

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

7 2016
ÅRGANG 45

Gisle Roksund:

Mann for sine meninger

Samhandling og kommunikasjon mellom
primær- og spesialisthelsetjenesten

Møte med den papirløse pasient

Primærmedisinsk uke 2016

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

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

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: Fra reform til samhandling

Anne Grethe Olsen

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Mann for sine meninger

Gisle Roksund intervjuet av Tom Sundar og Mona Søndena

8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Førerkort. Helsekrav og saksgang – hva skjer?

Inger Williams

12 Møtet med den papirløse pasient – en etisk analyse

Andrea Melberg, Kristine Husøy Onarheim, Esperanza Diaz og Ingrid Miljeteig

16 Kommunikasjon og samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten – erfaringer og ønsker blant fastleger og sykehusleger

Aina Gundersen Langørgen, Anne Laue, Rolf Tande og Gunnar Tschudi Bondevik

24 Fire år med samhandlingsreform – og hva så?

Jan Emil Kristoffersen

28 Veileder for sykmelding

– støtte til å ta fornuftige beslutninger

Thea Steinert

32 Medisinalberetningene og distriktslegenes innsats i det offentlige helsearbeidet

Per Rogne

38 VESTFOLD 1984–2014

Legedekning og kommunale legeoppgaver

Hans Knut Otterstad

42 PRIMÆRMEDISINSK UKE 2016

En ukes seilas kom vel i havn

Lisbeth Homlong

44 Prisvinnere PMU 2016

47 Abstracts

52 Plutselig vanskelig å prate, smile eller løfte armene? – Det kan være hjerneslag

Bjørnar Alexander Andreassen og Jan Magne Linnsund

54 FASTE SPALTER

INNPOSTEN 54

LYRIKKSTAFETTEN 55

Fra reform til samhandling

Samhandlingsreformen ble innført i januar 2012, og har snart fem-års jubileum. I løpet av 2016 er det kommet flere rapporter om og evalueringer av samhandlingsreformen blant annet fra Riksrevisjonen, Statens helsetilsyn og Norges forskningsråd. Reformens intensjon var ikke bare å bedre samhandlingen mellom tjenestenivåene, men også å bedre kvaliteten på tjenestene. Riksrevisjonens undersøkelse av ressursutnyttelse og kvalitet i helsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen viser at kommunene i liten grad har økt kapasiteten eller styrket kompetansen i tjenestetilbudene. Verken kommuner eller sykehus mener de mottar de pasientopplysningene de trenger for å legge til rette for god behandling og oppfølging, og kvaliteten på informasjonen ansees ikke som god nok for noen av partene. Kommunale akutte døgnenger (KAD-senger) benyttes ikke som planlagt og fører derfor ikke til redusert forbruk av spesialisthelsetjenester i den grad man hadde ønsket.

Statens helsetilsyns rapport om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene er basert på tilsyn gjennomført i 19 helseforetak og 37 kommuner i 2015. I 36 av disse tilsynene konkluderte fylkesmennene med lovbrudd, mens det i 23 tilsyn ble påpekt klare forbedringsområder. I noen av tilsynene ble det konkludert med både lovbrudd og forbedringsområder. Tilsynet avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem og alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Alle virksomhetene hadde inngått samarbeidsavtaler og avtalt retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter, men tilsynet viste at i mange av virksomhetene var avtalene ikke godt implementert eller de ble ikke fulgt i praksis.

Tilsynet viste svikt både ved utskrivning fra sykehus og ved mottak i kommune. Når avtalte retningslinjer ikke var implementert, var det uklart for de ansatte hva de kunne forvente seg av samhandlende virksomhet. Det var da heller ikke

klart hva som var avvik og hva som burde rapporteres. Helsetilsynet oppfordrer virksomhetenes ledelse til å gjennomgå sitt styringssystem for å sikre praksis og forbygge svikt i egen tjenesteutøvelse. Ledere må ta utgangspunkt i egen virksomhet, men rapporten vil kunne gi nyttig oversikt over hva som har sviktet i virksomheter hvor fylkesmannen har konkludert med behov for forbedring.

Norges forskningsråds evaluering av samhandlingsreformen peker på mange av de samme utfordringene. Samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner er ikke blitt de gode verktøyene de kunne ha vært. Kommunene opplever ikke endret styrkeforhold og økt likeverd i samarbeidet. Noe av dette forklares med at det fortsatt er sykehuslegene som har definisjonsmakten i vurderinger av og beslutningen om en pasient er utskrivningsklar, mens medisinsk kompetanse på kommunesiden ofte ikke blir involvert i slike beslutninger. Utskrivningsklare pasienter skaper størst uenighet, og disse uenighetene havner oftest i tvisteløsningsnemnden. Liggetiden i sykehus har gått ned, men samtidig har antall innleggelser økt betydelig, noe som ikke var tilsiktet. Det er også usikkerhet rundt hvorvidt pasientforløpene er blitt mere helhetlige eller om de heller er blitt mer oppstykkede, med behandlingstilbud på mange forskjellige nivåer. Folkehelsearbeidet har derimot skutt fart og fått et mer tverrsektorielt preg, og arbeidet har fått mer legitimitet og gjennomslag i sektorer utenom helse, samt at det er blitt tydeligere organisatorisk forankret.

Forskningsrådets rapport konkluderer med at fire områder nå bør vies særlig oppmerksomhet; *samarbeidsavtalene, fastlegenes rolle*, herunder vektlegging av kommunenes særskilte kompetanse i helse spørsmål, hensynet til *brukermedvirkning* for å skape mer helhetlige pasientforløp og bedre utnyttelse av *digital teknologi* i pasientkonsultasjoner. Det er ikke vanskelig å gi sin tilslutning til at disse områdene bør prioriteres. Innholdet i samarbeidsavtalene er fortsatt ukjent for mange leger, både i primærhelsetjenesten

og i spesialisthelsetjenesten, dette til tross for at legene er pålagt flere oppgaver i stort sett alle avtalene. Det er helseforetakenes og kommunenes ansvar å se til at legene får nødvendig kunnskap om innholdet i samarbeidsavtalene og å legge tilrette for at det er mulig å følge opp forpliktelsene i avtalene. Så er det vår – legenes – jobb å gi våre tjenester best mulig kvalitet; behandling, henvisninger, epikriser, kompetanseoverføring, pasientinformasjon og annet legearbeid.

Fastlegene har en definert rolle for hver enkelt pasient på sin liste, men fastlegens rolle i kommunen og i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, er ikke så godt avklart. Det er viktig for pasientene at fastlegene har et godt samarbeid med sykehuslegene, og at fastlegen ivaretar pasientens interesser vis-à-vis både kommunen og spesialisthelsetjenesten. Den faglige kompetansen som fastlegen har om pasientene på sin liste er unik og viktig, både ved tildeling av kommunale tjenester og ved behandling og oppfølging i spesialisthelsetjenesten. Det er denne kompetansen som bør gjøre samarbeidet med fastlegen ettertraktet, og som også fastlegen selv må skjønne betydningen av.

Brukermedvirkning og pasientens rolle i samhandlingen mellom tjenestenivåene er også et område å jobbe videre med. Pasientene er en dårlig utnyttet ressurs i samhandlingen. Informasjonen og kompetansen de bærer med seg mellom tjenestenivåene er verdifull og bør benyttes. Pasientene har ikke bare rett til å få informasjon om sin egen helsetilstand og behandling, de har også rett til å bli hørt på alle nivåer i behandlingsskjeden. Kanskje pasientforløpene hadde blitt litt enklere og litt bedre hvis pasienten hadde blitt hørt oftere underveis i forløpet?

Bedre utnyttelse av digital teknologi i pasientkonsultasjonene er også anbefalt. Ja takk, men hvorfor går det så lang tid fra utprøving av digitale løsninger til de er tilgjengelige for behandlere og pasienter? Landet vårt med sine lange avstander, mange lokalsykehus og mange små og perifere kommuner burde ha langt bedre tilgang på digital teknologi i pasientbehandlingen enn det vi har i dag. At dette blir et prioritert område støttes derfor.

Er vi klare til å gå videre fra samhandlingsreform til mere og bedre samhandling, eller må det jobbes litt mer med forbedringsområdene først?

ANNE GRETHE OLSEN

Mann for sine

Gisle Roksund ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR OG MONA SØNDENÅ

Folk som har sparret mot Gisle Roksund i en frisk debatt kan bevitne at han har ordet i sin makt. Den tidligere legeforeningsbautaen er fortsatt en markant stemme og meningsbærer for fastlegekorpset. De siste årene har han dessuten finslipt sitt talent som skribent og folkeopplyser. Via sosiale medier blir hans petit-artikler i lokalavisa Varden delt med store lezerskarer.

– Jeg vet ikke om jeg skal skrive om fastlegeordningen eller om forakt for pasientene, sier Roksund når vi spør om hans siste skriveprosjekter. Men én ting er åpenbart: Han har mye å meddele. Det betyr han idet vi begir oss inn i Legenes hus i Oslo. Ute er det sterke høstfarger, men inne på møterommet Refsum er det ikke annet å la blikket hvile på enn innredningen – samt et maleri på veggen som fremstiller en av medisinsens store menn.

– Jeg husker ham fra min studietid, smiler Roksund og nikker mot portrettet av professor Sigvald Refsum (1907–91). – Han var en autoritet, en fagmann til fingerspissene,

men også en som satte pasientene først.

Kanskje er den beskrivelsen vel så treffende for *Utpostens* intervjuobjekt? Det som er sikkert er at også han hører hjemme i Legenes hus, som var hans arbeidssted i den perioden han var leder for NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin) og senere NEA (Norsk forening for allmennmedisin) i 2003–11.

– Det er alltid inspirerende å komme hit, og så må jeg si at jeg er stolt over å være en del av en organisasjon som setter faget like høyt som fagforeningsarbeidet. Den faglige aktiviteten i Legeforeningen er flott, ja imponerende. Den må vi ta vare på og videreutvikle!



meninger

Dersom fastlegeordningen skal bestå må den styrkes betraktelig i de nærmeste årene, understreker Gisle Roksund.

Fastlegeordning i stabilt sideleie

I årene han var foreningsleder, ukependlet Roksund mellom hjemstedet Siljan i Telemark og Oslo, men én dag i uka skjøttet han sin fastlegepraksis ved Klosterhagen legesenter i Skien. Fortsatt er han mye på farten; han deltar på kongresser, kurs og seminarer i inn- og utland. Engasjementet er det ikke noe å si på. Som da han tidligere i høst tok turen til Tromsø for å være med på jubileumsseminar i anledning av at fastlegeordningen er 15 år. Og med dette er vi inne på dagens første samtaleemne: status for fastlegeordningen.

– I Tromsø fikk vi belyst historikken og intensjonene bak fastlegeordningen så vel som retningen vi går i. En av møtedeltakerne, Tom Christiansen – som var prosjektleder for innføringen av fastlegeordningen – kom med klar melding om at avtaleverket ikke er godt nok utnyttet og at fastlegeordningen ikke har fulgt med i utviklingen i helsetjenesten. Mens spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester vokser, har fastlegeordningen – til tross for nye oppdrag i forbindelse med samhandlingsreformen og økte forventninger hos publikum – ikke hatt tilsvarende vekst. Sant å si ligger fastlegeordningen i stabilt sideleie. Det er bekymringsfullt. Hvis det ikke skjer noe i løpet av fem års tid, er det flere enn jeg som frykter at ordningen rårner på rot, sier Roksund.

Han går i rette med sentrale helsemyndigheter som han mener ikke tar faresignalene på alvor. Heller ikke kommunene ser de mørke skyene i horisonten: – Når Legeforeningen tar til orde for å styrke fastlegeordningen, er responsen laber. Allerede i 2009 påpekte vi i statusrapporten *Tillit – trygghet – tilgjengelighet* at det var behov for vekst og for å etablere større legesentra



med flere profesjoner. Andre aktører har sagt det samme, men dette blir ikke fulgt opp av myndighetene.

UTPOSTEN: Hvorfor er det avgjørende å få vekst i fastlegeordningen?

– Spesialisthelsetjenestens totaltilbud vokser og det blir flere organspesialister. Samtidig skal jo fastlegene ha en medisinsk-faglig koordinerende rolle i primærhelsetjenesten, men uten vekst vil det bli for mye arbeid på den enkelte. Fastlegene er helt sentrale i dette bildet. 'Gullet' i fastlegeordningen er kontinuiteten i lege-pasient-forholdet. Dette må fremmes! Det er dette våre utenlandske kolleger peker på når de gir honnør til det norske helsesystemet. Internasjonal forskning viser at varigheten av lege-pasient-forholdet påvirker

for eksempel henvisningsratene til annenlinjetjenesten: Leger som kjenner sine pasienter og er trygge i sin rolle, henviser mindre. Det gir lavere forbruk av spesialisthelsetjenester, og det er noe som helsemyndighetene bør interessere seg for!

Folk må ha en 'dokter'

Roksund er kritisk til departementets og primærhelsemeldingens forslag om å etablere såkalte primærhelseteam i framtida. Hans skepsis skyldes ikke manglende tro på teamarbeid; den beror på farene ved silotenkning – og på at fastlegene skal få for liten tid til sine primær oppgaver: diagnostikk og behandling.

– Vi har mange samarbeidsarenaer allerede: ansvarsgrupper, dialogmøter, møter



Gisle Roksund i gemyttlig samtale med Utpostens Mona Søndena på taket av Legenes hus i Oslo.

med skole og barnevern og så videre. Når pasientene har sammensatte problemstillinger og livsproblemer knyttet til for eksempel økonomi og arbeidsløshet, skal vi selvsagt samarbeide med sosionomer og psykologer og andre. Og at det er fornuftig å få sykepleiere inn i legekantorene, tror jeg så gjerne. Det jeg er skeptisk til, er en diagnoseorientert tilnærming der sykepleiere skal ta hånd om KOLS, diabetes og hypertensjon. Man snakker allerede om KOLS-sykepleiere og diabetessykepleiere. Teamtenkning er en god ting, men det er legene som må lede og koordinere det medisinske arbeidet.

– Mitt andre poeng er at fastlegene ikke bare skal være koordinatorene. Vi skal ha tid til å være doktre! Vår jobb er å diagnostisere, utrede og behandle. Og så skal det være enkelt for folk å komme til legen! Tilgjengeligheten til en personlig lege er noe av det som betyr mest for folk, men hvis vi skal organisere oss i team som innebærer at vi får glava-lag av fagfolk mellom pasientene og dokterne, ja så roter vi oss bort, sier han.

UTPOSTEN: Hva må til for å trygge kontinuiteten i fastlegerollen?

– Det er en utfordring. Jeg registrerer slitasje i fastlegekorpsset, likevel ser jeg ingen

alternative og bedre måter å organisere allmennlegetjenesten på, enn vår fastlegeordning. Den må bestå, den er et udelte gode. Så må vi selvsagt forbedre ordningen, og da er spørsmålet: Hvordan få unge leger til å bli? Jeg opplever stor interesse for allmennmedisin blant medisinstudenter og turnusleger, men samtidig hører jeg unge allmennleger si: Hvor lenge orker jeg å stå i dette? Dagens unge vil ikke jobbe like mye som vi eldre har gjort, de er opptatt av familieforpliktelser og de er ikke like villige som min generasjon til å ta opp lån og kjøpe seg praksiser. Dette er en virkelighet vi må ta inn over oss, fastslår 65-åringen med alvor i blikket.

Han legger inn en kort kunstpause før han hever stemmen: – Derfor er det rett og slett ubegripelig at våre myndigheter ikke går inn for å opprette utdanningsstillinger i allmennmedisin. Dette som både Legeforeningen og fagmiljøene har arbeidet for i så mange år! Myndighetene virker uinteressert og skyver i stedet ansvaret over på kommunene. Det er en *laissez-faire*-holdning. Det norsk allmennmedisin trenger, er en stimulerende ordning for å få på plass utdanningsstillinger slik at unge leger kan komme inn og snuse på faget, uten å måtte ta opp lån for å kjøpe seg inn i en praksis.

– På samme måte skjønner jeg ikke med

min beste vilje at myndighetene ikke har villet støtte forskning på allmennmedisins premisser. Masse av kunnskapsgrunnlaget vårt er basert på forskning som ikke er relevant for oss fordi forskningen er gjort på andre populasjoner enn våre uselekterte pasientgrupper. Legeforeningen har etablert forskningsfond for flere år siden, men myndighetene har ikke gitt midler slik forutsetningen var. Det er ren unnfallenhet, sier Gisle Roksund.

Å leve med usikkerhet

Han var primus motor i arbeidet med å etablere Klosterhagen legesenter i Skien i 2001, samme år som fastlegeordningen ble innført. På mange måter var dette en oppfyllelse av idealer: Fem leger valgte hverandre, de startet fra scratch, drøftet verdier og praksisprofil, ansatte medarbeidere og fikk på plass utstyr, rutiner og prosedyrer. Erfaringene fra prosessen meddelte Roksund i boka *Fastlegen* (Universitetsforlaget) som kom i 2002 og som han var redaktør for. Boka formidlet praktiske råd for etablering og drift av allmennlegekontorer.

I dag har Klosterhagen legesenter seks fastleger som alle er spesialister i allmennmedisin. De holder regelmessige personalmøter og legemøter og én gang i året har de seminar fra fredag til lørdag. Da reiser legene og medarbeiderne bort og snakker sammen – om hvordan de har det og hvordan de tar det og hva som må til for å skape en god arbeidskultur på legesenteret.

UTPOSTEN: Er du tilfreds med hvordan fastlegeordningen fungerer ved legesenteret?

– EPJ og elektronisk kommunikasjon har lettet rutinearbeidet på mange områder og det er bra. Men jeg opplever at vi får stadig mer for- og etterarbeid. Mange av legene er på plass på kontoret klokka sju om morran – og holder gjerne på til seks om kvelden. De fleste av oss har 10 timers arbeidsdager, trass i at vi har redusert listene. Da vi startet opp for 15 år siden hadde vi 7500 listepasienter fordelt på fem leger. Nå er vi seks leger med 5800 pasienter og vi jobber mer enn noensinne. Selv for en entusiast som meg blir det for mye i lengda!

UTPOSTEN: Er det arbeidsmengden som skremmer mange unge kolleger fra å bli fastleger?

– Den samlede arbeidsmengden er én side av saken; man kan ikke komme klokka åtte og gå klokka fire, som man ofte kan gjøre i en sykehusturnus. Da blir bare arbeidet liggende til neste dag. En like viktig faktor er fagets innhold, forventninger hos

myndigheter og pasienter samt krav til breddekompetanse – herunder krav om å ta beslutninger under usikkerhet. Jeg tror mange opplever det som personlig krevende å leve med denne usikkerheten: Å erkjenne at «Jeg tok ikke den CT'en fordi jeg faglig sett mener det var unødvendig» og samtidig tenke «Hva om jeg overser noe her?» – ja, det er et dilemma som kan skape usikkerhet og fører oss over i en «forsiktighetsmedisin».

UTPOSTEN: Hvilket råd vil du gi til unge allmennleger her?

– Som leger har vi alle erfart å ligge våken om natta og tenke på hvordan det gikk med våre pasienter; og lurt på om vi skulle gjort tingene annerledes. Dette er en del av den usikkerheten vi må leve med. Jeg tror det er viktig å sette ord på dette, for usikkerhet er en del av faget vi utøver.

Hva vet de egentlig om oss?

Lenge før fastlegeordningen og samhandlingsreformen var Gisle Roksund opptatt av kvalitet i allmennlegetjenesten og av arbeidsdelingen mellom første- og annenlinjetjenesten. En personlig opplevelse skulle bli avgjørende for at han engasjerte seg i dette arbeidsfeltet. Han forteller fra den tiden han var ung distriktslege i Hardanger og hans datter – i spedbarnsalder – ble behandlet for hofteleddsdysplasi. Hun ble lagt på ryggen i en seng på Hagavik kysthospital, med beina i strekk i åtte uker – før hun ble operert og fikk en svær hoftegips. Mens hun lå i gips flyttet den unge familien til Østlandet. Da de så kom til kontroll ved et nytt sykehus, sa ortopedien: «Har hun virkelig ligget i strekk i åtte uker? Her tar vi bare og opererer dem!».

– Da tenkte jeg: Hva i all verden betyr dette? Her har vi vært gjennom en kjempepåkjenning med et barn bundet til sykehussenga i åtte uker, og så sier en overlege at det ikke var nødvendig! For meg ble det en vekker om en utrolig ulik behandlingsform øst og vest for langfjella. Da jeg senere satt som kommunelege i Siljan og stadig vekk fikk rundskriv fra sykehuset med beskjed til allmennlegene om å gjøre ditt og gjøre datt, så tenkte jeg: Hva vet egentlig sykehuslegene om hvordan vi jobber?

Roksund kom i kontakt med andre kolleger som hadde stilt akkurat de samme spørsmålene. I 1988 tok han og tre andre allmennleger i Telemark initiativ til å danne en prosedyregruppe. De avtalte fagmøter med sykehuset for å drøfte samarbeidsformer og henvisningspraksis, så begynte de å skrive prosedyrer og noen år senere gikk de i gang med prosedyrekurs i regi av Telemark legeforening. Gruppen holder på den dag i dag; de samarbeider med sykehusspesialister og praksiskonsumlenter, arrangerer kurs i spesialistutdanningen og rekrutterer unge leger inn i dette arbeidet.

– Vi involverer både allmennleger og leger fra spesialisthelsetjenesten, slik at vi får gode faglige møteplasser og kursarenaer, understreker Roksund. Siden 2011 har han selv vært praksiskoordinator ved Sykehuset Telemark; en funksjon han mener er avgjørende for å sikre sam-

handlingen mellom første- og annenlinjetjenesten.

Han mener også å registrere en holdningsendring i sykehusene de 10–15 siste årene: Han sikter til at det er blitt lettere å legge inn pasienter eller sende dem til en vurdering enn da han som ung lege nærmest ble forhørt av overlegene i den andre enden av telefonlinja. Han minnes en gang han – da han hadde rukket å bli en mer erfaren allmennlege – ble irettesatt av en sykehuslege fordi han la inn to pasienter med en times mellomrom. Da dro han sporenstreks til sykehuset, oppsøkte vedkommende lege i mottaket og stilte ham til veggs: «Din jypling, du aner ikke hvordan det er å jobbe der ute! Hva er det du tillater deg?», lød reprimanden fra doktor Roksund.

Likeverdige samarbeidspartnere

En annen episode han erindrer, dog med blandede følelser, var den gangen han skulle legge inn en alvorlig syk, 28 år gammel kvinne. Hun lå hjemme med subaraknoidalblødning – en diagnose han ikke var i tvil om og som senere ble verifisert – og han ringte vakthavende nevrolog seint på kvelden. Nevrologen sa: «Vi kommer ikke til å gjøre noe med pasienten nå, så du kan vente til i morgen med å sende henne.»

Usikkerhet er en ubehagelig del av faget og yrket vi utøver, men det kan vi lære å leve med, sier Roksund.

– Og jeg da, mitt dumme naut... Jeg lystret denne overlegen og lot være å legge pasienten inn der og da. Det gikk heldigvis bra, men seinere har jeg angra på at jeg ikke insisterte – for pasientens skyld. Den tryggheten hadde hun fortjent!

UTPOSTEN: Hva må til for at allmennleger og sykehusleger skal bli mer likeverdige i samhandlingen rundt pasientene?

– Vanskelig spørsmål. Det er jo slik at fastlegeordningen og fastlegene 'snakkes fram' både fra politisk hold og i sykehusadministrasjonene. Men akkurat hva sykehuskollegene tenker, føler og snakker om seg i mellom, er jeg usikker på. Jeg er redd for en utvikling – slik vi ser tendenser til nå – der sykehusleger i mindre grad enn før har praksis og erfaring fra primærhelsetjenesten. Jeg frykter «sykehusghettoer» hvor legene utvikler sin egen sjargong og sin egen kultur som er nokså forskjellig fra den virkeligheten allmennlegene står i. Dersom man ikke erfarer noe av den usikkerheten vi har snakket om, og dersom man ikke

aner hvordan primærhelsetjenesten fungerer og heller ikke har mulighet til å hospitere, ja så kan man heller ikke forstå allmennlegenes arbeidssituasjon. Likeverdig samarbeid forutsetter at den ene part vet hva den andre gjør. For legene betyr dette i praksis at man har mulighet for å delta i hospiterings- og vikarordninger. Men viktigst av alt, tror jeg, er at vi har rammebetingelser og læringsarenaer som gjør det mulig å arbeide med kvalitet og fagutvikling.

UTPOSTEN: Også samarbeidet mellom fastlegene og kommunene varierer fra sted til sted. Hvordan kan det bli bedre?

– For det første: Jeg mener det enkelte legekontor må bli avtalepartner med kommunen, på lik linje med den enkelte fastlege. Dette fordi det er kontoret som sådan som skal yte tjenester til befolkningen – ikke geografisk, men via listesystemet. En slik avtale bør regulere tilgjengelighet, ventetid og andre forhold som går på hvordan kontoret skal betjene sin populasjon. For

det annet: Kommuneoverlegen må vise interesse for fastlegene og følge dem opp gjennom besøk på kontoret – minimum én gang i året. Dette for å få en dialog om hvordan kontoret fungerer og hvordan man opplever samarbeidet med kommunale tjenester. Hos oss ville vi ha jublet over den typen kontakt. Dessverre opplever altfor mange fastleger at kommunen, og kommuneoverlegen, er fraværende.

UTPOSTEN: Hva tror du om kommunen som organisator?

– Ehhh..., kommer samtals lengste sukk fra intervjuobjektet: – Dette varierer jo veldig fra kommune til kommune. Noen steder gjør man masse, andre steder så å si ingenting. Der hvor det finnes 'stayere' – altså allmennleger og kommuneleger som virkelig vil noe – kan man utrette mye. Men selv i velorganiserte kommuner ser vi oftere enn før at man ikke får kvalifiserte søkere til fastlegehjemplene. Det handler om den totale pakka som fastlegene må inn i – og det breie ansvaret og de rammebetingel-

sene som finnes. Vi ser også klare forskjeller mellom by og land: I de større byene er varigheten av lege-pasient-forholdet i snitt 8,5 år mens den er 3,5 år i distriktene. Enkelt sagt er det langt kortere turnover i distriktene – og her ligger det utfordringer.

Formidling og folkeopplysning

Når han ikke driver med faglige sysler, prioriterer Roksund familien og barnebarna og hyttelivet. Han er glad i å være ute, gå på ski og ferdes i fjellet. Men en ting vi ikke kommer utenom er hans ferdigheter som klarinettist. Han har 'bestandig' spilt i korps i Siljan og er fortsatt aktiv i en swing-jazzgruppe. Det blir sagt at mannen bruker klarinetten for å skape engasjement, også i faglig sammenheng. Sist sommer spilte han på Wonca-kongressen i København til stor begeistring for deltakerne. Under fastlegeaksjonen for fire år siden vant han mange legehjerter da han spilte inn *Godnattvisen til noen som har tatt for mye Möller's Tran* – sammen med kollegene Elisabeth Juvkam (vokal), Gisle Schmidt (trompet) og Torfinn Kleive (keyboard). Den protest-visa kan fortsatt lastes ned fra YouTube.

Etter at han trappet ned som fagforeningsmann, har han viet desto mer av sin tid til å skrive. Han har vært spaltist i telemarksavisa *Varden* i sju år, i tillegg signerer han med jevne mellomrom innlegg og kronikker i *Dagens Medisin*, *Aftenposten* – og for ikke å glemme *Utposten*. Roksund leverer også bidrag til ulike tidsskrift og fora, blant annet har han nylig vært med på å utarbeide NFAs policydokument om overdiagnostikk og overbehandling.

UTPOSTEN: Hva er det du liker med å formidle og skrive?

– Det er moro å skrive. Som fastleger har vi et enormt tilfang av informasjon, gjennom vår direkte kontakt med befolkningen. Vi snakker med allslags folk, med ekte mennesker – høye og lave, tykke og tynne, rike og fattige, sjuke og friske – om hvordan de har det og hvordan de tar det. Over tid kommer vi under huden på folk. Vi har mye å meddele!

Fastlege Roksund verdsetter den gode pasientsamtalen. Den legger han gjerne til tampen av dagen; det er da han har tid til rådighet og kan lene seg tilbake i kontorstolen og lytte til hva folk har å si. Og hva angår skrivning, minner han oss om hva medisinenes mentorer og professorer alltid har sagt: «Skriv ditt fag!». Med en far som var lektor, språkmann, lokalpolitiker og organisasjonsmann, var skrivning dessuten en del av oppdragelsen.



De gode pasientsamtalene er en kilde til inspirasjon i skrivearbeidet sier skribenten Roksund.

Som formidler og folkeopplyser blir han lest og hørt. Hans essayer og petit-artikler omhandler alt fra livets motbakker til sosiale ulikheter og sykeliggjøring – og de har høstet inntil 70 000 oppslag på nettet. I fjor oppnådde han 250 000 visninger av et innlegg i *Aftenposten* med kronikken *Sorg blir depresjon. Maur i rompa blir ADHD. Sje-nanse blir sosial angst. Moderne psykiatri er i krise*. Der tok han et oppgjør med tendensen til overdiagnostikk i psykiatrien.

– Med de unike mulighetene som finnes for å dele gjennom sosiale medier, er det ekstra givende å formidle. I *Varden* har jeg opplevd å få 80 000 delinger av en sak jeg skrev om slitenhetsepidemien, relatert til krav om perfektjonisme og prestasjonsjag. Når jeg skriver, får jeg mange tilbakemeldinger – ofte rørende ord – og mine pasienter kommer ofte med tips til meg. Det er tegn på at det jeg skriver treffer folk hjemme, sier Gisle Roksund.

