

Utposten

5 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Samhandlingsdirektør med legekoffert

Forskrivning av angst- og sovemedisiner
Utfordringer i ny turnusordning

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

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

Grefsenkollveien 21

0490 Oslo

MOBIL: 454 84 047

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

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

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

Postboks 1046, Jeløy

1510 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**Kristina Riis Iden**

Vågsmyra legesenter

4020 Stavanger

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Alexander Løvdahl**

Postboks 25

2601 Lillehammer

MOBIL: 907 16 411

E-POST: alexander.loevdahl@gmail.com**FORSIDE:**

Tom Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Er du helt parkert?*Dag-Helge Rønnevik***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Samhandlingsdirektør med legekokk***Tor Åm intervjuet av Kristine Asmervik og Dag-Helge Rønnevik***8 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****God forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis***Jørgen G. Bramness og Torgeir Gilje Lid***12 UHENSIKTSMESSIG LEGEMIDDELFORSKRIVNING TIL ELDERE:****Prevalens, kriterier, og en intervensjon for å redusere den***Sture André Rognstad***16 Styringsutfordringer i ny søknadsbasert turnusordning***Birgit Abelsen og Margrete Gaski***22 Opplever du å bli mer sint på barna enn du ønsker?****Hvordan avdekke og behandle hverdagssinne/volden i familier?***Steinar Sund***26 Legevaktuttrykking ved raud respons – skal, skal ikkje?***Sverre Rørtveit***28 Helsefremmende samhandling.****NaKuHel gir nye muligheter i folkehelsearbeidet***Gunnar Tellnes, Werner H. Christie og Ingunn H. Leeber***32 På tide å etablere et masterstudium i klinisk medisin i Stavanger***Olav Thorsen, Svein Kjosavik og Torgeir Gilje Lid***34 Noklus Praksisprofil – nyttig for legekontor og smågruppe***Geir Thue, Line Agledal og Wenche Iren Bjelkarøy***36 NORDISK KONGRESS PÅ ISLAND:****Med blick på kjerneinnholdet i allmennmedisin***Kristina Riis Iden***40 Kjære arbeidsgivere, jeg har noe på hjertet***Innlegg av Gro Bengtson***40 Frittstående dialogmeldinger tatt i bruk****42 ALLFORSK – allmennmedisinsk forskningsnettverk i Rogaland***Olav Thorsen***44 Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten er snart oppe og går!***UIB/Utpostens redaksjon***46 BOKANMELDELSE: Spørreskjema som metode***Anmeldt av Eli Berg***46 INNPOSTEN: Er alle fastleger idioter?***Ole Bøe***48 FASTE SPALTER****INNPOSTEN 48****RELIS 52****LYRIKKSTAFETTEN 56**

Er du helt parkert?

Lege og gründer Daniel Sørli åpnet nylig *Dr. Dropin* i Oslo. «Med fastpris og et mobilt køsystem håper *Dr. Dropin* å utkonkurrere både offentlige legevakter og private legeklinner», skriver *Dagens Næringsliv* (DN). Konseptet legger vekt på effektiv service, lange åpningstider, sentral beliggenhet og lav fastpris – inspirert av frisørkjeden *Cutter*. Hva vil en økende kommersialisering av legetjenester som dette bety for fastlegeordningen?

Resept på internett

Flere andre liknende tilbud har dukket opp de siste årene. *Legevisitt.no* tilbyr hjemmebesøk til 1590,-. Her er blant annet kjendis Hallvard Flatland inne på eiersiden. «Spesielt barnefamilier og eldre tar seg likevel råd til luksusen det er å få en lege hjem på døren», uttaler gründeren til DN. Hos tjenesten *Kry* kan du velge å få samtale med lege rett på mobiltelefonen. «Du kan bruke *Kry* når du har problemer eller symptomer som ikke krever fysiske undersøkelser for å sette en diagnose», står det på nettsiden deres. Om du mistenker en UVI kan du logge deg inn på *nettlegevakt.no* og bli hjulpet av algoritmer som finner ut om du trenger resept på antibiotika eller ikke. *Helsetelefonen.no* er en annen tjeneste der du betaler 26 kr pr. minutt for faglige råd fra sykepleiere. Er du medlem kan du ringe døgnet rundt, gratis. De skriver at tjenesten kan bidra til at trykket på offentlige helsevesen reduseres. Har de rett i det, mon tro?

Parkert

Den profilerte fastlegen Jørgen Skavlan sitter i styret til *Dr. Dropin*. «Hvis du tror du kan stoppe privat helse, er du helt parkert», sier Skavlan til DN. «Vi ønsker det behovet dekket her og nå. Kjenner du en kul under armen eller skjærer deg i foten, må vi leger innse at du vil ha hjelp med en gang, uansett om vi mener det fint kan vente tre dager». Når Forbrukerrådet i sommer har hatt en kampanje der de har konkludert med at fire av ti pasienter må vente for lenge på å få legetime, gir det støtte til Skavlans syn. «Det er et lovbrudd, og Forbrukerrådet krever endring».

Men hvilke medisinskfaglige vurderinger ligger til grunn om man mener alle skal ha legetime innen fem dager?

Executive health

På studiet lærte vi at det viktigste verktøyet i allmennpraksis er *tiden*. Fordi det meste går over av seg selv, og om vi skal aksjonere på alle nye symptomer og plager med en gang vil det føre til mange unødvendige undersøkelser og påfølgende overbehandling. Min veileder og inspirator i distrikts- turnus, dr. Egenberg i Tysvær kommune, lærte meg tidlig at det var avgjørende å «lære opp lista» si med tanke på når man burde oppsøke lege, og når man kunne vente og se det litt an. Hvordan holder denne kunnskapen seg sett opp mot utviklingen vi nå ser? Hva lærer befolkningen opp til når allmennlegetjenester og andre helsetjenester blir en vare du kan kjøpe over nett og bestille når du selv vil? Vi har i sommer kunnet lese flere gode kronikker og debattinnlegg om temaet overdiagnostikk, overbehandling og sykkeliggjøring av befolkningen. Foretaket Aleris er eksempelvis stolt av å tilby *Executive health*, en årlig helsesjekk der pasienten gjennomgår opptil ti ulike spesialistundersøkelser, blant annet hos kardiolog, hudlege og øyelege. Vi snakker altså om friske folk som i utgangspunktet ikke har noen plager.

Faglig prostitusjon

Det er mye penger å tjene på helse, eller kanskje rettere sagt; sykdom. «Stigende velstand, den demografiske utviklingen og utbredelsen av livsstilssykdommer øker den globale etterspørselen av nye teknologier og behandlingsmuligheter», skriver Karita Bekkemellem, leder av bransjeforeningen Legemiddelindustrien (LMI) i *Dagens Medisin* under overskriften «Helseindustriens verdiskaping har så vidt begynt». Samtidig har vi sett en vridning i folkehelsearbeidet fra fokus på universelle løsninger, til fokus på at den enkelte – satt på spissen – må ta seg sammen. En slik nyliberal folkehelsepolitikk ønskes trolig velkommen av den nye helseindustrien, der pengene ligger i å

dyrke sykdomsfrykt og folks vilje til å betale for en trygghetsfølelse, snarere enn at befolkningen holder seg frisk og er i stand til å ta vare på egen helse. Som ansvarlige allmennleger og samfunnsmedisinere bør vi demme opp for en slik utvikling, ikke bidra til den. Det er nok fullt mulig å prostituere seg også som fagperson, men vi skal ikke glemme vårt etiske reglement (*Etiske regler for leger*) der § 1 sier: «En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den». Om vi bidrar til tilbud som *Executive health* gjør vi potensielt mer skade enn nytte.

Godt med litt konkurranse?

Tilbake til fastlegeordningen: Den har kanskje blitt en stivbeint monopolordning som har manglet innovasjon og nytenkning? Kanskje er det faktisk bra med litt konkurranse fra private tilbud? I kulissene forhandler regjeringen om frihandelsavtalen TISA (Trade in Services Agreement), som vil deregulere og privatisere offentlige tjenester. Foreløpig er det uklart om fastlegeordningen er holdt utenfor avtaleverket eller ikke, hvilket betyr at om Norge går inn i avtalen kan fastlegetjenesten bli lagt ut på anbud i et globalt marked. Kanskje er det et spansk selskap som ansetter deg som fastlege neste gang du søker jobb? En ting er i alle fall sikkert; når det offentlige ikke lenger er godt nok, begynner det å dukke opp private alternativer. Så kan vi lure på om dette er en ønsket utvikling fra regjeringens side eller ikke.

Fastlegeordningen – og helsevesenet som sådan – går virkelig en utfordrende tid i møte, og vi har et spennende stortingsvalg å se fram mot. Kan fastlegeordningen overleve, eller blir den helt parkert?

DAG-HELGE RØNNEVIK

REFERANSER

- Tobiassen M. Lagde hurtigfrisør – nå starter de legevakt uten kø på venterommet. *Dagens Næringsliv* 30.07.2017.
- Bekkemellem K. Helseindustriens verdiskaping har så vidt begynt. *Dagens Medisin* 28.04.2017.
- Tobiassen M. Slik kan legebesøk bli i fremtiden. *Dagens Næringsliv* 13.02.2017.

Samhandlingsdirektør

Tor Åm ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK OG DAG-HELGE RØNNEVIK



ALLE FOTO: GEIR OTTO JOHANSEN

Samfunnsmedisiner og tidligere fastlege Tor Åm er samhandlingsdirektør ved St. Olavs Hospital. Fra sin overordnede post har han en viss distanse til primærhelsetjenesten, men like fullt holder doktor Åm fast ved å kjøre legevakt. Dette, kombinert med hans sentrale rolle knyttet til implementeringen av samhandlingsreformen, åpner for spennende refleksjoner rundt utfordringer, framtidig utvikling og kurs for primærhelsetjenesten.

Folk som kjenner Tor Åm kaller ham visjonær; noen har også omtalt ham som en pioner i arbeidet for å knytte sammen de ulike nivåene i helsetjenesten.

Opp gjennom årene har Trondheimslegen hatt ulike yrkesroller, fra privatpraktiserende allmennlege til kommuneoverlege og kommunaldirektør, før han i 2012 fikk stillingen som samhandlingsdirektør ved St. Olavs Hospital. Parallelt med det ble han utnevnt til leder av Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen – en prosjektstilling i Helse- og omsorgsdepartementet som varte ut 2015. I dag er det jobben som samhandlingsdirektør som gjelder, samt noen styreverv og legevaktkjøring.

Dyrekjøpt livserfaring om samhandling

Krevende livs- og arbeidserfaringer samt et sterkt engasjement for allmennmedisin har gitt Tor Åm gode forutsetninger for posisjonen som samhandlingsdirektør:

– Da jeg studerte i Bergen i 1971–77 var jeg overbevist om at jeg skulle jobbe i allmennpraksis. Sammen med gode venner fra studietiden – Ingard Løge, Jan Richard Unnvik og Elisabeth Thue – startet jeg opp Saupstad legesenter i Trondheim i 1980. Der jobbet jeg til 1989, men sannsynligvis hadde jeg blitt der om det ikke var for at min livs-

med legekoffert



Samhandlingsdirektøren ved en av sine arbeidsstasjoner ved St. Olavs hospital.

situasjon endret seg dramatisk da vårt tredje barn fikk alvorlige problemer med epilepsi og autisme. Som foreldre til en funksjonshemmet datter opplevde vi sterkt behovet for samordning og koordinering av tjenester. Det var vanskelig å få til ting rundt henne. Jeg ble mer og mer opptatt av systemperspektivet for å få til bedre tjenester.

– På den måten ble jeg engasjert i samfunnsmedisin og ledelse. På 80-tallet måtte du ta fri fra familie og jobb og ta Bygdøykurset i tre måneder for å bli spesialist i samfunnsmedisin. Det var umulig i min situasjon, så jeg tok initiativ til en forsøksordning med kursing over tid – slik spesialistutdanningen er lagt opp nå. Vi var en gjeng allmennleger i Trondheim som tok spesialisiteten gjennom det nye opplegget,

og mange av disse legene har fortsatt kombinerte jobber som allmennleger og samfunnsmedisinere. Dette har vært en lykke for helsetjenesten i Trondheim.

– Som fersk spesialist var jeg hos fylkeslegen i et års tid før jeg fikk jobb i Trondheim kommune, der jeg arbeidet med reformen for utviklingshemmede og senere ble kommuneoverlege. I 1998 ble jeg kommunaldirektør med ansvar for helse- og omsorgstjenester i kommunen. I 2009 fikk jeg en stilling i Helse- og omsorgsdepartementet som prosjektdirektør og etter hvert ekspedisjonssjef i Samhandlingsavdelingen. Jeg hadde ansvaret for å koordinere arbeidet med samhandlingsreformen, og det var en utrolig lærerik periode. Blant annet fikk jeg erfare departementene fra inn-

siden og hvordan disse fungerte. Med familie i Trondheim var det ukependling og dagpendling i et par år før jeg gikk inn i stillingen som samhandlingsdirektør ved St. Olavs Hospital i 2012.

Lege på flere nivå

Intervjuobjektet har kjørt legevakter i Trondheim kommune helt siden 1979, og holder det fortsatt gående.

UTPOSTEN: Hvordan opplever du å kjøre legevakt og samtidig ha en lederrolle i foretakssystemet, som samhandlingsdirektør?

– Når jeg har hatt en full dag på jobben og skal gå på vakt på kvelden, da gruer jeg

meg alltid på forhånd. Men så er det utrolig givende å møte pasientene, mer og mer opplever jeg dette som et privilegium. I løpet av sekunder får du slippe inn på sjela til folk. Det er sjeldent at jeg har ei vakt der jeg ikke opplever å fryse litt på ryggen og tenke: «For et privilegium det er å få snakke med folk på denne måten».

– Og så får du jo masse tilbake, selvfølgelig. Når du jobber i lederstilling som byråkrat er det sjelden at du kan krysse av på slutten av dagen at «i dag har jeg gjennomført sånn og slikt». På legevakt jobber du med enkeltpasienter som viser at de er takknemlige for arbeidet du har gjort når de går ut døren, sier Tor Åm.

Han tilføyer at det å ha legevakt gjør at du ser hvordan øvrige systemer fungerer, noe som er svært nyttig med tanke på de lederstillingene han har hatt og har: – Da jeg var kommunaldirektør opplevde jeg aldri noen politikere som mente at jeg ikke forsto hvordan systemet fungerte, påpeker han. Han eksemplifiserer dette ved å fortelle at han senest i dag har hatt møtevirksomhet knyttet til problemstillingen 'fullt mottak' på sykehuset.

– I slike sykehusinterne møter er det nyttig å kunne fortelle hvordan dette store sykehuset ser ut fra utsiden og si noe om hvordan det fungerer når man fra legevakta skal ta kontakt med vakthavende og diskutere håndtering av pasienter, og hvilke alternativer som finnes på ulike fagområder. Jeg får ulike perspektiv når egne tjenester skal evalueres. Da betyr «det andre blikket» utrolig mye. Du glemmer veldig fort hvordan det er å jobbe på utsiden av sykehuset når du har jobbet på innsiden en stund. Legevakta er et fantastisk utkikkspunkt til det som foregår i samfunnet. Du ser barnevern, rusomsorg, psykiatri og hele velferdsstaten på godt og vondt – og hvordan den fungerer. Når du har ambulerende vakt kommer du hjem til pasienter og pårørende, du treffer ansatte på sykehjem og andre ansatte rundt om i systemet. Du skal selvfølgelig være en god doktor på vakt, men samtidig har du mulighet til å snakke med mange folk som har meninger om hvordan samfunnet fungerer, sier 66-åringen.

Han smiler og røper at han skal ha nok en legevakt i morgen. Og det virker han tilfreds med.

Livsglede for eldre

Tor Åm var en av initiativtakerne til å bygge opp konseptet og programmet *Livsglede for eldre*. Han forteller at det hele startet i 2006 med to sykepleierstudenter i Kristiansand.

– I sin studentpraksis opplevde sykepleierstudentene at eldreomsorgen var helt... det var mye som kunne bli bedre, for å si det sånn. Noen av dem kom hit til Trondheim for å rekruttere sykepleierstudenter i arbeidet med å etablere alternative tilbud som et supplement til den dårlige eldreomsorgen. Jeg var med på det første møtet og hørte på dem, og det var mye kritikk mot den offentlige eldreomsorgen. For meg var det viktig å få disse studentenes ideer og initiativ inn i systemet som vi over mange, mange år hadde bygd opp i Trondheim. Her hadde vi alt bygd helse- og velferdssentra med bydelskafeer og felles stuer som skulle legge til rette for å motvirke ensomhet og bidra til aktivitet.

– Vi hadde også engasjert kulturetaten i å etablere *Den kulturelle spaserstokken* som skulle være et tilbud til folk for å komme ut av ensomheten. Jeg ønsket at *Livsglede*

– Det er viktig ikke å fjerne seg fra den virkeligheten som finnes på utsiden av sykehusmurene. Men det kan lett skje når man har jobbet på innsiden en stund, sier intervjuobjektet.



for eldre skulle bli et supplement til det vi hadde bygget opp, ikke en ekstern konkurrent som skulle vokse på kritikk av den offentlige omsorgen. Ildsjeler som Sigrid Moum har vært flinke til å bygge et nytt konsept for bedre kvalitet i eldreomsorgen. Ansatte skal gis kompetanse til å dra vekslene på miljøet rundt det enkelte sykehjem, knytte seg opp mot barnehager, ungdomsskoler og videregående skoler i nabolaget og få dem til å bidra med frivillighet inn i sykehjemmet. Slik blir det en vinn-vinn-situasjon der du rekrutterer frivillige samtidig som du setter ansatte i stand til å samarbeide med frivillige. Dette krever en egen kompetanse. Stiftelsen *Livsglede for eldre* bygger på tre sentrale strategier. Man skal bidra til å engasjere lokalmiljøet for å utløse frivillighet. Man skal jobbe med fremtidig rekruttering inn i omsorgstjenesten ved å engasjere ungdom inn i eldreomsorgen. Og sist, men ikke minst skal man bidra til å bygge kompetanse blant ansatte innen eldreomsorgen på å utnytte slike frivillige ressurser og ha fokus på innhold i hverdagen for de pleietrengende.

– Den store massen av ansatte trenger faglig påfyll for ikke å slite seg ut, men heller være i stand til å trykke på noen knapper og få hjelp fra utsiden. Dette ser du tydelig når du reiser rundt på legevakt og ser hvordan pasientene har det. På samme sykehjem kan dette se forskjellig ut fra etasje til etasje. I en etasje skal de absolutt ikke ha inn frivillige, for det kan dekke over behovet for flere ansatte, mens andre avdelinger er flinke til å spille på pårørende og det som måtte finnes av andre tilbud. Dette handler om kompetansebygging i samfunnet, noe det har vært givende å få lov å være med på.

Fremtidens bruk av helsetjenester

UTPOSTEN: Med utgangspunkt i Helse Midt-Norges Strategi 2030 som du har vært med på å utforme; hva skal til for at sykehus tar et større ansvar inn mot det forebyggende og helsefremmende arbeidet sammen med kommunene? Hvordan ser du for deg kommuner og helseforetak kan jobbe sammen for å klare å demme opp for framtidig bruk av helsetjenester?

– Det er viktig at vi fra et faglig ståsted roper høyt og sier fra om den økende strømmen av pasienter inn i systemet. Dette er ikke gudgitte størrelser og de kan påvirkes – det har vi visst lenge. Helsefremmende og forebyggende tiltak kan påvirke befolkningens behov for helsetjenester i veldig stor grad. Men så opplever vi i en travel hverdag hos allmennlegen, på legevakt, i mottakelsen på sykehuset – at strømmen av pasien-



– Vi må samhandle for å dempe veksten i behovet for helsetjenester, mener Tor Åm.

ter øker og øker. Vi må klare å tenke to tanker samtidig. Vi skal selvfølgelig gi god hjelp til de som kommer etter hvert, men samtidig må vi klare å jobbe med tiltak som kan dempe veksten i behov for helsetjenester. Det handler om alt fra helsefremmende til forebyggende tiltak, legge til rette for god egenomsorg og om hvordan vi legger til rette for «rett pasient på rett sted til rett tid». Vi må legge til rette for nye finansieringsordninger i helsevesenet som stimulerer til fornuftig praksis. For eksempel: Dagens finansieringsordning gjør at det økonomisk sett lønner seg å legge inn pasienter i stedet for å ta dem inn til vurdering i poliklinikken. Dette er jo helt vanvittig om vi skal begynne å innrette oss på den måten. Jeg er involvert i arbeidet med å lage en utviklingsplan for sykehuset med et perspektiv 15 år frem i tid. Planen skal vi utarbeide sammen med kommuner og andre interessenter. I den kommende utviklingsplanen må vi diskutere hvordan kommuner og helseforetak kan jobbe sammen for å demme opp for framtidig overforbruk av helsetjenester. Det er ikke noe enkelt svar på dette, men jeg vet jo at det er veldig mye som kan gjøres over hele fjøla i forhold til alternative tiltak.

UTPOSTEN: Det er en rivende faglig og teknologisk utvikling i helsevesenet sammen med økende forventninger i befolkningen som setter helsevesenet under press. Hva tenker du om dette?

– Vi må lære oss å bruke nye systemer. Nå skal vi planlegge gode legevaktjenester sammen med vårt akuttmottak på St. Olavs Hospital, Orkdal sykehus. Da må vi ta i bruk systemer slik at vi kan ha god kontakt med lokale helseaktører for eksempel på Frøya. Vi ønsker å ta i bruk ny teknologi og etablere «virtuelle undersøkelsesrom» slik vi allerede har gjort på Røros og Brekstad. Her kan pasient og lokal lege eller sykepleier gjøre undersøkelser av pasienten. Undersøkellesdata blir overført elektronisk til sykehuset hvor sykehuslegen kan se og høre pasienten samtidig som man får elektroniske data fra for eksempel stetoskop, ultralyd og EKG – i sanntid eller når det passer. På denne måten kan vi bidra til at rett pasient får behandling på rett sted til rett tid. De som må reise til sykehus, gjør det. Andre kan kanskje få alternative tilbud lokalt.

Vi jobber nå for også å utstyre ambulanser i distriktene med ambulante «virtuelle undersøkelsesrom».

Slik kan nye hjelpemidler bidra til bedre diagnostikk uten at pasienten behøver å reise inn til legevakten eller sykehuset. Dette er bare ett eksempel, men både primær- og spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelige for omverdenen. Om vi kan gi gode råd og veiledning i dialog med pasientene, kan vi øke egenomsorgen og bidra til trygghet uten at pasienten trenger å reise langt, sier Tor Åm.

Han er bekymret for et økende antall øyeblikkelig hjelp-henvisninger til sykehuset:

– Her ved sykehuset ser vi en årlig vekst i øyeblikkelig hjelp-pasienter til sykehuset på fem til seks prosent, noe som ikke kan forklares ut fra demografi. Vi har ikke god nok kunnskap om hva som er årsakene til dette, men vi drukner om vi ikke får gjort noe med øyeblikkelig hjelp-pågangen.

Fra departementet og regionalt helsefor- etak er det veldig fokus på den elektive pasientstrømmen, ventelister og fristbrudd. Vi skal selvsagt gjøre alt vi kan for å unngå fristbrudd og lange ventetider. Men vi ser det som nødvendig også å ha fokus på hvordan vi kan dempe pågangen av øyeblikkelig hjelp-pasienter.

Han savner et tilbud sykehuset hadde da han jobbet som allmennlege på 80-tallet. I tillegg til å sende vanlig henvisning og legge pasienter inn som øyeblikkelig hjelp, var det også mulighet til å henvise til det vi den gangen kalte 1/2-øyeblikkelig hjelp timer på sykehuset. Dette var time til vurdering på sykehuset når det hastet noe å få en vurdering, men der behovet ikke var akutt. Dette mener Tor Åm er mer eller mindre borte.

– Ved St. Olavs Hospital vil vi bygge opp igjen dette tilbudet, tilføyer han.

UTPOSTEN: Med hvilket utgangspunkt kan samarbeidsavtalene mellom sykehusene og kommunene være et middel for å møte fremtidens utfordringer som skissert i Helse Midt-Norge sin Strategi 2030?

– Vi har lang erfaring med samarbeidsavtaler i vårt område. Den første samarbeidsavtalen mellom det som den gangen het Regionsykehuset i Trondheim og Trondheim kommune ble inngått i 1993. Slike samarbeidsavtaler ble lovpålagt i 2012 og siden har vi revidert avtalene jevnlig, sist nå i fjor vår. Vi har etter hvert fått på plass såkalte fagråd der fagfolk fra sykehusene og kommunene møtes. Jeg opplever at denne arenaen der fagfolk kan møtes på tvers, gradvis er i ferd med å fungere som nyttige og viktige dialogarenaer mellom fagfolkene. I vårt overordnede «administrative samarbeidsutvalg» fattet vi ved-

tak om at vi oppretter et nytt «lege-lege-utvalg». Vedtaket bygger på en erkjennelse av at sykehusleger i større grad må møte primærleger og vice versa. Skal vi finne den gode grenseoppgangen mellom hva allmennlegene kan gjøre og hva sykehuslegene skal gjøre, så må vi møtes og snakke sammen. Da kan vi forhåpentligvis slutte å skrive sinte brev til hverandre om hvem som ikke vil gjøre hva – men heller snakke med hverandre om hva som er fruktbare samarbeidsrelasjoner og grenseoppganger mellom nivåene i helsetjenesten. Jeg har tro på at vi må lage arenaer hvor vi kan snakke sammen og finne gode måter å håndtere ting på, sier samhandlingsdirektøren.

Som ett av mange tiltak for å redusere ventetider og fjerne fristbrudd, har St. Olavs Hospital etablert en rekke 6–12 måneders stillinger ved ulike poliklinikker for allmennleger som trenger sykehustjeneste i spesialistutdanningen. Disse stillingene kommer i tillegg til øvrig bemanning i poliklinikken. Slike stillinger har St. Olavs Hospital opprettet på øye, øre-nese-hals, barn, geriatri, fedme og nevrologi. Tor Åm jobber for at dette skal bli faste rotasjonstillinger tiltenkt allmennleger i spesialisering – og han har flere visjoner:

– Denne gruppen leger ønsker jeg å kunne bruke mer systematisk som fremtidige praksiskonsulenter på sykehuset. Erfaringen inne på sykehuset er at dette blir en vinn-vinn-situasjon. For det første så er det veldig nyttig kompetanse man får inn på sykehuset med legene som har erfaring fra primærhelsetjenesten. De kan gi råd om grenseoppgangen mellom 1.- og 2.-linje og lære oss mye om hva sykehuset kan forvente av oppfølging hos fastlegene. For det andre så ser vi at de legene som kommer inn og jobber i disse stillingene ikke bare drar tilbake til eget kontor med økt kompetanse, men de bringer kunnskapen ut og videre til kolleger. Dette bidrar til kompetansebygging begge veier. Når slike stillinger i tillegg utgjør en både billig og god måte å øke kapasiteten på i forhold til å korte ned ventelister, så blir dette en vinn-vinn-vinn-situasjon for alle parter. Å være praksiskonsulent på deltid vil være en del av jobben i slike rotasjonsstillinger som er fast avsatt til allmennleger i spesialistutdanningsløp, håper han.

Tor Åm mener at samarbeidsavtalene mellom sykehuset og kommunene er med på å sette fokus på både god pasientbehandling for dem som kommer, og på tiltak som kan dempe framtidig vekst i behov for helsetjenester.

– Jeg opplever at fagrådet for barn og

unge har laget en veldig konkret handlingsplan som det nå jobbes etter. Dette er en flott måte å få sykehusfolk til å ikke bare se på pasientene som strømmer på her, men få hodet over vann og tenke forebyggende og komme litt på forskudd.

Utvikling av legetjenestene i kommunene

UTPOSTEN: Temaet leger og ledelse har vært diskutert blant annet sentralt i Legeforeningen – og du har vært kommuneoverlege med ansvar for legetjenestene i Trondheim. Hva tror du skal til for å utvikle og lede legetjenestene ute i kommunene?

