

Utposten

4 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

KIRSTI MALTERUD

**Vaksine mot
akademisk
ensretting**

MARIT HERMANSEN

**Sammen
om folkehelse**

TEMA

Forskning



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. Søndena

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@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: 468 36 780

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: Kristina Iden. BAKSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK: 07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

ILLUSTRASJON: COLOURBOX

1 LEDER: Drage med oppdrift

Kristina Riis Iden og Tom Sundar

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Vaksine mot akademisk ensretting

Kirsti Malterud intervjuet av Dag-Helge Rønnevik

TEMA FORSKNING

7 Allmenn- og samfunnsmedisin – sammen for bedre folkehelse

Marit Hermansen

12 Uheldig legemiddelbruk hos eldre – en moderne epidemi

Gunhild Nyborg

15 Hvorfor snuser unge mennesker?

En kvalitativ studie.

Astri Medbø, Maja-Lisa Løchen, Ina Lundberg, Trude Hansen, Maja Stein Eilertsen og Carl Edvard Rudebeck

20 Manglende handlingsrom for anvendt samfunnsmedisinsk forskning?

Dag-Helge Rønnevik

22 Forskning for bedre helse.

Om medisinsk forskning og Legeforeningens strategi

Kirsti Ytrehus

25 AFU som pådriver for allmenn- og samfunnsmedisinsk forskning

Anna Luise Kirkengen

27 Forskerskole med vind i seilene

Siri Evju Janssen og Elin O. Rosvold

32 Falske nyheter? Kommunelegens kamp mot «rekordmange klamydiatilfeller» og betydningen av lokalt smittevernarbeid

Bjørge Elise Tønnesen Dysthe, Gjertrud Lødøen, Morten Lindbæk og Maria Romøren

36 Kvaliteten på henvisninger til et norsk sykehus

Olav Thorsen, Ingvild Dalen og Lars Fosse

40 PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser.

En storsatsing på forskning i allmennpraksis

Bjørn Bjorvatn, Jørund Straand, Peder Halvorsen, Knut-Arne Wensaas, Johan Gustav Bellika, Egil Andreas Fors, Svein Gjelstad, Espen Saxhaug, Kristoffersen, Berit Øxnevad-Gundersen, Guri Rørtveit

44 Allmennmedisinsk forskning i Rogaland

Svein R. Kjosavik og Olav Thorsen

46 Brukarundersøking Boken legekantor

Jan Schille

50 Praksisvariasjon for tonsillektomi

Annika Tähti Dunseth, Jan David Halvorsen, Hans Johan Breidablik og Eivind Meland

54 FASTE SPALTER

RELIS 54

LYRIKKSTAFETTEN 56

Drage med oppdrift

Når Allforsk i Rogaland arrangerer grunnkurs D i allmennmedisin, blir dragen brukt som en metafor for forskning. For å bygge en flyvedyktig drage må du ha riktig utstyr, kunnskap om dragekonstruksjon og kyndig veiledning hvis du er ny i faget. Dragen er konstruert slik at den skal løfte seg selv, men det forutsetter gode vindforhold. Og været rår vi som kjent ikke over.

I dette nummeret av *Utposten* vier vi oppmerksomhet til utviklingstrekk og status for primærmedisinsk forskning – i anledning 50-årsjubileet for norsk akademisk allmennmedisin. Vi kan med en gang slå fast at den 'akademiske dragen' har god oppdrift – der den svever i brukbar høyde med nokså stabile vindforhold. I 2018 har Norge fire allmenn- og samfunnsmedisinske institutter – og i løpet av de siste ti årene har vi fått like mange allmennmedisinske forskningsenheter. Disse enhetene er et strategisk supplement til instituttene og bidrar til å styrke produksjonen av doktorgrader og vitenskapelige publikasjoner samt utvikle veilederkompetanse. Flere kompetansemiljøer driver med primærmedisinsk forskning – i første rekke Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Noklus (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser) og Antibiotika-senteret for primærmedisin. Sist, men ikke minst: Allmennmedisin er blitt en sentral del av medisinnutdanningen – og samfunnsmedisin er forhåpentligvis i kjømda.

Det har tatt tid for den akademiske dragen å bli flyvedyktig. Går vi tilbake til den spede begynnelse i overgangen mellom 1960- og 70-årene, var det selsagt andre og mer spartanske forhold, ressursmessig sett. Fagets fanebærere måtte kjempe for aksept og innpass ved landets universiteter – som den gangen fremstod nærmest som bastioner, styrt av sykehusmedisinens hærførere. Akademiseringen av allmennmedisinen lyktes som følge av samvirkende faktorer over tid – men vi kan ikke overse den fortjenestefulle innsatsen fra pådrivere i Legeforeningens indre sirkler, især en gruppe ApLf-tillitsvalgte (RED. ANM.: ApLf, Alment praktiserende lægers

forening, forløperen til Allmennlegeforeningen), for å få etablert universitetsfaget og sikre finansieringen av de første allmennmedisinske professoratene, via foreningens fondssystem. Den jobben ble kronet med hell da Institutt for allmennmedisin ble opprettet i Oslo i 1968, med Christian Borchgrevink og Dag Bruusgaard som frontfigurer; for øvrig det første allmennmedisinske instituttet i Norden. Med rette er det senere blitt sagt at Legeforeningens aktive politikk, ikke bare faglig, men også næringspolitisk og økonomisk, bidro til å heve allmennlegenes anseelse og status¹.

Hva har akademisk allmennmedisin oppnådd? Sett fra praktikerens ståsted er det nok langt mellom de epokegjørende resultatene som har potensial til å endre medisinsk praksis. Men det som er helt klart, er at forskningen har vært en drivkraft i arbeidet med fagutviklingen. Instituttene i Oslo, Bergen og Trondheim hadde allerede eksistert i 10–15 år da Legeforeningens landsstyre i 1983 vedtok å opprette spesialiteter i både allmennmedisin og samfunnsmedisin. I så henseende var det forskningsmiljøene som banet vei for spesialitetene, og det var forskningskompetanse som gav legitimitet og innflytelse til toneangivende representanter for faget. Et eksempel er Irene Hetlevik, som med sitt doktorgradsarbeid i 1999 om allmennlegers bruk av kliniske retningslinjer², initierte en skjellsettende debatt om beslutningsgrunnlaget for risikointervensjon knyttet til blodtrykks- og kolesterolbehandling. Hennes arbeid bidro til å støpe den gryende kritikken av helsevesenets økende forbruk av ressurser til undersøkelser og behandling av friske individer. Senere har debatten om medikalisering og overdiagnostikk preget norsk allmennmedisin på en konstruktiv måte.

Tid er som kjent et relativt begrep – og spørsmålet er om et halvt århundre er en lang eller kort periode? Svaret kommer an på hvem man spør. Sammenliknet med andre akademiske fag er allmennmedisin et ungt fag. Fremdeles er mye av kunnskapsgrunnlaget allmennlegene bruker i sin hverdag hentet fra forskning produsert

i spesialisthelsetjenesten, som har begrenset gyldighet og relevans. En løsning på dette dilemmaet kan ligge i etableringen av PraksisNett, som Bjørn Bjorvatn skriver om her i bladet. Dette nettverket bør gi gode forutsetninger for å produsere mye god klinisk forskning fra primærhelsetjenesten i årene som kommer. Den offentlige ph.d.-ordningen i regi av Norges forskningsråd – som tilrettelegger for forsknings-samarbeid mellom helseforetakene og kommunene – er også et viktig verktøy for å øke kunnskapsproduksjonen i primærhelsetjenesten. For ennå er det et stykke igjen før akademisk allmennmedisin får innpass i kommunene: Ifølge Legeforeningens legestatistikk fra 2017 har 3,6 prosent av spesialister i allmennmedisin doktorgrad mot 47 prosent av hematologene, 36 prosent av kardiologene og 31 prosent – av infeksjonsmedisinere – for å nevne noen av sykehusspesialitetene.

Alle fag trenger tilsig av nye forskningsspirer, så også akademisk allmenn- og samfunnsmedisin. Viktige aktører i rekrutteringen finner vi i Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU), Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) og Den nasjonale forskerskolen i allmennmedisin (NAFALM). Anna Luise Kirkengen skriver om faglig fødselshjelp fra AFU og Siri Evju Janssen noterer at NAFALM har etablert seg som en viktig del av det allmennmedisinske akademiske miljøet, med vind i seilene. AMFF blir vist frem gjennom arbeidet til Gunhild Alvik Nyborg ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo – som tidligere i år forsvarte sin doktorgradsavhandling *Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic*. Her i bladet skriver hun om uheldig legemiddelbruk hos eldre.

Vi har fått 'storbesøk' i dette nummeret: Foruten professor Kirsti Malterud i Bergen – som blir portrettert over en kaffekopp og skillingsboller om allmennmedisinsk forskning før og nå – har president Marit Hermansen i Legeforeningen meddelt sine tanker om en innovativ kommunehelsetjeneste som arena for medisinsk forskning.

I den kinesiske mytologi er dragene gode vesener som seiler over menneskene og lærer dem visdom. Den primærmedisinske forskningsdragen er for lengst oppe og flyr. Den har sterke farger og den er godt synlig der den svever høyt oppe med god oppdrift.

KRISTINA RIIS IDEN OG TOM SUNDAR

1 Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M (red). Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. *Michael* 2009; 6: 11–126. 2.

2 Hetlevik I. *The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice*. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.

Vaksine mot akade

Kirsti Malterud ■ INTERVJUET AV DAG-HELGE RØNNEVIK

Kirsti Malterud har nesten 400 publikasjoner på samvittigheten og er kjent langt utenfor Norges grenser for sitt arbeid innen allmennmedisinsk forskning. Om hun skulle ha valgt et annet yrke, måtte det ha blitt journalist, snekker eller bibliotekar. – Men jeg er så fornøyd med mitt yrkesvalg at jeg ville gjort akkurat det samme om igjen, sier den produktive forskeren.

Vi møter henne på spiseplassen Godt Brød på universitetsområdet i Bergen, kjent for godt bakverk og skikkelig kaffe. Kirsti har selv valgt møtested. Det er en av årets fineste dager så langt, sola skinner og man merker at folk er i ferd med å tine opp etter en lang vinter. Ved nærmeste bord sitter Kirsti og venter, bøydd over noe papirarbeid. *Utposten* er ikke et nytt bekjentskap for henne – hun var en av redaktørene i den berømte kvinneredaksjonen 1988–1992. Den bestod av Eli Berg, Mette Brekke, avdøde Åsa Rytter Evensen, Marit Hafting, Berit Olsen, Jannecke Thesen og Kirsti selv. Det er nå 30 år siden, og mye har skjedd siden den gang.

Mer enn det som kan måles og veies

Kirsti studerte i Bergen og ble cand.med. i 1975, og dr.med. i 1990 med avhandlingen *Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter*. Hun har vært allmennlege i 35 år. Først i Oslo, så i Bergen i kombinasjon med akademisk arbeid. Fra 2011 har hun drevet med forskning på fulltid. Hun har sin hovedstilling ved Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Bergen i forskningsselskapet Uni Research. I tillegg er hun professor II ved Universitetet i Bergen og seniorforsker ved Forskningsenheden for almen praksis i København. Malterud er et velrenommert navn både i og utenfor Norge. Hun har fått en rekke priser, blant annet Nidarosprisen (2011) for sin innsats for allmennmedisinen og Norske Kvinners Sanitetsforenings kvinnehelseforskningspris (2017). Hun har vært veileder for 26 stipendiater, og sitter i styret til Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF). Foruten sin omfattende forskning er hun mest kjent for å bidra til å gjøre kvalitative forskningsmetoder kjent og anerkjent i medisinsk forskning. Blant annet har hun utviklet en analysemetode kalt *systematisk tekst-*

kondensering, kjent for de fleste medisinere som har forsøkt seg på kvalitative studier. Boka *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* kom ut i 4. utgave i 2017 – første gang utgitt i 1996. Innledningen i boka lyder slik: «Kunnskap består av mer enn det som kan måles og veies» – et standpunkt hun forsvarte senest i mars i fjor, da hun på nettstedet forskning.no kritiserte Norges forskningsråd for å ha et foreldet og mangelfullt syn på hvorfor mennesker blir syke.

Veien inn i kvalitativ forskning

UTPOSTEN: Kom du tidlig inn på det kvalitative metodesporet?

– Det var nesten en forutsetning for at jeg skulle bli interessert i forskning. Da jeg begynte å få ideer til doktoravhandlingen min på midten av 1980-tallet var jeg i et flerfaglig kvinneforskningsmiljø der det var snakk om ulike forskningsmetoder. Jeg klarte ikke å få definert målsettingen med prosjektet mitt skikkelig, fordi det ikke var mulig å finne ut hvordan temaet kunne telles. Begrepet «kvalitativ metode» var knapt oppfunnet. Etterhvert forstod jeg at dette kunne være relevante verktøy for utvikling av allmennmedisinske nøkkel-spørsmål. Det har vært spennende å se utviklingen fra veldig bratt motbakke, avvisning og til ganske betydelig spredning og anerkjennelse.

UTPOSTEN: Du har vært ganske sentral i utviklingen av den metodikken i Norge

– Ja, det er nok riktig, i alle fall innen medisin og helsefag. I Bergen på slutten av 1980-tallet og gjennom 1990-tallet hadde vi et stort mangfold på Institutt for allmennmedisin. Det var ikke alltid like lett å være den som drev med ting som ble oppfattet som ukjent og merkelig, men

det var også plass for dette. Jeg forstod etter hvert at jeg kunne bidra til å dele de kvalitative metodene med andre, og har i alle disse årene – ved siden av egen forskning – også jobbet mye med utvikling og formidling av metode. Det har vært viktig for meg å bidra til dialog med resten av det medisinske forskningsmiljøet, for hvis vi ikke kan fortelle hva vi gjør, da har vi tapt! Da står vi på en liten øy for oss selv og sier det er så spesielt det vi driver med, og ingen liker det og ingen forstår det... Sånn kan vi ikke ha det!

Et år på Værøy og Røst ble avgjørende

Kirsti har fått oppleve akademiseringen av norsk allmennmedisin på nært hold, og ble etterhvert en viktig del av den. Selv valgte hun å få seg en del års erfaring som allmennlege før hun tok fatt på tyngre forskning. De første årene drev hun uavhengig småskalaforskning med utgangspunkt i egen praksis, stort sett uten finansiering. Allmennmedisin var lite synlig på studiet i Bergen, men Kirsti ble etterhvert rekruttert til en «kombistilling» på Institutt for allmennmedisin i 1987. Legeforeningen finansierte de første professoratene i allmennmedisin i en lengre periode og støttet også opp med driftsmidler. Men det hele kunne endt helt annerledes, hadde hun ikke blitt kjent med Per Fugelli.

UTPOSTEN: Din første artikkel er datert helt tilbake til 1974. Kan du fortelle litt om den?

– Ja, det skylder jeg Per Fugelli, og han har en spesiell plass i min faglige og personlige historie. I 1972 var jeg skoletrutt legestudent i Bergen og ville slutte. Jeg tenkte at jeg kanskje kunne gjøre noe annet et års tid. Jeg kjente ikke Per, men visste han var på Værøy og Røst. Jeg skrev til ham og spurte om han hadde jobb til meg, og fikk umiddelbart svar at jeg kunne være assistent på hans doktorgradsprosjekt – «kom, kom!». Dette året fikk varig virkning på mitt forhold til forskning og allmennmedisin. Etter det året var det ingen tvil om at jeg ville fullføre studiet, og at det fantes et medisinsk arbeidsfelt som kunne være interessant for meg. Først flere år senere tok

allmennmedisinsk ensretting



Kirsti Malterud brenner for mer praksisnær forskning. Hennes oppfordring til yngre kolleger er: Grav der du står!

jeg skikkelig fatt i forskning, men uten dette året hadde jeg neppe vært verken lege eller forsker i dag.

Allmennmedisinsk forskning i støpeskjeen

Per Fugelli ble sentral i Kirstis forskerkarriere. Fra 1984 hadde han satt fart på arbeidet med å styrke allmennmedisin som fag i Bergen. Fugelli bygde videre på fundamentet som var lagt av hans forgjenger, Sigurd Hummerfelt, og rekrutterte leger og la til rette for at de kunne utvikle seg som forskere samtidig som de hadde en tydelig fot i klinikken.

Gjennom samarbeid med Bergen kommune jobbet de fleste legene på Ulriksdal legesenter i fastlønnede stillinger med forskning på halvtid. Kirsti og Steinar Hunskaar var to av legene som Per Fugelli rekrutterte. Dette la grunnlag for å trekke klinikken inn i forskning og undervisning. Allmennmedisin ble satt tydeligere på kartet i studieplanen og fikk sakte, men sikkert status som ett av de tre kliniske hovedfagene, med egen eksamen. Det samme skjedde ved allmennmedisinske institutter andre steder i landet. Kirsti ble en del av et mannskap som kom på plass, på et tidspunkt da tiden var moden.

UTPOSTEN: Hvordan synes du det ser ut i dag, om vi tenker på den vitaliteten i det som ble bygget opp den gangen?