Skriveteknikk har han lært seg med åre-

ne. Det begynte med fag; med prosedyrer, rapporter og høringsuttalelser, men etter hvert skjønnte han at han hadde grepet på andre formidlingssjangere som kommentarartikler, refleksjoner og kronikker – og han begynte å skrive for et bredere publikum.

UTPOSTEN: Er det stor forskjell på å skrive for leger og 'folk flest'?

– Egentlig ikke. Å skrive handler om å dele erfaringer og kunnskap, og bruke ord som folk skjønner – og gjøre et budskap 'enkelt nok'. Å kunne prate med folk slik vi fastleger gjør, i fortrolige samtaler i et lukket rom, og høre om folks tanker og skjebner og evner og muligheter til å gjøre noe med livet sitt – ja, det er en utømmelig kilde til inspirasjon. Det gir meg umåtelig respekt for dem som har det vanskelig og som står til knes i problemer, men likevel holder seg oppreist.

– Det vil jeg formidle!

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 doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Fører kort

helsekrav og saksgang – hva skjer?

■ INGER WILLIAMS • Stedfortredende fylkeslege, Sør-Trøndelag

Fra 1. oktober i år gjelder et nytt vedlegg til førerkortforskriften angående helsekrav. Revisjonen av forskriften kommer på grunn av ny medisinsk kunnskap og tilpassing til reglene i EU. Det er også tilstrebet at saksgangen skal bli enklere for publikum.

Tidligere var det slik at åpningen for å få dispensasjon når helsekravene ikke var oppfylt var vid. Fylkesmennene mottok årlig rundt 18000 søknader om dispensasjon fra helsekravene. Størsteparten av disse fikk innvilget dispensasjon. Søknadsprosessen ble oppfattet som tidkrevende og unødvendig byråkratisk. Den nye forskriften har derfor tatt høyde for dette slik at de som tidligere ville fått innvilget dispensasjon, nå fyller helsekravene, men tidsbegrenset og med spesiell oppfølging fra sin lege. En tenker også at dette på en bedre måte vil sikre likebehandling.

Fastlegen får, som tidligere, en viktig rolle i førerkortsaker. Forskjellen er nå at legen har fått en større avgjørelsesmyndighet. Legen skal vurdere om pasients helsetilstand har konsekvenser for trafikksikkerheten. Regelverket rundt dette er godt beskrevet i forskriften og helsedirektoratets veileder, som er en ytterligere tolkning av forskriften. Begge disse dokumentene finnes på Helsedirektoratets hjemmeside om førerkort: <https://helsedirektoratet.no/foererkort>. I denne artikkelen vil jeg derfor ta opp hovedlinjene og si noe litt om saksgang på bakgrunn av ofte stilte spørsmål til fylkesmannen. Fylkesmannen er som tidligere tilgjengelig for spørsmål.

For noen pasienter blir helsekravene innskjerpet

DIABETES: For sjåfører med diabetes blir regelverket noe strengere enn før. De nye reglene skjerper kravet til oppfølging av diabetespasienter som har hatt anfall av alvorlig hypoglykemi. Anfall av alvorlig

hypoglykemi betyr at anfallet er så kraftig at det medfører behov for bistand fra andre.

LEGEMIDLER: Det har blitt en innstramning både når det gjelder grupper legemidler som kan benyttes i forbindelse med bilkjøring og dose og antall medikamenter som kan benyttes. Dette er beskrevet både i forskrift og veileder.

SØVN: Nesten hvert femte dødsfall i trafikken skyldes at sjåføren har falt i søvn. Noen pasienter med søvnapné eller narkolepsi er mer utsatt for dette. De dette gjelder må derfor vurderes av spesialist for å bestemme om de oppfyller helsekravene. Det er fastlegene som skal vurdere når henvisning til spesialistbehandling er nødvendig.

KOLS: For pasienter med respirasjonssvikt (først og fremst pasienter med alvorlig kols), er det nå krav til lungefunksjon som fastlegen eller spesialist kan måle og vurdere.

KOGNITIVE FUNKSJONER: Legene skal på en mer enhetlig måte undersøke søkerens evne til å tenke og reagere i trafikken

Spesielt for tyngre kjøretøy: Regelverket er innskjerpet som for eksempel enøyde og klasse 2 og 3. De som bruker medikamenter som kan gi hypoglykemi kan nå ikke få kjøreseddel for buss. Dispensasjonsmuligheten vil her etter hvert falle helt bort.

Meldeplikt

Helsepersonellovens §34 om meldeplikt er fortsatt gjeldende slik at dersom du har en pasient du mener ikke fyller helsekravene,

har du plikt til å sende melding til fylkesmannen. Fylkesmannen vil da vurdere opplysningene og evt. sende melding til politiet om at det anbefales at førerkortet inndras.

Dette gjelder imidlertid ikke dersom du mener pasienten vil fylle helsekravene igjen før det har gått seks måneder. Optikere og psykologer har også samme meldeplikt.

Det er viktig å presisere at legen er å betrakte som sakkyndig til vegmyndighetene ved vurdering av helsekravene og utfylling av helseattest. Legen har da en seleksjonsrolle og ikke en behandlerrolle.

Politiets rolle; inndragning – tilbakelevering

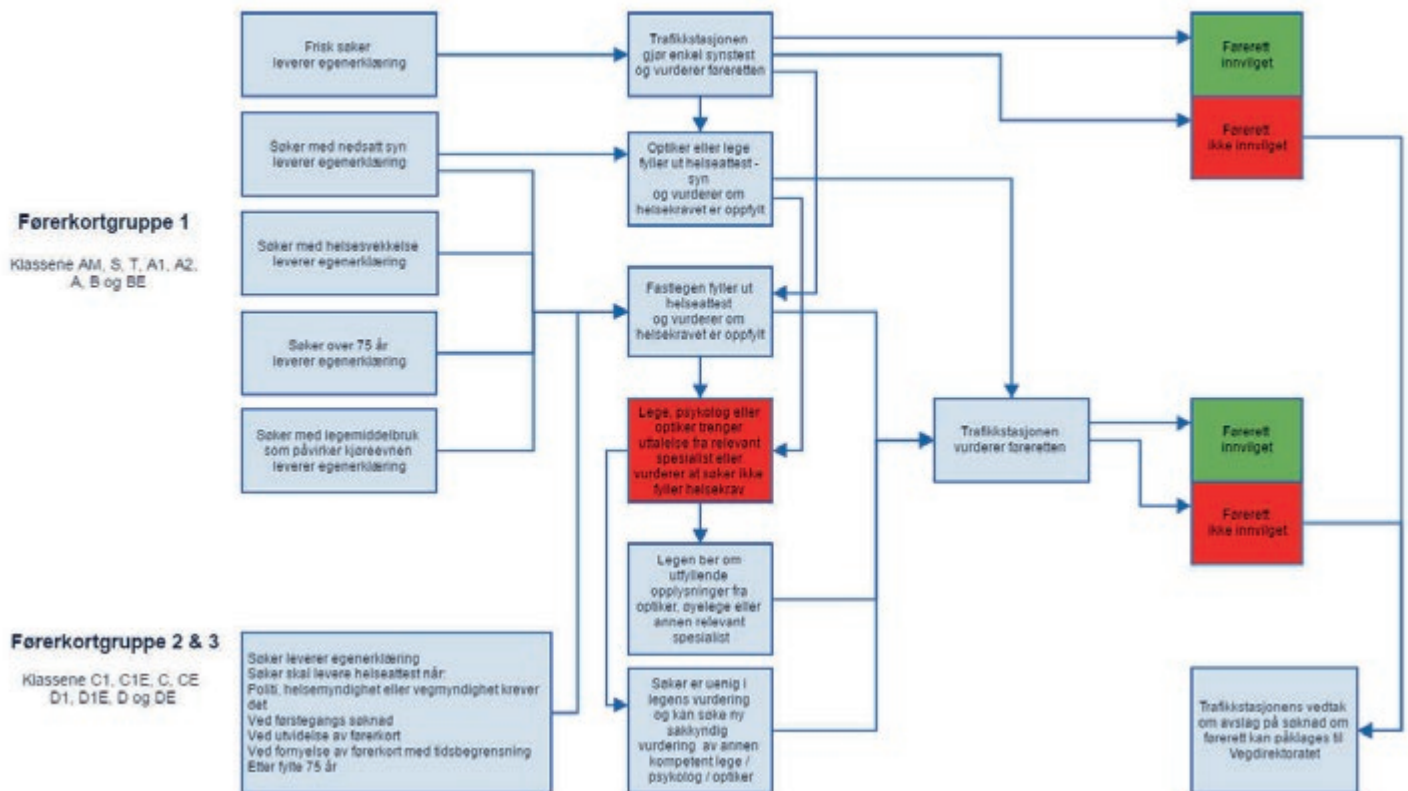
Politiet vil gjøre inndragning der de får melding fra fylkesmannen om ikke oppfylte helsekrav. Politiet kan inndra førerkortet også uavhengig av melding fra fylkesmannen. Når politiet finner skjellig grunn til å tro at helsekrav ikke er oppfylt, herunder misbruk av alkohol eller andre midler som kan påvirke kjøreevnen, kan førerkortet inndras. Når helsekrav igjen vurderes oppfylt, skal gyldig helseattest legges fram for politiet. Politiet vil da normalt oversende helseattesten til trafikkstasjonen som kan skrive ut nytt førerkort (FIGUR 1).

Egenerklæring

For førerkortgruppe 1 er det tilstrekkelig med egenerklæring om helse når man ikke har spesielle helsesvekkelser. Dersom man har helsesvekkelser skal man gå til lege og få helseattest – altså dersom man svarer ja på et av spørsmålene 3–17. Når egenerklæring er tilstrekkelig vil det bli foretatt synstest på trafikkstasjonen.

Ny helseattest

Helsedirektoratet har utarbeidet ny helseattest som skal tas i bruk av alle leger fra og



FIGUR 1. Saksgang ved søknad om førerkort.

med 1. oktober 2016. Den nye helseattesten kan ikke være eldre enn tre måneder ved innlevering til trafikkstasjonen.

Helseattest skal fremlegges når politi, helsemyndighet eller vegmyndighet krever det for å kunne vurdere om helsekrav er oppfylt. Helseattest skal også fremlegges når egenerklæringen indikerer helsevekkelse, ved førerkortgruppe 2 og 3, samt etter fylte 75 år.

Helseattesten må ikke være eldre enn tre måneder. For at trafikkstasjonen skal kunne stole på attestene, må atteststeder skrive under på hvert ark, slik at ark ikke kan byttes ut etter at attesten er signert. Det er viktig at denne blir utfylt fullstendig i første omgang. Dersom attesten ikke er tilfredsstillende utfylt, vil trafikkstasjonen levere den tilbake til fører som så må ta den tilbake til legen.

Det skal i konklusjonen angis:

- om det kreves – Helseattest førerett – syn: når atteststedende lege finner at det foreligger svekkelser av synsfunksjoner, sendes pasienten til øyelege eller optiker for vurdering.
- om briller må brukes under kjøring for lette og/eller tunge kjøretøy
- om det er behov for ulike former for hørshjelp
- resultat av kjørevurdering
- dersom legen gir særlige råd for sikker føring av motorvogn, f.eks. at det skal være midler i bilen som sikrer fører mot for lavt blodsukker

Kjørevurdering

I noen tilfeller er kjørevurdering et krav i forskriften, mens andre ganger kan kjørevurdering foretas etter anmodning fra lege hvor anmodning sendes Statens vegvesen via fylkesmannen:

Obligatorisk kjørevurdering der trafikkstasjonen avgjør søknaden om førerett etter gjennomført kjørevurdering: (søker/lege tar direkte kontakt med veitrafikkstasjonen)

- 1 Førerkortgruppe 1 ved dobbeltsyn eller tap av syn på ett øye. Her skal optiker eller lege attestere tilfredsstillende generell synsfunksjon
- 2 Førerkortgruppe 2 og 3 ved nylig oppdaget redusert syn på ett øye. Her skal øyelege attestere tilfredsstillende generell synsfunksjon.

I punkt 1 og 2 vil trafikkstasjon gjennomføre kjøretest og avgjøre om kjøretesten er bestått og vil da utstede førerkort.

- 3 Dersom førerrettssvekkelsen er så stor at helsekravet ikke er oppfylt og tilstanden er stabil skal legen fyller ut helseattesten som søker leverer hos trafikkstasjonen. Trafikkstasjonen avgjør om det er behov for kjørevurdering for å avgjøre om søker får innvilget dispensasjon fra kravet til førerett. Dersom kjørevurderingen er bestått, fatter trafikkstasjonen vedtak der førerett innvilges.

Kjørevurdering etter anmodning fra lege eller optiker: (lege sender anmodning til fylkesmannen)

- Gruppe 1 når krav til syn eller synsfelt ikke er oppfylt. Her skal det alltid være uttalelse fra øyelege.
- Førerrettssvekkelse som en antar er progressiv. Søknad sendes via fylkesmannen. Trafikkstasjonen gir anbefaling.
- Fylkesmannen kan også i andre tilfelle anmode Statens vegvesen om kjørevurdering etter anmodning fra lege som skal utstede helseattest. Det gjelder for eksempel i saker der søker om førerett har kognitiv svikt, en psykisk lidelse eller lignende.

Dispensasjon (helsekrav til førerkort)

Dispensasjon fra helsekravene skal bare gis der det etter en samlet vurdering av helsetilstand og trafikk sikkerhet vil være åpenbart urimelig å avslå en søknad om dispensasjon. Søkernes behov for førerett skal ikke inngå i vurderingen. Søknad om dispensasjon avgjøres av Fylkesmannen på søkerens bosted.

Vedtak om dispensasjon som er truffet etter gammelt regelverk før 1.10.2016, gjelder fram til dispensasjonen løper ut. En slik dispensasjon kan fornyes dersom det foreligger tungtveiende grunner, og en antar at det ikke er en trafikk sikkerhetsrisiko. En slik dispensasjon kan imidlertid ikke ha varighet utover 30.09.2019.

FMSTIWI@FYLKESMANNEN.NO

Møtet med den papirløse

■ ANDREA MELBERG, KRISTINE HUSØY ONARHEIM, ESPERANZA DIAZ, INGRID MILJETEIG

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Den norske immigrasjonsdiskusjonen setter søkelys på hvem som får komme til Norge, og hvordan norske kommuner skal håndtere det økende antall asylsøkere, og asylsøkernes rettigheter. Blant immigranter som er i Norge finner vi gruppen papirløse – eller irregulære – immigranter. Hvilke rettigheter til helsehjelp og helsefinansiering har de?

Gjennom en syv-trinns-modell for upartisk etisk analyse, drøfter vi en konstruert sykehistorie om en papirløs pasient med diabetes type 2 (sukkersyke). Vi diskuterer to etiske dilemma: Bør en sykehusavdeling kreve full egenbetaling ved en akuttinnleggelse? Bør en allmennlege tilby oppfølging og blodsukkerregulerende behandling i primærhelsetjenesten?

I en systematisk analyse tydeliggjør vi hvilke interesser, prinsipper og verdier som står på spill i beslutninger helsepersonell tar i møte med papirløse.

Papirløses helserettigheter

Den norske immigrasjonsdiskusjonen dreier seg om hvem som får komme til Norge og hvordan norske kommuner skal håndtere det økende antall asylsøkere, så vel som deres rettigheter. Blant immigranter som er i Norge finner vi også gruppen papirløse – eller irregulære immigranter. Mennesker som vi kaller papirløse består av asylsøkere med endelig avslag, personer som ikke er registrerte og med utgått visa. Som helsepersonell møter en papirløs pasient i primærhelsetjenesten og på sykehus. Papirløse oppholder seg ulovlig i Norge og har begrensede rettigheter. I Norge er papirløses tilgang på helsetjenester regulert av *Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket* (2011), men ikke alle leger og annet helsepersonell kjenner dette regelverket. Papirløse har rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente». Det kreves full egenbetaling for disse helsetjenestene. Som ansatt i helsevesenet kan det være etisk utfordrende å møte pasienter med behov for, men ikke rett til, helsehjelp og/eller som ikke har mulighet til å betale for de tjenestene de har rett til (Karlsen, 2015).

Artikkelforfatterne har erfaring med ar-

beid med papirløse pasienter som frivillige og som allmennleger som tar imot papirløse pasienter. Dette arbeidet har ført til praktiske og etiske utfordringer: Hvilken diagnostikk, behandling og oppfølging skal pasienten eventuelt få, skal pasienten betale hele eller deler av regningen? Forskning viser at leger har valgt ulike strategier i møte med papirløse (Karlsen, 2015). Noen velger å tilby helsehjelp utover det som papirløse har rett til, enten gjennom frivillige organisasjoner eller på arbeidsplass.

Ved hjelp av en konstruert sykehistorie identifiserer vi to etiske utfordringer. Gjennom en systematisk analyse av handlingsalternativene vil vi tydeliggjøre hvilke interesser, prinsipper og verdier som står på spill i møtene med papirløse og diskutere hva som er mest etisk akseptabelt å gjøre.

En syv-trinns etisk analyse

Etisk analyse brukes for å vurdere løsninger i situasjoner med minst to handlingsalternativ der det ikke er åpenbart hva som er mest riktig å gjøre (Manson, 2012). Vi bruker en modell for upartisk etisk analyse som bygger på Kymlicas etiske kasusanalyse, modifisert av Miljeteig et al. (Miljeteig, 2010, 2013). Metoden ligner analysemodeller brukt i kliniske etikk-komiteer i norske sykehus (Førde, 2012). Gjennom syv nøkkelspørsmål går vi systematisk gjennom relevante aspekter i saken og tydeliggjør berørte parter og konsekvenser av alternative beslutninger. Målet er få frem hva som er viktigst å vektlegge, klargjøre avveininger og foreslå akseptable løsninger. Analysen tar utgangspunkt i dagens lovverk, vi analyserer hverken innholdet eller prosessen som har ledet frem til dagens regelverk.

HOVEDBUDSKAP

Høy egenbetaling er til hinder for realisering av retten til helsehjelp for papirløse. Å kreve full egenbetaling på sykehuset og ikke å tilby behandling i primærhelsetjenesten står i konflikt med de grunnleggende medisinske etiske prinsippene: velgjørenhet, ikke skade og respekt for pasientens autonomi. Helsepersonells autonomi står i konflikt med respekt for regelverket og fellesskapets beslutninger samt finansiering av helsetjenestene.

Med dagens regelverk avhenger papirløse pasienters tilgang til helsetjenester av den enkelte sykehusavdelings eller allmennleges etiske oppfatning samt skjønnsmessige og praktiske forhold. Gitt dagens situasjon med økt immigrasjon til Norge, og signaler om innstramming av asylreglene kan vi anta at flere helsepersonell kommer til å møte denne pasientgruppen. Vi konkluderer med at helsepersonell bør tilstrebe mindre egenbetaling og tilby mer omfattende helsetjenester enn dagens regelverk legger til rette for. Videre oppfordrer vi norske politikere til å drøfte papirløses reelle og lovfestede rett til helsehjelp.

Trinn 1

Hva er dilemmaene og mulige løsninger?

Skal sykehusavdelingen kreve full egenbetaling for akuttinnleggelsen?

- Ja
- Nei

Skal allmennleger tilby videre oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten?

- Nei
- Ja

Trinn 2

Hva er kunnskapsgrunnlaget for de ulike handlingsalternativene?

Vi trenger informasjon om pasientgruppen, aktuelle kostnader og konsekvenser av egenbetaling og prognose for pasient med og uten behandling for den videre analysen.

Pasientgruppen

Ingen vet hvor mange papirløse som oppholder seg i Norge i dag. I en rapport fra 2008 ble det anslått at det var 10 000–30 000 papirløse i Norge (Zhang, 2008). Be-

pasient – en etisk analyse



ILLUSTRASJONSFOTO ESPERANZA DIAZ

grenset tilgang til helsetjenester kan gi migranter økt helserisiko, og migranter med lovlig opphold bruker fastlegen i mindre grad enn norskfødte (Diaz, 2015, World Health Organization, 2013). En vet lite om sykdomsbyrde og helsetjenestebruk blant papirløse, men Helsesenter for papirløse i Oslo rapporterer kontakt med 2500 pasienter i løpet av fem år (Ottesen, 2015). Disse pasientene hadde i stor grad samme helseproblemer som andre migranter, i tillegg til problemer relatert til usikker bopel, arbeidssituasjon og frykt for utsendelse (Ottesen, 2015, Affronti, 2013).

Egenbetaling og aktuelle kostnader

Egenbetaling kan gi insentiv til mer tilbakeholden bruk av helsetjenester, og kan spare helsevesenet og privatpersoner for unødvendige kostnader. Samtidig kan det gi mindre bruk av kostnadseffektive og nødvendige helsetjenester (Godager, 2014). For pasienter med behandlingstrengende sykdom kan egenbetaling føre til forsinket helsehjelp og høye helseutgifter. Høy egenbetaling kan derfor føre papirløse inn i fattigdom eller gjøre at papirløse ikke søker helsehjelp for å unngå disse kostnadene. Til tross for ulike finansieringsordninger i

forskjellige land, taler internasjonale eksperter for felles finansieringsmekanismer og liten grad av egenbetaling (World Health Organization, 2010). Det norske helsevesenet er finansielt tilgjengelig for alle som er medlem i Folketrygden, men papirløse er ikke en del av denne ordningen. Et eksempel er en kvinne som fikk en regning på 52 000 kroner etter et keiser-snitt (Dommerud, 2015).

I Helse Vest koster et liggedøgn i gjennomsnittlig 12 999 kroner (Samdata, 2014). Estimert for denne sykehusinnleggelsen blir da 38 997 kroner. Allmennlegens forventede inntekter ved behandling av en papirløs pasient vil skille seg fra personer med lovlig opphold. Allmennlegen får ikke basistilskudd eller refusjon fra HELFO. Forventet inntekt for allmennleger ved diabeteskontroll av medlemmer av folketrygden er 1019 kroner. Fastleger kan dekke kostnaden selv, eller la pasienten dekke hele eller deler av beløpet. Pasienten vil på sin side ikke kunne dra nytte av frikort- eller blåreseptordningene (HELFO, 2015).

Prognose og nytte av helsetiltak

Diabeteskoma (koma grunnet sukkersyke, nonketotisk hyperosmolart prekoma) er en livstruende tilstand. Anbefalt behandling er stabilisering av væske- og elektrolyttbalansen og insulinbehandling samt behandling av en eventuell infeksjon (Helsedirektoratet 2009, 2013).

Omlegging av dietten er førstevalg som behandling av sukkersyke. Når dette ikke gir god nok behandlingsrespons, er medikamentet metformin, som regulerer blod-sukkeret, førstevalg som medikamentell vedlikeholdsbehandling i primærhelsetjenesten.

Trinn 3

Hvilke lover, regler eller retningslinjer regulerer beslutningene?

Nasjonale lover og forskrifter

Papirløses rettigheter til helsehjelp reguleres gjennom Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket (2011). Papirløse har rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand,

alvorlig skade eller sterke smerter», samt i noen særskilte tilfeller. Papirløse har ikke tilgang til forebyggende eller rehabiliteringstiltak. Vurderingen om pasienten har rett på helsehjelp skal gjøres på individuelt medisinsk grunnlag.

Folketryktdloven angir vilkår for rett til stønad ved helsetjenester (1997). For medlemmer av folketrygden dekkes størstedelen av helseutgiftene gjennom HELFO. Helseinstitusjonene får dekket kostnadene gjennom basistilskudd og refusjonsordninger. For å være medlem i folketrygden må man ha lovlig opphold i Norge.

Grunnloven slår fast at «statens myndigheter skal respektere og sikre menneskerettighetene» (1814). Det kan diskuteres hvem som har ansvar for å respektere og sikre menneskerettighetene for mennesker som oppholder seg ulovlig i Norge.

Vi vil videre skille mellom formale og reelle rettigheter. Vi forstår her formale rettigheter som rettigheter gitt ved lov, og reelle rettigheter som de faktiske mulighetene til å benytte seg av rettigheter, for eksempel gitt en persons økonomiske eller sosiale situasjon.

Faglige retningslinjer

Det finnes nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, diagnostikk og behandling av diabetes i primær- og spesialisthelsetjenesten og antibiotikabruk i sykehus (Helsedirektoratet, 2009, 2013). Å avvike fra de faglige retningslinjene må kunne begrunnes av legen som tar beslutningen.

Trinn 4 Hvem er de involverte partene?

De involverte partene er den papirløse pasienten, pårørende, andre pasienter, helsepersonell, helsevesenet, frivillige aktører og samfunnet øvrig.

Trinn 5

Hva er potensielle goder og byrder for de involverte partene?

Den papirløse pasienten

Å betale for en sykehusinnleggelse kan bli katastrofalt for privatøkonomien til papirløse, som ofte har begrensede ressurser. Det er en byrde og et helsetap for pasienten ikke å få tilgang til blodsukkerregulerende behandling hos en allmennlege. Selv om helsepersonell har taushetsplikt, kan pasienten oppleve frykten for å bli angitt som en byrde dersom hun oppsøker spesialist- og primærhelsetjenesten (PICUM, 2010).

Pårørende

Dersom pasienten avkreves full egenbetaling, kan en anta at pårørende kan måtte bidra til å dekke helseutgiftene da papirløse

se ikke kan ha ordinært arbeid. At pasienten ikke får behandling vil være til byrde for pårørende.

Andre pasienter

Om papirløse betaler selv, vil de offentlige ressursene fordeles til andre pasienter, som er et gode for dem.

Helsepersonell

Å hjelpe papirløse utover hva regelverket legger opp til eller ikke å kreve betaling, kan gi moralske og finansielle utfordringer for helsepersonell. Samtidig kan helsepersonell oppleve det som problematisk å kreve full egenbetaling for pasienter som ikke har råd til å betale. For allmennleger kan det være moralsk stressende å ikke yte helsehjelp til en syk og lidende pasient. Samtidig kan det å behandle papirløse pasienter gi økt arbeidsbelastning, og studier viser at norske leger ikke føler seg kompetent til å behandle flyktninger (Varvin, 2009). En allmennlege vil også kunne få vansker med å henvise papirløse pasienter. Å tilby pasienter sub-optimal behandling kan oppleves som utfordrende fra et faglig ståsted, og i uoverensstemmelse med etiske regler for leger. Legeforeningen har engasjert seg politisk for å utvide papirløses helserettigheter (Den norske legeforening, 2013).

Helseforetaket

For sykehusavdelingen er det et gode å ikke dekke utgiftene til behandling uten refusjon. Det er også et gode om pasientene blir fulgt opp i førstelinjetjenesten slik at alvorlige hendelser som krever innleggelse unngås.

Frivillige aktører

Dersom papirløse må stå for full egenbetaling og ikke får oppfølging i primærhelsetjenesten, vil frivillige helsetilbud oppleve økte utgifter. Når frivillige tilbud står for utgiftene, gir dette tilsvarende mindre byrde for det offentlige og inntrykk av et mindre behov.

Samfunnet

Det er et gode for myndigheter og skattebetalerne ikke å dekke kostnadene for sykehusbehandling. Samtidig vil mindre bruk av helsetjenester blant papirløse bli ugunstig med tanke på smittevern og folkehelse (World Health Organization, 2013). I velferdsstaten Norge har solidaritet med de dårligst stilte tradisjonelt sett vært en grunnleggende verdi. Et samfunn som tilbyr hjelp til en gruppe mennesker som ellers ikke får hjelp kan sees på som et gode i seg selv (NOU, 2014).

Trinn 6

Hvilke interesser står i konflikt?

Pasienten og hennes pårørende har interesse av ikke å betale for akuttinnleggelsen og å få videre behandling. Denne interessen kan stå i konflikt med rettferdig fordeling av samfunnets ressurser til pasienter med formell rett på behandling. Man kan også hevde at den papirløse selv har valgt å oppholde seg ulovlig i landet med de helserettighetene det innebærer, og at myndighetene har interesse av ikke å gjøre ulovlig opphold attraktivt. Det er vanskelig å vite hvilken interesse andre papirløse har i dette: Papirløse kan være tjent med å bli behandlet når de selv blir syke samtidig som økte offentlige kostnader på sikt kan føre til en mer restriktiv innvandringspolitikk.

For allmennlegen kan pasientens interesse stå i konflikt med økonomiske interesser og hensynet til å følge lovverket. Samtidig kan helsepersonell, inkludert allmennlegen, oppleve konflikt mellom hva samfunnet har bestemt og profesjonsetiske holdninger.

Trinn 7

Hvilke prinsipper og verdier står i konflikt?

I medisinsk etikk står fire prinsipper sentralt: velgjørenhet, ikke skade, rettferdighet og respekt for pasientens autonomi. I denne konkrete sykehistorien vil det å kreve full egenbetaling på sykehuset og ikke å tilby behandling i primærhelsetjenesten gå imot prinsippene velgjørenhet, ikke skade og respekt for pasientens autonomi. Disse medisinsk-etiske prinsippene står dermed i konflikt med regelverket, og finansiering av helsetjenestene. Avveiningen mellom legers profesjonsautonomi og de medisinsk-etiske prinsippene og respekten for fellesskapets beslutninger kan være utfordrende.