– Dette er ikke noe lite spørsmål, sier Tor, og fortsetter: – Om vi sitter her om 10–15 år, så er jeg rimelig sikker på at en langt større andel av fastlegene er på fastlønn. Det er klart at dette er et tema som bekymrer mange som er redd for å miste friheten og alt det positive som ligger i å drive egen praksis. Min erfaring er at du ikke kan få både i pose og sekk. Dersom du ønsker å være autonom, bestemme over deg selv, ikke bli bestemt over av andre og ha frihet – så gir du også fra deg makt. Da har du samtidig langt mindre mulighet til å påvirke systemet som du egentlig er en helt sentral del av. Så jeg tror vi som allmennleger må våge å være ansatt i det store systemet. Det gir oss mye større påvirkningsmuligheter. Både allmennleger og sykehusleger må delta aktivt inn i de organisasjonene de er en svært viktig del av. Dette er kjempeviktig med tanke på hvordan vi bygger opp fremtidens helsevesen. Min klare mening er at vi ikke kan stå på utsiden og være autonome og frie samtidig som vi vil påvirke – vi må bestemme oss for hva vi vil. Det er fortsatt riktig at «kunnskap er makt» men du må også være til stede der makten utøves. Dette var også en del av mitt valg da jeg forlot min allmennpraksis i 1988. Skulle jeg kunne påvirke det store systemet kunne jeg ikke fortsette på legekontoen og bare være knyttet opp mot enkeltpasienter hele dagen. Makt og innflytelse krever at vi må lære oss forvaltning og byråkrati og forstå systemene, og vi må engasjere oss i de organisasjonene som har ansvar for tjenestene på systemnivå. Som leger har vi lært oss å lytte til pasientene, stille diagnose og bidra med behandling. Denne kompetansen er etter min mening svært nyttig når vi skal jobbe på systemnivå. Også der må vi lytte til hva andre sier, vi må stille «diagnosen» og vi må bidra med «behandlingen» som kreves.

Oppsummere samhandlingsreformen?

UTPOSTEN: Du har fartstid i Helse- og omsorgsdepartementet som både prosjektdirektør og ekspedisjonssjef i samhandlingsavdelingen, og sist som leder av det nasjonale nettverket for implementering av samhandlingsreformen. Hvordan opplevde du dette arbeidet?

– Jeg har lært mye om forvaltning, dialog med politisk ledelse og implementering. Stortingsmeldingen jeg hadde ansvaret for å sy sammen var en lang øvelse i samarbeid mellom ulike avdelinger i HOD og en øvelse i samarbeid mellom de ulike departementene. Vi skulle også samarbeide tett med Kommunenes sentralforbund (KS) og brukerorganisasjonene. Det var virkelig samhandling i praksis! Gjennom mange år har jeg erfart at man ofte legger ned masse arbeid i ulike typer utredninger og planer men bruker altfor lite tid på å planlegge gjennomføringen av planene som er lagt. Gjennomføring av de tiltak som ble beskrevet i stortingsmeldingen om samhandlingsreformen ble derfor en viktig del av planen.

– Da stortingsmeldingen ble sendt over fra departementet til Stortinget for behandling, så inngikk HOD en avtale med KS om gjennomføringen. Vi ble enig med KS om at her var det to parter – kommuner på den ene siden og departement/sykehus på andre siden. Her måtte vi bringe partene sammen og fortløpende vurdere hva som skjer, og diskutere hva man bør gjøre for å forsterke enkelte virkemidler og avvike andre, eller innføre virkemidler som mangler. Det nasjonale nettverket som ble etablert og som jeg skulle lede fikk i oppgave å følge gjennomføringen av reformen og bidra med kompetanse underveis for å befordre gjennomføringen.

– Jeg opplevde at departementet og KS erfarte at dette var veldig nyttig. Vi var 20 personer som møttes en dag i måneden gjennom fire og et halvt år. Vi inviterte inn alle som hadde meninger om det som foregikk. Vi rapporterte fortløpende tilbake til departementet og KS om hva som fungerte og ikke fungerte. Gruppen bestod av representanter for kommunene og sykehusene, fylkesmannsembetene og ulike direktorater og departement. Dette var en unik sammensettning av kompetanse og jeg er sikker på at det var viktig for implementeringen av samhandlingsreformen – men som sagt så er vi heller ikke ferdig med denne jobben.

UTPOSTEN: Hva tenker du om samhandlingsreformen i dag? Hvordan kan vi oppsummere samhandlingsreformen, eller er det for tidlig?

– Det som står seg, er målene i reformen som skulle følge opp Wisløff-utvalget – som pekte på behovet for bedre samhandling og samordning i helsevesenet. Men i arbeidet med stortingsmeldingen ble det tydelig for regjeringen at helsevesenet har kjempemessige bærekraftsutfordringer i årene som kommer. Samhandlingsreformen ble egentlig to reformer: Den ene var en reform med mål om å dempe veksten i behov for helsetjenester – altså en folkehelsereform. Den andre var en helsetjenestereform – hvordan kan de store kolossene primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten få det til bedre sammen. Samhandling ble i denne sammenhengen ett av flere virkemidler for å effektivisere ressursbruken i helsevesenet.

– Så samhandlingsreformen hadde ikke bedre samhandling som overordnet mål – samhandling var bare et av flere virkemidler for å utvikle mer bærekraftige tjenester med høyere kvalitet. I dag snakker ikke statsråd Bent Høie så mye om samhandlingsreformen, men mer om «pasientenes helsetjenester». Retningene og målene er de samme som i samhandlingsreformen.

UTPOSTEN: Du blir av dem som kjenner deg beskrevet som ambisiøs, visjonær og med tro på at ting kan fikses. Klarer kommunene og helseforetakene å samles om et felles samfunnsoppdrag, «en friskere befolkning», eller er det for sterke drivkrefter mot sykdomsfokus og reparasjon?

– Min opplevelse er at vi er i bevegelse, at ting blir bedre. Vi har heller ikke noe valg. Dersom vi fortsatt skal ha en velferdsstat med det helsetilbudet vi har i dag er vi nødt til å få dette til sammen. Jeg opplever at det er en økende erkjennelse av dette både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen, sier Tor Åm.

UTPOSTEN: Når du ikke er på jobb eller tenker fremover – hva gjør du da?

– Jeg har en stor familie med voksne barn og barnebarn og en 18-åring hjemme som nå hele tiden skal ha bilen. Det er stort sett familie og gode venner som jeg prioriterer. Ellers er jeg praktiker som skal bygge om, male og fikse. Ved siden av legevaktarbeidet er dette også et arbeid som raskt gir synlige resultater, avslutter Tor Åm, og bekrefter at han liker å ordne opp og har tro på at ting kan fikses.

Samhandlingsdirektøren våger både å tenke nytt og gå først for å møte utfordringene i helsevesenet.



Utposten bringer nå en miniserie om forskrivning av angst- og sovemedisiner over tre numre – forfattet av psykiater Jørgen G. Bramness og allmennlege Torgeir Gilje Lid. Beveggrunnen til denne satsingen ligger i tre til fire forhold:

- Helsedirektoratet kom med en ny versjon av IS-2014, «Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet», for snart 2 år siden. Den ble fulgt opp av et nettkurs (<http://helsekompetanse.no/kurs/vanedannende>) som er laget for å gi innføring i veilederen og bidra til øket kunnskap på feltet.
- Det er stadig endringer i helsekravene til førerkort og forskrivning av legemidler (<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerforkortveilederen/>

seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerforkort-10692), noe man må kjenne til som fastlege.

- En av forfatterne (Bramness) sammen med kollega Tom Vøyvik har gitt ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* på Universitetsforlaget tidligere i år. Innholdet i Utposten-artiklene bygger på innholdet i boken. Artiklene er
 - a) God forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis
 - b) Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping av benzodiazepiner og z-hypnotika
 - c) Vanedannende legemidler og bilkjøring

God forskrivning av benzodiazepiner i allm

■ JØRGEN G. BRAMNESS • Psykiater, dr.med., seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

■ TORGEIR GILJE LID • Spes. allmennmedisin, PhD, fastlege og leder for Referansegruppe for rus- og avhengighetsmedisin i Norsk forening for allmennmedisin

Forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika er en del av hverdagen for de fleste fastleger, og brukt riktig kan de være til god hjelp for pasientene. Men det er sannsynligvis også de legemidlene som fastlegen har det mest ambivalente forholdet til, og mange opplever krav og forventninger fra pasientene og egen tvil om berettigelsen av forskrivningen.

Rett forskrivning av rett medisin hos fastlegen er ikke bare viktig for den enkelte pasient, men også for samfunnet. Det er ikke så avgjørende hva en psykiater eller en kirurg gjør ved en akutt krise, men fastlegens praksis er viktig, da fastlegens forskrivning får følger for større deler av befolkningen ofte i lang tid (1, 2). Det betyr at det er betydningsfullt at fastlegene har et avklart forhold til sin forskrivning og hvordan de kommuniserer med sine pasienter om dette.

Helsemyndighetene har i mange år jobbet for å optimalisere forskrivningen av vanedannende legemidler. I for stor grad har dette vært snakk om å *redusere* forskrivningen, fordi man har hatt en idé om at skadelig bruk av eller avhengighet av legemidler representerte et stort problem. Men dette er i mindre grad tilfelle i Norge, som har et lavere forbruk av både angstdempende og søvninduserende legemidler enn land det er naturlig å sammenligne oss med. Det er derfor mye viktigere å snakke om å gjøre forskrivningen av vanedannende legemidler bedre, framfor å ha et ensidig fokus på reduksjon.

Bredt terapeutisk område

Anxiolytika og hypnotika (TABELL 1) er gode og effektive medisiner med få bivirkninger om de blir brukt riktig. De gir en god angstdempende og søvninduserende effekt og er relativt sikre i bruk. Virkningen kommer innen 30–60 minutter etter inntak og varer noen timer. Pasienter vil kunne fortelle at det oppleves som effektivt og behagelig å bruke legemidlene. Dette er også gode medisiner med hensyn til å dempe kramper og muskelspenninger. De har det vi kaller *et bredt terapeutisk område*, det vil si at brukt alene, hos ellers friske, er det så å si umulig å dø av overdose. I forskningslitteraturen finner vi faktisk ingen rapporter om dødelige overdoser fra benzodiazepiner eller z-hypnotika tatt alene.

I all hovedsak er benzodiazepinene og z-hypnotika veldig like medikamenter som kan brukes om hverandre på de ulike indikasjonene. Ut over det at z-hypnotika har en noe dårligere anxiolytisk effekt er det dosen som avgjør om medikamentet er anxiolytisk (lavest dose; f.eks. 5 mg diazepam), hypnotisk (mellomstor dose; f.eks. 10 mg diazepam) eller antiepileptisk (høy-

ere dose; f.eks. 20 mg diazepam). Mange tror at de høypotente benzodiazepinene (alprazolam, flunitrazepam eller klonazepam) er mer effektive enn de mellompotente (diazepam og nitrazepam) eller de lavpotente (oxazepam), men dette skyldes stort sett at de lavpotente blir dosert i lavere ekvipotente doser enn de høypotente. Man klarer rett og slett ikke å «oversette» 4 mg klonazepam til 40–80 mg diazepam.

Bivirkninger og toleranse

Som ved alle andre medisiner har benzodiazepiner og z-hypnotika også bivirkninger. De viktigste er psykomotoriske og kognitive effekter, toleranseutvikling, avhengighet og ruseffekt i høyere doser. De psykomotoriske bivirkningene gjør at man blir dårligere til å kjøre bil (3, 4), og dette reflekteres i førerkortforskriften (som vi skal omtale i den tredje artikkelen i denne miniserien). Men man får også en øket tendens til fall og bruddskader hos eldre (5).

De kognitive bivirkningene er tydeligst med hensyn til uttalt anterograd, men også i noen grad retrograd, amnesi. Denne amnesien kan nesten alltid påregnes. Man husker dårlig fra tiden rett før inntak av medisinen og timene etter inntak. Dette gjelder også om man ikke har fått stor nok dose til å framstå som om man har nedsatt bevissthet. Det betyr at vedkommende kan se våken ut og svare adekvat, men likevel ha dårlig hukommelse for hva som har

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.

ennpraksis



Faksimile av omslaget på boken
«Rasjonell bruk av angst og sove-
medisiner» – utgitt i 2017
av Universitetsforlaget.

foregått. Pasienter som får benzodiazepiner før f.eks. en terapi vil ha dårligere utbytte av terapien. Det er usikkert om medikamentene innebærer en risiko for demensutvikling (6), men de kan være problematiske for personer med mer marginal kognitiv funksjon, som eldre og demente.

Ved jevnlig bruk får man alltid toleranse-

utvikling for virkningene av benzodiazepiner og z-hypnotika. Ved inntak daglig eller flere ganger daglig over noen uker vil man etter hvert ha like mye angst eller søvnproblemer med legemidlene som man ville hatt uten. På grunn av rebound-effekt etter at dosen har sluttet å virke kan det være at man har det verre enn man ville hatt

uten fortsatt bruk av medisinene. Dårligere søvn eller økt angst når man forsøker å slutte med medisinene er et tegn på abstinens. Dette er et helt vanlig tegn på toleranseutvikling, men for pasienten vil det oppleves som at dette er medisiner man virkelig trenger. Denne abstinensreaksjonen bidrar til at det er vanskelig å slutte med benzodiazepiner og z-hypnotika etter langvarig bruk. Vi vil skrive mer om dette i artikkel to i denne miniserien.

TABELL 1. Farmakologiske egenskaper til benzodiazepiner og benzodiazepinlignende medikamenter som ble solgt i Norge i 2015. Første kolonne angir hva det er søkt om markedsføringstillatelse på. Dette avgjør ikke bruksområde. Det ene benzodiazepin ligner det andre, og det er først og fremst dosen som avgjør om det har anxiolytisk, søvndyssende eller antiepileptisk effekt.

GENERISK NAVN (SALGSNAVN I NORGE)	TERMINAL ELIMINASJONS- HALVERINGSTID (T _{1/2})	AKTIVE META- BOLITTER	VIRKETID ¹	DOSE EKVIVALENT MED 10 MG DIAZEPAM
Anxiolytika				
Alprazolam (Xanor)	10–12 timer	Nei	5–6 timer	0,5–1 mg
Diazepam (Stesolid, Valium, Vival)	20–50 timer ²	Ja	5–8 timer	10 mg
Oksazepam (Sobril)	10–15 timer	Nei	5–6 timer	25–50 mg
Hypnotika				
Flunitrazepam (ikke i salg i Norge p.t.)	15–35 timer	Ja, svake	7–8 timer	0,5–1 mg
Midazolam ³ (Bucconal, Midazolam)	0,5–1 time	Nei	0,5–1 timer	1–2 mg
Nitrazepam (Apodorm, Mogadon)	15–40 timer	Nei	7–8 timer	10 mg
Zolpidem (Stilnoct, Zolpidem)	1–4 timer	Nei	7–8 timer	20 mg
Zopiklon (Imovane, Zopiclone, Zopitin)	4–5 timer	Nei	7–8 timer	15 mg
Antiepileptika				
Klonazepam (Rivotril)	30–40 timer	Nei	7–8 timer	0,5–1 mg

1 Virketid er vanskelig å fastslå ut fra den vitenskapelige litteraturen.

2 Halvtid øker med alder. Tommelfingerregel er at for personer over 65 år er T_{1/2} 1 timer lik alder i år.

Diazepam har aktive metabolitter med lengre halveringstid.

3 Bare til intravenøs injeksjon, peroralt på registreringsfritak.

Samvirke med alkohol og andre rusmidler

Benzodiazepiner og z-hypnotika er problematiske brukt sammen med alkohol. Alkoholforbruket har økt betydelig de siste par tiår i Norge, spesielt i aldersgruppen over 50 år, den samme aldersgruppen som også har at høyere forbruk av benzodiazepiner og z-hypnotika (1). En del pasienter kan ha et for høyt alkoholforbruk uten at fastlegen er klar over det, og noen pasienter med angst eller søvnproblemer bruker alkohol som hjelp mot plagene. Som for benzodiazepiner og z-hypnotika har også alkohol rebound-effekter i forhold til angst og søvnproblemer. Selv om de fleste har et uproblematisk alkoholforbruk, er det viktig å snakke med pasientene om alkohol i forbindelse med forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika. Da kan man informere om hvordan alkohol kan virke inn på plagene og informere om samvirke med

medikamentene. Andre pasienter bruker også benzodiazepiner og z-hypnotika for å oppnå rus, alene eller sammen med andre rusmidler. Slike blandinger er vanlig med alkohol, opioider og sentralstimulerende midler. Dette er farlige kombinasjoner som kan gi uforutsette bivirkninger og risiko for alvorlige overdoser, også dødelige.

Legens overveielser ved forskrivning

Norske leger har stort sett et reflektert forhold til forskrivning av vanedannende legemidler. Som alltid må vi som leger veie fordeler mot ulemper når vi skal forskrive et medikament. Det at et medikament har bivirkninger er selvsagt ikke en kontraindikasjon mot forskrivning. Tvert om kan det være god medisin å forskrive medikamenter til tross at man kjenner til bivirkningene. Men både for angst og søvnproblemer bør man som førstevalg overveie andre behandlingsalternativer enn legemidler. På grunn av toleranseutviklingen og den begrensede virkeperioden kan ge-

nerelle råd om angst og søvn, spesifikke teknikker eller kognitiv behandling være vel så gode alternativer. Det å forsikre pasienten at verken dårlig søvn eller angst i seg selv er farlig, om enn ubehagelig, er også en mulighet, men her må man vise kløkt i kommunikasjonen. Det som er en oppklarende forsikring for noen, kan være en krenkelse og avvísning for andre.

Det er en god grunnregel ikke bare å se for seg hvilken effekt bruken av medisinene har, men også å ha en klar plan for avslutning av behandlingen når man starter forskrivning. Det er fornuftig å være spesielt aktpågivende med pasienter som har en historie med skadelig bruk av rusmidler, som bruker andre vanedannende legemidler eller som har f.eks. alvorlig personlighetsforstyrrelse, PTSD eller tvangslidelse. I slike situasjoner kan det være mer utfordrende å seponere. En god behandling med benzodiazepiner eller z-hypnotika omhandler med andre ord ikke bare oppstart på rett indikasjon og med rett dose, men også en godt planlagt avslutning av bruken.

Noen leger havner i et uføre med forskrivning av for mye legemidler der både for stort arbeidspress, en nonchalant holdning og sterke empatiske trekk hos dem selv kan være medvirkende til en uheldig forskrivningspraksis. Av og til er det også manglende oppdatert kunnskap og manglende verktøy som fører til for mange resepter. Med økt kunnskap om at vedvarende bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika i lengden ikke har den ønskede effekten på søvn, uro eller angst, er det mange leger som oppnår å forbedre sin praksis på dette området.

Dilemmamedisin

Mange leger opplever som nevnt innledningsvis forskrivningen av benzodiazepiner og z-hypnotika som utfordrende. Det er vanskelig å si nei, men også utfordrende å si ja. Men dette kan like gjerne være et tegn på at man har et reflektert forhold til sin forskrivning, som at man er for slepphendt. Allmennlege Ivar Skeie beskriver i en artikkel i *Utposten* i 2005 gode strategier for å kvalitetssikre egen forskrivningspraksis (7).

Skeie foreslår at man på årlig basis gjennomgår sin pasientportefølje for å se hva man forskriver av benzodiazepiner og z-hypnotika. Man kan bli overrasket, skriver Skeie, av at det er færre pasienter man bør være bekymret for enn man tror på forhånd. Ofte opptar disse pasientene en uforholdsmessig stor del av bevisstheten, selv

om de ikke er mange. Dette kan i seg selv berolige deg som forskriver. Noen pasienter er det det lett å forstå hvorfor de bør gå på benzodiazepiner, mens andre pasienter bør slutte. Forskrivning av vanedannende legemidler bør normalt ikke skje uten samtidig konsultasjon, og en bør med jevne mellomrom diskutere videre bruk med pasienten. Det kan også være lurt å sende et brev eller kalle inn til en egen time for dette. Ved en slik gjennomgang kan det også være pasienter hvor en oppdager at en ikke har en klar formening om hvorfor de bruker legemidlene. Det bør være et varsku om at man ikke driver med nødvendig år-våkenhet.

Noen leger tenker at det er så problematisk å forskrive benzodiazepiner at de velger å lage seg noen *absolutte regler*. De kan være av typen «i min praksis forskreves jeg ikke benzodiazepiner». Vær klar over at slike absolutte regler kan oppleves som befriende i øyeblikket, men at de sjelden er gyldige alltid. Allmennlege Harald Sundby har kalt forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika *dilemmamedisin*. Dette er vanskelige avgjørelser i en legehverdag, som man ikke kan komme seg unna ved hjelp av slike tommelfingerregler, uansett hvor deilig det er å forholde seg helt firkantet til dem. Vi har i stedet forsøkt å lage noen mer allmenngyldige regler.

REFERANSER

1. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Nor Epidemiol* 2011; 21: 35–42.
2. Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Use of addictive anxiolytics and hypnotics in a national cohort of incident users in Norway. *Eur J Clin Pharmacol* 2012; 68: 311–9.
3. Bramness JG, Skurtveit S, Morland J. Testing for benzodiazepine inebriation-relationship between benzodiazepine concentration and simple clinical tests for impairment in a sample of drugged drivers. *Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59: 593–601.
4. Bramness JG, Skurtveit S, Morland J. Clinical impairment of benzodiazepines – relation between benzodiazepine concentrations and impairment in apprehended drivers. *Drug and alcohol dependence* 2002; 68: 131–41.
5. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. *Sleep medicine* 2012; 13: 893–7.
6. Billioti de Gage S, Begaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Peres K, et al. Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study. *BMJ (Clinical research ed)* 2012; 345: e6231.
7. Skeie I. Vanedannende legemidler i allmennpraksis – hvor ligger problemet? *Utposten* 2005; nr. 7: 36–8.

BENZOVETT-REGLENE

På bakgrunn av egne erfaringer, i samråd med flere legekontorer og i utarbeidelsen av veilederen for bruk av vanedannende lege midler har vi utarbeidet noen generell råd for forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika. Disse har vi kalt benzovettreglene. Disse kan kopieres og slås opp på legekontoet.

1. Begynn ikke med benzodiazepiner hvis du ikke vet at pasienten kan slutte
2. Tenk alltid på underliggende sykdommer og andre behandlingsalternativer
3. Verken angst eller søvnløshet er farlig
4. Diskuter alltid benzobruk med pasienten
5. Diskuter alkoholforbruk og eventuelt bruk av andre rusmidler
6. Unngå telefonforskrivning. Resepter bør utstedes ved konsultasjon
7. Vær oppmerksom på mistede resepter og andre unnskyldninger
8. Unngå kombinasjon med andre vanedannende medikamenter
9. Resepten er personlig og kan ikke deles med andre
10. Selv for langtidsbrukere er en liten reduksjon i forbruk bra
11. Informer pasienten om toleranse og abstinenser ved benzobruk
12. Bare skriv ut til egne pasienter. Ellers kun minstepakninger
13. Lær ett eller to medikamenter å kjenne (nye benzodiazepiner løser ikke problemene med de gamle)

■ JGUSTA-B@ONLINE.NO
■ GILJELID@GMAIL.COM

Uhensiktsmessig legemiddelforskrivning til eldre: Prevalens, kriterier, og en int

■ STURE ANDRÉ ROGNSTAD • PhD, spesialist allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Allmennlegers forskrivningspraksis kan forbedres ved kollegabasert veiledning ved besøk i legenes etterutdanningsgrupper. Dette har Sture André Rognstad vist i sin doktoravhandling, der han har sett nærmere på allmennlegers forskrivning av legemidler til eldre.

Artikkelforfatteren forsvarte 3. mars 2017 avhandlingen: «*Prescription peer academic detailing to reduce inappropriate prescribing to older patients: The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. A cluster-randomized educational intervention in Norwegian general practice*», for den medisinske doktorgrad ved Universitetet i Oslo.

Følgende artikkel er en oppsummering av avhandlingen.

Avhandlingen omhandler potensielt uheldige legemiddelforskrivninger til eldre pasienter og beskriver Kollegabasert Terapi Veiledning (KTV) som metode for å redusere slike forskrivninger. Ved å presentere en analyse av hvor stort omfanget av uhensiktsmessig forskrivning er, begrunnes også behovet for å forbedre allmennlegenes for-

skrivning av legemidler til eldre pasienter.

Mangelfull kunnskap, manglende rutiner for oppfølging og dårlig kommunikasjon mellom helseaktører kan føre til legemiddelrelaterte problemer. Konsekvenser av legemiddelfeil, så som redusert livskvalitet, økt sykkelighet og dødelighet og økonomiske forhold beskrives.

Hva er galt og hva er rett?

Det finnes mange lister over kvalitetsindikatorer for god og dårlig forskrivning av legemidler (1–7). De fleste av disse listene har det til felles at de omfatter legemidler som brukes i andre land enn Norge, f.eks. USA. I vårt prosjektarbeid hentet vi kriterier for uhensiktsmessige forskrivninger fra litteraturen og kvalitetssikret disse i en omfattende konsensusstudie som fikk akronymet NorGeP (Norwegian criteria for inappropriate prescriptions in General practice) (8).

NorGeP-studien var en modifisert Delphi studie der 37 kriterier for potensielt uheldige forskrivninger til eldre ≥ 70 år ble validert av et panel av spesialister. Til sammen 47 spesialister (14 spesialister i klinisk farmakologi, 17 spesialister i geriatri og 16 spesialister i allmennmedisin) utgjorde et spesialistpanel som kom fram til en liste over forskrivninger som bør unngås til pasienter over 70 år. Av de 37 foreslåtte krite-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ervensjon for å redusere den

riene ble 36 vurdert av panelet å være klinisk relevante. Lavest skår for klinisk relevans fikk kombinasjonen NSAID og SSRI, mens samtidig bruk av tre eller flere psykotrope legemidler skåret høyest på klinisk relevans. Høyest intern enighet var det blant spesialistene i geriatri, mens størst uenighet var det blant spesialistene i allmennmedisin. NorGeP-kriteriene er publisert og er brukt i flere norske forskningsprosjekter. NorGeP omfatter 21 enkeltlegemidler og 15 kombinasjoner av legemidler som bør mane til ekstra forsiktighet. Anbefalingene er ikke absolutte, men tommelfingerregler for tryggere forskrivning (8).

TABELL 1. Plakat levert til deltakerne på første KTV-møtet. Tabellen viser de 13 forskrivninger som bør unngås.

UTSKRIVNING

Disse bør du unngå å skrive ut til eldre:

1. Tricykliske antidepressiva: Sarotex, Sinequan og Surmontil
2. Antihistaminer: Polarmen, Phenamin, Phenergan, Vallergran og Atarax
3. Antipsykotika: Largactil, Truxal, Nozinan, Stemetil
4. Benzodiazepiner: Mogadon, Apodorm, Flunipam og Rohypnol
5. Muskelrelaxerende middel: Somadrial
6. Analgetika: Aporex, Petidin og Ketogan
7. KOLS/Astma: Nuelin eller Theo-Duril
8. Samtidig bruk av 3 eller flere psyko-farmaka i gruppene: opioidholdige analgetika, antipsykotika, hypnotika, sedativa og antidepressiva
9. Samtidig bruk av betablokker og Veracard, Isoptin, Cardizem Uno, Cardizem Retard eller Diltiazem
10. Samtidig bruk av NSAID (alle) og warfarin (Marevan)
11. Samtidig bruk av NSAID (alle) og diuretika
12. Samtidig bruk av NSAID eller Cox-II-hemmer (alle) og ACE-hemmer (alle) eller AII-blokker (alle)
13. Samtidig bruk av NSAID (alle) og SSRI (alle)



FIGUR 1. KTV-studiens design. GRAF: 07 MEDIA / ILLUSTRASJONER: COLOURBOX

Hvordan står det så til med for-skrivningen til eldre pasienter i Norge?

Prevalens-undersøkelsen

Denne undersøkelsen beskriver prevalen-sen av potensielt uheldige legemiddelfor-skrivninger til eldre. Forskrivningsdata for 454 allmennleger ble undersøkt i en 12-måneders periode. Data ble hentet fra de deltagende legenes elektroniske pasi-entjournaler (EPJ), og reseptdata fra det nasjonale reseptregisteret (NorPD) (9). Le-genes forskrivning ble så målt opp mot 13 kriterier for potensielt uheldige forskriv-ninger. Alle uttrekk av data fra legenes EPJ og sammenstilling av data med NorPD var basert på skriftlig, informert samtykke fra samtlige deltagende leger. Studien var godkjent av Regional komite for medi-sinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Dispensasjon fra taushetspliktbe-stemmelsene for å kunne sammenstille identifiserbare pasientdata fra EPJ med data fra Reseptregisteret, var godkjent av Helsedirektoratet.

Utkommemålet var antall «treff». En el-ler flere forskrivninger i løpet av et år for et medikament som finnes på indikatorlista regnes som ett «treff». Forskrivning i løpet av en måned av to legemidler som sam-

menfaller med indikatorlista, indikerer samtidig bruk og regnes som et «treff».

Et treff er en potensielt uheldig forskriv-ning og betegnes som: Potentially Inappro-priate Prescription (PIP). Med «forskriv-ninger» menes her egentlig ordinasjoner som er innløst på apotek. Studien omfatter altså nær 10 prosent av fastlegene i Norge og er følgelig en omfattende studie. Hvor-dan sto det så til med forskrivningen?