– I løpet av disse årene har det vært en uttalt profesjonalisering av forskningen. Det var flere enn meg som var amatører da dette startet. Det var liten tradisjon for allmennmedisinsk forskning, selv om vi hadde Bent Guttorm Bentsen, Bjørn Øgar og Per Fugelli. Men det var ikke noen solid tradisjon eller tydelig profil. Det var ikke så rart, ettersom de to første professorene i allmennmedisin opprinnelig var indremedisinere. På den tiden var det mye deskrip-

tive studier av pasientpopulasjoner og hendelser i allmennpraksis. Dette var viktig nok, for kartene var helt hvite – vi visste ikke hva som foregikk. Og det var kanskje ikke så sterk kompetanse på metode heller. Det er en annen tid nå, både med doktorgradsforløp, publisering og metodekompetanse – alt dette har utviklet seg voldsomt i løpet av disse årene med utgangspunkt i den store vitaliteten og entusiasmen som preget de første årene.

UTPOSTEN: Har man klart å ivareta kombinasjonen med allmennpraksis kombinert med forskning?

– Jeg tror nok det. I 1987 var dette nye takter fra Bergen som ga sterke signaler til de andre lærestedene også. Jeg mener det var en viktig forutsetning at vi var i fastlønnede stillinger, og at de fleste av oss var samlet på samme legesenter. Alle var i sam-

me situasjon – det var ingen som aldri var der. Vi lagde rutiner som gjorde det mulig for oss alle å drive i kombistilling uten å slite oss helt ut. Senere kom fastlegeordningen og vi ble næringsdrivende.

Flerfaglighet og praksisnære problemstillinger

På Kirsti Malteruds nettside ligger hennes etterhvert så omfattende CV. Og på nettstedet til Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen finner vi en fyldig presentasjon. Blant annet står det:

«Hun har arbeidet med forskning om medisinsk kommunikasjon, kvinners helse, klinisk kunnskap, medisinsk uforklarte helseplager (spesielt kroniske muskelsmerter og CFS/ME), fedme, alkoholproblemer, seksuell orientering, livets slutt. Fellesnevneren for de fleste av prosjektene er pasientperspektiver på marginalitet i møte med helsetjenesten».

Uglen sittende på de syv fjell er UiBs emblem. Tradisjonelt sett har uglen vært et tegn på visdom, og assosieres gjerne med den greske gudinnen Athene. Kirsti Malterud har gjennom en lang karriere som lege og forsker bidratt til å utvikle norsk allmennmedisin.

UTPOSTEN: Hva har vært din drivkraft som forsker?

– Jeg har alltid vært drevet av et rettferdighetsengasjement med utgangspunkt i problemstillinger jeg har møtt i egen praksis. Særlig gjelder dette der jeg har opplevd at medisinsk teori og praksis har kommet til kort overfor utsatte pasientgrupper, f.eks. pasienter med MUPS (medisinske uforklarte plager og symptomer), eller pasienter som er marginaliserte i arbeidslivet, med livsstil eller seksualitet. Dette er en rød tråd i min forskning. Jeg har ikke forholdt meg til en bestemt sykdom, slik mange andre forskere gjør. Men det har blitt mange publikasjoner i årenes løp – for tiden 398, av de en rekke bøker og omtrent halvparten vitenskapelige originalpublikasjoner.

UTPOSTEN: Du mener vi har mye å lære av andre som står utenfor det medisinske fagområdet?

– Ja, jeg har mange gode flerfaglige erfaringer. Som professor II i medisinsk kvinneforskning ved UiO lærte jeg mye om hva kolleger fra andre fagområder kan bidra med. Jeg har også i mange år vært med i en forskningsgruppe her i Bergen om helse og sykdom i kulturelt perspektiv, populært kalt «Helsekameratene». Vi var ti seniorforskere fra statsvitenskap, sosiologi, historie, etnologi, sosialantropologi og meg fra medisin. Vi lærte hverandres språk og hvordan vi kunne ha respekt for hverandre. Vi skrev en bok sammen, og noen av oss forsker fortsatt sammen.

Grav der du står!

Vårt intervjuobjekt brenner for utviklingen av allmennmedisin både som fag og forskningsfelt. Vi spør henne hvor vellykket hun synes satsingen på allmennmedisinsk forskning gjennom eget forskningsfond, forskningsenheter og forskerskolen NAFALM har vært.

– Jeg var med på å utrede forskningsenhetene da de skulle iverksettes, og da ble det anslått at det måtte minst 40 millioner årlig for å få det til. Men det kom bare tolv millioner, og det har stått på stedet hvil siden da. Akkurat nå er finansieringen av forskningsenhetene usikker. Det skal konkurranseutsettes, og vi vet ikke hvordan dette kommer til å slå ut. I disse ti årene har forskningsenhetene hatt en viktig betydning som supplement til universitetsinstituttene med arbeidsfordeling som har gått smidig og greit på alle fire stedene. Vi har hatt en stabil og stødig produksjon av doktorgrader og publikasjoner som aldri ville vært mulig uten forskningsenhetene, og vi





Kirsti Malterud ser fram til å bli pensjonist til neste år. Hun er ikke redd for at det skal bli kjedelig, men ser på det som starten på et nytt livskapittel.

har fått utviklet veilederkompetanse. Allmennmedisinsk forskningsfond finansierer størstedelen av de allmennmedisinske doktorgradene og er en solid finansieringskilde med 12–14 millioner årlig til allmennmedisinske ph.d.-stipend. Et godt allmennmedisinsk prosjekt har god sjanse til å få fullfinansiering, selv om de formelle reglene gjør at fondet ikke kan gi for mer enn et år av gangen. Når vi ser det sammen med AFU-stipend, sitter vi i en situasjon som kunne vært bedre, men som jammen ikke er dårlig. Og som er med å gi stabilitet og forutsigbarhet i dette.

UTPOSTEN: Hva ville du selv ha forsket på dersom du hadde startet som ung lege i dag?

– Om jeg skulle sett meg i speilet og gitt meg selv et råd, da ville jeg sagt: Følg nesen og se nærmere på noe du er nysgjerrig på i din praksis, noe du har opplevd som en utfordring, noe du tenkte at du kanskje fikk til allikevel – men som du tenkte måtte kunne gjøres bedre. Så ville jeg gitt meg selv råd om å søke veiledning tidlig for å avklare en god design og finne en vei inn i litteraturen. Da jeg startet var det ingen litteraturlister. Jeg ville også rådet meg selv å få meg venner fra andre fagområder. Grav der du står, men ikke grav fra scratch – få noen til å hjelpe deg til å finne ut hva som allerede er gjort. Still deg på skuldrene til de som har gjort noe – og gå videre derfra. Let etter ting som er relevant og gjør det skikkelig – ikke gjenta noe som er gjort mange ganger tidligere. Da kan du like gjer-

ne lese av elektrisitetmålere. Nysgjerrighet og relevans stimulerer og er drivkrefter.

UTPOSTEN: Det er jo mye snakk om store data nå for tiden, men du mener jo at vi fortsatt skal snakke med folk og spørre hva de mener og synes, og hvilke erfaringer de har?

– Ja, hvis det kan være en vei til relevant kunnskap; hvis det kan utvikle faget vårt og bidra til at 5000 norske fastleger, eller bare 500 av dem, forandrer sin praksis slik at vi har noe bedre å by på, så er det verdt å forske på. Spørsmålet «hvilken forskjell gjør dette» kan vi stille til ethvert prosjekt, og særlig innen allmennmedisin.

Kombinasjonen av forskning og praksis

UTPOSTEN: Hva tenker du om det å kombinere forskning med jobb som fastlege?

– For meg var dette helt avgjørende. Jeg hadde neppe begynt i akademisk virksomhet hvis jeg måtte forlate praksis. På AFE i Bergen går stipendiatene i ulike kombinasjoner. Noen har 100 prosent forskning mot slutten, men de aller fleste har både profittert på og strevd med kombinasjonene. Så lenge vi klarer å legge til rette for kombinasjon av forskning og praksis, vaksinerer vi mot akademisk ensretting der elfenbenstårnet mister kontakten med grasrota. Det er ikke slik at jeg bare liker små kvalitative studier, eller at jeg misliker epidemiologi. Vi trenger et stort mangfold. Men jeg kunne ønsket meg mer pasientnær forskning.

UTPOSTEN: Det er ikke så mange som går rett på en doktorgrad?

– AFU-stipend er en viktig inngangsport, og jeg har veiledet mange både på lavere og høyere nivå. Jeg har veiledet kolleger som har vært supre fagfolk, men som ikke har passet til forskning. Da er det bra med et nivå som er før «point of no return», der man kan gi seg mens leken er god, bevare verdigheten og konsentrere seg om andre ting videre. Det er ikke lurt å gå rett på et ph.d.-stipend uten å ha prøvd seg mer uforpliktende.

UTPOSTEN: Har vi mistet litt troen på det subjektive og at fortellingen til folk betyr noe?

– Nei, tvert imot. Jeg opplever at det er en økt interesse både blant klinikere og forskere om betydningen av mening og erfaringer og av narrative tilnærminger i medisinen. Forståelsen av at sykdom henger nært sammen med livsbetingelser – det er det en mye større forståelse for nå enn tidligere. Allikevel er det mye av dette vi fortsatt vet for lite om.

Sammenhengen mellom helse og samfunn

Når Kirsti selv kommer inn på sammenhengen mellom livssituasjon og den enkeltes helse, benytter vi anledningen til å forsøke å koble sammen det allmennmedisinske med det samfunnsmedisinske. I sin tid da de to spesialitetene ble opprettet, ble de kalt «Knoll og Tott» og «de primærmedisinske tvillingene». Hva tenker Kirsti om sammenhengen mellom individ og populasjon, helse og samfunn? Hun er ikke selv samfunnsmedisiner av tittel, men skrev i 1986 en artikkel i *Utposten* med tittelen «Samfunnsmedisinske utfordringer i Oslo – mål og midler». Der kan vi lese blant annet følgende:

«Jeg tror vi ser utfordringen på nært hold, og vi må starte der vi er. Virkelighetsnær samfunnsmedisin starter med at man stikker fingeren i jorda. På den måten er det et visst slektskap til landbruksvitenskap og annet kulturarbeid».

Kirsti ler godt når vi leser fra den gamle artikkelen. Det vekker gode minner.

UTPOSTEN: Hvordan betrakter du sammenhengen mellom det allmennmedisinske og det samfunnsmedisinske i dag?

– Dette er nære slektninger. Sosial ulikhet er den viktigste betingelsen for ulikhet i helse. Så enkelt som det er det, men det er ikke like godt forstått av alle. Du kan møte pasienter individuelt på legekontoret, og

tenke naivt om hvilke muligheter de har for å endre sin livssituasjon, eller til og med gi pasienten skyld og ansvar for at det går så dårlig. Det er viktig å forstå folks livsbetingelser, både på et klinisk og et samfunnsmessig nivå. Da jeg drev forskning om fedme, opplevde jeg ofte allmennmedisinske kolleger som litt for billig og lettvint forkynte «spis mindre, løp mer» eller «de gidder jo ikke. De viste en mangel på forståelse av betingelser for helseproblemer i en større sammenheng.

– Det er mange helseproblemer som ikke kan forstås uten et større blikk. Som fastlege sitter du mellom barken og veden, f.eks. ved sykemelding. Og det er «pasientens helsetjeneste», men ingen ryggdekning fra departementet når Forbrukerrådet går over stag! Men det er ikke alle kolleger som identifiserer seg med allmennmedisinske samfunnsoppdrag. Fastlegen fungerer ikke som en aktør i kommunehelsetjenesten hvis vi tenker at «dette er mitt lille kontor på mitt lille hjørne som jeg kan drive nøyaktig som jeg vil.» Både i kraft av min utdanning og mitt fag, og gjennom min avtale med kommunen og min plass i den offentlige helsetjenesten, har jeg et samfunnsoppdrag. Det er ikke bare opp til meg å bestemme eller drive min business som best jeg kan. Vi må også se vår plass og vårt ansvar i det systemet vi er en del av.

Kommunenes rolle i forskningen

UTPOSTEN: Det etterlyses et kunnskapsløft ute i kommunene. Hvordan kan vi som leger bidra til å skape en kunnskapskultur ute i kommunene?

– For det første handler dette om finansiering av forskning. I dag er helseforetakene den største kilden til medisinsk forskningsfinansiering. Det er ikke bare lovpålagt for dem å forske, de har også plikt til å sørge for prosentvis avsetning av hvert års budsjett. Er du ansatt i et foretak, har du mye større sjanse til å få forskningsmidler enn om du ikke er ansatt i et foretak. Sånn sett er millionene fra det allmennmedisinske forskningsfondet småpenger. Det er også slik at forskningsprogrammene i Norges forskningsråd sikter seg inn mot forskning med en annen profil enn den allmennmedisinske forskningen. F.eks. store RCT-studier og registerstudier. Vi kan ikke gå til Røst kommune og si at de må sette av en prosentandel av kommunebudsjettet til å drive forskning – det sier seg selv, det er ikke veien å gå. Vi som leger kan ikke endre dette – noen må skjære gjennom den knuten på politisk nivå.

– For det andre får vi nå Praksisnett, altså



På hytta på Fedje utenfor Bergen lader Kirsti batteriene med lesing, TV-serier, litt skriving, turgåing og – ikke minst – fisking.

forskningsnettverk i allmennmedisin. Dette er et stort og viktig løft, og kan bidra til mer pasientnær forskning. Det vil sikre infrastruktur, datakilder, personvern og rekrutteringsgrunnlag. Allmennlegene som er med i Praksisnett gjør det ikke som påtvunget dugnad på overtid, men får lønn for å levere data og medvirke til kunnskapsutvikling. Det er et stort gjennombrudd for allmennmedisinsk forskning.

Kvalitetstid på hytta på Fedje

UTPOSTEN: Helt til slutt; hva skal du gjøre når du blir pensjonist?

– Jeg har mye hyggelig og spennende å gjøre, som jeg allerede gjør en god del av. Gode venner, besøk i inn- og utland, hytte på Fedje nord for Bergen. Der kan jeg fiske og gå på tur. Jeg tenker meg om, ser sløve serier på TV, og jeg liker å lese. Og det kan jo være jeg fortsetter å skrive på noe også, men når jeg går av med pensjon begynner

jeg på et nytt livskapittel. Jeg tror det blir en fin fortsettelse. Tyngdepunktet blir et annet, men livet mitt blir ikke så veldig annerledes av den grunn.

UTPOSTEN: Når du er på hytta og fisker, hva foretrekker du da: ti småfisk eller én stor?

– Én stor, ville jeg ha!

3 PÅ TAMPEN

UTPOSTEN: Til slutt 3 kjenner. Hva ville du brukt i analysearbeidet, Nvivo, MindManager, Excel eller papirark?

KIRSTI: Papirark! Jeg har prøvd alle de andre også, men vender alltid tilbake til papir.

UTPOSTEN: Om du skulle valgt et annet yrke; bonde, kokk eller dataingeniør.

KIRSTI: Ingen av dem har appell til meg. Kanskje kunne jeg blitt journalist, snekker eller bibliotekar.

UTPOSTEN: Facebook, Snapchat eller Twitter?

KIRSTI: Facebook. Jeg har en 5 minutters hyggestund på Facebook hver dag.

Allmenn- og samfunnsmedisin – sammen for bedre folkehelse

■ MARIT HERMANSEN • President i Den norske legeforening

Legeforeningen er opptatt av at kommunene skal være en strategisk partner som utvikler helse-tjenestene og folkehelsearbeidet i samarbeid med egne fagfolk.

«90/10-regelen» om at forutsetningene for god helse finnes hovedsakelig utenfor helsetjenesten, er fortsatt gyldig. Men helse-tjenestens muligheter for å bedre helsen hos den enkelte har økt betydelig, både gjennom forebygging og behandling. Vi ser imidlertid at sykdom og uhelse er skjevfordelt i befolkningen og øker med økende sosial ulikhet. Allmennleger og samfunnsmedisinere må samarbeide om å motvirke denne utviklingen, og sørge for at de som trenger helsetjenestene mest, også får mest. Samtidig må helsetjenesten «skrive sitt fag», for å påvirke politiske valg og samfunnsplanlegging.

Hvilken kunnskap trenger allmennleger og samfunnsmedisinere?

- ❶ Samfunnsmedisinere trenger kunnskap om sammenhengen mellom samfunnsforhold og helse, og hvordan kunnskapen om folkehelse i egen kommune kan brukes i praktisk samfunnsmedisinsk arbeid.
- ❷ For å bedre helsetilbud til kronisk syke, trenger allmennlegene kunnskap om behandling av multimorbiditet. Retningslinjer for kronisk sykdom bygger i stor grad på forskning på enkeltsykdommer,

mens kronisk sykdom i praksis ofte opptrer samtidig med flere sykdommer.