Innenfor prioriteringsdiskusjonen i Norge er det bred enighet om at vi bør tilstrebe likebehandlingsprinsippet – det vil si at like tilfeller skal behandles likt. For øvrig presiseres det at man bør tilby likeverdige helsetjenester til innvandrere (Helsedirektoratet, 2012). Dersom vi må prioritere skal prioriteringskriteriene følges (NOU, 2014). Papirløses manglende rettigheter gjør det vanskelig å vite hvem deres medisinske behov skal sammenliknes med, norske statsborgere eller personer fra landet de kommer fra? På et generelt nivå kan det diskuteres om utstrakt bruk av helsetjenester til papirløse fører til konflikt mellom prinsippene om ikke å skade og å gjøre godt for andre papirløse på lengre sikt. Vi finner at det mest utfordrende verdispørsmålet er hvordan vi ivaretar prinsippet om

å respektere samfunnets fordeling av ressurser og rettigheter og hvordan respekt for dette prinsippet kan komme i konflikt med de andre prinsippene.

Fra sykehistorie til helsehjelp

Gjennom en etisk analyse har vi systematisk relevante aspekter når en skal ta stilling til om det er etisk akseptabelt å kreve at den papirløse pasienten dekker kostnadene ved en akutttinnleggelse og hvorvidt allmennleger bør la være å tilby oppfølging og behandling i primærhelsetjenesten. Til tross for at vi har gjort en systematisk analyse av disse spørsmålene, er det fortsatt mye som er usikkert. Vi har svært begrenset kunnskap om disse pasientene og hvilke helsebehov de har. Lovverket åpner opp for skjønnsmessige vurderinger om hva som er øyeblikkelig hjelp. I en verden med migrasjon og globalisering er det ikke tydelig for oss hvordan vi skal forstå rettferdig fordeling av helsehjelp (Gulbrandsen, 1999).

Vår vurdering er at pasientens behov for helsetjenester og interesse i å kunne få denne uten å bli påført store utgifter veier tyngst. Vi vektlegger også viktigheten av at helsepersonell kan følge sin profesjonsetiske overbevisning og respekt for likebehandlingsprinsippet i møtet med en syk pasient. Vi kommer til at helsepersonell bør tilstrebe mindre egenbetaling og tilby mer omfattende helsetjenester enn regelverket legger til rette for, og konkluderer med at avdelingen ikke skal kreve full egenbetaling, og allmennlegen bør tilby konsultasjon med eller uten egenandel fra pasienten. Vår konklusjoner sammenfaller også med praksis blant norske allmennleger: I en nylig publisert internetbasert spørreundersøkelse oppga 23 prosent av allmennlegene at de hadde behandlet papirløse, og 70 prosent av dem anga at de ville fortsette å ta imot papirløse i fremtiden (Aarseth et al 2016). Vi er klar over at det er en rekke utfordringer med disse konklusjonene og det oppstår nye dilemma som for eksempel: Hvis allmennlegen bestemmer seg for å følge vanlige retningslinjer og henviser til øyekontroll – bør øyeleger tilby diabeteskontroll til papirløse, og hvem skal i så fall dekke kostnadene? Skal papirløse tilbys mindre kostbar, suboptimal sykehusbehandling grunnet deres ulovlige status?

Artikkelforfatterne engasjerer seg for papirløses helsehjelp som frivillige og allmennleger tilknyttet Helsehjelp for papirløse i Bergen. Selv om vi har etterstrebet en upartisk etisk analyse, anerkjenner vi at vår for forståelse kan ha påvirket analysen.

Med dagens regelverk avhenger de papirløses tilgang til helsetjenester av den enkelte sykehusavdelings eller allmennleges etiske oppfatning samt skjønnsmessige og praktiske forhold. Gitt dagens situasjon med økt tilstrømming av mennesker til Norge, og signaler om innstramming av asylreglene kan vi anta at flere leger kommer til å møte denne pasientgruppen. Vi mener at tiden er inne for på ny å drøfte hvorvidt papirløse bør ha lovfestet rett på øyeblikkelig hjelp uten full egenbetaling og i hvor stor eller liten grad de bør ha rett på oppfølging og behandling i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Interessekonflikt

- Andrea Melberg jobber som frivillig ved Helsehjelp for papirløse.
- Kristine Husøy Onarheim jobber som frivillig ved Helsehjelp for papirløse.
- Esperanza Diaz tar imot pasienter fra Helsehjelp for papirløse.
- Ingrid Miljeteig tar imot pasienter fra Helsehjelp for papirløse.

REFERANSER

- Affronti M, Affronti A, Pagano S, Soresi M, Giannitrapani L, Valenti M, et al. The health of irregular and illegal immigrants: analysis of day-hospital admissions in a department of migration medicine. *Internal and emergency medicine*. 2013; 8(7): 561–6.
- Den norske legeforening. Papirløse innvandrere: Policynotat nr. 1/2013.
- Diaz E, Calderón-Larrañaga A, Prado-Torres A, Polblador-Plou B, Gimeno-Feliu L-A. How do immigrants use primary health care services? A register-based study in Norway. *The European Journal of Public Health*. 2015; 25(1): 72–8.
- Dommerud T. Store forskjeller på om papirløse gravide må betale for fødsel. *Aftenposten*. Publisert 02.05.2015.
- FOR-2011-12-16-1255 (2011). Forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester til personer uten fast opphold i riket. Hentet 13.06.2016.
- Førde R, Pedersen R. Manual for arbeidet i klinisk etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten. Seksjon for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo; 2012.
- Godager G, Hagen T, Iversen T. Effekter av egenbetaling som virkemiddel for prioritering. Oslo: Helseøkonomisk Analyse AS, 2014.
- Gulbrandsen P. Rettferdighet - den største og mest krevende dyden. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1149–52
- HELFO. Regelverk og takstar for lege 2015 [2015 07.07]. <https://helfo.no/takster/regelverk-og-takstar-for-lege>.
- Helsedirektoratet. Diabetes – Nasjonal faglig retningslinje, 2009. Nettside: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes-nasjonal-faglig-retningslinje>. Hentet 03.03.2016.
- Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus, 2013. Hentet 07.07.2015. <http://sites.helsedirektoratet.no/sites/antibiotika-bruk-i-sykehus/>
- Helsedirektoratet. Nasjonal strategi om innvandre-res helse 2013–2017 (Norwegian National Strategy Document on Immigrant Health). Oslo: 2012.
- Karlsen M-A. Når helsevesenet bli ren del av migrasjonskontrollen – etiske og praktiske dilemmaer for helsepersonell. I: Bendixsen SK, Jacobsen CM, Søvig KH, ed. *Eksklusjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
- LOV-1814-05-17. Kongeriket Norges Grunnlov (Grunnloven). Hentet 13.06.2016.
- LOV-1997-02-28-19. Lov om folketrygd (folketrygdloven). Hentet 13.06.2016.
- Manson HM. The development of the CoRE-Values framework as an aid to ethical decision-making. *Medical Teacher*. 2012; 34(4): e258–e68.
- Miljeteig I, Johansson KA, Sayeed SA, Norheim OF. End-of-life decisions as bedside rationing. An ethical analysis of life support restrictions in an Indian neonatal unit. *J Med Ethics*. 2010; 36(8): 473–8.
- Miljeteig I, Skrede S, Langørgen J, Haaverstad R, Jøsendal O, rsen H, et al. Skal rusmiddelavhengige pasienter tilbys hjertekirurgi for andre gang? *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2013(133): 977–80.
- NOU 2014: 12. Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten.
- Ottesen SH, Eick F, Hilden PK. Erfaringer fra Helsecenteret for papirløse migranter. I: Bendixsen SK, Jacobsen CM, Søvig KH, ed. *Eksklusjonell velferd? Irregulære migranter i det norske velferdssamfunnet*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag; 2015.
- PICUM. Undocumented Migrants' Health Needs and Strategies to Access Health Care in 17 EU countries. Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants, 2010.
- Samdata spesialisthelsetjenesten 2013: Helsedirektoratet; 2014.
- Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktningpasienten (Physicians' relation to refugees). *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2009; 129(15): 1488–90.
- World Health Organization, United Nations High Commissioner for Human Rights, International Organization for Migration. *International Migration, Health and Human Rights*. Geneva: 2013.
- World Health Organization. *The World Health Report 2010: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Zhang L-C. Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway. Statistisk sentralbyrå, 2008.
- Aarseth S, Kongshavn T, Maartmann-Moe K, Hjortdahl P. Papirløse migranter og norske allmennleger. *Tidsskrift for den Norske Legeforening*. 2016; 136: 911–3.

■ ANDREA.MELBERG@CIH.UIB.NO

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Kommunikasjon og samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjenester – erfaringer og ønsker blant fastleger

■ AINA GUNDERSEN LANGØRGEN

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Morvik legekontor

■ ANNE LAUE

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Frekhaug legesenter

■ ROLF TANDE

Haraldsplass Diagonale Sykehus og Masfjorden kommune

■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK

Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen

God kvalitet i helsetjenestene oppstår der hvor fagfolk med pasienten i fokus kommuniserer godt med hverandre. I Bergen har leger i PKO (praksiskonsulentordningen) ved Haraldsplass Diagonale Sykehus undersøkt hva fastleger og sykehusleger mener er viktigst for å få til god kommunikasjon. Resultatene viser at legene har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt.

Kravene til samhandling mellom sykehus og fastleger har økt i de senere årene. Overføring av pasienter mellom nivåene og informasjonsflyt mellom legene skal foregå på en sikker og effektiv måte. Lovendringer og nye retningslinjer har påvirket dette. Tjue dagers regel for kreft ble innført i 2011. Samhandlingsreformen kom i 2012 og pakkeforløp for kreft ble innført i 2015. Kommunale øyeblikkelig døgnseger (ØHD) har blitt opprettet. Den elektroniske samhandlingen har økt, blant annet med elektroniske henvisninger og epikriser.

En tidligere undersøkelse har vist at sykehusleger og fastleger vektlegger ulike forhold i samhandlingen, og at det er behov for en rolleavklaring mellom nivåene i



Trio på Haraldsplass Diagonale Sykehus. Fra venstre: Christer Lie, Erik Thomassen og Ola Tjeldflåt.

andling ndærhelsetjenesten og sykehusleger

helsetjenesten (1). I en annen undersøkelse var det lite samsvar mellom sykehusleger og innleggende legers syn på hvilke pasientgrupper som burde få tilbud om alternativ til innleggelse (2).

God kommunikasjon er en viktig forutsetning for samhandling. Undersøkelser har avdekket mangler i kommunikasjonen mellom sykehusleger og allmennleger (3). Den viktigste kommunikasjonen mellom leger i primær- og sekundærhelsetjenesten skjer gjennom henvisninger og epikriser, men disse er ofte mangelfulle (4–6). Ved spørsmål om behandling, oppfølging eller innleggelse kan det imidlertid være behov for kommunikasjon utover henvisning og epikriser.

Som praksiskonsulenter arbeider vi med samarbeidet mellom sykehus og fastleger. Vi ønsket mer kunnskap om synspunktene til fastlege og sykehuslegene om sitt samarbeid og hvordan dette har utviklet seg de siste årene. Vi gjennomførte derfor undersøkelser i 2011 og 2015 med to hovedtema. Vi kartla hvordan sykehusleger og fastleger ønsker å kommunisere med hverandre. I tillegg ønsket vi å undersøke hvordan legene oppfatter lokalsykehusets rolle ved behov for undersøkelser og innleggelser.

Metode

Haraldsplass Diagonale Sykehus (HDS) er lokalsykehus for ca. 120 000 innbyggere i følgende kommuner: Austrheim, Fedje, Lindås, Masfjorden, Meland, Modalen, Osterøy, Radøy og Samnanger, samt bydelene Arna, Bergenhus og Åsane i Bergen kommune. I 2010 var det totalt 43 fastlegekontorer som tilhører lokalsykehusområdet, 119 fastleger hvorav 94 (78 prosent) var spesialister i allmennmedisin. I 2015 hadde antall fastleger økt til 143 fastleger i det samme lokalsykehusområdet. Medisinsk avdeling ved HDS har lokalsykehusfunksjon. Kirurgisk avdeling mottar akutte kirurgiske innleggelser fra Helse Bergens nedslagsområde, men har mest elektiv ki-



Haraldsplass Diagonale Sykehus (HDS) er lokalsykehus for ca. 120 000 innbyggere i ni kommuner i Nordhordland samt bydelene Arna, Bergenhus og Åsane i Bergen kommune.

rurgi. Sykehuset har regionsfunksjon for palliasjon og geriatri. Ved HDS arbeidet det tre praksiskonsulenter (forfatterne AGL, AL, RMT) i 2011, og to i 2015 (AGL, AL). Forfatterne utarbeidet et spørreskjema om samhandlingsrutiner basert på en fem-delt Likert skala med følgende svaralternativ: ikke i det hele tatt, i liten grad, i noen grad, i stor grad og i svært stor grad. Det ble spurt om i hvilken grad samarbeidsformer og legekontakter ved konferering ble opplevd som hensiktsmessige, hvilke alternativer som ble brukt ved halvøyeblikkelig og øyeblikkelig hjelp, hvilken informasjon om sykehuset fastlegene ønsket, og i hvor stor grad de ønsket å bli konsultert om pasienter med komplekse problemstillinger mens de er innlagt. Det var også mulighet for kommentarer i fritekst på skjemaet.

Fra november 2010 til juni 2011 besøkte en av praksiskonsulentene til sammen 39 av 43 fastlegekontor i lokalsykehus sektor til medisinsk avdeling HDS. Fire legekontor som av praktiske årsaker ikke kunne ta imot besøk fikk tilsendt spørreskjema.

På fastlegekontorene ble det utført en halvtimes gruppesamtale med legene som var til stede. Under intervjuet stilte vi følgende spørsmål: Hva er den største utfordringen i samarbeidet med sykehuset? Hva fungerer bra i samarbeidet med sykehuset? Har du konkrete forbedringsforslag til samarbeidet med sykehuset? Notater fra samtalen ble skrevet ned under intervjuet på et standardisert støtteark.

Før intervju ble det gitt en mulighet til å fylle ut medbrakte spørreskjema, noe de fleste benyttet seg av. Spørreskjemaene ble samlet inn ved møteslutt, eller ettersendt i posten.

I tillegg til besøkene på fastlegekontorene ble det høsten 2011 gjennomført møter med sykehuslegene ved kirurgisk og medisinsk avdeling ved HDS. Det ble brukt et tilsvarende spørreskjema som for fastlegene, men med tilpasninger av noen spørsmål. Skjemaene ble delt ut på møtene, og legene besvarte og leverte skjemaet i løpet av møtet. Legene som ikke var til stede fikk skjemaet tilsendt i etterkant. Under møte-

	TOTALT ANTALL	I LITEN GRAD (%)	I NOEN GRAD (%)	STOR GRAD (%)
Fastlegenes ønsker om informasjon om sykehuset				
Oversikt over behandlingstilbud	100	4	15	81
Aktuelle ventetider	98	4	19	77
Direkte telefonnummer til sykehuslege	96	13	18	70
Sykehuslegenes ønsker om informasjon om fastlegene				
Direkte telefonnummer til fastlege	52	2	12	87
Liste over fastleger	51	18	14	69
Oversikt over fastlegens tilgjengelighet	51	28	29	43
Tilgjengelig utstyr/prosedyre hos fastlege	52	31	31	39
Ventetid	52	50	23	27

TABELL 1. Legenes informasjonsbehov 2011.

	TOTALT ANTALL		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Telefon fra fastlege om medisinsk råd								
Fastlegenes synspunkt	99		5		34		60	
Sykehuslegenes synspunkt	53	41	9	2	23	17	68	81
Anmodning om telefonkonferanse før hver akutt innleggelse								
Fastlegenes synspunkt	101	102	83	80	13	12	4	8
Sykehuslegenes synspunkt	53	41	38	27	34	46	28	27
Brev fra fastlege om medisinsk råd								
Fastlegenes synspunkt	98	98	44	21	38	35	18	43
Sykehuslegenes synspunkt	49	39	43	31	33	46	24	23
Telefonavtale om elektiv innleggelse								
Fastlegenes synspunkt	97	103	39	26	35	28	26	46
Sykehuslegenes synspunkt	51	40	24	5	30	33	47	63
Kontakt om komplekse pasienter tidlig under sykehusopphold								
Fastlegenes synspunkt	99		23		43		33	
Sykehuslegenes synspunkt	52		10		54		37	
Kontakt om komplekse pasienter ved utskrivelse								
Fastlegenes synspunkt	99		7		23		70	
Sykehuslegenes synspunkt	50		22		38		40	
Sykehus kontakter om komplekse inneliggende pasienter								
Fastlegene synspunkt		98		21		28	50	
Sykehuslegenes synspunkt		46		20		46	35	
Direkte telefon til overlege i akuttmodtak								
Fastlegenes synspunkt		100		14		10		75
Sykehuslegenes synspunkt		37		24		16		60

TABELL 2. Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger, vurdering av hensiktsmessighet av tiltak.

ne ble sykehuslegene delt inn i tilfeldige grupper på seks til åtte deltagere for intervju omkring spørsmålene: Hva er den største utfordringen i samarbeidet med fastlegene? Hva fungerer bra i samarbeidet med fastlegene? Har du konkrete forbedringsforslag til samarbeidet med fastlegene?

I 2015 ble det gjennomført ny spørreundersøkelse blant både fastlegene og sykehuslegene. Spørreskjema ble delt ut på fag-

lige møter for henholdsvis fastleger og sykehusleger, og sendt til de som ikke var til stede. Denne spørreundersøkelsen inneholdt ikke spørsmål om informasjonsbehovet, men tok ellers opp de samme tema som den første undersøkelsen med delvis identiske spørsmål.

Kvantitative data fra spørreskjemaene presenteres deskriptivt som prosentandeler. De fem svaralternativ vises som tredelt

i tabellen med sammenslåing av de to nederste og de to øverste kategoriene. I tillegg blir det presentert sitater fra intervjuene som eksemplifiserer tema belyst i spørreskjemaet.

Begreper

«Halvøyeblikkelig hjelp» er ikke et veldefinert begrep, men blir benyttet av både fastleger og sykehusleger. Den betegner en hastegrad som ikke nødvendiggjør en akutt umiddelbar innleggelse, men hvor vurdering av sykehusspesialist er nødvendig i løpet av relativt kort tid. I vår undersøkelse har vi definert det som en vurdering innen to uker. «Øyeblikkelig hjelp» defineres som et behov for utredning og behandling uten unødvendig ventetid (7).

«Anmodning om konferanse» brukes der sykehuset ber innleggende leger om å drøfte alle potensielt akutte innleggelser med sykehusleger. Noen bruker begrepet «konferanseplikt», men dette er ikke lov-hjemlet. Sykehuset har plikt til straks å ta imot pasienter som trenger somatisk helsehjelp når det er nødvendig (8).

Resultat

I 2010–2011 gjennomførte 39 (91 prosent) av de 43 aktuelle fastlegekontorene gjennomførte et møte med én av praksiskonsulentene. Til sammen 102 (86 prosent) av totalt 119 fastleger besvarte spørreskjemaet. Ved HDS svarte 52 (78 prosent) av sykehuslegene på spørreskjemaet, 31 (70 prosent) av legene ved Medisinsk avdeling og 21 (87 prosent) av legene ved Kirurgisk avdeling.

I 2015 svarte 103 av 143 (72 prosent) fastleger på spørreskjema. 50 av 83 (60 prosent) sykehusleger, 22 (47 prosent) av legene på medisinsk avdeling og 28 (78 prosent) av legene på kirurgisk avdeling, svarte på skjemaet.

Kartleggingen avdekket fire nøkkelområder relatert til kvaliteten på samarbeidet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten: Informasjonsbehov, kommunikasjon, håndtering av halvøyeblikkelig hjelp og øyeblikkelig hjelp.

Informasjonsbehov

I tabell 1 ser vi at fastlegene i stor grad ønsket informasjon om sykehusets behandlingstilbud, ventetider og tilgang til direkte telefonnummer til sykehuslege. Dette kom også fram i spørreskjemaets fritekst-besvarelse:

«Skulle gjerne vite mer og jevnlig om hva sykehuset faktisk gjør, særlig kirurgi, inklu-

sive ventetider. Også hva de vet at de er særlig gode på».

«Jeg savner bedre oversikt over spesialister på HDS».

Også i intervjurunden etterlyste fastlegene mer og oppdatert informasjon om organisering av avdelingene, tilgjengelige prosedyrer og oppgavefordeling mellom Haukeland Universitetssjukehus og HDS.

Sykehuslegene ønsket i stor grad et direkte telefonnummer og navneliste til fastlegene.

Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger

Fastlegene vurderte bakvakt som den mest hensiktsmessige kontaktperson ved konferering med sykehuset (TABELL 2). Når sykehuslegene hadde behov for kontakt med primærhelsetjenesten, mente tre firedeler at det var mest hensiktsmessig å snakke med fastlegen.

I samtalene med fastleger ble telefoner fra sykehuskolleger om inneliggende pasienter trukket frem som gode eksempler på vellykket samhandling. De praktiske vanskene ved telefonkommunikasjon ble hyppig nevnt av legene.

Både i 2011 og 2015 oppfattet langt de fleste (hhv. 84 prosent og 80 prosent) av fastlegene at anmodning om telefonkonferanse er en lite hensiktsmessig samarbeidsform, mens sykehuslegene var mindre negative. De fleste fastlegene og sykehuslegene vurderte telefon med spørsmål om medisinske råd som svært nyttig både i 2011 og 2015. Direkte telefon til overlege i akuttmottak er svært populært blant fastlegene, og også sykehuslegene er positive til dette. I 2011 oppga tretten prosent av sykehuslegene oppgav at de ofte tar kontakt med fastleger, 49 prosent at de tar noe kontakt, og 38 prosent at de tar lite kontakt med fastleger. I 2015 var det 4 prosent av sykehuslegene som oppgav at de ofte tok kontakt med fastleger, og 48 prosent som oppgav at de i liten grad tar kontakt med fastleger. Flere sykehusleger berørte dette under intervjurunden:

«På Kirurgisk avdeling er liggetiden 4,5 døgn, så kontakt med fastleger for videre oppfølging er mindre aktuelt».

«Fastlege, fastlegens vikar, sykehjemslege: får sjeldent kontakt med disse. Best med hjemmesykepleien».

«Opplagt gunstig med kontakt før henvis-

ning, men i hvor stor grad dette er gjennomførbart er mer usikkert».

Fastleger tok også opp dette temaet i intervjuet:

«Sykehuslegene må trekkes ut av villfarelsen om at de alltid er tilstede og fastlegen alltid borte eller umulig å få tak i».

«Konferanseplikt er forferdelig. Tar tid, ingen konsekvenser. Yngre kollegaer blir mer usikre».

Halvøyeblikkelig hjelp

Privatpraktiserende spesialister ble av fastlegene oppgitt som det klart mest brukte alternativ ved ønske om «halvøyeblikkelig hjelp», det vil si spesialistvurdering innen to uker (TABELL 3) både i 2011 og 2015. Andre tilbud blir i mindre grad brukt i disse situasjoner. Fastleger oppgir større bruk av sykehuspoliklinikk i 2015.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse og eventuelle alternativer

Fastlegene benytter i liten grad alternativer til akutt innleggelse både i 2011 og 2015. Pakkeforløp for kreft er det alternativet som blir mest brukt i 2015. Kommunal øyeblikkelig hjelp døgnenger (ØHD) er foreløpig relativt lite brukt der det er innført (TABELL 4). Akutt sykehjems plass benyttes i liten grad.

Tre firedeler av sykehuslegene mente at de i stor grad kunne tilby ferdigbehandling i akuttmottak istedenfor innleggelse på sykehusavdeling i 2011. I den siste undersøkelsen er avtale og snarlig innleggelse og poliklinisk time innen fem dager like aktuelle alternativer.

En fastlege uttrykte i 2011:

«Jeg ønsker at det skal være reelle tilgjengelige tilbud. I dag benyttes slike løsninger i liten grad fordi vi ikke opplever at de finnes».

Akuttmottak-prosjektet

HDS hadde i 2013–2014 et prosjekt i akuttmottak, der målsetningen var å styrke kompetanse i akuttmottaket samt utarbeide rutiner som blant annet bedret pasientflyt og samhandling. En av praksiskonsulentene deltok i prosjektgruppen og resultatene fra undersøkelsen vår i 2011 ble benyttet. Som et resultat av dette prosjektet er overlege til stede i akuttmottak på dagtid på hverdager. Flere pasienter blir poliklinisk behandlet i akutt mottak. Overlegen i akuttmottak kan kontaktes på direkte telefon av fastleger mellom 08 og 20. Telefonen ønskes brukt forbindelse ved innleggelser til drøfting om hva som er hensiktsmessig behandlingstid for den enkelte pasient, forberedelse til innleggelse og dekker også medisinsk bakvakt-funksjonen.

TABELL 3. Fastlegers vurdering av alternativ ved behov for undersøkelse innen to uker («halvøyeblikkelig hjelp») 2011–15.

	ANTALL LEGER		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Privatpraktiserende spesialist	97	102	5	5	28	31	67	64
Øyeblikkelig hjelp innleggelse etter konferering	92	102	44	27	40	51	16	23
Sykehuspoliklinikk	95	99	48	24	38	42	14	33
Helprivat tilbud	93	100	55	68	32	24	13	8
Øyeblikkelig hjelp innleggelse uten konferering	95	101	60	27	31	51	10	22

TABELL 4. Alternativ til øyeblikkelig hjelp-innleggelse i 2011 og 2015.

	ANTALL LEGER		I LITEN GRAD (%)		I NOEN GRAD (%)		I STOR GRAD (%)	
	2011	2015	2011	2015	2011	2015	2011	2015
Fastlegers alternativ								
Akutt oppgradering av hjemmesykepleie tilbudet	98	102	38	37	45	48	17	16
Avtale om snarlig innleggelse	97	102	44	32	43	54	12	14
Poliklinisk tilbud innen fem dager	97	101	57	46	36	45	7	10
Akutt sykehjems plass	99	102	91	79	8	15	1	6
Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	–	98	–	71	–	21	–	6
Sykehuslegers alternativ								
Behandling i akutt mottak	49	39	10	10	14	26	76	64
Avtale om snarlig innleggelse	47	40	6	5	45	33	49	63
Poliklinisk time innen fem dager	47	38	23	8	32	29	45	63
Poliklinisk time neste dag	46	39	28	15	44	46	28	39
Pakkeforløp for kreft	–	40	–	21	–	18	–	61
Kommunal akutt døgnenhet (KAD)	–	28	–	57	–	18	–	25

– Data ikke samlet inn for disse variablene.

Øyeblikkelig hjelp-døgnsenger

Nordhordlandskommunen opprettet øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD) fra høsten 2013. I Bergen kommune ble ØHD først opprettet i 2016. 26 av totalt 40 (65 prosent) fastleger i Nordhordland svarte på undersøkelsen i 2015. Av disse var det fire (15 prosent) som oppga at de i stor grad brukte disse sengene som alternativ til innleggelse, 16 (62 prosent) i noen grad og seks (23 prosent) i liten grad.

Diskusjon

Leger som deltok i studien vektla fire nøkkelområder relatert til kvaliteten på samarbeidet mellom primær- og sekundærhelsetjenesten: Informasjon, kommunikasjon, håndtering av halvøyeblikkelig hjelp og øyeblikkelig hjelp.

Både fastleger og sykehusleger etterlyste mer informasjon om hverandre. Telefonkontakt mellom fastlege og sykehuslege ble oppfattet som nyttig av begge parter, men de ønsket forbedring av de praktiske utfordringene i forbindelse med telefonkontakt. Opprettelse av direkte telefon i akuttmottak er et tiltak som legene er fornøyd med.

Resultatene viste at fastleger i liten grad brukte sykehuset ved behov for halvøyeblikkelig hjelp, altså undersøkelse i løpet av to uker, men bruken angis noe økende fra 2011 til 2015. Sykehuset brukes først og fremst til akutte innleggelser. Ved akutte tilstander bruker fastleger i liten grad alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse. På den andre siden vektla sykehuslegene at de ofte kan tilby alternativ til akutt innleggelse, og de oppgir flere mulige alternativ til akutt innleggelse i 2015 enn i 2011.

Styrker og svakheter

Den høye svarprosenten innebærer at vår undersøkelse er representativ for lokal-sykehusområdet, selv om svarprosenten er lavere særlig for sykehusleger på medisinsk avdeling i 2015. Kombinasjon av spørreskjema og gruppesamtale gir tilleggsinformasjon, blant annet om hvilke problemstillinger som engasjerer legene mest. Den gjentatte undersøkelsen i det samme området gir mulighet til både å be-

kreftte eller avkreftte funnene, samt til å vurdere forandringer og effekt av tiltak.

Våre resultater kan være preget av lokale forhold, bl.a. sykehusets funksjoner, og rollen som lokalsykehus i en storby med et nærliggende universitetssykehus. Vår undersøkelse beskriver legenes ønsker og vurderinger, men vi har ikke målt hva de faktisk gjør.

Tre av forfatterne er fastleger og praksiskonsulenter i samme område, og det er mulig at det kan ha påvirket legene som deltok i undersøkelsen. Registreringsmetoden av intervjuene ble standardisert med støtteark, men vil likevel kunne influeres av intervjueren.

Informasjonsbehov

Både fastleger og sykehusleger var opptatte av å ha relevant informasjon om hverandres tilbud. Særlig fastlegene etterlyste mer informasjon om sykehusets tilbud. Det er vanskelig for fastlegene å ha oversikten over hvor de skal henvise i et komplekst sykehussystem i stadig forandring. I tillegg er det en rekke privatpraktiserende spesialister i området. Uklarhet om hvor pasienter skal henvises skaper merarbeid for både fastlege og sykehus.

