgaver og krav. For å få tilstrekkelig vekst er det behov for endringer i finansieringssystemet slik at hver lege kan ha færre pasienter på listen uten at praksisøkonomien blir svekket. Det er også helt avgjørende at arbeidsvilkårene på legevaktene bedres og at det sosiale og faglige nettverket gjør det attraktivt å bli fastlege.



TOM W. CHRISTIANSEN |64|
Kommuneoverlege og fastlege
i Ørskog kommune

① Fastlegeordningen har fungert i 15 år, men det er over 30 år siden man begynte å vurdere om allmennlegene i Norge skulle arbeide i et listepasientsystem. Fastlegeordningen slik vi kjenner den i dag, ble til etter en lang faglig og politisk prosess, den har kopiert elementer fra andre land og ble prøvd ut i en treårig forsøksperiode. Stortinget uttalte i 1997 at arbeidet med fastlegereformen ville kreve et godt samarbeid mellom partene og et velfungerende avtalesystem. Det ble også understreket at en fastlegeordning ville være avhengig av en tilfredsstillende legedekning over hele landet. Tilstrekkelig antall leger i kommunene forutsetter god rekruttering og gode arbeidsforhold dersom legene skal bli værende. Mye tyder på at fastlegeordningen har vært med å gjøre kommunehelsetjenesten til grunnmuren i norsk helsevesen. Men jeg er ikke helt trygg på at denne grunnmuren er så sterk lenger.

② Fastlegeordningen er et lukket system. Alle oppgaver som legges til fastlegeordningen må løses av fastlegene. Hva dersom oppgaver som legges inn, overskrider fastlegenes samlede arbeidskapasitet? Kan man gå bort fra avtalerregulering og skvise mer ut av sitronen slik Helse- og omsorgsdepartementet forsøkte med forslaget til fastlegeforskrift? Eller burde partene i stedet ta ansvar for en kritisk gjennomgang av hva fastleger bør gjøre, hvilke nye oppgaver som legges til fastlegene og hvor mange fastleger vi trenger i Norge?

Denne betydningen av å vurdere totalmengden av oppgaver ble tatt inn som et eget avsnitt i statsavtalen (ASA 4301) som regulerer fastlegeordningen. Avtalen gjelder fortsatt og lyder:

Kommunen kan stille vilkår om at den enkelte fastlege påtar seg ansvar for et nærmere bestemt antall personer. Det antall personer kommunen kan pålegge er fastsatt i

fastlegeforskriften § 12, 1. ledd, bokstav a. Fra innføringen av fastlegeordningen er antallet fastsatt til 1500 ved fulltids kurativt årsverk.

Dersom det etter innføringen av reformen er behov for endringer av denne bestemmelsen skal partene drøfte alternative løsninger. Basert på drøftelsen med partene kan departementet foreta endringer i forskriften etter ordinær høring.

Ved vurdering av om tallet skal endres skal det bl.a. legges vekt på endringer i helse-tjenesten, spesielt oppgaveoverføring til fastleger, arbeidsvolum og omfanget av de arbeidsoppgaver som er eller vil bli tillagt fastlegen.

③ Jeg vil påstå at en pasientliste på 1500 innbyggere tilsvarer mer enn fem dagers kurativ arbeidsuke og tilsvarende at 1200 innbyggere gir mer enn fire ukedager kurativt arbeid nå – mer enn 15 år etter at avtalen ble inngått. Jeg tror ikke det stort lenger blir mulig å rekruttere og holde på fastleger dersom ikke denne normen og økonomien knyttet til den, blir justert.



ELI ØVSTEDAL |60|
Fastlege ved Flatåsen legesenter,
Trondheim

① Jeg har vært fastlege ved samme legesenter i 23 år, siden fastlegeforsøket i Trondheim startet i 1993. Det positive med ordningen er pasientmøtene. Det er interessant og tilfredsstillende for meg å kunne følge pasienter over tid og få innblikk i menneskers liv, å være med å hjelpe, trøste og noen ganger helbrede. Å ha mulighet til følge generasjoner og få oversikt over folks nettverk og livsmiljø er en av de største fordelene som fastlegeordningen gir meg som lege. Dette gir grunnlag for kontinuitet i lege-pasient-relasjonen.

Fastlegeordningen er godt likt av befolkningen. Mange er svært takknemlige over å ha en fastlege de kjenner. Det gavner samfunnet at fastlegene har et ansvar for å gjøre det beste for menneskers helse og vel-

ferd. Dessuten er fastlegeordningen et kostnadseffektivt tilbud.

Portvaktfunksjonen skulle gi oss mulighet til å forvalte helseressursene på en god måte, men utviklingen har dessverre gjort at portvaktrollen smuldrer bort. Andre helseaktører kan henvise og sykemelde – og folk kan kjøpe seg tjenester i det private markedet, slik at Norge får et delt helsesystem.

Vi er den eneste yrkesgruppen i Helse-Norge som har et navngitt ansvar overfor den enkelte pasient, på godt og vondt. Samarbeidspartnere vet hvem de kan samarbeide med, og de vet hvem de kan skyve ansvar og oppgaver over på. Myndighetene (kommune, NAV, Helfo) kan lettere kontrollere oss og 'prøve å gjøre oss like'. Det oppleves som de tror at alt blir bedre med lover og forskrifter, og at alt kan måles og settes i tabeller. At våre oppgaver stadig øker og at vi blir mer kontrollert enn tidligere, er en stor utfordring. Hvis man har stort ansvar, må man også ha stor frihet til å utøve dette ansvaret. Hvis ikke, blir man utbrent.

② Økende kontroll, mindre handlingsfrihet og flere administrative gratisoppgaver er noen av ulempene og utfordringene. Økonomien har heller ikke 'hengt med' i utviklingen. Under fastlegeforsøket fikk legene 50 prosent av inntekten via faste tilskudd (for pasientlista) og 50 prosent for det man gjorde. Da lønnet det seg å ha lange lister med friske innbyggere – men dette var ikke i samsvar med fastlegeordningens intensjoner om å ta vare på de syke og svake i samfunnet. Kvinnelige leger hadde flere kvinner i aldersgruppene 20–50 år på sine lister; det er de som bruker legetjenester mest. Det medførte at kvinnelige leger stort sett tjente mindre enn mannlige kolleger. Da fastlegeordningen ble innført, var inntektsfordelingen 30 prosent via faste tilskudd og 70 prosent for arbeidet man utførte. Dette opplevde jeg som rettferdig. Men de faste tilskuddene har gått ned de siste årene og utgjør nå ca. 25 prosent av legens inntekter. Her må myndighetene inn med nye, friske midler, slik at man kan rekruttere flere fastleger. Uten mer penger inn i systemet, vil ordningen «knekke nakken».

③ Rekruttering til fastlegeordningen ser jeg på som den største utfordringen. Slitne fastleger øker ikke rekruttering. På 70-tallet var det «in» med fastlønn. De jeg har snakket med og som var med på det, men som i dag er fastleger, ønsker seg ikke tilbake. Likevel tror jeg det er lurt å etablere fastlønnede utdanningsstillinger. Det kan være valgfritt om man vil være selvstendig næ-

ringsdrivende eller ha fastlønn. Selv er jeg fortsatt fastlege fordi det er et givende og variert arbeid. Jeg håper på gode rammebetingelser for å kunne fortsette å være til stede og gjøre en god jobb for mine pasienter.



MARTE WALSTAD |57|
Kommuneoverlege i Trondheim

① Fastlegeordningen er en pasientrettighetsreform som gir pasientene rett til selv å velge en fast lege. Pasientene har gjentatte ganger evaluert fastlegeordningen til å være en god ordning. For fastlegene medfører fastlegeordningen at de har ansvar for et kjent antall pasienter. Ansvaret for hver av disse pasientene har økt i takt med at pasienter, kommuner og sykehus har større forventninger til hva fastlegene skal ha ansvar for.

Den største ulempen med fastlegeordningen er at den organisatorisk ikke er integrert med resten av helsevesenet. Fastlegene har ingen plass ved bordet når ansvars- og oppgavefordeling avgjøres mellom aktører i kommune- og spesialisthelsetjeneste.

② Ordningen kan vanskelig overleve dersom ikke fastlegene blir likeverdige parter med kommuner og sykehus i samhandlingsforhandlinger på system- og tjenestenivå.

③ Her må Legeforeningen ta et mye større ansvar. Lokale tillitsvalgte kan ikke lenger streve alene med disse flokene! Kommunene må anerkjenne fastlegene som en del av kommunen og ta fastlegene med i forhandlinger med kommunen og spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har en lang vei å gå i å anerkjenne fastlegene som likeverdige fagpersoner og rydde i ansvars- og oppgavefordeling sammen med fastlegene. Fastlegene selv må avgi autonomi ved å inngå samarbeidsavtaler for å få innflytelse på ansvar og oppgaver i egen arbeidshverdag.



SVEIN RAGNAR STEINERT |63|
Fylkeslege i Troms

① Den store fordelene med fastlegeordningen er at pasientene har fått en reell mulighet til å velge allmennlege, og at fastlegene kan avgrense sitt ansvar til en populasjon. Det har styrket lege-pasientforholdet, og gitt allmennlegene en bedre mulighet til å prioritere sitt kurative og forebyggende arbeid blant sine pasienter. Fastlegeordningen gir legene og pasientene bedre mulighet til kontinuitet over tid. Fastlegens samarbeidspartnere har fått en definert person de kan ta kontakt med ved behov for samarbeid omkring den enkelte pasient, f.eks. deltakelse i ansvarsgruppemøter og utarbeiding av individuell plan. Privatpraksis i byene har gitt legene større muligheter til å styre sine inntekter og investere i egen praksis. Fastlønnslegene i små kommuner fikk et betydelig lønnsloft og høyere status enn de tidligere kommunelegene.

Ulemper med fastlegeordningen er at fastlegene i liten grad deltar aktivt i grupperelatert forebyggende arbeid og i utviklingsarbeid i kommunen. Mange har lange arbeidsdager der det kurative arbeidet tar det meste av deres arbeidstid. Det er store inntektsforskjeller blant privatpraktiserende fastleger. De økonomiske rammebetingelsene for unge leger er usikre og lite gunstige for småbarnsforeldre med liten mulighet til ekstraarbeid, syke barn osv. Relasjonen mellom lege og pasient kan i noen tilfeller bli for tett slik at legen ikke klarer å ivareta sin rolle som portvakt og medisinsk sakkyndig når det er nødvendig.

② Fastlegenes kompetanse er for varierende. Den enkelte fastlege kan i for stor grad definere hvordan han eller hun ivaretar sitt listeansvar, f.eks. forskrivning av vanedannende medisiner, sykmeldingspraksis og henvisningspraksis. Fastlegen er i for liten grad integrert i den øvrige kommunale helse- og omsorgstjeneste. Den totale kapasiteten i fastlegeordningen er for liten, og arbeidsbelastningen for stor

for mange. Rekruttering og stabilisering av fastleger er fortsatt et stort problem, spesielt i distriktkommunene. Høyere kompetansekrav til legevaksleger kan skape ustabilitet i små legevaksdistrikt.

③ Kompetansen må heves gjennom en obligatorisk, forsterket spesialistutdanning med fast lønn. Fastlegekontorene trenger sterkere insitament til god faglig og administrativ styring. De økonomiske rammebetingelsene må bli mer forutsigbare og stimulere til bedre kvalitet og mer omfattende flerfaglig samarbeid. Det bør legges bedre til rette for forskning i allmennpraksis og den øvrige helse og omsorgstjenesten i kommunene. En større del av legeutdanningen må skje i kommunene og på lokalsykehusene. Veilederkompetansen må styrkes hos mer erfarne allmennleger. Vaktbelastningen på legevakt må reduseres i mange distriktkommuner. Det bør utvikles mer robuste fagmiljø som forhindrer faglig isolasjon i hele yrkeskarrieren.



ESPEN KVAMMEN RAFAELSEN |35|
Fastlege ved Kirkenes legesenter

① I dag tror jeg fastlegerollen og allmennlegerollen oppfattes som tilnærmet synonyme begreper blant de fleste av våre «kunder». Dette sier kanskje litt om at fastlegeordningen har vært vellykket. Jeg opplever at pasientene er fortrolige og trygge i møtet med fastlegekontoret og legetjenesten i kommunen. Som fastlege siden 2009, har jeg vanskelig for å sammenligne tiden før og etter reformen i 2001.

② Fordelen med ordningen er åpenbart at jeg kan avgrense mitt arbeidsområde til egen liste, noe som gir kontinuitet og kvalitet.

Fastlegens viktigste ressurs er kunnskapen om menneskene på sin liste. Vi må være våkne i møtet med elektroniske løsninger som kan distansere oss fra pasien-

ten. Stadig nye løsninger for kommunikasjon med pasienter, øvrige omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er i utgangspunktet et framskritt. Men, noen ganger føler jeg meg så tilgjengelig, at jeg blir utilgjengelig for det pasientmøtet jeg egentlig mener er viktigst.

③ Som fastleger trenger vi virksomhetsrammer for å kunne prioritere pasientmøtet fremfor helbredsattester og «NAV-makt».



DANIEL HAGA [68]
Direktør for samhandling,
Helse Midt-Norge RHF

① Fastlegeordningens styrke er det forpliktende forholdet mellom lege og pasient. Lege-pasientforholdet har et «livsløpsperspektiv», og for andre deler av helse- og omsorgstjenesten er det av stor betydning at fastlegen representerer ett, fast ansvarspunkt. I en tid med økning i antall eldre med flere sykdommer samtidig (multimorbiditet), har fastlegen en viktig koordinerende rolle.

Den største ulempen er den svake organisatoriske tilknytningen fastlegeordningen har til resten av helsetjenesten. Helsetjenesten vår framstår i realiteten med tre «nivåer», med hver sin mulighet til å definere

② Fastlegeordningen utfordres fra flere sider:

- Fra «innsiden», ved at dagens finansieringsordning gir et for svakt insentiv til opprettelse av nye fastlegehjemler. Arbeidspresstet på de som er i ordningen blir stort, og vi ser en svikt i rekrutteringen – selv i sentrale strøk.
- Ordningen har ikke gitt nødvendig sta-

bilitet i mindre kommuner, jamfør analysen som nylig er lagt fram fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin. De fleste er enige om at det som gir størst verdi, og som også gir ordningen legitimitet, er det forpliktende og langvarige lege-pasientforholdet. I mange kommuner har innbyggerne i realiteten ingen 'fastlege'.