Av forskrivningene til 85 836 pasienter var 24,7 prosent potensielt uheldige i hen-hold til de valgte kriteriene. 18,4 prosent av pasientene (66 prosent kvinner med gjennomsnittsalder 79,8 år, og 34 prosent menn gjennomsnittsalder 78,7 år) mottok en eller flere PIPs. Eldre leger som jobbet i solopraksis og hadde mange eldre pasien-ter hadde flest PIPs.

Resultatene fra denne studien peker på et behov for en pedagogisk intervensjon for å forbedre allmennlegenes forskriv-ningspraksis.

Kan legers forskrivningsvaner endres?

Legers forskrivningspraksis kan måles som etterlevelse av retningslinjer, kvali-tetsindikatorer og anbefalinger. Etter hvert har vi fått mange slike retningslinjer.

GROUP	PATIENTS (%) EXPOSED TO ONE OR MORE PIPS	PIPS PER 100 PATIENTS (95% CI)	PIPS PER 100 PRESCRIPTIONS (95% CI)
Intervention group			
Baseline	9278 (19.9)	27.3 (24.9 to 29.6)	2.3 (2.2 to 2.4)
Follow up	7655 (16.9)	22.4 (21.2 to 23.8)	1.8 (1.7 to 1.9)
Reduction	-1623 (-3.0)	-4.9 (-5.8 to -3.9)	-0.5 (-0.6 to -0.4)
Control group			
Baseline	6427 (18.6)	25.8 (23.4 to 28.1)	2.2 (2.0 to 2.2)
Follow up	5977 (17.2)	24.2 (22.8 to 25.6)	1.9 (1.8 to 2.0)
Reduction	-450 (-1.4)	-1.6 (-2.6 to -0.6)	-0.3 (-0.4 to -0.2)
Change after intervention			
Absolute	-1173 (-1.6)	-3.3 (-4.6 to -1.9)	-0.3 (-0.4 to -0.2)
Relative (%)	-8.1	-12.1 (-16.8 to -6.9)	-13.0 (-17.3 to -8.6)

TABELL 2. *Hovedresultater, KTV-studien.*

Retningslinjer og kvalitetsindikatorer har tradisjonelt vært basert på rent farmakologiske forhold: legemidlenes *effekt og sikkerhet*. Etter hvert har helseøkonomien kommet på banen: *kost/nytte-hensynet* ble en kvalitetsindikator. Så ble *pasientens preferanser og ønsker* tatt med: «Jeg vil ikke ha betablokker, jeg skal løpe Birken». Vi kan så legge til kravet til evidensbasert dokumentasjon, krav om korrelasjon mellom farmakologisk egenskaper og klinisk utkomme, og endelig; legemiddelets anvendbarhet i praksis.

Legenes manglende etterlevelse av guidelines og retningslinjer har blitt forsøkt forklart på mange måter (10). Dels er forklaringene basert på legemiddel-relaterte forhold, men andre faktorer blir ofte oversett: legenes karakteristika, kjønn, alder, kompetanse, vaner og holdninger. Viktig er også innflytelse fra sykehus-forskrivere og spesialister (11), påvirkning fra den farmakologiske industri (12), og ikke minst pasientens forventninger og preferanser (13). Det er lettere å endre forskrivning av f.eks. amitriptylin enn vanedannende preparater som oxazepam eller diazepam.

Mange nye guidelines og retningslinjer kommer stadig og det kan være vanskelig for legen å holde seg oppdatert til enhver tid, eller legen kan være uenig i en spesiell retningslinje eller anbefaling (14).

Basis for den pedagogiske tilnærmingen er en tro på at allmennlegen drives av et ønske om forbedring av profesjonell kompetanse. Strategier for å implementere retningslinjer og guidelines bør derfor fokusere på å stimulere denne motivasjonen. Derfor er interaktive smågruppeundervisning hvor deltakerne opplever et eierskap til forandringene fått stadig mer fokus i det siste. Derfor planla og gjennomførte vi den store intervensjonsstudien Kollegabasert Terapiveiledning KTV.

Intervensjonen

KTV-studien var en cluster-randomisert studie. Deltakerne ble randomisert på gruppenivå (etterutdanningsgrupper). I en blindet prosess ble de randomisert til en av to grupper. En gruppe med tema: «medikasjon av eldre», heretter kalt intervensjonsgruppen, og en gruppe med tema «antibiotika», heretter kalt kontrollgruppen. 250 grupper ble invitert og 80 grupper (449 allmennleger) takket ja og gjennomførte intervensjonen. 41 grupper og 250 leger i intervensjonsgruppa og 39 grupper og 199 leger i kontrollgruppa.

Ko-Ko-besøk

Intervensjonen baserte seg på tre besøk i etterutdanningsgruppene. De to første møtene var en direkte del av intervensjonen, og foregikk etter det første data-uttrekket. På disse møtene ble de 13 anbefalingene presentert. Disse kriteriene inngikk i de 37 kriteriene som ble validert i NorGeP-studien.

Legenes tilbakemeldinger på egen forskrivningspraksis ble diskutert i plenum, og strategier for forbedringer ble diskutert. Til å lede disse møtene med refleksjoner var 13 allmennleger, alle spesialister i allmennmedisin rekruttert som såkalte kollega-konsulenter (Ko-Ko-er). Ko-Ko-ene gjennomgikk to dagens kurs hvor de ble trent opp i tryggere legemiddelforskrivning til eldre pasienter. I tillegg lærte de den pedagogiske prosessen de skulle lede i gruppene. Refleksjoner om egen praksis i gruppene foregikk etter den såkalte Triade-teknikken (15). Her måtte alle deltakerne avdekke sine eventuelt uheldige forskrivninger for de andre medlemmene i gruppen, og i fellesskap komme fram til strategier for forbedringer.

Et tredje møte ble gjort 12 måneder etter intervensjonen og etter det andre data-ut-

trekket. Her ble endringene diskutert i gruppene på samme måte som i møte 1 og 2.

Etter intervensjon foretok vi 5 regionale samlinger hvor alle deltakende leger var med.

Her gikk vi dypere inn i problemstillingene omkring medikasjon av eldre. Disse møtene foregikk på Hamar, i Trondheim, Oslo, Stavanger og Kristiansand.

Statistikk og analyser

Å randomisere på gruppenivå (cluster-randomisering) byr på en del utfordringer. Når man analyserer på individnivå, f.eks. tilfeldig valgte leger, forutsetter vi at de opptrer uavhengig av hverandre. Ved randomisering på gruppenivå, vil man måtte anta at medlemmene i gruppa påvirker hverandre. Denne interne gruppepåvirkningen angis som intra-cluster coefficient (ICC). I praksis vil cluster-randomisering stille større krav til størrelsen på populasjonens størrelse; dvs. n må økes for å gi tilstrekkelig statistisk styrke. I styrkeberegningen i KTV studien brukte vi en ICC fra en nær tilsvarende studie (16). I den statistiske beregningen av resultatene brukte vi både deskriptive metoder og logistiske regresjonsmodeller. I resultatdelen korrigerer vi både for ulikheter ved baseline og intracluster effekt.

Resultater av intervensjonen

Totalt 1 034 034 forskrivninger ble foretatt for 81 810 pasienter ≥ 70 år (intervensjonsgruppen + kontrollgruppen). I intervensjonsgruppen fikk 46 737 pasienter ≥ 70 år en eller flere forskrivninger hvorav 9278 (19,6 prosent) var en potensielt uhensiktsmessig forskrivning (PIP). PIPs / 100 pasienter ble redusert med 12,1 prosent (relativ til baseline), mens PIPs / 100 forskrivninger ble redusert med 13 prosent.

I intervensjonsgruppen var det 1623 pasienter som etter intervensjonen ikke lenger fikk en potensielt skadelig medisin (TABLELL 2).

Størst reduksjon (95 prosent KI) så vi for legemidler med betydelig antikolinerg effekt: trisykliske antidepressiva: -16,7 (-34,5 -3,8) prosent og 1.-generasjons antipsykotika -24,1 (-41,3 -10,3) prosent Det var også en betydelig reduksjon av kombinasjonen av NSAID og warfarin -33,3 (-66,6-16,7). Minst reduksjon for samtidig forskrivning var det av tre eller flere psykotrope legemidler -4,0 (-16,8-8,0) prosent.

Vi så også på hva som kjennetegnet de legene som responderte på vår intervensjon. Vi fant at eldre leger (57-68 år) og le-

ger som hadde mange uheldige forskrivninger i utgangspunktet endret sin forskrivning mest. Disse analysene vil bli publisert i mer detalj senere.

Diskusjon

Denne pedagogiske intervensjonsstudien har altså vist at etterutdanningsgrupper er en god arena for å implementere medisinsk kunnskap og kompetanse. Fokusgruppeintervjuer blant deltakende KTV-leger viste at de fant det pedagogiske opplegget svært relevant for den kliniske hverdagen (17). Studien er stor, og den er ganske alene om å måle intervensjonseffekten på et så vidt spekter av forskrivninger. Resultatene i litteraturen varierer da også betydelig, avhengig av hvilke indikatorer man måler. Vi så jo da også å redusere forskrivning av f.eks. amitriptylin gikk greit, mens det var mye vanskeligere å redusere forskrivningen av tre eller flere psykotrope legemidler (inkludert benzodiazepiner, kodein m.fl.), selv om denne indikatoren skåret høyest på relevans blant allmennlegene i Delphi-undersøkelsen (NorGeP) (8).

Hovedinnvendingen mot studien er vel at KTV-studien i liket med 90 prosent av alle intervensjonsstudier med legemiddelforskrivning måler intervensjonseffekten med såkalt prosessutkomme, det vil si reduksjon av en definert uheldig forskrivning. Den eksterne validiteten av studien ville vært langt høyere om vi hadde målt effekten på helseutkomme (sykehusinnleggelser, morbiditet og mortalitet).

Men KTV har vært et nyttig prosjekt som banebrytende prosjekt for andre kvalitets-sikringstiltak.

Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL), benytter flere av metodene fra KTV-prosjektet, og i Trondheim har et annet etterutdanningsstiltak, Kunnskapsbasert oppdateringsvisitter (KUPP), tatt KTV-modellen videre i et viktig kvalitetssikringsprosjekt.

Konklusjon

Forskningsspørsmålet «kan allmennlegers forskrivningspraksis forbedres ved kolle-gabasert veiledning ved besøk i legenes etterutdanningsgrupper», kan besvares med «ja».

Kriteriene for legemidlenes hensiktsmessighet og sikkerhet trenger kontinuerlig oppdatering da nye legemidler og ny kunnskap stadig kommer til.

REFERANSER

1. Barry PJ, Gallagher P, Ryan C, O'Mahony D. START (screening tool to alert doctors to the right treatment) – an evidence-based screening tool to detect prescribing omissions in elderly patients. *Age Ageing* 2007; 36: 632–638.
2. Gallagher P, Ryan C, Byrne S, Kennedy J, O'Mahony D. STOPP (Screening Tool of Older Person's Prescriptions) and START (Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment). Consensus validation. *Int J Clin Pharmacol Ther* 2008; 46: 72–83.
3. Beers MH, Ouslander JG, Rollingher I, Reuben DB, Brooks J, Beck JC. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. UCLA Division of Geriatric Medicine. *Arch Intern Med* 1991; 151: 1825–1832.
4. Beers MH. Explicit criteria for determining potentially inappropriate medication use by the elderly. An update. *Arch Intern Med* 1997; 157: 1531–1536.
5. Fick DM, Cooper JW, Wade WE, Waller JL, Maclean JR, Beers MH. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Arch Intern Med* 2003; 163: 2716–2724.
6. Panel AGSBCUE. Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 616–631.
7. Holt S, Schmiedl S, Thurmman PA. Potentially inappropriate medications in the elderly: the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int* 2010; 107: 543–551.
8. Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Spigset O, Wylle TB, Straand J. The Norwegian General Practice (NORGE) criteria for assessing potentially inappropriate prescriptions to elderly patients. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2009; 27: 153–159.
9. Database Np. NorPD 2005. www.fhi.no: Norwegian Institute of public health; 2006.
10. Francke AL, Smit MC, de Veer AJ, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008; 8: 38.
11. Feely J, Chan R, McManus J, O'Shea B. The influence of hospital-based prescribers on prescribing in general practice. *Pharmacoeconomics* 1999; 16: 175–181.
12. Campbell EG, Gruen RL, Mountford J, Miller LG, Cleary PD, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med* 2007; 356: 1742–1750.
13. Cockburn J, Pit S. Prescribing behaviour in clinical practice: patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315: 520–523.
14. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999; 282: 1458–1465.
15. Agyris C. *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. Jossey-Bass Inc.; 1974.
16. Flottorp S, Oxman AD, Havelsrud K, Treweek S, Herrin J. Cluster randomised controlled trial of tailored interventions to improve the management of urinary tract infections in women and sore throat. *BMJ* 2002; 325: 367.
17. Frich JC, Høye S, Lindbaek M, Straand J. General practitioners and tutors' experiences with peer group academic detailing: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2010; 11: 12.

■ STURE.ROGNSTAD@MEDISIN.UIO.NO

Styringsutfordringer i ny søknadsbasert turnus

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Geografisk fordeling av leger er ett av målene med turnusordningen. Formålet med denne artikkelen er å peke på noen styringsutfordringer i den nye søknadsbaserte turnusordningen sett i lys av dette målet. De handler blant annet om selektiv oppmerksomhet fra helsemyndighetens side og mangler i samstyringen mellom helseforetak og kommuner.

Fra 1. september 2013 er det ikke lenger et vilkår å gjennomføre turnustjeneste for å få autorisasjon som lege. Legers rett til turnustjeneste opphørte og systemet for tildeling av turnusstillinger ble endret fra loddrekning til søknadsbasert hvor helseforetak og kommuner sammen ble pålagt å lyse ut koblede turnusstillinger.

Artikkelens datagrunnlag

Artikkelen bygger på de åtte statusrapportene om den nye søknadsbaserte turnusordningen som Helsedirektoratets så langt har gitt ut (1–8), og en studie initiert og gjennomført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) (9). NSDMs studie legger særlig vekt på å få fram hvordan den søknadsbaserte turnusordningen er implementert og hvordan helseforetak og kommuner samstyrer ordningen. Den er opp tatt av kommunenes, og spesielt distriktskommunenes, posisjon i den nye ordningen og er ment som et supplement til Helsedirektoratets statusrapporter om turnusordningen som i all hovedsak har oppmerksomheten rettet mot helseforetakene.

Helsedirektoratets statusrapporter legger vekt på å få fram kvantitative kjennetegn ved de som har søkt og de som har blitt tilsatt i et helseforetak, det vil si de ordinære turnusstillingenes første del. NSDMs studie er satt sammen av to delstu-

dier. I den første delstudien analyseres tekstinholdet i alle utlysninger av turnusstillinger i løpet av de første tre årene med ny turnusordning (totalt 718 annonser og 3118 stillinger). Dette for å finne ut hvordan helseforetak og kommuner i praksis kobler sammen turnusstillinger, samt omfang og typer reststillinger som oppstår underveis. Den andre delstudien bygger på 39 intervju gjennomført våren 2016 med et utvalg turnusleger og relevante representanter for helseforetak, kommuner, fylkeslegen og KS i tre utvalgte fylker som tradisjonelt har utfordringer med legerekuttering: Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane.

Mindretallet blant søkerne og flertallet blant de tilsatte har utdanning fra Norge

Tabell 1 sammenfatter noe av informasjonen i de åtte statusrapportene fra Helsedirektoratet. Den viser at det i 2016 var til sammen 1810 søkere til 907 ledige turnuslegestillinger. De sendte til sammen 29 501 søknader noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 16,3 søknader pr. søker. Halvparten av søkerne ble tilsatt. Et mindretall blant søkerne (37 prosent) hadde utdanning fra Norge. Andelen som ble tilsatt, var imidlertid høyest blant de med norsk utdanning (71 prosent) og lavest blant de med utdanning fra et land utenfor EØS (17 prosent).

Hardere kamp om stillingene – de med norsk nasjonalitet foretrekkes

Antall ordinært utlyste turnuslegestillinger har i perioden 2013 til 2016 variert mellom 887 (i 2014) og 907 (i 2016). Tabell 1 viser at

i takt med økning i antall søkere, har andelen søkere som blir tilsatt, gått ned. Nedgangen har i hovedsak rammet søkere med norsk utdanning og i noen grad de med utdanning fra land utenfor EØS. Blant de med utdanning fra et EØS-land, har både antall søkere og andelen tilsatte økt. Den store majoriteten både blant søkere og tilsatte turnusleger har norsk nasjonalitet. I de åtte første søknadsrundene hadde totalt 82 prosent av søkerne og 93 prosent av de tilsatte turnuslegene norsk nasjonalitet.

Ny ordning møtt med motstand

Endringen av turnusordningen ble fra Helsedirektoratets side begrunnet i stor pågang og lang ventetid på turnus, at turnusstillinger burde bli mer lik vanlige stillinger i arbeidslivet, harmonisering til regelverk for det felles europeiske arbeidsmarkedet, store norske studentkull i utlandet, stor søkning til ordningen fra utenlandske statsborgere og at det norske helsevesenet ikke har behov for alle legene som søker turnustjeneste (10). Legeforeningens sentralstyre var enig med myndighetene om at endring måtte til, men på grasrota i egne rekker møtte de motstand (11). Motstanderne ønsket å bevare den gamle ordningen fordi de mente at den har bidratt til en effektiv og rettferdig fordeling av leger til hele landet. Videre var budskapet at den nye ordningen ville skyve det viktige forvaltningsansvaret for legefording fra staten til helseforetak og kommuner og skape unødig byråkrati. Legeforeningens årsmøte vedtok en resolusjon foreslått av tillitsvalgte fra Nord-Norge, som tydelig understreket at staten må ta et overordnet ansvar for rettferdig legefording gjennom turnusordningen (11).

UTDANNINGSLAND	2013	2014	2015	2016
Norge	732 (75%)	655 (75%)	645 (75%)	672 (71%)
EØS-land	815 (40%)	814 (45%)	787 (47%)	919 (43%)
Land utenfor EØS	141 (18%)	120 (25%)	178 (25%)	216 (17%)
Totalt	1 688 (56%)	1 589 (56%)	1 610 (56%)	1 809 (50%)

TABELL 1.
Antall søkere til ledige turnuslegestillinger og (andel tilsatt) i perioden 2013–2016.

ordning



Geografisk fordeling av leger fortsatt et mål

Helsedirektoratet (10) framholder at hovedmålet med den søknadsbaserte turnus-tjenesten er, som med den gamle, at ferske leger under særskilt veiledning og opplæring skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre forsvarlig legevirksomhet. I tillegg understreker de viktigheten av å videreføre målsettingen om en geografisk fordeling av turnusstillinger (10). Underforstått er målet fortsatt geografisk fordeling av leger, selv om det ikke er formulert eksplisitt.

Det er god grunn til å anta at den trekningsbaserte ordningen bidro til fordeling av gode leger til hele landet, fordi den basert på tilfeldighet ga distriktserfaring og påfølgende distriktsarbeid for leger som kanskje i utgangspunktet ikke hadde planer om dette (11). Men den geografiske legefördelings-effekten av den gamle turnusordningen er, som helhet, ikke særlig godt dokumentert. Det finnes generelt lite forskningsbasert kunnskap om den gamle turnusordningen. Det er imidlertid gjennomført enkeltstående studier fra Finnmark og Sogn og Fjordane (12–14), som viser at turnustjenesten tradisjonelt har vært en viktig legerutdanningskilde for de to fylkene.

Ivaretagelsen av det overordnede forvaltningsansvaret

Kravet om at helsemyndighetene skal ta et overordnet forvaltningsansvar for turnusordningen er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har etablert en elektronisk turnusportal hvor alle turnusstillinger må lyses ut og søkes på. De ordinære turnusstillingene (dvs. koblede stillinger med ett år i et helseforetak og et halvt år i en kommune) lyses ut og tilsettes i samlete og nasjonalt

ensartede prosesser to ganger årlig. De innebærer imidlertid to ulike tilsettingsforhold; ett i et helseforetak og ett påfølgende i en kommune.

Det er etablert nasjonale frister knyttet til utlysningen av de ordinære turnusstillingene i form av utlysningsfrister, søknadsfrister, tilbudsfrister og svarfrister. Det er imidlertid verd å merke seg at stringensen med nasjonale frister i praksis kun gjelder for tilsettingen i helseforetak. Hvordan tilsettingen for turnustjenesten i kommunen foregår, legger ikke Helsedirektoratet seg opp i.

Det er videre bestemt at alle reststillinger som oppstår underveis, både i helseforetak og kommuner, også skal lyses ut og søkes på i turnusportalen. Helsedirektoratets rundskriv og veileder om turnusordningen for leger (10), er et ytterligere bidrag til nasjonal normering. Den kom imidlertid seint, nær to år etter at den nye søknadsbaserte turnusordningen var innført.

Helsedirektoratet har så langt laget åtte statusrapporter om den søknadsbaserte ordningen – en for hver av de ordinære søknadsrundene fra våren 2013 til og med høsten 2016 (1–8). Statusrapportene har et noe snevert utgangspunkt og handler kun om utlysning, søkning til og tilsetting i de ordinære turnusstillingene som starter med tilsetting i et helseforetak. De gir ingen opplysninger om tilsetting i kommunene, gjennomføringen av selve turnustjenesten eller utlysning og tilsetting i reststillinger.

Praksisen med selektiv stringens ogføring av statistikk kun for deler av turnusordningen isolert til tilsettingen i helseforetakene, gir grunn til å spørre om et helhetlig forvaltningsansvar for turnusordningen er godt nok ivarettatt. Hva er det

som tilsier at det er verdt å overvåke tilsetting i turnusstillinger i helseforetak, men ikke i kommunene?

Samstyring mellom helseforetak og kommuner – en utfordring

Den søknadsbaserte turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Samstyring er tidstypisk og moderne og innebærer en gjennomgripende endring i den tradisjonelle, hierarkiske styringslogikken. Hansen og medarbeidere (15) peker på tre viktige forutsetninger for å få til samstyring: at beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger; at det er gjensidig avhengighet mellom de som skal samstyre; og at aktiviteter relatert til samstyringen koordineres. Disse forutsetningene for å få til samstyring har til dels manglet i de tre fylkene som inngår i NSDMs studie. I det videre utdypes dette.

Ikke helt i mål med avtaler

Samhandlingsreformen er et annet empirisk eksempel som bygger på samstyring mellom helseforetak og kommuner. Samstyringen er her gitt en juridisk og formalisert form med et omfattende avtaleverk som helseforetak og kommuner er pålagt å forhandle frem, operasjonalisere og reformere ved behov. Fra forskerhold er det stilt spørsmål ved om kommuner har kompetansen, ressursene og strukturene som skal til for å drive reell samstyring sammen med helseforetak (15).

Det anbefales (i Helsedirektoratets veileder for ny turnusordning) at helseforetak og kommuner inngår en samarbeidsavtale som de skal styre etter. Slik sett likner den søknadsbaserte turnusordningen på samhandlingsreformen. Våre funn tyder imid-

lertid på at det i liten grad er inngått formelle avtaler. I de undersøkte fylkene har man satset på å få til felles avtaler som er likelydende for alle kommuner, noe som også var tilfelle for tjenesteavtalene som ble inngått med innføringen av samhandlingsreformen. Man har imidlertid i liten grad kommet i mål med avtaler som er signert av alle parter. Avtaler antas derfor, så langt, å ikke ha bidratt til å skape forpliktelse til samstyring.

Gjensidig avhengighet mangler

Den søknadsbaserte turnusordningen har i praksis utviklet seg uten noe sterkt gjensidig avhengighetsforhold mellom helseforetakene og kommuner. Ideelt sett kan man tenke seg at helseforetakene og kommunen har felles mål med den nye turnustjenesten for eksempel om rekruttering og stabilisering av turnuslegene i etterkant av turnustjenesten. I praksis formuleres ingen felles mål utover at begge er interessert i å fylle sine stillinger med gode leger. Begge vil gjerne beholde de gode legene – i hovedsak hos seg selv.

I de tre fylkene vi har undersøkt fant vi at kommunene i stor grad har gjort seg avhengig av at helseforetakene gjør hovedjobben med utlysning og tilsetting av turnusleger. Men helseforetakene er i liten grad avhengig av kommunene. Kommunene oppfattes av andre interessenter å ha vært lite på banen både i etableringen av den søknadsbaserte turnusordningen og i den videre driften av den.

NSDMs studie viser at det store flertallet av ordinære turnusstillinger (91,4 prosent) var lyst ut med en indirekte kobling mellom helseforetak og kommune. I de fylkene vi har undersøkt, ble ulike metoder benyttet for å bestemme hvilken kommune den enkelte turnuslege skulle til og det tok ofte lang tid før dette ble avklart. Praksisen gjør kommunen usynlig for turnuslegene til langt ut i turnustjenesten og det at avklaringen har trukket i langdrag har skapt misnøye blant dem. Den indirekte koblingen synes også å gi kommunene mindre ansvar og innflytelse i utvelgelsen av turnusleger enn det de kunne hatt. Kommunene syntes imidlertid i all hovedsak å være komfortable med det, selv om det også ble rapportert om uenighet om valg av koblingsmodell hvor kommuner har ønsket direkte kobling til helseforetak men ikke fått gjennomslag. Hovedbegrunnelsen for en indirekte kobling var at den gir økt fleksibilitet, spesielt i en situasjon med mange fødselspermisjoner blant turnuslegene.

Hvis kommunenes ambisjonsnivå er å

fylle turnuslegestillingen i et halvt år, framstår valget om å bruke lite eller ingen ressurser på samstyring med helseforetakene rasjonelt så lenge det kommer en turnuslege som planlagt. Det hevdtes å gå med mye ressurser for å besette korte, midlertidige opplæringsstillinger hvor turnuslegen i all hovedsak forlater kommunen etter endt turnustjeneste eller ender opp med å ikke komme i det hele tatt. I konkurransen om mange andre presserende oppgaver er det på den ene siden forståelig at den enkelte kommune ikke prioriterer å være særlig aktiv i dette arbeidet. På den andre siden ligger det et dilemma i at en større rekrutteringsinnsats kan resultere i at leger blir igjen etter endt turnus, i alle fall noen år – da kan ressurser brukt til turnuslegerekuttering være en god investering.

Indirekte kobling gir koordineringsbehov

Hansen og medarbeidere (15) framholder at hovedutfordringene ved samstyring er økt behov for koordinering. Funn i NSDMs studie tyder på at koordineringsbehovet på kommunal side var dårlig forstått da ordningen startet. Det er i stor grad valget av en indirekte kobling mellom helseforetak og kommune som gir et koordineringsbehov som innebærer å holde oversikt over tre aktive kull med turnusleger samtidig, med tilhørende utsettelser og forsinkelser. Koordineringsoppgaven ivaretas ulikt i de tre undersøkte fylkene og det har vist seg å ta tid å finne en form som kan fungere. Det nasjonale veiledningsmateriellet om den søknadsbaserte turnusordningen beskriver ikke behovet for kommunal koordinering og gir følgende ingen råd. Uten nasjonal normering og føringer knyttet til kommunal koordinering, ivaretas dette arbeidet ganske ulikt fra fylke til fylke. Gode råd om en eller flere mulige og effektive koordineringsløsninger ville trolig vært til stor hjelp lokalt.

Er reststillinger et tegn på rekrutteringsutfordringer?

NSDMs delstudie av stillingsannonseene i turnusportalen viste at antall reststillinger har økt over tid. Totalt ble 7,5 og 7,6 prosent av de utlyste ordinære turnusstillingene lyst ut som reststillinger i henholdsvis helseforetak og kommuner i løpet av undersøkelsesperioden. Reststillingsandelen var nesten helt like, men var ikke direkte sammenliknbare. De første reststillingsutlysningene i helseforetakene hadde søknadsfrist drøyt sju måneder før de første reststillingene i kommunene hadde det. Det vil si at reststillingsantallet fra

kommunene var generert over en kortere periode med datainnsamling enn reststillingsantallet fra helseforetakene. Gitt samme lengde på datainnsamlingsperioden kombinert med en relativt sterkere økning i antall utlyste kommunale reststillinger over tid, er det grunn til å anta at den relative andelen kommunale reststillinger ligger en del høyere enn reststillingsandelen i helseforetakene (7,5 prosent).

Fødselspermisjoner blant turnusleger synes å være hovedårsaken til utlysning av reststillinger. NSDMs analyser avdekket imidlertid en relativt større andel kommunale reststillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene. Dette tyder på en tendens til systematisk bortvalg. Det ble ikke funnet holdepunkt for at ulikheter i andelen utlyste reststillinger helseforetakene imellom skyldtes annet enn tilfeldig variasjon.