Sykehuslegene etterlyste informasjon om direkte telefonnummer til fastlegene, noe som har vært tilgjengelig på sykehuset i flere år. Telefonnumrene må innhentes via sentralbordet, og det kan oppleves tungvint.

Resultatene fra studien viser at det bør utvikles mottakssystem for henvisninger som gjør det enklere for henvisende lege. Oppdatert informasjon om tilbudet på sykehuset bør være lett tilgjengelig for fastleger. Legene bør ha oppdatert kontaktinformasjon om hverandre.

Kommunikasjon mellom fastleger og sykehusleger

Hvem legene kommuniserer med er av betydning for samhandlingen. Kunnskap om pasienten blir vektlagt av legene, men også beslutningsmyndighet og kompetanse. Kommunikasjon mellom fastlege og bakvakt tar i størst grad vare på alle disse aspektene.

Det var nokså stor grad av samsvar mellom fastleger og sykehusleger i vår undersøkelse om hva som er hensiktsmessige samarbeidsformer.

Telefonråd ble vurdert å være svært nyttig av både fastleger og sykehusleger i vår undersøkelse. Rollen til sykehusleger som faglige veiledere overfor primærhelsetjenesten har tidligere vært vektlagt av primærleger (2). Sykehusleger tar imidlertid i liten grad selv initiativ til telefonkontakt. Haraldsplass har hatt prøveprosjekt for elektroniske dialogmeldinger mellom fastleger og sykehusleger fra juni 2015. Så langt er det i stor grad fastlegene som initierer denne kommunikasjonen.

I vår undersøkelse var fastlegene negative til oppmoding om å ringe sykehuset før hver innleggelse. Dette kan ha flere årsaker, slik som manglende gjensidighet, manglende tillit til fastlegens vurderinger og økt tidsbruk. Rutiner for samhandling mellom sykehusleger og fastleger må utarbeides i fellesskap dersom det skal lykkes.

Innføring av direkte telefon i akuttmottak ivaretar disse synspunktene, noe som bekreftes ved den positive vurderingen både av sykehusleger og fastleger.

Fastlegenes ønske om telefonhenvendelse fra sykehuslege før utskrivelse av pasienter med komplekse problemstillinger viser et økt informasjonsbehov for noen pasientgrupper, noe som også er vist i tidligere studier (9). Det er viktig å tilrettelegge for gjensidig telefontilgjengelighet.

Halvøyeblikkelig hjelp

I vår undersøkelse ble de privatpraktiserende spesialistene tydelig foretrukket som henvisningsinstans når det var behov for vurdering innen to uker, både i 2011 og 2015. Den gode tilgangen på spesialister i vårt område kan være medvirkende. Fastlegene oppgir i større grad å bruke sykehuspoliklinikk i 2015. Både innføring av pakkeforløp for kreft og avtaler om polikliniske timer ved bruk av direktetelefonen kan være medvirkende til dette.

Fra 1. februar 2015 ble tidsfrist for vurdering av henvisninger til spesialisthelsetjenesten redusert fra 30 til 10 dager, noe som kan påvirke fastlegenes videre henvisningspraksis (10).

Fastlegene var usikre på hva som finnes av tilbud på sykehuset. At konferering med sykehuskollega i noen grad likevel fører til akutt innleggelse forsterker sannsynligvis oppfattelsen av manglende alter-





Fastleger og sykehusleger har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt. Øverst overlege Erik Thomassen og under fastlege Ørnulf Friberg.



nativ til innleggelse. Dette samsvarer imidlertid ikke med hva sykehuskollegene selv oppgav at de kan tilby av alternativer. Det er ønskelig at sykehuset er tydelig om hva det polikliniske behandlingstilbudet faktisk består av.

Øyeblikkelig hjelp-innleggelse og eventuelle alternativer

Alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelse ble lite brukt av fastleger. Sykehusleger oppgir økende bruk fra 2011 til 2015.

Pakkeforløp for kreft er det alternativet som fastleger oppgir som mest brukt, mindre enn et år etter innføring av dette ble startet. Det er svært lite bruk av innleggelser på sykehjem i stedet for sykehus og kommunale øyeblikkelig hjelp døgn senger. I tillegg til faglige vurderinger om forsvarlig behandlingstilbud kan andre faktorer være av betydning for bruken av alternativ til sykehusinnleggelse. Tilgangen til akutte sykehjemsplasser var begrenset ved undersøkelsestidspunktene.

Fastlegen kan ikke legge inn direkte på sykehjem. Det krever mindre arbeid å legge inn på sykehus. Sykehuslegenes vurderinger tyder på at flere pasienter kan behandles på sykehuset utenom de vanlige sykehusavdelingene. Pasienter som etter henvisning til innleggelse blir poliklinisk behandlet i akutt mottak kan være inkludert i disse alternativene, som fastlegene vil vurdere som innleggelser.

Konklusjon

Vår undersøkelse viser at fastleger og sykehusleger har relativt sammenfallende synspunkter på samarbeid og er spesielt positive til gjensidig telefonkontakt. Bruk av direkte telefon til overlege i akuttmottak er nyttig. Sykehuset bør være tydelig overfor fastlegene om behandlingstilbudet. Fastleger bruker i liten grad alternativer til akutte sykehusinnleggelser. Rutiner for samarbeid mellom sykehus og fastleger bør utarbeides i fellesskap.

REFERANSER

1. Pettersen B, Johnsen R. Legers oppfatning av samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten. Tidsskr Nor Lægeforen 2007; 127: 565–8.
2. Eikeland G, Garasen H, Jacobsen G. Finnes det alternativer til øyeblikkelig hjelp-innleggelser? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2355–7.
3. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO et al. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians: implications for patient safety and continuity of care. JAMA 2007; 297: 831–41.
4. Frydenberg K, Brekke M. Kommunikasjon om medikamentbruk i henvisninger, innleggelsskriv og epikriser. Tidsskr Nor Lægeforen 2011; 131: 942–5.
5. Garåsen H, Johnsen R. The quality of communication about older patients between hospital physicians and general practitioners: a panel study assessment. BMC Health Serv Res 2007; 7: 133.
6. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvising fra fastleger til medisinsk poliklinikk. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1868–9.
7. Norges offentlige utredninger. Hvis det haster... Faglige krav til akutt medisinsk beredskap. NOU 1998: 9.
8. Spesiellhelsetjenesteloven. Kap III.1. 1991: 7.
9. Kværner KJ, Tjerbo T, Botten G et al. Epikrisen som samhandlingsverktøy. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2815–7.
10. Lov om pasient- og brukerrettigheter. Kap II-2. OV-1999-07-02 nr 63.

■ JAEGLANG@ONLINE.NO



Fire år med samhandlings

■ JAN EMIL KRISTOFFERSEN • Fagsjef, Medisinsk fagavdeling, Den norske legeforening

Det er fire år siden samhandlingsreformen trådte i kraft. Reformen har ikke nådd sine mål, og i beste fall har den vært uten betydning for pasientsikkerheten og kvaliteten på helsetjenestene.

Da daværende helseminister Bjarne Håkon Hanssen presenterte St.meld nr. 47 (2008–2009) om samhandlingsreformen (1) ble det satt et tydelig fokus på kommunenes ansvar for å bidra til en bærekraftig og kostnadseffektiv helsetjeneste som skulle svare ut fremtidens utfordringer med en kommende eldrebølge og et økende antall borgere som lever med kronisk, oppfølgingskrevende sykdom. Det skulle satses på forebygging framfor reparasjon, og sørges for økonomiske insentiver som setter kommunene i stand til å tilby de helsetjenestene som innbyggerne trenger.

I tillegg skulle befolkningen oppleve god kvalitet i sammenhengende pasientforløp på tvers av forvaltningsnivåene. Veksten i ressurser skulle i større grad gå til å bygge opp tjenester i kommunene. Et sentralt budskap var at *det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester*. Ambisjonene var enkelt sagt høye, og mange både så frem til – og engstet seg for – virkemiddelbruken som skulle komme for å nå slike mål.

Spørsmålet man ikke stilte var hvilken økt kvalitet og kapasitet og hvilke organisatoriske grep i helsetjenesten som ville føre til at innbyggerne lever lenger og er friskere, men bruker helsetjenesten mindre i løpet av den enkeltes livsløp? Og om mer forebygging og en kostnadsreduksjon i diagnostikk og behandling vil balansere de alternativkostnader som følger av at en allerede aldrende befolkning vil leve enda lenger utover faktisk gjennomsnittlig pensjonsalder?

Sagt på en annen måte; hvis tidlig intervensjon og bedre primærhelsetjeneste bedrer befolkningens helse og øker dens levealder så er det et ubetinget gode for den enkelte borger, men vil det samfunnsøkonomiske regnskapet gå i pluss?

Dette spørsmålet kan ikke besvares med lettvinne påstander om at «forebygging er bedre enn behandling» og at «forebygging lønner seg» i en tid hvor et økende antall innbyggere kan regne med å leve 20–25 år etter pensjonsalder, ofte med flere ulike kroniske behandlingskrevende tilstander. Hvis helsetjenesten skulle prioritere samfunnsøkonomisk lønnsom behandling burde vel fokuset heller være høyt på tilstander som gir moderat eller ingen reduksjon i forventet livslengde men stor risiko for tapt arbeidsevne. Da snakker vi om lettere psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser, tilstander som samhandlingsreformen slettes ikke hadde fokus på.

Virkemidlene i samhandlingsreformen

Virkemidlene som ble valgt i reformen var først og fremst en transaksjonsøkonomi knyttet til pasienter innlagt i sykehus, herunder kommunal medfinansiering av somatiske innleggelser i sykehus, og overføring av økonomi fra de regionale helseforetakene til kommunene for å finansiere somatiske kommunale øyeblikkelig hjelp senger (ØHD) som et alternativ til innleggelse i sykehus.

Tiltakene ble forankret i et omfattende lov- og forskriftsarbeid, hvor ny lov om helse- og omsorgstjenesten i kommunene (2) og en revidert forskrift om betaling for utskrivningsklare pasienter (3) var de viktigste grepene. Det ble et lovkrav for regionale helseforetak og kommuner å etablere et sett med samarbeidsavtaler med pålegg i den nye helse- og omsorgslovens §6-2.

Ressursoverføring til kommunene – men økt satsing på medisinsk utredning og behandling i primærhelsetjenesten?

Samfunnets kostnader til fastlegeordningen er relativt beskjedne i forhold til utgiftene både til sykehustjenester og den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten. I 2014 ble det benyttet totalt 121,7 mrd. kroner på primærhelsetjenesten og 127,9 mrd. kroner på sykehustjenester (4).

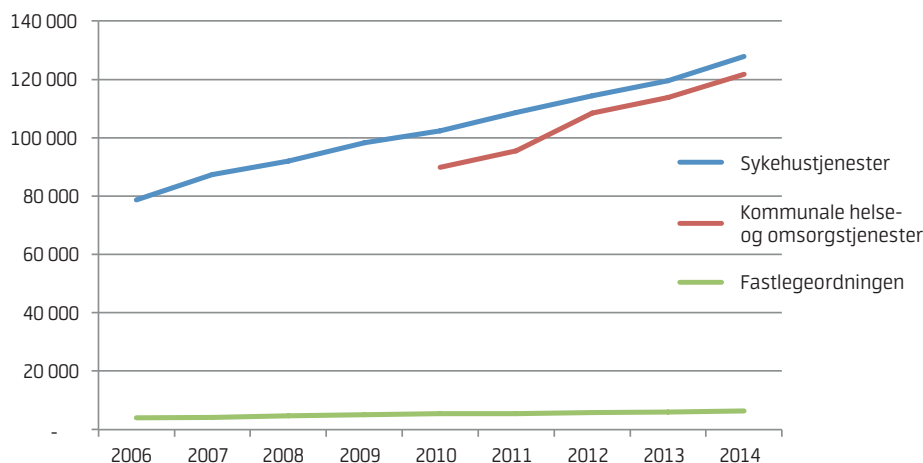
Til sammenligning kostet fastlegeordningen 6,4 mrd. kroner i refusjoner og egenandeler samt 2,2 mrd. kroner i per capita-tilskudd, i alt 8,6 mrd. kroner, svarende til 3,6 prosent av totalkostnadene for helse- og omsorgstjenester.

Som det fremgår av figurene i dette oppslaget er det et stadig økende gap mellom finansiell innsats i spesialisthelsetjenesten og andre kommunale helse- og omsorgstjenester og fastlegeordningen. Fastlegeordningen sakker kontinuerlig etter, som et tegn på manglende satsing på utvikling av ordningen (5). Kostnadene til pleie- og omsorgstjenester og drift av spesialisthelsetjenesten synes å stige ufortrødent videre og ikke tydelig påvirket av samhandlingsreformen.

– og ble det flere leger i kommunene etter samhandlingsreformen?

I løpet av 12 år (2001–2013) har det vært en økning på 726 fastleger eller 19,8 prosent,

FIGUR 1. Helseutgifter i spesialisthelsetjenesten, kommunal helse- og omsorgstjeneste og fastlegeordningen 2006–2014. KILDE: SSB



reform – og hva så?



ifølge den offisielle fastlegestatistikken. Antallet fastleger som er kvinner har i samme periode økt med 631. I den samme perioden økte Norges befolkning med 12,9 prosent. Andelen som mottar pleie- og omsorgstjenester (som også er storforbrukere av legetjenester) er tredoblet i løpet av de siste 20 år.

Veksten i totalt antall legeårsværk i kommunehelsetjenesten var i perioden 2008–2014 på 17,5 prosent (792 årsverk), mens den i spesialisthelsetjenesten var 24,8 prosent (2990 årsverk). I samme periode økte antallet årsverk innenfor pleie- og omsorgstjenesten i kommunene med 13 000 årsverk fra 121 000 til 134 000. I spesialisthelsetjenesten økte antallet årsverk fra 81 572 i 2003 til 89 768 i 2013. Landets ca. 4500 fastleger samarbeider derfor i dag med totalt ca. 225 000 årsverk i de øvrige helse- og omsorgstjenestene.

Veksten i både spesialisthelsetjenesten og pleie- og omsorgstjenesten har vært stor etter årtusenskiftet. Denne økningen i personellinnsatsen har vært ansett som nødvendig i en periode med økende behandlingsmuligheter og stadig flere som lever med omsorgsbehov som følge av dette, mens veksten i legeårsværk i kommunene har altså vært beskjeden. I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble det fremmet forslag om en betydelig økning i antallet leger i kommunehelsetjenesten. Blant annet heter det her:

Regjeringen vil framover legge til rette for at veksten i legetjenester i hovedsak skal komme kommunene til del. Gjennom dette vil det gis rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til en styrking av allmennmedisinske offentlige oppgaver.

Dette har ikke vært fulgt opp av nasjonale myndigheter og kommunene, og antallet primærleger i forhold til leger i spesialisthelsetjenesten har også etter 2008 relativt sett fortsatt falt, slik det har gjort gjennom mesteparten av etterkrigstiden (SE FIGUR 2).

En intensjon om å øke antallet primærleger kan ikke gjenfinnes i stortingsmeldingen om fremtidens primærhelsetjeneste (6). Nå er det fokus på at fastlegene ikke skal bli flere, men at de skal avlastes av andre personellgrupper.

I en nylig utgitt rapport – *General Practice Forward View* – fra engelske National Health Service (NHS) beskrives en nokså parallell utvikling i England, som nå har ført til at NHS planlegger et krafttak for å styrke allmennpraksis (7). I forordet til denne rapporten skriver NHS-direktøren blant annet følgende:

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.

Hvorfor blir det slik også i England? Englands NHS klarer ikke å hindre en massiv finansiell og personellmessig skjevutvikling til tross for at dette er et hierarkisk ledet helse-system uten ulike forvaltningsnivåer. Det gjør det kanskje lettere å forstå at dette også skjer i Norge, hvor 428 kommuner hver for seg skal drifte sin egen helsetjeneste.

Det er åpenbart at ressursdriverne i spesialisthelsetjenesten er mye mer virksomme enn i primærhelsetjenesten og derfor må møtes med effektive omfordelende virkemidler uavhengig av om man drifter med ulike forvaltningsnivåer eller ikke. Hvordan dette skal løses i den norske modellen er en gåte i seg selv, men det haster, og krever betydelig politisk mot og gjennomslagskraft.

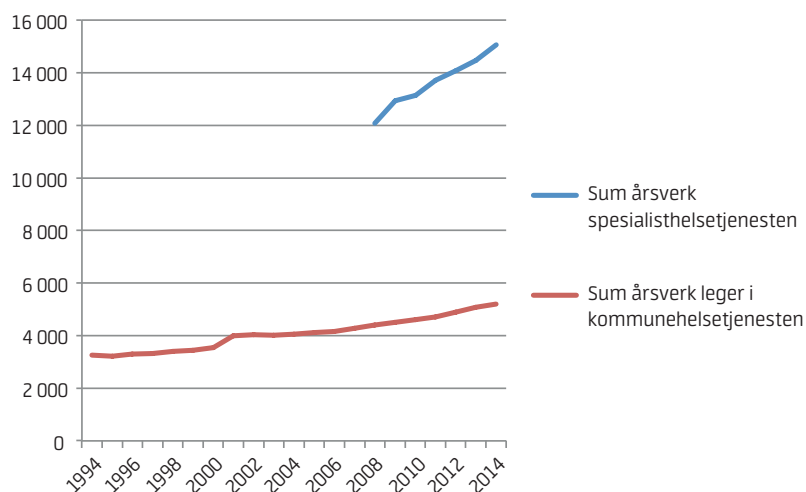
Forventningene til samhandlingsreformen

Flere pasienter skulle behandles i kommunene. Dette skulle føre til redusert kostnadsvekst i spesialisthelsetjenesten og overføring av økonomi til kommunene, som på sin side skulle ta ut gevinster ved at bedre forebygging skulle skape en friskere befolkning som trengte mindre helsehjelp og omsorg, og underforstått, hvis den levde lengre allikevel skulle være «billigere» for kommunene. Liggetiden i sykehus skulle ned ved at kommunene skulle betale for overliggerdøgn for pasienter som sykehuset hadde vurdert som utskrivningsklare, og «unødvendige innleggelse» skulle helst håndteres i kommunale senger. Den kommunale medfinansieringen skulle være et incentiv for kommunene til å utvikle sitt tjenestetilbud.

Resultatene av samhandlingsreformen

Effekten av samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner har vært evaluert (8). Hovedinntrykket er at avtalene er nokså likelydende. Det ser ut til at de forringene som ble lagt i den nasjonale avtaleveilederen (9) som ble utviklet av Helse- og omsorgsdepartementet i samarbeid med «partene» har bidratt til den ensartete praksisen. Lokale forhold, og forpliktelser mellom partene utover det som allerede

FIGUR 2. Utvikling av antall legeårsværk i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Tall ikke tilgjengelige før 2006 for spesialisthelsetjenesten. KILDE: SSB





fremgår av lov- og forskriftskrav ble i liten grad er tatt inn i avtalene.

Ingen klinikere deltok i utvikling av avtaleveilederen, og legenes rolle i helsetjenesten ble lite synlig. Legevakt er for eksempel helt kort knyttet til innleggelsesprosedyrer, og avtalespesialister og fastlegers rolle er omtalt under *øvrige tema som det kan lages avtale på*.

Helsedirektoratet laget også en veileder for øyeblikkelig hjelp-senger i kommunene (10), som siden er blitt revidert. Man la til grunn et nasjonalt forsvarlighetskrav om 24 timers tilstedeværelse av sykepleier, mens kravene til leges nærvær i hovedsak ble overlatt til kommunen å beslutte. I revidert utgave er dette noe skjerpet slik at det nå tilrås at

...i et kommunalt tilbud som omfatter observasjon og utredning av pasienter med uavklarte tilstander må det være tilstedeværelse eller mulighet for rask tilkalling av lege 24 timer i døgnet.

Det legges fortsatt til grunn at legevaktslegen kan gjøre jobben.

Kommunal medfinansiering var det tyngste økonomiske elementet i reformen med en økonomisk ramme som var nesten ti ganger så stor som for utskrivningsklare pasienter. I den politiske prosessen var flere forslag på bordet, bl.a. inntil 100 prosent kommunal finansiering av enkelte diagnosegrupper som kols og diabetes, og ditto for personer over 80 år. Motstand fra de store pasientorganisasjonene ble som forventet sterk, og man endte med en flat medfinansiering på 20 prosent av DRG (diagnoserelaterte grupper) for innleggelser med medisinske diagnoser. Svakheten med denne modellen var åpenbar; kommunene måtte styrke sine tjenester på alle medisinske diagnosegrupper for å kunne påregne en effekt på sine kostnader, mens å satse på tiltak overfor enkelt diagnoser gav for liten gevinst. Netto-effekten ble et nullsumspill

hvor 4–5 milliarder ble flyttet, fakturert og motregnet uten påregnelig nytte for noen. Det ble derfor lite støy da regjeringen Solberg kort tid etter tiltredelsen besluttet å fjerne medfinansieringsmodellen.

Betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter hadde en umiddelbar og kraftig effekt. Kommunene hentet ut omsorgskrevende pasienter i høyt tempo og antall overliggedøgn – og for en kort stund antall korridorpasienter – stupte på de fleste sykehus. Kommunene responderte ved å gire opp aktiviteten i hjemmesykepleie og i sykehjem, men heller ikke denne del av reformen tilførte kommunene en netto økonomi som gav rom for tjenesteutvikling. Legetjenesten var som tidligere beskrevet i liten grad påvirket av de valgte virkemidlene, og ble stående «på utsiden» av reformen. Både Statens helsetilsyn og Riksrevisjonen har vurdert deler av reformen, og fremfører tydelig kritikk mot gjennomføringen.

Kritikken mot reformen

Riksrevisjonen skriver blant annet at

...selv om kommunene mottar sykere pasienter med større behov for behandling og pleie enn tidligere, har kommunene verken økt kapasiteten eller hevet kompetansen til ansatte nevneverdig etter innføringen av samhandlingsreformen.

Man finner også at både kommuner og fastleger mener at mange blir skrevet ut for tidlig og at dette skaper utfordringer for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Videre påpeker Riksrevisjonen at:

ØHD er lite brukt, og at virkemiddelet ikke brukes slik Stortinget har forutsatt. Slik ØHD benyttes i dag, står ikke antall behandlede pasienter i et rimelig forhold til det offentlige utgifter.

Helsetilsynet gjennomførte i 2015 tilsyn med utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen (11). Tilsyn-

net avdekket at pasienter fikk for lite informasjon om behandlingen på sykehuset og hva som skulle skje når de kom hjem. Tilsynet viste også alvorlig svikt i samhandlingen mellom sykehus og kommune. Dette handlet dels om måten informasjon ble oversendt på, men også om mangler ved innholdet, eksempelvis om pasientens helsetilstand, funksjonsvurdering og legemiddelinformasjon.

En forventet effekt av tidligere utskrivinger var en økning i ikke-planlagte reinnleggelser. Helsedirektoratets samhandlingsstatistikk (12) viser at andelen personer som reinnlegges akutt innen 30 dager har vært jevnt økende for pasienter i behov av pleie- og omsorgstjenester fra 2011 til i dag, mens det i samme periode er en jevnt fallende tendens for personer som ikke er pleietrengende etter utskrivning både for de over 80 år og for hele populasjonen. Selv om det i litteraturen er påvist varierende sammenheng med andel tidlige reinnleggelser og utkomme i form av dødelighet er det all grunn til å bekymre seg over at nettopp de sykeste synes å være de som presses for raskt ut. Det haster derfor med å identifisere gode verktøy for å vurdere den faktiske effekten på våre pasienters helse av de økonomiske styringsvirkemidlene. Men foreløpig teller vi bare forløp og ikke utkommet for den enkelte.

Var reformens hovedvirkemidler basert på beste faglige råd?

Det manglet ikke faglige innspill, både i forkant av stortingsmeldingen og i tiden frem mot 2012. Blant annet nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet i november 2010 en bred og meget kompetent ekspertgruppe som skulle se særskilt på helsetjenesten til syke eldre (13). Gruppen skulle særlig se på kommunale alternativ før, i stedet for og etter innleggelse i sykehus for

eldre pasienter. Ekspertgruppen påpekte blant annet:

- Kommunale ØHD-senger kan være et tilbud for pasienter med avklart diagnose uten akutt funksjonssvikt og uttalt komorbiditet, og med lang vei til sykehus.
- Det er ikke dokumentert at det forekommer et stort antall unødvendige innleggelser av eldre, og kommunale ØHD-senger kan ikke forventes å gi vesentlig reduksjon i behovet for sykehussenger.
- Kommunale ØHD-senger må ha høy kvalitet på utstyr og bemanning fastsatt som nasjonale normer (røntgen, blodprøver, overvåkningsutstyr, døgnskinnerlig legeberedskap)
- Tilgang til sykehusets journalsystem for ansatte i ØHD er en forutsetning for gode behandlingsløp mellom forvaltningsnivåene.
- ØHD og sykehus må ha en og samme finansieringskilde for å unngå økonomisk press som påvirker sykehusene til å skrive ut for tidlig.
- Betalingsforskriften for utskrivningsklare pasienter fremmer ikke samarbeid, men er et typisk eksempel på en ordning som fremmer «svarteperspill» om pasientene.
- Det må antas at denne rapporten raskt ble lagt til «mogning i myrkret», all den tid ingen av dens sentrale anbefalinger ble tatt til følge – snarere tvert i mot.

Quo Vadis samhandlingsreform?

Samhandlingsreformen slik den faktisk ble, fremstår først og fremst som et sett med økonomiske virkemidler som skal redusere ulempene knyttet til at helsetjenesten er organisert i to siloer med ulik finansiering og lovregulering. Fortsatt leveres tjenestene av små og store virksomheter på ulike forvaltningsnivå, som først og fremst har

som oppdrag å levere tjenester innenfor sine egne budsjetter. Samhandlingen er i stor grad både styrt og begrenset av penger.

Vi vet egentlig ingenting om reformens effekt på helsetjenestekvaliteten eller pasientsikkerheten. En tydelig oppbygging av tjenestetilbud og kompetanse i kommunene har ikke funnet sted. ØHD-sengene har lavt belegg og i sum få liggedøgn. Med enkelte lokale unntak er det beskjedne resultater å vise til.

Satsingen på kommunikasjon og IKT-løsninger i Helse-Norge er fortsatt preget av pengeknapp konsolidering på gammel-dagse tekniske plattformer og langsiktige vyer med usikkert potensial. Aktiviteten i helseforetakene er høyere enn noensinne, men antall senger pr. 1000 innbyggere er lavt i et OECD-perspektiv, og liggetiden er blant Europas korteste. Veksten i antall leger i spesialisthelsetjenesten har fortsatt å være det flerdobbelte av økningen i antall leger i kommunehelsetjenesten. Virkemidlene i samhandlingsreformen har i liten grad utløst tettere faglig samarbeid, kompetanseutveksling og gjensidig hjelp. Og man har vel i og for seg fått som mest.

Fra et kvalitetsperspektiv må det kunne hevdes at reformen enten er uten betydning eller faktisk en pasientsikkerhetsrisiko, og nesten garantert ikke et kvalitetsløft. Det er jo en skuffende konklusjon når heller ikke vekst i samlet pengebruk eller ressursallokering ble endret som følge av reformen. Den korte beskrivelsen av reformen er at den ikke har oppnådd sitt mål. Da kan det selvfølgelig være fristende heller å nevne alle de gode lokale prosjektene og samtalene som lojale kommuner og helseforetak satte i gang for å gjennomføre reformen. Det er da også riktig at mye bra skjedde, men det er noe annet enn å nå må-

lene. Men som Bjørnstjerne Bjørnson sa det for mer enn 100 år siden: *I politikken må sannheten vente til noen har bruk for den.*

Den neste store debatten om samhandling i norsk helsetjeneste vil nesten helt sikkert dreie seg om de helt grunnleggende forholdene knyttet til forvaltningsnivåer og finansieringsmodeller, med nye teknologiske muligheter som et bakteppe. Fremtiden er nærmere enn vi tror og blir annerledes enn vi tenkte. Og kanskje kommer det et løft – og ikke bare løfter – som også bringer med seg økte ressurser, økte muligheter og økte kompetansekrav til primærlegene. Det fortjener våre pasienter.

REFERANSER

1. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.
2. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.
3. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
4. Tallene er hentet fra www.ssb.no.
5. Sammen for en bedre primærhelsetjeneste. Rapport fra Legeforeningen 2015.
6. Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet.
7. General Practice Forward View. National health Service april 2016).
8. Thokle Martens C, Veenstra M: Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommune. Fra dialog til avviksmelding? NOVA rapport 9/2015.
9. Samhandlingsreformen – Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak, nasjonal veileder. Helse- og omsorgsdepartementet 2011.
10. Kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Veiledningsmaterieill, Rapport fra Helseledelse 2012, revidert 2/2014.
11. Rapport 1/2016 Landsomfattende tilsyn i 2015 med samhandling om utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunen.
12. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/samhandlingsstatistikk>.
13. Helsetjenester til syke eldre. Rapport fra ekspertgruppe nedsatt av Helse- og omsorgsdepartementet november 2010.

■ JAN.EMIL.KRISTOFFERSEN@LEGEFORENINGEN.NO



Veileder for sykmelding

– støtte til å ta fornuftige beslutninger

■ THEA STEINERT • Fastlege, Væøy legekonsult

I dagens samfunn hører det ikke lenger til sjeldenhetene at pasienter kommer til legen med en formening om hva de kan forvente seg av legetimen. Ofte har pasientene gjort seg tanker om hvorvidt vedkommende skal være i arbeid, og hvor lenge de skal være sykmeldt. Utfordringene dukker opp når du som fastlege ikke er enig i pasienten sin vurdering og det oppstår dårlig stemning.