- Etter min vurdering vil de utfordringene vi står overfor kreve større «integrering» mellom ulike aktører i helsetjenesten. Ikke nødvendigvis «alle på ett forvaltningsnivå», men organisert slik at innbyggerne i langt mindre grad merker overgangene. Dagens fastlegeordning utfordres «fra utsiden» i spørsmålet om hvordan tjenesten fra pasientens side kan bli mer «sømløs».

③ Min vurdering er at fastlegen som 'listelege' er kommet for å bli. Fastlegen har bred tillit i befolkningen. Derimot er jeg mer tvilende til at fastlegeordningen i dagens format er den rette for framtiden. Dagens fastlegeordning skal som en hovedregel være basert på privat praksis, og mange har vært opptatt av fastlegens selvstendighet og uavhengige rolle.

I realiteten er det bare større tettsteder og byer som har ren privat praksis, mens i økende utstrekning må kommuner inn med organisatoriske tilpasninger. En stadig mer vanlig modell er at kommunen leier ut lokaler og personell, og selv Legeføreningen innrømmer at mange av disse ordningene reelt sett subsidierer praksisen. I flere av de småkommunene jeg kjenner, og som har greid å skape stabil legedekning over tid, så er det inngått fastlønnsavtale.

Jeg er klar over at mange er skeptisk til for sterke bånd til kommunen, og det finnes helt sikkert eksempler som kan trekkes fram som begrunnelse for dette. Men da vil jeg påpeke at kommunen har et «sørge-for-ansvar» for helsetjenesten til befolkningen, og med kommunereformen får vi håpe på mer robuste organisatoriske modeller. Det ligger mange spennende oppgaver for kommunehelsetjenesten framover. Fastlegen må være en sentral aktør for å løse disse oppgavene. Flere av disse oppgavene må løses utenfor fastlegekontoret, i tett samvirke med andre. Det tror jeg blir lettere med en tettere tilknytning til kommunen enn dagens fastlegeordning gir.



AXEL S. LUPTON [32]
Fastlege ved Kirkenes Legesenter

① Jeg som mange andre har aldri opplevd noe annet enn fastlegeordningen, og kan ikke sammenligne med noe annet. Den største fordelen med fastlegeordningen er at man har definerte arbeidsoppgaver og får mulighet til å utvikle gode pasientrelasjoner over tid. Dette tror jeg fører til økt trygghetsfølelse hos pasienten, og en lettere arbeidshverdag for oss.

Noen ulemper: Fastlegelistene kan nesten sammenliknes med en omsettbare handelsvare, og prisene stiger jevnt og trutt. Dette er nok en faktor som har gitt økt fokus på økonomi og effektivitet i de private legekontor. Det kan være bra, men det kan også føre til uforholdsmessig høyt arbeidspresstet på leger – som ikke alle takler like bra. I perioder kan arbeidspresstet være høyt og da kan man fort føle at man står alene med ansvaret.

② En stor utfordring er å rekruttere unge leger etter hvert som prisene på lister stiger, og likeledes kravene om økt inntjening. Mange unge leger ander det som trygvere å starte i en fast jobb på sykehuset, der man har faste arbeidstider, fast lønn og sosiale ordninger og rettigheter knyttet til for eksempel sykmelding, uførhet og svangskapspermisjon.

③ Økonomiske insentiver fra kommunene kan være en løsning, enten i form av rene kroner og øre eller i form av økte sosiale goder. Man kan vurdere å innføre et tak på listepriiser, men dette vil nok vekke sterk motstand fra de som allerede har kjøpt lister. For disse legene vil et eventuelt tak innebære tap av store beløp.

Kan vi feire fastlegeordningen?

■ STEINAR WESTIN • Fastlege og professor i sosialmedisin

I sommer er det 15 år siden fastlegeordningen ble innført i Norge. Trondheim var en av forsøkskommunene gjennom 1990-tallet. Ble reformen vellykket?

Vi glemmer fort. Mange opplever kanskje at det er en selvfølge at alle her til lands siden 1. juni 2001 har rett til å velge seg en navngitt fastlege. Når nær 99 prosent av befolkningen nå faktisk gjør det, er det fristende å si at – ja, fastlegeordningen virker.

Men så enkelt er det ikke. Virker for hvem? For pasientene, for oss fastleger, for våre samarbeidspartnere, for myndighetene? Og hva var alternativene den gangen Tore Tønne som helseminister loset reformen gjennom i Stortinget? Er ordningen levedyktig framover? Slike spørsmål er allerede på dagsorden i møter og samlinger blant leger og politikere utover i landet.

Fastlegeordningen er en underlig skapning. Tidvis har den høstet støtte både fra venstre og høyre side i det politiske landskapet. For oss leger består den både av bindinger og frihet, en blanding av offentlige rammer og fri yrkesutøvelse. Opprinnelig ble den lansert fra faglig hold, fra grupper av allmennleger som hadde vært på studiereiser i England og Danmark og latt seg – eller oss, får jeg si – imponere av den høye faglige standarden vi opplevde i de langvarige lege-pasientforholdene de hadde der. De var «husleger» på en helt annen måte enn i norske byer. De kjente sine pasienter og deres familier. Ikke slik som her i Trondheim før forsøksordningen med pasientlister fra 1993. Da het det seg at Risvollan legesenter, som eksempel, hadde like mange aktive pasientjournaler som hele Tromsø bys befolkning.

Selv jobbet jeg en tid som allmennlege på et annet legesenter, og minnes en endeløs rekke av «engangspasienter» som jeg visste lite om, og som jeg kanskje ikke kom til å se igjen. «Doctorshopping» – ble det

syrlig kalt blant våre britiske kolleger. Slikt kunne det aldri bli noen god legetjeneste av, mente de – og vi.

Egentlig var dette mest et by-problem. Utover i småkommunene sørget fjell og fjord og ferger for at forholdet mellom pasient og lege var mer enn fast nok. «Blir det fastere nå, slutter jeg», hørte jeg den lokale distriktslegen i Selje sukke en gang jeg var på besøk der. I utkantene var problemet mange steder at legevikarer kom og gikk, iblant med så mange skifter at vi måtte tåle vitsingen fra Nord-Norge – at definisjonen av en fastlege der var å ha samme lege når du gikk ut av kontordøra som da du gikk inn.

Så kom loven om helsetjeneste i kommunen i 1984. De statlige distriktslegene forsvant, og kommunene fikk ansvaret for primærhelsetjenesten. I en lang periode var det ulike slags ordninger for primærleger, noen også med fast lønn. Men myndighetene opplevde nok at de hadde lite styring både med legefordeling og faglig innhold. En fastlegeordning, som den i England fra 1948, ble svaret, og da for hele landet.

Det skjedde ikke uten strid. Fra Oslo hørte vi at det ble ropt om tvang og stalinisme. Hvorfor skulle man ikke kunne gå til den legen man selv ønsket? Inntil det roet seg da de også der forstod at det var «fritt valg av fast lege». De fleste fikk beholde den legen se selv ønsket. Frivillig bytte av lege

inntil to ganger pr. år ivaretar stort sett behovet for å unngå de vanskelige relasjonene. Og så får vi fastleger finne oss i at vi ikke fritt kan velge våre pasienter. Slik må det være.

Siden har det vært nokså stille om selve reformen. Avisenes forsider og politikernes dagsorden preges stort sett av sykehusenes problemer. Men innad blant fastlegene murrer og knurres det. Vi har opplevd en stadig økende arbeidsbyrde, ikke minst med samhandlingsreformen, uten at antallet fastleger har økt nevneverdig. Som «selvstendig næringsdrivende» har vi ingen regulert arbeidstid. Min egen har økt jevnt og trutt, og når jeg nå forlater mitt kontor i seks-sju-tiden sitter det gjerne et par av kollegene mine der med administrasjon og papirarbeid. Vi bryter akkorden, hele tiden, ville vi sagt om vi hadde forstått de gamle fagforeningenes strategi.

Det er altså ikke en knirkefri ordning som nå feires. Men vi får notere som en suksess at fastlegene rangerer nesten på topp i målinger av hvilke offentlige tjenester folk flest er mest tilfreds med, tett bak bibliotekene og Vinmonopolet.

Innlegget har vært publisert i *Adresseavisen*, Signert-spalten 19.07.2016

■ STEINAR.WESTIN@NTNU.NO

Trondheim var en av forsøkskommunene da fastlegeordningen ble innført for 15 år siden.



Allmennmedisin **f**i et **samfunns**

■ EINAR BRAATEN • Spes. i samfunnsmedisin, kommuneoverlege i Øvre Eiker og Nedre Eiker

Jeg vil hevde at fastlegene utgjør den viktigste helsetjenesten vi har i Norge. Fastlegene sitter med en kunnskap og et oppdrag som er livsnødvendig både for oss når vi blir syke og for å kunne sikre at helsetjenesten ikke overbelastes av uvesentligheter.

Uten fastlegenes funksjon som portvakter inn i spesialisthelsetjenesten ville helsetjenesten bukke under for alle helseplagene og kravene vi innbyggere mener den skal ta seg av. Spesialistene ville heller aldri



perspektiv

klare oppgavene å si hva som er viktig. Til det er de alt for spesialiserte og smal-sporede i sin utredning av hva det feiler pasienten. Allmennlegens store utfordring er å kjenne litt til alt som påvirker helsa vår – slik at en pasient med diffuse symptomer kan henvises til riktig spesialist. For ikke å snakke om alle tilstander og plager de behandler så 'superspesialistene' i sykehusene skal slippe å bruke tida si på dem.

Som kommuneoverlege og samfunnsmedisiner mener jeg allmennmedisinen er vår viktigste kommunale helsetjeneste. Allikevel mener jeg at allmennmedisinen må utvikle seg sammen med resten av samfunnet.

Det er en forgubbing av fastlegekorpset, dessverre. Det er for få yngre leger og for få kvinner. Jeg tror årsakene til dette er:

- Fastlegene jobber i høyt tempo og alt for mye aleine med pasientproblemene.
- Inntjeningskravet i praksis er høyt. Fastlegene sjøl definerer at de skal ha en høy inntekt på toppen av inndekking av utgifter i egen bedrift – det vil si et høyt arbeidspress og lange arbeidsdager. Du bør ikke bli sjuk som fastlege!
- Det virker som det er en tendens til at yngre leger stiller større krav til egen fritid. Det vil si at de bl.a. ikke ønsker legevakter på toppen av lange kontordager.
- Fokus blir mer og mer på effektivitet, produksjon, høy inntjening.
- Det er mye negativt byråkrati; skjemaer, legeerklæringer, kontroller og mye arbeid som ikke er pasientkontakt.

Fastlegene er en av hjørnesteinene i kommunehelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Denne funksjonen må utvikles videre, og det betyr at:

- Fastlegearbeidet må være primærhelsetjeneste.
- Fastlegen skal ha lav terskel for sine pasienter.
- Vi trenger portvakten inn mot spesialistene.
- Koordinering av medisinske tilbud er nødvendig.
- Tverrfaglig samarbeid er avgjørende for framtida.
- Fastlegene må sjøl føle seg som en del av kommunal helsetjeneste.

- Vi må få flere kommunalt ansatte fastleger.
- Fastlegene må få bedre kapasitet, det vil si færre pasienter på listene og mer tid til tverrfaglig samarbeid.
- Kommunale tjenester må sikre at fastlegene vet hvilke tilbud en pasient får og hvilke tilbud som finnes; at de får informasjon som er faglig tilpasset og kvalitetssikret; og at de tidlig trekkes inn når pasientforløp planlegges.

Bedre måter å organisere fastlegene på?

Noen har foreslått å legge fastlegene inn under helseforetakene, andre at de skal ha en enda mer sjølstendig plassering mellom kommunene og staten. Jeg er ganske så overbevist om at fastlegene må tilhøre kommunehelsetjenesten i framtida også, men vi må beholde de beste faktorene fra dagens ordning og videreutvikle dem sammen med en utvikling av kommunale tjenester og byråkratiet av kontroll, skjemaer og møter.

- Allmennlegespesialiseringen og kravene til resertifisering er den viktigste kvalitetssikringen av fastlegenes virke.
- Stykkprisordningen er en viktig årsak til effektivitet og tempo, men den kan endres til å bli en del av inntekten sammen med en kommunal grunnlønn, for eksempel ved at fastleger betales en dag i uka for å dekke kommunale oppgaver og/eller samarbeidsoppgaver. Noen fastleger bør være helt kommunale med delvis stykkpris-inntekt.
- Autonomien til fastlegene er en viktig motivasjon i fastlegevirket. Den bør opprettholdes og verdsettes, men integreres med mer tid til tverrfaglig samarbeid.
- Samlokalisering av kommunale tjenester og fastlegekontor bør kunne utvikles slik at man får tid og mulighet til å få til et tettere samarbeid.
- Driften av fastlegekontor bør brukerstyres i langt større grad enn i dag.

Jeg mener at mye av forbedringspotensialet i allmennlegetjenesten ligger i tilpassninger i de kommunale tjenestene samti-

dig med at fastlegene gis kapasitet til mer samarbeid. Primærhelsemeldingen foreslår etablering av primærhelseteam. Det vil bare fungere godt hvis fastlegene blir trukket aktivt inn i samarbeidet rundt hver pasient.

Fastlegeordningen trenger å bli oppgradert. Rettere sagt bør den opprinnelige tanken om flere fastleger med lavere lister gjennomføres samtidig med at alle kommunale helsetjenester må ha med fastlegen både i utviklingen og gjennomføringen av tjenestetilbudene.

Samfunnsmedisinen og fastlegeordningen

Fastlegene sitter på data, informasjon og fagkunnskap som vi samfunnsmedisinere gjerne vil benytte. Heldigvis får vi etter hvert tilgang på flere diagnostiske data gjennom sentral oppbygging av databank, men jeg er like opptatt av hva vi kan få til sammen ved å bruke fastlegenes kunnskap om sine pasienter for å forebygge sykdom, eller forebygge forverrelse av sykdom. Frisklivssentralene kan være en arena for et slikt samarbeid.

Minst like viktig er fastlegenes stemme ut i lokalmiljøene. I dag opplever jeg de fleste fastleger som lite aktive i offentlige diskusjoner. Enda de ser alle bivirkningene og virkningene av hva som skjer i samfunnet, jobber fastlegene nesten utelukkende inne i sine kontorer med sine pasienter. Bare tenk på hva fastlegene kjenner til av problemer som oppstår rundt alkoholbruk – eller når helseforetak gjennomfører organisasjonsendringer, eller hvordan endringer i kommunale tjenester påvirker innbyggerne. Vi hører nesten aldri at fastlegene uttaler seg om det som skjer i samfunnet rundt seg.

Fastlegene er en premissleverandør i lokalsamfunnet som sjelden høres – men som vi i kommunen bør lytte mer til.