Funn fra NSDMs intervjuundersøkelse tyder på at det har vært vanskelig for kommunene å orientere seg om hvor de kan søke hjelp når de har hatt behov for å lyse ut reststillinger. Den eksterne støtten og tekniske assistansen for å håndtere turnusportalen opplevdes mangelfull sett fra kommunenes side. Fra kommunene ble det fortalt om utfordringer med å vurdere om søkere, som i stor grad er utenlandske og gjerne ikke har gjennomført turnustjeneste i norske helseforetak, er kompetente for reststillinger i kommunen. Her er det et åpenbart veiledningsbehov men kommunene opplevde at det var lite hjelp å hente fra sentrale helsemyndigheter.

Tross målet om geografisk fordeling av leger, tilrettelegger regelverket for bortvalg av turnustjeneste i distriktskommuner. Distriktskommuner i alle de tre fylkene som er undersøkt, merket at bortvalg er gjort legitimt. Regelverket åpner for at en turnuslege kan si fra seg den kommunale delen av turnusstillingen de er tilbudt og søke en utlyst reststilling i en annen kommune. Kravet er at de ikke kan få to turnusstillinger innenfor ett og samme halvår. Men innenfor det året turnustjenesten i helseforetaket varer, er det ingenting i veien for at en turnuslege selv kan sørge for å endre sted for kommuneturnus og gjennomføre hele turnustjenesten på normert tid. Lengre karantenetid for å få en ny turnusstilling på for eksempel ett år, ville trolig vanskeliggjort en slik praksis.

Arbeidsmarkedslogikken får dominere

Den søknadsbaserte turnusordningen kan ses som en hybrid i skjæringsfeltet mellom en arbeidsmarkedslogikk med tilbud av og

etterspørsel etter arbeidskraft og arbeidslivets regler på den ene siden, og et samfunnsoppdrag med utdanning av leger og politiske målsettinger om likeverdige helsetjenester til alle på den andre siden. Arbeidsmarkedslogikken synes så langt å dominere praktiseringen av ordningen og gir nye muligheter for vinnerne – de populære arbeidsgiverne og arbeidstakerne – til både å velge og vrake henholdsvis turnusleger og arbeidssteder. Funn fra NSDMs intervjuundersøkelse tyder på at dette verdsettes høyt både av helseforetak og turnusleger. Kommuner som opplever at turnusleger kommer uten at de gjør større anstrengelser for dette, er også fornøyd. Mindre attraktive arbeidsgivere (både kommuner og helseforetak) taper når arbeidsmarkedslogikken vinner terreng og må ta til takke med turnusleger som de selv karakteriserer som B-preget. Vi har pekt på flere aspekter som kunne dempet arbeidsmarkedslogikkens dominans. Her står en helhetlig forvaltning fra helsemyndighetens side sentralt hvor oppmerksomheten fordeles på både helseforetak og kommuner. Det er pekt på praktiske grep som kunne understøttet kommunenes arbeid bedre. Samtidig er det grunn til å understreke at kommunene selv bør besette det styringsrommet som er reservert for dem i ordningen.

Den søknadsbaserte turnusordningen har gitt helseforetakene betydelig administrativt merarbeid. I de foretakene som omfattes av NSDMs studie, har man i hovedsak vært opptatt av å få ansatt turnusleger i eget foretak og har i liten grad hatt tid til å vektlegge å få til god samstyring av ordningen med kommunene. Kommuner

som opplever at turnusleger ikke kommer som planlagt, opplever også økt administrativt arbeid og i noen grad villrede om hvordan de skal gå fram for å lyse ut og tilsette på egen hånd. De ferske legene påvirkes av konkurransen om innpass i turnusordningen. Dette styrer valg og fokus under grunnutdanningen. Mens legestudentene før forberedte seg på en mulig distriktturnus langt fra sykehus, er fokuset nå å få innpass i helseforetakene. Trenden som vises i tabell 1 med at flere med utenlandsk og færre med norsk utdanning får turnusstilling, kan tyde på at utenlandsstudentene gradvis bedrer sin posisjon i den nye konkurransesituasjonen.

Klart for ny omlegging

Den søknadsbaserte turnustjenesten blir fra 1. september 2017 del 1 i ny spesialistutdanning for leger. Utfordringen med å sikre geografisk spredning av leger blir trolig ikke mindre med denne omleggingen. Turnustjenestens innlemming i spesialistutdanningen gjør at både helseforetak og kommuner bør tenke langsiktig og tilby tilrettelagte, helhetlige spesialistutdanningsløp for ferske leger. Landets helseforetak har i lang tid jobbet sammen på tvers av helseregionene for å forberede seg på denne omleggingen og er mye bedre rigget og forberedt enn de er i kommunene. På kommunal side representerer ALIS-VEST prosjektet ett av svært få initiativ som tilrettelegger utdanningsstillinger for spesialistutdanning av fastleger. Det trengs imidlertid flere kommunale initiativ – én svale gjør som kjent ingen sommer.

REFERANSER

1. Ny turnusordning for leger Status for første søknadsrunde, våren 2013. Oslo: Helsedirektoratet, september 2013.
2. Ny turnusordning for leger Status for andre søknadsrunde, høsten 2013. Oslo: Helsedirektoratet, mars 2014.
3. Turnus for leger – statusrapport nr. 3: Søknadsrunden våren 2014. Oslo: Helsedirektoratet, oktober 2014.
4. Turnus for leger – statusrapport nr. 4: Søknadsrunden høsten 2014. Oslo: Helsedirektoratet, april 2015.
5. Turnus for leger – statusrapport nr. 5: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektoratet, januar 2016.
6. Turnus for leger – statusrapport nr. 6: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektoratet, juli 2016.
7. Turnus for leger Statusrapport nr. 7: Søknadsrunden våren 2016. Oslo: Helsedirektoratet, februar 2017.
8. Turnus for leger Statusrapport nr. 8: Søknadsrunden høsten 2016. Oslo: Helsedirektoratet, mai 2017.
9. Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger – En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
10. Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger. Rundskriv IS-6/2015. Oslo: Helsedirektoratet.
11. Brandstorp H. (2013) Legers turnustjeneste: «Hvorfor skal leger ha en spesialordning?» I Veggeland N. (red.): Reformer i norsk helsevesen. Trondheim: Akademika forlag.
12. Larsen RA. Rapport fra spørreundersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2004.
13. Gaski M, Abelsen B. Turnus i Finnmark. Evaluering av særordning 2009–2013. Rapport 24.06. 2014. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT-Norges arktiske universitet.
14. Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth – a way to recruit physicians? Rural and Remote Health, 2010,10: 1366. (Online)
15. Hansen GS, Helgesen MK, Holmen AKT. Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen

Opplever du å bli mer sint?

Hvordan avdekke og behandle hverdags

■ STEINAR SUND • Psykologspesialist ved familievernkontoret i Molde

Justis- og beredskapsdepartementets tall anslår at mellom 75 000 og 150 000 familier i Norge opplever vold pr. år. Samtidig er målet til Barne- og likestillingsdepartementet at barn i Norge skal vokse opp uten vold.

Forskning viser at vi må se på forebygging av sinne og vold mot barn i et folkehelseperspektiv. ACE-studiet (Filetti 2009) fulgte 17 000 barn over 15 år, og fant at det å leve med frykt for sinne og vold fra foreldre er noe av det mest skadelige et barn kan utsettes for. Å leve i beredskap svekker immunforsvaret over tid og øker risikoen for en rekke både fysiske og psykiske lidelser. Kirkengen (2008) viser i sin doktorgrad «Hvorfor krenkede barn blir syke voksne» til at også mild vold i form av sinne kan være skadelig for barn. Det avgjørende er om sinne oppleves som noe uforutsigbart, og dermed skaper en utrygg situasjon for barnet over tid.

Den norske legeforening (2010) har utarbeidet en rapport på bakgrunn av blant annet ACE-studien *Da lykkeliten kom til verden*. Legeforeningen skriver:

«Resultatene fra ACE-studiet viser at virkninger av negative erfaringer i barndommen er sterke akkumulerende og avgjørende for senere helseproblemer og tidlig død. Mange vanlige lidelser i voksen alder må tolkes som et resultat av forhold i barndommen, nødvendige forebyggende og behandelende tiltak må innrettes deretter».

Mossige (NOVA, 2007) gav spørreskjema til ca. 6800 norske ungdommer. Svarene viser at fire prosent av barna i undersøkelsen har opplevd grov vold fra foreldre, definert som slått med knyttneve, gjenstand, fått bank/juling. Mor og far utøvde like mye av den grove volden mot barna. Mossige (2007) viser videre at 25 prosent av ungdommene oppgir å ha opplevd mildere vold. 19 prosent av mor og 13 prosent av far. Definert som dyttet, ristet voldsomt, lugget, kløpet eller slått med flathånd. Studien viser at sinne og vold er et aktuelt tema i samtaler med både mødre og fedre.

Foreldre flest vil barna det beste og ønsker å være gode foreldre. På tross av dette opplever ca. 10 prosent av dem som tar

kontakt med familievernet at de skremmer barna gjennom sinne eller vold og mange foreldre er bekymret for hvordan dette innvirker på barna. En gjennomgang av 80 saker der sinne/vold ble avdekket ved familievernkontoret i Molde, viste at ca. 15 prosent av sinne-/voldssakene bar preg av at foreldrene fornektet volden og viste lite motivasjon for endring. I mange av disse sakene ble samarbeid med politi, krisesenter og barnevern viktig for å sikre barn og partner. I ca. 85 prosent av sakene var foreldre motivert til å jobbe med seg selv for å skape en hverdag med mindre konflikter og skremming av barn. Mange foreldre uttrykte takknemlighet for at sinne/vold mot barn ble tematisert.

Littsint.no, E-boken og litt-sint appen tar utgangspunkt i den klassiske kognitive terapimodellen hvor sammenheng mellom tanker, følelser og atferd står sentralt (Beck 1999, Berge og Repål 2004). Store metaanalyser viser at ca. tre av fire har effekt av kognitiv terapi som behandling for sinne/vold (Beck og Fernandez 1998). Artikkelen vil videre presentere en kognitiv modell på hvordan avdekke og snakke om hverdags sinne/volden i familier. Eksempelene er hentet fra samtaler med ca. 800 foreldre som ønsket hjelp til bedre mestring av sinne overfor barna.

Sinne handler i liten grad om hva barnet gjør, men hvordan du tenker om deg selv og barnet i situasjonen med barnet

Sinne er en normalfølelse vi alle har. Spørsmålet er derfor ikke om vi blir sinte, men hva som skaper sinne og om vi har kontroll over det. Når vi har overskudd klarer vi som oftest å tenke at barnet er som barn flest og at jeg er en god nok mor/far. På dårlige dager har vi en tendens til å bli urimelig selvkritiske og tenke tanker som at barnet er respektløst og jeg er en dårlig mor/far.

Tanker om seg selv

Når det kommer til selvkritikk er vi ikke så kreative som vi kanskje tror. De aller fleste foreldre har tre til fire «favoritt» selvkritiske tanker. Den vanligste negative tanken om seg selv er: «jeg er en dårlig mor/far», etterfulgt av «jeg blir ikke respektert/lyttet til». Andre vanlige negative tanker er: «barnet er ikke glad i meg» og «jeg har ingen verdi for barnet mitt».

Det kan se ut som vi tenker de negative tankene som kan såre oss selv mest og ikke de som er mest sannsynlige. Heldigvis er de negative tankene nesten aldri sanne. Ta for eksempel «jeg blir ikke respektert». Den tanken kommer ofte når barn ikke svarer. Mange beskjerder gitt på avstand med høy stemme fungerer som bakgrunnsstøy for de aller fleste barn. Barnet er ofte i sin egen tankeboble når det ikke svarer, konsentrert om noe annet. Det handler sjelden om mangel på respekt. Skal vi oppnå kontakt med barnet må vi gå nærmere, sette oss ned, få øyekontakt, snakke lavt og rolig. Husk du som forelder er en rollemodell for hvordan det er lov å snakke til hverandre i hjemmet.

Negative tanker om oss selv eller barnet blir opplevd som sanne når vi blir kroppslig aktivert ved sinne eller irritasjon. Jo mer aktivert vi er, jo sannere oppleves de negative tankene. De negative tankene får alt fokus. Det er som å være i en tunell der det er vanskelig å snu og vi tar inn lite ny informasjon før vi «klikker» på barnet. For de fleste foreldre er dette noen av de minst stolte øyeblikkene i hverdagen og noe de ikke ønsker å ha på film. Men i møte med foreldre er det



Steinar Sund har utviklet nettsiden *littsint.no* med gratis E-bok og også en *littsint*-app utviklet for foreldre.

på barna enn du ønsker?

dagssinne/volden i familier?



viktig å spørre konkret om nettopp disse hverdagssituasjonene, fordi det er i det å høre seg selv fortelle detaljert om situasjonene at motivasjonen til endring skapes.

EKSEMPEL PÅ SPØRSMÅL: Har du opplevd konflikter med barna siste ukene som du gjerne skulle hvert foruten? Kan du fortelle om en slik situasjon? Hva var det helt konkret som skjedde? Hvor var du i rommet, hvor var barnet? Hva startet situasjonen? Hvordan hadde du det i kroppen da? Hva tenkte du om barnet? Hva tenkte du om deg selv? Hvordan var det for deg å tenke slik om barnet/om deg selv? Hva gjorde du så? Hva avsluttet situasjonen?

Tanker om barnet. En liten øvelse

Tenk at du står i en kø, så kommer noen bakfra og sparker deg hardt i leggen. Før du snur deg og ser hvem som står bak deg:

Hvilke tanker får du? Hvilke følelser blir aktivert? Hva kjenner du i kroppen? Hva får du lyst til å gjøre? Bruk 1 minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Når du snur deg ser du at det er en blind mann med en hvit stokk som har gått seg på deg. Still deg selv de samme fire spørsmålene en gang til. Bruk ett minutt på å finne dine svar før du leser videre.

Artikkelforfatteren har gitt denne øvelsen til ca. 800 foreldre. Den vanligste tanken er å tenke «hvilke idiot er det som sparker meg». Ca. 80 prosent av foreldrene sier at de blir sint/redd før de snur seg, at hjertet slår raskere, og at det kjennes ut som kroppen gjør seg klar til kamp eller flukt. De fleste foreldre svarer at de får lyst til å sparke tilbake.

Når de snur seg og ser den hvite stokken er den vanligste tanken: «han er blind og gjorde det ikke med vilje». Den nye tanken, at det ikke var med vilje, gjør at hjertet roer

seg og følelsen går fra sinne/redsel til medfølelse. De fleste får lyst til å hjelpe den blinde.

Så er spørsmålet: Hvilke «hvite stokker» kan du gi barnet ditt, som kunne hjulpet deg til å føle mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet? Sinne kommer ofte når vi føler at barnet gjør noe «mot» oss. Vi overvurderer ofte intensjoner og tanker bak handlingene, og reagerer som om barnet gjør en bevist handling «mot» oss. Slike negative tanker er i de aller fleste situasjoner bare selvplaging.

De vanligste «hvite stokkene» foreldre opplever effekt av er: å tenke alder på barnet «han er jo bare fem år», å tenke at barnet er som de fleste andre barn, «alle foreldre opplever lignende situasjoner», og å tenke at barnet ikke gjør noe «mot» meg: «han er bare konsentrert i spillet». De alternative tankene vekker mer medfølelse og mindre sinne overfor barnet.

Øve, øve, øve

Skal vi bli flink til å spille piano eller i fotball vet vi at vi må øve. For å bli den forelderen vi ønsker å være må det også øves. Bedre mestring av sinne handler om å øve på å være mindre selvkritisk og mer snill med seg selv. Videre å øve opp alternative fortolkninger av barnets handlinger (hvite stokker), og at samspillet med barnet bærer preg av det. Bedre mestring av sinne kommer ikke av seg selv, men på øves på over tid i situasjoner med barnet.

EKSEMPEL PÅ ØVELSE TIL FORELDRE: Når du gjenkjenner en negativ tanke om deg selv eller barnet, stopp opp i noen sekunder og trekk pusten dypt. Når kroppsaktiveringen har gått noe ned, spør seg selv: Hvilke tanker er mest sanne, de negative eller de alternative? For eksempel «barnet respekterer meg ikke», eller «barnet er konsentrert om noe annet». Du vet sannsynligvis at den alternative tanken er mest sann, men det oppleves ikke slik i situasjonen med barnet når du er sliten eller stresset. Så neste gang du kommer i en lignende situasjon med barnet, om du klarer å få tak i de alternative tankene, hvordan vil det påvirke følelsene dine? Hvilke handlingsvalg vil du da få? Hvordan vil det oppleves for deg å klare å stoppe deg selv, i stede for å «klikke» på barnet? Hvordan vil tankene om deg selv bli da?

REFERANSER

1. Beck, A. T. (1999) Prisoner of hate, the cognitive basis of anger, hostility, and violence. New York: Harper Collins Publishers.
2. Beck, J. S. (2006) Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksjon. Akademisk forlag.
3. Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy, in the treatment of anger: A meta-analysis. Cognitive Therapy and Research, 22, 63–74.
4. Berge, T. & Repål, A. (2004). Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk.
5. Den norske legeforening. (2010) Statusrapport: Da lykkeliten kom til verden. – Om belastninger i tidlige livsfaser.
6. Felletti, V. J. (2002). The relationship of adverse childhood experience to adult health: turning gold into lead. Z. Psychosom Med Psychother 2002; 48: 359–69.
7. Haaland, T. Clausen, S.E. Schei, B. (2005) Vold i parforhold. Ulike perspektiver. NIBR-rapport 3.
8. Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2010) Avsluttende prosjektrapport. Barn som lever med vold i familien. Alternativ til vold og Senter for Krisepsykologi.
9. Isdahl, P. (2000). Meningen med volden. Oslo: kommuneforlaget.
10. Jarwson, S. & Haugan, G. S. (2005). Sinnemestring. Arbeidsbok for kursdeltager. St. Olavs Hospital, avdeling Brøset kompetansesenter. Jarwson, S. & Haugan, G. S. (2010). Vold og aggresjon: et kurs i sinnemestring. I Berge, T. & Repål, A. (Red.), Håndbok i kognitiv terapi (349–378). Oslo: Gyldendal Akademisk.
11. Kirkengen, (2008). Hvorfor krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget.
12. Middelborg, J. Lilledal, G. Tindberg, J.W. Solevåg, A. Lang, N. (2007) Tryggere barndom. Parterapi – en nyttig tilnærming for barn som lever med vold i familien. Fokus på familien, 35: 292–311.
13. Mossige, S. Stefansen, K (red) (2007). Vold og overgrep mot barn og unge. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. (NOVA) Rapport 20/07.
14. Raknes, S. (2010a). Psykologisk førstehjelp. Barn. Gyldendal Akademiske.
15. Raknes, S. (2010b). Psykologisk førstehjelp. Ungdom. Oslo. Gyldendal Akademiske.
16. Raundalen, M. Isdal, P. (2004) Nyhetsbrev til fagpersoner som møter barn som lever med vold i familien. Bulletin nr. 1 i prosjektet "Barn som lever med vold i familien".
17. Repål, A. (2008). Behandlingsalliansen i kognitiv terapi. I: T. Berge, & A. Repål, (red.): Håndbok i kognitiv terapi. Oslo: Gyldendal Akademiske, 24–60.
18. Vatnar, S.K.B. (2000): Familie vold og familievern. Presentasjon og drøfting av en kartleggingsundersøkelse ved familievernkontorene i Norge. Fokus på familien, 3: 169–182.
19. Vatnar, S.K.B. (2003): Evalueringsrapport for prosjektet «Vitne til vold» tiltak 2 i regjeringens handlingsplan «vold mot kvinner» 2001–2003.
20. Wilhelmsen, I. (2007). Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi. Hertervig Forlag.

■ STEINAR.SUNDE@BUFETAT.NO

FOR MER INFORMASJON OG ØVINGSHJELP

littsint.no er en hjemmeside for foreldre som ønsker å jobbe med seg selv for å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. På **littsint.no** kan det lastes ned en **gratis E-bok** «foreldreveileder i sinnemestring» som inneholder 10 videosnutter som illustrerer metoden beskrevet i artikkelen. Familievernet i Norge er kurset i modellen som presenteres i E-boken. Den **gratis littsint Appen** er ett selvhjelpsverktøy for bedre mestring av sinne i hverdagen og kan lastes ned fra hjemmesiden, App Store eller Google Play.

Littsint.no, littsint Appen og E-boken «foreldreveileder i sinnemestring» er utviklet av psykologspesialist og veileder i kognitiv terapi Steinar Sunde ved familievernkontoret i Molde, og er finansiert av Barne- Ungdom og Familiedirektoratet. Målet med «littsint»-materiellet er å nå ut med psykologisk kunnskap og metode til foreldre slik at de kan hjelpe seg selv til å skape en tryggere og mer forutsigbar hverdag for barna. Videre at foreldre skal få informasjon om hvor de kan søke profesjonell hjelp ved behov.

Legevaktuttrykking ved raud respons – skal, skal ikkje?

■ SVERRE RØRTVEIT • Tidl. kommunelege og fastlege, no legevaktlege i Austevoll
Medlem av akuttutvalet som leverte NOU 2015:17

Etter akuttmedisinforskrifta si § 6 skal legevaktene i Noreg organisera seg slik at dei skal «yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjonar, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig». Legevaktene i landet praktiserer dette ulikt, og mange stader vert utrykkingsplikta oppfatta som eit problem.

Eg har eit inntrykk av at legevaktene (forstått som ei 24/7-teneste) dei fleste stader ønsker å ta sitt ansvar for akuttmedisinen, slik som akutforskrifta legg opp til. Men legevaktlegen er ofte i tvil om dei opplysningane som ho eller han har fått ved ein raud respons, gjer det nødvendig med personleg uttrykking. Legen vurderer informasjonen som utilstrekkeleg til å balansera avgjerd om utrykking til alvorleg sjuk eller skadd pasient kontra ulempa ved lengre fråver frå legevaktstasjonen eller legekantoret, der det kan vera fleire ventande pasientar. Eller legen vurderer at denne balansen trekk i retning av å ikkje rykka ut.

Olav Gunnar Ballo omtalar denne problematikken i ein artikkel i *Dagbladet* 12. april 2017: «Når blålysene blinker der hjemme» (1). Der beskriv han ei frustrerende hending. Då vart han som kommunelege i Loppa av AMK-sentralen «kommandert» ut på eit lengrevarande oppdrag fordi ein mann hadde ringt inn til AMK om ein irriterande følelse i halsen – etter å ha ete ei nøtt. Halsirritasjonen vart aldri til det anafylaktiske sjokket som AMK-operatøren frykta. Ballo beskriv malande kva for type avgjerdsprosess som må ha foregått i AMK, «fingeren søke(r) over røde flytskje-maer i en medisindex som forteller at hvert sekund teller.» Ballo endar opp med å spørre om «(vi) ønsker oss et samfunn der frykten for å ta feil blir så stor at det må handles før det tenkes?»

Spørsmålet er godt stilt, og eksempelet er illustrerende. Men eg er ueinig i tendensen i Ballo sitt innlegg. Han skisserer ikkje ei løysing på problemet, men lesaren må sitja att med ein redusert respekt for AMK-ønsket om at legen skal rykka ut.

Kan me effektivt skilla farleg frå ufarleg?

Sett frå AMK-sentralen si side dreier det seg om det velkjende problemet om å senda raud respons på flest mogelege av dei reelt farlege akutte hendingane (sant positive), og samstundes senda raud respons til færrest mogelege av dei hendingane som viser seg å ikkje vera reelt farlege (falskt positive).

Dette er eit prinsipielt problem, som ikkje har noka enkel løysing. I alle ledd i dei akuttmedisinske tenestene vil det bli gjort overtriage og undertriage, for det finnest ingen metode som treff blink i alle situasjonar og sikkert kan skilla akutt farleg frå ikkje-farleg. Det første leddet i desse tenestene er naudmeldetenesta, dei neste ledd er undersøking/vurdering av legevaktlege og ambulansepersonell, og det siste leddet vurdering på akuttmottaket på sjukehus.

Me kan ta AMK som eksempel på det første leddet. Korleis skiller AMK farleg frå ufarleg?

AMK-personellet har medisinsk utdanning, oftast er dei sjukepleiarar med ekstra-utdanning i medisinsk naudkommunikasjon. Men hovudverktøyet er *Norsk indeks for medisinsk naudhjelp*, i dagleg tale berre «Indeks».

I Indeks skal operatøren først identifisera kva for problemområde det er innringaren spør om hjelp for. Derneist viser Indeks operatøren kva for spørsmål ho/han skal spørre innringaren, og deretter nye spørsmål avhengig av kva som blir svart på det forrige spørsmålet, til dess at operatøren står igjen med eit handlingsforslag om kva for tiltak som skal iverksettast.

Indeks er eit eksempel på algoritmebasert telefontriage, der ein brukar «viss-

så»-avgjerdsmåte i å fastsetta faregrad. All algoritmebasert telefontriage medfører betydeleg overtriage, fordi det kan vera fatalt å oversjå eit alvorleg tilfelle. Ved Ballo sitt eksempel fekk pasienten ikkje halsirritasjonen på grunn av anafylaktisk sjokk, og utalarmeringa viste seg å ha vore unødvendig. Det kan ein kalla for etterpåklokskap, for i nokre tilfelle kunne det jo dreia seg om anafylaktisk sjokk.

I registreringa av all akuttmedisinsk aktivitet i Austevoll kommune i toårsperioden 2005–07 vurderte legen ved si personlege undersøking av pasienten, at litt over ein tredjedel av dei tilfella som primært vart meldt frå AMK som raud respons, viste seg å ikkje dreia seg om akutt alvorleg sjukdom eller skade (2,3). Dette funnet dreier seg altså òg om etterpåklokskap.

Algoritmebasert triage i den prehospitala akuttmedisinen

Dei norske AMK-sentralane sin bruk av Indeks, er berre eitt eksempel på talrike algoritmebaserte triageringsverktøy som vert brukt i dei ulike ledd i dei prehospitala tenestene i Norge. I legevaktssentralane sin telefontriage vert det dels brukt Indeks, og dels eit spesialtilpassa verktøy som heiter Telefonråd.

Dei triage-verktøy som blir brukt når pasienten er komen til helsepersonellet si undersøking, har den funksjonen å identifisera flest mogelege pasientar som er i risiko for alvorleg utvikling under opphaldet. I sjukehus-akuttmottaka er desse systema i dei fleste tilfelle lokalt tilpassa versjonar av USA- eller UK-utvikla system: RETTS, MTS, METTS, EWS eller SATS (sørafrikansk) (4). Dei er i hovudsak basert på skåring av fysiologiske parametarar: Blodtrykk, puls, kroppstemperatur, respirasjonsrate, oksygenmetting, urinproduksjon, medvitsnivå. Kvar variabel får ein skår, og skårsummen vert direkte omsett til triage-verdi. Nokre legevakter har også teke i bruk slike system. Mange stader har helseforetaka utstyrt ambulansenestene med variantar av desse systema.

Også dei fysiologi-baserte triage-verktøya har ein høg andel overtriage ved seg, i tillegg til ein mindre, men viktig andel undertriage. Systematiske undersøkingar av triagesystem gjort av Kunnskapssenteret (5) og NAKOS (6) i Noreg, og Statens beredning för medicinsk och social utvärdering i Sverige (7), har konkludert med at ingen system har vist seg effektive i å predikera pasientforløp.

Kva gjer me når triageringa er imperfekt?

Kort sagt er verken telefonbasert eller klinikkbasert triage svært påliteleg. Kva kan ein gjera med det? Norsk indeks for medisinsk naudhjelp er ikkje validert, det betyr at det ikkje er systematisk undersøkt kor godt Indeksbasert triage treff. Indeks bør sjølvstendig validerast. Er det mogeleg å målretta Indeksen bedre og då oppnå færre falskt positive og færre falskt negative? Neppe i nokon særleg grad, meiner eg.

Er det bedre å kutta ut Indeks, og andre algoritmebaserte triageringsverktøy i AMK- og LV-sentralar? Eg svarar nei til det. Me ville då leggja slagmarka open for alle dei store variasjonane mellom dei individuelle operatorane på sentralane. Me ville leggja til rette for rask utvikling av større kulturskilnader mellom sentralane. Og me ville misssa verktøyet som ligg i standardiserte nasjonale tiltakspakkar ved dei ulike tilstandane.

Grunnar for at legen bør rykka ut

Me må altså akseptera at AMK gjer ein del overtriage ved meldingsmottaket. Bør legen automatisk rykka ut når AMK ber om det? Eg meiner at hovudregelen er ja, og vil grunngje det med tre moment:

I den før nemnde Austevollstudien var to sentrale funn at prehospital akuttmedisin dreier seg om eit stort antal tilstandar (62 ulike ICPC-diagnosekoder), og ein kan

ikkje gå ut frå at ambulansepersonell kan handtera den store kompleksiteten som følger av dette. For det andre viste den same studien at det var stor initial usikkerhet i kor alvorleg tilstanden i det enkelte tilfelle viste seg å vera. For eit stort antal pasientar var tilstanden mindre alvorleg enn først frykta, men for eit mindre tal pasientar var tilstanden meir alvorleg.