Mange leger fra ulike spesialiteter har tatt seg tid til å være med og utvikle et hjelpemiddel i legens arbeidshverdag slik at avgjørelsene som skal danne grunnlag for sykmelding blir gjort på en fornuftig og konkret måte – som en beslutningsstøtte.

Sykmeldingsmarerittet

Tenk deg tilbake der du tar fatt på en ny dag i distriktsturnus – en stille morgen på legekonsulten. Du er den nye og mest uerfarne, og nå har utfordringene ved det nye arbeidssynet og ny arbeidsform begynt å synke inn for alvor. Det har gått noen uker, så alt er heldigvis ikke helt nytt lenger – du kjenner til en del rutiner, har satt deg inn i hvordan journalsystemet fungerer, hvor utstyret befinner seg og hvilke skjemaer som skal brukes. Det har etter hvert også blitt lettere å kjenne igjen enkelte diagnoser og å svare på spørsmål, for mange av kontaktene omhandler det samme. Men det som ikke har blitt lettere derimot, er kunsten å skrive sykmelding!

La oss si at første pasient denne dagen er en mann i sin beste alder. Han kommer for å få sykmelding. Du gir et vennlig håndtrykk, det utveksles navn og noe småprat

de første minuttene. Det er en hyggelig tone med smil og kommentarer om det fine været.

Han føler seg slapp og sliten, er ikke helt i form og han sier at han ikke får utført jobben sin som han skal. Det er også mange gjøremål som har hopet seg opp i hjemmet, som han ikke har fått tid til å ta seg av. Han har hatt slike perioder tidligere og sier han trenger en sykmelding tre uker frem i tid, i hvert fall nå som det er et stort slekts-
treff rett rundt hjørnet.

Etter at anamnesen er tatt og den generelle kliniske undersøkelsen og labprøvene viser at alt er normalt mener du det ikke er behov for sykmelding, i hvert fall ikke over en lang periode, og forslår en kort full sykmelding på noen dager for å kunne hente seg litt inn.

Mannens vennlige tone forandrer seg nå. Han mener bestemt at han må ha minst tre uker sykmelding, og han hevder at dette ville den forrige legen hans gitt ham uten å nøle. Han legger føringen, og har tydelig forberedt seg og tenkt på denne samtalen en stund. Du som lege er uforberedt.

Det er kort tid til neste konsultasjon. Du forteller han hva plagene hans mest sannsynlig kommer av, hva som kan lindre og hvordan det normale forløpet pleier å være. Anamnese og funn tyder på at pasienten er i bedring, og du mener at det ikke vil være nødvendig å være hjemme fra arbeidet.

Den gode dialogen skli ut, for pasienten har erfart at han alltid blir slått ut i flere uker ved liknende symptomer, og han mener at han ikke kan være i arbeid før han har kommet seg «ovenpå». Nye spørsmål må til, her skal redegjøres for arbeidsoppgaver på arbeidsplassen, mulighet for tilrettelegging osv. Det diskuteres og samtalen er fremdeles høflig, men begynnende anstrengt. Tiden har rent ut for lengst, og dere kommer ikke til enighet. Til tross for at du som turnuslege har god tid per konsultasjon, skrives denne sykmeldingen på

overtid. Og hverken pasienten eller du er særlig fornøyd med utfallet av denne konsultasjonen. Kunne en veileder for sykmeldere ha vært til hjelp her?

Sykmelding er utfordrende

Leger blir aldri utlært. Hver eneste dag kan vi lære noe nytt, og det er alltid noe vi kan bli bedre på – alt fra diagnostisering og behandling av sykdommer, til å skrive sykmeldinger. Som nyutdannet lege tok det ikke lang tid før jeg skjønnte at en fastleges arbeidsdag består av en betydelig del trykdemedisin.

Eksempler på sykmeldingsforespørsler som jeg synes har vært utfordrende har vært:

- Pasienten trenger sykmelding for å kunne forberede et planlagt privat engasjement, der arbeidet må vike for å få det til
- Pasienten (ansatt i skoleverket), ber om sykmelding fram til skolestart så han/hun kan ta ut ferie etter skolestart, da gleden av ferien ble redusert på grunn av sykdom
- Pasienten mener det er nødvendig med lang sykmelding ved ukomplisert luftveisinfeksjon, da det har vært nødvendig tidligere
- Pasienten føler seg sliten i jobben og kommer med krav om å bli sykmeldt i en gitt periode. Herunder også konflikter på arbeidsplassen som årsak til sykmelding.
- Pasienten har vært til behandling eller er under utredning ved spesialisthelsetjenesten, og mener det er nødvendig med sykmelding i påvente av resultat.
- Pasienten har forventninger om å være borte fra jobb fordi «jeg må være helt frisk før jeg kommer tilbake».

Kanskje kjenner du deg igjen i noen av disse problemstillingene, kanskje har du andre eksempler på situasjoner som er utfordrende. Noen ganger er sykmelding lett å forsvare. Ja, det kan til og med hende du overtaler pasienten til å være sykmeldt en

tninger



periode, fordi du mener det må til når pasienten ikke ser sine egne begrensninger og kan ende opp med å bli langvarig sykmeldt. Men overraskende mange sykmeldingsvurderinger er utfordrende.

Jeg fant fort ut at det ble vanskelig å være så «streng» som jeg hadde tenkt, når sykmeldingen skal skrives. Var jeg for snill som gav etter og skrev en 100 prosent sykmelding sammenhengende over flere uker? Hva slags mestringsstrategier, arbeidsvilje og restfunksjon hadde denne pasienten egentlig? Er dette en person som vil ha godt av å være i arbeid?

Ofta har jeg lurt på: Hva ville andre ha gjort?

En gang i blant, som illustrert i innledningen, kan det oppleves som en tendens at noen mennesker «sykmelder seg». Pasienten har da en klar formening om hva slags sykmelding de må ha og hvor lenge de trenger gå sykmeldt. Enkelte tror at det er gunstig for helsen å være lenge sykmeldt og de blir ofte støttet av sine nærmeste: «nå må du ta vare på deg selv» eller «du fortjener en pause nå». Utfordringen her er ikke nødvendigvis en konflikt mellom lege og pasient, men et spørsmål om kunnskap hos begge parter – og det kreves mot til å

utforske pasientens tanker. Noen ganger innehar legen viten om at sykmelding ikke har medisinsk grunnlag, eller at sykmelding faktisk er kontraindisert. Andre ganger er gradert stilling å foretrekke. I begge tilfeller er tanken at det er viktig å beholde kontakten med arbeidslivet fordi arbeid kan gi mestringsfølelse, tilhørighet og mening også i en periode med sykdom.

Her kan vi som leger komme opp i et dilemma, der det blir anstrengende å motsette seg pasientens ønske eller forventning om sykmelding. Særlig de langvarig sykmeldte utgjør den største utfordringen for fastleger. Tidspresset i en travel praksis kan gjøre det vanskelig å ta denne diskusjonen, da det krever betydelig mer tid å prøve få ned prosent og antall dager. Det er klart en skal forsøke å unngå sykmelding der det ikke er hensiktsmessig, men det kan oppstå ubehagelige situasjoner der pasienten uttrykker misnøye og tilskriver legen personlige motiver.

Veilederen kan da gi generelle anbefalinger å støtte seg på; forhandlingsstøtte som en kan vise til dersom det oppstår en uenighet mellom lege og pasient, eller dersom en skal forsøke få en pasient tilbake til arbeidslivet.

Beslutningsstøtten – «Veileder for sykmeldere»

Beslutningsstøtten er et verktøy som kan brukes til å innhente informasjon og gi sykmeldere et innblikk i forventet forløp og behov for sykmelding ved ulike diagnoser.

Beslutningsstøtten må likevel ikke forveksles med en behandlings- eller oppfølgingsveileder.

Dersom en konsultasjon ender opp i en sykmelding, skal diagnosen som kjent begrunne årsaken til funksjonsnedsettelsen som gir krav til trygdeytelser. Det er mulighet for å lese om den aktuelle diagnosen i veilederen og få en pekepinn på hvilken type sykmelding som er anbefalt. Der det lar seg gjøre, vil det stå forventet tidsperiode man kan forsvare å gi full sykmelding. Veilederen gir også alternativer til 100 prosent sykmelding, slik som avventende sykmelding og graderinger av sykmelding. Den forsøker å fremme fordelene ved å være i arbeid der det er aktuelt.

Skjønnsmessige vurderinger

Alle leger vet at vurderingen av pasienter ikke kan generaliseres slik veilederen til en viss grad gjør. Smerter og funksjonstap kan

være svært ulike ved samme diagnose. Arbeidskrav og tilretteleggingsmuligheter vil og variere fra individ til individ. Dette må legene ta hensyn til i hvert tilfelle. Det samme gjelder der et sammensatt sykdomsbilde kompliserer sykmeldingsprosessen. Kanskje skrives sykmeldingen på grunnlag av multimorbiditet, der en enkelt diagnose på blanketten alene ikke ville gitt grunnlag for sykmelding. Vi blir minnet om at pasienten må vurderes og behandles individuelt.

Det er avgjørende at godt klinisk skjønn sammen med kunnskap om pasient og omgivelser brukes for å individualisere anbefalingene. Behandleren av pasienten må ta hensyn til disse individuelle variasjonene og skrive sykmelding deretter. Veilederen er ikke en innføring av normering, men en beslutningsstøtte.

Hvem vil ha utbytte av veilederen

Erfarings og kjennskap til pasientene og deres sykehistorier hjelper et stykke på vei i arbeidet med trygdemedisin. Med lengre fartstid vil det og være lettere å få gjennomslag for å avslå sykmeldinger eller redusere graden. Mange vil gjerne ha faglige råd, og kan endre meninger etter en diskusjon med legen sin. Et etablert tillitsforhold gjør at pasienten føler seg tatt på alvor, til tross for uenighet om sykmelding.

FAKTA OM SYKMELDINGSVEILEDEREN

- Diagnosespesifikke anbefalinger for sykmelding
- Gir kunnskapsbaserte anbefalinger om avlastning og sykmelding for ca 250 diagnoser
- Er en videreutvikling av den generelle Faglig veileder for sykmeldere fra 2011
- Prosjektet ledet av Helsedirektoratet i samarbeid med AV-direktoratet. Prosjektleder May Cecilie Lossius.
- Faglig ledelse; spes. allmennmedisin Kjartan Olafsson og spes. arbeidsmedisin dr.med Liv Haugli
- 80 leger, 4 manuellterapeuter og 2 kiropraktorer har deltatt i skriving av anbefalingene.
- Legeforeningen har oppnevnt legene og sittet i styringsgruppa
- Anbefalingene ligger som en webløsning på Helsedirektoratet.no: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sykmelderveileder>
- Anbefalingene er integrert i NEL
- Anbefalingene skal integreres i allmennlegenes EPJ systemer mot slutten av 2016 og tidlig 2017

Likevel hender det støtt og stadig at leger med lite kjennskap til pasienten trer inn i rollen som sykmelder, til tross for at de kun har møtt pasienten én eller få ganger, her kan nevnes leger i ny praksis, turnusleger, legevikarer, og spesialister på sykehus. Det er kanskje her de største konfliktene kan oppstå. Et oppslagsverk med anbefalinger til sykmeldere kan gi unge leger den tryggheten til å ta disse kampene. Jeg mistenker at det er størst behov for veileder i denne gruppen.

Men veilederen kan være til nytte for erfarne leger også. De fleste pasienter som har vært innlagt og behandlet i spesialisthelsetjenesten skal ha videre oppfølging hos fastlegen. Da kan selv en erfaren fastlege mangle spesialkunnskapen om den aktuelle sykdommens forløp og tilfriskningsperiode, og dermed ha mangelfull kunnskap om hvor lang tid det er nødvendig med sykmelding. Hvor lang tid kan en regne med at denne diagnosen vil gi nedsett arbeidsfunksjon? Det er ikke alltid epikrisene omtaler hvor lenge pasienten har behov for ro og hvile, og det kan være vanskelig å anslå – selv for en spesialist i allmennmedisin. En kan også snu det på hodet: Fastleger i Norge er tett knyttet til pasientene sine, og kan nettopp derfor ha vansker med å avslå sykmeldinger. Veilederen kan tas opp under konsultasjonen til diskusjon med pasienten og brukes til å finne en løsning sammen.

Også sykehusspesialister kan komme over pasienter på sengepost med flere medisinske problemstillinger i behov av sykmelding. Tilstanden kan være preget av sykdommer som er utenfor deres spesialkompetanse. Da kan veilederen være nyttig å ha for hånden.

Reduksjon av «unødvendige» sykmeldinger

Oppdraget fra politikerne hadde som mål å få ned antall unødvendige sykmeldinger og sykmeldingsdager. Veiledningsrådene har derfor hatt fokus på å fremme aktivitet og begrense unødig passivisering. Ofte vil det stå i teksten at sykmelding ikke nødvendigvis vil tjene pasienten. Det oppfordres til å benytte andre alternativer til full sykmelding, da en god løsning kan være å opprettholde aktiviteten og involvere arbeidsgivere. Teksten kan vises til pasienten i situasjoner der det er uenighet om hvordan sykmelding skal utformes. Variasjonen i sykmeldingsarbeidet er så stor at det er et kvalitetsproblem. Veilederen kan bidra til at lengden på sykmeldinger ved visse diagnoser vil bli mer likeartede, slik at det skapes forutsigbarhet for pasient og arbeidsgiver.

Rådene er skrevet av leger som vet at sykmeldinger ikke kan normeres. Vi har hatt Sverige i bakhodet, da de har gjort forsøk på normering av sykmeldinger, men det har hatt mindre vellykket mottakelse. Legen må se hele pasienten og ta hensyn som strekker seg forbi enkel diagnosesetting. Leger som skriver sykmeldinger bør kjenne pasienten de skriver sykmelding til, og det er viktig å ikke frata legene deres autonomi.

Beslutningsstøtten vil kunne bidra til mer korrekt og nøyaktig diagnosesetting. Det er statistisk viktig for å kunne forebygge og forske på samfunnsmessig plan, samt at sykmeldere vil få oversikt til vurdering av egen praksis. Riktig diagnosesetting er også viktig juridisk sett, da diagnosen kan følge pasienten.

Dersom pasienten har en sykdom eller skade som i seg selv ikke gir grunnlag for sykmelding på den aktuelle arbeidsplassen, må en vurdere å endre diagnosen til den diagnosen som gir funksjonstapet og dermed utløser rett til sykepenger. Dersom en setter en foreløpig diagnose, f.eks. i påvente av nærmere utredning, gjør veilederen oss oppmerksom på at «kort sykmelding kan være nødvendig» og at tilstanden bør revurderes og ny diagnose settes dersom symptomene går over en viss varighet.

Hvordan veilederen kom til

Leger med ulike bakgrunn fra hele landet ble invitert til å være med på å utforme Beslutningsstøtten. Det har vært god oppslutning på møtene og høy arbeidsinnsats. Mange faglig sterke personer i ulike fagfelt har dedikert mye av sin tid til dette prosjektet.

Vi ble innkalt til samlinger og startet med et møte i plenum med informasjon om status, siste oppdateringer og besvaring av spørsmål. Deretter gikk alle til sine respektive grupperom, der vi fikk utdelt forslag på maler som skulle utfylles og utarbeides. Ulike diagnoser ble diskutert for å utforme så mange tekster som mulig fra ICPC og ICD-10 manualene.

Internt i gruppene ble det utvekslet tekster på mail, for senere å gjennomgå disse i plenum. Tekstene er blitt revidert en rekke ganger gjennom denne prosessen.

Samarbeid på tvers

Som turnuslege ble jeg forespurt om å delta på utarbeiding av Beslutningsstøtten og deltok i psykiatri-gruppa, med Gro Selås som gruppeleder. Gruppen bestod av to overleger i psykiatri (Ingrid Olsson og Gro Selås, hhv sykehus og DPS), to spesialister i

allmennmedisin (Bodil Åsvang Olsen og Bente Aschim), en rådgivende lege i NAV (Morten Calmeyer), en seniorrådgiver i Helsedirektoratet (Randi Røed Andersen) og meg selv.

Å utforme tekstene innen psykiatri viste seg å bli meget interessant. Særlig fordi mange av diagnosene er komplekse og har liten overføringsverdi. Det er lite forskningsbasert kunnskap som foreligger på området med tanke på sykmeldingslengde og -behov, og vi ble raskt enige om at det er avgjørende med konsensus.

Det ble vanskelig å holde tidsskjemaet fordi samtaler og diskusjoner rundt hver diagnose vekket et stort engasjement blant gruppe medlemmene. Det var fint at gruppen ikke var homogen, slik at vi fikk frem forskjellige synspunkter.

Fra skepsis til tillit

Diskusjonene har vært livlige rundt hvordan dette arbeidet skal utføres, og mange har nok hatt en viss skepsis til hvordan dette vil bli mottatt og om prosjektet vil ha samfunnsøkonomisk betydning. Prosessen har gitt rom for tilbakemeldinger, diskusjoner og evalueringer underveis, og selv de største skeptikerne har sett at det ligger et potensiale til endring i sykmeldingspraksis ved å ta i bruk veilederen. Eksempelet fra tidligere kan da løses på følgende måte, dersom en «Veileder for sykmeldere» blir benyttet;

Det er tatt en grundig anamnese, generell klinisk undersøkelse og labprøver, som ikke viser avvik. Orienterende blodprøver er tatt og kan eventuelt utelukke fysisk årsak til symptomene hans, men dette vil ta

noen dager å få svar på. Du mener det ikke er behov for sykmelding, i hvert fall ikke over en lang periode, og forslår en kort full sykmelding på noen dager for å kunne hente seg litt inn.

Mannens vennlige tone forandrer seg og samtalen begynner å bli anstrengt. Han mener bestemt at han må ha minst tre uker sykmelding da han ikke klarer utføre arbeidsoppgavene sine og føler seg nedfor, og han hevder at han ikke kan gå tilbake i arbeid før han har hentet seg inn. Tiden begynner å renne ut, neste pasient er allerede på venterommet. Ut fra anamnese og undersøkelse mistenker du ikke at det foreligger en underliggende fysisk sykdom eller langvarig psykisk sykdom, og du setter diagnosen Depresjonsfølelse (Po3), som skal brukes i et begrenset tidsrom under utredning eller ved en kortvarig avlastning. Ved å slå opp i veilederen på Po3 finner du et forslag som lyder slik: «Unngå sykmelding så langt det er mulig...kortvarig sykmelding inntil 2 uker kan unntaksvis være nødvendig. Full sykmelding ut over denne perioden frarådes fordi det trolig kan gi økt risiko for funksjonstap». Dette kan du vise til pasienten på skjermen. Du foreslår at han får en oppfølgingstime til uka når blodprøvesvarene foreligger, og gir råd om fysisk aktivitet og regelmessig livsførsel i mellomtiden, som angitt i veilederen. Så informerer du om at dersom prøvene skulle avdekke en kroppslig sykdom må en annen diagnose benyttes, og først da kan en mer langsiktig form for sykmelding vurderes. Dersom blodprøvene er normale men symptomene fremdeles er tilstede, vil veilederen anbefale tilrettelegging eller gradering fremfor full sykmelding. Om pasi-

Beslutningsstøtten kan brukes til å innhente informasjon og gi sykmeldere et innblikk i forventet forløp og behov for sykmelding ved ulike diagnoser.



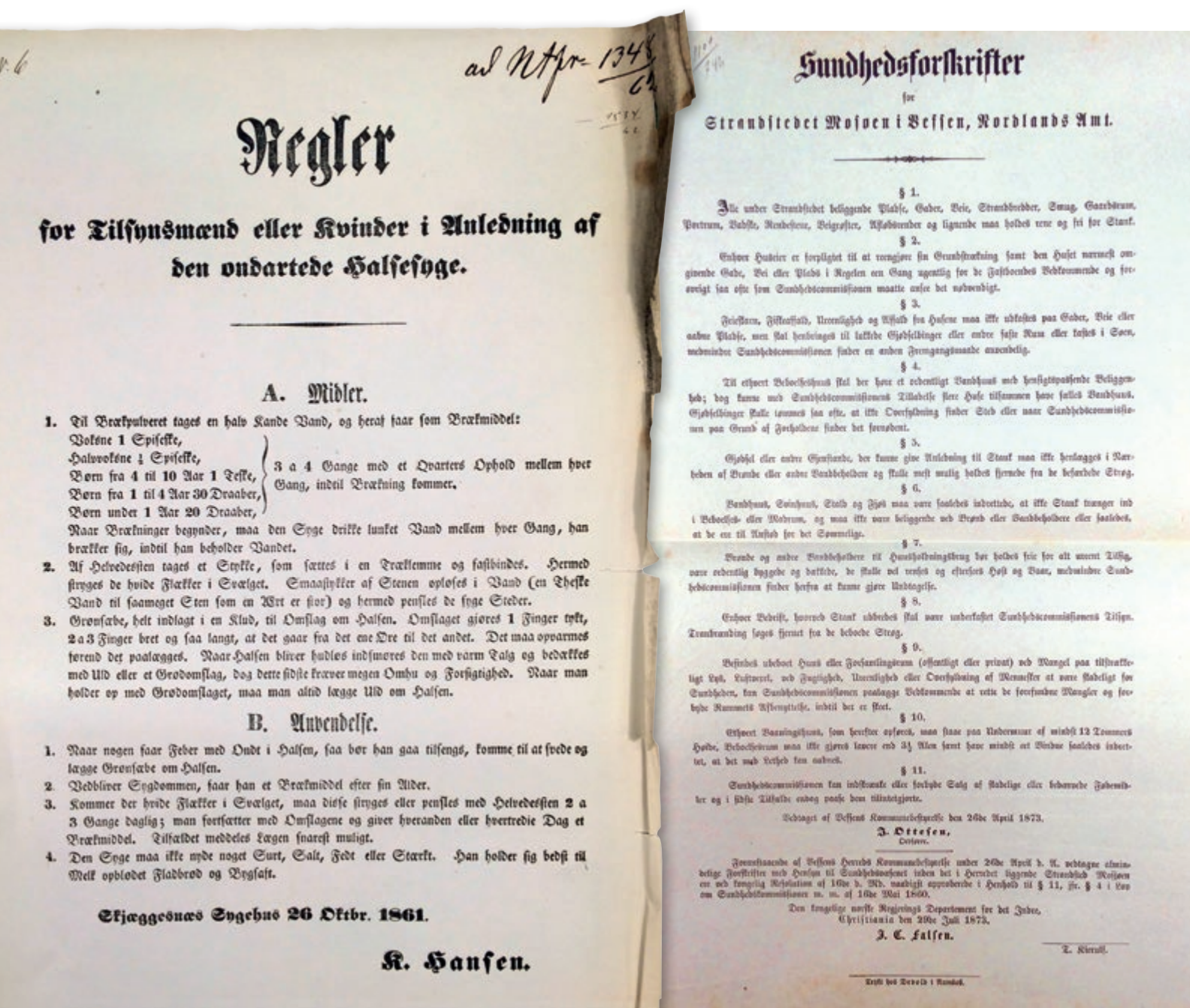
enten ender opp med en ny diagnose ved en senere konsultasjon, kan den samme fremgangsmåten brukes.

Retroperspektivt vet jeg at jeg ville hatt stor nytte av en «Veileder for sykmeldere» i turnustjenesten, men jeg tror jeg kan ha bruk for den også i dag og i mange situasjoner framover.

THEA@STEINERT.NO

■ **PER ROGNE** • Fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, Molde

For å finne svar på dette, har jeg studert medisinalberetningene for de påfølgende 40 årene etter 1860. Det som er helt klart, er at dokumentene gir et godt bilde av de gamle distriktslegenes arbeid. Innhold og form endret seg etter hvert, men det var først da kommunehelsetjenesteloven ble innført i 1984 at medisinalberetningene ble avviklet. I 2016 er det 155 år siden distriktslegene



distriktslegenes helsearbeidet

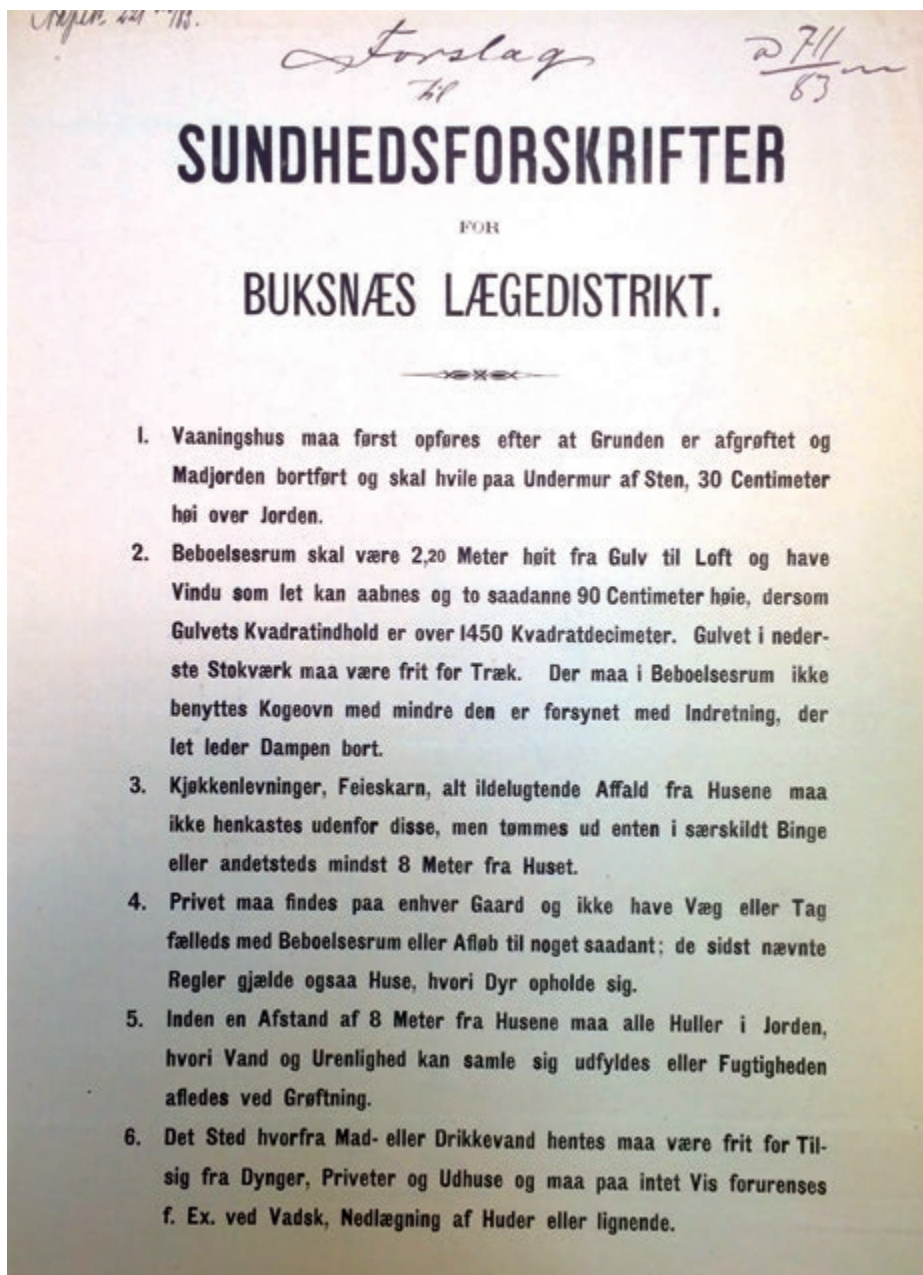
i 1861 begynte å sende inn årlige medisinalberetninger der den nye sunnhetsloven – *Lov av 16. mai 1860 om Sundhedscommisjoner m.v.* – skulle kommenteres. Ikke uten grunn blir sunnhetsloven gjerne betraktet som «det forebyggende helsearbeidets grunnlov» og 1860 som begynnelsen på distriktslegenes gullalder. Så sent som i 1995 ble sunnhetsloven avløst av smittevernloven – *Lov om vern mot smittsomme sykdommer*. Gjennom 134 år var altså sunnhetsloven grunnlaget for legenes virksomhet som offentlige leger og embetsmenn.

Mange vil også betrakte perioden 1860–1995 som «the rise and fall» i norske legers dominerende plass i det offentlige helsearbeidet. Spesielt tror jeg at den generasjonen som jeg tilhører, og som har opplevd overgangen fra å være «allmektig» distriktslege til å bli det noen kaller «fragmentert» kommuneoverlege ved kommunehelsetjenestelovens oppstart i 1984, vil kunne kjenne seg igjen i en slik beskrivelse.

De offentlige leger og deres medisinalberetninger

Etableringen av et offentlig helsevesen i Norge er blitt tidfestet til 1603, året da Villads Nielsen (ca. 1564–1616) ble ansatt som *ordinarius medicus* i Bergen (1). De to første hundre årene var dette helsevesenet av begrenset omfang og hadde små virkemidler. Hovedoppgaven var å bekjempe pest og andre smittsomme sykdommer. Utviklingen av det offentlige helsevesenet ble drevet fram av makthavernes ønsker – i merkantilismens tidsalder på 1700-tallet – om en sterk og mektig stat. I en slik stat var en sunn befolkning et betydelig aktivum. Dette innebar blant annet at myndighetene tok gradvis mer ansvar for folkets helse.

Mens det ved begynnelsen av 1700-tallet var ca. fem leger på offentlig lønn i Norge, var tallet ved selvstendigheten i 1814 øket til nærmere 50. Gjennom 1800-tallet inntrådte imidlertid store endringer, ikke minst for legene. En distriktslegetjeneste oppstod og skulle bestå helt fram til 1984.