■ EINAR.BRAATEN@OVRE-EIKER.KOMMUNE.NO

Vikarbruk i fastlegeordningen

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

Det finnes lite forskningsbasert kunnskap om bruken av vikarer i fastlegjetjenesten. Vi vet lite om den ordinære vikarbruken blant fastleger som blant annet oppstår på grunn av legers spesialisering, barnefødsler eller annet arbeid. Vi vet også lite om vikarbruken som skyldes at kommuner mangler fastleger. Uansett årsak til vikarbruk, oppleves fastlegens fravær trolig som manglende kontinuitet blant pasienter. I denne artikkelen presenterer vi data om omfanget av den ordinære vikarbruken blant fastleger og resultater fra en kartlegging av legeløse lister og tilhørende vikarbruk i kommuner med under 20 000 innbyggere.

Fastlegeordningens (FLOs) intensjon er at alle som ønsker det skal ha en fast allmennlege å forholde seg til og at forholdet mellom lege og pasient så godt det lar seg gjøre, skal være stabilt over tid. Forutsetningen for å få dette til er blant annet tilfredsstillende legedekning og stabilitet blant leger i FLO. Den forskningsbaserte evalueringen av fastlegereformen slo fast at FLO var en suksess og at stabiliteten blant legene generelt var høy de første årene med fastlegeordning (1). Men den pekte også på at enkelte kommuner hadde store utfordringer med en ustabil legetjeneste som gjør målet om kontinuitet vanskelig å nå.

En studie fra Finnmark og Nord-Trøndelag, som var del av den forskningsbaserte evalueringen, viste at i perioden 2002–

2004 ble 25 prosent av fastlegeårsverkene i kommuner med ustabil legedekning betjent av en legevikar, mens tilsvarende andel i kommuner med stabil legedekning var 9 prosent (2). Senere har Abelsen og medarbeidere (3) vist at det er stor variasjon i varigheten av fastlegeavtaler og at varigheten etter 13 år med fastlegeordning var over tre ganger så lang i kommuner med 50 000 innbyggere eller mer (8,37 år), sammenliknet med i kommuner med under 2 000 innbyggere (2,75 år). Med andre ord; pasienter i små kommuner tilbys generelt en legetjeneste med lavere kontinuitet enn pasienter i store kommuner.

Hetlevik og Gjesdal (4) viste med data fra 2009, at 78 prosent av legekonsultasjonene i allmennlegetjenesten ble gjort av pasientens fastlege. Kontinuiteten mellom lege

og pasient var høyest blant eldre pasienter (86 prosent blant de som var 60 år og eldre), lavest blant unge pasienter (68 prosent blant de under 15 år) og i kommuner med under 10 000 innbyggere (68 prosent). Undersøkelsen inkluderte imidlertid bare 79 prosent av alle fastleger, og omfattet ikke leger med mindre enn 10 måneders praksis i 2009 (totalt 476 av 4063 fastleger), samt enkelte andre mindre grupper. Dette var trolig leger som var ute av praksis i hovedsak for videreutdanning eller på grunn av barnefødsel. Det er grunn til å tro at pasientene på disse legenes lister ble møtt av en eller flere vikarer. Dersom disse konsultasjonene hadde vært inkludert i undersøkelsen, ville kontinuiteten målt som andelen allmennlegekonsultasjoner et gitt år mellom fastlegen og pasienten, trolig vært lavere enn 78 prosent.

Ordinær vikarbruk i FLO

Fastleger har selv ansvar for å ordne med vikar ved fravær. Fastlegers rett til å bruke vikar er regulert i rammeavtalen mellom Legeforeningen og KS om fastlegeordningen¹. Antall vikarperioder for fastleger i 2014 er rapportert inn til HELFO. Slike vikarperioder identifiserer fastlegen, vikarlegen, start- og sluttdato og stillingsprosenten som vikarperioden omfatter. I 2014 hadde HELFO registrert 1829 slike vikarperioder². Dette er vikarperioder hvor hele eller deler av perioden omfatter 2014. Årsaken til vikariatet er ikke rapportert.

Tabell 1 gir en oversikt over varigheten av vikarperiodene (gjennomsnittlig og median antall måneder) fordelt i forhold til stillingsprosent. Tabellen viser at majoriteten (65 prosent) av vikarperiodene var for 100 prosent stilling. Forskjellen i gjennomsnitt og median varighet for vikarperiode-

1 ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS.

2 Datasettet fra HELFO inneholdt opprinnelig 1908 vikarperioder, men etter «vasking» av data (blant annet sletting av dobbeltregistreringer) sto vi igjen med 1829.

TABELL 1. Varighet av fastlegers vikarperioder (gjennomsnittlig og median antall måneder) som omfatter 2014. Totalt og fordelt i forhold til vikarperiodens stillingsprosent.

STILLINGSANDELEN SOM VIKARIATET OMFATTER	ANTALL VIKARPERIODER	PROSENTANDEL VIKARPERIODER	VARIGHET AV VIKARPERIODER (MÅNEDER)	
			GJENNOMSNITT	MEDIAN
≤ 20 prosent	219	12	13,4	11
<20-40) prosent	148	8	14,7	12
<40-60) prosent	207	11	11,6	7
<60-100> prosent	69	4	10,6	8
100 prosent	1 186	65	5,0	2
Totalt	1 829	100	7,8	5



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

KOMMUNEGRUPPE	ANDEL FASTLEGER PR. 31.12.2014	ANDEL VIKARPERIODER I 2014
< 5000 innb.	13,4	17,7
5000-9999 innb.	12,4	13,3
10 000-19 999 innb.	16,7	17,7
20 000-49 999 innb.	22,5	16,8
50 000-300 000 innb.	23,5	19,5
Oslo	11,3	15,1
Total prosent	100,0	100,0
Totalt antall	4 531	1 829

TABELL 2. Andel fastleger og andel vikarperioder fordelt på kommunegrupper.

ne for 100 prosent stilling tyder på at det var stor variasjon i varigheten på vikarperiodene. Et mindretall lange permisjoner trakk den gjennomsnittlige varigheten opp.

De 1829 vikarperiodene var knyttet til 1314 ulike fastleger. Det vil si at nær tre av ti fastleger hadde en eller flere fraværspenninger med vikar i løpet av 2014³. Blant disse var det 928 fastleger (71 prosent) som hadde en vikarperiode, 264 fastleger (20 prosent) som hadde to vikarperioder, og 122 fastleger (9 prosent) som hadde mellom tre og åtte vikarperioder, som omfattet hele eller deler av 2014.

De legene som hadde mer enn én vikarperiode i 2014, hadde i all hovedsak engasjert ulike vikarer i de ulike periodene. Noen hadde vikarperiodene rett etter hverandre i tid, andre hadde parallelle vikarperioder som totalt sett kunne være for full stilling, men som var splittet opp på to ulike vikarer (f.eks. en vikar i 40 prosent av stillingen og en annen vikar i 60 prosent).

Tabell 2 viser at fastleger i kommuner med under 20 000 innbyggere og fastleger i Oslo var overrepresentert med vikarperioder, mens leger i kommuner med mellom 20 000 og 300 000 innbyggere relativt sett var underrepresentert. Fastleger i Oslo ut-

gjorde eksempelvis 11,3 prosent av landets fastleger og sto for 15,1 prosent av vikarperiodene. Fastlegene i kommuner med mellom 20 000 og 49 999 innbyggere utgjorde 22,5 prosent av landets fastleger, men sto for bare 16,8 prosent av vikarperiodene i 2014.

Vikarbruk som skyldes fastlegemangel

Til forskjell fra det vi har omtalt som den ordinære vikarbruken, er vikarbruken som oppstår fordi kommuner mangler faste leger, gjenstand for oppmerksomhet i dagspressen fra tid til annen. Slike oppslag forteller gjerne om utstrakt vikarbruk og tilhørende vikarstafetter i enkelt kommuner, hvor vekslingsene ofte foregår mellom leger med dårlige kunnskaper i norsk og om norske forhold, med pasienter som den tapende part.

Ved utgangen av 2014 var det ifølge statistikk fra Helsedirektoratet (5), 67 lister uten lege i Norge. I et datamateriale fra HELFO med oversikt over omfanget av vikariater som betjente lister uten lege i 2014, var det totalt registrert bare 35 vikariater⁴. Vår kjennskap til omfanget av legeløse lister og vikarbruk, og antallet legeløse lister i Helsedirektoratets statistikk, tilsa at HELFOs statistikk var mangelfull og at omfanget i 2014 reelt måtte være større. Dette var en av grunnene til at vi valgte å undersøke vikarbruken knyttet til legeløse lister mer inngående.

Egen kartlegging

Ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin gjennomførte vi i 2015 en kartlegging hvor vi undersøkte omfanget av legeløse lister og tilhørende vikarbruk i kommuner med under 20 000 innbyggere (6). Vi kartla status i kommunene pr. 1.1.2015 og situasjonen slik den retrospektivt var i 2014. Vår undersøkelse omfatter 338 svar. Disse re-

presenterte 359 av 374 kommuner. Det tilsvarende svarprosent på hele 96, og må anses å gi et representativt bilde av situasjonen. Undersøkelsen ble besvart av kommuneoverleger (60,1 prosent), kommunal ledere (31,4 prosent) og andre med inngående kjennskap til legetjenesten i kommunen (8,6 prosent).

For å kartlegge situasjonen i løpet av 2014 spurte vi om antall fastlegehjemler/stillinger som sto ledig i mer enn 3 måneder, antall vikarer som var engasjert av kommunen for å dekke opp for denne ledigheten og lengden på disse vikariatene. Vi spurte også om hvordan vikarene var rekruttert (vikarbyrå, egenrekruttering) og om hvorvidt de var bosatt i Norge.

For å få et øyeblikksbilde, kartla vi situasjonen pr. 1.1.2015. Vi spurte om antall ledige fastlegehjemler/stillinger, hvor lenge de hadde stått ledig, om de var lyst ledige og eventuelt hvor mange ganger. Vi spurte videre om antall søkere ved siste utlysning og antall søkere som ble ansett som kvalifiserte.

Datamaterialet ble analysert ved hjelp av krystabellene som viser hvordan verdiene i de undersøkte variablene varierer med kommunestørrelse og kommunens sentralitet. 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. Vi har benyttet kji-kvadrat test for å teste om det er statistisk signifikant sammenheng mellom de aspekter vi har spurt om og henholdsvis kommunestørrelse og sentralitet. Videre ble Gamma beregnet som et mål på styrken i disse sam-

³ Andelen er beregnet med utgangspunkt i at det ved utgangen av 2014 var registrert 4512 fastleger i Norge.

⁴ 32 av disse var i kommuner med under 20 000 innbyggere.

menhengene. Gamma-verdiene ble sammenliknet for å avgjøre hvilken sammenheng (kommunestørrelse eller sentralitet) som var sterkst.

42 kommuner med legeløse lister i 2014

42 kommuner svarte bekreftende på spørsmålet om noen fastlegehjemler/-stillinger i kommunen hadde stått ledig i mer enn tre måneder i løpet av 2014 av annen grunn enn at fastlegen hadde fødselspermisjon eller annen type permisjon (for eksempel i forbindelse med spesialisering) i løpet av 2014. I disse kommunene var det totalt 61 hjemler/stillinger som hadde stått ledige. Disse var fylkesvis fordelt slik: Nordland (19), Møre og Romsdal (8), Finnmark (7), Troms (5), Sogn og Fjordane (4), Oppland (3), Nord-Trøndelag, Hordaland, Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Buskerud (2), Hedmark og Rogaland (1).

Mange og korte vikariater for å dekke opp for legeløshet

Kommunene engasjerte vikarer for å dekke opp de ledige hjemlene/stillingene. Når legemangel gjør at kollegiale fraværsordninger ikke kan benyttes, har kommunen plikt å skaffe vikar eller iverksette andre nødvendige tiltak for å avhjelpe situasjonen⁵.

Tabell 3 viser at de 61 ledige hjemlene/stillingene ble dekket opp med mer enn 136 vikarer i 2014⁶. Dette er et tall som er langt høyere enn det antall vikariater som ble registrert av HELFO. HELFO hadde bare registrert 32 vikariater for å dekke opp for legeløse lister hele eller deler av 2014 i kommuner med under 20 000 innbyggere. Vi antar at det er manglende rapportering fra kommunene til HELFO som er årsaken til ulikheten i våre tall og HELFOs tall på dette området. Det er derfor uheldig om HELFOs mangelfulle tall legges til grunn som nasjonal statistikk.

Tabell 3 viser videre vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunestørrelse. Majoriteten av vikariatene var av kort varighet. Det var statistisk signifikant sammenheng mellom varigheten på vikariatene og kommunestørrelse i den forstand at jo færre innbyggere det var i kommunen, jo kortere var vikariatene.

Tabell 4 viser vikariatene fordelt på ulik varighet og kommunens sentralitet. Det var statistisk signifikant sammenheng

VARIGHET AV VIKARIAT	ANTALL INNBYGGERE				TOTALT ANTALL
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9 999	10 000-19 999	
(0-3) mnd	28	28	> 17*	0	> 73
<3-6) mnd	1	14	17	2	34
<6-9) mnd	3	6	8	2	19
<9-12) mnd	0	1	4	5	10
Antall vikariat totalt	32	49	> 46	9	> 136

p-verdi < 0,001, Gamma = 0,615

* Testen er beregnet med eksakt 17 i denne cellen.

TABELL 3. Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunestørrelse.

VARIGHET AV VIKARIAT	KOMMUNENS SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
(0-3) mnd	> 48*	15	8	2	> 73
<3-6) mnd	24	2	6	2	34
<6-9) mnd	7	2	8	2	19
<9-12) mnd	5	0	5	0	10
Antall vikariat totalt	> 84	19	27	6	> 136

p-verdi < 0,006, Gamma = 0,284

* Testen er beregnet med eksakt 48 i denne cellen.

TABELL 4. Antall vikariat i 2014 fordelt på vikariatlengde. Totalt og fordelt etter kommunens sentralitet.

mellom varigheten på vikariatene og sentralitet. En klar majoritet av vikariatene var å finne i de minst sentrale kommunene. Sammenhengen mellom vikariatets lengde og kommunens størrelse var imidlertid sterkere enn sammenhengen mellom vikariatets lengde og kommunens sentralitet.