For det tredje bør legen ikkje vurdere ei utrykking som utan meining, dersom tilstanden viser seg å ikkje vera alvorleg. Situasjonen har vore følt som dramatisk eller farleg for dei som har ringt, og dei vil då vera i ein psykologisk sårbar situasjon når legen har avklart den fysiske faregraden. I denne situasjonen vil legen sin empati og kommunikasjonsevne kunna ha stor innverknad på kvaliteten av det framtidige forholdet mellom pasienten, familien og legen.

Og for det fjerde så er det jo slik at «alle» er einige om at ved dei høg-dramatiske tilstandane, som hjartestans og alvorleg traume, så skal legen innfinna seg på staden. Men i realiteten er legen til liten hjelp ved desse tilstandane, dersom ho/han ikkje faktisk har ein del erfaring med å rykka ut til pasientar.

Legevaktene si organisering for utrykking

Mi meining er òg at det ikkje kan vera ein gyldig grunn for å unnlate å rykka ut at legen synes det er for mange pasientar på venterommet. §6 i akutforskrifta pålegg altså legevaktene å vera slik organisert at dei kan utføra dette når det er nødvendig. Det betyr etter mi meining at legevaktene som betjener fleire enn 20 000 innbuarar bør ha to legar på vakt, legevakter for mellom 10 000 og 20 000 bør ha tilgjenge til bakvakt dersom utrykking gjer det nødvendig, og for færre enn 10 000 innbuarar

kan det vurderast om det er nok med ein lege utan formelt organisert bakvakt.

AMK-sentralen har sjølvstendig ikkje noko mynde til å bestemma at legen skal rykka ut. Legen har både rett, og etter mi meining plikt, til å vurdere om utrykkinga bør foretakast i det enkelte tilfellet. Dersom legen ikkje rykker ut, må ho/han dokumentera hendinga og vurderinga i journalen, og må vera tilgjengeleg på naudnettradio for å følgja opp tilstanden og bidra med råd til ambulanse og AMK og eventuelt andre instansar. Denne med-kontakten på naudnettet gjeld sjølvstendig også dersom legen rykker ut.

Mange legar med erfaring og rutine for utrykkingar, opplever det som eit personleg givande område av legegjerninga. Eg synes me bør sjå på utrykkingar ved raud respons som ein arena for spesielt rask læring av medisinen sine grunnverdiar.

REFERANSER

1. www.dagbladet.no/kultur/nar-blalysene-blinker-der-hjemme/67480657.
2. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinske hendinger i ein utkantkommune. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 738–42.
3. Rørtveit S, Hunskaar S. Akuttmedisinsk handsaming i ein utkantkommune. Tidsskrift for Den norske legeforening 2009; 129: 735–7.
4. Desse forkortingane står for respektive Rapid Emergency Triage and Treatment system, Manchester Triage System, Medical Emergency Triage and Treatment System, Early Warning Score og South African Triage Scale.
5. Lidal IB, Holte HH, Vist GE. Triage systems for pre-hospital emergency medical services – a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2013; 21: 28.
6. Halvorsen KS, Nilsen JE, Olsen JA. Triage i den akuttmedisinske kjeden. Nasjonalt kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin. Rapport nr. 2 – 2014.
7. Farrokhnia N, Göransson KE. Swedish emergency department triage and interventions for improved patient flows: a national update. Scand J Trauma Resusc Emerg Med 2011; 19: 72.

■ SVERRE.RORTVEIT@UIB.NO

Helsefremmende

NaKuHel gir nye muligheter i folke

■ GUNNAR TELLNES

Professor ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Spes. i samfunnsmedisin

■ WERNER H. CHRISTIE

1. lektor ved BI og NTNU. Tidl. helseminister, fylkeshelsesjef

■ INGUNN H. LEEBER

Fastlege ved Re legegruppe. Styreleder i NaKuHel Vestfold

Hvordan kan NaKuHel-konseptet bygge bro mellom den salutogene teori, empowermentprinsippet og praktiske aktiviteter som har vist positive helsefremmende resultater? Står vi foran en epigenetisk revolusjon og et paradigmeskifte når det gjelder vår forståelse av samspillet mellom genene våre og miljøet vi lever i, levemåte og livsstil?

Epigenetikk og betydningen av NaKuHel: Natur-Kultur-Helse-aktiviteter

Miljø, levemåte og livsstil kan påvirke våre gener både i nåtid og fremtid. De siste års forskning innen epigenetikk tyder på at våre gener blir «skrudd på eller av» avhengig av vår egen adferd, våre fysiske og sosiale omgivelser og måten vi lever på. Populært sagt kan dette tyde på at «det er vi selv som styrer våre gener, vel så mye som genene styrer oss». Dette synspunktet ble nylig fremmet av lege og tidligere helseminister Werner H. Christie ved lanseringen av boken *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse* på Litteraturhuset i Oslo (1).

Dette er en bok som handler om helse fremfor sykdom. Den gir innføring i hvordan helsefremming kan praktiseres i lokalsamfunnet som et ledd i folkehelsearbeid, forebygging og rehabilitering. Helsefremmende natur- og kulturaktiviteter kan benyttes av alle uten store kostnader. Utprøving i snart 30 år, blant annet ved NaKuHel-senteret i Asker, viser at natur- og kulturaktiviteter i folkehelsearbeidet er til nytte og glede for mange.

Miljø, evolusjon og epigenetikk, nytt fundament for forebygging?

Hvordan kan mikrober i tarmen, maten vi spiser, atferden vår, miljøet og endog våre sosiale relasjoner påvirke metabolismen

vår så mye i tillegg til genenes viktige rolle? En viktig ny forklaringsmodell kom med oppdagelsen av såkalte *epigenetiske mekanismer*. Det viser seg at små enkle molekylar kan feste seg reversibelt til arvestoffets DNA-tråd, og dermed sterkt påvirke hvilke gener som kommer til uttrykk eller undertrykkes til enhver tid. Denne epigenetiske reguleringen påvirkes hele tiden sterkt og direkte av mikrober, mat, miljø, atferd og endog av sosiale relasjoner (2, 3).

Til mange forskeres store overraskelse har man også oppdaget at denne reguleringen av genene i noen tilfeller kan gå i arv til nye generasjoner, og påvirke deres metabolisme, helse og velvære. Forskning antyder for eksempel at barn etter konsentrasjonsleirfanger kan ha påvisbare epigenetiske spor etter foreldrenes traumer (4). Det at miljøpåvirkning kan sette arvelige spor i arvematerialet var inntil ganske nylig en uhørt påstand i fagmiljøene. Dette er en erkjennelse og et *paradigmeskifte* med vidtrekkende betydning for hvordan vi tenker om forebygging og helsefremming for både individer og befolkningsgrupper.

Den nye biologiske systemforskningen viser i stadig større detalj hvordan samspillet mellom gener, mikrober, mat og miljø gir risiko for helse og sykdom, eller like ofte: Robusthet og resiliens (motstandsevne), såkalte salutogene faktorer.

Med unntak fra noen få alvorlige sykdommer med sterk genetisk påvirkning, tyder nyere forskning på at det i mange tilfelle er vi selv og miljøet som i stor grad styrer genenes virkemåte, og ikke genene som styrer oss. Dette gjelder sannsynligvis de fleste kroniske sykdommer som dominerer vår tids folkehelseutfordringer (1).

«Velferdsdannelse» er helsens opprinnelse

Velferd, i engelsk språkdrakt «well-being», er det vi ønsker hverandre når vi sier «farvel» eller på engelsk «fare-well». Velferd, og herunder en av dens viktigste komponenter «god helse», er altså ut fra de argumenter vi har fremført her, noe som utvikler seg i en evolusjonær dannelsesprosess både for hver enkelt av oss gjennom svangerskap, spedbarnstid og resten av livet, og for samfunnet gjennom historiske og politiske prosesser. Det blir derfor utilstrekkelig å reparere oppstått sykdom ved å manipulere metabolismen, vi må også *kultivere* (i betydningen «dyrke») *helsen og velferden* gjennom hvordan vi forholder oss til vår egen situasjon, vår omgivende natur og den samfunnsutviklingen og kulturen vi sammen skaper. Utviklingen av velferd og helse er på vårt nåværende utviklingsstadium en dannelsesprosess vi selv i stadig større grad har mulighet til og ansvar for å styre i en god retning for alle nålevende og fremtidige generasjoner. Det kan vi også kalle et evolusjonært prosjekt for «Velferdsdannelse» (5).

Helsefremmende samhandling er viktig for helse, miljø og livskvalitet

Samfunnets utfordringer innenfor klima, miljø, matsikkerhet og økonomi synliggjør behovet for en bærekraftig samfunns-

Samhandling

i helsearbeidet

planlegging. Helsefremmende samhandling kombinerer ulike kunnskap, erfaringer og innsikt på en god og forståelsesfull måte. Dette er avhengig av god kommunikasjon med gjensidig respekt og forståelse, der det tas hensyn til hverandres virkelighetsoppfatning (6). Samhandling foregår både på individuelt, personlig nivå og mellom ulike organisasjoner i samfunnet. Globalisering, urbanisering, migrasjon, digitalisering og klimendringer skjer nå raskere enn mange klarer å håndtere. Viktige verdivalg i politikk, arbeid, skole, hjem og fritid er en forutsetning for å fremme helse for alle og ta vare på miljøet. Helsefremmende samhandling med fokus på natur- og kulturaktiviteter gir mulighet for både individ og lokalsamfunn til å engasjere seg i dette i eget nærmiljø (7).

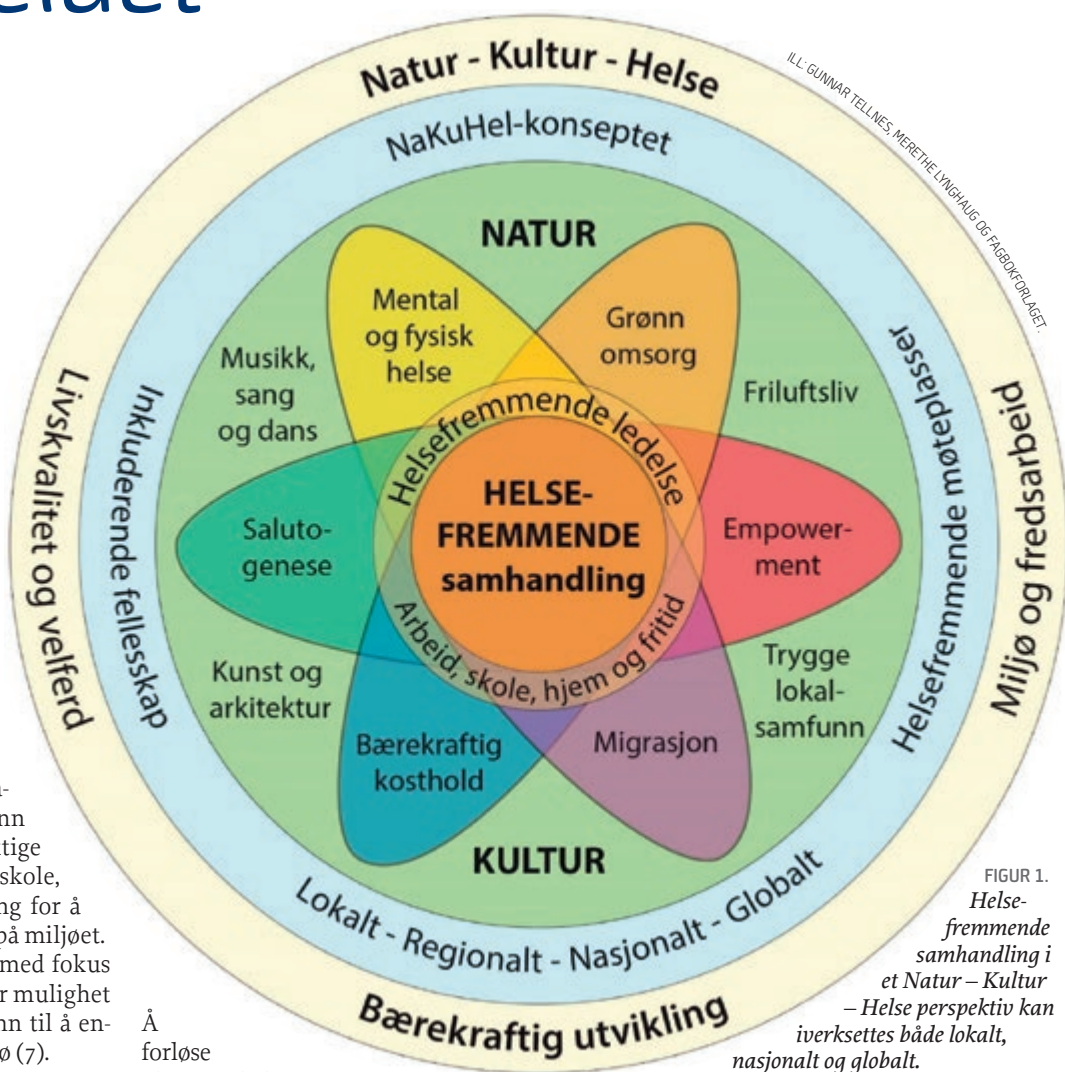
Erfaringer fra Natur-Kultur-Helsesenteret (NaKuHel) i Asker

Utfordringen er da å skape inkluderende helsefremmende møteplasser i nærmiljø og lokalsamfunn. NaKuHel-prosjektet har tatt sikte på å prøve ut disse prinsippene i praktisk nærmiljøarbeid. NaKuHel-konseptet representerer dermed noe annet enn tradisjonell medisin, som ofte handler om medikamentell behandling, kirurgi, psykoterapi eller fysikalsk medisin. I konseptet vektlegges trivsel og positive helsefremmende (salutogene) faktorer (SE FIGUR 1). I tidligere publikasjoner, blant annet i *Utposten*, er flere aspekter ved helsefremmende natur- og kulturaktiviteter som en del av samfunnsmedisinen og primærhelsetjenesten beskrevet (8–10).

Å forløse «hvert enkelt menneskes iboende krefter» og inspirere dem til å ta i bruk sitt potensial er en viktig målsetting. Dette krever innpass og inkludering i et aksepterende og stimulerende miljø og meningsfylte aktiviteter. Selvrealisering, optimisme og fremtidstro kan være vel så virkningsfullt som piller og forebygge og fortrenge avhengighet av rusmidler. Dette krever aktiv verdiprioritering blant foreldre, helsepersonell og politikere i fremtidens samfunn. NaKuHel-aktiviteter er allerede et nyttig supplement til dagens medisin, og bør bli et sentralt element i fremtidens mestring, motivasjons og recovery-orienterte helsetjeneste. En fremtidig satsing som i større grad inkorporerer salutogene Natur-Kultur-Helseaktiviteter, vil sannsynligvis øke enkeltindivids funksjonsevne og produktivitet. Det vil

også være en viktig forutsetning for å kunne lykkes med helsemyndighetenes nye visjon om å «Leve Hele livet» (11).

Et sentralt element ved NaKuHel-konseptet er at offentlige tjenester, frivillige organisasjoner og næringsliv skal samarbeide med utgangspunkt i omforente mål for bedre helse og velferd (7). Initiativtakerne har lagt til rette for en felles arena og møteplass der interesserte deltakere fra alle samfunnslag har blitt inkludert med stor frihet til å realisere sine egne ideer. Forskere, politikere, diktere, filosofer, kunstnere, håndverkere, pensjonister, sykmeldte, arbeidsledige, elever, studenter og andre interesserte har funnet en tilhørighet til senteret i Asker. Dette har gitt et vitalt møtested for kommunikasjon, solidaritet og økt miljøbevissthet. Utfordrin-



FIGUR 1. Helsefremmende samhandling i et Natur – Kultur – Helse perspektiv kan iverksettes både lokalt, nasjonalt og globalt.

gen har vært å få til et samarbeid på tvers innenfor samspillet mellom natur, kultur og helse. Utviklingen av Senter for Natur-Kultur-Helse på Sem i Asker (www.nakuhel.no) har vært drevet etter prinsippene salutogenese og empowerment. I tillegg til godt samarbeid med offentlige instanser og frivillige organisasjoner, har NaKuHel-senteret også hatt gleden av samarbeid og prosjektledelse fra erfarne ledere i næringslivet. Flere prosjekter er også realisert ved hjelp av tilskudd fra blant annet Gjensidigestiftelsen og Sparebankstiftelsen DNB. Også andre nye og liknende initiativ som for eksempel aktivitetssenteret «Kulturaktiviteten» i Stavanger (12), og ungdomstiltaket «Utafor-Innafor» i Hedmark (13) har gjennom nye meningsfulle relasjoner og aktiviteter skapt positivt livsinnhold for brukerne.

Å lære seg å tåle og dessuten akseptere motsetningsfylte forhold og ambivalens kan i seg selv være verdifullt. Dette til tross for deltakernes forskjellige utgangspunkt, posisjon, kulturell bakgrunn og ambivalens. Hvis vi klarer å dra nytte av disse spenningene på en kreativ måte kan de bidra til å fremme helse, mestring, miljø, livskvalitet og velferd for mange. Utviklingen av Natur-Kultur-Helse-senteret (NaKuHel) i Asker har erfart at spenningsforholdet mellom struktur og frihet i seg selv har vært fruktbart og kreativt.

Helsefremmende natur- og kulturaktiviteter er sannsynligvis fortsatt et ubrukt potensial for å styrke psykisk helse og forebygge demens (14, 15). NaKuHel-konseptet har laget en bro mellom den salutogene teori, empowermentprinsippet og praktiske aktiviteter som har vist positive helsefremmende resultater (6, 7, 16, 17).

Utfordringen er å få samfunnsplanleggere, politikere, økonomer og helsepersonell til i større grad å vektlegge de salutogene sidene ved natur og kultur i helse-arbeid, skole-arbeidet og samfunnsutvikling generelt. Økt satsing på helsefremmende ledelse kan vise seg å være nødvendig for å endre dagens situasjon (18).

Eksempler på aktiviteter i regi av Stiftelsen NaKuHel Asker

NaKuHel-senteret er en arena og møteplass der interesserte deltakere med forskjellig bakgrunn kan delta i og bidra til natur- og kulturaktiviteter. Likemannsarbeid, egenorganiserte NaKuHel-aktivitets grupper og arbeidstrening danner kjernen i senteret. Her drives to kaféer, og en rekke tilbud og arrangementer som inkluderer mennesker med ulik sosial, økonomisk status, helsetilstand, alder og nasjonalitet. Mange be-

finder seg i en «gråson» mellom behandling, arbeid og aktivitet. Ved å tilrettelegge for generasjonsoverskridende aktiviteter, arbeid, gode samtaler, natur- og kulturaktiviteter i et fellesskap, forebygges ensomhet og passivitet, og senteret bidrar med nyttig innsats, nettverk og økt livskvalitet. Her er eksempler på tilbud og aktivitetsgrupper i 2017:

- Sangkoret «Alf»
- Sangkoret «Sem Vocalis»
- Litteraturgruppen
- Filosofigruppen
- Lokalhistorie



NaKuHel tilbyr et vidt spekter av aktivitetsgrupper innenfor ulike interesseområder.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



- Sufi-gruppen
- Naturfaggrupppen
- Hagegruppen
- Livskvalitet
- Likemannsgruppen / samtalegruppe for menn
- Mat 4 Menn
- Turgrupper
- Bridgegrupper
- Reise- og utfluktsgruppen (RUG)
- Sang og stemmegruppe
- Mindfulness
- «Fargeglede med Mona»
- Akrylmaling
- Kreativt verksted.

Dessuten tilbys Norskgrupper for innvandrere, NaKuHel-dag for 5.-klassinger, Avtale om arbeid og aktivitet for arbeidsledige, «Tur og Trivsel»: Aktiviteter for hjemmeboende personer med demens. I tillegg tilbys en rekke andre aktiviteter, seminarer, temakvelder og konferanser ved senteret.

Stiftelsen NaKuHel Norge er knyttet til NaKuHel-senteret i Asker

Formålet til NaKuHel Norge er å utvikle helsefremmende natur- og kulturaktiviteter ved blant annet å skape inkluderende møteplasser som er åpne for alle. Stiftelsen bidrar med støtte og veiledning når det er lokal interesse for å etablere NaKuHel-relaterte aktiviteter andre steder i Norge eller i andre land. Felles grunnlag for aktivitetene er samspillet mellom natur, kultur og helse (NaKuHel). Frivillig arbeid og lystbetont deltakelse er NaKuHel-sentrenes største aktivitet. Det er naturlig å samarbeide med ildsjeler, offentlige etater, næringsliv og frivillige organisasjoner for å nå felles mål om å fremme helse, miljø og livskvalitet. Se mer info om dette på www.nakuhel.org.

Kan helsefremmende natur- og kulturaktiviteter supplere dagens samfunnsmedisin og folkehelsearbeid?

Helsefremmende samhandling i et Natur-Kultur-Helse perspektiv kan ikke bare være en teori og akademisk tenkemåte, men fortjener også å implementeres i *praktisk samfunnsmedisin, arbeidsmedisin, folkehelsearbeid og helsepolitikk* (2, 19–22). Hvis vi tilrettelegger for *inkluderende og helsefremmende møteplasser*, der den unike erfaring vi alle bærer på kan bli verdsatt av andre, vil dette kunne styrke vår funksjon og mentale helse. Når vi får delta i et fellesskap ut ifra egen forutsetning, kan dette gi dyp glede og opplevelse av likeverd. Disse møteplassene vil kunne bidra til økt funk-

sjonsevne, trivsel og mentale helse for mange mennesker (23).

Boken *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse* viser til eksempler på hvordan helhetstenkning og teori kan gjennomføres i praksis på en måte som gir mulighet for alle å delta (6). Bokens kapitler beskriver sammenhengen mellom natur, kultur og helse og metode for å koble teori og metoder for å oppnå helsefremmende samhandling. Det presenteres forskning og praktiske eksempler på sunn livsstil, bærekraftig kosthold, friluftsliv og helsefremmende natur- og kulturaktiviteter. Dessuten beskrives helsefremmende og forebyggende metoder innen mental helse, demens og migrasjon. Bokens beskrivelse av sammenhengen mellom teori og praksis er et supplement til andre bøker innen forebyggende helsearbeid. Den legger også opp til et mer helhetlig systemperspektiv på helse og velferd utfordringene, som bryter med den reduksjonistiske forskningstradisjonen som har dominert medisinen til nå. Behovet for denne boken er dessuten aktualisert etter at mange opplever at helsefremmende og forebyggende arbeid har kommet i skyggen av at Samhandlingsreformen i stor grad har dreid seg om økonomisk fordeling mellom sykehus og kommuner, mens mange pasienters behov og muligheter for meningsfylt samhandling knapt har vært tematisert.

Helsefremmende natur- og kulturaktiviteter kan uten de helt store investeringene tilrettelegges som et integrerende mangfold der alle i nærmiljøet kan føle seg velkommen som deltakere. Med denne boken håper vi å inspirere flere kommuner til å følge utviklingen som nå skjer i på «Folkehelsearena Sem» i Asker (www.nakuhel.no). Frivillige idealister, politikere og ansatte i kommunen samarbeider med Natur-Kultur-Helse-senteret for å utvikle helsefremmende møteplasser og samarbeidsprosjekter (7). En Regional kunnskapsarena for helsefremmende arbeid og salutogenese (www.helsefrem.no) er nå under utvikling og vil kunne være til inspirasjon, nytte og glede for deltakere fra andre kommuner og regioner.

REFERANSER

1. Christie WH. Natur, kultur og evolusjon – Om helsens opprinnelse. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 26–34.
2. Carey N. The epigenetics revolution: how modern biology is rewriting our understanding of genetics, disease, and inheritance. New York: Columbia University Press, 2012.
3. Carey G, Malbon E, Carey N, Joyce A, Crammond B & Carey A. Systems science and systems thinking for public health: a systematic review of the

field. *BMJ Open*, 5 (12), e009002. doi:10.1136/bmjopen-2015-009002 Hentet 19. april 2017.

4. Yehuda R et al. Holocaust Exposure Induced Intergenerational Effects on FKBP5 Methylation, 2016; 80(5): 372–380.
5. Christie W. Politikk of fag, på samme lag? Helseledelse fra teknokrati til «velferds-dannelse» I: Botten G et al (red). *Helsetjenestens nye logikk*. Oslo: Akademika, 2014.
6. Tellnes G. Hvorfor helsefremmende samhandling? I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 14–25.
7. Tellnes G. Samspillet Natur-Kultur-Helse. NaKuHel-konseptet i teori og praksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget, 2016.
8. Tellnes G. Helhetstenkning og kreativitet innen natur, kultur og helse – en utfordring for primærhelsetjenesten? *Utposten* 1995; 24: 128–30.
9. Tellnes G. Samspillet Natur-Kultur-Helse ved forebygging i lokalsamfunnet. I: Larsen Ø, Alvik A, Hagestad K, Nylenna M (red.). *Helse for de mange. Samfunnsmedisin i Norge*. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2003: 541–552.
10. Tellnes G. Hva betyr natur- og kulturopplevelser for helse, miljø og livskvalitet? *Utposten* 2012; 41(8): 23–24.
11. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-skall-gi-eldre-bedre-tjenester/id2541470/> Hentet april 2017.
12. <http://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Hjemmebaserte-tjenester/Hillevag-hjemmebaserte-tjenester/Kulturaktiviteten/> Hentet april 2017.
13. <http://utaforinnafor.no/> Hentet april 2017.
14. Lien L, DeMarinis V. Mentale lidelser kan forebygges. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 128–136.
15. Rosness TA, Hjelde K. demensforebygging og helsefremmende aktiviteter for eldre. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 137–145.
16. Langeland E. Salutogenese og tilhørighet. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 38–46.
17. Tveiten S. Empowerment og samfunns-helse. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 47–56.
18. Skjeseth E. Helsefremmende ledelse av prosesser. I: Tellnes G (red.). *Helsefremmende samhandling – Natur og kultur som folkehelse*. Bergen: Fagbokforlaget, 2017: 57–65.
19. Mørland H. Helsefremmende tiltak i samfunnsmedisinen. *Utposten* 2017; 46 (2): 17–18.
20. Wagstaff A, Tellnes G. Arbeidsmedisin og helsefremmende samhandling. *Utposten* 2017; 46 (3): 29–32.
21. Grimeland J, Lund J, Tellnes G. Folkehelseforeningen – et redskap for bedre folkehelse. *Utposten* 2017; 46 (2): 48–50.
22. Donovan RMS. Sosial markedsføring i folkehelsearbeidet. *Utposten* 2017; 46 (2): 39–41.
23. Batt-Rawden KB, Tellnes G. Nature-culture-health activities as a method of rehabilitation: an evaluation of participant's health, quality of life and function. *Int J Rehab Research*, 2005; 28: 175–180.

■ GUNNAR.TELLNES@MEDISIN.UIO.NO
 ■ WERNER.CHIRSTIE@NTNU.NO
 ■ ILEEBER@ONLINE.NO

På tide å etablere et master i klinisk medisin i Stavanger

■ OLAV THORSEN

PhD, fastlege i Stavanger og forsker ved Stavanger Universitetssjkehus, Helse Stavanger HF

■ SVEIN KJOSAVIK

PhD, samhandlingslege ved Stavanger Universitetssjkehus, Helse Stavanger HF

■ TORGEIR GILJE LID

PhD, forsker ved Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning i Helse Vest (KORFOR)

Det utdannes nå nesten like mange norske legestudenter i utlandet som i Norge. For å endre på dette ønsker det medisinske fagmiljøet i Stavanger å starte opp utdanning av medisinstudenter, med fokus på allmenn- og samfunnsmedisin for å styrke norsk primærhelsetjeneste.

Bakgrunn

I Norge er det i 2017 omtrent 27 000 leger i yrkesaktivt arbeid, hvorav 17 000 (63 prosent) er norske statsborgere. Ca. 40 prosent av legene har sin medisinske utdannelse fra utlandet (data fra Legeforeningens lege-register, delvis etter synkronisering mot Helsepersonellregisteret). De fire medisinske fakultetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø utdanner til sammen 550 leger årlig. I tillegg til disse fullfører ca. 500 norske medisinstudenter sin utdanning i utlandet. I 2017 er det rundt 3280 medisinstudenter i utlandet, vesentlig i Polen, Ungarn og Slovakia.

Av dem som de siste årene har fått norsk autorisasjon har ca. 2/3 en utdanning fra et utenlandsk universitet. Vi har nå 950 turnusplasser i Norge, i 2016 hadde 63 prosent av søkerne til turnus utdanning fra utlandet. Blant fastlegene er 20 prosent innvandrere med eksamen fra utlandet (1, 2).