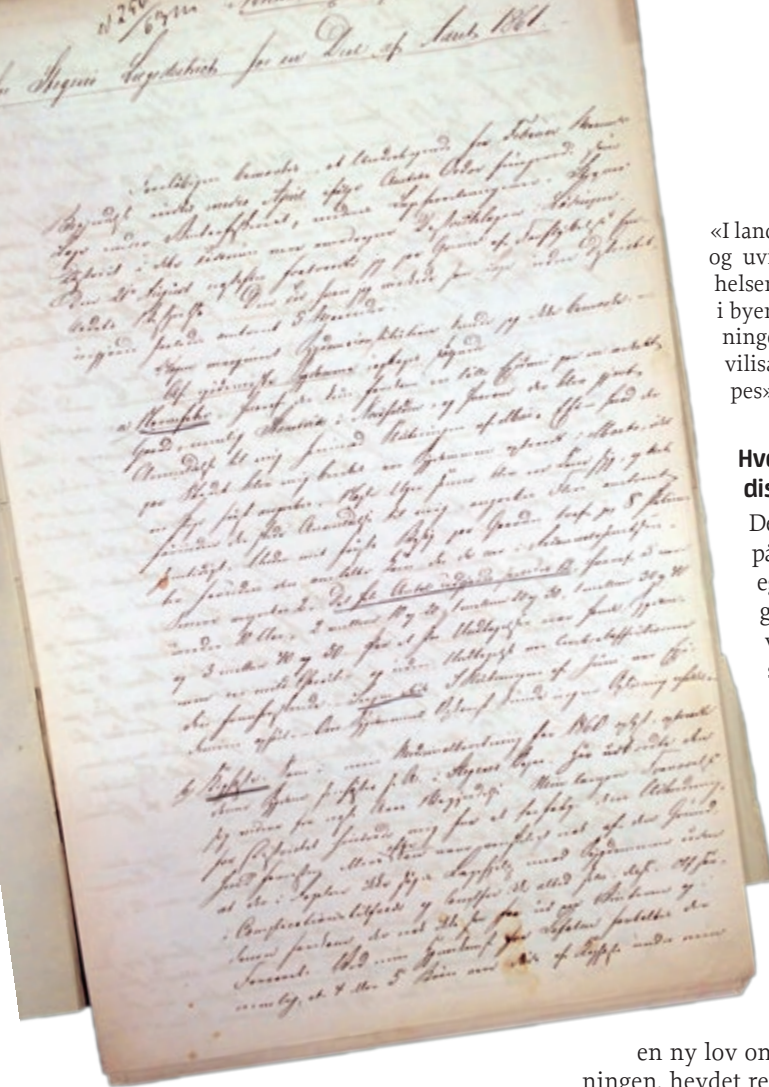


Et vesentlig virkemiddel for statens utvikling av helsetjenesten, var rapporter fra disse legene som gav grunnlag for mulige tiltak. De første spirene til medisinalberetninger var kravet fra 1672 om rapporteringsplikt fra samtlige leger til det medisinske fakultet dersom «rart og besynderlig in re medica eller naturali forefalder» (1). Dette ble videreført 131 år senere i form av krav om innsending av årlige medisinalberetninger. *Forordning av 20. desember 1803* listet opp åtte tema som skulle belyses (2). Kravet i medisinalberetningene ble utvidet i 1830. I 1854 var antall leger i landet øket til 315. Selv om de store, alvorlige pes-

tepidemiene som hadde herjet i Europa på 1700-tallet, nå var over, var smittsomme sykdommer fremdeles et stort problem på midten av 1800-tallet. Spesielt raste koleraen med ujevne mellomrom gjennom Europa. Bekjempelsen av koleraen var utgangspunktet for smittevernlovgivning over hele Europa, spesielt i England.

Sunnhetsloven og sunnhetskommisjonene

Sunnhetsloven var et svar på utfordringene som lå i tiden. Befolkningsvekst, industrialisering og innflytting til byene skapte



sosiale og hygieniske problemer. Dette var et felles problem for hele den nyindustrialiserte verden. Ikke minst i England var en opptatt av å løse disse problemene. England fikk i 1848 sin *Public Health Act* som skulle bli en modell for tilsvarende lover i andre land, ikke minst i Norge.

Et sentralt element i sunnhetsloven var «sundhedskommisjonene». Sunnhetskommisjonene skulle primært bestå av det folkevalgte formannskapet, eventuelt hele kommunestyret, med en statsansatt fagmann – distriktslegen – som dets ordfører. Også andre yrkesgrupper kunne være med i kommisjonen.

Spirene til sunnhetskommisjonene kan spores tilbake til 1700-tallet (3).

«I slutten av juni 1831 ble alle landets amtmenn pålagt å opprette lokale sunnhetskommisjoner» (4).

Disse ad hoc-dannelsene ble forløpere til de permanente sunnhetskommisjonene som ble hjemlet i sunnhetsloven. I 1905 ble betegnelsen på kommisjonene endret til helseråd som var betegnelsen helt fram til 1984. Etter den tid ble det opp til kommunene selv å velge hvordan arbeidet skulle organiseres, med hjemmel i kommunehelsetjenesteloven og senere helse- og omsorgstjenesteloven.

Mandatet til sunnhetskommisjonene var noe forskjellig i byene og 'herredene':

«I landdistriktene skulle 'barbari og uvitenhet' motarbeides med helserelatert informasjon, mens i byene måtte de uønskete virkninger av befolkningsvekst, 'civilisasjon og industri' bekjempes» (4).

Hvor viktig var distriktslegenes innsats?

Det har vært forskjellige syn på hvor sentrale legene egentlig har vært i utviklingen av det offentlige helsevesenet. Allerede i 1887 skrev legen og veterinæren Ole Malm at resultatene av kommisjonenes arbeid var «overmåde ringe». Han tenkte først og fremst på det forebyggende helsearbeidet og på distriktslegenes påtenkte rolle som «civilisationens pionerer» utover landet (5).

Under stortingsdebatten i 1912 om en ny lov om den offentlige legeordningen, hevdet representanter fra Utkant-Norge at den rolle sunnhetskommisjonene (fra 1905 kalt helseråd) spilte, var sterkt overdrevet. I enkelte landdistrikter kunne det gå opp til tre år mellom hver gang helserådet møttes, ble det hevdet.

«I det heile hev eg ei sterk kjensle av, at dette med helseraadi er gjort til ein svær bygning med torn og spir; men den bygning er berre paa papiert», sa representanten Trædal fra Sogn i debatten (6).

Hvordan bidrog distriktslegene til å implementere sunnhetsloven? Det er vanskelig å påvise entydige effekter av deres virksomhet, men en kan håpe på å finne spor av det engasjementet de utviste og hvordan deres arbeid ble mottatt i befolkningen.

Min hovedinteresse har vært Vågan kommune i Lofoten, hvor jeg selv arbeidet som distriktslege i 1979–83 og der min interesse for nordnorsk historie ble født. Jeg leverte i 2004 inn hovedoppgave i historie med tittelen *Rorbusystemet i Lofoten på 1800-tallet: Konflikt eller samspill?* (7). Av kil-demessige grunner dekker mitt materiale imidlertid hele Nordlands Amt.

Hva sier kildene om arbeidet på lokalplan?

Min primærkilde til kunnskap om hva distriktslegene formidlet om sin virksomhet, er deres årlige medisinalberetninger. Disse

ble sendt videre til amtmennene (fylkesmennene) som formidlet dem videre til de statlige organene, i begynnelsen til Departementet for det indre. Fra 1853 ble rapportene samlet i årlige bearbejdede oversikter fra hele landet under navnet Beretning om Sundhedstilstanden og Medicinalforholdene i Norge, heretter kalt sunnhetsberetningene.

I tillegg til medisinalberetningene førte distriktslegene protokoller over møtene i sunnhetskommisjonene. Historikeren Asbjørn Storesund skriver:

«Protokoller av denne type skal oppbevares lokalt i kommunearkivene. Disse er i en svært variabel forfatning i Telemark. Ikke sjelden er protokoller kommet på avveie eller gått tapt» (8).

Det viste seg at tilstanden var enda verre i Vågan: Kommunen vet ikke hvor protokollene befinner seg. Jeg har derfor dessverre ikke hatt tilgang til dem.

Møteaktiviteten i sunnhetskommisjonene

I mangel av protokollene fra møtene i sunnhetskommisjonene har jeg måttet basere meg på det som er gjengitt om disse i sunnhetsberetningene. Jeg har sett på antall møter i Nordland Amt i perioden 1861–1900, det vil si den samme perioden som Storesund beskriver i artikkelen *Sunnhetskommisjonenes virksomhet i fem herreder i Telemark 1861–1900* (8).

I sunnhetsberetningene over en periode på 40 år ble det rapportert om ca 1450 møter. Antall registrerte årlige møter lå på 36–37 det første tiåret, deretter sank antallet til det halve det neste tiåret, for så å stige. Toppåret var 1899 med 73 møter mens bunnåret var 1875 med 10 møter. Gjennomsnittlig antall møter per år var 36 i de 18 legedistriktene. Tendensen i utviklingen i antall møter er hos Storesund omtrent identisk som hos meg: nedgang fra perioden 1861–80 og deretter økning fram mot 1900.

Det må kunne konkluderes at utviklingen i møteaktiviteten antakelig fulgte samme tendens i forskjellige deler av landet og således antakelig må ha hatt felles underliggende årsaker. Det er nærliggende å tenke seg at det nye fenomenet med møter i sunnhetskommisjoner, åpne for hele befolkningen, ble møtt med en umiddelbar stor interesse som etter hvert la seg noe, for så å øke når aktiviteten fikk satt seg og omfanget i det vanlige virket tok til å øke.

«Det har vært antatt at sunnhetskommisjonene i norske herreder etablert gjennom Sundhedsloven i 1860 var preget av passivitet og ineffektivitet gjennom siste del av 1800-tallet»,

skriver Storesund i sin artikkel. Når det gjelder omfanget av arbeidet målt i antall møter, er det vel i hvert fall uriktig å si at antallet var «ubetydelig». Men hva så med innholdet?

Hvilke tema ble tatt opp på møtene?

Det er lite spor i lett tilgjengelig litteratur etter aktiviteten i de sunnhetskommisjonene som ble opprettet i 1831, og omfanget er usikkert. Imidlertid kom det i 1855 en kongelig resolusjon om et nytt initiativ til dannelse av sunnhetskommisjoner. I dette årets beretning fra Romsdals Amt står det således:

«I de fleste Formandskabsdistrikter ere ifølge kgl. Res. Af 29de August 1855 Sundheds-commissioner oprettede; en Institution til hvis nyttige Virksomhed flere af Lægerne udtale deres Haab».

I de påfølgende år er det en økende aktivitet fra ca. 10 årlige møter til ca. 25, og det synes å være stor interesse for disse. Samfunnsmedisinske tema tas opp i en imponerende bredde. Utdrag fra sunnhetsberetningene for de første årene etter at sunnhetsloven var kommet i funksjon forteller noe om hva som var *Gjenstande for Forhandlinger*:

- Skolerummenes Beskaffenhed og navnlig deres utilstrækkelige Størrelse
- Spæde Børns fortidlige Kirkereiser
- Den ondartede Halsesyge
- Jordemodervæsenet
- Bodø Bys almindelige Sundhedsforskrifter
- Spedalskhed og almindeligere hygiæniske Emner
- Misbrug af Aareladning
- Klage over de Spedalskes Behandling paa Reitgjerdets Pleiestiftelse
- De hygieniske Forholde under Lofotfisket

Temamangfoldet var imponerende og sakene ble drøftet med stor grundighet og presisjon:

«I Herø i Alstadhoug vedtoges følgende Beslutning: Sundhedskommissionen henstiller til Amtmanden at foranstalte almen-gjældende Bestemmelser vedtagne, saavel for Sildefiskeværene som for Lofotens Vær, hvorved det paalægges alle Huseiere (Rorbodeiere, Salterieiere) at forsyne hver Kogevn med en Kappe eller Kapsel af Metal med Rør enten af Træ eller Metal, anbragt i Taget eller i det faste Ovnstrør, til at bortlede Dampen, — samt at opføre ved hvert Salteri eller Rorbed et Vandhus af passende Størrelse.» (1869)

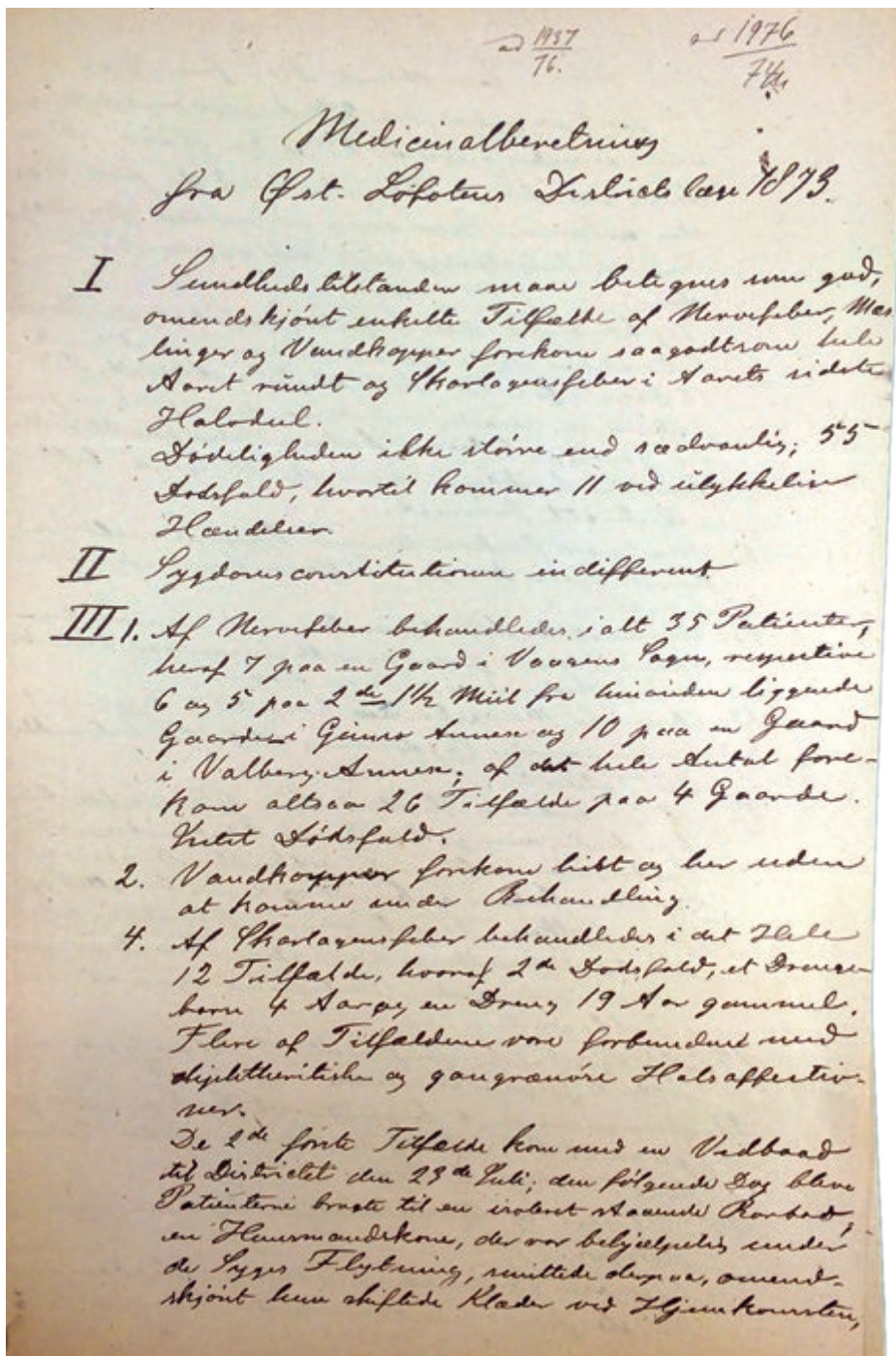
Oversikten over *Gjenstande for Forhandlinger* i sunnhetsberetningene opphører fra og med 1879. Deretter er antall møter oppført tabellarisk, og det er kun sporadiske oppføringer om innhold. Jeg har sammenliknet innholdet i møtene i perioden 1861–78 med det Storesund finner for samme periode. Vi har begge klassifisert temaene i fire grupper: helseinformasjon, administrasjon, smittevern og miljøhygiene. Storesund finner en stor overvekt av tema innenfor helseinformasjon og smittevern (81 prosent), mens jeg finner hovedtyngden innen administrasjon og miljøhygiene (58 prosent).

En ikke ubetydelig del av sakene i mitt materiale, og mer enn hos Storesund, dreier seg om miljøhygiene eller *miljørettet helsevern* som det ble hetende i kommunehelsetjenesteloven og fra 2012 i folkehelse-loven. Mine tall tyder på at innslaget av miljøhygiene og arbeidet med forskrifter for å bedre helseforholdene var meget omfattende. Det tyder på et stort folkehelseengasjement.

Frammøte i sunnhetskommisjonene

På samme måte som at sunnhetsberetningene vitner om stort tematisk mangfold var også mangfoldet i deltakelsen på møtene stort. Disse bestod av de folkevalgte, den offentlige legen og 'allmuen'. En gjenganger i sunnhetsberetningene etter 1860 er således informasjon om sunnhetskommisjonenes sammensetning. Deltakelsen fra de folkevalgte kom raskt på plass. I tillegg til disse og distriktslegen, ble en rekke lekfolk ofte medlemmer av kommisjonene:

- «...i Brønø Distrikt ere desuden samtlige Lensmænd og de fleste Skolelærere faste Medlemmer.» (1864)
- «...i alle Herreder i Stegens Distrikt ere Skolelærerne, i Stegens og Hammerø Herreder tillige de faste Tilsynsmænd for Sundhedsvæsenet indtraadte som frivillige Medlemmer.» (1869)



Endelig var det i varierende grad deltakelse fra «allmuen»:

- «I Alstahaug Distrikt vare foruden de sædvanlige Medlemmer 100–150 Mennesker af begge Kjøen tilstede ved Møderne.» (1860)
- «I Lurø Distrikt overvares et Møde af den samlede Confirmationsungdom som Tilhørere; i Buksnæs og Værø Herreder af Vestlofotens Distrikt er i almindelighed meget Almue tilstede i Møderne.» (1865)

Et gjennomgående problem i forhold til å avholde møter, var vekslende værforhold og dårlig kommunikasjon. Ikke sjelden er det angivelser om avlyste møter pga. dårlig vær, eller at kommisjonens ordfører, distriktslegen, ikke i tide hadde fått melding om møtetidspunkt. Men interessen for møtene er gjennomgående stor. Arrangørene av de aller fleste helserådsmøter fram mot helserådenes avvikling kunne bare drømme om et slikt frammøte og en slik interesse. Dette må utvilsomt ha gjort et innslag i folkesinnet.

Hvordan gikk det med medisinalberetningene?

Som antydnet forsvant oversikten over Gjenstande for forhandlinger allerede i 1879. Deretter fulgte en gradvis overgang fra tekst til tabell, det vil si at statistikker og tall fikk stadig større plass. Spesielt ble dette tydelig da Stortinget, av budsjettmessige grunner, i 1924 bestemte at medisinalstatistikken skulle overføres til Statistisk Centralbyrå. Generalsekretæren i Den norske lægeforening reagerte kraftig og kalte overflyttingen for «et attentat paa vore medicinalberetninger» (9).

Utviklingen gikk sin gang. Nye administrative og byråkratiske behov skapte nye lover som forutsatte mer statistisk materiale. Det deskriptive forsvant. Det er stor forskjell på det vi rapporterte på 1980-tallet og det som distriktslegene skrev 100 år før.

Aina Schiøtz har oppsummert medisinalberetningenes betydning slik:

«Medisinalberetningene er enestående kilder til forståelsen av befolkningens kårkulturelt, sosialt og økonomisk. Men de gir også innsikt i legestandens kulturelle ståsted – allmuens og embetsstandens» (10).

Distriktslegenes i rolle etter 1860

Før sunnhetsloven ble innført fantes omtrent ingen organiserte møteplasser for myndigheter, helsepersonell og befolkningen der helsemessige forhold kunne drøftes og belyses. I perioden 1861–1900 ble det avholdt 1450 møter i sunnhetskommisjonene rundt om i lokalsamfunnene i Nordlands Amt. Det er vanskelig å tenke seg at en slik mengde møter ikke skulle sette spor etter seg.

Temaene på møtene omfattet de fleste aspekter ved befolkningens hverdagsliv. Selv der innholdet kunne tendere til å være av 'akademisk interesse' kan det synes som om temaene fengte langt utover 'de skolelærde'. Beskrivelsene i sunnhetsberetningene antyder en begeistring over informasjon om alt dette nye. Det er som om en ny verden åpner seg for folket!

All forskning og erfaring viser at endringer av holdninger og adferd er meget langsomme prosesser. Fra det ble dokumentert at røking var skadelig til antall røkere begynte å gå ned tok det svært mange år. Fremdeles har vi en økning i befolkningens gjennomsnittlige vekt lenge etter at sammenhengen mellom vekt, kosthold og livsstil ble påvist.

Selv om det er vanskelig å måle resultater på kort sikt, framstår det samtidig sannsynlig at mye av det arbeidet som ble nedlagt, må ha gitt resultater på lengere sikt. Den store mengden av lokale sunnhetsforskrifter, godkjent av sentrale myndigheter i statsråd, la grunnlaget for et målrettet arbeid innen miljøhygiene – det som fra 1984 ble kalt miljørettet helsevern. Vi som var engasjert i arbeidet med miljøhygiene på 1980-tallet, som samfunnsmedisinere og distriktsleger, arbeidet dels på grunnlag av forskrifter som var laget hundre år tidligere.

Samfunnet etter 1984 er et helt annet enn samfunnet i 1860. Sammenlikninger er vanskelige å trekke. Selv om målsettingene i den tidligere kommunehelsetjenesteloven og i dagens helse- og omsorgstjenestelov, folkehelselov og samhandlingsreform i stor grad er de samme som i 1860, er det betimelig å spørre om vårt engasjement i dag kan måle seg med gløden for og hengivenhet til «saken» som preget leger og andre aktører for 150 år siden.

REFERANSER

1. Moseng OG. Ansvaret for undersåttens helse 1603–1850. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 bind 1 (Universitetsforlaget, Oslo 2003).
2. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003. Det offentlige helsevesen i Norge 1603–2003 bind 2 (Universitetsforlaget, Oslo 2003).
3. Mykland L, Masdalen KO. Administrasjonshistorie og arkivkunnskap: kommunene (1987).
4. Michael Quarterly. The Norwegian Medical Society 2004.
5. Malm O. Om en ny ordning af det civilelægevæsen (Kristiania 1887).
6. Stortingsdebatten gjengitt i Tidsskrift for den norske Lægeforening 1913: 216–17.
7. Rogne P. Rorbusystemet i Lofoten på 1800-tallet: Konflikt eller samspill? Hovedfagsoppgave i historie (Universitetet i Tromsø 2004).
8. Storesund A. Sunnhetskommisjonens virke i 5 herreder i Telemark 1861–1900. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 4547–52.
9. Hansson R. 1925, gjengitt i Statistisk Sentralbyrås historie 1919–1945.
10. Schiøtz A. Medisinalinnberetningene som historie og kilde, i Arkivmagasinet, nr. 3/2003.

■ PER.ROGNE@KVAM.NHN.NO

Legedekning og kommuner

■ HANS KNUT OTTERSTAD • *Lege og helsetjenesteforsker*

«Ars longa, vita brevis» (kunsten er lang, livet er kort) er et velkjent ordtak i litteraturen. Helsetjenesten er i endring og det er viktig å se de lange linjene i utviklingen. Mitt utgangspunkt er Vestfold i tiden etter 1986 og etter at kommunehelsetjenesten ble innført. Dette var en spennende tid da de statlige distriktslegene ble kommunale tjenestemenn, og de privatpraktiserende legene fikk kommunale avtaler og ikke lenger var så «private» som før.

Et overordnet spørsmål var om legene skulle ha fastlønn som kollegene i sykehus og det øvrige helsepersonale i kommunens pleie- og omsorgssektor. Resultatet var at kommunene fikk avgjøre dette, og at de privatpraktiserende legene som allerede hadde fått hovedinntekten gjennom et innarbeidet stykkprissystem skulle kunne fortsette med dette.

Bakgrunn for undersøkelsen, og spørsmål som skal besvares

30-årsperioden fra 1984 til 2014 omfatter kommunal legevirksomhet for en hel generasjon av leger. En historisk oversikt vil vise om det har vært systematisk og varig endring av legeoppgaver og legedekning over tid.

Allerede kort tid etter 1984 ble det klart at den nye loven innebar en vridningseffekt fra samfunnsmedisinske oppgaver og forebyggende helsearbeid mot kurativ behandling. Etter 10 års erfaringer med loven i Vestfold-kommunene, utførte jeg en analyse av utviklingen som ble publisert i *Utposten* (1). Den viste både en sterk økning av legeårverkene i kommunene og en økning av det kurative arbeidet, mens alle andre legeoppgaver hadde tilbakegang.

Hovedspørsmålet nå blir derfor: Har denne trenden fortsatt? I hvilken grad er utviklingen i Vestfold representativ for norske fylker og kommuner i samme periode?

Metode og materiale

Den samme metodikken som ble brukt i



ale legeoppgaver

1984–94 undersøkelsen, er anvendt for årene fram til 2014. Imidlertid er datainnsamlingen blitt betydelig enklere. I de første årene måtte data for legeårverk samles inn av fylkeslegen gjennom et egenutviklet spørreskjema som ble fylt ut av helse-sjefene. Etter at Kostra-systemet ble introdusert gjennomfører SSB en årlig rutineinnsamling av legeårverk som publiseres på nett. Dermed blir det enklere å følge utviklingen. Resultatene kan tabelliseres og gi en årlig oversikt over antall legeårverk og deres fordeling på oppgaver. Ved å koble dette til antall innbyggere i kommunene kan en i tillegg beregne legedekning i forhold til folketall over tid.

Resultater

Nesten alle nyopprettede stillinger har gått til kurativt arbeid

Tabell 1 viser utviklingen både i forhold til antall legeårverk og fordelingen på arbeidsoppgaver. Legeårverkene økte fra 109,2 til 235,5 i perioden 1984 til 2014, det vil si med hele 116 prosent på 30 år. I samme periode var veksten i folketallet 26,5 prosent. Det har med andre ord vært en imponerende vekst i dekningsgraden av kommunale legeressurser. Hvorledes har så dette «overskuddet» blitt forvaltet av kommunene i løpet av en generasjon? Svaret er at

TABELL 1. Utvikling av legeårverk i kommunene i Vestfold fordelt på de ulike arbeidsoppgavene. Antall og prosentfordeling, 1984–2014.

LIKE TYPER LEGEARBEID	1984	1994	2003	2014
Antall legeårverk	109,2	138,2	174,2	235,5
Kurativ legevirk-somhet, prosent	76,0	81,5	86,8	83,7
Helsestasjon + skolehelse, prosent	6,6	5,0	3,4	3,3
Institusjoner for eldre, prosent	6,7	5,3	5,9	9,9
Administrasjon og miljørettet helse-arbeid, prosent	10,6	8,2	3,9	3,2
Sum prosent	100,0	100,0	100,1	100,0

av en netto tilvekst på 126 legeårverk har det vært en kraftig økning for to virksomheter, *kurativt arbeid* som har ekspandert med 114 av 126 nye legeårverk, mens *sykehjemmenes legetilbud* har fått tilført 16 nye legeårverk. *Helsestasjoner* og *skolehelsetjenesten* har stått på stedet hvil med en tilvekst på kun 0,6 årsverk i løpet av 30 år. *Administrasjon, miljørettede helsetjenester og annet forebyggende arbeid* har gått tilbake.

Dette betyr at kommunene i Vestfold kun har styrket det kurative legearbeid ved opprettelsen av de nye legestillingene, mens administrasjon og forebyggende arbeid har hatt en tilbakegang til tross for mer enn en fordobling av legedekningen. Den prosentvise andel av legeoppgavene viser at antall årsverk i kurativt arbeid har økt fra 76 prosent i 1984 til nesten 84 prosent i 2014. Ledelsesfunksjonen, samfunnsmedisin og miljørettet helsearbeid har hatt en reduksjon fra 10,6 årsverk til 3,2 årsverk, eller hele 70 prosent.

Etter at fastlegeordningen ble innført i 2001 ble den viktigste parameter for den enkelte lege antall pasienter på hennes/hans liste. Denne enkeltfaktoren har senere bestemt både inntjeningen og det meste av tidsbruken.

Tabell 2 viser at den gjennomsnittlige listestørrelsen har blitt redusert fra 2081 pasienter i 1984 til 1111 i 2014.

Tabell 3 på neste side viser den geografiske variasjon i norske fylker basert på kommunens størrelse og type legenes til-

TABELL 2. Befolkningsutvikling og reduksjonen av antall listepasienter per fastleger i Vestfold. 1984–2014

ÅR	INNBYGGERE	ANTALL FASTLEGER*	GJ.M. ANTALL PASIENTER PR. LISTE
1984	190 465	92	2 081
1994	210 925	124	1 703
2003	218 171	166	1 312
2014	240 860	217	1 111

* Listepasient-begrepet ble innført fra 2001. I prosentfordelingen for kurative er antallet leger oppjustert med 10 prosent i Tabell 2 i forhold til i Tabell 1 fordi en del av legene har mindre enn 100 prosent kurativt arbeid i sin avtale med kommunene, mens legestatistikken er basert på hele årsverk.



knytningsforhold til kommunen de arbeider i.