Vikarer fra vikarbyrå og fra utlandet

Til de mer enn 136 vikariatene for legeløse lister ble mer enn 73 vikarer rekruttert fra vikarbyrå, mens 53 vikarer ble rekruttert direkte av kommunen selv; 26 av disse vikarene var i en etablert vikarordning og hadde vikariert i kommunen gjentatte ganger. Blant de mer enn 136 vikarene var det mer enn 71 som ikke var fast bosatt i Norge. For noen av disse var det angitt at de var bosatt i Sverige og Danmark. Blant disse finnes det trolig både gode og mindre gode vikarleger. Vi har imidlertid ikke innhentet informasjon som kan si noe om kvaliteten på dem.

TABELL 5. Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/-stillinger pr. 1.1.2015? Totalt og fordelt etter kommunestørrelse. Tall i prosent.

LEDIGHET	ANTALL INNBYGGERE I KOMMUNEN				TOTALT ANTALL
	UNDER 2000	2000-4999	5000-9 999	10 000-19 999	
Ja	9,7	16,9	18,4	12,1	14,9
Nei	88,9	83,1	80,5	87,9	84,5
Vet ikke	1,4	0	1,1	0	0,6
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall svar	72	118	87	58	335

p-verdi < 0,501, Gamma = 0,080

50 kommuner med legeløse lister pr. 1.1.2015

Øyeblikksbildet pr. 1.1.2015 viste at det den dagen var 62 ledige fastlegehjemler/-stillinger fordelt mellom 50 ulike kommuner. Blant disse var det 39 kommuner som hadde én hjemmel/stilling ledig, sju som hadde to og tre kommuner som hadde tre ledige hjemler/stillinger. Sett i forhold til at 67 lister ble rapportert å være legeløse på landsbasis ved utgangen av 2014 (5), tyder tallene på at legeløse lister i all hovedsak forekom i kommuner med under 20 000 innbyggere.

Det var ingen statistisk signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og kommunestørrelse (SE TABELL 5). Blant de sju kommunene med under 2000 innbyggere som hadde ledige hjemler/stillinger, var det imidlertid to som hadde tre ledige og to som hadde to ledige. Det er utvilsomt en større utfordring for en kommune med under 2 000 innbyggere å mangle to eller tre fastleger, enn det er for en noe større kommune å mangle én.

5 ASA 4310 – Rammeavtale fastlegeordningen KS.

6 Grunnen til at vi ikke vet nøyaktig hvor mange vikarer, var at svarskalaen for vikariat av ulik varighet stoppet ved sju vikarer eller flere. For én kommune var dette alternativet krysset av som antall vikariat av (0-3) måneders varighet.

Det var signifikant sammenheng mellom ledighet i hjemler/stillinger og sentralitet (SE TABELL 6). Skillet går i hovedsak mellom sentrale kommuner med få legeløse lister og andre kommuner med relativt sett flere legeløse lister.

De tre fylkene med flest ledige hjemler/stillinger, var igjen Nordland (18), Møre og Romsdal (11) og Finnmark (7). Deretter kom Oppland og Vest-Agder (4), Troms, Nord-Trøndelag og Telemark (3), Sør-Trøndelag og Rogaland (2), Sogn og Fjordane, Aust-Agder, Buskerud, Vestfold og Hedmark (1).

En del lister står ledige over lang tid og det er generelt få kvalifiserte søkere

Av de 62 fastlegehjemlene/-stillingene som sto ledige pr. 1.1.2015 hadde nær to av tre stått ledige i mer enn tre måneder og nær tre av ti hadde stått ledige i mer enn ett år. Flertallet av sist nevnte (11 av 18), var å finne i de minst sentrale kommunene.

Av de 62 ledige hjemlene/stillingene, hadde 51 (82,3 prosent) vært lyst ledige henholdsvis en gang (14), to ganger (22), tre ganger (8) og fire ganger eller mer (7).

Ved siste gangs utlysning, var det til sammen 219 søkere på de 51 hjemlene/stillingene, dvs. i gjennomsnitt 4,3 søkere pr. hjemmel/stilling. Ved tre av disse utlysningene var det ingen søkere. Samlet sett ble 90 søkere (41 prosent) vurdert som kvalifisert for hjemmelen/stillingen. I gjennomsnitt var det dermed 1,8 kvalifiserte søkere pr. hjemmel/stilling. Ved 12 av utlysningene (24 prosent) var det ingen søkere som ble ansett som kvalifisert. I noen tilfeller opplyste respondenten om årsaken til at søkere ikke ble ansett som kvalifiserte. De mest vanlige årsakene var manglende språkferdigheter eller manglende turnustjeneste.

For å sette søkertallene til de ledige hjemlene/stillingene i perspektiv, var det i 2014 i gjennomsnitt 15,4 søkere til de 12 fastlegelistene hvor prisen ble bestemt gjennom den nasjonale nemndsordningen. Disse overdragelsene var imidlertid i all hovedsak i kommuner med mer enn 20 000 innbyggere.

Ulikheter i vikarbruken

Våre undersøkelser viser at det er relativt vanlig blant fastleger å engasjere vikar for kortere eller lengre perioder. Diskontinuitet i lege-pasientforhold skapes med andre ord ikke bare i situasjoner hvor kommuner mangle faste leger. Vår undersøkelse gir et øyeblikksbilde og sier ingen ting med hensyn til om den ordinære vikarbruken har vært på samme nivå, økt eller avtatt i perioden med fastlegeordning.

Når det gjelder vikarbruken som skyldes legemangel, er det grunn til å anta at den har avtatt betydelig fra starten av fastlegeordningen og fram til i dag. Antall lister uten lege ble redusert fra 164 ved utgangen av 2001 til 67 ved utgangen av 2014.

Våre data tyder på at når fastlegene selv leier inn vikarer til sin praksis, så dekker en og samme vikar i større grad opp for den perioden den faste legen er fraværende, sammenliknet med det som er tilfelle når kommuner har legeløse lister og selv må leie inn vikarer. I slike tilfeller dekkes ledigheten ofte av flere påfølgende kortidsvikariat hvor ulike og gjerne utenlandske leger fra vikarbyrå engasjeres. Vi spør oss om det kan være noe for kommunene å lære av måten legene selv rekrutterer vikarer til sine fastlegepraksiser som kan bidra til økt stabilitet, selv om faste leger mangler. For å finne ut av hvor forskjellene og lærdommene eventuelt ligger trengs imidlertid det mer inngående undersøkelser.

Bruken av vikar i ordinær fastlegepraksis kan skyldes forhold utenom sykdom, barnefødsler og fravær som ledd i videre- og etterutdanning. Tidsavgrenset prosjektarbeid er ikke uvanlig. Allmennleger er generalister som gjerne er bredt orientert, og dermed kan være nyttig arbeidskraft i mange ulike avgrensede prosjekter (initiert av kommunen selv, helseforetak, myndigheter, Legeforening m.fl.). Selv om vi ikke har undersøkt årsakene til den ordinære vikarbruken spesifikt i vår kartlegging, vet vi at avbrekk fra fastlegestillingen i noen tilfeller brukes forebyggende mot utbrenthet. Fastleger kan oppleve listepa-

sientenes krav og forventninger mindre belastende når de ikke er tilgjengelig for dem i en periode. Noen «skjerner seg» trolig ved å ha vikar i en liten prosentandel over lang tid av samme grunn. Det er lite som tyder på at fastleger vil tape karriermessig på å gjøre noe annet enn kurativt pasientarbeid i kortere eller lengre perioder. I tillegg har de som næringsdrivende muligheten til denne fleksibiliteten, dersom de får vikar. Det er imidlertid ikke alltid i pasientens interesse at de møter en vikar i stedet for den fastlegen de har valgt å bygget opp en personlig relasjon til.

Omfanget av vikarstafetter?

Vår undersøkelse gir ikke grunnlag for å konkludere om omfanget av kommuner som har mer eller mindre kontinuerlige vikarstafetter gående. Til dette trengs det datainnsamling over tid.

REFERANSER

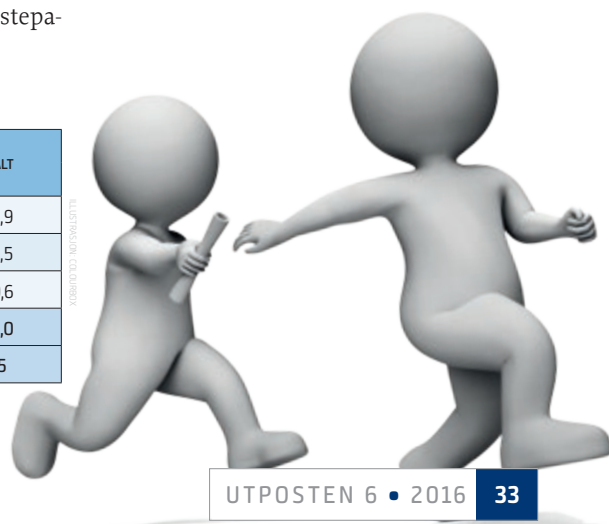
1. Sandvik H. (2005) Evaluering av fastlegereformen 2001–2005. Sammenfatning og analyse av evalueringens delprosjekter. In: Oslo: Norges forskningsråd.
2. Moilanen M. (2005) Stillingssstabilitet i Finnmark og Nord-Trøndelag etter innføring av fastlegeordningen. I Abelsen B, Karlsen Bæk U-D (red.): Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Rapport nr 6. Tromsø: Norut Samfunnsforskning AS.
3. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2015) Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening, 22 (135): 2045–2049.
4. Hetlevik Ø, Gjesdal S. (2012) Personal continuity of care in Norwegian general practice: A national cross-sectional study. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 30: 214–221.
5. Gaardsrud P. (2015) Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2014. Oslo: Helsedirektoratet.
6. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. (2016) Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.

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

TABELL 6. Hadde kommunen noen ledige fastlegehjemler/-stillinger pr. 1.1.2015? Totalt og fordelt etter sentralitet. Tall i prosent.

VARIGHET AV VIKARIAT	KOMMUNENS SENTRALITET				TOTALT
	MINST SENTRALE	MINDRE SENTRALE	NOE SENTRALE	SENTRALE	
Ja	16,7	14,3	25,4	6,9	14,9
Nei	83,3	85,7	71,2	93,1	84,5
Vet ikke	0	0	3,4	0	0,6
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antall svar	132	42	59	102	335

p-verdi < 0,002, Gamma = 0,189



Akuttmedisinfor forskriften – hva er status?

■ JAN MAGNE LINNSUND • Avd. for allmennhelsetjenester, Helsedirektoratet

Ny akuttmedisinfor skrift som trådte i kraft i mai 2015 omtaler tiltak som skal heve kompetansen i legevakt. Både legevaktsleger og annet helsepersonell som samarbeider med lege i vakt, skal ifølge forskriften ha gjennomført kurs i akuttmedisin og i volds- og overgrepshåndtering. Hvor langt har arbeidet med kursutvikling kommet?

Helsedirektoratet har stipulert at om lag 8000 personer skal gjennom disse kursene. For å få gjennomført dette på en forsvarlig måte, er det besluttet en overgangsperiode på fem år før forskriftens krav skal være oppfylt – det vil si innen 1. mai 2020.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å gjennomføre prosjektet med utvikling av kurstilbudet og er godt i gang. I mai 2016 sendte direktoratet et brev til kommunene med informasjon om de kurstilbud innenfor akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering for legevaktpersonell som er på trappene. Rammeplanen for kursene er utarbeidet av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin (Nklm) – som også har laget et nytt nettbasert kurs med teori som er tenkt å tas på forhånd før selve oppmøtekurset.

Ni kurstilbydere – behov for flere

Rammeplan og nødvendig kravspesifikasjon for kurset i akuttmedisin ble lagt ut på anbud 22. april på Doffin – den nasjonale databasen for kunngjøring av offentlige anskaffelser – for å sikre at alle interesserte leverandører kunne delta. Ved søknadsfristens utløp 31. mai hadde totalt ni tilbydere meldt sin interesse. Helsedirektoratet har i løpet av sommeren vært i dialog med tilbyderne og godkjent dem som kursarrangører – og de er i gang med planlegging og

tilrettelegging av kurs med tanke på oppstart i høst.

Tilbyderne er:

- ❶ Etat for helsetjenester, Bergen kommune
- ❷ Bardu kommune
- ❸ Helseetaten, Oslo kommune
- ❹ Nordland legeförening
- ❺ St. Olavs hospital
- ❻ Akershus universitetssykehus
- ❼ RS Sjøredningsskolen
- ❽ Stiftelsen SAFER, Stavanger
- ❾ Akuttundervisning AS.

Det er fortsatt behov for flere tilbydere for å få dekket det store kursbehovet fram til mai 2020. Men det vil da ikke være nødvendig å gå ut via Doffin-basen og direktoratet har allerede fått flere henvendelser fra mulige kurstilbydere. Det samme regelverk vil selvsagt gjelde også for disse hva angår godkjenning. Det er spesielt viktig at det er en god geografisk spredning av kursene – og dette vil veie tungt ved evt. nye godkjenninger av kursarrangører.

Herved oppfordres lesere av *Utposten* som har en rolle innenfor sin lokale legevakt om å ta kontakt med Helsedirektoratet for å sjekke ut mulighet til å kunne bli lokal kursarrangør. Det ligger allerede viktig informasjon ute på tilbyderens nettsider om akuttmedisinkursene og Helsedirektoratet vil også legge ut slik informasjon på sine nettsider.

Kurset i akuttmedisin er beregnet til å være på totalt tre kursdager med en dag teori og to dager med vekt på praktisk trening. Teorikurset skal fortrinnsvis tas før det praktiske kurset.

Det teoretiske kurset kan gjennomføres som nettkurs (e-læring). Nklm har ferdigutviklet et slikt nettkurs som ble presentert på legevaktkonferansen i Narvik i begynnelsen av september. Nklm har søkt spesialitetskomiteen i allmennmedisin om at kurset godkjennes med seks timer. Kursdeltakerne må dokumentere kunnskapen gjennom bestått teoretisk kursprøve før det praktiske kurset. Det praktiske akuttmedisinkurset for leger og annet legevaktpersonell skal ha et omfang på minst 15

undervisningstimer à 45 minutter (to kursdager), slik at det tilfredsstiller rammen for emnekurs i akuttmedisin for spesialiteten i allmennmedisin. Det vil innebære at nettkurset + oppmøtekurset til sammen vil gi 21 tellende kurstimer.

Det er ennå ikke avklart hvilken status det obligatoriske kurset i akuttmedisin for spesialiteten i allmennmedisin skal ha opp mot det nye akuttmedisinkurset, men direktoratet ser for seg at disse kursene vil være likeverdige. Denne avklaringen mellom direktorat og legeförening må være på plass innen utgangen av 2017. Det passer også godt da den nye spesialitetsordningen for leger har beregnet oppstart høsten 2017. En av konsekvensene av det vil være at turnuslegeordningen slik den er i dag, oppheves. I del 1 av spesialitetsutdanningen er det lagt inn krav om kurs i akuttmedisin og det må avklares om det nye akuttmedisinkurset for legevakt også kan dekke dette behovet.