Ved de norske lærestedene har kommunikasjonsferdigheter samt kunnskap om allmenn- og samfunnsmedisin blitt stadig viktigere. Vår opplevelse er at dette er betydelig mindre i fokus ved de fleste studiestedene i utlandet hvor nordmenn studerer. Vi ser det som en klar fordel at leger er vel kjent med norske forhold og arbeider etter de ønsker myndighetene og fagmiljøet har for helsetjenesten. Spesielt gjelder dette kommunikasjon med pasientene og samhandling med andre aktører i helsevesenet, omsorgen og ansvaret for de svakeste i samfunnet, kjennskapet til norske verdier som solidaritet og samarbeid om problemer og utfordringer i samfunnet.

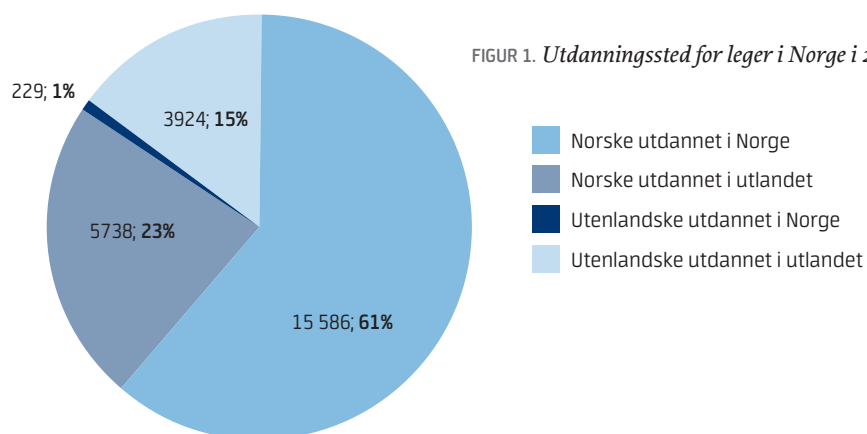
Det er etisk utfordrende at et så rikt land som Norge baserer sin utdanning av leger på kapasiteten i andre land. Ideelt sett burde vi heller hjulpet andre land med å utdanne leger. Det er derfor viktig å øke kapa-

siteten for utdanning av leger i Norge i den grad det er praktisk mulig.

De fire medisinske fakultetene har i løpet av de siste årene økt kapasiteten med 5–6 prosent. Dette er altfor lite for å nå målet om minst 85 prosent utdanningskapasitet i Norge. Det er imidlertid ikke så enkelt å øke kapasiteten ytterligere. Tromsø har tatt i bruk desentralisert utdanning i Bodø og Hammerfest mens NTNU har vedtatt desentralisert utdanning i Levanger. Det er nå på tide å utvide kapasiteten ved å ta i bruk mulighetene for et masterstudium i medisin i Stavanger.

Et nytt studiested gir en gylden anledning til å skape noe nytt. Et studium i Stavanger bør etableres som et pasientsentrert studium med stor vekt på allmenn og samfunnsmedisin, samhandling og kommunikasjon. Moderne teknologi bør aktivt innlemmes og utnyttes. En unik mulighet for ferdighetstrening i simuleringsenheten ved SAFER i Stavanger er allerede etablert. Det er også et velfungerende samarbeid mellom allmennmedisin, spesialisthelsetjenesten, universitetet og kommunene i regionen.

Stavanger Universitetssjkehus har kompetanse og kapasitet til å påta seg et slikt nasjonalt oppdrag. Universitetet i Bergen har ansvaret for medisinske studenter som



TABELL 1. Norske medisinstudenter i Norge og i utlandet i 2017 (1)

UNIVERSITET	ANTALL
NTNU – Trondheim	833
UiT – Norges arktiske universitet	649
UiB – Universitetet i Bergen	1 102
UiO – Universitetet i Oslo	1 291
Total	
Norge	3 875
Utland	3 281

Stavanger
universitets-
sykehus
(SUS)



i dag har deler av sin kliniske praksis ved SUS. Ved et fullt klinisk masterstudium i Stavanger er det naturlig at også Universitetet i Stavanger inkluderes i organisering og gjennomføring av studiet.

Innhold

Behovet for å styrke primærhelsetjenesten og samfunnsmedisin er stort. Siden vi fikk stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen i juni 2009 ble det et økt fokus på samarbeid mellom helsetjenester på alle nivåer, lokalt og regionalt. Dette innebærer en styrking av primærhelsetjenesten og sykehjemstjenesten, og økt samarbeid mellom lokale og sentrale helsetjenester på spesialistnivå. Vi må forholde oss til dette og styrke allmennmedisinens og aldersmedisinens plass. Samtidig må vi øke vekten på samarbeid mellom sykehusene som kompetanse-sentra med de lokale helsetjenestene.

Turnustjenesten i sin tidligere form avvikles. I stedet skal nyutdannede leger starte i nybegynnerstillinger i helseforetakene. Turnustjenesten var for mange den perioden der en som lege fikk den viktigste praktiske treningen. Det er derfor viktig å avklare forventningene ikke minst til hvilke praktiske ferdigheter kandidatene skal ha når de starter i begynnerstillinger for leger, og hvilke ferdigheter som først og fremst skal tilegnes og trenes på i begynnerstillingene. Dette blir vesentlig for planleggingen av innholdet i grunnutdanningen.

Vekten på helsetjenestene på kommunalt nivå og samarbeidet mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten må økes. Kontakten med kommunehelsetjenesten må styrkes. Dette må ses i sammenheng med Samhandlingsreformen (1.1.2012). Eksempler på tema som kan egne seg for særskilt behandling er aldersmedisin, kommunikasjon, profesjonsutvikling, helsepolitikk og – ledelse, global helse, helse og fysisk aktivitet, helse og samfunn, sosio-

kulturelle faktorer, helse-juss, kvalitetsarbeid i helsetjenestene, palliativ medisin og subjektive helseplager.

Det trengs flere allmennleger, og grunnlaget for interessen og engasjementet for å jobbe som fastlege må legges i studiet. Et nytt medisinstudium må ha like stort fokus på primærhelsetjenesten og allmenn/samfunnsmedisin som på sykehusmedisin. Vi ønsker derfor å etablere mentorordning og læresteder ved en rekke helse/legesenter i Rogaland hvor studentene kan følge pasientene over tid – fra første kontakt, men også videre gjennom hele pasientforløpet. Dette kan bidra til å styrke kunnskapen om forebyggende medisin og samfunnsforhold som har betydning for folkehelsen.

Læringsutbytte

Vi ser for oss at studentene skal tilegne seg kunnskap om de vanligste tilstandene i allmennpraksis. De skal kunne avgrense hvilke tilstander som førstelinjetjenesten skal håndtere selv og hvilke som skal henvises til andrelinjetjenesten, herunder hvilke som trenger øyeblikkelig hjelp. Studentene skal kjenne til aktuelle pasientforløp inkludert henvisning, rehabilitering og oppfølging i primærhelsetjenesten. De skal være orientert om fastlegens rolle som portvokter og pasientkoordinator og kjenne til de samarbeidende instanser fastlegen kommer i kontakt med og ha grunnleggende kunnskaper og ferdigheter om behandling av sykdom og skader. Det må gis trening i å håndtere akuttmedisinske problemstillinger, få opplæring og tilbakemelding på anamneseopptak, kliniske undersøkelser og differensialdiagnostiske vurderinger. Studentene må få erfaring med å planlegge videre utredning og behandling i samråd med pasient, pårørende og samarbeidspartnere, i samsvar med legens samfunnsansvar. Bred og oppdatert kunnskapsbase, muligheter for faglig for-

dypning og grunnlag for ny kunnskaps-håndtering og kritisk kildesortering er viktig, så vel som innsikt i risikofaktorer for sykdom og erfaring med forebyggende tiltak på individ- og samfunnsnivå. Studentene må ha innsikt i etikk, menneskerettigheter, det norske helsevesenets organisering, helseøkonomiske prinsipper og helsepolitiske vurderinger og kunne identifisere og håndtere etiske dilemmaer i den kliniske hverdagen og i spørsmål som angår helsetilstanden i befolkningen.

Ferdigheter og generell kompetanse

Studiet må fokusere på de viktigste sykdommene og helseproblemene man møter. Studentene må ha innsikt i den nasjonale og globale sykdomsbyrden, og helseulikhetene mellom land og innenfor landegrensene. Ved fullført studium skal studenten kunne gjennomføre total risikovurdering av pasienter i forhold til sykdommer ved bruk av oppdaterte retningslinjer, gjennomføre målrettet klinisk undersøkelse av pasienter, foreslå behandling av sykdommer, tilpasset forholdene i allmennpraksis, vurdere hvorvidt en klinisk problemstilling krever strakstiltak og henvises til spesialistvurdering i andrelinjetjenesten, forstå allmennmedisin som lavterskeltilbud ved alle typer helseproblem, og allmennlegens rolle som koordinator av ulike helsetjenester basert på kontinuiteten i lege-pasientforholdet, reflektere omkring egen utøvelse av legearbeidet, hvor grensene for egen faglig kompetanse går og når en skal søke råd hos kollega, samhandle med andre yrkesgrupper i helsevesenet og erkjenne og reflektere over etiske og juridiske utfordringer i allmennpraksis.

Arbeids- og undervisningsformer

Forelesninger, gruppeundervisning og praktisk trening i allmennmedisinsk ar-

beid og prosedyrer skal foregå gjennom hele studiet, med problembasert og teambasert læring og vekt på mestersvenn læring og trening i praktiske prosedyrer. En allmennmedisinsk mentor for hver student skal følge denne i løpet av hele studiet. Det skal være trening i god kommunikasjon med pasienter og pårørende. Tutorgrupper skal ledes av erfarne leger fra allmennpraksis, helseforetaket eller fakultetet. Disse skal ta opp spørsmål og problemer knyttet til profesjonsrollen og tematikken relatert til hvor i studiet studentene er og hva de har opplevd som studenter. Det skal legges til rette for internasjonal studentutveksling. Medisinstudiet skal kvalifisere vitenskapelig på mastergradsnivå, og skal altså forberede studentene for oppstart av ph.d.-utdanning. Studiet må derfor inneholde vitenskapelig metode, etikk og trening i vitenskapelig informasjonssøking og kritisk lesing på masternivå.

Konklusjon

Det er et betydelig behov for å øke utdanningen av leger i Norge. Dette har i økende grad blitt erkjent av Legeforeningen, Helsedirektoratet og politikerne. En klinisk master i medisin basert på studenter som har gjennomført nødvendig grunnutdanning (bachelor / preklinikk) vil være den mest åpenbare og effektive mulighet for å øke andelen av leger utdannet i Norge. Ved å ta imot studenter som har gjennomført en bachelor (1. avdeling) i utlandet vil vi få en større andel ferdige leger i Norge som har den ønskede kjennskap til norsk helsevesen og med tilstrekkelig fokus på allmennmedisin i sin utdanning. Stavangerregionen i samarbeid mellom UiB, UiS, SUS og allmennlegene i regionen har etter vår mening den nødvendige kompetanse og kapasitet til å påta seg et nasjonalt oppdrag med å bygge opp ett nytt norsk studiested i medisin.

REFERANSER

1. Statistisk sentralbyrå. Oslo: 2016.
2. Samfunnsspeilet. Tidsskrift for levekår og livsstil 2011.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO
■ SVEIN.REIDAR.KJOSAVIK@SUS.NO
■ TORGEIR.LID@UIB.NO

Noklus Praksispro – nyttig for legekontor og

■ GEIR THUE • Fastlege ved Oasen legesenter i Bergen, seksjonsleder i Noklus og professor II ved UiB

■ LINE AGLEDAL • Prosjektkoordinator IT i Noklus

■ WENCHE IREN BJELKARØY • Avdelingsingeniør i Noklus

Noen leger rekvirerer mange laboratorieprøver, andre færre. Årsaken til denne variasjonen er sammensatt, og både rent faglige, skjønsmessige og organisatoriske forhold spiller inn. Laboratorieprøver har en helt sentral plass både ved oppfølging og diagnostikk av pasienter, og drift av eget laboratorium er en betydelig oppgave på de fleste legekontor.

Noklus har som målsetting «å arbeide for at medisinske laboratorieundersøkelser blir rekvirert, utført og tolket riktig og i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging». Som ledd i dette arbeidet utarbeider Noklus kasuistikker til fastleger og sykehjemsleger, blant annet for å se på samspillet mellom hjemmetjenesten og allmennlegene (se www.noklus.no).

Oversikt over egen rekvirering av laboratorieprøver

Noklus har også i flere år arbeidet med å legge til rette for at fastlegene enkelt kan få detaljert oversikt over egen rekvirering av laboratorieprøver og andre data om sin praksis, f.eks. diagnosebruken. Denne oversikten har vi kalt Noklus Praksisprofil, som baseres på et begrenset datauttrekk fra

legens journalsystem for et helt arbeidsår. Noklus har konsesjon fra Datatilsynet til å motta og bearbeide data fra praksisene. Datagrunnlaget er vesentlig mer detaljert og omfattende enn det som framkommer på utbetalingsvedtakene fra Helfo, og legens data sammenstilles med data fra andre praksiser med gjennomsnitt og prosenttiler som spredningsmål.

Noklus Praksisprofil består av tre deler:

DEL 1 ► Pasientene, gir deg nøkkeltall for din listepopulasjon, bl.a. prosentandelen som har vært til konsultasjon i løpet av året for ulike aldersgrupper samt gjennomsnittlig antall konsultasjoner pr. listepasient. Du får også prosentandel konsultasjoner med listepasienter versus konsultasjoner med pasienter som ikke står på din liste.

DEL 2 ► Diagnosene, gir oversikt over bruken av symptomdiagnoser og sykdomsdi-

TABELL. Forskjeller i laboratoriebruk i løpet av et praksisår for en tre-legepraksis. TABELL: NOKLUS

Eksempler, variasjon mellom legene for noen enkeltanalyser	Prosentandel konsultasjoner der analysen er rekvirert			Gjennomsnitt (%) og spredning (10-90 prosentiler) for alle som deltar	
	Anne	David	Erik		
DATASETT FOR:					
CRP	10,9	19,0	23,4	14,0	(6,8 – 21,8)
SR	2,7	9,2	16,7	9,3	(2,2 – 19,9)
u-Stix	4,6	17,8	7,7	11,1	(6,2 – 17,4)
GT	7,4	12,0	14,0	9,5	(2,1 – 20,3)
ALP	2,4	12,1	9,6	8,8	(1,8 – 19,1)
Kreatinin	14,9	21,2	27,0	17,0	(8,4 – 27,7)
TPK	7,1	1,4	2,7	10,2	(1,5 – 24,4)
TSH	8,9	8,3	17,0	12,4	(6,5 – 19,8)
Fritt T4	6,0	8,2	16,4	10,7	(4,2 – 19,1)

fil smågruppe



agnoser, og antall diagnoser oppført pr. konsultasjon. I tillegg får du oversikt over diagnoser fordelt på organsystemer (jf. ICPC; prosentandel med hjertekarlidelser, psykiske lidelser, etc.), og hvilke spesifikke diagnoser du og dine kollegaer anvender hyppigst.

DEL 3 ► Laboratorieanalysene, gir oversikt over antall analyser pr. konsultasjon for ulike aldersgrupper og prosentandelen konsultasjoner der det rekvireres prøver. Denne delen inneholder også en detaljert oversikt over 38 utvalgte analyser, og viser hvor ofte analysene blir rekvirert. I tillegg får du oversikt over kolesterolanalyser og HbA1c-verdier hos dine pasienter med type 2-diabetes.

Eksempler fra rapporten

Figuren med datasett fra 430 allmennleger som så langt har sendt inn journaldata, viser at spredningen er betydelig når det gjelder hvor ofte fastlegen rekvirerer en laboratorieprøve. Gjennomsnitt (og median) viser at det blir rekvirert laboratorieprøver i ca. 43 prosent av konsultasjonene. Ti- og

90-prosentil er på henholdsvis 33 og 55 prosent. Det vil si at 20 prosent av fastlegene rekvirerer enten sjeldnere eller hyppigere enn dette. Slike forskjeller kan ha kliniske konsekvenser og innebærer ulik bruk av helsesekretærene i praksisen.

Tabellen viser forskjeller i laboratoriebruk i en tilfeldig utvalgt tre-legepraksis for noen analyser i løpet av et praksisår (den fullstendige tabellen i rapporten inneholder 38 analyser). Lege «Erik» rekvirerer CRP i 23,4 prosent av konsultasjonene, mens «Anne» rekvirerer CRP i 10,9 prosent. For SR er forskjellen enda større, men alle legene ligger innenfor 10–90 prosentilen, altså forskjellen mellom de 10 prosent av legene som rekvirerer minst og de 10 prosent av legene som rekvirerer mest av analysen. Sam-rekvirering av analyser er også ulik: «David» og «Erik» rekvirerer TSH og fritt T4 omtrent like ofte, mens «Anne» rekvirerer TSH en del oftere enn fritt T4.

Slik kan du, sammen med kollegaer i smågruppen eller på legekontoet, gå gjennom analyse for analyse, bruke elektroniske kilder for å grunngi analysebruken (eksempelvis *Nasjonal brukerhåndbok i me-*

disinsk biokjemi og *Norsk elektronisk legehåndbok*) og diskutere i hvilken grad laboratoriebruken er faglig velbegrunnet, og om det tas for mange eller for få prøver. Har dette konsekvenser for rutineene på legekontoet og ressursbruken? Til hjelp under gjennomgangen er det laget et sett med problemstillinger og spørsmål til hver del av rapporten. For ordens skyld – ved bearbeidingen er dataene anonymisert, og kobles bare til legekontoets adresse i forbindelse med utsendelse av rapportene.

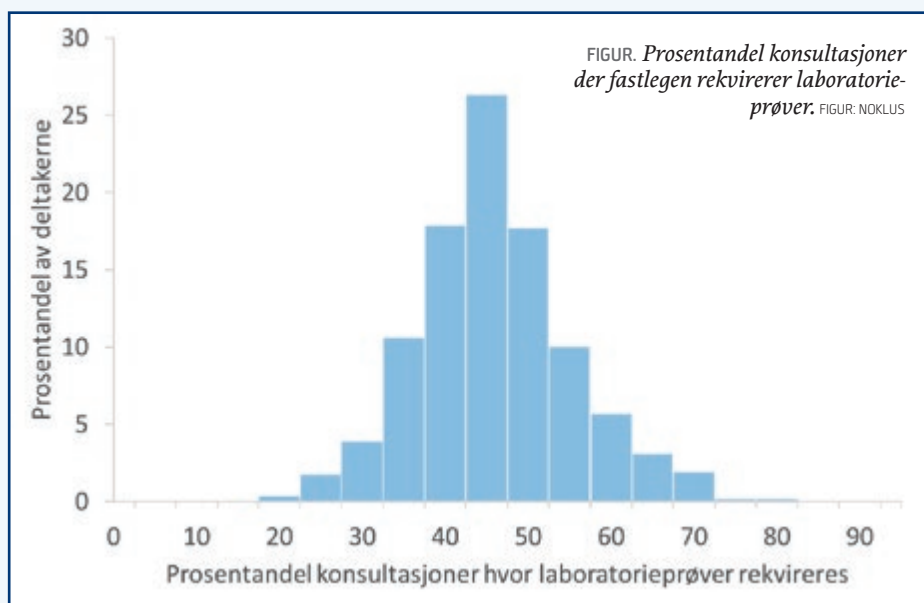
Gjennomgang av rapporten i smågruppen vil gi tre til fire kurspoeng, som inkluderer tid til forberedelse og selve gruppearbeidet. Men rapporten er kanskje vel så nyttig som diskusjonstema på legekontoet, gjerne sammen med medarbeiderne. Da vil alle deltakerne få kurspoeng, ettersom det nå er åpnet opp for at kvalitetsarbeid i egen praksis også er meritterende.

Hvordan melde seg på Noklus Praksisprofil

Du kan melde deg, legekontoet eller smågruppen på dette opplegget ved å ta kontakt på noklus@noklus.no med «praksisprofil» i emnefeltet. Litt mer informasjon får du på www.noklus.no, der du også kan laste ned programvaren for datauttrekk og et (foreløpig papirbasert) deltakerskjema.

Installasjon og datafangst gjøres i løpet av fire til fem minutter enten av deg eller din medarbeider, og dataene sendes (anonymisert og kryptert) over Norsk Helsenett til Noklus, like enkelt som du sender en elektronisk henvisning. I løpet av to til tre uker får du rapporten tilbake som vedlegg til epost eller i papirformat. Legekonto eller grupper kan i tillegg også få en grupperapport, som eksemplifisert i tabellen. Inntil videre er dette et gratis tilbud fra Noklus til allmennlegene – hvorfor ikke benytte seg av det?

■ GEIR.THUE@UIB.NO
■ LINE.AGLEDAL@NOKLUS.NO
■ WENCHE.BJELKAROY@NOKLUS.NO



NORDISK KONGRESS PÅ ISLAND

Med blick på kjerneinnhold

■ KRISTINA RIIS IDEN • Fastlege i Stavanger og medlem av Utpostens redaksjon

– Å forholde seg til usikkerhet er selve kjernen i allmennmedisin, sa professor Guri Rørtveit under sitt hovedinnlegg på avslutningsdagen av den 20. nordiske kongress i allmennmedisin.

Den norske allmennmedisinprofessoren var en av flere internasjonale gjester som holdt hovedinnlegg – eller «key note speeches» – under den nordiske kongressen i allmennmedisin, som gikk av stabelen 14.–16. juni ved Harpa konsert- og kongressenter i Reykjavik.

Kongressenteret ligger vakkert til i vannkanten av den islandske hovedstaden – og øyas vulkanske landskap har inspirert arkitekter til å skape Harpas imponerende stålkonstruksjonsfasader med rombeformete glassflater i varierende fargenyanser. Og vulkansk terminologi gikk igjen i kongressens motto, *From the Core*, med undertittelen *Changes and Challenges in Primary Care*.

Variert program, folksom opplevelse

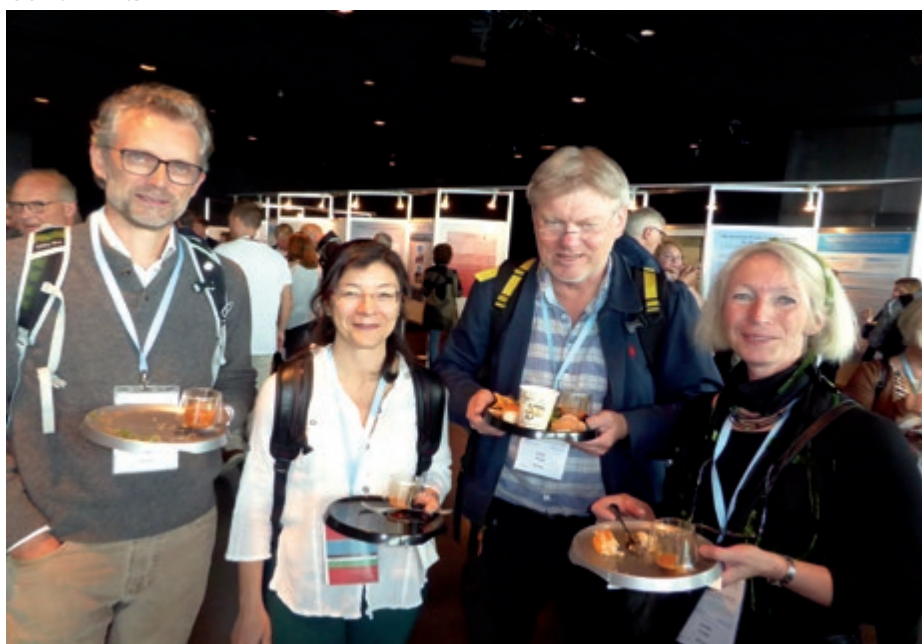
Blant de 1450 deltakerne fra 27 land hadde mange norske allmennleger funnet veien til Island. Nytt av året er at spesialistkandidater i allmennmedisin kan søke Fond II for deltakelse på kongresser og kurs i utlandet – og det var således gledelig å se flere unge, norske allmennleger i folkevrilmelen. Mye skal skje i løpet av to travle dager, så her gjelder det for den enkelte deltaker å planlegge godt for å rekke det neste symposiet eller workshop man har sett seg ut. Da kom kongressens app godt med. Kongressen var helt papirløs, all nødvendig informasjon fant deltakerne via appen.

I løpet av de to dagene i Harpa krydde det av leger som nærmest løp fra den ene presentasjonen til den annen. Det ble endeløse køer for å få kaffe og lunsj, når så mange skulle serveres i løpet av en time. Noen av møterommene var alt for små, vi satt på



Guri Rørtveit holder sin keynote om allmennmedisinens kjerneoppgaver. FOTO: KIRSTI MALTERUD

God stemning i lunchen. Fra venstre: Torgeir Gilje Lid, Esperanza Diaz, Peter Prydz, Anette Fosse
FOTO: KIRSTI MALTERUD



det i allmennmedisin



Harpa sine vakre, vulkaninspirerte fasade. FOTO: KRISTINA RIIS IDEN

golv i lokaler som knapt hadde mer oksygen igjen. Her kunne arrangørene planlagt bedre.

Kongressen bestod av så mye mer enn symposier, workshops, posterpresentasjoner og muntlig presentasjoner. Det var god anledning til å treffe andre kolleger, både tidligere kjente og nye bekjentskap. I en lunsjpause snakket jeg med en ung allmennlege fra Libanon som var med på konferansen. Hun fortalte om sin opple-

velse av å være én av 120 allmennleger i et land med en million syriske flyktninger og 450 000 palestinske flyktninger. Slike enkeltmøter er verdifulle og gir ekstra påfyll.

Arrangørene vet at det sosiale er viktig, så det var rikelig anledning til å være med på mingling i kunstmuseum, hvalsafari, konsert og ikke minst festmiddagen, hvor vi spiste og danset i Harpa i den lyse islandske sommernatten.

Keynote-innlegg til ettertanke

Sentralt i Harpa, som en rød, vulkansk kjerne, ligger konsertsalen Eldborg, som kan gjeste 1800 gjester. Her ble kongressens «perler», keynotes, og de seremonielle og høytidelige åpnings- og avslutningsseremonier holdt.

Britiske Margaret McCartney snakket i sin keynote om overdiagnostikk og overbehandling, om pasientene som har blitt helseforbrukere og legene helsekremmere. Amerikanske Gilbert Welch vektla helse i sin keynote *less medicine, more health*. Fra Aarhus universitet fortalte Peter Vedsted om hvor viktig allmennlegen er for effektivt pasientforløp fra de første kreftsymptomene oppstår til kreftbehandling i annenlinjetjenesten. Forskingen fra Aarhus var viktig premissleverandør for det danske kreftpakkeforløpet. Erfaringene fra Danmark inspirerte norske politikere og den danske modellen ble videreutviklet for norske forhold til vårt pakkeforløp for kreft.

Martin Marshalls fra Storbritannia valgte å se inn i framtiden i sin keynote. Han reflekterte over generalisten i et stadig mer spesialisert helsevesen. Samfunnet har blitt mer teknisk, alt skal skje hurtig, mellommenneskelige interaksjoner er mer overflattisk. Det legges mer vekt på tilgjengelighet, valgmuligheter og kortest mulig ventetid. I dette uoversiktlige landskapet kan allmennlegen spille en sentral rolle, hevdet Marshall.

Tankevekkende var Guri Rørtveits keynote med tittelen *Uncertainty – at the core of general practice*. Hun tok for seg usikkerheten i medisinske spørsmål allmennlegene må forholde seg til i møtet med pasientene – og usikkerheten i mange samfunnsmedisinske spørsmål myndighetene forholder seg til. Rørtveit tok utgangspunkt i spørsmål knyttet til vaksiner mot meslinger (MMR) og influensavaksinen mot pandemien:

Meslinger er meget smittosomt, med potensielle svært alvorlige komplikasjoner som hjernehinnebetennelse og død. Etter at MMR ble tatt i bruk i barnevaksinasjonsprogrammet, har insidensen av meslinger



Under avslutningsseremonien ble vi oppmuntret til taktfast klapping etter inspirasjon fra det islandske landslaget. FOTO: KNUT-ARNE WENAAS

sunket drastisk. Men var MMR-vaksinen trygg? I en forskningsartikkel i *Lancet* i 1998 ble det hevdet at det var en mulig assosiasjon mellom MMR-vaksinen og autisme. Dette fikk stor oppmerksomhet og vaksineskeptikere fikk god drahjelp. Vaksinasjonsdekningen av meslinger gikk ned som følge av dette. Flere år etterpå ble artikkelforfatteren avslørt i forskningsjuks og artikkelen ble trukket tilbake i 2010. Men skaden var skjedd. MMR-vaksinen er fremdeles beheftet med skepsis hos noen foreldre og de siste årene har vi sett lokale meslingutbrudd i flere land.