Det er tre viktige funn:

- Norske kommuner er forskjellige i forhold til oppbyggingen av legetjenestene. Urbaniseringsgrad og folketall spiller stor rolle. Vestfold som er et lite og sterkt urbanisert fylke, mens Nordland minus de tre største byene er en motpol med mindre utkantkommuner med større avstander.
- Kommunene adskiller seg markant når det gjelder preferanser i valget mellom å knytte til seg næringsdrivende eller fast-lønnede leger. Forskjellen på «by og land», representert ved Norges fem største byer og Vestfold sammenliknet med Nordland (fratrasket Bodø, Harstad og Rana), er hele 77 mot 30 målt som prosentandel næringsdrivende leger, dvs. hele 47 prosentpoeng.
- Disse geografiske forskjellene avspeiler seg også i antall og fordelingen av turnuskandidater og næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen. I de fem store byene er antallet av den siste legetypen 6,8 prosent, mens andelen var kun 0,9 prosent i Norge minus de fem største byene og Vestfold. Slike forskjeller tyder på viktige forskjeller i legetilbudet avhengig av bosted, og er trolig forårsaket av tre forhold:

- 1 Politiske og ideologiske forskjeller av typen «privat drift er mer effektiv enn kommunal».
- 2 Rekrutteringssituasjonen over tid.
- 3 Økonomiske vridningsmekanismer i finansieringsmodellene for kurative legetjenester helt siden 1984.

TYPER AV LEGER	NORGE MINUS DE FEM STØRSTE BYENE OG VESTFOLD		NORGES FEM STØRSTE BYER		VESTFOLD		NORDLAND MINUS BODØ, HARSTAD OG RANA	
	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT	ANTALL LEGE-ÅRSVERK	PROSENT
I alt	4 059,4	100,0	1 266	100,0	235,5	100,0	205,5	100,0
Næringsdrivende fastleger	2 804,2	69,1	969,3	76,6	181,2	76,9	61,5	29,9
Kommunalt tilsatte leger	815,5	20,1	166,0	13,1	33,7	14,3	107,5	52,3
Turnusleger	404,2	10,0	44,4	3,5	17,2	7,3	35,9	17,5
Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen	35,5	0,9	86,2	6,8	3,4	1,4	0,5	0,2

TABELL 3. *Legeårsverk, antall og fordeling på de ulike typer av leger innen kurative helsetjenester i 2014. Vestfold sammenliknes med de fem største byene i Norge og med resten av Norge. Antall og prosent*

Diskusjon og oppsummering

Denne historiske oversikten viser at mønsteret for utviklingen av legetjenesten de første ti årene etter 1984 har fortsatt også de neste 20 årene. Det er den samme tydelige trend: ekspansjon av kurativ behandling utført av næringsdrivende leger, og tilbakegang for samfunnsmedisin. Det har særlig vært en sterk reduksjon av antall leger i lederstillinger og færre leger i forebyggende helsearbeid. I Østfold – som likner meget på Vestfold rent strukturelt – var forholdene i 2014 at 97 prosent av arbeidstiden til næringsdrivende leger var avsatt til kurativ virksomhet, mens dette utgjorde kun 19 prosent for kommunalt ansatte leger (2).

Den andre viktige kurative oppgaven i kommunene er legearbeidet i sykehjem. Der er forholdet motsatt: De næringsdrivende legene i Østfold avsatte kun 1,5 prosent av arbeidstiden til arbeid i sykehjem, mot 49 prosent for de fast ansatte legene. Det er kun en åpenbar forklaring på slike fordelinger, og det er organisering av legevirksomheten, inntjening og økonomi.

Når en sammenlikner Vestfold med andre fylker og kommuner i Norge, er mønsteret at Vestfold har en legeprofil som ligger nær opp til den som finnes i de fem største byene i Norge, dvs. med stor vekt på ambulante, kurative oppgaver, utført av næringsdrivende fastleger i relativt store legesentre. Dette viser at helsetjenesten på kommunenivå ikke er ensartet. Det er store strukturelle forskjeller langs aksene *større by – småkommune* i *grisgrendt område*, og at dette i stor grad er en utvikling som har blitt fasilitert av den statlige helsepolitikken som er ført etter 1984.

De to overordnede spørsmålene blir derfor: Er dette en ønsket utvikling? Bør den fortsette? Svarene på disse spørsmålene lar seg ikke besvare ut fra dataene i denne artikkelen, men den kan analyseres og forstås ut fra to internasjonale slogans:

“Prevention is better than cure”, eller er det motsatt?

I 1984 skjedde det en grunnleggende endring i lovverket. Da jeg kom inn i kommunehelsetjenesten som statlig distriktslege i 1970-årene var det en oppblomstring av troen på primærhelsetjenesten, basert på den gamle og berømte «Sunnhetsloven»

av 1860 og WHO-parolen «Health for all by the year 2000». Dette var en gylden tid for forebyggende helsearbeid. Helsedirektoratet hadde styringen, og distriktslegene lå i linjen «opp» til maktapparatet via fylkeslegene som var faglige pådrivere for forebygging og samfunnsmedisin. De viktigste fotfolkene var helsesøstrene og distriktslegene, de var sentralstyrt, og delvis lønnet av staten, og til overmål var distriktslegen formann i Helserådet, som i de fleste kommuner besto av formannskapet – det mektigste folkevalgte organ i kommunen. Det hele var en suksessformel som gjorde at Norge lå på en av de aller første plassene for helseindikatorer i verdenssammenheng.

Dette ble brått endret i 1984, og reformen var tuftet på idealet om kommunalt selvstyre og en forvaltning basert på et klart skille mellom stat, fylkeskommune og kommune. To forhold bidro mye til svekkelsen av det forebyggende helsearbeidet, ikke bare i kommunene men i hele forvaltningen:

- 1 Kommandolinjen fra helsedirektøren via fylkeslegene til kommunene forsvant for de helsepolitiske spørsmål.
- 2 Finansieringen av legetjenesten ble etter 1984 konstruert slik at de offentlige midlene favoriserte kurative legetjenester. Dette skjedde delvis gjennom bortfall av statlig finansiering av fagfolk i administrasjon og ledelse og i det forebyggende helsearbeid.

I den praktiske virkeligheten mistet kommunene fokuset på forebygging og samfunnsmedisin, og virksomheten til de næringsdrivende legene med kommunale avtaler fikk blomstre siden den i hovedsak ble finansiert av statlige midler og av staten.

“It’s the economy, stupid”, alternativt “Follow the money”

Den viktigste informasjonen i artikkelen finnes i tabell 1 (SE SIDE 39) som viser utviklingen over tid og tabell 3 som viser Forskjells-Norge for kommunale legetjenester. Hovedfunnet er at kurative legetjenester utført av næringsdrivende leger helt dominerer kommunehelsetjenesten i urbane strøk med en andel på nesten 80 prosent av legevirksomheten, mens under 15 prosent av virksomheten skjer gjennom kommu-

nalt fastlønnede leger. Disse legene har fått hovedansvaret for den del av legetjenesten som ikke er stykkprisfinansiert.

For de kurative tjenestene har politikerne konstruert et relativt komplisert takstsystem for enkeltkontakter, som til overmål ikke har hatt noe tak. Det betyr at «The sky is the limit» i urbane strøk med stort befolkningsgrunnlag, mens systemet ikke gir en god nok økonomisk plattform i grisgrendte strøk. Konsekvensen er stadig økte statlige overføringer til kurative tjenester i sentrale områder av Norge, mens utkantstrøk har fått en stadig mindre del av felleskaka i løpet av de 30 årene ordningen har virket.

Systemeffekten er enkel: Kommunene som har hatt relativt trange budsjetter over lang tid, finansierer forebygging og administrative oppgaver, mens staten som er blitt stadig rikere på grunn av oljepengene, finansierer de kurative tjenestene. En trenger derfor ikke være rakettforsker for å forklare utviklingen som er beskrevet i tabell 1 og statussituasjonen i 2014 som framgår av tabell 3.

Konklusjon

De harde fakta som denne undersøkelsen dokumenterer gir grunnlag for å trekke tre viktige konklusjoner. Tilbudet av primærlegetjenester i Norge er avhengig av bosted: sentrale kommuner har blitt favorisert gjennom et statlig økonomisystem som i 30 år har resultert i god rekruttering og avlønning av næringsdrivende leger i kommuner med tilstrekkelig stort folketall. Indirekte har dette systemet gått ut over utkantkommunene som økonomisk sett har kommet betydelig dårligere ut etter at kommunehelseloven ble innført. Mest alvorlig er det at legenes avlønningssystem og de økonomiske overføringer fra stat til kommune har ført til en utarming av samfunnsmedisin og den administrative styringen av kommunehelsetjenesten.

REFERANSER

1. Hans Knut Otterstad. Virkningen av kommunehelsetjenestens ti første år for primærlegetjenesten i Vestfold. Utposten 1995; 7: 24.
2. Tall fra SSB for antall leger i kommunene fordelt på arbeidsoppgaver i Østfold 2014

PMU 2016

En ukes seilas kom

■ LISBETH HOMLONG • Fastlege Kurbadet legesenter, seniorrådgiver Statens helsetilsyn og medlem av hovedkomiteen

– Fastlegeordningen har et mannskap med høy kvalitet, men mangleret godt rederi, uttalte legepresident Marit Hermansen da hun åpnet Primærmedisinsk uke (PMU) i Oslo 24. oktober.

– Det mangler ikke på dyktige og dedikerte fagfolk, sa hun videre; – men fastlegeordningen har en ledelsesutfordring.

I åpningstalen med tittelen *Stø kurs for primærhelsetjenesten?* reflekterte legepresidenten over sentrale utfordringer i dagens primærhelsetjeneste. I mange kommuner er fastlegene ikke en godt integrert del av primærhelsetjenesten og kommunene mangler verktøy til å skape en helhetlig tjeneste der fastlegene inngår som selvsagte deltakere.

Marit Hermansen uttrykte ellers stor glede og begeistring over å få lov til å komme til «sine egne» for å åpne årets PMU. Talen hennes var personlig og etter mitt syn svært god.

Faglig og sosial møteplass

Primærmedisinsk uke arrangeres annet hvert år av en hovedkomité oppnevnt av Allmennlegeforeningen (AF), Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Helt siden starten i 1989, har PMU vært en viktig faglig og sosial møteplass for leger

og medarbeidere som har sin arbeidsplass i primærhelsetjenesten. Siste uka i oktober samlet rundt 1300 fastleger, samfunnsmedisinere og medarbeidere seg nok en gang i Oslo, med Radisson Blu Scandinavia Hotel ved Holbergs plass som base. I alt 40 ulike emnekurs stod på programmet, i tillegg til grunnkurs, mange dagskurs og et rikholdig kulturprogram – som det pleier å være.

Maritimt tema

Mottoet for årets PMU; *Så lenge skuta kan gå – velg riktig kurs* er inspirert av Evert Taubes vise *Så länge skutan kan gå* og dens norske versjon av Erik Bye. Mottoet rommer maritime metaforer, noe Marit Hermansen spilte videre på i sin åpningstale. Arrangementskomiteen understreker de faglige implikasjonene av mottoet, nemlig nødvendigheten av å sikre en «bærekraftig medisin»: Måten vi innretter helsetjenesten på og måten vi anvender medisinsk kunnskap og teknologi på, må dimensjoneres fornuftig i forhold til pasienters og brukeres behov, samfunnets ressurser og helse-

tiske normer. Dette gikk som en rød tråd gjennom PMU 2016.

Det kreves stødig navigasjon for å seile den «primærmedisinske skuta». Enten vi er leger eller medarbeidere, er vi alle en del av skutas besetning. Våre oppgaver og roller i allmennpraksis, kommunehelsetjeneste, forvaltning og forskning krever at vi er i stand til å navigere og ta medansvar for å bestemme retning og posisjon. Det handler om å bruke kunnskap og utstyr – kart, kompass, logg, lodd og peileinstrumenter – og om å utøve lederskap og foreta valg og prioriteringer når farer og brottsjøer truer.

Kulturelt påfyll

For min egen del hadde jeg gledet meg ekstra mye til Primærmedisinsk uke i år, siden jeg for første gang har sittet i hovedkomiteen. Det gjør meg muligens noe inhabil i min omtale av PMU, men da vet dere i alle fall det! Jeg sjekket inn på hotellet allerede søndag kveld og hadde gleden av å være til stede hele uka. For meg som blir rørt til tårer hver gang Ole Paus synger *Vårt lille land* med sin rustne røst, var det spesielt hyggelig å bli vekket av Paus hver morgen. Et annet høydepunkt på kulturprogrammet var konserten med Barokkanerne i Akershus slottskirke onsdag kveld der vi ble fortryl-

Julie Kleive imponerte med sin stemmeprakt.



Iherdig innsats fra deltakere på akuttmedisinskurs ved Ahus.

vel i havn



Marit Hermansen holdt et godt og personlig åpningsforedrag på PMU.

let av Ingeborg Christophersens fløyte-spill. Etter konserten ble vi geleidet videre til Festningen Restaurant der de serverte kulinariske fristelser på høyt nivå.

I løpet av uken bidrog også blant annet Ketil Bjørnstad, Moddi, Trio Mediæval, Gisle Børge Styve og Heine Totland med kulturelle innslag av høy kvalitet.

Flyktningkrisen

Onsdagens plenumsforelesning ble holdt av Erik Abild, rådgiver for Jan Egeland i Flyktninghjelpen. Han snakket om migrasjonsutfordringene i Europa og gjorde på en pedagogisk og forståelig måte rede for hvilke geopolitiske forhold som førte frem til fjorårets flyktningkrise. Abild redegjorde for spesielt situasjonen i Syria der 6,6 millioner mennesker har blitt drevet på flukt internt siden 2011. I alt fem millioner har flyktet ut av landet. Til tross for en stadig krevende flyktningssituasjon, der den pågående krigen i Syria er en sentral årsak, klarte Abild likevel å uttrykke håp og optimisme for fremtiden. Han vektla de ressursene som flyktningene tross alt har og betydningen av moderne teknologi.

Navigating on a sea of expectations

Hovedforelesningen på PMU 2016 ble holdt

av professor i allmennmedisin, Simon Griffin, fra Universitetet i Cambridge. Griffin forsker blant annet på forebygging, screening og håndtering av diabetes type 2. Selv om han har føttene solid plantet i akademia, jobber han fortsatt en dag i uken i klinisk allmennmedisin.

Under overskriften «*Navigating on a sea of expectations*» snakket Griffin om allmennlegenes utfordringer med å manøvrere mellom pasientønsker, samfunnsforventninger og myndighetskrav, samtidig som man skal forholde seg til oppdatert kunnskap og nye medisinske muligheter.

Han refererte et sitat fra boken *Brave New World* av Aldous Huxley i forbindelse en refleksjon rundt temaet overdiagnostikk og -behandling:

«Medical science has made such tremendous progress that there is hardly a healthy human left». Det er noe å reflektere over i vår helse- og risikofikserte tid.

Griffins råd til en bærekraftig og stø kurs for primærmedisinen var følgende:

- Gjør mer av det som virker og som reduserer krav
- Identifiser udekkede behov, men unngå overdiagnostikk og -behandling
- Krev populasjonsrettede intervensjoner i tillegg til våre individbaserte tiltak
- Utnytt data og teknologi for å øke effektivitet

- Tilpass dere, vær fleksible, deleger oppgaver
- Sykdoms- og personsentrert medisin

Et hav å ta av!

Torsdag var det duket for en avsluttende festmiddag på konferansehotellet. Julie og Torfin Kleive bidrog igjen med sine musikalske evner, denne gangen blant annet med en nydelig versjon av *The moon is a harsh mistress*. Priser ble utdelt, taletrengte bidrog, Bajazz Storband spilte til dans. Komitemedlem Jan Magne Linnsund loset oss trygt og humoristisk gjennom kvelden. På grunn av en sår hals og sviktende form måtte jeg dessverre legge årene inn tidlig, men jeg orket en svingom på dansegulvet før det hele var over.

Årets PMU kunne spille på et rikholdig utvalg av maritime metaforer. Men det er som kjent et hav å ta av. Det faglige, kulturelle og sosiale utbyttet var også stort. Jeg kan konstatere at en ukes primærmedisinsk seilas kom vel i havn. Om to år er det på an igjen, og da håper jeg at enda flere kjenner sin besøkestid!

■ LISBETH.HOMLONG@HOTMAIL.COM

Glimt fra grunnkurs i allmennmedisin.



PMUs eldste deltager, Christian Borchgrevink, og hovedforeleser Simon Griffin som snakket om allmennlegenes ulike utfordringer.



Prisvinnere PMU



Anders Forsdahls minnespris

Anders Forsdahls pris går i år til to fremstående akademikere. Nasjonalt senter for distriktsmedisin sin ærespris ble delt ut for tiende gang under årets PMU, og den ble delt ut til to professorer som begge har gjort en markert innsats for helsetjenestene i Distrikts-Norge: **Steinar Hunskaar** (t.v.) og **Torben Wisborg** (t.h.).

Det kom inn hele fem nominasjoner til prisen i år. NSDM sin styringsgruppe besluttet derfor å gi prisen til to likeverdige vinnere. Både Hunskaar og Wisborg har utmerket seg med faglig dybde og bredde, de er begge raust inkluderende, men også modig insisterende ledere og strateger med betydelig impakt og integritet.

Begge har dessuten kombinert klinisk arbeid med undervisning, forskning, veiledning og påvirkningsarbeid lokalt, nasjonalt og internasjonalt. Deres fagfelt inngår som viktige ledd i kjeden som redder liv.

Steinar Hunskaar er fastlege i Lindås kommune, professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forskningsleder for Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

Torben Wisborg er overlege i anestesi ved Hammerfest sykehus, professor i

akuttmedisin ved UiT Norges arktiske universitet og leder for Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi ved OUS.



NFA's skribentpris

Aslak Bråtveit har fått NFA's skribentpris 2016. Vi allmennleger forbinder kollegial avtale med et dokument man har i en gruppepraksis, der økonomiske og administrative er regulert.

Aslak Bråtveit har en minst like viktig avtale med sin kollega: De har lovet hverandre å si i fra hvis de får vite at tilliten fra en pasient til den andre er truet eller tapt.

Han har skrevet om dette i spalten «Personlige opplevelser» i *Tidsskrift for Den norske legeförening*, og tittelen er «Tillit fått, mista og fornya».

Legen forteller om Olavs dødsleie der det skjer noe galt uten at han forstår det. Men

kollegaen får høre fra en pasient at familien til Olav er vonbrotne og kjente seg tråkka på, kollegaen holder avtalen og sier fra.

Hva gjør legen da? Han ringer sønnen til Olav og sier: «Det har skjedd noko som var feil, som har såra dykk og som eg treng høyra.»

Sønnen til Olav drar på det, og legen fortsetter: «Eg treng å lære av det som hende. Kan eg få møte dykk?»

Så forteller han om møtet og hva som skjedde.

Han skriver på nynorsk, og dere må lese det selv. Det er som en kort og vakker novelle. NFA håper at han vil fortsette å skrive!

2016

Årets løvetann

Anna Stavdal har de siste 25 årene hatt en ledende rolle i utviklingen av norsk og internasjonal allmennmedisin. Bredt allmennmedisinsk perspektiv kombinert med samfunnsansvar, strategisk talent og et aldri hvilende kritisk blikk gjennomsyrrer arbeidet hennes som fastlege, organisasjonsbygger, veileder, underviser og debattant.



Anna Stavdal ble tildelt årets Løvetannpris og er her avbildet med avtroppende president i WONCA, professor i allmennmedisin i Maastricht, Nederland, Job Metsemakers.



I fagpolitisk sammenheng er årets løvetann kjent som modig – diplomatisk når det er mulig, men også kompromissløs om det trengs. Få stiller seg likegyldige til hennes utspill og strategiske mål. Hun er kjent for å stille store krav til sine med- og motspillere og tåler dårlig intellektuelt slurv og politisk kameraderi. Årets løvetann skinner i blomsten og har orden på bladverket sitt.

Anna Stavdal ble valgt inn i styret i Norsk selskap for allmennmedisin i 1994 og ledet organisasjonen i to perioder fra 1998. Den velkjente «Plakaten» med de «Sju teser for allmennmedisin» står igjen etter henne fra denne perioden som en stadig aktuell påminnelse om fagets kjerneverdier. Årets løvetann har arbeidet syste-

matisk og synlig mot medikalisering og skadelige bånd mellom leger og legemiddelindustri, både på sine nasjonale og internasjonale arenaer.

I 2001 ble hun leder av stiftelsen Scandinavian Journal for Primary Health Care og var i forlengelsen av dette aktiv i å etablere Nordic federation for General Practice som ble stiftet i 2005 med henne som første president.

Siden 2010 har hun vært visepresident i WONCA Europe, og er fra 2016 president og faglig leder for Europas 600 000 allmennleger. Det kan vi være skikkelig stolte av.

Anna er nå i RIO på WONCA World som leder for WONCA Europe. Prisen tas i mot av Annas alter ego, Elisabeth Swensen.

Medarbeiderprisen

Årets Medarbeiderpris gikk til **Ann Kristin Grønvik**. Bedømmelseskomiteen har bestått av: Heidi Lian Hem, Bente Rusten og Tove Rutle

Prisen kan tildeles en medarbeider som:

- Har en reflektert holdning til sin rolle og arbeidsplass. Hun/han ser legekontolet og oppgavene der som en helhet, og verdsetter teamarbeid.
- Har respekt for kolleger og pasienter, tar ansvar i kvalitetsarbeidet og evner å skape motivasjon.
- Har på en eller annen måte vært en inspirator for andre medarbeidere, også utover egen arbeidsplass.

Om kandidaten kan det sies det at:

- Hun er framifrå klinisk legesekretær, som kjenner alle, er ytterst profesjonell og dyktig i daglig pasienthåndtering, det være seg skranke, lab eller skifttestue.
- Hun har jobbet som forskningsassistent, hun har drevet med undervisning og logistikk i forbindelse med to akupunkturstudier.
- Hun har også bidratt til at allmennmedisinske forskere har fått øynene opp for viktigheten av å ha med medarbeidere for å gjennomføre vellykkete RCTer.





Allmennmedisinsk forskningsfonds (AMFF) reisestipend

Forskningsprisen som er innstiftet av Allmennmedisinsk forskningsfond skal stimulere til norsk allmennmedisinsk forskning av høy internasjonal kvalitet.

Prisen skal tildeles en allmennmedisinsk PhD-stipendiat eller en kandidat som har disputert i løpet av siste 12 måneder, og gikk i år til: **Holgeir Skjeie** for prosjektet: «Big needles, small bodies – the absence of acupuncture treatment for infants in contemporary Shanghai: a qualitative study».

Vurderingskomiteen, bestående av førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Eli Berg, og professor ved NTNU og UiT, Anna Luise Kirkengen, la følgende kriterier til grunn for tildelingen:

«Den tydelige allmennmedisinske relevansen, kvaliteten og originaliteten av det presenterte forskningsprosjektet, og forskerens formidlingsmåte.»

Prisvinneren valgte både et dristig tema og

en – for norske allmenn- og samfunnsmedisinske forskere – uvanlig fremgangsmåte: han ikledde seg rollen som deltakende observatør, attpå til utenfor en norsk kontekst, for å undersøke en praksis som er blitt integrert i den vestlige medisinen som et verktøy, en både teoretisk og teknisk «artsfremmed» behandling. Den er sprunget ut av et verdens- og kroppssyn og en behandlingstradisjon helt ulik den biomedisinske, nemlig klassisk kinesisk akupunktur. Vesten «adopterte» den som medium for mye som dens egen teori og praksis ikke kunne håndtere. Blant slike utfordringer var også spedbarn som ikke kunne roes eller trøstes og som bare skrek. Kandidaten har dokumentert at man i selve opphavlandet for denne metoden ikke bruker akupunktur på sped- og småbarn fordi den vurderes som potensielt smertefull.

Forskningsprisen fra Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU)

Prisen ble i år tildelt **Ellen Rygh** for prosjektet: «Bruk av snus og røyketobakk blant gravide i Agderfylkene».

Med forskningsprisen utheves og anerkjennes det beste frie foredrag som fremføres av en nykommer i allmenn- eller samfunnsmedisinsk forskning.

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

Komiteen bestående av Førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo, Eli Berg og leder for AFU, Anna Luise Kirkengen, professor i allmennmedisin ved både NTNU og Universitetet i Tromsø, begrunner tildelingen slik:

- Denne kollega har identifisert et samfunnsfenomen som representerer en opplagt medisinsk utfordring
- Fenomenet har både allmenn- og samfunnsmedisinsk relevans

- Kandidaten har valgt en adekvat forskningsmetode
- Prosjektet er blitt fremlagt på en engasjerende måte.

Prisvinneren har latt seg lede av sitt samfunnsmedisinske kompass om hva som skjer i samfunnet og hvordan det avspeiler seg i nye utfordringer. Hun er ikke ny i faget, og hennes faglige gangsyn har trolig foranlediget hennes temavalg. Hun vet om betydningen av gravide kvinners levekår for deres ufødte og nyfødte barn. Derfor har hun fulgt endringer i kvinners bruk av nikotinholdige produkter før og under svangerskap. Det hun dokumenterer er oppsiktsvekkende og tillater å spørre om våre helseopplysningsstrategier er adekvate: antallet kvinner som bruker snus har økt i de siste par år, mest blant de yngste. Og blant disse fortsetter en av tre å snuse mens de er gravide. Forskeren har med dette påvist en trend i samfunnet som er bekymringsfull.



Abstracts

Bruk av snus og røyketobakk blant gravide i Agderfylkene

ELLEN RYGH¹, FRODE GALLEFOSS², HARALD REISO³
¹ Forskergruppen for primærleger på Agder • ² Sørlandet Sykehus Kristiansand – Forskningsenheten • ³ Helse, avdeling for allmennmedisin – Universitetet i Oslo Bakgrunn

Bruk av snus under graviditet øker risiko for dødfødsler, premature fødsler og redusert fødselsvekt. Det har vært advart mot røyking i svangerskapet, men mindre mot bruk av snus. Bruk av snus hos gravide har tidligere ikke blitt kartlagt i Norge. Vi undersøkte trender i bruk av snus og røyketobakk blant fødekvinne ved Sørlandet sykehus i årene 2012–2014.

MATERIALE OG METODE

Data om gravide og 10583 fødsler ble hentet ut fra elektronisk fødejournal.

RESULTAT

I treårsperioden brukte fem prosent snus og 19 prosent røyketobakk før svangerskapet, og 2 prosent snus og 8 prosent røyketobakk i slutten av svangerskapet. I aldersgruppen 16–24 år brukte 12 prosent snus før svangerskapet, 5 prosent i slutten. Bruk av snus før svangerskapet økte fra fire prosent til sju prosent fra 2012 til 2014. Tilsvarende økning for første trimester var fra to prosent til tre prosent, og for siste trimester fra en prosent til to prosent. Bruk av røyketobakk ble redusert med ca. 2 prosent i treårsperioden. Av 522 kvinner som brukte snus før svangerskapet, sluttet 58 prosent i første trimester, og 71 prosent i tredje trimester. Av 2015 kvinner som brukte røyketobakk før svangerskapet, sluttet 45 prosent i første trimester og 58 prosent i tredje trimester ($p < 0,001$).

KONKLUSJON

Det var en nær dobling i de gravidenes bruk av snus fra 2012 til 2014. Bruken var spesielt høy blant de yngste. En signifikant høyere andel sluttet med snus enn med røyketobakk i løpet av svangerskapet. Av dem som var brukere før graviditeten, fortsatte 29 prosent med snus og 42 prosent med røyketobakk gjennom svangerskapet. Hvis denne trenden vedvarer, representerer det et potensielt folkehelseproblem.

Forbedring av empirisk antibiotikaforskrivning i allmennpraksis

MARK FAGAN
Inst. for Helse og Samfunn,
Med. fak., UiO

BAKGRUNN

Økende antibiotikaresistens truer både bekjempelse av infeksjoner men også behandling som krever infeksjonspylakse, som protesekirurgi, kreftbehandling, reumatologisk behandling og dialyse. Rasjonell antibiotikaforskrivning er avgjørende i kampen mot resistensutvikling. Fordi 90 prosent av antibiotika forskrives i primærhelsetjenesten er forbedringer her essensielt. Avhandlingen identifiserer områder for forbedret antibiotikaforskrivning i allmennpraksis.

METODE

Artikkel I, II, og III er ett-års retrospektive undersøkelser av pasientjournaler ved sykehjem. Artikkel I registrerte omfang og resultat av mikrobiologisk diagnostikk forut for fluorokinolonforskrivning. Artikkel II undersøkte indikasjon for antibiotikaforskrivningen. Artikkel III undersøkte positive urindyrkningssvar fra sykehjemspasienter, sammenlignet med dyrkningssvar fra eldre hjemmeboende pasienter i samme tidsperiode. Artikkel IV var en ikke-randomisert kontrollert klynge-intervensjonstudie ved legevakt, som sammenlignet antibiotikaforskrivning mot urinveisinfeksjoner før og etter en intervensjon.

RESULTATER

Artikkel I

94 ciprofloksacinukurer ble forskrevet. Urinveisinfeksjon var den hyppigste indikasjon på langtids (78 prosent) og korttidsavdelinger (40 prosent). Luftveisinfeksjon var en sjelden indikasjon på langtidsavdelinger (4 prosent), men hyppig på korttidsavdelingene (37 prosent). 47 prosent av infeksjoner ble verifisert med mikrobiologisk undersøkelse. Kun 13 prosent av infeksjonene var forårsaket av en mikrobe følsom for ciprofloksacin alene.