- ❸ Allmennlegene trenger mer kunnskap om egen populasjon som kan brukes til å motvirke at kronisk syke og innbyggere med høy sykdomsrisiko faller utenfor helsetilbudet.
- ❹ Allmennlegene trenger kunnskap om systematisk forbedringsarbeid i egen praksis.

Vi trenger god ledelse i kommunen

Legeforeningen er opptatt av at kommunene skal være en strategisk partner som utvikler sine helsetjenester i samarbeid med egne fagfolk. Dette krever at kommunene satser på å utvikle ledelsen av sine medisinske tilbud. Mens ledelse av pleie- og omsorgstjenestene i kommunene har utviklet seg betydelig etter at lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft i 1984, har ledelsen av det medisinske tjenestetilbudet i all hovedsak stått stille, og blitt ytterligere fragmentert i takt med en økende kompleksitet.

Hva består kommunens medisinske tilbud av? Det kan være klargjørende å dele kommunenes helse- og omsorgstjenester i tre kategorier:

- Folkehelsetiltak
- Pleie- og omsorgstilbud
- Medisinske tilbud

Ansvar for folkehelsetiltak i kommunen ligger etter folkehelseloven fra 2011 under rådmannen. Loven beskriver at kommuneoverlegens rolle er å være rådgiver. Kom-

muneoverlegen skal gi oversikt over folkehelseutfordringer og gi faglig baserte råd om utvikling. Samarbeid med kommunens etater for miljøvern og ingeniørteknikk, skoler, barnehager og flyktningtjenester er sentralt.

Kommunenes medisinske tilbud kan defineres som tjenester som har som hovedformål å tilby individrettet forebyggende og helsefremmende helsearbeid, samt diagnostikk og behandling, (re)habilitering, inklusive henvisning til spesialisthelsetjenesten ved funn av behandlingstrengende tilstander som ikke kan håndteres av det kommunale tjenestetilbudet når det er nødvendig.

Listen over virksomheter eller tjenester i kommunene som faller innenfor dette er lang, og illustrerer godt kompleksiteten i det kommunale medisinske tilbudet: Helsestasjon, helsestasjon for ungdom, skolehelsetjeneste, frisklivssentraler, legevakt, fastlegekontor, fysioterapi, psykiske helsetilbud/kommunepsykologer, fengselshelsetjeneste, flyktninghelsetjeneste m.m. Det utføres medisinske tjenester også i omsorgstjenesten, f.eks. av leger i sykehjem, fysioterapeuter i sykehjem og i hjemmetjenester, demens-team o.l. Kommunenes omsorgstilbud og medisinske tilbud er i dag i ulik grad vevet i hverandre, og variasjonen i organisering mellom kommunene er stor. Et fellestrekk er imidlertid at det i hovedsak ikke er medisinsk kompetanse i ledelseslinjen, og at øverste leder har et stort og komplekst ledelsesområde, hvor omsorgstjenester får det meste av oppmerksomheten i kraft av stor finansiell og personellmessig tyngde.

Legeforeningen har derfor tatt til orde for



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

at kommunene må utvikle en ny helselederrolle for kommunens medisinske tjenester utover dagens kommuneoverlegerolle som medisinskfaglig rådgiver. Denne helselederen må ha en formell lederrolle, være medlem av topplederarenaen i kommunen og ha høy medisinsk kompetanse. En tydelig medisinsk linjeledelse vil bidra til en mer samordnet helsetjeneste. I tillegg kan ressursene prioriteres riktigere for å gi mer kostnadseffektive og likeverdige tjenester. Høy medisinsk kompetanse er viktig for å utøve god helseledelse. Kommunene må derfor gjøre medisinske lederstillinger attraktive for leger med relevant erfaring og ledelseskompetanse. Først når kommunene har tatt spranget opp til å være profesjonelle forvaltere av medisinske tjenester, vil de også være i stand til å nyttiggjøre seg den kunnskap som deres leger besitter.

Mer avansert medisin

Behov for medisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten vil øke med etablering og utvikling av nye tjenestetilbud som kommunale akutte døgnplasser og kommunale rehabiliteringstjenester. Trolig vil øyeblikkelig hjelp i økende grad flyttes ut av sykehusene, og dette vil stille nye krav til akuttmedisinsk kompetanse tidlig i den akuttmedisinske kjeden.

Kompleks og kronisk somatisk og psykisk sykdom med behandlings- og rehabiliteringsbehov vil også i økende grad flyttes ut av sykehusene og stille krav til høy medisinsk- og rehabiliteringsfaglig kompetanse. Slike tjenester skal ofte leveres i tett samarbeid med omsorgstjenestene, men er egne fagområder hvor presis diagnostikk og riktig behandling er like viktig som god funksjonskartlegging for å bedre

funksjonsnivå og redusere omsorgsbehov.

Fremtidens primærhelsetjeneste vil kreve leger som også kan arbeide i team og som har avsatt tid og har vilje og kvalifikasjoner til å bidra i utformingen og evaluering av tjenestesystemet i kommunene, slik at innbyggerne kan oppleve sammenhengende tjenester. Den nye primærhelsetjenesten vil kreve betydelige investeringer i utvikling av digital infrastruktur, medisinsk-teknisk utstyrsnivå og koordinering mellom tjenesteytere.

Populasjonshelse og folkehelse

Begrepet populasjonshelse («population health management») er kraftig i vinden internasjonalt, og har også vakt interesse hos våre hjemlige helsemyndigheter. Forenklet sagt handler dette om å gi en helsetjeneste-

leverandør ansvar for all helsetjeneste for en definert populasjon, gjerne innenfor et rammebudsjett. Da har man en modell hvor én organisasjon («accountable care organisation» – ACO) overtar all risiko for kostnader med medisinsk behandling for populasjonen, enten det gjelder primærhelsetjeneste eller spesialistbehandling og sykehusinnleggelser. En ACO kan f.eks. selv levere bare primærhelsetjenester, og kjøpe spesialisthelsetjenester, som man da søker å redusere bruken av ved å optimalisere sitt primærhelsetilbud.

I befolkninger som ikke har hatt tilgang til adekvate primærhelsetjenester, kan man raskt oppnå betydelig reduksjon i bruk av sykehussenger når diabetes, hypertensjon og hjerte- og karsykdommer håndteres bedre. Modellen har derfor skapt begeistring i USA, og digitale beslutningsverktøy som beregner fremtidig risiko for helsesvikt hos innbyggerne og predikerer hvor innsatsen bør settes inn har vist seg nyttige i denne sammenhengen. Det er således sterke markedskrefter som konkurrerer om å ta ut en økonomisk og helsemessig gevinst i en underutviklet helsetjeneste hvor det ikke har vært «equal and free access at the point of care».

Har populasjonshelsetenkningen en plass i Norge?

Norge har i internasjonal sammenheng meget god tilgjengelighet til helsetjenesten for hele befolkningen uavhengig av sosioøkonomisk status, og vi har en velutviklet primærhelsetjeneste hvor tre av fire borgere ser sin fastlege hvert år, og nærmest hele befolkningen er sett av sin fastlege over en treårsperiode.

Langt kommet ubehandlet type 2 diabetes er for eksempel blitt en sjelden tilstand de siste 20 årene, mens volumet av pasienter som fastlegen vet er i risikozonen er stort. Norge har meget gode resultater på sentrale folkehelseindikatorer som spedbarnsdødelighet og maternell dødelighet, meget god effekt av livmorhalsscreening, høyt opptak av mammografi, meget lave aborttall, stadig fallende forekomst av daglig røyking m.m. Antallet sykehussenger pr. 1000 innbyggere er lavt i et OECD-perspektiv, og liggetiden er blant Europas korteste. Vi har derfor trolig tatt ut det aller meste av gevinstene, men med andre virkemidler enn ACOs-er og populasjonshelsemetodikk. Effekten av en populasjonshelsestrategi i Norge vil derfor trolig være relativt marginal målt både på pasientutkomme og samfunnsøkonomisk nytte.

Hva bør vi gjøre?

I Norge vil en styrket fastlegeordning som samarbeider godt med både pasientene, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten være vårt viktigste verktøy for å bedre folkehelsen (1). Det må skje gjennom god individrettet forebygging og behandling som når flest mulig, sammen med en kunnskapsbasert og aktiv folkehelsestrategi i den enkelte kommune, hvor medisinske premisser for hva som er nyttig og effektivt må forankres i en helseledelse som arbeider nær rådmannen.

Norsk forening for allmennmedisin peker i sitt policydokument for forebyggende helsearbeid (2) på at det forebyggende helsearbeidet må legge sterkest vekt på tiltak på samfunnsnivået og befolkningsrettede strategier, mindre på sykdomsrettede og individuelt primærforebyggende strategier. Innsikten i betydningen av gode relasjoner for individets helse er fundamental. Det er grunnleggende å arbeide for et samfunn hvor folk flest møtes med respekt og derigjennom lærer selvrespekt. God skole, barnehage- familie- og integreringspolitikk er vesentlig. Et av de viktigste forebyggende tiltak er å sikre barn en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne, og derigjennom forebygge en vesentlig del av psykisk og fysisk uhelse gjennom livsløpet.

Fastlegene bør ha spesiell oppmerksomhet på personer som har eller kan forventes å ha betydelig økt risiko for fremtidig alvorlig sykdom, og særlig overfor mennesker som har opplevd eller opplever omsorgssvikt, traumer og krenkelser. Fastlegene må trekke inn hjelp fra andre instanser ved behov.

Fastlegens portnerrolle (3) er en hjørnestein i arbeidet med diagnose og behandling av sykdom. Portnerfunksjonen var viktig ved innføringen av fastlegeordningen. I ettertid har det vært en avtagende interesse for denne rollen fra myndighetenes side, mens direkte tilgjengelighet til ulike nisje-helsetjenester har rykket opp på den politiske dagsorden. Legeforeningen har derfor undersøkt om fastlegens portnerfunksjon fortsatt forsvaret sin plass, og om den bør moderniseres. Rapporten *Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner*, ble publisert i desember 2017. Oppdatert kunnskap viser at fastlegens portnerrolle er bra for både økonomien og helsen, men at portnerens rolle bør styrkes og moderniseres for å møte morgendagens utfordringer i en aldrende befolkning hvor stadig flere lever med mange samtidige sykdommer og ulike grader av funksjonssvikt.

Hvilke tiltak innenfor helsetjenesten bør vi satse på?

- 1 Samfunnsmedisinske nettverk på tvers av kommuner kan støtte ideskapning og samarbeid om forskning og utviklingsarbeid.
- 2 Klinisk forskning i allmennmedisin som gir oss kunnskap om multimorbiditet, krever samarbeid mellom mange sentra. Norges Forskningsråd har bevilget midler til forskningsnettverk som vil kunne levere etterspurt kunnskap. Kommunene bør stimulere sine fastleger til å delta.
- 3 Senter for kvalitet i legekontor (SKIL), som eies og drives av Legeforeningen, tilbyr løsninger for uttrekk av data fra egen elektronisk journal. Rapportene som genereres gir legene oversikt over egen praksis. Pasienter med særlige behov for oppfølging og samarbeid kan identifiseres. Rapportene gir kommunen oversikt over omfanget av pasienter med oppfølgingsbehov, og kan utvikles til å gi nytte for kommuneoverlegens arbeid med folkehelseiltak.
- 4 SKIL tilbyr desentraliserte kurs hvor legene lærer å bruke rapportene som utgangspunkt for forbedringsarbeid. SKILs aktivitet kan gi kunnskap om hva slags tiltak som er mest nyttige for å forbedre helsetjenesten.
- 5 Forskningsnettverk kan drive prosjekter som gir nyttig helsetjenestekunnskap, f.eks. i samarbeid med SKIL.

Norge bruker meget små ressurser til forskning og utvikling i kommunal helsetjeneste sammenlignet med spesialisthelsetjenesten. Det kreves solide statlige grep for å finansiere og koordinere nødvendig kunnskapsoppbygging i førstelinjen, med utsikt til enda større gevinst.

Vi må ønske oss en utvikling hvor kommunehelsetjenesten utvikles fra å være hovedsakelig tjenesteproduserende, til også å bli en arena for medisinsk forskning, kontinuerlig kvalitetsarbeid og innovasjon. Der dette skjer, vil faglig nysgjerrighet og entusiasme fremme ikke bare folkehelsen, men også rekruttering, trivsel og stabilitet.

REFERANSER

1. Pasientens primærhelsetjeneste må ledes. Legeforeningen 2017. <https://legeforeningen.no/PageFiles/317106/Pasientensprosent20primærhelsetjenesteprocent20måprocent20ledes.pdf>
2. Forebyggende helsearbeid, NFA 2011. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Fagdokumenter/Policydokument-forebyggende-helsearbeid-2011/>
3. Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner. Legeforeningen 2017. <http://legeforeningen.no/PageFiles/317122/Riktigprosent20diagnoseprosent20tilprosent20rettprosent20tid.pdf>

Uheldig legemiddelbruk – en moderne epidemi

■ GUNHILD NYBORG • Postdoktor, OUS Rikshospitalet, Klinikk for kirurgi, inflammasjonsmedisin og transplantasjon, Seksjon for revmatologi

Resultatene fra en ny phd viser at omfanget av potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk hos eldre i Norge er svært omfattende, både hos hjemmeboende eldre og hos sykehjemsbeboere. Legemiddelgjennomgang, med fokus på mulighet for nedforskrivning, bør være en prioritert oppgave hos fastlegen og sykehjemslegen dersom vi skal motvirke en økende legemiddelbyrde hos den eldre del av befolkningen.

Fra omkring siste halvdel av forrige århundre og til i dag har vi sett en revolusjon innenfor farmakologien, med stadig flere medikamentelle intervensjonsmuligheter mot stadig flere sykdommer og plager. Samtidig rammer multimorbiditet to av tre over 65 år (1). Dette har ført til en utvikling der den eldre delen av befolkningen bruker stadig flere legemidler.

Farer ved legemiddelbruk

Eldre er spesielt utsatt for bivirkninger og interaksjoner fra legemiddelbruk grunnet aldersfysiologiske endringer, som redusert nyre-, sanse- og kognitive funksjoner og endret farmakodynamikk og -kinetikk. Men det som gjør vondt verre, er at eldre på grunn av alt det ovenstående ofte har vært ekskludert fra kliniske legemiddelutprøvinger. De eldre passer ikke inn i standardiserte betingelser.

Det er omtrent 1000 ulike virkestoff (ATC-koder) i Felleskatalogen, og individuell variasjon med henblikk på komorbiditet og organfunksjon er mye større. Det er statistisk rett og slett ikke mulig å gjøre legemiddelforsøk der man tester alle ulike former for legemiddelkombinasjoner ved alle ulike former for komorbiditet. Kliniske legemiddelutprøvinger har i tillegg ofte fokusert mer på effekt av legemidler enn på bivirkningene. Evidensgrunnlaget for nytte-kostnadsforholdene ved realistisk legemiddelbruk hos eldre er dermed ganske sparsomt, selv om man de senere år har forsøkt å bøte noe på dette med spesielt målrettede studier.

Det er likevel ingen tvil om at legemiddelbruk har bidratt til økende gjennom-

snittlig levealder og bedre livskvalitet for mange, spesielt i den eldre delen av befolkningen.

Men enkelte legemidler, eller kombinasjoner av legemidler, har spesielt stor risiko for bivirkninger eller negative interaksjoner hos de eldre. Når risikoen ved legemiddelbruk er antatt å overstige nytten, har vi det vi kaller «potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk». Det er utviklet flere sett med kriterier for slik potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk. I Norge kom de første slike kriteriene i form av NORGEK-kriteriene, publisert i 2008 (2).

Som fastlege og sykehjemslege i flere kommuner i Finnmark, Akershus, Oslo og Østfold observerte jeg at legemiddelbruk kunne ha stor betydning i både positiv og negativ effekt hos de eldre. Jeg syntes også det var store individuelle variasjoner mellom den enkelte leges forskrivningspraksis, en ikke unaturlig konsekvens av en mangel på evidens og retningslinjer på området. I arbeidet med denne avhandlingen, utgående fra Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo, fikk jeg gjøre et dypdykk i dette temaet.

Potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk hos hjemmeboende eldre

Første artikkel (3) i doktorgraden er en farmakoepidemiologisk studie basert på data fra Reseptregisteret. Vi hadde data på alle forskrivninger til alle hjemmeboende eldre i hele Norge, fra alle forskrivere utenfor institusjon, for hele 2008, til sammen i underkant av 11,5 millioner resepter fra 24 540 forskrivere til 445 900 eldre over 70 år, 88,3 prosent av befolkningen i den al-

dersgruppen. Vi utviklet et dataprogram som analyserte disse forskrivningene opp mot de 36 NORGEK-kriteriene. Resultatet var at mer enn en av tre (34,8 prosent) av de eldre fikk minst en potensielt uhensiktsmessig forskrivning i løpet av 2008. Risikoen var større for kvinner enn for menn, med en alderskorrigert odds ratio på 1.60 (99 prosent K.I. 1,58–1,64). 60 prosent av de potensielt uhensiktsmessige forskrivningene representerte psykotrope medikamenter, dvs. legemidler i gruppen benzodiazepiner, hypnotika, antipsykotika, antidepressiva og opioider. 20 prosent av populasjonen brukte mer enn 10 ulike farmakologiske substanser (ATC-koder) i løpet av året, og i denne gruppen hadde 2/3 minst en potensielt uhensiktsmessig forskrivning.