I 2009 varslet internasjonale helsemyndigheter om influensapandemi. Myndighetene måtte i løpet av kort tid avgjøre om man skulle massevaksinere befolkningen. Imidlertid visste ikke helsemyndighetene hvor alvorlig pandemien ville bli, å organisere vaksinering av hele befolkningen ville kreve store ressurser, og sist, men ikke minst, helsemyndighetene måtte bestemme seg raskt. Det ble besluttet at hele befolkningen skulle tilbys og oppmuntres til vaksinering. Det innebar at lokale og nasjonale helsemyndigheter måtte organisere tiltaket på kort tid, det ble kostbart og massevaksinasjonen skapte usikkerhet og redsel i befolkningen.

I ettertid vet vi at pandemien ikke ble så alvorlig som man først forventet. De som ble mest syke og døde av influensa, var ikke i den risikogruppen man trodde initialt. I ettertid har det også vist seg at pandemivaksinen kan assosieres med narkolepsi.

– Dette er postnormal vitenskap, sa Rørtveit i sitt innlegg: – *Facts are uncertain.*

Stakes are high. Values are in disputes. Decisions are urgent.

Hun avsluttet sitt glitrende foredrag med følgende råd: Vær åpen om det usikre. Det vil gi deg større troverdighet.

Allmennmedisin i endring

Som siste hovedtalere snakket en far og en sønn – Pétur Pétursson og Hálfdrán Pétursson – om *the past, the present and the future of general practice*. Far, Pétur Pétursson, var personlig i sitt innlegg og fortalte mye om seg selv. Han hadde sin oppvekst nord på Island. Som ung hjalp han med å samle sauene om høsten. Når han for noen år siden igjen tok opp sauesanking om høsten, opplevde han at mye var annerledes og at hans tidligere ferdigheter ikke lengre holdt mål. Det var nytt utstyr, nye innsankningsmetoder, flere hester, sauene var ikke redde for hundene og sauene lystret ham ikke. – Og vi leger har opplevd det på samme måte med pasientene, sa Pétur Pétursson: – De adlyder oss ikke lengre, de går der de vil.

– Akkurat som man ikke kan skylde på sauene for tidene som endrer seg, kan man heller ikke skylde på pasientene for de nye tidene. Vi må alle tilpasse oss de nye tidene, både sauegjeterne og leger, formante Pétursson

Kongressen ble avsluttet med vakker sang i Harpas røde kjerne. To travle, innholdsrike og lærerike dager i vulkanske omgivelser var til ende. Neste nordiske kongress skal foregå i Ålborg i flate og myke Danmark. Jeg gleder meg allerede.

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

Kjære arbeidsgivere, jeg har noe på hjertet

I år er det 23 år siden tittelen «legesekretær» ble endret til «helsesekretær». Men fortsatt både ser og hører vi at yrkesgruppen omtales feil, og at leger bruker den gamle tittelen legesekretær både i tiltale og omtale. Og vi ser det i stillingsannonser og på legesenterets nettsider. Er det slurv eller uvitenhet?

Og hvorfor er det slik at en helsesekretær ofte kalles for en sekretær? Er det også slurv? Eller uvitenhet? Eller er det fordi at det også kan være ansatt en «medisinsk sekretær» og at man sier «sekretæren» for å unngå å si noe feil?

Ofta hører vi leger som sier «snakk med sekretæren» eller «ta blodprøven hos sekretæren». Men jeg har til gode å høre at noen sier «henvend deg til pleieren» når de mener sykepleieren. Kjært barn har mange navn, men man kaller ikke «sykepleieren» en «pleier», eller «fysioterapeuten» for en «terapeut». En helsesekretær skal heller ikke omtales som en sekretær.

Så vær med på en landsomfattende dugnad slik at vi får ryddet opp i dette. Det handler om vårt fag, vår yrkes stolthet og legesenterets omdømme.

Vennlig hilsen
GRO BENGTSØN
Leder Helsesekretærforbundet i Delta

PS.: En liten ting til:

For å sikre rekruttering til yrket er vi avhengig av at det tilbys hele stillinger. Tiden er inne for å rydde opp i dette. Jeg er klar over at mange legesentre synes det er praktisk å ha flere deltidsansatte fordi man lettere kan dekke hverandre opp ved sykdom osv. Men det er få helsesekretærer som ønsker redusert stilling. Resultatet blir ofte at man må ha flere arbeidsforhold. Det igjen betyr utfordringer med arbeidstid og ferieavvikling, noe som skaper problemer for alle.

Den 7. mars 2017 ble frittstående dialogmeldinger tatt i bruk i Helse Vest og hos fastleger.

Frittstående dialogmelding er et verktøy for koordinering og samordning i et pasientforløp, og har til hensikt å erstatte telefoner og brev.

Det er et sterkt ønske i helsesektoren om å kunne ha en sikker, elektronisk dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten – i tillegg til epikrise og henvisning.

Frittstående dialogmelding er direkte dialog mellom behandler i helseforetaket og fastlege i spørsmål knyttet til medisinsk utredning og behandling av navngitt pasient.

All bruk av dialogmelding blir journalført. Alle mottatte forespørsler og svar blir arkivert i journalsystemet på den enkelte pasient i foretaket og hos fastlegen. Dialogmelding brukes til å ivareta behov for kommunikasjon som ikke er dekket under spesifiserte innholdsstandards som epikrise, henvisning, og laboratorievar.

I 2015 ble det gjennomført pilot med to avdelinger i Helse Bergen, Haraldsplass Diakonale Sykehus og 16 legekantor som hadde Infodoc plenario som journalsystem. Etter avsluttet pilot var erfaringen at bruk av frittstående dialogmelding var sterkt ønsket videreført av både leger i foretak og fastleger.

Oppsummering av erfaringer med pilot

- Oversende svar på prøver og undersøkelser som samarbeidspartner ikke har fått eller som sykehuset har bedt om utføres før poliklinisk time eller innleggelse. På denne måten spares konsultasjoner, man unngår dobbeltundersøkelser, unødige reiser t/r og utredning og behandling går raskere.
- Fastlege ber om råd fra spesialist i pasientens sak og tar det videre medisinske ansvaret uten henvisning. Flere saker blir i 1. linjen.
- Klinikere i 1. og 2. linje blir enige om arbeidsfordeling i utredning og behandling av felles pasient.
- Uklarheter og mangler ved henvisninger og epikriser oppklares ved at mottaker ber om ytterligere nødvendige opplysninger eller forklaringer.
- Ettersende opplysninger som ikke var tilgjengelig da epikrise eller henvisning ble sendt.
- Purring i pasientsaker der henviser opplever at håndtering av pasienten går for tregt eller hvor hastegrad må oppgraderes.

Tidligere misbruk av henvisningsmelding til dette formål reduseres.

- Avtale tverrfaglige møter mellom 1. og 2. linje for en navngitt pasient.
 - Spørre om hvor pasient skal henvises og eventuelt hvilken paragraf som skal brukes eks. grensegang psykiatri – rus.
- Etter gjennomført pilot satt fastleger og sykehusleger seg ned og sammen utarbeidet man felles retningslinjer for bruk av frittstående dialogmeldinger:

Retningsline for bruk av dialogmelding:

- Ikke bruk dialogmelding i ØH-sammenheng.
- Skriv korte og klart formulerte dialogmeldinger.
- Sendte og mottatte dialogmeldinger må følges opp, og forventet svartid er innen 3–5 arbeidsdager.
- Tilleggsinformasjon kan sendes som dialogmelding ved henvisning. Dersom opplysningene kan endre prioritet eller føre til nye tiltak, må dette komme helt klart frem av teksten. Det er ikke mulig å sende vedlegg med dialogmeldingene.
- Ved behov for generell veiledning, bruk andre kanaler enn dialogmeldinger. Skal ikke brukes til lengre faglige utredninger.

Dialogmeldinger er et av journaldokumentene som er tilgjengelig for pasienten på Helsenorge.no

Dialogmeldinger mellom fastlege og behandler i sykehus har vært i bruk siden 7. mars 2017.

I Helse Bergen er tallet på antall meldinger, fra start og fram til 26. mai 2017, 1058 innkommende dialogmeldinger og 789 utgående dialogmeldinger.

Fastleger med journalsystemene CGM Allmenn, System X, og Infodoc plenario, og som har avtale med Helse Vest, kan ta i bruk dialogmeldinger. Alle foretak i Helse Vest inklusive private og ideelle sykehus som Helse Vest har avtale med er koblet opp til ordningen.

HARALD HAUGE
Leder av praksis-
konsulentordningen
Haukeland Universitetssykehus, Helse-Bergen

GUNN ANITA SKJULHAUG
Rådgiver FOU,
e-helse-seksjonen
Helse-Bergen

ALLFORSK

– allmennmedisinsk forskningsnettverk

■ OLAV THORSEN • PhD, fastlege og forsker ved Stavanger universitetssykehus, Helse Stavanger HF

ALLFORSK er navnet på nettverket av allmennleger som er interessert i, og driver med forskning i Rogaland.

John Nessa, Hjelmeland var den første allmennlegen i Rogaland som tok en doktorgrad. Høsten 2010 tok Svein Kjosavik initiativet til å etablere en allmennmedisinsk forskergruppe i Stavanger. Denne gruppen har hatt en uformell tilknytning til det allmennmedisinske forskningsmiljøet i Bergen, siden de fleste har hatt prosjekter med

tilknytning eller veiledning enten til Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen eller Allmennmedisinsk Forskningsenhet (AFE) ved Uni Helse. Forskningsprosjektene har variert fra depresjon og medisinbruk hos eldre (Kristina Iden), alkoholproblemer (Torgeir Gilje Lid), bruk av psykotrope medisiner (Svein Kjosavik) til muskelfiber hos rotter (Morten Munkvik) og henvisninger (Olav Thorsen).

En viktig oppgave siden starten har vært å arrangere det obligatoriske forskningskurset (grunnkurs D) for leger som er i spesialistutdanning innenfor allmennmedi-

sin – på vegne av Rogaland legeforening. Lokalforeningen har aktivt støttet Allforsk økonomisk og praktisk. Det arrangeres regelmessige møter på Forsknings Hus ved SUS der faglige problemstillinger drøftes. Både Torgeir Gilje Lid, Svein Kjosavik og Olav Thorsen har nå stillinger ved SUS som forskere. Det er knyttet et tyvetalls leger til nettverket, hvorav en håndfull utgjør en aktiv kjerne. Blant allmennlegene i sørfylket er det nå åtte med fullført doktorgrad, og flere er i gang med prosjekter som i løpet av de nærmeste årene vil resultere i doktorgrader.

Mens Allforsk har engasjert leger i sør-

Ny giv for Stavanger: Når Nordisk kongress arrangeres i 2021, skal bl.a. Stavanger konserthus være møtearena.



nettverk i Rogaland

fylket, er det fra mai 2017 i tillegg etablert et parallelt nettverk (Primforsk) i nordfylket og Sunnhordland. Dette nettverket vil legge noe mer vekt på samfunnsmedisinske problemstillinger.

Fra høsten 2017 vil fire av allmennlegene med doktorgrad bli knyttet til Universitetet i Stavanger som 1.-amanuenser (20 prosentstillinger). Dette vil utvilsomt styrke allmennmedisinen ved UiS. Ved Høgskulen på

Svein Kjosavik og Olav Thorsen mottar Region Stavangers Ambassadørpris for 2017 for å ha fått Nordisk kongress 2021 til Stavanger.



Nye og erfarne «allforskere» møtes en gang i måneden.

Vestlandet har man i Stord/Haugesund i en årrekke hatt et nært samarbeid om faglige utviklingsoppgaver med kommunene og helseforetaket gjennom FOUSAM. Styrken ved dette er det tette samarbeidet mellom høgskolen, foretaket og kommunene om utviklingsprosjekter. Svakheten er at det ikke er særlig mye forskning som blir gjennomført der. Men dette antas å bli betydelig styrket etter fusjonen mellom tre høgskoler på Vestlandet nå i 2017.

Det har vært en økende interesse for forskning forankret i kommunene både i nord- og sørfylket. Stavanger kommune har for tiden to doktorgradsstipendiater med helse-relaterte tema. Dette kan utvides betydelig ved at også andre kommuner benytter seg av den offentlige phd-ordningen til Norges forskningsråd. Under samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene er det egne avtaler om forskningssamarbeid som kan danne den formelle plattformen for å styrke arbeidet på dette området.

Masterstudium i klinisk medisin

Allforskere Geir Sverre Braut, Svein Kjosavik og Olav Thorsen er sentrale i arbeidet med planene om å få på plass et masterstudium i medisin for å utdanne leger ved Universitetet i Stavanger. Dette arbeidet er kommet godt i gang, med stor vekt på allmenn- og samfunnsmedisin (se egen artikkel s. 32).

Nordisk kongress 2021

Under Nordisk kongress i allmennmedisin i Tampere i 2013 lanserte vi ideen å arrangere den neste nordiske kongressen i Norge i 2021. Dette ble godkjent av NFA høsten 2016, og forberedelsene er godt i gang. Nordisk kongress i allmennmedisin i 2021 blir altså arrangert i Stavanger, og arrangementskomitéen satser på at dette skal bli «the best nordic congress – ever!». Åpningsen vil bli i Stavanger Konserthus.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Forskningsnettverk i primærhelsetjenesten er snart oppe og går!

Prosjektet «Forskningsnettverk for primærhelsetjenesten» har fått tilslag fra Forskningsrådet i knallhard konkurranse. Dette vil gjøre forskning i primærhelsetjenesten mer forutsigbar for både klinikere og forskere.

Hver dag er mange pasienter innom fastlegen sin. Fastlegen er spesielt viktig for pasienter med kroniske lidelser som KOLS, diabetes, kreft og psykisk sykdom. På tross av mye forskning på slike pasienter i spesialisthelsetjenesten, har det vært lite forskning på disse pasientene i primærhelsetjenesten. Generelt har det vært bekymringsfullt lite forskning på innhold og utvikling av fastlegetjenesten. I spesialisthelsetjenesten er forskning som regel en integrert del av den kliniske virksomheten. I primærhelsetjenesten må forskeren rigge opp sitt nettverk av klinikere hver gang han skal gjennomføre forskningen. I en allerede travelt hverdag på fastlegekontoret, kommer et forskningsprosjekt på toppen av det ordinære arbeidet – og det er ikke alltid det blir positivt mottatt.

Inntil nå. For nå skal Forskningsnettverk for primærhelsetjenesten med solid finansiering (50 millioner kroner) fra Forskningsrådet, rulles ut til et utvalg fastleger i alle landets fire regioner – og til et nettverk for forskning. Deltakelse i forskningsnettverket skal kompenseres noe økonomisk, og man får garanti for at prosjektene har alle tillatelser på plass og at de er relevante for allmennpraksis. Prosjektet starter rundt nyttår og rekruttering av praksiser vil bli gjennomført i løpet av 2018.

– Dette er gode nyheter for alle. Forskeren får bedre tilgang til fastlegene, fastlegene får mer forutsigbarhet, kontakten opprettholdes med god hjelp av forskningssekretærer og en avansert IT-plattform binder alt sammen, sier prosjektleder Guri Rørtveit som er professor ved Universitetet i Bergen og forsker ved Uni Research Helse. Hun opplyser at prosjektet er et samarbeid mellom alle de allmennmedisinske forskningsmiljøene i Norge, med Universitetet i Bergen som koordinator.

UIB/UTPOSTENS REDAKSJON



Malin Eberhard-Gran
Spørreskjema som metode for helsefagene

64s. ill.
Universitetsforlaget 2017. Oslo:
Pris NOK 199
ISBN 978-82-15-02490-5

Forske? Jeg? Ja, hvorfor ikke? Mange leger i kommunehelsetjenesten har nok tenkt tanken, men så slått den fra seg. Det virker altfor krevende – jeg har jo ikke tid til det – og hvordan i all verden skulle jeg komme i gang i tilfelle?

Mange spørsmål surrer rundt i hodet når først ideen til å undersøke nærmere et eller flere forhold vi møter i allmenn praksis. Det foreligger hyllemeter med litteratur om forskning, enten en velger å gå en kvalitativ vei eller å gå såkalt kvantitativt til verks. Uansett metodevalg så gjelder det å finne en inngangsport som kjennes overkommelig. Men hvor finner jeg den?

I boken «Spørreskjema som metode» har samfunnsmedisiner og professor i klinisk epidemiologi Malin Eberhard-Gran gitt oss en perle av en introduksjon til temaet kvantitativ forskning. Humoristiske illustrasjoner, pedagogisk og logisk presentasjon av de viktigste begrepene en møter i forskningsfeltet og praktiske råd om muligheter og begrensninger ved utvikling og bruk av spørreskjemaer. Og ikke minst vesentlig: hvilke fallgruver en som (fersk) forsker bør prøve å unngå om en skal lykkes med å få noen svar på det en lurte på i utgangspunktet. Boken egner seg som en aller første introduksjon til det kvantitative forskningsfeltet, enten en velger denne veien eller ser at en kvalitativ tilnærming vil være mer hensiktsmessig for ens egne spørsmålsstillinger.

Også som medisinstudent ville jeg nok blitt svært glad om jeg fikk tak i en bok som denne. Inspirerende og opplysende, kortfattet – og overkommelig i pris.

ELI BERG
Tidligere allmennpraktiker
nå 1.am.emeritus UiO

Er alle fastleger

JEG ER FASTLEGE og en nyttig idiot.

Fastleger og styret i Allmennlegeforeningen er nyttige idioter.

Eller har vi bare blitt lurt?

Jeg valgte allmennmedisin fordi faget er spennende. Fordi det er utfordrende og variert. Fordi jeg trodde jeg selv kunne bestemme. Fordi jeg kunne gjøre en forskjell. Fordi jeg ville bidra til gode, langvarige og kontinuerlige lege-pasient-forhold.

DET VAR SPENNENDE. Det er spennende.

MEN – det har forandret seg mye siden jeg startet. Fastlegejobben omfatter mer og mer.

Vi blir overlesset. Vi får stadig nye tidkrevende oppgaver vi må utføre, stadig nye retningslinjer vi må sette oss inn i, og stadig høyere forventninger vi må innfri.

De aller fleste pasientene forstår. De klarer å kommunisere. De tar imot råd. De lar seg behandle. De blir bedre. De er fornøyde. De gjør at jobben vår ofte kjennes tilfredsstillende.

Men, vi sitter også med stadig flere enkeltkompliserte, dobbeltkompliserte og trippelkompliserte pasienter. De har blant annet uforklarlige smerter, uforklarlig slitenhet samt komplisert psykiatri og rus – enten en av, to av, eller tre av problemstillingene.

VI STARTER UTREDNING og behandling. Sammen kommer vi ofte videre og tidvis helt i mål.

Men, det er ikke sjelden at det stopper opp langt fra mål. Pasientene blir frustrerte. Vi blir frustrerte.

Vi henviser kanskje til revmatolog. Som svar får vi ofte at det ikke er tegn til revmatologisk sykdom, videre oppfølging hos fastlege.

Vi henviser kanskje til nevrolog. Som svar får vi ofte at det ikke er tegn til nevrologisk sykdom, videre oppfølging hos fastlege.

Vi henviser kanskje til smerteklinikk. Som svar får vi ofte at det er gjort noen forsøk, som ikke har ført frem, videre oppfølging hos fastlege.

Vi henviser kanskje til DPS. Som svar får vi ofte at pasienten ikke klarer å nyttiggjøre seg behandlingen. Men, pasienten er

ikke så dårlig at det er snakk om tvangsbehandling. Videre oppfølging hos fastlege.

Vi henviser til ruspoliklinikk. Det samme skjer.

Vi må lese epikrisene med argusøyne for ikke å miste noen av sekretæroppgavene vi får beskjed om å gjøre. Dette har jo ikke de andre spesialistene tid til.

Vi trekker de korte stråene og fyrstikkene uten hoder.

De andre spesialistene kan returnere dem, både de korte stråene og fyrstikkene uten hoder. Returnere til hvem? Til hvor? – Til fastlegen, som alltid må ta dem tilbake.

Dette krever store ressurser og vi har til slutt ikke andre å støtte oss på.

Vi kan velge å være avvisende slik at disse pasientene bytter fastlege, men er samfunnet tjent med det?

SAMHANDLINGSREFORMEN: Vi var nysgjerrige. Vi var positive. Klart vi så nytten av at pasientene raskt skulle ut fra sykehuset og tilbake til primærhelsetjenesten for å spare liggedøgn og penger. Klart vi så nytten av flere NAV-erklæringer og NAV-møter for å redusere sykefraværet – selv om vi ser begrensninger når hverken arbeidsgiver eller pasient har økonomiske insentiver...

Klart vi så nytten av at vi som fastleger skulle ha mer ansvar for vanskelige førerkortsaker slik at fylkeslegen kunne nedbemanne og spare penger.

Klart vi måtte oppbemanne på sekretærsiden for å imøtekomme ønsket om kortere ventetid på telefonen ved legekontorene.

Klart vi måtte investere tid og penger i dyre og dårlige dataløsninger for kommunikasjon med ulike samhandlere.

Klart vi måtte kartlegge vår praksis for å se hvordan vi kan avlaste legevakten.

Klart vi måtte bruke mer tid på journal-skriving grunnet økt fokus på dokumentasjon.

Klart vi måtte begynne å ta glukosebelastning hos 70–80 prosent av de gravide på grunn av nye retningslinjer. Sykehuse- ne har jo ikke kapasitet.

Klart vi må sette opp regelmessige konsultasjoner for tunge psykiatrispasienter som er utredet, DPS har jo ikke kapasitet til videre samtaler.

idioter?

KLART, KLART, KLART, ... Klart vi forsøkte og forsøker å tilpasse oss så godt vi kan – for vi vil jo det beste for pasientene våre!

HVA HAR VI FÅTT IGJEN? Mer jobb og mer ansvar. Vi må jobbe enda mer eller redusere listene – for mange av oss begge deler. Ellers når vi ikke over alt. Resultatet er mer jobb og mindre penger.

Legene ved klinikken hvor jeg jobber har en lønnsstige. Den går nedover.

Jeg har venner. Både leger og ikke leger. Deres lønnsstiger går oppover.

For å nå over alle nye krav, alle nye oppgaver samt gi en forsvarlig oppfølging har mange fastleger måttet redusere antall pasienter på listene. Jeg har redusert min liste fra 1200 til 1050 pasienter. 1050 pasienter innebærer et fast tilskudd, eller «basistilskudd», på 37 000 pr. måned. Dette dekker cirka halvparten av mine faste månedlige utgifter til husleie, personalkostnader, datalisenser og materiell som er på 75 000.

Jeg har flere venner som er spesialister. Jeg tenker ikke på spesialister i allmennmedisin, jeg tenker på «ordentlige spesialister». Mange av dem får høyeste sats fast tilskudd eller «driftstilskudd» som er 107 000 pr. måned. Om vi sammenligner tallene er forskjellen på tilskuddene 70 000. Ikke 70 000 kroner pr. år, men 70 000 kroner pr. måned!

SKULLE BARE MANGLE

at ikke de «ordentlige spesialistene» i tillegg har betydelig høyere egenandeler og refusjoner!

Hvordan kunne dette skje? Hvem kunne la dette skje?

Jeg? De andre fastlegene?

ALU-styret?

Styret i Allmenn-

legeforeningen?

De sitter på

toppen og burde

ha et overordnet

ansvar. Følger de

med? Vet de hva som

skjer? Har vi fortalt dem hva som

skjer slik at

de er klarover det? Hvorfor klarer ikke de å ta tak slik som Praktiserende Spesialisters Landsforening gjør? Er det fordi vi 4700 allmennleger er så mange at det blir for dyrt å øke tilskuddene i tråd med endring av øvrige betingelser?

MIN ELDSTE DATTER er snart 17 år. Hun har gode karakterer. Hun vurderer medisinstudiet. Jeg kan ikke bestemme over henne. Om det ender med medisinstudiet håper jeg for Guds skyld at hun ikke går i mine fotspor og velger allmennmedisin!

Jeg og mange andre er oppriktig bekymret for rekrutteringen til faget. Hvem har mulighet til å etablere seg med de kostnadene det innebærer? Hvem, med fornuften i behold og riktig informasjon, vil vel gå inn i dette?

JEG ER SLITEN. Jeg er lei. Hvor lenge gidder jeg dette? Har jeg noe alternativ? Jeg har passert 45 – er det for sent? Er jeg fanget i den situasjonen jeg har havnet i?

Hva kan jeg gjøre? Jeg har så mye å gjøre på jobb at jeg knapt finner tid til å tenke. Politisk arbeid og flere møter har jeg i hvert fall ikke tid til. Jeg var med i styret i allmennlegeutvalget i tre år. Det var ok, men frister ikke til gjentakelse.

At det ikke frister til gjentakelse kan jeg ikke si. For, de som går ut av styret har nemlig som oppgave å skaffe nye medlemmer de neste to årene. Om man sier det som det er blir denne nesten umulige oppgaven helt umulig. Jeg kan heller ikke informere om at styrevervet etterfølges av to år i valgkomiteen. Kanskje det gjør at de som først har sagt ja ender med å trekke seg? Det får heller være en gledelig overraskelse – slik det var for meg.

Hva slags skriv er dette?

Opprinnelig var det et innlegg til årsmøtet i allmennlegeutvalget. Mens jeg skrev innlegget ba jeg datteren min om å lese det. Hun som ikke bør bli allmennlege. Spørsmålet mitt var om jeg kunne kalle det et kåseri.

«Det er det IKKE», sa hun.

«Det har for mange personlige meninger», jeg kan vel ikke nekte for det.

«Dessuten, det viktigste, det er IKKE morsomt!»

Jeg forstår – det er ikke et kåseri. Jeg har kalt det et innlegg, da er det vel ikke så mange regler.

Hovedpoenget mitt er:

Fastlegenes betingelser blir stadig dårligere. Vi må ta dette på alvor. Ikke finne oss i alt.

Vi må stoppe opp. Tenke oss om. Engasjere oss. Enes om mål og betingelser vi kan leve med, slik at ikke også vi som har jobbet mange år som fastleger ser oss nødt til å «slå opp med allmennpraksis». Om det ikke skjer en vesentlig bedring er jeg helt sikker på at en opprinnelig god fastlegeordning vil bli en dårlig ordning. Først med stadig eldre fastleger. Så uten fastleger.

OLE BØ

(en egentlig munter og fornøyd fastlege samt tidligere styremedlem i allmennlegeutvalget)



En leges erfaring med forskrivning av vanedannende legemidler

Kjære kollegaer og allmennleger,

I løpet av syv år som allmennlege har jeg fått en håndfull av klage-/tilsynssaker. De fleste kommer fra legevaksarbeid da jeg var fersk og uerfaren. Jeg har hatt til sammen to tilsynssaker fra egen fastlegepraksis på dagtid i løpet disse syv årene og begge handlet om forskrivning av vanedannende medisiner (b-preparater).

Jeg vil si at jeg har lært mye av disse klage-/tilsynssakene. Jeg ønsker å skrive litt om forskrivningspraksis av vanedannende medisiner for å dele mine erfaringer og håper at det vil bidra til at unge kollegaer ikke gjør samme feil som jeg har gjort. Jeg vil takke fylkeslegene i Hedmark som har gitt meg verdifull opplæring om forskrivning av vanedannende medisiner. Det er faktisk veldig nyttig å bruke veilederen fra Helsedirektoratet.

JEG VIL NOK SI at jeg lærte måten å forskrive vanedannende medisiner på, hovedsakelig fra flinke eldre erfarne kollegaer etter at jeg begynte å jobbe som allmennlege. Det var så langt jeg kunne huske ingenting om forskrivning av vanedannende medisiner fra medisinstudiet som jeg tok i Tyskland, heller ikke noe særlig av denne problemstillingen i turnustiden, inkludert distrikturnus i allmennmedisin. Som turnuslege får man ikke behandle pasienter med avhengighet- og misbruksproblematikk. Det var mye sårn «follow the stream» og «vi bare fortsetter med det som alltid hadde fungert» blant allmennlegene med tanke på vanlig forskrivningspraksis av vanedannende medisiner. Det var sjelden et stort tema.

PÅ STUDIET LÆRTE VI veldig mye om empati, livskvalitet, pasientorientert behandling, pasientmedvirkning, osv. Disse elementene fungerer dessverre ikke så «bra» sammen når det gjelder forskrivning, behandling med og nedtrapping av vanedannende medisiner. Det som jeg har nå funnet ut er at legen er nødt til å være mer «styrende» her. Her har jeg nå lært å si til pasienter at «jeg er både snill og streng, men jeg er ikke slem». Jeg tror at dette med forskrivning av b-preparater et relativt stort «hodebry» for mange kollegaer.