Tilskuddsordning

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet å gi kompensasjon for utgifter til det omtalte kurs i akuttmedisin og kurs i volds- og overgrepshåndtering. Kompensasjonen består i dekning av kursavgift for alle fastleger, vikarleger og annet helsepersonell ved legevakter samt reise/opphold for kommunalt ansatte fastleger og annet helsepersonell.

Tilskuddsordningen for disse kursene ble godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet og lagt ut på Helsedirektoratets nettsider under «Tilskudd – Oppfølging av akuttmedisinfor skriften» 13. september (1).

Presisering av tilskuddsutmålingen

- ❶ Kurs i akuttmedisin for leger og annet helsepersonell i legevakt: kr. 5000 i kursavgift pr. deltaker dekkes. For fast ansatte fastleger og annet helsepersonell i legevakt dekkes også kr. 4000 i reise/oppholdsutgifter pr. deltaker.
- ❷ Kurs i volds- og overgrepshåndtering for

og de nye kurskravene

*Akuttmedisinsk trening
utenfor sykehus, her fra
en BEST-øvelse i Alta.*

FOTO: MAGNUS HUORTDAHL

leger og annet helsepersonell (inkludert turnusleger) i legevakt: kr. 250 i kursavgift pr. deltaker dekkes. Her er det også for selvstendig næringsdrivende fastleger og vikarleger lagt inn kr. 4000 i lønns- eller praksiskompensasjon pr. deltaker etter samme tenkning for kompensasjon som for det obligatoriske kurset i nødnett. Kurset i volds- og overgrepshåndtering utarbeides også av Nklm og vil snart være ferdigstilt.

③ Merutgifter til bakvakt der vaktlegen ikke oppfyller kompetansekravene som stilles i akuttmedisinforskriften, begrenset oppad til kr 2000 pr. vakt.

④ Lønnsdifferanse mellom operatører som har avsluttet arbeidsforholdet og den nyansatte operatøren som tilsettes i henhold til kravet i akuttmedisinforskriften § 13: Differansen dekkes med inntil kr. 5000 pr. måned pr. stilling.

Det er bevilget inntil 75 mill. kroner over en fem-årsperiode for å få gjennomført kursene. Tilskuddsreglene sier at det er kommunene som får dette tilskuddet på linje med annen statlig tilskuddsforvaltning. Pengene bevilges årlig til direktoratet og forventes brukt av kommunene i løpet av det året som bevilgningen skjer. På grunn av sen offentliggjøring i 2016 er det lagt til rette for at tilskuddsmidler som det søkes om i år, kan overføres til 2017.

Kommunene bes søke om midler

Direktoratet ber derfor kommunene om å gjøre opp en snarlig status og foreta en beregning av hvilke utgifter som påløper for hver enkelt kommune ut fra tilskuddsutmålingen ovenfor – og sende søknad til Helsedirektoratet så snart som mulig. Seneste frist for utbetaling av tilskuddet er 15. november 2016. Det er nylig sendt ut brev til alle kommunene om dette og her håper Helsedirektoratet at kommunene kjenner sin besøkelsestid og ikke nøler med å sende inn søknad om tildeling av tilskuddsmidler.

Fastleger er vant til å søke om refusjon av kursutgifter til utdanningsfond II når kurset



er fullført. Når det gjelder kursene i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering, må søknaden fra fastlegene om refusjon av kursavgift gå til kommunen hvor fastlegen har sin hjemmel. Øvrige utgifter til kursene må for fastlegene dekkes via Legeforeningens fond II.

Antall kurs det vil være mulig å søke på vil være forholdsvis begrenset i 2016, men direktoratet ønsker at den økonomiske rammen for kommunene skal være på plass allerede nå.

Samtidig med ansvaret for gjennomføringen av kursene i akuttmedisin og volds- og

overgrepshåndtering, har Helsedirektoratet fått i oppdrag å følge med på kompetanseutviklingen i kommunene og i hvilken grad bestemmelsene i akuttmedisinforskriften etterleves. Dette arbeidet startes i høst og det vil bli tatt kontakt med alle kommuner for å innhente opplysninger om kompetanse- og personellutviklingen i legevaktjenesten.

REFERANSE

1. Oppfølging av akuttmedisinforskriften: <https://helsedirektoratet.no/tilskudd/oppfolging-av-akuttmedisinforskriften>.

■ JAN.MAGNE.LINNSUND@HELSEDIR.NO

Mat som medisin

Om 'hvite grønnsaker' (løk og hvitløk) og transkulturell kostholdsveiledning

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI

Ulike urter og krydder som er i regelmessig bruk bl.a. i det sør-asiatiske kjøkken, har vist seg å gripe inn i metabolske prosesser av betydning for utvikling av diabetes og diabetiske komplikasjoner. Denne artikkelen, som omhandler medisinske virkninger av løk og hvitløk og videre antyder hvordan kunnskap om disse «hvite grønnsakene» kan gjøres til gjenstand for kostråd, er den første i en serie artikler hvor hensikten er å bidra til et kunnskapsgrunnlag for gode samtaler om kost og kostholdsending i et transkulturelt perspektiv.

Migrasjon fra fattige til mer velstående strøk medfører endringer i kostholdet. Kalorinntaket øker. Proteinrik mat som linser og bønner erstattes gjerne av fettholdige animalske produkter, og forbruket av sukker og lett fordøyelige karbohydrater med lavt fiberinnhold stiger. Satt på spisen: Festmat blir hverdagsmat, med alle de metabolske endringer det medfører (1, 2).

Ingen er vel i dag uenige i at et sunt kosthold er viktig for helsen og særlig i forebygging og behandling av diabetes mellitus type II og hjerte- og karsykdom. Like fullt

opplever mange helsearbeidere at det kan være vanskelig å nå frem med gode råd om et sunt levesett. Og når våre velmente formaninger ikke forstås og verdsettes, er det lett å frustreres. Når det gjelder diabetes, florerer dessuten myter og misforståelser både om sykdommen og matens betydning i behandlingen, kanskje først og fremst blant de som har lite utdanning (3–5). Da er ny kunnskap nødvendig. Men hvordan kan vi få det til når personen vi møter i vår legepraksis har andre mattradisjoner, annen erfaringsbakgrunn og annen sosiokulturell tilhørighet?

Tidlig på 90-tallet nådde frustrasjonen i helseavdelingen i Gamle Oslo slike høyder at man fant det nødvendig å opprette et prosjekt med det for øye å utvikle nye metoder som kunne oppleves som meningsfulle i en flerkulturell befolkning. Prosjektet (PMV), endte med at det ble dannet et permanent senter frekventert av kvinner fra Pakistan, Somalia og enkelte arabisktalende land (6, 7). Her lærte vi noe vesentlig. For det første: Om en skal være i stand til å gi en person nyttige kostråd, må en først vite noe om denne personens kostvaner. Det er ikke alltid vi som helse-

arbeidere tar oss tid til å undersøke det, og slike unnlattelsessynder skaper frustrasjon. En pakistansk kvinne uttrykte det slik:

«Leger og helsesøstre forteller oss hele tiden hva vi bør spise eller ikke spise, men aldri har noen spurt oss noe om den maten vi lager eller om mattradisjonen der vi kommer fra!»

For det andre: Når innvandrerkvinnene i prosjektet opplevde at helsepersonell og andre satte pris på deres undervisning i tradisjonell matlaging, vokste deres interesse både for matens betydning for helsen og for å tilegne seg ny kunnskap. Med andre ord: Anerkjennelse åpner for ny forståelse og skaper behov for mer informasjon. I denne og tre kommende artikler, alle med utgangspunkt i erfaringer fra dette prosjektet og derfor også med spesiell oppmerksomhet på Asia og Midtøsten, vil vi se nærmere på hvilken rolle et utvalg råvarer i flittig bruk i disse områdene kan ha i behandlingen av diabetes mellitus type II. Flere av råvarene er velkjente også i et moderne norsk kosthold. Andre er i full fart på vei inn. Hensikten med artikkelserien er ikke å slå et slag for urtemedisin, men forsøksvis å bidra til et kunnskapsgrunn-

HOVEDBUDSKAP

Det finnes i dag gode grunner for å hevde at løk og hvitløk har medisinske virkninger som leger og andre i diabetesomsorgen bør kjenne til for å kunne bidra til trygg medisinerings og adekvat kostveiledning.

I mange land, deriblant India og Pakistan, er løk og hvitløk viktige ingredienser i det tradisjonelle kostholdet, og den enkeltes anvendelse og tilberedning av disse matvarene kan i mange tilfeller være et godt utgangspunkt for samtaler om kost og kosthold.



ILLUSTRASJONSFOTO HELE ARTIKKELN: COLOURBOX

lag som kan stimulere til gode samtaler om kost og kostholdsending. I denne første artikkelen vil vi konsentrere oss om løk og hvitløk. Senere artikler vil omhandle ingefær og gurkemeie, chili, psyllium, bukkehornkløver, bittergresskar og pistasjnøtter, før vi avslutter serien med å presentere et lite utvalg av krydder som i tillegg til sin rent kulinariske betydning også kan stimulere viktige metabolske prosesser.

Medisinske virkninger av løk og hvitløk

Virkestoffer

Løk (*Allium cepa*) og hvitløk (*Allium sativum*) er blant de eldste medisinske planter vi kjenner, og siden begynnelsen av 50-tallet har begge disse «hvite grønnsakene» vært gjenstand for omfattende forskning. Av mulige virkestoffer er det særlig flavonoider og ulike organiske svovelforbindelser som har fått oppmerksomhet.

Vanlig løk (*Allium cepa*) inneholder spesielt mye quercetin, et flavonoid som også finnes i epler, grønn te, rødvin m.m. (8, 9). Konsentrasjonen er størst i skallet og de ytre ringene (9), men innholdet varierer i betydelig grad mellom ulike løksorter, noe vi skal komme tilbake til.

Hvitløk er særlig rik på den organiske svovelforbindelsen alliin. Alliin er biologisk inaktivt, men omdannes ved hjelp av enzymet alliinase til allicin, som videre kan omdannes til ulike organiske svovelforbindelser (for eksempel diallyl-sulfid og S-allyl-cystein) med biologisk virkning (10). Alliinase inaktiveres imidlertid lett når det utsettes for sterk varme eller syre.

Allerede for 3000 år siden hevdet Charak («ayurveda-medisinens far») at hvitløk har blodfortynnende virkning og «styrker hjertet» (11). I den senere tid har dette vært omdiskutert, og vi skal derfor i det følgen-

de se på hva moderne forskning kan si om hvitløk og løks virkning på kjente risikofaktorer for diabetes og hjerte- og karsykdom: Hyperlipidemi, hypertensjon, hyperglykemi og koagulasjon.

Lipidregulerende virkning

En rekke dyreforsøk viser at inntak av hvitløk effektivt senker triglyserider, totalkolesterol, LDL-kolesterol og VLDL-kolesterol. Den kliniske betydningen av dette har likevel vært omdiskutert, ettersom resultatene fra RCT-studier har vært varierende. Nyere kunnskapsoppsummeringer (12–14), hvorav en med metaanalyse (14), viser imidlertid at hos personer med hyperkolesterolemi (>200 mg/dl) vil inntak av hvitløkspreparater i gjennomsnitt kunne senke totalkolesterol med 17 ± 6 mg/dl og LDL-kolesterolet med 9 ± 6 mg/dl, forutsatt at behandlingen strekker seg over mer enn to måneder (14). Til sammenligning vil fiskeolje, som er rik på ω -3-fettsyre, redusere triglyserid-nivået effektivt, men ha ubetydelig effekt på totalkolesterol. Fiskeolje kan dessuten i mange tilfeller gi lett stigning av LDL-kolesterolet (15). En kombinasjon av hvitløk og fiskeolje synes likevel å ha gunstig effekt på både totalkolesterol, LDL-kolesterol og triglyserider, om enn ikke på nivå med statiner (16, 17).

Blodtrykksregulerende virkning

Hvorvidt hvitløk har blodtrykksenkende virkning har inntil nylig også vært omdiskutert, men flere nyere meta-analyser konkluderer nå med at visse hvitløkspreparater (AGE) faktisk har effekt på blodtrykket, men kun hos personer med hypertensjon (12, 18, 19). Virkningen synes å være genetisk betinget og varierer derfor fra person til person (20). En ny studie hvor dette tas i betraktning, viser således at et daglig tilskudd på AGE hos «respondere» (50–58

prosent av forsøkspersonene) gir en reduksjon i systolisk blodtrykk på $11,5 \pm 1,9$ mm Hg, på diastolisk $6,3 \pm 2,1$ mmHg (sammenlignet med placebo), mens virkningen hos «ikke-respondere» var lik null (21). I en pakistansk studie fant man faktisk en blodtrykksenkende effekt av hvitløk på nivå med atenolol (22).

Virkning på blodsukkernivået

En rekke dyreforsøk har vist at hvitløk senker blodsukkeret (23), trolig ved å stimulere insulinsekresjon fra pankreas (24). Også enkelte kliniske studier viser at inntak av hvitløkspreparater kan gi signifikant og doseavhengig reduksjon av både serum glukose og HbA_{1c} (24, 25). Hvitløk synes dessuten å forsterke den hypoglykemiske effekten av legemidler som metformin (24–26) og glibenklamid (24).

Antikoagulerende virkning

Løk motvirker koagulasjonen både gjennom økt fibrinolyse og hemmet plateaggregasjonen (13, 27–29). Denne virkningen er blitt tilskrevet organiske svovelforbindelser (ajoene), som finnes i ulike konsentrasjon i ulike typer løk (13, 30). Men også quercetin synes å ha denne effekten (9). I en studie fant man at både hvitløk og ramløk (*Allium ursinum*) gav en koagulasjonshemmende virkning på linje med clopidogrel (Plavix), et preparat som anvendes i forebygging av alvorlige kardiovaskulære hendelser (31). Den fibrinolytiske aktiviteten inntreffer få timer etter inntak av hvitløk, og holder seg i ca. 12 timer etter inntaket (32). Vanlig løk (*Allium cepa*) har lignende, men betydelig svakere virkning.

Uten å trekke forhastede konklusjoner, kan vi altså konstatere at en rekke uavhengige studier med ulike metodikk viser at ulike løk-arter (kanskje særlig hvitløk)

inneholder stoff som under gitte betingelser virker regulerende på blodsukkeret og sannsynligvis også bidrar til å forebygge diabetiske makrovaskulære komplikasjoner.