Dataene inneholdt ikke informasjon om medisiner forskrevet fra leger i sykehus og sykehjem, men fra spesialister utenfor sykehus, allmennleger og legevaksleleger. Likevel kunne vi konkludere at en tredjedel av den norske hjemmeboende befolkningen over 70 år var berørt av dette.

Utviklingen av NORGEK-NH-kriteriene for potensielt uheldig legemiddelbruk i sykehjem

Artikkel to (4) i avhandlingen omhandler en stor tre-runders konsensusprosess med Delphi-metoden. For sykehjemssektoren fantes ingen kriterier for uhensiktsmessig legemiddelbruk foruten Beers-kriteriene for sykehjem, utviklet i USA i 1991 (5). Disse var lite relevante for norske forhold, også fordi legemiddelbruken varierer en del mellom ulike land, spesielt når det gjelder psykofarmaka. En del av legemidlene på Beers liste har ikke vært i bruk i Norge.

Vi fikk med 80 deltakere i vår konsensusprosess; sykehjemsleger, kliniske farmakologer, geriatere og erfarne farmasøyter. Forfatterne av artikkelen fungerte som fasilitatorer og utarbeidet det opprinnelige forslaget til 27 kriterier for potensielt uheldig legemiddelbruk i sykehjem, basert på NORGEK-kriteriene, litteratursøk og våre

bruk hos eldre



ILLUSTRASJONSTO: COLUMBROX

egne kliniske erfaringer. Hele undersøkelsen foregikk anonymt via et nettbasert surveyverktøy. Deltakerne fikk oppgitt en begrunnelse for hvert kriterium, samt to eller flere aktuelle referanser. De skulle score den kliniske relevansen av hvert kriterium på en skala fra én til ti. I tillegg kunne de komme med kommentarer og forslag til nye kriterier. På grunnlag av deltakernes forslag i første runde ble sju nye kriterier lagt til.

49 av deltakerne fullførte alle tre rundene. Av disse var 25 sykehjemsleger. Ingen av de foreslåtte kriteriene ble stemt ut. Konsensus økte for hver runde. Vi gjorde også en undersøkelse hvor vi delte deltakerne inn i grupper etter bakgrunn. Vi fant at den endelige listen ville blitt uendret om vi kun hadde invitert sykehjemsleger, eller kun farmasøyter og leger med bakgrunn fra sykehus. Det endelige resultatet av prosessen var NORGE-NH-kriteriene for potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk i sykehjem. NORGE-NH består av tre deler: Del A består av 11 kriterier for potensielt uheldige enkeltlegemidler. Del B består av 15 potensielt uheldige legemiddelkombinasjoner. I tillegg kommer Del C. Dette er medikamenter som ikke nødvendigvis er uheldige i seg selv, men der det er viktig å gjøre fornyet vurdering av om behovet fortsatt er tilstede. Her inngår ulike legemiddelgrupper, blant annet forebyggende medisiner og medisiner mot affektive symptomer. Disse kriteriene kalte vi «Deprescribing criteria», eller «Nedforskrivningskriterier».

Delphirundene var en omfattende prosess. Delphimetoden er en strukturert kommunikasjonsteknikk som opprinnelig ble utviklet for å forutse nye krigsstrategier under den kalde krigen, hvor et panel med eksperter besvarer spørsmål som det ikke finnes vitenskapelig evidens for. En fasilitator lager undersøkelsen og behandler svarene, som er anonyme. En fordel med metoden er at alle deltakernes syn veier like tungt, uavhengig av posisjon. Det er en måte å samle det som finnes av erfaringsbasert kunnskap når det finnes utilstrekkelig med evidens.

Under Delphirundene bidro deltagerne med mange kommentarer og forslag, og la ned en betydelig arbeidsinnsats underveis. Vi er veldig takknemlige for innsatsen! Kriteriene ligger tilgjengelig ute på <http://www.forskningsenheten.no/norge-nh-kriteriene/>, både den fullstendige versjonen med referanser, og en noe forenklet kortversjon til bruk for travle sykehjemsleger.

Potensielt uheldig legemiddelbruk hos sykehjemsbeboere i Vestfold etter NORGE-NH-kriteriene

Til artikkel 3 (6) i avhandlingen ble det naturlig å ta de nyutviklede NORGE-NH-kriteriene i bruk. Vi fikk tilgang til kliniske data og uttømmende legemiddelinformasjon, inkludert behovsmedisiner, for 881 deltakere ved en studie om innføring av intravenøs antibiotika- og væskebehandling

ved sykehjem i Vestfold (7). Deltakerne var inkludert i den opprinnelige intervensjonsstudien fordi de trengte behandling med peroral eller intravenøs antibiotika eller væske. Beboere uten legemiddellister ble ekskludert i vår undersøkelse.

Vi fant at 43,8 prosent av beboerne i studien fikk minst ett potensielt uheldig legemiddel i henhold til NORGE-NH-kriterienes del A+B. Dersom vi også inkluderte kriteriene i Del C fant vi at 92,7 prosent av beboerne brukte legemidler som bør overvåkes. 69,7 prosent av beboerne brukte minst ett psykotropt legemiddel fast, og 14,5 prosent brukte samtidig tre eller flere psykotrope legemidler på fast basis.

Også for sykehjemsbeboerne fant vi at risikoen for uheldig legemiddelbruk var høyest hos kvinnene, med en odds ratio på 1,6 også her. Når vi kun så på samtidig bruk av tre eller flere psykotrope legemidler var odds ratio for kvinner 1,8. Vi gjorde også analyser der vi kun så på beboere i langtids- og demensavdelinger. For disse beboerne var odds ratio for samtidig bruk av tre eller flere psykotrope medikamenter 2,9 for kvinner i forhold til menn. Alle tall er aldersjustert.

Beboere som hadde best bevart funksjonsnivå målt ved Activities of Daily Living (ADL) brukte mer psykotrope legemidler enn de med dårligst funksjon. Vi undersøkte ikke årsaker til dette i vår studie, men vi fant grunn til å mistenke at en del av dette dreide seg om off-label medisiner av nevropsykiatriske symptomer og uro ved de-

mens. Vi fant også at bruken av tre eller flere psykotrope medikamenter økte risikoen for fall i forløpet av en infeksjonssykdom eller dehydreringsepisode. I denne regresjonsanalysen korrigerte vi også for ADL, og det så dermed ut til å være en reell økt fare for fall hos de som brukte flere psykotrope medisiner fast, uavhengig av hvor oppegående de var. Dette er i tråd med det man har funnet i andre studier.

Viktige begrensninger ved resultatene

NORGE og NORGE-NH er begge eksempler på såkalte eksplisitte kriterier for uhensiktsmessig legemiddelbruk. Slike kriterier tar utgangspunkt i selve legemiddelet – eller kombinasjonen av bestemte legemidler – og den vanligste indikasjonen for bruk. Det betyr at man ved bruk av slike lister systematisk «skyter litt over mål». Et eksempel er bruken av diazepam. Dette preparatet er generelt ikke anbefalt brukt til eldre fordi man kan se økt halveringstid, på opptil 100 timer, i denne populasjonen. I våre studier er all bruk av diazepam regnet som potensielt uhensiktsmessig. Imidlertid er diazepam også «drug of choice» for å kupere epileptiske anfall. De som har fått preparatet på denne indikasjonen kan ikke sies å være uhensiktsmessig behandlet. Likedan kan man argumentere for at den lange halveringstiden for diazepam kan være en ønsket effekt ved behandling av uro i terminalfasen.

Dette betyr at den «ønskede» raten av potensielt uhensiktsmessige forskrivninger målt ved denne metoden alltid må ligge et stykke over null, og vi kan ikke med denne metoden si nøyaktig hvor dette «ideelle» nivået ligger. I tillegg vil det «ideelle» nivået variere mellom ulike pasientpopulasjoner, avhengig av alder og sykdomshet. Det er derfor man er så nøye med å si at dette dreier seg om potensielt uhensiktsmessig legemiddelbruk.

Dette er viktig å vite for alle som skal ta i bruk slike kriterier i kvalitetssikring. Man bør være forsiktig med å sammenlikne praksis fra forskjellige forskrivere direkte. Bruk av lister med eksplisitte kriterier må aldri erstatte klinisk skjønn. Bruken av legemidler på disse listene kan godt være hensiktsmessige i det enkelte tilfelle. Men man bør kjenne til disse listene, og være ekstra oppmerksom på mulige negative konsekvenser dersom man velger å forskrive legemidler herfra.

Likevel: Med så høye tall som er avdekket i arbeidet til denne avhandlingen, mener jeg det er grunnlag for å si at uheldig legemiddelbruk hos eldre med rette er blitt en moderne epidemi.

Kliniske og praktiske implikasjoner

Avhandlingen viser behovet for økt industriavhengig forskningsinnsats på forholdet mellom nytte og risiko ved legemiddelbruk hos eldre.

Vi har ikke sett på mulige forklaringsmodeller for kjønnsforskjellene som denne avhandlingen har avdekket. Her er det behov for videre studier.

Man kan argumentere for at bruken av retningslinjer basert på enkelt diagnoser, som man i dag baserer mye av forskrivningsvurderingene på, ikke alltid er velegnet ved forskrivning til den eldre, multisyke pasienten. Det foreligger noe evidens for at vi nå har nådd et nivå på legemiddelbruk som er så høyt at en generell nedforskrivning, det vil si reduksjon av legemidler per se, kan gi økt livskvalitet med få bivirkninger og liten risiko i populasjoner med polyfarmasi (8, 9). Dee Mangin har kalt dagens praksis for en «Procrustean approach» (10), med referanse til gresk mytologi og kjempen Prokrustes. Prokrustes inviterte reisende til å overnatte i jernseng i sitt herberge. Var gjestene for korte for sengen, strakk han dem så de passet. Og var de for lange, amputerte han bena deres. De gamle og syke i vår befolkning passer ikke alltid til sengens lengde. Det kan kanskje være å foretrekke å følge en mer personorientert tilnærming i disse tilfellene.

Hva kan vi gjøre?

Fastleger og sykehjemsleger sitter på mye ikke-medisinsk kunnskap om sine pasienter, og er i en unik posisjon til å kunne vurdere pasientenes ønsker og prioriteringer opp mot medisinsk behov. De kan også følge opp pasientene etter seponering eller endring av legemidler. En take-home message fra dette arbeidet er at legemiddelgjennomgang bør prioriteres hos alle eldre pasienter. Gode legemiddelgjennomgang inneberer vurdering av om indikasjon fortsatt er tilstede. Min erfaring er at dette kan være tidkrevende arbeide, men der dypdykk ofte betaler seg godt. Om man etterspør epikriser fra spesialistkonsultasjoner fra den gang medikamentet ble innsett, finner man ikke helt sjelden at det dreide seg om forsøksbehandling på en noe usikker indikasjon. Da er det ikke vanskelig å seponere. Slikt arbeide gjøres best i konsultasjoner som er dedikert til legemiddelgjennomgangen og ikke som «hale» på en ellers hektisk konsultasjon. Det er viktig at sykehjemslegenes arbeidsdag er innrettet slik at man har kapasitet til også å utføre denne ikke-akutte oppgaven tilfredsstillende.

Det er i dag en risiko for at mange eldre bærer en ekstra byrde i sine liv, i form av bivirkninger fra legemiddelbehandling som er vanskelige å erkjenne for både bruker og forskriver. Ved å ta en aktiv tilnærming til de eldre legemiddelbruk og seponere legemidler som ikke lenger er nødvendige, kan vi bidra til å redusere denne risikoen.

Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic. Two Pharmacoepidemiological Observational Studies among Elderly Living at Home and in Nursing Homes and a Three-Round Delphi Consensus Process for the Development of the NORGE-NH Explicit Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Elderly Nursing Home Residents. Disputas ved Gunhild Alvik Nyborg, Universitetet i Oslo, 19. januar 2018. Hele avhandlingen ligger på <https://www.duo.uio.no/handle/10852/59598>.

REFERANSER:

1. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet*. 2012; 380(9836): 37–43.
2. 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. A modified Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2009; 27(3): 153–9.
3. Nyborg G, Straand J, Brekke M. Inappropriate prescribing for the elderly – a modern epidemic? *Eur J Clin Pharmacol*. 2012; 68(7): 1085–94.
4. Nyborg G, Straand J, Klovning A, Brekke M. The Norwegian General Practice–Nursing Home criteria (NORGE-NH) for potentially inappropriate medication use: A web-based Delphi study. *Scand J Prim Health Care*. 2015; 33(2): 134–41.
5. 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(9): 1825–32.
6. Nyborg G, Brekke M, Straand J, Gjelstad S, Romoren M. Potentially inappropriate medication use in nursing homes: an observational study using the NORGE-NH criteria. *BMC Geriatr*. 2017; 17(1): 220.
7. Romoren M, Gjelstad S, Lindbaek M. A Structured Training Program in Intravenous Treatment with Fluids and Antibiotics in Nursing Homes: A Step-Wedge Cluster-Randomised Trial to Reduce Hospital Admissions. Submitted. 2017.
8. Garfinkel D, Mangin D. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults: addressing polypharmacy. *Arch Intern Med*. 2010; 170 (18): 1648–54.
9. Iyer S, Naganathan V, McLachlan AJ, Le Couteur DG. Medication withdrawal trials in people aged 65 years and older: a systematic review. *Drugs Aging*. 2008; 25(12): 1021–31.
10. Mangin D. Adherence to evidence-based guidelines is the key to improved health outcomes for general practice patients: NO. *J Prim Health Care*. 2012; 4(2): 158–60.

■ G.A.NYBORG@MEDISIN.UIO.NO

Hvorfor snuser unge mennesker? *En kvalitativ studie.*

■ ASTRI MEDBØ¹, MAJA-LISA LØCHEN¹, INA LUNDBERG², TRUDE HANSEN³, MAJA STEIN EILERTSEN², CARL EDVARD RUDEBECK¹

¹ Institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet, postboks 6959 Langnes, 9037 Tromsø | ² Universitetssykehuset Nord-Norge, 9038 Tromsø | ³ Indre Fosen kommune, 7100 Rissa

BAKGRUNN. Norsk ungdoms snusbruk har økt betydelig de siste årene. Vi undersøkte hvordan snusende ungdommer beskrev sine drivkrefter, erfaringer og holdninger til sitt snusbruk. Vi ønsket å forstå slik at vi kan påvirke til endring.

MATERIALE OG METODE. Det ble gjennomført en kvalitativ intervjustudie av tolv ungdommer som snuste og som gikk i 2. klasse på videregående skole.

RESULTATER. Ved snusdebut ble snus tilbudt av en de beundret, og nysgjerrighet og gruppetilhørighet var pådrivere. Ved fortsatt bruk søkte idrettsungdommene avkobling og gamene økt konsentrasjon. Skolen var en sentral arena for snusing. Kontroll over eget bruk ble sett på som viktig, og avhengighet var en ulempe. Høy pris og at det ser stygt ut opplevdes negativt. Kunnskap om skadevirkninger av snus hadde liten innvirkning på snusing.

KONKLUSJON. De snusende ungdommene opplevde mange fordeler ved å snuse, både positive sosiale og fysiske effekter, og de nedtonet helserisikoene. Avhengighet ble opplevd som et problem. Voksnes regler vedrørende snusing kan lett omgås. Det er viktig å redusere tilgjengeligheten ved høy snuspris og håndheving av loven om forbud mot tobakksbruk i skoletiden, for å redusere snusing. God og enhetlig informasjon fra helsemyndigheter er nødvendig. Snusens sterkt vanedannende effekter bør eksplisitt påpekes, da dette var noe ungdommene var spesielt bekymret over. Det er også nødvendig med mer kunnskap om jenters snusbruk.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX/RODIERST

Bakgrunn

Det er lov å selge snus til personer over 18 år i Norge, i motsetning til de fleste land innenfor EU. Snusbruken blant norsk ungdom har økt kraftig de siste årene. I 2016 oppga 19 prosent i alderen 16–24 år at de snuste daglig (21 prosent menn og 17 prosent kvinner), og i tillegg rapporterte sju prosent at de snuste av og til. Daglig snusing økte med åtte prosentpoeng siden 2008 (1). Samtidig falt andelen røykere i alle aldersklasser og spesielt blant de yng-

ste. Norge er det europeiske landet som har den laveste andelen 15–16-åringene som røyker, bare to prosent (2).

Det er dokumentert at snus kan gi skader på munnslimhinnen og øke risikoen for redusert fødselsvekt, prematur fødsel og dødfødsel (3). Samleanalyser har vist at det er sterke holdepunkter for at risikoen for kreft i bukspyttkjertel, munnhule og spiserør øker ved snusbruk, og noen studier har vist en økt risiko for kardiovaskulær død og type 2 diabetes ved snusbruk (4–6).