ETTER DEN SISTE TILSYNSSAKEN med forskrivningen av b-preparater som jeg fikk egen fastlegepraksisen, begynte jeg å forskrive vanedannende medisiner eksakt slik som det står i veilederen fra Helsedirektoratet. Det har faktisk fungert overraskende veldig bra! Det er faktisk mulig å overtale pasienter til å slutte med b-preparater hvis man kan komme med gode argumenter, maser nok antall ganger og være både snill og streng. I de fleste tilfeller vil man møte motstand fra pasienter. Det er jo ganske logisk for mange pasienter som gjerne ønsker å beholde og fortsette med dem når disse medisinene hadde fungert hver gang år etter år og deres opplevelse av livskvalitet vil være merkbar betydelig dårligere uten dem. Jeg pleier å si til pasienter at de vil ha det mye bedre når de er ferdige med disse medisinene, men først må man jobbe hardt og gjennomgå en tøff periode med nedtrapping, seponering og avvenning fra abstinenser etter seponering. Midt i denne prosessen skal de få mulighet til å komme til meg, klage, mase og prate så ofte som de vil. Det er meget viktig å vise forståelse og gi støtte. De pasientene som yter mest motstand, som jeg ikke kommer noe vei med og det begynner å dra ut i tid i en konsultasjon, har jeg noen ganger gjort det slik at de får 3 alternativer som de kan få velge mellom: 1. skifte fastlege, 2. klage med til fylkeslegen eller 3. følge min forskrivning. De fleste faktisk velger alternativ 3.

PRAKTISKE KONKRETE EKSEMPLER og erfaringer/strategier hvordan man kan gå frem med nedtrapping og seponering:

- ❶ Eldre kvinner/menn som har stått på en Imovane/Stilnoct hver kveld i 20–30 år. Stort sett alle har klart å slutte med den etter litt fram og tilbake med «motive-rende» samtaler. Man kan ev. prøve litt Circadin, Melatonin, Atarax, Sedix, Zonit, osv. underveis. Faktisk har mange klart å slutte uten å begynne på et annet medikament, særlig de eldste.
- ❷ Pasienter med angst-/panikk lidelse som har stått på Sobril og/eller Valium/Vival i mange år. Stort sett de fleste har klart å trappe ned eller slutte helt etter noen uker. Ev. kan de få litt Atarax, Seroquel, Remeron, osv. ved behov. Bare få av dem

fra min praksis har skiftet fastlege når de ikke lenger får beholde den dosen som de «alltid» hadde fått tidligere. De fleste andre pasienter forblir selv om det har vært mange samtaler med «uenigheter».

- ❸ Pasienter som har et potensial med misbruk, roter med medisinene sine og har et generelt overforbruk av medisiner. Alle disse får hjelp av hjemmesykepleier med daglig utdeling eller de henter medisinene fra apotek daglig hvis både de og apoteker samarbeider. Disse pasienter må møte til legetimer hver gang resepter på vanedannende medisiner fornyes. Her må det også vurderes behov for urinprøver og blodprøver med tanke på potensielt andre type rusmidler og ikke minst alkohol.
- ❹ Jeg henviser pasientene som ikke klarer å trappe ned eller som har et potensial med trusler (mot legen eller selvmord) og voldelig atferd til DPS og smertepoliklinikken og bygge allianser/team med spesialisthelsetjenesten. Da står man ikke helt alene på fastlegekontoret når man alene ikke klarer ikke å trappe ned eller seponere hos en pasient som har truende eller voldelig atferd. Selv om vi må leve med den yrkesrisiko, må vi fortsatt tenke på våre kjære og familien og ta vare på vår egen sikkerhet. Jeg har en gang vært utsatt for drapstrusler og anmeldt det til politiet og pasienten ble fjernet fra min liste.
- ❺ Man har for øvrig mulighet til å overvåke egen forskrivningspraksis ved å innhente månedlig statistikk fra www.reseptregistret.no.

Her har jeg en oppfordring til sykehuslegene: Vær mer kritisk til å forskrive Imovane og Sobril under innleggelser. Ifølge Veilederen er det helst den samme legen som setter i gang behandling med vanedannende medisiner og avslutter den behandlingen. Men i virkeligheten er det nok langt flere sykehusleger som setter i gang og vi allmennleger som sitter med den «tøffere» delen av jobben ved å avslutte den behandlingen.

JEG HÅPER AT DET JEG HAR SKREVET her kan være nyttige for mange! Jeg mener at dagens system ved behandling av til-

synssaker ikke bidrar bra nok til opplæring og bedring av kvalitet på helse-tjenester. Jeg har opplevd det slik at det å motta en tilsynssak fra fylkesle-gen og de månedene som jeg venter på svar på saken i seg selv oppleves som en tung byrde og straff. Både allmenn-leger, fylkesleger, pasienter og pårø-rende er jo mennesker. Som sivilerte mennesker bør vi kunne snakke sammen og kommunisere med hver-andre og avklare uklarheter og finne ut den beste mulig sannheten. Hvor-for må alt skje på papir og tekst som aldri kan erstatte en verbal og fysisk kommunikasjon mellom mennesker. Det er jo umulig at skriftlig dokumen-tasjon i journal skal kunne beskrive 100 prosent hva som har skjedd mel-lom en lege og en pasient under en konsultasjon. Jeg ønsker at kvaliteten på saksbehandlingen av tilsynssaker bedres, slik at det ikke skal oppleves som en straff hvis en lege faktisk ikke hadde gjort noe feil.

Man skal selvfølgelig ikke være redd for tilsynssaker. Tilsyn er nødvendig for å sikre kvaliteten på tjenester. Det aller viktigste med tilsynssaker er å lære noe av det. Jeg pleier å dele mine tilsynssaker med kollegaene mine. På den ene siden opplever jeg det som en lettelse når jeg får forståelse og støtte fra kollegaer som jobber med de tinge-ne. På en annen side så kan kollegaene lære av mine feil, slik at de ikke behø-ver å gjøre de samme feilene.

INGEN LEGE ER UTLÆRT og det er ingen lege som kan alt. Konstant livs-lang læring og gjensidige læring er nøkkelen til å bli en bedre og flinkere lege. Som leger bruker man sine erfa-ringer og kunnskap til å være mest presise ved diagnostikk og gi best mul-ig behandling til pasienter. Jeg mener at vi leger må en kultur hvor vi kan åpent dele våre erfaringer og ikke minst de feilene og de mindre gode vurderingene som vi hadde gjort tidli-gere, slik at kollegaer og særlig yngre uerfarne kollegaer ikke trenger å gå gjennom de samme tingene og alle blir litt flinkere. Det er først og fremst pasienter som får nytte av det. Face-bookgruppen Allmennlegeinitiativet er faktisk blitt en god arena der all-mennlegene i Norge får mulighet til å dele sine erfaringer, kunnskap og ut-fordringer i hverdagen.

MICHAEL XU
fastlege Torggata legesenter (Hamar)

Multemareritt

– Stopp, hørte jeg. Jeg stoppet lydig, men så ingen. Jeg skulle til å gå videre.

– Stopp, hørte jeg igjen. De var mange som ropte, minst fire-fem stykker. Jeg så ned, der lyden syntes å komme fra. Der stod de og hyttet sine knyttede hamser mot meg.

– Dette er vårt land, sa multeplantene, gå hjem med deg! Det var sinne i stemmene deres og stemningen kjentes truende. Jeg ble forfjamset. Aldri har jeg tidligere blitt utfordret av knyttede multehamser.

– Dette er offentlig grunn, prøvde jeg meg på. Jeg har rett til å gå her.

– Vil du sloss, kom det fra den største multehamsen.

– Nei, jeg vil bare gå på tur, og så stopper dere meg.

– Vi vet hvor du bor, sa den minste av multeplantene.

Jeg visste ikke helt hva jeg skulle svare, men multelederen tok ordet:

– Og vit at vi ikke er aleine. Han kneiset først hamsen mot venstre. Der så jeg noen svarte bær krøke seg sammen. Hmm, krø-kebærbrigaden tenkte jeg, svartsmuskete og skumle. Multelederen leste mine tan-ker.

– Vi kaller dem Čáhpesmuorji, de du ten-ker på som krøkebærbrigaden, sa han.

– Hvis dere angriper meg ringer jeg poli-tiet, sa jeg.

– De blå er på vår side, sa multelederen og kneiset med hamsen mot høyre. Der stod blåbæra, fortsatt som røde aspiranter, men vi visste alle at om en måned ville de være mange og dypblå.

– Og vet du hvilken diagnose du får når vi har banka deg opp, spurte den høyeste av multeplantene.

Jeg hadde ikke noe diagnoseforslag klart.

– Multetraumatisert, svarte han selv, hvoretter alle multeplantene brøt ut i syn-kron latter så stenglene ristet.

Jeg la på sprang så raskt beina kunne bære meg. Ingen skulle få meg ut i kamp mot fem knytte representanter for multemafiaen i Finnmark støttet opp av både krøkebær og blåbær. Jeg hadde lyst til å rope til dem at jeg kommer tilbake om en måned og plukker dem og moser dem til syltetøy, men jeg turte ikke.

Men jeg vet hvor de står!

HARALD GUNNAR SUNDE
multeplukker og medisinsk fagsjef
Finnmarkssykehuset



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

HOVUDBODSKAP

Det har lenge vore vanleg klinisk praksis å tilrå inhalasjon av β_2 -agonistar før antikolinergika og steroid. Dette er basert på ein teori om at førstnemnte vil utvide bronkiane, auke lungeoverflata, og dermed betre effekten av sistnemnte. Då det er forskjellar i når ein oppnår full bronkodilatasjon etter inntak av ulike β_2 -agonistar, finst det òg fleire ulike tilrådingar på kor lenge ein bør vente mellom dei ulike inhalasjonsmedisinane.

Det finst derimot ikkje støtte i litteraturen for å tilrå ei spesifikk rekkefølge for administrering av inhalasjonsmedisin eller at ein bør vente ei gitt tid mellom dei ulike medisinane. Teorien støttast heller ikkje av at fleire inhalasjonsmedisin finst tilgjengelege med ein kombinasjon av β_2 -agonistar og antikolinergika eller steroid.

Bruk av fleire ulike inhalatorar, dårleg inhalasjonsteknikk og etterleving er vanlege årsaker til manglande terapeutisk effekt og redusert sjukdomskontroll ved obstruktiv lungesjukdom. God kjennskap til dei ulike inhalatorane, hjelpemiddel og rett inhalasjonsteknikk gjer det lettare for legen å oppdage og korrigere potensielle misforståingar og problem pasienten har.

Rekkefølgje og tidsadministrasjon av

I behandlinga av obstruktiv lungesjukdom er det vanleg å dele medisinane inn i symptomdempande og førebyggjande. Blant symptomdempande inhalasjonsmedisinar reknast korttidsverkande β_2 -agonistar (SABA) og korttidsverkande antikolinergika (SAMA). Førebyggjande inhalasjonsmedisinar omfattar inhalasjonssteroid (ICS), langtidsverkande β_2 -agonistar (LABA) og langtidsverkande antikolinergika (LAMA). I tillegg finst preparat kor LABA er kombinert med ICS eller LAMA (TABELL 1 SIDE 54).

I klinisk praksis har det vore vanleg å tilrå inhalasjon av både SABA og LABA før LAMA og ICS. Tilsvarende tilrådingar finst for SAMA. Bakgrunnen for dette er ein teori om at SABA/LABA/SAMA vil utvide bronkiane og auke lungeoverflata, slik at effekten av LAMA/ICS blir betre. Tida til ein oppnår bronkodilatasjon er likevel svært forskjellig for dei ulike preparata. For dei korttidsverkande symptomdempande tar det til dømes om lag to minutt for terbutalin frå inhalasjon til effekt, medan det for ipratropiumbromid kan ta inntil 15 minutt. For LABA varierer det frå ett til tre minutt for formoterol til 10-20 minutt for salmeterol (1). Dette medfører at tilrådingane for kor lenge ein bør vente mellom inhalasjonane òg varierer.

Vedlikehaldsbehandling: Rekkefølge og tidsintervall ikkje tyding for terapeutisk effekt

Vi fann ikkje nyare litteratur som har undersøkt rekkefølgja av, eller intervalltida mellom, ulike inhalasjonsmedisin ved vedlikehaldsbehandling av obstruktiv lungesjukdom. Det som finst av tidlegare forskning er sparsamt, men indikerer at terapeutisk effekt, målt som betring av lungefunksjon og symptomkontroll, ikkje påverkast av inhalasjonsrekkefølgja, eller

eventuelt tidsintervall mellom dei ulike preparata (2-5).

Dei fleste studiene var gjort på vaksne med diagnostisert astma som hadde behov for førebyggjande behandling med ICS. Desse studiene undersøkte ulike rekkefølgje og/eller tidsintervall av SABA/LABA og ICS og inkluderte preparat i både aerosolform og i pulverform (tørrestoffinhalator) (2-5). Somme av studiene hadde spesifikt undersøkt kombinasjonspreparat mot enkeltpreparat gitt i sekvens, og fann ingen forskjell i lungefunksjon og symptomkontroll etter ein studieperiode på fire veker (2, 3). Vi fann ikkje studier som inkluderte pasientar med KOLS eller som undersøkte antikolinergika.

Nokre få studier undersøkte ulike tidsintervall mellom dosar av terbutalin inhalasjonsaerosol (SABA) gitt ved hjelp av inhalasjonskammer til barn med akutte astmaanfall. Resultata frå desse to studiene var ikkje einsarta, men studiene var òg noko metodisk ulike (6, 7).

Den eine studien undersøkte betring av lungefunksjon (FEV_1) hos barn 8-14 år med 0, 3 og 10 minutt mellom inhalasjonane. Undersøkingane blei gjort under normale tilhøve, altså vedlikehaldsbehandling, og ved akutt treningsindusert bronkokonstriksjon. Under normale tilhøve var det ingen forskjell i terapeutisk effekt mellom ulike tidsintervall. Ved bronkokonstriksjon var lungefunksjonen signifikant betre etter 15 minutt for inhalasjonane gitt med 3 og 10 minutt mellomrom, samanlikna med inhalasjonane som blei gitt direkte etter kvarandre. Det var derimot ikkje signifikante forskjellar mellom dei to behandlingane med tidsintervall. Forfattaren problematiserer likevel diskrepansen og understrekar at inhalasjonsteknikken kan ha spelt inn på resultata (6).

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



intervall for inhalasjonsmedisin

Den andre studien undersøkte betring av lungefunksjon (FEV_1) hos barn 5–14 år kor det akutte astmaanfallet hadde starta nokre timar tidlegare. Terbutalin blei gitt som seks inhalasjonar utan opphald ($1500 \mu\text{g} \times 1$), eller som tre dosar à to inhalasjonar ($500 \mu\text{g} \times 3$) med fem eller 15 minutt mellomrom. Det var ikkje signifikante forskjellar i tid til bronkodilatasjon eller terapeutisk effekt mellom dei ulike behandlingane. Forfattarane framheld likevel at den ikkje-signifikant større endringa i FEV_1 for behandlinga med 15 minutt tidsintervall talar for at ein slik pause mellom dosane er naudsynt. Data på årsak til dei akutte astmaanfalla og tid frå astmaanfallet starta til behandling blei starta, var ikkje rapportert (7).

Nyare inhalatorar er vist å gi betre distribusjon av legemidlet i lungene enn dei tidlegare inhalatorane (8–10). Dette gir grunn til å tru at resultatane frå studiene på vedlikehaldsbehandling fortsatt er gjeldande, og at det derfor ikkje finst grunnlag for å tilrå ei spesifikk rekkjefølgje for eller tidsintervall mellom inhalasjonsmedisin. Teorien om at β_2 -agonistar bør takast først eller ei viss stund før andre inhalasjonspreparat støttast heller ikkje av at mange inhalasjonsmedisin finst tilgjengeleg som kombinasjonspreparat (TABELL 1).

God inhalasjonsteknikk og etterleving det viktigaste

Inhalasjonsterapi ved kroniske luftvegsjukdommar som astma og KOLS, har dei fordelane at legemidlet kjem direkte og hurtig til der det skal virke, og at risikoen for systemiske biverknader er låg. Luftvegane er likevel utforma og fungerer på ein slik måte at partiklar filtrerast bort i størst muleg grad, for å unngå at uønskja stoff avsetjast i lungene.

God terapeutisk effekt avhenger av tilstrekkeleg dose og avsetjing i lungene, noko som påverkast av partikkelstorleik, inhalasjonsapparat og inhalasjonsteknikk (8–10). Partiklar større enn $5 \mu\text{m}$ og partiklar med for høg hastigheit vil avsetjast i munn og svelg, noko som reduserer mengda legemiddel som når fram til lungene og aukar risikoen for lokale og systemiske biverknader (8, 9).

Dårleg inhalasjonsteknikk kan bidra til auka partikkelstorleik eller for høg hastigheit. Til dømes vil det å puste inn fukt i ein tørrstoffinhalator eller ikkje trekkje pusten kraftig nok ved bruk av desse kunne medføre akkumulasjon av partiklar. For aerosolar i autohaler må òg dosen utløyast ved hjelp av kraftig nok innpust. For sprayaerosolar vil derimot det å trekkje pusten langsamt vere viktig for at partiklane ikkje skal få for høg hastigheit. Bruk av kammer er med på å bremse hastigheita på partiklane og kan og vere til hjelp med tanke på koordinering av innpust med utløyning av dose. Å halde pusten nokre sekund etter inhalasjon byggjer på prinsippet om avsetjing ved tyngdekraft, og motverker samstundes at pasienten pustar partiklane ut att.

Fleire pasientar slit med både inhalasjonsteknikk og etterleving, noko som er assosiert med redusert sjukdomskontroll (11, 12). Bruk av fleire ulike typar inhalatorar innverker negativt på symptomkontroll hos både astma- og KOLS-pasientar, grunna feilbruk (13, 14). Med bakgrunn i dei mange ulike inhalatorane som no finst på marknaden (TABELL 1), er det viktig at legen gjer seg kjend med desse og kor ein kan finne informasjon og opplæringsmateriale i rett inhalasjonsteknikk. Dette gjer det lettare å undersøke om det er feil ved pasienten sin inhalasjonsteknikk eller manglande forståing av korleis dei ulike

inhalasjonspreparata skal brukast, som ligg til grunn for dårleg effekt av behandling.

Fleire dosar eller inhalasjonsmedisin i praksis

Det finst gode kjelder som tilbyr pasientinformasjon og instruksjonsvideoar om korrekt inhalasjonsteknikk. Desse er også av nytte for legar og anna helsepersonell, både til eigenstudie og pasientopplæring (15, 16).

Desse kjeldene nemner heller ikkje noko spesifikk rekkjefølgje på ulike inhalatorar, eller ventetid på fleire minutt mellom ulike inhalatorar. Ved behov av fleire dosar frå same inhalator, er tilrådingane å vente frå 0–30 sekund før ein tar neste dose, avhengig av type inhalator (15, 16).

Det lengste tidsopphaldet gjeld i hovudsak for inhalasjonsaerosolar, då avkjøling rundt opninga på metallbeholdaren oppstår etter ein dose er utløyast. Denne avkjølinga kan potensielt påverke doseringa om to dosar utløyast tett etter kvarandre. Ved korrekt inhalasjonsteknikk (djup, langsam innpust, halde pusten og puste roleg ut), vil det vanlegvis gå lang nok tid til å hindre at slike problem oppstår.

Vi tilrår å sjekke kva som er oppgjeve for den enkelte inhalator når det gjeld kor lang tid ein bør vente mellom to dosar av same inhalasjonsmedisin (16). Når det gjeld ulike inhalatorar, kan vi ikkje sjå at det er noko som taler for å vente mellom dosane. Tvert imot vil det at pasienten må vente ake risikoen for dårleg etterleving.

Ved akutt bronkokonstriksjon kan det synast hensiktsmessig, men ikkje naudsynt, å vente nokre minutt mellom dosane av symptomdempande. Også her vil god inhalasjonsteknikk vere det viktigaste for å få best mogleg effekt av inhalasjonsmedisinen.

TABELL. Inhalasjonsmedisin (ekskl. inhalasjonsvæsker til nebulisator)

VIRKESTOFF	HANDELSNAMN	TYPE INHALATOR
SYMPTOMDEMPANDE (VED ANFALL)		
Korttidsverkande β2-agonistar (SABA)		
Salbutamol	Airomir	Autohaler (A, S), Sprayaerosol (A, S)
	Buventol	Easyhaler (T)
	Ventoline	Diskus (T), Sprayaerosol (A, S)
Terbutalin	Bricanyl	Turbuhaler (T)
Korttidsverkande antikolinergika (SAMA)		
Ipratropiumbromid	Atrovent	Sprayaerosol (A, O)
FØREBYGGJANDE (KONTROLLERANDE)		
Inhalasjonssteroid (ICS)		
Beklometason	AeroBec	Autohaler (A, O), Sprayaerosol (A, O)
	Beclomet	Easyhaler (T)
Budesonid	Giona	Easyhaler (T)
	Pulmicort	Turbuhaler (T)
Ciklesonid	Alvesco	Sprayaerosol (A, O)
Flutikason	Flutide, Flixotide (generika), Flutikason Cipla (generika)	Sprayaerosol (A, O), Diskus (T)
Mometason	Asmanex	Twisthaler (T)
Langtidsverkande β2-agonistar (LABA)		
Formoterol	Oxis	Turbuhaler (T)
Indakaterol	Onbrez	Breezhaler (T)
Olodaterol	Striverdi	Respimat (A, O)
Salmeterol	Serevent	Diskus (T), Sprayaerosol (A, S)
Vilanterol	Finst kun i kombinasjonspreparat	
Langtidsverkande antikolinergika (LAMA)		
Aklidiniumbromid	Eklira	Genuair (T)
Glykopyrroniumbromid	Seebri	Breezhaler (T)
Tiotropiumbromid	Spiriva	Handihaler (T), Respimat (A, O)
Umeclidiniumbromid	Incruse	Ellipta (T)
Kombinasjonspreparat LABA + ICS		
Formoterol + beklometason	Inuxair	Nexthaler (T), Sprayaerosol (A, O)
Formoterol + budesonid	Bufomix	Easyhaler (T)
	DuoResp	Spiromax (T)
	Symbicort	Sprayaerosol (A, S), Turbuhaler (T)
	Flutiform	Sprayaerosol (A, S)
Formoterol + flutikason	Airflusal	Forspiro (T)
Salmeterol + flutikason	Aerivio	Spiromax (T)
	Seretide, Salmeterol/Fluticasone Cipla (generika)	Diskus (T), Sprayaerosol (A, S)
Vilanterol + flutikasonfuroat	Relvar	Ellipta (T)
Kombinasjonspreparat LABA + LAMA		
Formoterol + aklidiniumbromid	Duaklir	Genuair (T)
Indakaterol + glykopyrroniumbromid	Ultibro	Breezhaler (T)
Olodaterol + tiotropiumbromid	Spolto	Respimat (A, O)
Vilanterol + umeclidiniumbromid	Anoro	Ellipta (T)

A = Aerosolinhalator, O = Oppløsning, S = Suspensjon, T = Torrstoffinhalator. Aerosolinhalatorar med suspensjonar skal alltid ristast før bruk. Tabellen er gyldig pr. 27. september 2017.

Konklusjon

Det finst ikkje òg tilrådd rekkjefølgje for inn-
tak av inhalasjonsmedisinar, og det er heller
ikkje forskingsgrunnlag som støttar at dette
skal ha tyding for terapeutisk effekt. Det
finst heller ikkje grunnlag for å tilrå at pasi-
entane treng vente ei stund mellom dosar
frå ulike inhalasjonsmedisinar. Ved bruk av
fleire dosar av same inhalasjonsmedisin, til-
rår vi å følgje eventuelle tidsintervall-tilvi-
singar gitt for den enkelte inhalator.

God terapeutisk effekt av inhalasjons-
medisinar avheng blant anna av korrekt
inhalasjonsteknikk. Bruk av fleire ulike
inhalatorar aukar risikoen for brukarfeil
og dermed terapivikt. Det er derfor sær-
viktig å rettleie pasienten i korrekt inhala-
sjonsteknikk ved bruk av fleire inhala-
torar, samt tilby oppfølging ved eventuelle
spørsmål eller vanskar.

REFERANSAR

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Bricanyl Turbuhaler (Sist oppdatert: 20. juli 2017) b) Atrovent (Sist oppdatert: 14. mars 2016), c) Oxis Turbuhaler (Sist oppdatert: 21. desember 2015), d) Serevent (Sist oppdatert: 25. august 2014). <http://www.legemiddelsok.no/>
2. Dal Negro RW, Micheletto C et al. The therapeutic effects of inhaled long-acting beta2-adrenergics (LABA) and corticosteroids (ICS) are not affected by their inhalation sequence in moderate/persistent asthma. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2006; 38(5): 153–7. Abstract.
3. Pover GM, Greger G et al. Comparison of the effects of sequential or simultaneous administration of salbutamol and beclomethasone dipropionate. *Respiration* 1986; 50(2): 83–7.
4. Muers M, Dawkins K. Effect of a timed interval between inhalation of beta-agonist and corticosteroid aerosols on the control of chronic asthma. *Thorax* 1983; 38(5): 378–82.
5. Mackay AD, Dyson AJ. How important is the sequence of administration of inhaled beclomethasone dipropionate and salbutamol in asthma. *Br J Dis Chest* 1981; 75(3): 273–6. Abstract.
6. Pedersen S. The importance of a pause between the inhalation of two puffs of terbutaline from a pressurized aerosol with a tube spacer. *J Allergy Clin Immunol* 1986; 77(3): 505–9.
7. Phanichyakarn P, Kraissarin C et al. A comparison of different intervals of administration of inhaled terbutaline in children with acute asthma. *Asian Pac J Allergy Immunol* 1992; 10(2): 89–94.
8. Labiris NR, Dolovich MB. Pulmonary drug delivery. Part I: Physiological factors affecting therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 56(6): 588–99.
9. Labiris NR, Dolovich MB. Pulmonary drug delivery. Part II: the role of inhalant delivery devices and drug formulations in therapeutic effectiveness of aerosolized medications. *Br J Clin Pharmacol* 2003; 56(6): 600–12.
10. Haidl P, Heindl S et al. Inhalation device requirements for patients' inhalation maneuvers. *Respir Med* 2016; 118: 65–75.
11. Melani AS, Bonavia M et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. *Respir Med* 2011; 105(6): 930–8.
12. Cecere LM, Slatore CG et al. Adherence to long-acting inhaled therapies among patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). *COPD* 2012; 9(3): 251–8.
13. Bosnic-Anticevich S, Chrystyn H et al. The use of multiple respiratory inhalers requiring different inhalation techniques has an adverse effect on COPD outcomes. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2017; 12: 59–71.
14. Price D, Chrystyn H et al. Effectiveness of same versus mixed asthma inhaler devices: a retrospective observational study in primary care. *Allergy Asthma Immunol Res* 2012; 4(4): 184–91.
15. Gerald LB, Dhand R. Patient education: Asthma inhaler techniques in adults (Beyond the Basics). Version 22.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 26. januar 2017).
16. Felleskatalogen. Bruk av inhalatorer. Utarbeida av Dansk Lægemiddel Information A/S og Felleskatalogen AS. <http://www.felleskatalogen.no/> (Besøkt: 27. juli 2017).

LILLAN MO ANDREASSEN

legemiddelrådgjevar, master i farmasi

JAN ANKER JAHNSEN

legemiddelrådgjevar, cand. pharm, PhD.

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

Kor blei sommer'n av...

Takk for utfordringen.

Jeg velger Helge Stangnes, den kjente og gode nordnorske dikteren. Jeg er blitt veldig glad i hans tanker i vers gjennom årene og han er like aktuell og kjent som Arvid Hanssen. Han er så lun, så enkel i sitt ordvalg, men samtidig så klok og klartenkt hva gjelder livet og vår plass på jorda. Dette er et høst-dikt, men kan som mange andre høst-dikt også leses som en oppsummering av livet. Det vi fikk gjort – og enda mer – ikke fikk gjort, og hva som står igjen.

Jeg utfordrer Bjørn Lichtwarck, tidligere fastlege i Rana, nå stipendiat ved Sykehuset Innlandet, Alderspsykiatrisk forskningssenter/avdeling Sykehuset Innlandet Hamar.

Hilsen

MARI KRISTIN JOHANSEN

No slokne lien

No slokne lien langs alle fjordan
der bjørka strør sine brente blad
En sommer kom – og va gjest på jorda.
No e han borte.
Kor blei han a?
Du gjekk og venta, du gjekk og trudde.
Det va så mykje du sku få gjort.
Men sommar'n va berre her og snudde;
han kom så seint
og han for så fort
Se, tindan kler seg med kvite krone,
en vinter bie, og banke på.
Hør, Nakkefossen har skifta tone,
no søng han mollstemt
førr stein og strå
Det stryk en seglar mot sør i sundet
med brukte daga som last ombord.
Der færes alle de ting du kunne
men ikkje nådde
og ikkje gjør
Så døyves dagen, så sløkkes tindan,
så tennes lys under bratte fjell,
så stilne fjorden, så spakes vindan,
og alt e frostblå
oktoberkveld.

HELGE STANGNES

FRA SAMLINGA «LANDET OG LYSET»
NORDKALOTT-FORLAGET 1996