Mulige virkningsmekanismer og varierende virkning

De mangslungne virkningene av løk og hvitløk tilskrives gjerne deres antioksidierende kapasitet. Nylig har imidlertid en mulig innvirkning på adiponektin-nivået kommet i søkelyset (33). Adiponektin, som utelukkende syntetiseres i hvitt fettvev, har vist seg å ha antiinflammatorisk virkning, men stimulerer også produksjonen av nitrogenoksyd (NO) i endotel, en substans med veldokumentert anti-trombotisk, antiaterogen og vasodilatorisk effekt (34), og spiller dessuten en vesentlig (kanskje kausal) rolle i reguleringen av insulin-sensitivitet (35, 36).

Adiponektin-nivået i serum viser betydelig etnisk variasjon (37, 38), og er betydelig lavere hos sør-asiater enn hos europeere. I følge en pakistanske undersøkelser (39, 40) er serumnivået av adiponektin ytterligere redusert hos personer med diabetes II, både med og uten hjertesykdom, og dessuten relatert til ukontrollert blodsukkerstatus og dyslipidemi. Hos britiske sør-asiater har man sett en omvendt forbindelse mellom adiponektin-aktivitet og insulin-resistens (42), hvilket må kunne sies å ha en spesiell betydning i denne gruppen ettersom redusert insulin-sensitivitet sannsynligvis er den viktigste patogenetiske faktoren for diabetes II (41). Flere matvarer stimulerer dannelsen av adiponektin (34), og en studie viser hos personer med metabolsk syndrom økte plasmanivået av adiponektin etter inntak av et hvitløkspreparat, AGE/Kyolic (43).

Løk og hvitløk i det daglige kostholdet

I studiene som det refereres til over er det for det meste benyttet ulike hvitløkspreparat (oftest AGE/Kyolic), i enkelte tilfeller løk eller hvitløk i rå form. Vår hovedinteresse er imidlertid, som sagt, hvilken forebyggende effekt en kan se ved tradisjonell bruk av disse «hvite grønnsakene». Selv om det ikke er uvanlig å spise rå løk, inntas løk og hvitløk for det meste kokt eller stekt, og to nye spørsmål melder seg. Først: Blir virkestoffene ødelagt i en slik tilberedningsprosess? Dernest: Inntas løk og hvitløk i slike mengder at de har sykdomsforebyggende virkning?

Vi skal først se litt nærmere på hva man

mener å vite om varmebehandlings påvirkning på allicin og quercetin. Rå hvitløk inneholder, som nevnt, ikke allicin, men er rik på det biologisk inaktive alliin, som omdannes til allicin ved hjelp av enzymet alliinase. Også alliinase finnes i hvitløk, men er her adskilt fra alliin. Det er først når løken hakkes eller knuses at alliin kommer i direkte kontakt med alliinase, og alliin omdannes da til allicin i løpet av sekunder. Enzymet (alliinase) inaktiveres både ved oppvarming og i et surt miljø (44–46). Det gjør at dersom hvitløksfeddene kokes eller bakes hele, vil den antitrombotiske virkningen opphøre etter få minutter. Enkelte studier tyder sågar på at hvis hvitløk utsettes for intens varmebehandling over lenger tid, vil virkningen kunne reverseres, dvs. stimulere til trombedannelse (47, 48). I knust hvitløk, hvor allicin allerede er dannet, er virkningen mer bestandig (46, 47), men også knust hvitløk vil gradvis miste sin platehemmende virkning etter seks til ti minutter i stekeovn eller ved koking (48). Flavonoider (deriblant quercetin) er mer varmebestandige, men siden konsentrasjonen av quercetin er størst i de ytterste lagene, vil noe gå tapt ved skrelling av løken. En del vil dessuten sive ut i kokevannet (46) og således medføre et betydelig tap av flavonoider med mindre kokevannet brukes (for eksempel i suppe). Om løken stekes, vil tapet derimot være ubetydelig og konsentrasjonen av quercetin kan faktisk øke (7–25 prosent) ved baking eller sautering (9).

Det neste spørsmålet er om inntak av løk og hvitløk skjer i en slik størrelsesorden at en kan forvente forebyggende effekt på hjerte- og karsykdom? Som nevnt inneholder forskjellige løksorter ulike mengder av de biologisk aktive stoffene (49–51). Men selv for sjalottløk, rødløk og gul løk, som inneholder mest, (8, 50, 51), vil innholdet variere alt etter hvilket jordsmonn løken vokser i. I tillegg vil absorpsjon og toleranse variere fra person til person. I maten vil det dessuten gjerne finnes andre kilder både til flavonoider (for eksempel epler, rød frukt, sitrusfrukter, rødvin, sjokolade og te) og til andre antioksidanter, og disse kan forsterke hverandre (59). Med dette i mente gjengis i det følgende resultater fra et utvalg studier som kan belyse spørsmålet.

- I en fransk studie fant man at inntak av flavonoid-rik kost var inverst relatert til systolisk blodtrykk hos kvinner, men ikke hos menn (52).
- En studie fra Pakistan viste at personer med normalt eller lavt systolisk blodtrykk brukte mer hvitløk i kosten enn de med høyere blodtrykk (>120 mm Hg).

I denne undersøkelsen hadde ca. 60 prosent av respondentene forestillinger om at hvitløk var sunt (61).

- En japansk studie (53) viste en invers sammenheng mellom LDL-kolesterol og inntak av flavonoider (hvorav ca. 45 prosent kom fra løk).
- En studie i en indisk landsby (54) viste at de med høyt inntak av løk og hvitløk hadde betydelig lavere kolesterol- og triglyseridverdier enn de som (sannsynligvis av religiøse grunner) spiste verken løk eller hvitløk.
- En italiensk studie viser at en diett med mye løk og hvitløk signifikant reduserer risikoen for hjerte- og karsykdom (55).
- I en fransk undersøkelse (8) ble den platehemmende virkningen studert etter at forsøkspersonene hadde spist en quercetinrik løksuppe (tre middels store, quercetinrike løk, 500 ml vann. Detaljert oppskrift finnes i referanseartikkelen). Den viste at den aktive formen for quercetin i ferdig suppe var fullt på høyde med innholdet i rå løk. Quercetinet fra suppen ble godt absorbert fra tarmen, med maksimum plasmakonsentrasjon etter 90 minutter, og både en og tre timer etter inntaket hadde plasma fra de som hadde spist suppen en betydelig platehemmende virkning (8).

Disse studiene stemmer godt med to nyere oversikter over prospektive kohortstudier (56, 57) som viser signifikant sammenheng mellom inntak av flavonoider (bl.a. quercetin) og redusert dødelighet på grunn av hjerte- og karsykdom.

Hva kan vi som allmennpraktikere så lære av dette?

Hvorfor skal allmennpraktikere, som ofte må forholde seg til tidsnød og prioritere strengt mellom en rekke forefallende oppgaver, bekymre seg om trivialiteter som løk og hvitløk? For det første er det i dag sterke holdepunkter for at både løk og hvitløk i tillegg til sin kulinariske betydning har innvirkning på metabolske prosesser sentralt i utviklingen av diabetes og kardiovaskulære komplikasjoner. Disse virkningene kan forsterke eller hemme virkningen av ulike farmaka. Her er nevnt clopidogrel, metformin og glibenklamid. Det kan være flere, for eksempel antikoagulantia. Selv om det i dag ikke er holdepunkter for at et høyt forbruk av løk og hvitløk kan erstatte medikamentell behandling, er det likevel mulig at det kan bidra til enklere medisinerings. Det må her også tilføyes at enkelte studier viser at inntak av ω -3 flerumettede fettsyrer (fiskeolje)

ikke fører til økt insulinsensitivitet hos sør-asiater (60), mens hvitløk, som vi har vært inne på, faktisk ser ut til å ha en viss hypoglykemisk effekt. For det andre er løk og hvitløk billig; de tolereres vanligvis godt, og i mengder som tradisjonelt benyttes i kosten (hvor smaken er en vesentlig begrensende faktor), er bivirkningene uten betydning.

Ikke uventet er interessen for medisinske virkninger av løk og hvitløk særlig stor i land som India, Pakistan og China, dels fordi urtemedisin her har en lang historie, dels fordi økonomien for de fleste ikke tillater bruk av mer kostbar medisin. Dessuten spiser en stor del av befolkningen her løk og hvitløk i et slikt omfang at en må anta at det har betydning for helsen, og i Pakistan argumenteres det sågar for mer bruk av løk i hverdagskosten (58). Spørsmålet er likevel om langvarig koking, som ofte forekommer i tilberedningen av de tradisjonelle rettene, ødelegger virkestoffene i en slik grad at den helsefremmende virkningen uteblir. Anbefalinger om mer skånsomme tilberedningsmetoder og eventuelt økt bruk av løk og hvitløk i rå form kan derfor være på sin plass.

Utgangspunktet for denne artikkelen var hvordan vi som helsearbeidere kan legge til rette for gode samtaler om kost og kosthold på tvers av kulturelle skillelinjer. Den forskningen som er sitert ovenfor bør kunne stimulere interessen for pasienters tradisjonelle bruk av løk og hvitløk i maten, og, ikke minst, for hvordan de ulike rettene tilberedes. Mange vil allerede ha tanker om hvilken betydning dette måtte ha for helsen, og da er sjansene store for at også pasientens egne erfaringer og lokale kunnskap kan komme til sin rett. Det gir grunnlag for anerkjennelse av pasientens egne ressurser og innsats så vel som antydninger om at et kosthold med mye løk og hvitløk, i likhet med bruk av fet fisk og andre ω -3-rike matvarer, kan være fornuftig i et helseperspektiv. Men kanskje først og fremst vil en slik anerkjennelse av pasientens egne bestrebelser for å holde seg frisk bedre et videre samarbeid hvis det skulle bli aktuelt å gi medisiner i tillegg. Saklig kunnskap om løk og hvitløks potensielle virkninger vil således kunne være et godt grunnlag og et pluss for den gode samtalen om kost og kostholdsending.

Takk til Samera Qureshi, Bernadette Kumar og Harald Siem som har gitt nyttige kommentarer til tidligere utkast av denne artikkelen