En snuser bruker snus gjennomsnittlig 14 timer pr. dag, og nikotinavhengigheten ved snusing er sterk (7).

Øverland og medarbeidere fant at snusbruk blant unge var klart assosiert med skolens holdning til bruk av tobakk (8). En streng holdning til tobakk bidro til redusert snusbruk blant elevene på skolen.

Det er få kvalitative studier av snusing blant ungdom. To kvalitative snusstudier med unge menn i USA og Sverige beskriver maskulin identitet, gruppetilhørighet og å

gjøre som sine forbilder når de snakker om grunner for å begynne med snus, gjerne i sammenheng med sportsutøvelser (9; 10). Felles for artiklene er sosial belønning som samhold, vennskap og respekt hos gutter de ser opp til, og nysgjerrighet på snus og dets effekter. De beskriver også at det er tøft å kunne stå imot kvalmen de fleste opplever med sin første snus, og derved fortsette å snuse. I tillegg kunne de bli møtt positivt av foreldre og kjærester fordi de i alle fall ikke røykte (9). I en fokusgruppe-studie blant svenske videregåendelever av Edvardsson og medarbeidere, hvor de kvinnelige informantene utgjorde en egen gruppe, fant de at jenter som snuser ønsket å skille seg ut og brukte snus til stressmestring (11). Guttene i studien mente at jenter som snuste var lite attraktive.

Formålet med denne kvalitative intervjuundersøkelsen var å få innsikt i hvilke drivkrefter som påvirker norsk ungdoms snusvaner. Vi har undersøkt hva ungdommene sier om hvorfor de begynner, hvorfor de fortsetter etter den første eksperimenteringen og hvilke refleksjoner de har om helseskader og det å slutte med snus, for å lære noe om hvordan vi kan begrense snusbruk hos ungdom.

Materiale og metode

Denne artikkelen bygger på en bacheloroppgave på femte studieår på medisinstudiet i Tromsø, som ble utført av tre studenter (IL, TH, MSE) (12) med AM, MLL og CER som veiledere. Etter endt oppgave har vi analysert resultatene videre og omarbeidet resultat og diskusjon i betydelig grad. Studentene utførte en kvalitativ intervjustudie av tolv ungdommer (tre jenter, ni gutter) i videregående

TABELL 1.
Oversikt over informantene med fiktive navn.

NAVN	FAG	ALDER (ÅR)	SNUS-TID (ÅR)
Per	Idrettsfag	17	2-3
Ivar	Idrettsfag	17	4
Sara	Idrettsfag	17	1*
Peder	Idrettsfag	17	1*
Ida	Yrkesfag	18	5
Karsten	Yrkesfag	17	1,5
Helene	Yrkesfag	18	2-3
Tobias	Yrkesfag	17	2-3
Truls	Yrkesfag	19	4-5
Knut	Studiespesialisering	17	2
Johannes	Studiespesialisering	18	2-3
Pål	Studiespesialisering	19	5-6

* ikke fast

TEMA	KATEGORI	SUBKATEGORI
Hvorfor begynner man å snuse?	Holdinger før debut: Påvirkning:	• Positiv • Nysgjerrig • Behov for gruppetilhørighet • Gruppepress • Forbilde
Hvorfor fortsetter man å snuse?	Positive opplevelse med første snus: Omstendigheter som gjør det enklere å snuse: Opplevde fordeler:	• Spennende • Rus-følelse • Tilgjengelighet • Aksept hos de voksne • Nedtoning av risiko • Gruppetilhørighet • Hjelpemiddel i hverdagen • Økt konsentrasjon • Avslappende • Ufarlig i forhold til røyking • Tidsfordriv • Selvstendighet
Hva taler imot snusing/ Grunner for å slutte?	Negative opplevelser med første snus: Omstendigheter som gjør det vanskelig å snuse: Ulemper	• Kvalme • Svimmelhet • Økonomi • Alder • Dårlig samvittighet • Hemmelighold • Ser stygt ut • Avhengighetsskapende • Abstinenser • Kontrollbehov • Tanker om helseskader

TABELL 2. Hvorfor begynne, fortsette eller slutte med snus? Oversikt over analyseresultatene.

skole i Tromsø høsten 2014, fra idrettsfag, studiespesialisering og yrkesfag. Intervjuene var semistrukturerte og analysemetoden var kvalitativ innholdsanalyse (13).

Rektorene ble kontaktet for å få en generell tillatelse til å intervju elevene. Ved to skoler ble elevene rekruttert uten lærer til stede ved at elevene ble spurt om de kunne og ville snakke med studentene om sitt snusbruk etter tilgjengelighetskriteriet (14). På den tredje skolen plukket rektor ut elevene. Planen var å intervju 15 ungdommer; fem fra hver skole. Vi fikk bare rekruttert 14 ungdommer og to av disse trakk seg. Dermed endte vi opp med tolv elever. Intervjuguiden ble utformet ut fra forskningsspørsmålet: «Hvilke omstendigheter er med på å påvirke unge mennesker til å begynne, fortsette og eventuelt slutte å snuse?» Intervjuene ble utført av medisinstudentene med båndopptaker på lukkede rom i skoletiden. Skriftlig samtykke ble innhentet på forhånd.

Alle intervjuene på hver skole ble gjennomført samme dag av en av de tre studentene med en annen student som bisitter på ett av intervjuene. Intervjuene ble transkribert fortløpende etter en mal (15), og studentene leste alle intervjuene i fellesskap og samarbeidet tett under transkriberingsfasen. Kvalitativ innholdsanalyse ble utført (13). Vi analyserte i fellesskap trans-

kriptet fram til midlertidige temaer og laget meningsenheter som ble kodet og gruppert i midlertidige subkategorier og kategorier. Videre i analysen vurderte vi disse midlertidige subkategoriene og kategoriene mot hverandre og mot de opprinnelige intervjuutsagnene til vi fant et dekkende resultat (TABELL 2). Forskningsspørsmålene innebar en kronologi som vi beholdt tematisk i resultatpresentasjonen. Analysen baserer seg i hovedsak på manifeste innhold, men noen subkategorier baserer seg på tolkninger eller latent innhold.

Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Nord-Norge vurderte at prosjektet falt utenom helseforskningsloven og ikke trengte deres godkjenning.

Resultater

Før snusdebuten står nysgjerrighet og antatte positive aspekter opp mot det man vet om ulemper. Når den første snusen legges under leppa blir det negative skjøvet til side. Når snusing blir en vane, innfris noen forventninger, og man blir klar over at snusing har mange opplevde fordeler. Snusens positive effekter blir motiv for å fortsette, samtidig som det finnes ulemper. Vi presenterer resultatene ut fra forskningsspørsmålets tre deler: Hvorfor begyn-

ne, fortsette eller slutte, med tilhørende kategorier og subkategorier, og med sitater for å belyse innholdet (TABELL 2).

Hvorfor begynte de å snuse?

Flere visste lite om snusing og hadde ønsket å prøve. De hadde ventet på muligheten og syntes det var kult.

PEDER: «Tenkte at når det er så mange som gjør det så må det være en grunn til det. Jeg ville finne ut av den grunnen».

Et fellestrekk var behovet for gruppetilhørighet og fellesskap. De fleste ble tilbudt snus fra forbilder som eldre venner eller søsken. Ønsket om bekreftelse og tilknytning virket sterkere enn holdningen om å ikke prøve snus.

KNUT: «Fordi gamere (en som spiller dataspill) de skal jo snuse, og jeg er jo en gamer. Det var noen som sa 'det er på tide' for jeg hadde gama med dem lenge og de hadde snust lenge. Det ligger litt i det, det er på en måte et 'requirement', at du skal snuse når du gamer.»

Hvorfor fortsatte de å snuse?

Om første opplevelsen var positiv, bidro det til ønsket om å fortsette, men var ikke nødvendig.

Informantene hadde ikke reflektert over hvorfor de ble faste snusere. «Det skjedde bare», sa mange. Alle rapporterte en rusopplevelse første gang de snuste. Flere forbandt snus nesten utelukkende med noe positivt som ga spenning og mersmak.

KNUT: «Ble skev som bare det. Jeg syns jo det er gøy å bli skev. Skev er når du får nikotin i blodet, jeg blir svimmel som bare det, du føler ikke den følelsen før du har prøvd. Og jeg så ting litt annerledes enn hva det skulle være. Det var nesten som å være i en litt høy tilstand. Åh, det her var gøy, må gjøre det igjen!»

Snusen fikk de tak i via eldre venner, og både lærere og foreldre kunne tillate snusing.

JOHANNES: «Lærerne sier jo ikke så mye, sier vel at du skal ta bort boksen eller ta ut av leppa hvis de ser det. Dem gidd vel ikke blande seg så mye.»

De fleste hadde reflektert over mulige helsekonsekvenser. Informasjonen kom fra media, foreldre og skole, men de tvilte på om dette var sant.

IDA: «Nei jeg prøver å styre unna å lese sånne der ting (...) jeg tror egentlig ikke så mye på sånne ting som står i avisa for eksempel. Det er så sykt overdrevet synes jeg at jeg prøver bare å styre unna. Så jeg har ikke lest noe egentlig.»

KNUT: «... Nei jeg føler nå, det er jo sikkert farlig, men det kommer sikkert ikke til å skje med meg... Jeg har nå aldri vært syk og jeg har nå alltid hatt godt immunforsvar så... Så det går seg til.»



Ungdommen i studien hadde liten motivasjon til å slutte med snus. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Gruppetilhørighet var viktig for identiteten. Snus var også noe de koste seg med alene. Flere hadde faste rutiner; de snuste om morgenen, når de hvilte etter skolen, etter maten og til film. Snus var et hjelpemiddel i hverdagen. Gamere ønsket konsentrasjon, mens idrettsungdommen ønsket avslapping i en fullpakket dag. Med snus kunne de senke skuldrene og snusing virket som en bevisst handling.

SARA: Hvordan skal jeg si det, det er bare at idrettsutøvere, vi trener mye, mye aktivitet, og det er deilig å bare koble helt av og slappe av med snus. For å lade opp batteriene til nye utfordringer i kamp og trening (.....) Hvis du er i en tøff periode mentalt, bare sliter psykisk, så kan det hjelpe deg å koble ut.»

Gruppesamholdet og opplevelsen av å ta egne valg var viktigere enn foreldrenes meninger. De fleste var ikke motiverte for å slutte og så seg selv som snuser i fremtiden.

De alvorlige skadevirkningene av sigarett-røyk ble brukt som argumentasjon for å velge snus.

Når de hadde det gøy, hadde ungdommen mindre behov for snus. I kjedelige situasjoner, som for eksempel på skolen, økte snusbehovet. Snus ble et tidsfordriv. Flere følte at snus bedret prøveresultater.

Hva taler imot snusing?

Noen beskrev ubehag, kvalme og svimmelhet, og tenkte at de aldri skulle prøve igjen, men det var ikke nok til å stoppe dem.

Det å ha mer kontroll enn venner og ikke bli avhengig var viktig, men flere fikk kortere lunte og ble mer temperamentsfulle når de prøvde å slutte. Enkelte fortalte at de var på randen av sammenbrudd hvis de gikk lenge uten snus. Flere hadde allerede prøvd å slutte, men hadde begynt igjen på grunn av abstinensene.

TOBIAS: «Man slutter liksom aldri å få lyst på snus, til og med etter de to første månedene hadde jeg fortsatt like lyst på snus som helt i starten. Jeg satt og pressa fingeren på leppa og tyggis under leppa bare for å kjenne at noe var der. Når jeg prøver å slutte å snuse, så spiser jeg så jævlig mye, og jeg spiser dritt hele tiden når jeg ikke har snus (...) jeg vil heller snuse enn å bli tjukk.»

PÅL: «Jeg har jo trappet ned. Jeg vil si at jeg ikke er så avhengig som jeg var før. Jeg har litt bedre kontroll på en måte.»

Verken gutter eller jenter ønsket seg en snusende kjæreste. Andre var skamfulle over å være avhengige og ikke kunne slutte. Noen fikk dårlig samvittighet når de skjulte snusbruken for foreldrene.

HELENE: «Nei, de blir mer skuffa hvis jeg begynner å røyke, det vet jeg at de blir, men de blir nok skuffa fordi de mener jeg ødelegger mitt eget liv med å begynne å snuse, og at det koster veldig mye penger, og at det liksom ikke er verdt det, og det syns jeg ikke selv heller.»

Stygt utseende og økonomi kunne motivere til senere slutt.

HELENE: «Det ser veldig stygt ut og det koster utrolig mye. Det er jo negativt. Også syns jeg synd i de som begynner å snuse nå, for jeg vet selv hvor dyrt det er, og prøver selv og slutte, så jeg tenker liksom 'å herregud, det er det dumme du gjør, det å begynne'»

Ungdommene var for unge til å kjøpe snus. Innkjøp måtte planlegges ved å spørre eldre. Det begrenset snusbruken.

Graviditet var en mulig motivasjon for å slutte med snus i fremtiden, men også det å være et godt forbilde for barna.

IDA: «Ville sluttet hvis jeg ble gravid. Det skader fosteret. Man får sikkert bare sånn morsinstinkt med en gang: Det er ikke bra for ungen SLUTT».

Diskusjon

Grunner til å snuse

Holman og medarbeidere har studert hvilke psykologiske faktorer som spiller inn når unge mennesker velger å begynne med snus (17). Ifølge deres *Theory of Triadic Influence* er det tre påvirkningskrefte som er av betydning. For det første, den interpersonelle kraften, altså betydningen av hva andre gjør. For det andre, holdninger som representerer et ønske om å markere egne standpunkter og ikke følge normene til autoriteter. For det tredje, den intrapersonelle drivkraften, altså ens egen drivkraft til å søke spenning. Vi så at alle disse påvirkningskreftene berørte våre informanter. De var unge og ville gjerne følge sine unge forbilder og helst ikke følge råd fra foreldre eller lytte til råd fra helseeksperter, og de søkte spenning.

Vi fant at alle informantene ble introdusert til snus av egne forbilder, som venner eller søsken, allerede i 13–16 årsalderen. Det virket som det var en generell sosial aksept for å snuse i de ulike ungdomsmiljøene. Dette passer med funnene i både svenske og amerikanske kvalitative undersøkelser der informantene startet med snus fordi venner og forbilder gjorde det, «det bare hendte», og de brukte det også som tidsfordriv i kjedelige stunder (9–11, 16).

Flere forbandt snus nesten utelukkende med noe positivt, men påpekte at det var viktig å ha kontroll. Det er uttrykk for ambivalens og selvmotsigende at man vil snuse, men ikke bli avhengig. De er unge og vil bestemme selv, men følger det venner gjør. I vår undersøkelse var betydningen av hva andre gjør veldig fremtredende. Det stemmer godt med teorier om konformitet og gruppepress (18). At ungdommene ble tilbudt snus fra noen de beundret samsvarer godt med andre kvalitative studier om snusbrukeridentitet (9–11, 16). Flere sa de ikke ønsket å prøve snus fordi det så stygt ut og luktet vondt, men det var ikke nok til å stå imot gruppepresset.

Noen av våre informanter ønsket å oppnå mot voksenverdenen, slik Holman beskriver (17). Muligens snakker noen autoriteter med to tunger, de vil ikke at unge skal snuse, eller det er ikke lov på skolen, men når foreldrene, trenerne og lærerne selv bruker tobakk, ligger det lite makt bak. Vi så også at de unge ikke ønsket å bøye seg for lovene hjemme, på skolen og samfunnets 18 årsgrense for kjøp av snus.

Vi snakket med gutter og jenter fra ulike miljøer. Vi ser at idrettsungdommer hadde behov for å koble av i en stresset hverdag, mens gamerne framhevet økt konsentrasjon. Når de kjedet seg, snuste våre informanter mer, noe som støttes av Edvardsson og medarbeidere (11). I de kvalitative studiene vi refererer til (9–11, 17), er det likevel lagt mest vekt på rollemodeller, gruppetilhørighet og imagebygging, altså mer tolkninger av latent innhold, enn det mer konkrete som å kunne slappe av, oppleve å prestere bra, og å kjede seg. De fysiologiske effektene av snus bør ikke undervurderes.

Hva kan minske snusbruk blant ungdom?

Flere av våre informanter snuste mest i skoletiden. Lærernes aksept kan ha påvirket brukermønsteret. Skolen er en viktig arena for tobakksforebygging. En studie fra 2010 undersøkte sammenhengen mellom skolars tobakksforbud og forbruket blant elever i den norske videregående skolen. Elever som rapporterte at det var lov med snus i klasserommet hadde tre ganger høyere

sannsynlighet for å snuse daglig eller ukentlig, sammenlignet med studentene som rapporterte at snus var forbudt. Studien konkluderte med at strengere tobakksreglement i skolen kan være et viktig verktøy for å begrense snusbruken hos ungdom (8). Edvardsson og medarbeidere beskrev at ungdom snuser mer når de kjeder seg, men skolen var ingen hovedarena for snusbruk. De påpekte imidlertid at tobakksfrie skoler kan bidra til en endring i holdninger ovenfor snus (11). Våre intervjuer ble gjennomført før endringen i tobaksskadeloven som forbyr all tobakksbruk i skolen (19).