Artikkel II

714 antibiotikakurer ble foreskrevet til 327 pasienter. Forskrivningen var i tråd med retningslinjer i 77 prosent av tilfellene for urinveisinfeksjoner, 79 prosent for luftveisinfeksjoner, og 76 prosent for hud- og bløtdelsinfeksjoner. Ciprofloksacin ble forskrevet i 63 prosent av forskrivninger som ikke var i tråd med retningslinjene. På korttidsavdelinger var andel av slike forskrivninger høyere, og oftere initiert av leger ansatt ved det lokale sykehuset.

Artikkel III

Hos både sykehjemspasienter og hjemmeboende pasienter var *Escherichia coli* den vanligste bakterien (64 prosent i begge grupper) fulgt av *Enterococcus faecalis* (ti prosent vs åtte prosent). *Escherichia coli* var også den vanligste bakterien dyrket hos kvinner (70 prosent) og menn (39 prosent), men *Enterococcus faecalis* var vanligere hos menn (18 prosent) enn hos kvinner (sju prosent) ($p < 0,05$). Hos menn var *Escherichia coli* ciprofloksacinresistens og *Proteus mirabilis* mecillinamresistens signifikant høyere enn hos kvinner (12 prosent vs sju prosent, og 12 vs tre prosent, $p < 0,05$).

Artikkel IV

Intervensjonen førte til en signifikant reduksjon i ciprofloksacinforbruk og økning i mecillinamforbruk ($p < 0,05$).

KONKLUSJON

Forbedret mikrobiologisk diagnostikk, en enkel intervensjon ved legevakten og spesifikke retningslinjer for behandling av UVI hos eldre basert på kjønn, kan føre til mer rasjonell antibiotikaforskrivning.



Plager hos pasienter som oppsøker fastlegen - en beskrivelse av hele symptomfjellet

MONA KJELDSBERG¹, HEDDA TSCHUDI-MADSEN¹,
DAG BRUUSGAARD², BÅRD NATVIG¹
¹ Institutt for Helse og Samfunn, Allmennmedisinsk avdeling,
Universitetet i Oslo

BAKGRUNN

Befolkningsstudier viser at antall rapporterte symptomer bidrar mer til dårlig selvrappportert helse og nedsatt fremtidig funksjon enn enkeltsymptomenes alvorlighetsgrad, og mer enn mange kroniske sykdommer. Legger læres opp til å sammenstille symptomer til diagnoser for å behandle sykdommer, mens tradisjonelt sett er symptomer i seg selv viet mindre oppmerksomhet. Formålet med studien var å beskrive forekomst av 38 vanlige symptomer i de siste sju dager hos pasienter som oppsøker fastlegen.

METODE

47 allmennleger ble rekruttert fra veiledningsgrupper på Sør-Østlandet. Legene delte ut spørreskjemaer til alle pasienter over 18 år en tilfeldig valgt dag i praksis. 909 skjemaer ble returnert (responsrate 88,8 prosent), hvorav 866 hadde komplette data og ble inkludert i analysene.

RESULTATER

Nesten alle pasienter rapporterte minst ett symptom og nesten en tredjedel rapporterte ti symptomer eller flere i løpet av de siste sju dagene. Gjennomsnittlig antall symptomer var 7,5 (range 0–32), kvinner 8,1, menn 6,5 ($p < 0.05$). De hyppigst rapporterte symptomene var tretthet (46 prosent), korsryggsmerter (43 prosent), nakkesmerter (41 prosent), hodepine (39 prosent), skuldersmerter (36 prosent) og søvnproblemer (35 prosent). Kvinner hadde signifikant høyere forekomst enn menn for 16 av 38 symptomer ($p < 0.05$). Tinnitus og brystmerter var vanligere blant menn enn kvinner ($p < 0.05$).

KONKLUSJON

Mannlige og kvinnelige pasienter i allmennpraksis har sammenfallende mønstre for rapporterte symptomer uavhengig av kontaktårsak. Kvinner rapporterer flere symptomer enn menn totalt og i alle aldergrupper. Nesten halvparten av pasientene rapporterer å ha tretthet, korsryggsmerter og nakkesmerter. Videre forskning bør se nærmere på prognosen ved ulike symptomer og prognosen ved mange symptomer i forhold til fremtidig funksjon og generell helse.

Nordic general practice: medical procedures in use and on-site tests and medical equipment available

TORUNN BJERVE EIDE¹, JØRUND STRAAND¹,
ELIN OLAUG ROSVOLD¹
¹ Dept. of General Practice, Institute of Health and Society,
University of Oslo

PH.D. PRESENTASJON

OBJECTIVE

To obtain knowledge concerning what equipment and on-site tests are available and which medical procedures are performed in primary care in the Nordic countries, and whether there are differences between the countries.

DESIGN AND SETTING

A comparative survey based on material from the study Quality and Costs of Primary Care in Europe (QUALICOPC). General practitioners (GPs) from the Nordic countries answered a questionnaire concerning different aspects of their practices in the period 2011 to 2012.

SUBJECTS

198 Norwegian, 97 Swedish, 212 Danish, 288 Finnish and 80 Icelandic GPs.

MAIN OUTCOME MEASURES

The GPs were asked to what extent they perform a predefined selection of medical procedures, and also to indicate equipment and laboratory tests available in practice from a predefined list.

RESULTS

Almost all Nordic GPs had standard medical equipment such as blood pressure meters and suture sets, and basic laboratory equipment was available for most of them. About 1/3 of Finnish GPs had advanced technical equipment that was very uncommon in the other Nordic countries. More preliminary results will be presented at «Primærmedisinsk uke 2016».

CONCLUSION

Nordic GPs are well-equipped and perform a wide spectre of medical procedures, but there are some interesting differences. The reasons for these differences may be sought among structural factors such as the remuneration systems and access to other specialities. Varying treatment traditions may also be of importance.

The study is financed by The Norwegian Committee on Research in General Practice (AMFF)



'Big needles, small bodies'—the absence of acupuncture treatment for infants in contemporary Shanghai: a qualitative study

SKJEIE H¹, BREKKE M.¹

¹ Institutt for Helse og Samfunn, Allmennmedisinsk avdeling, Universitetet i Oslo

OBJECTIVE

To explore contemporary practices and clinical recommendations regarding the use of acupuncture for infants by Traditional Chinese Medicine (TCM) practitioners in Shanghai.

DESIGN

A qualitative study consisting of four field visits between February 2014 and March 2015. Data was collected using participant observation, focus group interview, in-depth interview, textbook page analysis and informant validation.

PARTICIPANTS

14 Shanghaiese professionals, including interpreters and TCM practitioners, of which seven were acupuncturists.

SETTING

The Longhua Hospital (paediatric, acupuncture and Tui na departments) in southern Shanghai and the campus of the Shanghai University of Traditional Chinese Medicine.

RESULTS

The Longhua Hospital outpatient acupuncture clinic receives 400 consultations on average per day. Children, including patients from the paediatric department, are referred to this clinic. During 3 days of participant observations at this department, we saw two children. No infants. During 3 days at the paediatric department and 1 day at the Tui na department we saw no referrals. Formal interviews and informal conversations with acupuncturists and other TCM professionals revealed that acupuncture

was neither routinely practiced nor recommended for infants and small children. Acupuncture was considered potentially painful for this young patient population. Alternative treatment options such as herbal treatments or medical massage were widely available and preferred. Western medical diagnostics and treatment were also used, recommended, and trusted.

CONCLUSIONS

Acupuncture for infants is not a preferred therapeutic method among TCM practitioners working in contemporary Shanghai. Acupuncture on broad indications in infants appears to be a Western practice with little basis in TCM modern-day practice.

BMJ Open 2015;5:e009486. doi:10.1136/bmjopen-2015-009486

Barrierer og strategier for omsorg ved livets slutt - spørreskjemastudie blant norske og nederlandske sykehjemsleger

ANETTE FOSSE^{1,2}, SYTSE ZUIDEMA³, FROUKJE BOERSMA³, MARGRETHE AASE SCHAUFEL^{1,4}, KIRSTI MALTERUD^{1,2,5}, SABINE RUTHS^{1,2}

¹ Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse • ² Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB.

³ Department of General Practice, University of Groningen, University Medical Center Groningen, The Netherlands

⁴ Lungesavdelingen, Haukeland Universitetssjukehus • ⁵ Forskningsenheten for Almen Praksis og Avdeling for Almen Medisin, Institut for Folkesundhedsvitenskap, Københavns Universitet, Danmark

BAKGRUNN

Sykehjem er en vanlig dødsarena. Forskning tyder på mangelfulle rammebetingelser for å yte god, teambasert omsorg ved livets slutt, spesielt for sykehjemslegenes deltakelse. Legetjenestene i sykehjem er ulikt organisert i ulike land. Vi ønsket å undersøke sykehjemslegers vurderinger

av rammebetingelsene for medisinsk omsorg ved livets slutt i Norge og Nederland, og hvordan dette arbeidet kan forbedres.

METODE

Vi utviklet et elektronisk spørreskjema som ble formidlet til alle sykehjemsleger i Norge og Nederland gjennom hhv epost og

medlemsbrev. Tema var organisering av legetjenesten i sykehjemmet, utdanning, finansiering og personlige forutsetninger for å drive omsorg ved livets slutt, slik sykehjemslegen opplevde det i sitt sykehjem. Resultatene i begge landene ble sammenlignet med kji-kvadrattest og t-test.

RESULTATER

Foreløpige resultater ble presentert under Forskningsdagen på PMU 2016.

Antibiotikaforskrivning ved akutte øvre luftveisinfeksjoner ved interkommunal legevakt

BENT H. LINDBERG¹, SVEIN GJELSTAD², MATS FOSHAUG³, SIGURD HØYE²

¹ Hedmarken interkommunale legevakt • ² Antibiotikasenteret for primærmedisin, Avd. for allmennmedisin, HELSAM, UiO • ³ Tønsberg interkommunale legevakt

BAKGRUNN

85 prosent av all antibiotika forskrevet i Norge, skrives ut i primærhelsetjenesten. Halvparten av dette er mot luftveisinfeksjoner som i høy grad er selvbegrensende tilstander. Legevaktkonsultasjoner utgjør ca. 10 prosent av alle konsultasjoner i primærhelsetjenesten i Norge. Det er forsket lite på hvor mye antibiotika som skrives ut på legevakt og hvilke faktorer som påvirker forskrivningen.

METODE

Retrospektiv datauttrekk for året 2014 fra Tønsberg og Hedmarken interkommunale legevakter: pasientenes kjønn, alder og luftveisdiagnose, legenes totale antall vakter, antall konsultasjoner per vakt, varighet av konsultasjoner og forskrevet antibiotika. Vi brukte logistisk regresjon for å analysere hvilke faktorer som korrelerer med antibiotikaforskrivning.

RESULTATER

Preliminære resultater ble presentert under PMU. Resultatene vil bli publisert i et internasjonalt tidsskrift.

KONKLUSJON

Antibiotikaforskrivning på legevakt er omtrent som i vanlig allmennpraksis, men travelhet på vakt henger sammen med hyppigere forskrivning.

Når og hvordan bør fastleger snakke med sine pasienter om alkohol?

TORGEIR GILJE LID

Forskningsgruppe for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, UiB Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (Korfor), Stavanger Universitetssjukehus.

PH.D. PRESENTASJON

Avhandlingens tittel: «Addressing alcohol in general practice».

Alkoholforbruket i Norge har økt betydelig, og alkohol er en viktig årsak til økt sykkelighet og for tidlig død. Helsemyndighetene anbefaler derfor at fastleger regelmessig kartlegger pasientenes alkoholforbruk, men forskning har vist at dette sjelden gjøres. Det er derfor et stort behov for nye tiltak for å forebygge negative helseeffekter av alkohol.

Avhandlingen drøfter om en strategi som tar utgangspunkt i pasientens helseproblem kan være bedre egnet enn regelmessig kartlegging av alkoholforbruk. Arbeidet viser at selv om regelmessig kartlegging sjelden gjøres, spurte fastlegene ofte om alkohol når de trodde det kunne være klinisk relevant for pasientens helseproblem. Eksempler på slike problemstillinger er høyt blodtrykk, fordøyelsesplager, psykiske problemer og skader. Legene

spurte også om alkohol i en del rutinepregete konsultasjoner. Eksempler på dette er ved ny pasient, ved helseattester og ved første svangerskapskontroll. Kombinasjonen av å spørre på bakgrunn av klinisk relevans og ved noen rutinekonsultasjoner, har vi sammenfattet i begrepet pragmatisk case finding.

Doktorgradsarbeidet har også studert forhold ved legesentrene og ved legenes praksis som kunne påvirke implementering av pragmatisk case finding i allmennpraksis. På tross av tidspress opplevde legene at de kunne prioritere ekstra tid når det trengtes. De opplevde også at det var enklere å spørre om alkohol når de tok utgangspunkt i pasientens helseproblem. Noen av legesentrene satset mye på felles tiltak for fagutvikling og læring.

Avhandlingen bygger på to intervjustudier med fastleger og en studie av data fra ca 20.000 pasientjournaler hos 35 leger. Journalmaterialet viser at en del vanlige

hendelser i allmennpraksis, som forskrivning av vanedannende medikamenter og gjentatte sykmeldinger, gir en økt risiko for framtidig alkoholproblem. Mange slike hendelser kan være tegn på en økt sårbarhet for å utvikle et alkoholproblem.

Pragmatisk case finding er godt egnet som rammeverk for utvikling av en bedre praksis på feltet. Bedre kunnskap om mangfoldet av kliniske problemstillinger hvor alkohol kan være relevant og om forhold som påvirker sårbarheten for alkohol gir et godt utgangspunkt for en åpen og respektfull samtale. Avhandlingen konkluderer med at pragmatisk case finding kan være et godt alternativ til regelmessig kartlegging av alkoholforbruk i allmennpraksis. Doktorgradsarbeidet har vært finansiert av AMFF, og prosjektmidler fra Korfor.

Veiledere: Professor Eivind Meland, professor Kirsti Malterud, forskningsleder Sverre Nesvåg og professor Geir Egil Eide.

Frozen shoulder, subjektive helseplager og nevrotisisme; er det en sammenheng?

SATYA P. SHARMA

Department of Global Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway

BAKGRUNN/FORMÅL

Frozen shoulder fører i varierende tidslengde til mye smerter og redusert livskvalitet. Det er kjent at psykososiale faktorer spiller en viss rolle ved langvarige muskelskjelettplager, men er ikke tilstrekkelig undersøkt ved frozen shoulder. Målsetting er å vurdere om endring i smerte og leddfunksjon ved behandling korrelerer med endring i psykometriske parametre hos denne pasientgruppen.

METODE OG MATERIALE

Pasienter med frozen shoulder som ble rekruttert til en randomisert kontrollert studie for sammenligning av effekt av intraartikulær kortisoninjeksjon med distensjon i forhold til kortisoninjeksjon uten distensjon eller treatment-as-usual (TAU), fylte også ut skjema for psykometriske parametre og smerte- og funksjon. Smerte og funksjon ble målt med Shoulder Pain and Disability Index (SPADI), nevrotisisme ble

målt med Eysenck Personality Questionnaire Revised (EPQ-R), norsk kortversjon; og generell helsetilstand og komorbiditet ble kartlagt med spørreskjemaet «Subjective Health Complaints» (SHC). Skjemae- ne ble fylt ut ved inklusjon, fire uker og åtte uker. SHC skjema har fem symptomkategorier, men her er fokus på sumscore i kategoriene muskelskjelett (MSK), pseudonevrologi (PsN) og gastro-intestinal.

RESULTATER

Multiple regresjonsanalyse ble utført for intervensjonsgruppen (n=69) og TAU gruppen (n=36) ved inklusjon, fire uker og åtte uker, med SPADI som avhengig variabel. Ved inklusjon hadde PsN i SHC signifikant forklaringskraft ($p<0.001$), men ikke MSK når man kontrollerte for kjønn, for både intervensjon- og TAUgruppene. Ved fire og åtte uker hadde MSK signifikant forklaringskraft ($p<0.001$) i intervensjons-

gruppen, men ikke PsN. PsN hadde fortsatt signifikant forklaringskraft ($p<0.05$) for TAU gruppen ved fire uker. Ved åtte uker hadde hverken MSK eller PsN lenger forklaringskraft i TAU gruppen. Ved gastro-intestinal fant vi ikke signifikant forklaringskraft ved inklusjon, fire uker eller åtte uker i noen av gruppene. Vi fant ingen sammenheng mellom nevrotisisme og SPADI score ved inklusjon, fire uker eller åtte uker i noen av gruppene.

KONKLUSJON

Det ble i denne studien funnet sammenheng mellom frozen shoulder og subjektive helseplager, målt med to av sub-skalaene. Pseudonevrologi spiller større rolle i oppstart av intervensjon, trolig på grunn av forstyrret søvn og smerte. Deretter blir trolig skulderfunksjon viktigere, men det forklarer ikke manglende forklaringskraft i treatment-as-usual gruppen likevel.

Plutselig vanskelig å prate, smile – Det kan være

■ BJØRNAR ALEXANDER ANDREASSEN | JAN MAGNE LINNSUND • Helsedirektoratet



Plutselig vanskelig å prate,
smile eller løfte armene? Det kan være hjerneslag.

Ring 113
– hvert sekund teller.

helsenorge.no/hjerneslag

 Helsedirektoratet

Helsedirektoratets nye informasjonskampanje om hjerneslag skal øke kunnskapen om risiko og symptomer på hjerneslag i befolkningen, slik at flere får behandling i tide og overlever med god livskvalitet.

I Norge får årlig rundt 12 000 hjerneslag og over 60 000 nålevende nordmenn har hatt en eller flere slagepisoder. Hjerneslag er den vanligste årsaken til alvorlig funksjonsnedsettelse og langvarig institusjonsomsorg og er den tredje hyppigste dødsårsaken i landet. Risikoen for slag øker betydelig med alderen, og gjennomsnittsalder for førstegangs hjerneslag er 75 år for menn og 78 år for kvinner. Den demografiske utvikling vil innebære en betydelig økning av antall hjerneslag fram mot 2030.

Gjennomgangstema: Prate-Smile-Løfte

Helsedirektoratet fikk i revidert nasjonalbudsjett for 2016 bevilget 10 millioner kroner til en informasjonskampanje om hjerneslag. Målet er å øke kunnskapen om risiko og symptomer på hjerneslag i befolkningen, slik at flere skal få behandling i tide og overleve med god livskvalitet.

Kampanjen ble lansert 28. oktober, dagen før *World Stroke Day*, bl.a. med egen stand på PMU. Kampanjen vil bruke flere virkemidler som informasjonsfilmer på TV, PR- og mediearbeid (riks-, lokal- og fagpresse), informasjon på helsenorge.no og sosiale medier. Det er utarbeidet en informasjonspakke som enkelt kan benyttes av andre (f.eks. filmer, plakater etc).

eller løfte armene? hjerneslag

Kampanjen skal bygge opp kunnskapen i befolkningen om plutselige symptomer og senke terskelen for umiddelbart å ringe 113 ved mistanke om hjerneslag. *Prate-Smile-Løfte* er gjennomgangstemaet i kampanjemateriellet, utdypet som «Plutselig vanskelig å prate, smile eller løfte armene? Det kan være hjerneslag. Ring 113 – hvert sekund teller».

I kampanjen vil det også bli informert om andre symptomer og temaer som for eksempel forebygging av hjerneslag. Artikler om hjerneslag som ligger på helsenorge.no vil bli revidert i overenstemmelse med kampanjen.

Målgrupper og evaluering

Hjerneslag rammer oftere i høyere alder og forekommer relativt sjelden i aldersgruppen under femti år. Det kan likevel ramme i alle aldre. Som pårørende, kollega eller publikum kan alle oppleve en situasjon hvor

det er avgjørende å kjenne igjen symptomene. Å reagere raskt øker sannsynligheten for et positivt utfall. Hovedmålgruppen er i utgangspunktet alle aldersgrupper i befolkningen over 20 år, men aldersgruppen 50+ vektes tyngst. I tillegg er det viktig å nå helsepersonell i primærhelsetjenesten som har en oppgave i den akuttmedisinske kjede samt helsepersonell i ambulansetjenesten, AMK og akuttmottak.

Opinion har gjennomført en kvantitativ o-punktsundersøkelse om befolkningens kunnskap om symptomer og handlingsmønstre ved hjerneslag. En tilsvarende undersøkelse vil også bli gjennomført etter avsluttet kampanje, for å vurdere om kampanjen har hatt effekt.

Norsk hjerneslagregister (NHR) har flere indikatorer som er nødvendig for en bred evaluering av den nasjonale kampanjen. Med tanke på kampanjens formål vil «pasientforårsaket forsinkelse» være av spesiell interesse. AMK har tidspunktet for vars-

ling og NHR har tidspunktet for symptomdebut, og når disse dataene kombineres kan pasientforårsaket forsinkelse beregnes. Denne målingen vil være den mest direkte effektmålingen av kampanjen. Det vil også være viktig å se om det blir endringer med tanke på andel av pasienter med hjerneslag som blir innlagt innen fire timer etter symptomdebut. I 2015 ble 67 prosent innlagt innenfor dette tidsrommet.

Helsedirektoratet vurderer også en forskningsbasert evaluering av kampanjens effekt og er i dialog med Helse Vest RHF om dette.

Når du leser dette, har du sikkert allerede stiftet bekjentskap med flere av kampanjens elementer samt reklamefilmen som har gått på TV. Andre kampanjeelementer vil være aktive ut året.

■ JAN.MAGNE.LINNSUND@HELSEDIR.NO

HVORFOR EN NASJONAL KAMPANJE OM HJERNESLAG?

For ett år siden la Akuttutvalget frem NOU-utredningen *Først og fremst* som gir anbefalinger for hvordan den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus kan forbedres og hva som kan gjøres for å sette befolkningen i stand til å hjelpe seg selv og andre ved akutt sykdom og skade. I kapittelet om hjerneslag står det blant annet:

Det er nylig publisert en studie fra England som sier noe om at opplysningskampanjer om hjerneslag kan være viktig for å få befolkningen til å endre atferd når det gjelder tidlig varsling (Wolters, Paul, Li & Rothwell, 2015). I 2009 ble det i England gjennomført en fjernsynskampanje over flere måneder med vekt på FAST-symptomene, illustrert ved hjerneslag som en brann som

spredte seg raskt i hode på en eldre person. Forsinkelse knyttet til å oppsøke det medisinske hjelpeapparatet falt dramatisk i løpet av 2009. Median tid for varsling gikk ned fra 53 minutter til 31 minutter og median tid til ankomst sykehus gikk ned fra 185 minutter til 119 minutter. At varslingen skjer ved hjelp av en «tilstedeværende» i nesten 90 pst. av tilfellene, illustrerer viktigheten av å gjennomføre denne type undervisning gjennom massemedia for å nå flest mulig. Fram til 2013 har det i England vært fulgt opp av flere, men ikke så intensive TV-kampanjer og resultatene holder seg tilsynelatende over tid. Hele kampanjen i tidsrommet 2009–2013 kostet om lag ti mill. pund og nytte-effekten ble beregnet til tre pund for hvert investert pund.

I Midt-Norge ble det gjennomført en informasjonskampanje i 2011–12. Kampanjen slo positivt ut med hensyn til pasientventetid før varsling, som ble redusert med 41 minutter fra 68 til 27 minutter. Andel pasienter som kom til sykehus innen fire timer økte fra 53 til 67 prosent.

Erfaringen fra akuttmiljøene i Norge og utlandet kan tyde på at pasientene selv eller pårørende oftest er det forsinkende leddet. De gjenkjenner ikke symptomene på hjerneslag og/eller venter for lenge med å kontakte helsetjenesten. Dette fremgår også av undersøkelser og fokusgrupper som er gjort i forkant av kampanjen.



"Oh Lord, won't you buy me a Mercedes Benz?"

Janis Joplin ønsket seg engang en Mercedes, men hadde ikke råd. Kanskje Gud kunne hjelpe?

Utposten nr. 6, 2016 omhandler fastlegeordningen etter 15 års erfaring. Etter noe lesing fikk vi assosiasjoner til Joplins berømte sang fra 60-tallet.

Fastlegeordningen er en offentlig helsereform som har vært svært vellykket, målt ut fra befolkningens vurdering. Av offentlige tjenestetilbud er det kun bibliotekene og Vinmonopolet som er omtrent like populære. Fastlegene gjør altså en god jobb sett med befolkningens øyne. Fastelegeordningen er imidlertid spådd å kollapse innen få år.

Mange av *Utpostens* innlegg om fastlegeordningen enes om behovet for styrking av ordningen for at den skal overleve. De er skrevet av erfarne kollegaer. De aller fleste understreker at det må tilføres ressurser i form av flere fastleger og ulike økonomiske virkemidler for å skape levelige rammebetingelser fremover.

Dagens fastleger har over tid erfart økende forventninger og arbeidsmengde. Mange har redusert listene, og dermed inntjeningen. Andre forteller at de sitter utover ettermiddagen og gjør ferdig dagens oppgaver – mye av dette som ubetalt overtid. Gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid for fastlegene er nå ca. 45 timer, i tillegg kommer legevakt. Fastleger flest har også dårligere trygde- og sykepengerettigheter enn kollegaer på sykehus og befolkningen ellers. Dette er lite fristende lokkemidler for våre kommende, stort sett kvinnelige kol-

legaer, som nå er i betydelig flertall blant studentene.

Flere kvinnelige fastleger har offentlig fortalt om hvorfor de har sluttet eller vurderer å slutte som fastleger. En av dem er Ane Emaus, fastlege under spesialisering i Alta, som gav sin versjon i innlegget *Fastlegeordningen – endringer haster!* under NSDM sin jubileumsmarkering av fastlegeordningen tidlig i høst.

Det er derfor bekymringsfullt å lese innlegget *15 år med fastlegeordningen. Hva nå?* som er skrevet av myndighetsrepresentanten Petter Øgar, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Øgar var i denne stillingen også da regjeringens opprinnelige fastlegeforskrift ble utarbeidet i 2011–12. Dette forslaget hadde alvorlige svakheter og ble avvist av fastlegene, Legeforeningen og til slutt også av regjeringen. Øgar forventer nå at «fastlegen er min viktigste garantist og vaktbikkje for at jeg får en helhetlig og koordinert behandling i en tiltagende spesialisert og fragmentert tjenesteteverden».

For å få til dette er det tydeligvis behov for mange nye reformer og endringer i ordningen, blant annet mer styring av fastlegene. Hvis det er slik, gjenstår det å forklare befolkningens mangeårige tilfredshet med fastlegeordningen. Videre synes innlegget fritt for innsikt om at fastlegeordningen trenger flere ressurser – et avgjørende poeng som andre bidragsytere peker på. For oss ser det ut til at HOD – i likhet med Janis Joplin – ønsker seg en ny Mercedes, men er kun villig til å betale for en 15 år gammel Folkevogn. Med sin nåværende kunn-

skapshåndtering og analyse er det i beste fall en gammel folkevogn HOD vil få. Standarden vil da bli nokså ulik forventningene, og bilen vil ikke vare lenge.

Myndighetenes manglende innsikt i fastlegeordningens utfordringer bekreftes også i Gisle Roksund sitt virkelighetsnære innlegg. Der skriver han: «På politisk hold er det ingen forståelse av at fastlegene strever... (personlig meddelelse)».

Spådommen om fastlegeordningens kollaps står derfor til troende. Det vil i så fall ikke bare true befolkningens behov for primærlegetjenester, men også true spesialisthelsetjenesten og sykehusene. Uten en faglig velfungerende fastlegeordning vil de oppleve en tsunami av uprioriterte pasienter som ellers – og til nå – har fått sine helsehjelpbehov dekket hos fastlegen. Det vil få uante konsekvenser for hele den offentlige helsetjenestens evne til å håndtere befolkningens behov og forventninger. Behovet for helprivate helsetjenester vil trolig gå til værs, og mange dyktige fagfolk vil søke seg dit. De tause vinnerne med god råd vil dermed fortsatt få gode helsetjenester. Resten – den store majoritet – vil måtte ta til takke med konsekvensene av myndighetenes inkompetente helseplanlegging og restene av dagens felles og solidariske offentlige helsetjeneste.

Departementet utviser en strategi som minner mest om den til Janis Joplin – som det til slutt gikk svært dårlig med.

Kanskje er det for sent også for dagens fastlegeordning?

ARNULF HEIMDAL OG IVAR THOMSEN

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

Kven er du?

Eg har nokre fine vener på facebook som av og til skriv dikt og deler med andre. Ein dag kom eg over eit slikt. Eg syns dette diktet er så fint. For meg seier det noko om kva menneske kan bety for kvarandre. Det kan vere godt å bli minna på – både som medmenneske og lege.

Eg utfordrer Gunn Mali Sten Sund som er fastlege på Radøy.

Helsing frå
FRØYDIS GULLBRÅ

Kven er du i det evige?
Inga byrjing, inga ende.
Her og no – alt står i ro.
Berre eit augneblink stillstand rommer
dei djupaste hjarta sine bankande trommer.

Kva er det du ser?
Korkje utover eller innover.
Aksept med audmjuk respekt.
Treng ikkje ropa ut i mengda
den indre stemma er sterkast i lengda.

Kva er det som skil oss?
Du er ikkje, ikkje eg.
Fjern lik nær – alltid kjær.
Eit vakent, varmt, varsamt blikk
di sjels melodi, den vakraste musikk

HILDE AKALIA BRØNSTAD