Referanser se side 42



REFERANSER

- Bhattacharya, M. (2015). A historical exploration of Indian diets and a possible link to insulin resistance syndrome. *Appetite* Vol. 95, s. 421–454 Doi:10.1016/j.appet.2015.07.002.
- Patel, J.V. et al (2006). Impact of migration on coronary heart disease factors: Comparison of Gujaratis in Britain and their contemporaries in villages of origin in India. *Atherosclerosis* Vol. 185, s. 297–306 Doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2005.06.005.
- George, C.E. et al (2015). Barriers to cardiovascular disease reduction: Does physicians' perspective matter? *Indian Heart Journal* Doi:10.1016/j.ihj.2015.08.014.
- Rai, M. & Kishore, J. (2009). Myths about diabetes and its treatment in North Indian population. *Int J Diabetes Dev Ctries* Vol. 28, No. 3, s. 129–132 Doi: 10.4103/0973-3930.54290.
- Mahmood, K. et al. (2011). *Pak J Med Sci* Vol. 27, No. 1, s 128–132.
- Aambo, A. (1997). *Tasteful Solutions: Solution-Focused Work with Groups of Immigrants. Contemporary Family Therapy* Vol. 19, No. 1, s 63–79.
- De Freitas, C. et al (2014). Transforming health policies through migrant user involvement: Lessons learnt from three European Countries. *Psychosocial Intervention* Vol. 23, s. 1–9 Doi:10.5093/in2014a5.
- Hubbard, G.P. (2006). Ingestion of onion soup high in quercetin inhibits platelet aggregation and essential components of the collagen-stimulated platelet activation pathway in man: a pilot study. *British Journal of Nutrition* Vol. 96, s. 482–488.
- Lombard, K. et al (2005). Quercetin in onion (*Allium cepa* L.) after heat-treatment simulating home preparation. *Journal of Food Composition and Analysis* Vol. 18, s. 571–581.
- Leelarungrayub, N. et al (2006). Quantitative evaluation of the antioxidant properties of garlic and shallot preparations. *Nutrition* Vol. 22, s. 266–274 Doi: r0.1016/j.nut.2005.05.010.
- Rahman, K. (2001). Historical Perspective on Garlic and cardiovascular Disease. *J Nutr* Vol. 131, s. 977S–979S.
- Varshney, R. & Budoff, M. (2016). Garlic and heart disease. *The Journal of Nutrition* Doi:10.3945/jn.114.202333.
- Qidwai, W. & Ashfaq, T. (2013). Review article: Role of Garlic Usage in Cardiovascular Disease Prevention: An Evidence-Based Approach. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* <http://dx.doi.org/10.1155/2013/125649>.
- Ried, K. et al (2013). Effect of Garlic on serum lipids: an updated meta-analysis. *Nutrition Reviews* Vol. 71, No. 5, s. 282–299 Doi: 10.1111/nure.12012.
- Eslick, G.D. et al (2009). Benefits of fish oil supplementation in hyperlipidemia: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Cardiology* Vol. 136, s. 4–16 Doi:10.1016/j.ijcard.2008.03.092.
- Adler, A.J. & Holub, B.J. (1997). Effect of garlic and fish-oil supplementation on serum lipid and lipoprotein concentrations in hypercholesterolemic men. *Am J Clin Nutr* Vol. 65, s. 445–450.
- Jeyaraj, S et al (2005). Effect of combined supplementation of fish oil with garlic pearls on the serum lipid profile in hypercholesterolemic subjects. *Indian Heart J* Vol. 57, No. 4 s. 327–31 PMID: 16350679.
- Ried, K. (2016). Garlic Lowers Blood Pressure in Hypertensive Individuals, Regulates Serum Cholesterol, and Stimulates Immunity: An Updated Meta-analysis and Review. *The Journal of Nutrition* Doi: r0.3945/jn.114.202192.
- Wang, H-P. et al (2015). Effect of Garlic on Blood Pressure: A Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Hypertension* Vol. 17, No. 3, S. 223–231.
- Ried, K. & Fakler, P. (2014). Potential of garlic (*Allium sativum*) in lowering high blood pressure: mechanism of action and clinical relevance. *Integrated Blood Pressure Control* Vol. 7, s. 71–82.
- Ried, K. et al (2016). The effect of aged garlic extract on blood pressure and other cardiovascular risk factors in uncontrolled hypertensives: the AGE at HEART trial *Integrated blood Pressure control* Vol. 9, s. 9–21.
- Ashraf, R. et al (2013). Effects of *Allium sativum* (Garlic) on systolic and diastolic blood pressure in patients with essential hypertension. *Pak. J. Pharm. Sci.* Vol. 26, No.5 s. 859–863.
- Cheng-Tzu, L. et al (2007). Does garlic have a role as an antidiabetic agent? *Mol. Nutr. Food Res* Vol. 51, s. 1353–1364, Doi: 10.1002/mnfr.200700082.
- Kumar, V.R. et al (2014). A review on Hypoglycemic, Hypolipidemic and Anti-Obesity effect of *Allium sativum*. *Journal of Chemical and Pharmaceutical Sciences* Vol. 7, No. 4, s. 321–329 ISSN: 0974-2115.
- Phil, R.A.M. et al (2011). Effects of garlic on blood glucose levels and HbA1c in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Medicinal Plants Research* Vol. 5, No. 13, s. 2922–2928 ISSN: 1996-0875.
- Ashraf, R. et al (2011). Garlic (*Allium sativum*) supplementation with standard diabetic agent provides better diabetic control in type 2 diabetes patients. *Pak J Pharm Sci.* Vol. 24, No. 4, s. 565–570. PMID: 21959822.
- Suleria, H.A.R. et al (2015). Onion: Nature's Protection Against Physiological Threats. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* Vol. 55, s. 50-66 Doi: 10.1080/19498398.2011.646364.
- Butt, M-S. et al (2009). Garlic: Nature's Protection Against Physiological Threats. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* Vol. 49, s 538–551 Doi: 10.1080/10408390802145344.
- Rahman, K. & Lowe, G.M. (2006). Garlic and Cardiovascular Disease: A Critical Review. *J. Nutr.* Vol. 136 s. 736S–740S.
- Bordia, T. et al (1996). An evaluation of garlic and onion as antithrombotic agents. *Prostaglandines, Leukotrienes and Essential Fatty Acids* Vol. 54, No. 3, s. 183–186.
- Hiyasat, B. et al (2008). Antiplatelet activity of *Allium ursinum* and *allium sativum*. *Pharmacology* Vol. 83, s. 197–204, Doi: 10.1159/000196811.
- Chutani, S.K. & Bordia, A. (1981). The effect of fried versus raw garlic on fibrinolytic activity in man. *Atherosclerosis* Vol. 38, s. 217–421.
- Lai, H. et al (2015). Association between the level of circulating adiponectin and prediabetes: A meta-analysis. *J Diabetes Invest* Vol. 6, No. 4, s. 416–429, Doi: 10.1111/jdi.12321.
- Lopez-Jaramillo, P. (2016). The Role of adiponectin in Cardiometabolic Diseases: Effects of Nutritional Interventions. *J Nutr* Vol. 146 (Suppl), s. 422S-426S, Doi:10.3945/jn.114.202432.
- Mente, A. et al (2013). Causal Relationship between Adiponectin and Metabolic Traits: A Mendelian Randomization Study in a Multiethnic Population. *PLOS ONE* Vol. 8, No. 6: e66808 Doi: 10.1371/journal.pone.0066808.
- Wasim, H. et al (2006). Relationship of serum adiponectin and resistin to glucose intolerance and fat topography in south-Asians. *Cardiovascular Diabetology* Vol. 5, No. 10 Dio:10.1186/1475-2840-5-10.
- Mente, A. et al (2010). Ethnic Variation in Adiponectin and Leptin Levels and Their Association With Adiposity and Insulin. *Resistance Diabetes Care* Vol. 33, No. 7 s. 1629–1634 Doi:10.2337/dc09-1932.
- Marin, M. et al (2008). Ethnic Differences in the Relationship Between Adiponectin and Insulin Sensitivity in South Asian and Caucasian Women. *Diabetes Care* Vol. 31, No. 4, s. 798–801 Doi:10.2337/dc071781.
- Durrani, S. et al (2014). Relationship of Hypoadiponectinemia with Glycemic Status and Lipid Protein Profile in Type2 Diabetic Women With and Without Coronary Heart Disease. *Biomedica* Vol. 30, No. 4, s. 289–293.
- Durrani, S. et al (2015). Relationship of Adiponectin Level With Lipid Profile in Type-2 Diabetic Men With Coronary Heart Disease. *J Ayub Med Coll Abbottabad* Vol. 27, No. 1, s. 32–5.
- Bakker, L.E.H. et al (2013). Pathogenesis of type 2 diabetes in South Asians, Review. *European Journal of Endocrinology* Vol. 169, s. R99–R114 Doi: r0.1530/EJE-13-0307.
- Webb, D.R. (2013). Adipocytokine Associations with Insulin Resistance in British South Asians. *Journal of Diabetes Research* Doi: 10.1155/2013/561016.
- Gómez-Arbeláez, D. et al (2013). Aged Garlic Extract Improves Adiponectin Levels in subjects with Metabolic syndrome: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Randomized, Crossover Study. *Mediators of Inflammation* Doi: 10.1155/2013/285795
- Cavagnaro, P.F. et al (2007). Effect of Cooking on Garlic (*Allium sativum* L.) Antiplatelet Activity and Thiosulfates Content. *J Agric. Food Chem.* Vol. 55, s. 1280–1288 Doi: 10.1021/jf062587s.
- Tocmo, R. et al (2014). Effect of Processing Conditions on the Organosulfides of Shallot (*Allium Cepa* L. Aggregatum Group). *J. Agric. Food Chem.* Vol. 62, s. 5296–5304 Doi:10.1021/jf500739n.
- Ruiz-Rodriguez, A. et al (2008). Effect of domestic processing on bioactive compounds. *Phytochem Rev* Vol. 7, s. 345–384 Doi: 10.1007/s1101-007-9073-1.
- Hansen, E.A. et al (2012). Steam-cooking rapidly destroys and reverses onion-induced antiplatelet activity. *Nutrition Journal* Vol. 11, No. 76.
- Cavagnaro, P.F. & Galmarini, C.R. (2012). Effect of Processing and Cooking Conditions on Onion (*Allium cepa* L.) Induced Antiplatelet Activity and Thiosulfate Content. *J Agric. Food Chem.* Vol. 60, s. 8731–8737 Doi: 10.1021/jf301793b.
- Lorigoini, Z. et al (2015). Evaluation of Anti-Platelet Aggregation Effect of Some *Allium* Species. *Iranian Journal of Pharmaceutical Research* Vol.14, No. 4, s. 1225–1231.
- Caridi, D. et al (2007). Profiling and quantifying quercetin glucosides in onion (*Allium cepa* L.) varieties using capillary zone electrophoresis and high performance liquid chromatography. *Food Chemistry* Vol. 105, s. 691–699 Doi: 10.1016/j.foodchem.2006.12.063.
- Yang, J. et al (2004). Varietal differences in phenolic content and antioxidant and antiproliferative activities of onions. *J Agric. Food Chem.* Vol. 52, No. 22, s. 6787–93.
- Mennen, L.I. et al (2004). Consumption of Foods Rich in Flavonoids Is Related to a Decreased Cardiovascular Risk in Apparently Healthy French Women. *J. Nutr.* Vol. 134, s. 923–926.
- Arai, Y. et al (2000). Dietary Intakes of Flavonols, Flavones and Isoflavones by Japanese Women and the Inverse Correlation between Quercetin Intake and Plasma LDL Cholesterol Concentration. *J. Nutr.* Vol. 130, s. 2243–2250.
- Benjamin, H.S. et al (1983). *Allium sativum* (garlic) and atherosclerosis: A review. *Nutrition Research* Vol. 3, s. 119–128.
- Galeone, C. et al (2009). *Allium* vegetable intake and risk of acute myocardial infarction in Italy. *Eur J Nutr* Vol. 48, s. 120–123 Doi: 10.1007/s00394-008-0771-2.
- Peterson, J.J. et al (2012). Do Flavonoids Reduce Cardiovascular Disease Incidence or Mortality in US and European Populations. *Nutr. Rev.* Vol. 70, No. 9, s. 491–508 Doi:10.1111/j.1753-4887.2012.00508.x.
- Wang, X. et al (2014). Flavonoid intake and risk of CVD: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *British Journal of Nutrition* Vol. 111, s. 1–11, Doi:10.1017/S000711451300278X.
- Sohail, M.N. et al (2011). Onion (*Allium cepa* L.): An Alternate Medicine For Pakistani Population. *International Journal of Pharmacology* Vol. 7, No. 6, s. 736–744.
- Nemeth, K. & Piskula, M.K. (2007). Food Content, Processing, Absorption and Metabolism of Onion Flavonoids. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* Vol. 47, s. 397–409 Doi:10.1080/10408390600846291.
- Bakker, L.E.H. et al (2013). Review: Pathogenesis of type 2 diabetes in South Asians. *European Journal of Endocrinology* Vol. 169, R99–R114 Doi: 10.1530/EJE-13-0307.
- Quidwai, W. et al (2000). Effect of dietary garlic (*Allium Sativum*) on the blood pressure in humans – a pilot study. *J Pak Med Assoc.* Vol. 50, No. 6, s. 204–207.

Ellisif Wessels minnepris

Tove Rutle har fått NSDM sin nye pris, Ellisif Wessels minnepris. Hun får den for sin unike innsats for gode helsetjenester via samarbeid.

Prisen går ut fra NSDM sin egen stab og deles kun ut i helt spesielle tilfelle og til ikke-leger.

Tove Rutle organiserer, skriver, snakker og evner å holde flere krefter sammen med sin store arbeidsinnsats i et enormt nettverk av fagpersoner - alltid på en støttende, klok og smidig måte. Hun ser og husker enkeltmennesker!

Vi er mange som setter stor pris på Tove Rutle, men det er tusenvis flere leger, medarbeidere og pasienter som år etter år nyter godt av hennes utrettelige arbeid.

I hele 25 år har Tove Rutle vært krumtap-pen Utpostens redaksjon - et jubileum i seg selv!

Hun har også i flere tiår vært sentral i arrangementskommiteen for Primærmedisinsk uke (PMU), allmennlegekontorenes egen uke i Oslo som arrangeres hvert andre år.

Tove har i flere tiår vært sentral i Norsk helsesekretærforbund. Hun har vært en viktig kursarrangør for medarbeidere på legekontor og leger. Hun har spesielt jobbet for å styrke faget og bidratt til å sette søkelys på samspillet innad i et legekontor.



Diktet «de mektige» av Per Olav Kaldestad var karakteristisk nok hennes valg i *Utpostens* lyrikkstafett i fjor høst, en spalte hun selv har ansvar for:

De mektige

Å vera mektig
er å vera ytterst
følsom, var for den minste
ubalanse i lufta,
alltid klar
til å gi dei
rette
kjærteikn,
ta den andre
nøye for seg,
få tak i
dei små forandringane
og venda dei
til det gode.

Ellisif Wessel (1866–1949) var, som Tove Rutle, gift med en markant allmennlege. Ellisif kom nygift fra Sør-Norge til Sør-Varanger og Kirkenes i 1886 og ble raskt en viktig person lokalt med sitt sosiale engasjement. Hun reiste gjerne rundt i fylket og tok mange bilder av mennesker som hun møtte. Ellisif Wessel viste et unikt og modig engasjement for å formidle og påvirke de med makt lokalt og sentralt i Oslo, via tekst og foto. Nøden var stor rundt århundreskiftet blant samer, gruvefolk og kvæner. Samfunnet var grunnleggende urettferdig, mente Ellisif. Hun samarbeidet både med andre samfunnsutviklere nasjonalt og hadde gode forbindelser til «de røde» i Russland.

Prisen ble delt ut under markeringen av Fastlegeordningens 15 år der Tove Rutle var invitert til å holde tale som en av «fastlegenes beste venner» og prisen var et tresnitt av den samiske kunstneren Hans Ragnar Mathisen.

Hjertelige gratulasjoner til Tove Rutle!

Hilsen fra oss i Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Til ungdommen

FRITT ETTER NORDAHL GRIEG

Småkvalm og febervarm
Gå inn i din tid
Er du så syk og svak?
Vi deg til strid

Ikke forvente da
At vi vil tro på deg
Av din versjon av det
Lyser det lang vei

Du er blitt skulkesyk
For oss er det klart
Borte den hele dag?
Ikke så smart!

Tillit er blitt passé
Mistro er tidens ånd
Det er vårt utgangspunkt
Styres med hård hånd

Kanskje du spør i angst
Udekket, rådløs
Hva skal jeg gjøre nå?
Blir du nervøs?

Tror du det bedres når
Du blir litt eldre?
Vi tror ei heller på
Dine foreldre

Ring straks til legen din
Time akutt
Ellers blir skolegang
Plutselig slutt

Fastlegen fikser alt
Veien er åpen
Hun får ta ansvar her
Hun er vårt våpen

Der vil du kanskje få
Tillit, respekt
det settes gjerne bort
Kall det litt frekt

Og om du sliter med
Å få en time straks
Kalles det, min elev
Skjebne og uflaks

Legen får siste ord
Velkommen til oss!
Vi er på laget ditt
Fravær til tross

Kom som du står og går
Gjerne litt sann og slik
Menneskets sårbarhet
Er ikke avvik!

HARALD SUNDBY
Fastlege, Kalvskinnet legesenter
© New poetic management

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

Velkommen og lykke til! 🐾 Tove Rutle – lagleder

Om glede

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Gleden

Den frostbrente gleden ved livet
søker deg ved vadestedene,
ved leirbålene, ved korsveiene,
alltid –

Selv i sorgens dager,
selv i motgangens bratte døgn
og våkenettens martrende timer
søker gleden deg, kvidende
lik en trofast hund

som løp med blødende poter gjennom rimfrosten
og svømte mellom isflakene i strie elver
for å finne sin husbond.

HANS BØRLI

Jeg fant dette diktet ovenfor en dag i mars, like etter at jeg mistet min far. Det var tungt å miste en uendelig kjær pappa, og jeg lette etter ord som kunne løfte meg opp og lede meg videre. Min far var en mann som bar gleden med seg, og som ga den videre til oss som var rundt ham. Han tok uredde valg ved korsveier i livet, og var tro ved valgene som kunne gi glede. Han hentet styrke og glede fra naturen, ikke minst på lange, seige turer i fjellet med hunden

sin, sommer som vinter. Da jeg kom over dette diktet, føltes det nesten som om det var skrevet om ham og for meg, som en hilsen til meg i sorgen. En oppmuntrende veiviser.

Gleden ligger der på lur, den gir seg ikke så lett. Men vi må oppdage den og trykke den til hjertet når den melder seg. Om den kommer i små glimt, eller om den blir ved en stund.

Jeg jobber for tiden på et psykiatrisk

akuttmottak, og der er det mange som opplever at de har mistet gleden. Kanskje skulle vi henge dette diktet opp på veggen akkurat der?