Ungdommene i vår studie hadde lav motivasjon for å slutte med snus med mindre det ble dyrere. I Helse- og omsorgsdepartementets nasjonale strategi *En framtid uten tobakk* fra 2013 (20) er ett av målene å unngå at unge begynner å røyke og snuse. Et delmål er å stanse den kraftige økningen i daglig snusbruk blant barn og unge. Blant virkemidlene nevnes redusert tilgang på tobakk (inkludert snus), økte tobakksavgifter samt kampanjer. Flere av våre informanter sa de ikke ville slutte selv om det ble gitt økonomiske sanksjoner eller belønninger hjemmefra.

Ungdommene vi intervjuet var ikke oppatt av snusens skadevirkninger. Noen unngikk bevisst informasjon om snus, og de fleste fremhevet at snus i alle fall var mindre skadelig enn røyk. Øverland og medarbeidere (21) har funnet at mange ungdommer overdriver snusens skadevirkninger, men dette gjaldt ikke våre tolv informanter. Skadevirkningene har vært omdiskutert blant forskere og myndigheter (22), og så lenge bildet ikke er helt entydig, kan dette være med på å ufarliggjøre snusing. Vår studie kan heller tyde på at det er inkonsistent informasjon som er problemet. Ungdommene kjente til skadevirkninger av snus, men de nedtonet dem da de oppfattet de divergerende holdningene til snus fra ekspertene. Informantene opplevde derimot avhengighet som et problem, fordi det kolliderer med behovet for selvstendighet og kontroll. Mer tydeliggjøring av snusens sterkt vanedannende effekt kan være en inngangsport for å nå inn til ungdom.

Utvalg

Vi intervjuet tolv informanter istedenfor 15 som vi hadde planlagt. Vi mener likevel at intervjumaterialet vårt var rikt på informasjon. Våre informanter var selektert ved hjelp av tilgjengelighetsutvalg, de ville og kunne delta. Ved et slikt utvalg er det en tendens til å få informanter som er positive til forskning og som føler de mestrer sin livssituasjon (14). Vi kan derved ha mistet

informasjon vi kunne ha fått om også mer utsatte ungdommer med mer risikosøken-de atferd hadde blitt inkludert. Bredden i utsagnene gjør at vi tenker at de ikke ga oss bare det de trodde vi ville høre.

Intervjumetoden

Intervjuer på skolen lettet rekruttering og skapte trygghet. Selv om medisinstudentene var ca. syv år eldre, var de unge og ikke representanter fra foreldregenerasjonen, slik at informantene kunne kjenne en viss tilhørighet til dem, noe som antakelig gjorde kommunikasjonen lettere. Vi tror at dette delvis kompenserte for at intervjuerne var uerfarne og derfor ikke stilte så mange fortolkende og utdypende spørsmål. Informantene tenkte kanskje at studentene var opptatt av helse, og de kan ha modifisert sine svar etter dette, men vi opplevde ungdommene åpne og ærlige om sitt snusbruk, og at de ikke bevisst snakket oss etter munnen. De kjønns-spesifikke resultatene i Edvardssons studie, der jentene oppfattet seg som rebelske og guttene fant snusende jenter lite feminine, finner vi ikke i vår studie. Forskjellen kan komme av dynamikken i fokusgruppene i den svenske studien, men også av at synet på snusende jenter er annerledes i Norge. Jentene i vår studie virket mer opptatte av de negative helsekonsekvensene av snusing enn guttene. Denne kjønnsforskjellen fantes ikke i Edvardssons studie (11). En forklaring kan være at slike tanker lettere kommer fram i et individuelt intervju. Det er nødvendig med mer spesifikk kunnskap om jenters snusbruk.



Kunnskap om skadevirkningene av snus hadde liten effekt på snusing blant ungdom.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Studiens troverdighet og overførbarhet

Utvalget på tolv informanter er lite. Vi mener likevel at studien avspeiler en god bredde i ungdoms holdning til snus og omstendigheter rundt snusbruk, da vi både har inkludert gutter og jenter og ungdom fra ulike studieretninger. Våre funn er i hovedsak i overensstemmelse med tidligere kvalitative studier (9–11), samtidig som vi også framhever andre perspektiver, og resultatene kan sannsynligvis overføres til unge snusere andre steder.

Konklusjon

Selv om våre informanter var for unge til å kjøpe snus selv, var det sjelden problem å få tak i snus fra venner og familie. Snusbruk blant ungdom er tett knyttet til gruppetilhørighet og behov for å roe ned. Behov for å være kul, rusopplevelsen og fellesskapet var viktige drivkrefter. Ungdommen var lite opptatt av helseskader, men prisenivået bi-

dro til å redusere bruken. Å være snusavhengig ble oppfattet som negativt, men abstinenser var ikke nok til å slutte. Snusende gutter og jenter ser antakelig noe ulikt på sine vaner, og det er nødvendig med mer kunnskap, spesielt om jenters snusbruk.

En streng tobakksskadelov, økt prisenivå og kampanjer har hatt stor effekt på nedgangen i røyking og bør også brukes av helsemyndighetene til å redusere snusbruken blant ungdom. Det bør også arbeides med kritiske holdninger til snus i skolen, idretten og andre arenaer der ungdom møtes, og her bør snusens sterkt vanedannende egenskaper vektlegges. I motsetning til andre helseskadelige effekter er det å bli avhengig noe våre ungdommer var urolige for.

Ingen av forfatterne oppgir noen interessekonflikter

■ ASTRI.MEDBO@UIT.NO

REFERANSER

1. http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25_877242:0:25_8907&Content_7242=7244:110550:0:7243:8:0:0. Røyking og snusbruk i Noreg. 2014. Folkehelseinstituttet.
2. <https://www.nrk.no/norge/norske-15-og-16-aringer-royker-minst-i-europa-1.13140281>. 2013. NRK.
3. <https://www.fhi.no/publ/2014/helserisiko-ved-bruk-av-snus/>. 2016. Folkehelseinstituttet. 1-1-2014.
4. Bolinder G. Swedish snuff: a hazardous experiment when interpreting scientific data into public health ethics. *Addiction* 2003 Sep; 98(9): 1201–4.
5. Hansson J, Galanti MR, Hergens MP, Fredlund P, Ahlbom A, Alfredsson L, et al. Use of snus and acute myocardial infarction: pooled analysis of eight prospective observational studies. *Eur J Epidemiol* 2012 Oct; 27(10): 771–9.
6. Carlsson S, Andersson T, Araghi M, Galanti R, Lager A, Lundberg M, et al. Smokeless tobacco (snus) is associated with an increased risk of type 2 diabetes: results from five pooled cohorts. *J Intern Med* 2017 Feb 6.
7. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/nyheter/mange-unge-onsker-a-slutte-med-snus.1-5>. 2015. Helsedirektoratet.
8. Øverland S, Aarø LE, Lindbak RL. Associations between schools' tobacco restrictions and adolescents' use of tobacco. *Health Educ Res* 2010 Oct; 25(5): 748–56.
9. Helme DW, Cohen EL, Parrish AJ. Health, Masculinity and Smokeless Tobacco Use Among College-aged Men. 27, 467–477. 2012. Health Communication.
10. Rolandsson M, Hallberg LR, Hugoson A. Influence of the ice-hockey environment on taking up snuff: an interview study among young males. *Acta odontologica Scandinavica*. feb; 64(1), 47–54. 2006.
11. Edvardsson I, Troein M, Ejlertsson G, Lendahls L. Snus user identity and addiction: a Swedish focus group study on adolescents. *BMC Public Health* 2012; 12(1): 975.
12. Frydenlund T, Lundberg I, Eilertsen M. Ungdom og snus. En kvalitativ studie om holdninger og debut. 45, -1. 2015. Munin, Universitetet i Tromsø.
13. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today* 2004 Feb; 24(2): 105–12.
14. Thagaard T. Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode. 2.utgave. 2003. Bergen, Fagbokforlaget.
15. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. Book (2. edition). 2009. Oslo /Otta, Gyldendal Akademisk.
16. Nemeth JM, Liu ST, Klein EG. Factors Influencing Smokeless Tobacco Use in Rural Ohio Appalachia. 37 (6), 1208–1217. 2012. NIH Public Access, J Community Health.
17. Holman LR, Bricker JB, Comstock BA. Psychological predictors of male smokeless tobacco use initiation and cessation: a 16-year longitudinal study. *Addiction* 2013 Jul; 108(7): 1327–35.
18. Raaheim A. Sosialpsykologi. Bok. 2002. Bergen, Fagbokforlaget.
19. <https://helsedirektoratet.no/lover/tobakksskadeloven>. 2014. Helsedirektoratet.
20. En framtid uten tobakk. Nasjonal strategi for arbeidet mot tobakksskader 2013–2016. 2013. Regjeringen.no.
21. Øverland S, Hetland J, Aarø LE. Relative harm of snus and cigarettes: what do Norwegian adolescents say? *Tob Control* 2008 Dec; 17(6): 422–5.
22. Lund K. Tobakksfritt samfunn eller skadereduksjon. Hvilken målsetting tjener de gjenstående røykerne? SIRUS-rapport 2/2009. 2009. Oslo, Statens institutt for rusmiddelforskning.

Manglende handlingsrom anvendt samfunnsmedisi

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Samfunnsmedisiner og ph.d.-stipendiat ved NTNU / Utpostens redaksjon

En uformell meningsmåling på Facebook-siden «Samfunnsmedisinerne» tyder på at samfunnsmedisinere har ønsker om å engasjere seg i forskning i kommunene, men at det er grunn til å se nærmere på hvilket handlingsrom som finnes for dette.

26. oktober 2017 ble det lagt ut en uformell meningsmåling på «Samfunnsmedisinerne» – en gruppe på Facebook med rundt 200 medlemmer, med fokus på samfunnsmedisinsk forskning i kommunene. Totalt 37 personer svarte på meningsmålingen som hadde følgende introduksjonstekst:

«Marit Helgesen i NIBR (1) m.fl. oppfordret på Folkehelsekonferansen 2017 til økt satsing på forskning i kommunene. Gjerne kvalitativ forskning som kan bidra til å fortelle historier om f.eks. sosial ulikhet, og som kan gi statistikk og større data et ansikt. Det gir politikere større forståelse for at 'dette gjelder jo oss og våre innbyggere'. Hvilken rolle kan/bør samfunnsmedisinere ha i dette?».

Svaralternativene var som følger, med antall svar i parentes:

- ❶ Samfunnsmedisinere bør absolutt bidra til forskning i kommunene (14).
- ❷ Samfunnsmedisinere bør bidra, men handlingsrommet mangler (23).
- ❸ Samfunnsmedisinere har andre ting å ta seg av (0).

Hva kan slike enkle meningsmålinger fortelle oss? De kan naturligvis ikke brukes vitenskapelig, og heller ikke tillegges særlig tyngde, isolert sett. Besvarelsene er for eksempel ikke anonyme. Men de kan allikevel ha en funksjon i å «lodde stemningen» og fange opp temaer som opptar kollegiet. Meningsmålingen fikk relativt bra og rask respons, og det i seg selv kan peke mot at dette er et tema mange er opptatt av. Det er nok ingen stor overraskelse at samfunnsmedisinere støtter en tanke om at vi må bidra til kunnskapsutvikling i kommunene. Det viktigste funnet her er kanskje derfor at såpass mange mener at handlingsrommet for å få til dette mangler.

Diskusjon

Kommunene ikke pålagt å drive med forskning

Det er fortsatt ikke en lovpålagt oppgave for kommunene å drive med egen forskning, selv om den nye helse- og omsorgstjenesteloven (2) legger vekt på kommunenes plikt til å medvirke til og tilrettelegge for forskning for den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Derfor er det fortsatt ingen større pengestrøm til kommunene til dette formålet, sammenliknet med spesialisthelsetjenesten. Det vanlige har til nå vært at forskere utenfra har forsket på og i kommuner (ikke med eller for), uten at kommunene selv har vært med og definert behovet for og bruken av ny kunnskap (3). Det forklarer langt på vei hvorfor de fleste kommuner mangler kultur og tradisjon for å drive med forskning, og at det heller ikke er mange leger som driver med samfunnsmedisinsk forskning. Samtidig er det mye bevegelse på feltet som tilsier at også kommunale samfunnsmedisinere nå må være «på ballen». For å utvikle kunnskapsbasert praksis trengs både forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap (SE FIGUR 1). Det vil trolig åpne seg flere muligheter i årene som kommer, både gjennom Forskningsrådets nye program FORKOMMUNE (4, 5) og Program for folkehelsearbeid i kommunene (6).

Ta pulsen på befolkningen

Sentrale sosial- og samfunnsmedisinere som Per Fugelli og Anders Forsdahl ble anerkjent blant annet fordi de fant viktige sammenhenger mellom forhold i lokal-samfunnet og individets helse. I de senere år har imidlertid kommunene fått kritikk – både av Riksrevisjonen og Helsetilsynet (7, 8) – for å ha for lite lokale data i over-siktsarbeidet som de nå er pålagt ansvar for etter folkehelseloven. Steinar Westin skrev i *Michaeli* 2016 (9):

«Fortsatt må det være riktig å si at det er epidemiologien og statistikken som er den samfunnsmedisinske forskningens kjernefag, en slags medisinske matematikk, med metoder og teknikker som i særlig grad er egnet til å beskrive sykdom og helseproblemer i populasjoner. Det er med denne kunnskapen i bunnen at tiltak for forebygging og helsefremming kan planlegges og iverksettes».

Men også kvalitative metoder er velegnet for å undersøke lokale fenomener og trender, kombinert med brukermedvirkning eller deltakende forskning. I det nevnte innlegget på Folkehelsekonferansen i 2017 (1) oppfordret Marit Helgesen kommunene til å gjøre nettopp dette – blant annet gjennom å bruke fokusgruppeintervjuer i utvalg av befolkningen og i tjenesteenheter.

Samfunnsmedisin uten egne virkemidler

Mens allmennmedisinsk forskning har fått et løft de siste årene, har vi ikke sett et tilsvarende løft for anvendt samfunnsmedisinsk forskning. Dette til tross for signaler fra ulikt

OM GRUPPA «SAMFUNNSMEDISINERNE»

Gruppen «Samfunnsmedisinerne» på Facebook ble etablert i 2016 for å bidra til nettverksbygging og informasjonsdeling mellom samfunnsmedisinere i Norge. I beskrivelsen av gruppa står det «Moderne samfunnsmedisin handler om helsetjenesteutvikling og folkehelse. Denne lukkede gruppen skal bidra til nettverksbygging og fagutvikling for praksisnære samfunnsmedisinere». Gruppa er åpen for alle leger med interesse for samfunnsmedisin. Man blir medlem enten ved å sende forespørsel selv, eller bli lagt til av eksisterende medlemmer.

for nsk forskning?

hold om behovet for å forebygge mer og reparere mindre, samt anbefalinger i en utviklingsrapport om kommunal samfunnsmedisin fra 2008 om å satse mer på samfunnsmedisinsk forskning (10). Temaet ble også tatt opp på årsmøtet til Norsam og LSA i 2016 og i en påfølgende kronikk i *Dagens Medisin* (11). Norsam vedtok i ettertid at de ikke vil jobbe for et eget samfunnsmedisinsk forskningsfond, men at de heller vil bidra til styrking av samfunnsmedisinsk forskning og fagutvikling gjennom Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU), Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) og Senter for kvalitet i legekort (SKIL), samt gjennom samarbeid med fagmiljøene ved de medisinske fakultetene (12). Heller ikke i Legeforeningens strategi *Forskning for bedre helse – Legeforeningens forskningspolitiske strategi 2017–2020* (13) nevnes samfunnsmedisinsk forskning i særlig grad.

Skapes handlingsrommet nedenfra?

Selv om det ennå ikke er blitt lansert noen egen satsing på anvendt kommunal samfunnsmedisinsk forskning fra sentralt hold, finnes det muligheter. Kanskje må handlingsrommet skapes av «grasrota»? Det kan være lurt å starte i det små. For kommuneoverleger eller andre leger i samfunnsmedisinske stillinger som er interessert i anvendt kommunal samfunnsmedisinsk forskning, har NSDM på sin nettside (i arkivet) en guide som kan være et greit utgangspunkt (14). Her finner du blant annet tips til hvor du kan søke om midler for å starte et samfunnsmedisinsk forskningsprosjekt:

- Søkormidler fra NSDM (2 x årlig)
- Allmennpraktikerstipend fra AFU (2 x årlig)
- Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet (2 x årlig)
- Extrastiftelsen (2 x årlig)
- Skjønnsmidler fra Fylkesmannen (varierer fra fylke til fylke)
- Tilskuddsordninger fra Helsedirektoratet

FORSKNINGSBASERT KUNNSKAP

Forskningsbasert kunnskap fremskaffes gjennom empirisk, praktisk rettet forskning. God forskning kjennetegnes ved en systematisk, pålitelig og transparent fremgangsmåte. Spørsmålet bestemmer hvilken forskningsmetode som benyttes for å innhente data.



FIGUR 1. *Kunnskapsbasert praksis bygges blant annet på forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.*
KILDE: WWW.KUNNSKAPSBASERTPRAKSIS.NO

Konklusjon

Det anbefales å se nærmere på hvordan leger kan bidra til samfunnsmedisinsk forskning i kommunene, og hva som skal til for å skaffe nødvendig handlingsrom for dette. Samtidig finnes det muligheter som kan benyttes for å komme i gang.

REFERANSER

1. M. Helgesens presentasjon på Folkehelsekonferansen 2017: <http://folkehelsekonferansen.no/bilder/Forskning-og-praksis-i-samarbeid-pa-for-eller-med-kommuner.pdf>
2. Helse- og omsorgstjenesteloven: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
3. KS-rapport: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-kommunesektorens-bruk-av-kunnskap-fra-fou/>
4. FORKOMMUNE: <https://www.forskningsradet.no/prognett-forkommune/Forside/1254022722212>
5. En oversikt over forskningsprogram for kommuner: <https://distriktslegen.com/2017/03/13/forskningsradets-9-milliarder-ser-vi-dem-ute-i-kommunene/>
6. Program for folkehelsearbeid i kommunene: <https://helsedirektoratet.no/Documents/Folkehelsearbeid-prosents20iprosents20kommunen/Programprosent-20forprosent20folkehelsearbeidprosent20iprosents20kommuneneprosents202017-2027.pdf>

7. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid: <https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2014-2015/OffentligFolkehelsearbeid.pdf>
8. Helsetilsynets rapport om folkehelsearbeidet: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter/2015/helsetilsynetsrapport4_2015.pdf
9. Michael nummer 13, 2016: http://michaelquarterly.no/index.php?seks_id=238649&a=1&treeRoot=237591
10. Utvikling av kommunelegefunksjonen. Rapport fra Helsedirektoratet, 2008. <http://www.helsebiblioteket.no/samfunnsmedisin-og-folkehelse/organisasjon-og-kommunehelsetjenesten/rapporter/utvikling-av-kommunelegefunksjonen>
11. Behov for et løft: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/08/26/behov-for-et-loft/>
12. Protokoll årsmøte Norsam 2016: <http://legeforeningen.no/PageFiles/283298/Protokollprosent20årsmøteprosent20Norsamprosent202017prosent20sign.pdf>
13. Legeforeningens strategi: <http://legeforeningen.no/PageFiles/99528/Forskningspolitiskprosent20strategi.pdf>
14. Guide til kommunal samfunnsmedisinsk forskning og fagutvikling: https://uit.no/forskning/forskningsgrupper/sub?p_document_id=387187&sub_id=424655

■ DAGHELGERH@HOTMAIL.COM

Forskning for bedre

Om medisinsk forskning og Legeforeningen

■ KIRSTI YTREHUS • Leder for Legeforeningens forskningsutvalg

Legeforeningen vedtok nylig ny forskningsstrategi for perioden 2017–2020. Et av punktene sier at forskning i primærhelsetjenesten må stimuleres og finansieres bedre. Kirsti Ytrehus er leder av forskningsutvalget og mener planen er både radikal og positiv.

Legeforeningen har et eget forskningsutvalg. Utvalget har ikke besluttende myndighet, men har rådgivende funksjon. Forskning skal og bør diskuteres i alle deler av Legeforeningen, i yrkesforeninger, fagmedisinske foreninger og i de forskjellige fylkene. En av våre oppgaver er å være pådriver for at det skjer – at forskning ikke blir salderingsposten på sakskartene.

Gjennom flere år har utvalget arbeidet med større strategidokumenter, solide

velbegrunnede utredninger som gir et godt grunnlag for vurdering av medisinsk og helsevitenskapelig forskning generelt i Norge. Fokus har vært rettet mot forskningens og forskerens kår. Disse dokumentene hadde en tidsangivelse slik som strategiske dokumenter gjerne har, og i 2016 ble det klart at Legeforeningen manglet en gyldig forskningsstrategi. Etter avtale med presidenten og fagavdelingen i Legeforeningens sekretariat gikk vi

derfor i gang med lage et dokument som bygde på, videreførte og oppdaterte de tidligere forskningsstrategiske utredningene. Arbeidet resulterte i et kortfattet punktvis dokument – en pamflett – med 10 nøkkelpunkter. Den ble vedtatt av sentralstyret 18. januar 2017 og datert perioden 2017–2020.

Underveis

Utvalgets medlemmer representerer yrkesforeninger (OF, LVS, YLF) inkludert legestudentenes forening, og medlemmene tok med seg innspill og synspunkter fra egne foreninger. Utvalgets medlemmer har også egne erfaringer som forskere. Ved at de medisinske fakultetene er representert i utval-

FORSKNINGSSTRATEGI	HVA KAN LEGEFORENINGEN GJØRE? KONKRETE TILTAK
Helseforskning må være et hovedsatsingsområde i norsk forskningspolitikk	Politisk arbeid på den nasjonale arena
Forskning må være en del av hverdagen i helsetjenesten	Være en sterk pådriver for forskningsbasert praksis. Ha kritisk blikk rettet mot ledelse og prioriteringene i helsetjenesten. Støtte den enkelte lege som fagperson og stimulere til forskningsbasert praksis på alle nivå
Mer forsker-initiert forskning	Støtte opp om de vurderinger forskere i egne rekker gjør i forhold til relevans og nytte av forskning. Bidra til at leger er aktive aktører i tverrfaglig samarbeid om helseforskning
Frem forskeren og forskertalentet	Se forskningsutdanningen som tydelig del av grunn- og videreutdanning for leger. Opprettholde fokus på lønn- og arbeidsforhold for leger som driver forskning slik at forholdene er konkurransedyktige for den enkelte sammenlignet med annet legearbeid. Leger i forskerstillinger og med doktorgrad skal ha høy prioritet i lønnsforhandlinger der Legeforeningen deltar. Kartlegging gjennom systematisk undersøkelse av lønns- og arbeidsforhold i forskning der alle yrkesforeningsmedlemmer inkluderes er en naturlig del av dette arbeidet
Koordinert samarbeid mellom de offentlige finansieringsinstansene i helseforskning	Skape forståelse hos politikere og sentrale byråkrater for at barrierer mellom Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementets ansvarsområde kan være kontraproduktivt for både forskere og helseforskning i Norge
Bedre utnyttelse av infrastruktur styrker helseforskning	Leger må ha perspektiv utover egen hverdag, og bidra til å legge til rette for at felles infrastruktur kan nyttiggjøres i forskning til det beste for befolkningen. Rapportering til helseregistre skal inngå som en del av rutine i offentlig finansiert helsetjeneste og dermed representere et viktig område for forskningssamarbeid
Norsk helseforskning må belyse de store folkesykdommene	Opprettholde høy forskningskompetanse på vanlige sykdommer som rammer mange (folkesykdommer) og som er viktig del av hverdagens arbeid for svært mange av foreningens medlemmer. Det er også viktig å bidra til å peke ut særskilte fokusområder for forskning hvor Norge i dag har særlige konkurransefortrinn og dermed kan bli verdensledende
Forskning i primærhelsetjenesten må stimuleres og finansieres bedre	Være pådriver for forskning rettet mot kunnskapsgrunnlaget for primærhelsetjenesten inkludert samspillet mellom primærlege og helsetjeneste generelt
Forskning på globale helseproblemer må få høyere prioritet	Ha et globalt perspektiv, og bidra til å synliggjøre områder hvor norsk forskning og kunnskap kan nyttiggjøres i global helseperspektiv

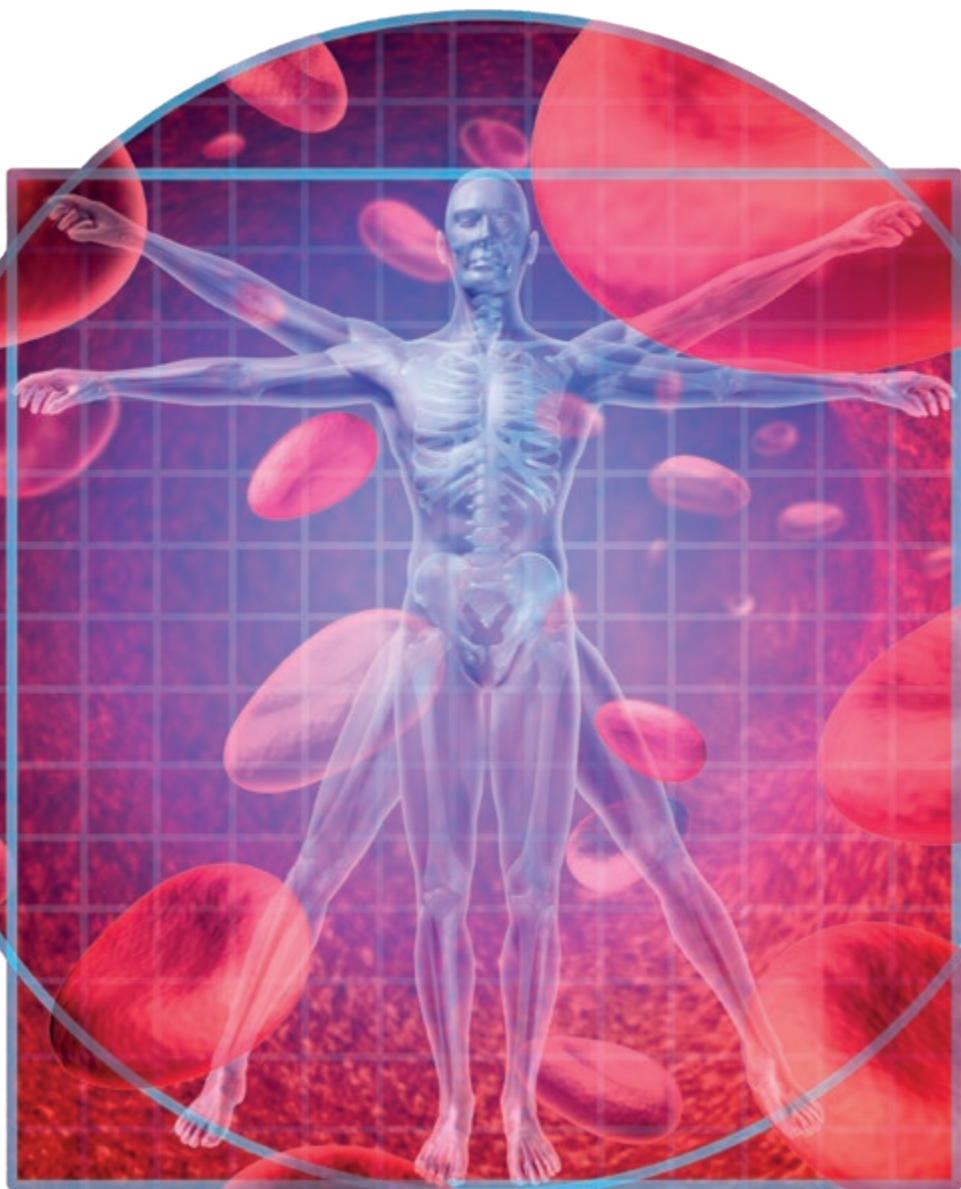
helse

foreningens strategi

get kom diskusjon av spørsmål som rørte seg ved fakultetene med. Som eneste fagmedisinske forening har Norsk forening for allmennmedisin (NFA) en representant i utvalget. Underveis i arbeidet var vi i dialog med Legeforeningens fagsekretariat og fikk innspill og tilbakemeldinger på foreløpig utkast fra noen av de fagmedisinske foreningene. Et viktig innspill fra sekretariat og ledelse var ønsket om at vi skulle være mer konkrete og fokusere mer på hva spesielt Legeforeningen kunne gjøre for å realisere målsettingen i en strategi, peke på ansvar og mulighet for gjennomføring. Det har vi gjort i egne punkter parallelt med nøkkelpunktene (se avslutningsvis).

Da vi arbeidet med dokumentet var vi bevisste på at Legeforeningen må forholde seg til forskning innenfor alle deler av medisinsk virksomhet. Akkurat dette er en stor utfordring siden få profesjons- og yrkesutdanninger leder fram til et slikt mangfold av kunnskapstung yrkesutøvelse som vår. Konkrete problemområder innenfor hvert fag eller hver spesialitet kan ikke løses på detaljnivå eller settes opp mot hverandre i en forskningsstrategi for Legeforeningen.

I diskusjonen ble det stilt spørsmål om vi ikke kunne definere et minstemål for hvor mange leger med doktorgrad det ideelt sett burde være i hvert fagfelt eller hver spesialitet. Det er ikke nok at en stor del av legene i laboratoriefagene ved universitetssykehusene har doktorgrad eller arbeider med forskning. Det må også være forskningsaktivitet innenfor andre fag. Vi vurderte om ti prosent var et tall som kunne passe. Men fordi vi mangler sikre tall for hvor mange leger i Norge som har doktorgrad uavhengig av fag så ble dette vanske-



ILLUSTRASJON: COLOURBOX/MODIFISERT

lig. Dermed konkluderte vi med at andelen leger med doktorgrad må økes fordi aktiviteten er lav innenfor noen områder. Innenfor andre områder må det bli en målsetting at flere som har arbeidet med forskning får fortsette med dette etter avlagt doktorgrad.

Et spørsmål som ble reist var om det er mulig å komme noe videre og få et bedre tallmateriale. I ettertid har vi hatt møter

med ressurspersoner som arbeider med Legeforeningens register, med sekretariatet og Legeforskningsinstituttet (LEFO). Og så i forlengelsen av dette en oppfordring til dere som leser dette: Sørg for å oppdatere din personlige profil i Legeforeningens register både med nøyaktig ansettelsesforhold og eventuell avlagt doktorgrad. Ut fra det som finnes av tallmateriale

har vi spesielt fokus på situasjonen for forskere og forskningsaktivitet innen allmennmedisin, rus og psykiatri.

Underveis i arbeidet vårt kom det mange henvendelser fra forskjellige kanter om arbeids- og lønnsforhold for de som arbeider med forskning. Det kommer vi tilbake til i senere avsnitt.

Ti nøkkelpunkter

De ti punktene omhandler norsk forskningspolitikk for medisin og helse, implementering av resultater av forskning, tilrettelegging for forskning, internasjonalisering og innhold i forskningen. Implementering av forskningsresultater er prinsipielt sett helsemyndighetenes ansvar og krever finansiering, regelverk og organisering. Slik vi ser det handler implementering også om at den enkelte lege skal ha arbeidsforhold som fremmer forskningsbasert praksis. Det vil ofte si tid til faglig oppdatering og innsikt i forskningsfronten i eget interesseområde og annet. Et viktig punkt er tilgjengelig «state of the art»-infrastruktur i forskjellige former. Register er en type infrastruktur, og her mener Legeforeningen at «rapportering til helseregistre skal inngå som en del av rutinen i offentlig finansiert helsetjeneste» med målsetting om bruk i forskning for bedre helse.

Et av punktene i strategien ber om bedre og mer koordinert samarbeid mellom de offentlige finansieringsinstansene i helseforskning og skjæringspunktet mellom Kunnskapsdepartementets finansiering av universitetene og Helse- og omsorgsdepartementets finansiering av helseforetakene. Begge departement har ansvar for medisinsk forskning og til dels overlappende funksjon på området klinisk medisin i spesialisthelsetjenesten. I likhet med situasjonen for basalmedisinen er de organisatoriske ansvarsområdene slik at Kunnskapsdepartementet og Norges forskningsråd i dag i prinsipp er alene om det finansielle grunnlaget for forskning i allmennmedisin. Så kommer spesielle tidsbestemte tiltak som Helse- og omsorgsdepartementet har satt i gang som noe ekstra. Forskning i primærhelsetjenesten må stimuleres og finansieres bedre enn i dag. Et tiltak som nevnes i strategien er tilrettelagt dobbelt løp, dvs. forskning parallelt med spesialisering som allmennmedisin.

Forskeren

Tilrettelegging for forskning handler om lønn, praktiske forhold og for mange også finansiering av prosjektarbeid som krever mer enn egen lønn. I Legeforeningen er For-

eningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS) forskerens yrkesforening. Men med glidende overganger mellom forskjellige aktiviteter og stillingskategorier så viser det seg at mange aktive forskere og stipendiater også finnes i andre yrkesforeninger. I tillegg er mange tyngdepunkter i medisinsk forskning flyttet fra universitetene til helseforetakene med derav følgende uklare grenser mellom yrkesforeningstilhørighet. Hvem som er stipendiatens eller post doc-forskerens arbeidsgiver varierer. Lønn for forskningsarbeid (stipendiat, forsker, post doc og til dels faste vitenskapelige stillinger som førsteamanuensis og professorer) er ofte lavere enn i legestillinger. Strategien sier at det skal være fokus på lønns- og arbeidsforhold for leger som driver forskning, slik at forholdene er konkurransedyktige for den enkelte sammenlignet med annet legearbeid. Leger i forskerstillinger og med doktorgrad skal ha høy prioritet i lønnsforhandlinger der Legeforeningen deltar. Inntektsforskjellene mellom en universitetsfinansiert stipendiatstilling og for den saks skyld en professor i allmennmedisin, og en fastlege eller en overlege kan være stor. I strategien etterlyses flere fordypningsstillinger og sammenhengende tid til forskning i helseforetakene.