Jeg sender min glade utfordring til Frøydis Gullbrå; fastlege i Modalen, venn og forskerkollega.

Hilsen fra

tone smith-sivertsen

Ammesmerter

Vi fastleger som har en del nybakte mødre på pasientlisten er vant med å få besøk av slitne mammaer, som strever med ammingen. Det har dessverre ikke blitt bedre, takket være tidlig hjemsending og en mer hektisk barseltid for både mor og barn. Amming er en «øvelse» som krever ro, god støtte og informasjon fra starten av, for at det skal bli trivelig og vellykket.

Det er ikke så uvanlig at det oppstår plager, enten smerter, sprekker eller allmennsymptomer som ledsager ammesmertene. Det vanligste er sopp, en tilstand som mor får på brystvorten og barnet i munnen; men også mastitt og tette melkeganger forekommer en god del. Jeg vil oppfordre alle leger til å råde kvinnen om å ta kontakt med Ammehjelpen, og dere kan som leger kontakte eller få god informasjon på hjemmesidene til Norsk Kompetansesenter for amming ved Rikshospitalet.

Vi må **ikke** bare tenke at dette er noe sopp, og sende hjem kvinnen med soppkur. Vi må huske at det kan være en infeksjon, selv om hun ikke er særlig allment påvirket.

Da er det viktig å ta en **melkeprøve**!

En liten pasienthistorie, som er relevant i den forbindelse. I forrige uke kom det også en nybakt mor og en liten baby på et par måneder. Moren var sår på puppen, og det var litt vondt å amme. Det var ikke så lett å se om babyen hadde hvitt belegg, og dessuten er det ikke uvanlig at babyer kan se litt hvitlige ut på tungen når de ammes.

Det er veldig mange som tenker sopp med en gang, også blant oss leger, og mor blir utstyrt med resept på Mycostatin, som skal pensles i babyens munn flere ganger daglig, og i flere uker, samt at mor må smøre med soppkrem. Det er ganske slitsomt, og tærer på tålmodigheten for en del.

Kanskje hjelper det ikke på smertene i brystet heller?

Det er da vi må huske å ta en melkeprøve!

Jeg fikk mor til å «melke» noen dråper morsmelk inn i et tørt glass, etter at hun har vasket og tørket av brystknoppen, sendte det inn til prøvetaking.

Svaret viste at det var vekst av Gule Stafylokokker, altså en bakterieinfeksjon!

Så nå er mor utstyrt med antibiotika, og både smertene og ammeplagene vil trolig forsvinne om et par dager.

Førstevalget er Diclocil, 500 mg X4, i opptil 10 dager, gjerne dobbel dose de første par dagene ved kraftig infeksjon. Ved penicillinallergi gis Erytromycin.

Barnet kan trygt få morsmelken selv om det pågår behandling!

Min påstand er at det tas altfor få melkeprøver av nybakte mødre som strever med ammingen pga smerter. Dette er en påminnelse om at stikkende smerter ved amming, eller ubehag når babyen suger kan være noe annet enn sopp!

KARI LØVENDAHL MOGSTAD • Spesialist i allmennmedisin
Kari.l.mogstad@gmail.com • Livslangs.no



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUJRBBOX

Bruk av litium under gr

Graviditet og postpartumperiode er en tid med økt sårbarhet for kvinner med bipolar lidelse, hvor risiko for tilbakefall er høy (1). Seponering av profylaktisk behandling under svangerskapet, særlig ved brå seponering, er den viktigste risikofaktoren for en ny sykdomsepisode (2).

Behandling av bipolar lidelse hos gravide kan være utfordrende. Fordelene ved medikamentell behandling må alltid vurderes opp mot risiko for eventuelle uheldige effekter på fosteret. Når profylaktisk legemiddelbehandling er indisert under svangerskapet er ifølge norske retningslinjer litium eller lamotrigin førstevalg. Ved valg av legemiddel bør det legges vekt på tidligere erfaring hos den aktuelle pasienten både i forhold til effekt og bivirkninger (3). Selv om sikkerheten ved bruk av lamotrigin under svangerskapet stort sett er betryggende, foretrekkes litium hos enkelte pasientgrupper på grunn av bedre effekt (4, 5).

Bruk av litium i første trimester

De fleste studier har ikke kunne påvise en total økning i risiko for medfødte misdannelser etter maternal bruk av litium. En liten økning i kardiovaskulære misdannelser er rapportert, men nyere epidemiologiske data tyder på at risikoen er lavere enn tidligere antatt. Metodologiske svakheter i studiene har også ført til at mange har stilt spørsmål ved om litium virkelig er teratogent. En generell overrapportering av unormale tilfeller, bruk av flere legemidler i kombinasjon, samt usikkerhet rundt betydningen av mors underliggende sykdom gjør det vanskelig å trekke noen sikre konklusjoner (6–8).

Et fåtall tilfeller med nevralrørsdefekter, samt sporadiske tilfeller med blant annet anencefali, oromandibulær hypoplasia og medfødt anomali i tyroidea har også vært rapportert etter litiumeksponering tidlig i svangerskapet (1, 4). Årsakssammenhengen er imidlertid uklar. Man har ingen hol-

depunkter for at bruk av litium øker sjansen for spontanabort, men begrenset datagrunnlag gjør likevel at en liten økning i risiko ikke kan utelukkes (8).

Epsteins anomali

Studier fra mange år tilbake viste en assosiasjon mellom bruk av litium i første trimester og hjertemisdannelser, spesielt Epsteins anomali (en form for trikuspidalinsuffisiens). En del nyere studier har imidlertid ikke kunne bekrefte dette. Man har derfor senere konkludert med at risikoen for Epsteins anomali har vært overestimert. Tilstanden oppstår spontant hos om lag et av 20 000 barn, og selv ved en mulig risikoøkning ved bruk av litium vil den absolute risikoen fortsatt være lav, om lag 1 av 1000–1500 barn (2, 7, 8).

Epsteins anomali har også vært assosiert med bruk av andre legemidler som benzodiazepiner, antihypertensiva, valproat, og selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI). En nylig publisert kasus-kontrollstudie viste at risikoen for Epsteins anomali er tre ganger forhøyet ved psykisk sykdom og/eller bruk av psykofarmaka hos mor. Forfatterne antyder derfor at det ikke er litium eller andre psykotrope legemidler som i seg selv øker risikoen for Epsteins anomali, men derimot mors underliggende sykdom (9). Å bekrefte en sikker årsakssammenheng mellom Epsteins anomali og bruk av litium under svangerskapet er med andre ord utfordrende.

Selv om det fortsatt er uavklart om bruk av litium øker risikoen for hjertemisdannelser bør det gis tilbud om utvidet prenatal diagnostikk med ultralydundersøkelse og ekkokardiografi i uke 16–20 i de tilfellene der litium er brukt i første trimester (1, 3, 4).

Bruk av litium senere i svangerskapet

Flere kasusrapporter har beskrevet neonatale komplikasjoner etter fødselen ved maternal bruk av litium i siste del av svangerskapet, og vanligst er sedasjon (1, 4). De fleste slike reaksjoner går over i løpet av en til to uker (3). «Floppy infant syndrome» karakterisert av hypotoni og cyanose, samt tilfeller med blant annet hyperbilirubine-mi, hjerterytmeforstyrrelser, hypothyroidisme og diabetes insipidus er også beskrevet. I flere av tilfellene har serumkonsentrasjon hos den gravide vært høy, og det har ofte vært brukt andre psykotrope legemidler i tillegg (1, 4). Den gravide kan også rammes av litiumbivirkninger som hypotyreose, samt hjerte- eller nyrepåvirkning, som videre kan påvirke fosteret og det nyfødte barnet (10).

En signifikant assosiasjon mellom litiumeksponering i svangerskapet og økt risiko for prematur fødsel er observert, men betydningen av litiumeksponeringen versus mors underliggende sykdom er usikker (8).

Langtidseffekter

Langtidseffekter ved litiumeksponering i svangerskapet er i liten grad systematisk undersøkt. En søskenstudie med 60 litiumeksponerte barn indikerte ikke økt risiko for motoriske- eller mentale utviklingsforstyrrelser (11). En retrospektiv kohortstudie med 15 barn i alderen 3–15 år eksponert for litium in utero viste normal vekst, adferd, kognitiv funksjon og generell utvikling. Ett av barna hadde en mindre nevrologisk dysfunksjon, og flere av barna skåret lavere på enkelte intelligens-tester, uten at dette var statistisk signifikant (12).

Dosering og monitorering

Litium bør brukes i lavest mulig effektiv dose, men man bør tilstrebe serumnivåer innenfor terapeutisk område (4). Litium

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Graviditet



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

har smalt terapeutisk vindu, og en farmakokinetikk som tilsier behov for ekstra hyppig monitorering av serumkonsentrasjonen under et svangerskap. Litium blir nesten utelukkende renalt eliminert, og clearance varierer med glomerulær filtrasjonshastighet (GFR). Utover i graviditeten synker vanligvis litiumnivåene som følge av økt renal blodgjennomstrømning og GFR, spesielt i svangerskapets siste måneder. Etter fødselen synker vaskulært volum raskt, og litiumclearance returnerer til samme nivå som før graviditeten (13). De farmakokinetiske endringene gjennom graviditeten gjør at doseøkninger i svangerskapet ofte er nødvendig for å opprettholde adekvate serumkonsentrasjoner og dermed sikre god behandling av mor (2, 8).

Man bør også være oppmerksom på at væskemangel kan gi rask økning i litiumkonsentrasjonen, og hyppigere målinger er derfor indisert ved blant annet hyperemesis gravidarum (4, 7, 8). Komplikasjoner som preeklampsi kan også øke faren for litiumtoksisitet (1, 8). I siste del av graviditeten kan som nevnt forandringer i GFR redusere serumnivåene (1). Litiumnivåer bør som et minimum kontrolleres månedlig i løpet av graviditeten, og ukentlig fra svangerskapets uke 36 (14).

Før og under fødselen er det viktig med tilstrekkelig hydrering av den gravide for å unngå intoksikasjon (2). Som følge av ned-satt renal clearance i forbindelse med fødselen og dermed risiko for maternal- og neonatal toksisitet anbefaler flere forfattere seponering eller dosereduksjon av litium sent i svangerskapet. Noen kilder foreslår seponering av litium 24–48 timer før planlagt keisersnitt eller induksjon, eller umiddelbart ved fødselens start (4, 7). Det finnes imidlertid ikke studier der man har sammenliknet utfallet ved seponering/dosereduksjon med uendret behandling før fødsel. En individuell avgjørelse om eventuell seponering/dosereduksjon før fødsel-

len bør derfor gjøres basert på risiko for tilbakefall hos den enkelte pasienten (8). I følge NICE guidelines bør litium stoppes under fødselen, og serumnivåer måles 12 timer etter siste dose (14). Enkelte andre kilder angir at seponering av litium før fødselen ikke er nødvendig hos pasienter med serumkonsentrasjoner innenfor terapeutisk område (1, 5), men at litiumdosen bør reduseres med 30–50 prosent umiddelbart etter fødselen. Litiumnivåer bør videre kontrolleres 24 timer etter fødselen og etter hver dosejustering (1). Etter fødselen kan man dosere litium som før graviditeten, men det er samtidig rasjonale for en relativt høyere målkonsentrasjon postpartum som følge av høy risiko for tilbakefall i denne perioden (5).

Fødselen bør finne sted på sykehus med muligheter for innleggelse på nyfødtavdeling. Hos alle eksponerte nyfødte bør serumkonsentrasjon av litium måles kort tid etter fødselen (8), og barna bør monitoreres for potensielle komplikasjoner, spesielt de første 48 timene (1, 5).

Konklusjon

Risiko for tilbakefall av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel er høy. I mange tilfeller vil derfor fordelene med litiumbehandling under svangerskapet oppveie for en potensiell økt risiko for misdannelser og eventuell påvirkning av det nyfødte barnet. Det er observert en mulig økning i risiko for hjertemisdannelser hos fosteret ved eksponering i tidlig svangerskap, men det er usikkert om sammenhengen er kausal og i så fall hvor stor risikoøkningen er. Det er så langt ikke påvist negative langtidseffekter hos barn som er eksponert for litium in utero, men dette er i liten grad undersøkt.

Når litium er brukt i første trimester bør det gis tilbud om utvidet prenatal diagnostikk. Farmakokinetiske endringer gjennom graviditeten gjør at bruk av litium forutsetter tett kontroll av serumnivåer.

REFERANSER

1. Khan SJ, Fersh ME et al. Bipolar disorder in pregnancy and postpartum: principles of management. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18 (2): 13.
2. Berle JØ, Solberg DK et al. Behandling av bipolar lidelse under svangerskap og etter fødsel. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131 (2): 126–9.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. Nasjonal fagleg retningslinje for utgreiing og behandling av bipolare lidinger. <https://helse.direktoratet.no/retningslinjer/> (Utgitt: November 2012)
4. Gentile S. Lithium in pregnancy: the need to treat, the duty to ensure safety. *Expert Opin Drug Saf* 2012; 11 (3): 425–37.
5. Bergnik V, Kushner SA. Lithium during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2014; 171 (7): 712–5.
6. Micromedex® 2.0 (online). Lithium Citrate (Drug-dex System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 6. september 2016).
7. Schaefer C, Peters P et al., editors. *Drugs during pregnancy and lactation* 2015; 3rd ed.: 322–4.
8. The United Kingdom Teratology Information Service (UKTIS). Lithium in Pregnancy. Version 2. <http://www.toxbase.org/> (Sist oppdatert: Mai 2015).
9. Boyle B, Garne E et al. The changing epidemiology of Ebstein's anomaly and its relationship with maternal mental health conditions: a European registry-based study. *Cardiol Young* 2016; 1–9.
10. Avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset. Läkemedel och fosterpåverkan. Litium. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-amning/> (Sist oppdatert: 21. august 2014).
11. Yacobi S, Ornoy A. Is lithium a real teratogen? What can we conclude from the prospective versus retrospective studies? A review. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2008; 45 (2): 95–106.
12. Van der Lugt NM, van de Maat JS et al. Fetal, neonatal and developmental outcomes of lithium-exposed pregnancies. *Early Hum Dev* 2012; 88 (6): 375–8.
13. Deligiannidis KM, Byatt N et al. Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol* 2014; 34(2): 244–55.
14. NICE (National institute for health and care excellence). Antenatal and postnatal mental health: clinical management and service guidance. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: juni 2015).

SIRI FORSDAHL • cand. pharm, PhD
ELISABET NORDMO • seniorrådgiver, cand. pharm