Forskningssterke og forsknings-svake fagfelt eller spesialiteter

Det var vårt syn at det bør drives aktiv forskning innenfor alle deler av medisinen i Norge, det være seg prekliniske basalfag, helseøkonomi m.m. og hele bredden av klinikknære fag. Det betyr ikke at vi i Norge skal forske på alle mulige sykdommer, men har vi en godkjent og definert medisinsk spesialitet, så sier vår strategi at Legeforeningen vil arbeide for å fremme forskningsaktivitet i spesialitetens fagområder. Alle fag som undervises i legeutdanningen skal ha et forskningsfundament, og undervisning på universitetsnivå skal bygge på forskningsbasert kunnskap. Dette skal også reflekteres i videreutdanningsplaner og etterutdanning.

I de nye studieplanene for legeutdanning ved de fire medisinske fakultetene i Norge er det flere undervisningselementer som gir innsikt i kunnskapshåndtering og forskningsmetode. Dermed er det lagt et grunnlag i å bygge på framtidig arbeid. I arbeidet med forskningsstrategien har de nye planene for videreutdanning og spesialisering ført til mye bekymring og diskusjon. Her fjernes legers arbeid i stipendiatstillinger som mulig del av grunnlag for å bli spesialist. Vil dette føre til at mange fag og spesialiteter vil mangle forskningskompetente le-

ger og forskningsaktivitet? Hvordan vil det påvirke unge leger og legestudenters interesse for medisinsk forskning? Vil forskjellige fag og spesialiteter øke? Hva med sentrum versus periferi-problematikk i denne sammenhengen? Her trengs det tett og fagspesifikk overvåking av situasjonen framover.

Hvor bør det satses?

I nasjonalt perspektiv er det vanskelig å komme unna at selv en liten nasjon som Norge bør ha et solid fundament av forskning rettet mot sykdom som er alvorlig, som rammer mange og det som kan kalles vanlige folkesykdommer. Samtidig kom spørsmålet om det ble riktig å fraråde fokus på forskningsarbeid knyttet til sjeldne sykdommer eller mer begrensede helseproblemer. Etter dialog og debatt har vi foreslått at for en liten forskningsnasjon som Norge bør betingelsene være at det ligger spesielt til rette for slik forskning. I strategien står det at «Særskilte fokusområder for forskning hvor Norge i dag har særlige konkurransefortrinn og dermed kan bli verdensledende bør støttes». Dette er et prinsipielt standpunkt. Det ligger ikke til vår oppgave å peke disse ut.

Allmennmedisin er den eneste spesialiteten som har fått spesiell omtale i forskningsstrategien. Norge har satset på å organisere offentlig finansiert legetjeneste og helsetjeneste i to nivåer. I strategien sier vi at Legeforeningen må arbeide for at forskning rettet mot kunnskapsgrunnlaget for primærhelsetjenesten blir styrket og også forskning rettet mot samspillet mellom primærlege og helsetjeneste generelt. Dermed blir det et område vi i forskningsutvalget skal arbeide videre med. Vi ønsker velkommen til et samarbeid om dette.

Det andre området som er nevnt spesielt er global helse. Dette er et område som Legeforeningen spesifikt ønsker å fremme og som reflekterer at man som lege og helsepersonell tar et ansvar som favner videre enn eget samfunn.

Oppsummering

Vi som er medlemmer av forskningsutvalget ser på dokumentet som ganske radikalt – og optimistisk. Medisinsk og helsefaglig forskning i Norge vil få et løft, og forholdene for leger med interesse for forskning vil bli bedre. Arbeidet med punktene har vært inspirerende, og vi har sett fram til diskusjon med alle deler av legeforeningen om realisering av konkrete tiltak.

■ KIRSTI.YTREHUS@UIT.NO

AFU som pådriver for allmenn- og samfunnsmedisinsk forskning

■ ANNA LUISE KIRKENGEN • Professor i allmennmedisin og leder i AFU siden 2010

Allmennmedisinsk forskningsutvalg forvalter en stipendordning som bidrar til å realisere mange prosjektideer og rekruttere primærleger til forskningsarbeid.

I 1976 bestemte Den norske lægeforenings sentralstyre at det skulle brukes midler fra fondet til videre- og etterutdanning (Fond II) til å finansiere stipender for leger i allmenn- og samfunnsmedisin som ville gjennomføre små, relevante og praksisnære forskningsprosjekter eller bidra til fagutvikling og undervisning i allmenn- og/eller samfunnsmedisin.

Stipendene skulle utlyses i *Tidsskrift for Den norske legeforening* to ganger i året, og søkerne skulle vurderes med henblikk på tildeling av inntil seks stipendmåneder for et definert prosjekt. Mandatet til denne vurderingen ble gitt til Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU), sammensatt av en oppnevnt leder og nestleder, et medlem fra daværende Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM, forløperen til dagens NFA), en representant fra hver av de fire allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene (UiO, UiB, NTNU, UiT) og en observatør fra henholdsvis Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) og daværende Allmennpraktiserende legers forening (Aplf, nå Allmennlegeforeningen, AF).

Slik ble *allmennpraktikerstipendet* til – og slik ble AFU skapt. Begge lever i beste vel-

gående den dag i dag. Relativt beskjedne midler har blitt delt ut hvert år, ofte i skarp konkurranse mellom søkerne, men med en høy gevinst i form av mange små forskningsprosjekter som, i de fleste tilfeller, sprang direkte ut av kollegenes egen undring, egne erfaringer og observasjoner – eller personlig-faglige frustrasjoner over problemer som i virkeligheten ikke var så enkle, greie og velavgrensede som de ble fremstilt under studiet eller i læreboken.

Hvor høy avkastning disse såkornmidler i årenes løp avstedkom, ble i tre suksessive evalueringer dokumentert av allmennlegene Anne Katrine Nore (perioden 1976–85), Elisabeth Swensen (perioden 1986–93) og Niels Moe (perioden 1993–2009) – selv sagt gjennomført og finansiert i form av stipender. Den siste evalueringen, publisert i 2012, påviste overbevisende resultater og en tydelig gevinst av midlene i form av fullførte prosjekter, publiserte artikler og – ikke minst – påbegynte karrierer som ledet direkte fra AFU-stipender og videre til doktorgradsavhandlinger og ph.d.-prosjekter. Det førte til at styret i Fond II, med virkning fra våren 2014, økte det mangeårige, uendrede antallet finansierte stipendmåneder fra 52 til 60 i året.

Rammen på 60 måneder hvert år har gitt AFU mer armslag enn noen gang før. Nå kan søkere med lovende, relevante og spennende prosjektideer langt oftere enn før få tildelt flere sammenhengende måneder, hvilket letter deres utfordringer med å frigjøre seg fra praksisarbeidet og finne en vi-

kar, slik at de kan konsentrere seg om prosjektet. Etter at Legeforeningens sentralstyre i 2007 i tillegg opprettet et Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) til finansiering av ph.d.-stipender, har stadig flere norske allmennleger brukt allmennpraktikerstipendet som «rugekasse» eller «springbrett», alt etter som, for å utvikle eller til og med starte med et ph.d.-prosjekt.

Hvordan arbeider AFU? Hvordan vurderes søknadene? Hvordan sørges det for en noenlunde rettferdig fordeling av midlene både med henblikk på kvinnelige og mannlige kolleger og på landsdelene? Selvsagt følges noen spilleregler som hjelper medlemmene til å treffe valg som er velbegrunnet og forsvarlig med henblikk på selve intensjonen med stipendet. Prioritering av søknader skjer etter følgende kriterier:

- 1 Søker er uten tidligere forskningserfaring
- 2 Prosjektet har høy allmenn- og/eller samfunnsmedisinsk relevans
- 3 Prosjektideen er original
- 4 Prosjektet kan gjennomføres innen rammene for tildelt tid
- 5 Prosjektet har ikke fått eller kan ikke antas å få annen finansiering

Den praktiske gjennomføringen baseres på at bare søkere som har sikret seg en avtale med en veileder fra ett av de allmenn- og samfunnsmedisinske instituttene blir tatt i betraktning. Deres søknader blir i en første evaluering vurdert av staben på «deres» institutt med henblikk på instituttets egen prioritering og støtte. Denne vurderingen blir så bragt inn i AFU-møtene av det respektive instituttets representant, fulgt av en (intens) debatt om prosjektets styrker og svakheter rund bordet. Nesten alltid har alle andre medlemmer, som (selvsagt) på forhånd har lest alle mottatte søknader, vektige kommentarer til prosjektets plan og mål, før medlemmene enes om prosjektet skal godtas og hvor mange måneder søkeren skal få tilkjent tentativt. Når alle søk-

AFU-STIPEND (ALLMENPRAKTIKERSTIPEND)

- gis til prosjekter med en klar tilknytning til problemstillinger innen primærhelsetjenesten
- kan tildeles forsknings-, undervisnings- og fagutviklingsprosjekter
- skal gjøre det mulig å ta fri fra primærmedisinsk praksis for å arbeide med eller planlegge prosjektet
- tildeles for inntil seks måneder, men kan eventuelt deles på flere perioder



På AFU styrets møte den 3. mai, 2018. Soen Eng, Eivind Meland, Sture Rognstad, Anna Luise Kirkengen, Anne Kveim Lie, Nils Martinsen og May-Lill Johansen. Aase Aamland var ikke tilstede da bildet ble tatt. FOTO: TOVE RUTLE

nader – og det kan være mellom ti og tjue – er blitt vurdert, blir det tentative antall måneder justert mot det faktiske antallet som det finnes midler for. Fordelingen protokolleres, og søkerne får kort tid etterpå skriftlig beskjed om de har fått tildelt et stipend eller ei. Hvis AFUs svar er positivt, følger med tildelingen omfattende informasjon om formaliteter med tanke på

samarbeid med instituttet og kontakt med Fondet for alle økonomiske spørsmål.

Det er alltid en stor glede å kunne tildele disse midlene og følge prosessen som settes i gang. Svært ofte fører den til en presentasjon på *Forskningsdagen* under Primærmedisinsk uke (PMU) eller Nidaroskongressen, hvor det faktisk hender at en av «våre» stipendiater får prisen for beste

foredrag, AFUs forskningspris, på 15 000 kroner. Noen stipendiater «kvitterer ut» ved å sende oss en artikkel eller rapport. Og stadig flere går videre i «løypa» med AMFF-midler og forskerskolen til en ph.d.-grad. Slike utviklinger bekrefter at AFU har gjort en god jobb som faglig fødselshjelper.

■ ANLUI-K@ONLINE.NO

UTPOSTEN

– en viktig arena for utvikling av primærmedisinen

Forskerskole med vind i seilene

■ SIRI EVJU JANSSEN • Administrativ koordinator NAFALM

■ ELIN O. ROSVOLD • Professor og leder NAFALM

Den flerfaglige forskerskolen i allmennmedisin har bidratt til å styrke det akademiske faget allmennmedisin og blitt en viktig arena for nettverksbygging. I 2020 tar imidlertid finansieringen fra Norges forskningsråd slutt.

Fem år etter oppstarten er Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM), nå godt etablert som et tilbud til stipendiater som er tilknyttet de allmennmedisinske miljøene i Norge. Totalt 73 studenter fra ulike helseprofesjoner er til nå tatt opp ved skolen, fordelt på fem kull. Tre studentkull har gjennomført sine minidisputaser og

fått sine diplomer. Elleve av studentene har disputert. 14 studenter har vært på forskningsopphold i utlandet, og flere stipender er innvilget. Interessen for å benytte seg av NAFALMs utenlandsstipend øker. Forskerskolens målsettinger om å stimulere til mobilitet nasjonalt og internasjonalt og fremme tverrfaglighet og flerfaglighet er innen rekkevidde.

God tverrfaglig rekruttering

Nasjonal forskerskole i allmennmedisin skiller seg fra de fleste andre forskerskoler i Norge ved at det tas opp et studentkull årlig, og for en treårs periode.

Studentgruppen består hovedsakelig av leger, men også sykepleiere, farmasøyter,

sosialantropologer, kiropraktorer og kandidater med ulike mastergrader har fått plass ved skolen. Uavhengig av fagbakgrunn har alle det til felles at de jobber med prosjekter som er relevante for det allmennmedisinske fagmiljøet.

Søkningen til skolen fra andre helseprofesjoner har vært større enn forventet. Bredden i forskningen er stor: Prosjektene handler om alt fra barn og eldre, til legemiddel- og helsetjenesteforskning. Erfaringen med å blande ph.d.-kandidater med ulike fagbakgrunn er gode, og studentene ser ut til å dra nytte av hverandre både faglig og sosialt. De ulike innfallsvinklene til forskningstemaene utfyller hverandre og danner et grunnlag for et kreativt og bærekraftig miljø innenfor faget allmennmedi-

Skrivekursdeltakere fra forskerskolene NAFALM og MUN-HEALT-CARE sammen med kursleder Simen Ekern.



sin. For å fortsette kontakten med medstudenter og veiledere, har studentene som er uteksaminert til nå, selv tatt initiativet til å opprette en alumnigruppe. Dette lover godt for fremtidens allmennmedisinske akademiske nettverk.

En felles allmennmedisinsk plattform

Oppstartsperioden var hektisk, men etter fem års drift har brikkene falt på plass. Vi har utviklet et velfungerende samarbeid på tvers av partnerinstitusjonene, og alle bidrar til å lage et nasjonalt miljø for teori- og forskningsmetodeutvikling rettet mot allmennmedisin.

Som et supplement til de allerede eksisterende kursene ved universitetenes ph.d.-utdanninger, har skolen utviklet nye kurs med en allmennmedisinsk innfallsvinkel. Mange av kursene er praktisk vinklet, slik at studentene kan arbeide med sine egne prosjekter enten på egen hånd eller i grupper. De langsgående obligatoriske kursene er forbeholdt NAFALM-studentene, mens andre kurs er åpne også for ph.d.-studenter og andre forskere som ikke er tatt opp på forskerskolen. Her har NAFALMs egne studenter, alumnier og veiledere tilknyttet forskerskolen fortrinnsrett. Både svenske og danske ph.d.-studenter har deltatt på kursene, noe som bidrar til nettverksbygging også internasjonalt.

Mange av skolens studenter arbeider i klinisk praksis ved siden av sitt ph.d.-arbeid, noe som skaper behov for en fleksibel undervisningsform. Bruk av webbasert undervisning har derfor blitt en bærebjelke i forskerskolens langsgående kurs. Kursene starter på skolens obligatoriske høstseminar, og deretter foregår undervisningen i form av web-seminarer gjennom vinteren. Denne modellen har vist seg å være svært vellykket. Kurset «Presentere, publisere og disputere» strekker seg over to år, og gir studentene trening i å formidle sin forskning på norsk og engelsk. Blant annet er Executive Editor i *The Lancet*, Stuart Spencer, hentet inn for å lære studentene å skrive gode abstrakter.

Kurset «Den allmennmedisinske kanon» gir studentene en felles faglig allmennmedisinsk plattform uavhengig av fagbakgrunn. Målet med dette kurset er å gjøre studentene kjent med sentral historie og litteratur som har hatt avgjørende betydning for allmennmedisinsk fag og forskning. Det er laget introduksjonsvideoer til web-seminarene, hvor kjente allmennmedisinere kommenterer artikler som er sentrale for det akademiske faget allmennmedisin.

I tillegg tilbys kurs i kvalitative metoder, statistikk, randomiserte kontrollerte studier, multiorbiditet og systematiske oversikter. Skolen har også arrangert workshops som ikke gir kurspoeng.

Gjennom å arrangere kurs sammen med andre forskerskoler får man utnyttet ressursene bedre og utviklet et bredere kurstilbud. Man knytter også kontakter på tvers av fagmiljøer. Forskerskolen arrangerte i november 2015 et kurs i farmakoepidemiologi sammen med Nasjonal forskerskole i farmasi. I 2017 og 2018 arrangerte NAFALM kurs i kronikkskriving i lokalene til Det norske in-



Det å få oppleve et utenlandsk miljø, og diskutere med andre forskere var svært inspirerende og en nyttig erfaring for mitt doktorgradsarbeid, sier Irene Aasmul som reiste til Azusa Pacific University i Sør-California i 2017.

Stuart Spencer og Jørund Straand diskuterer posteren til Sverre Litleskare.





Anna Stavdal holder fellesforelesningen på seminaret på Leangkollen høsten 2017.

FOTO: PER HUORTDAHL

stitutt i Roma med journalist og forfatter Simen Ekern som kursleder. Forskerskolen MUNI-HEALTH-CARE var medarrangør i 2018. Av 18 deltakere har til nå ni fått publisert sine kronikker i norske, svenske eller danske aviser.

NAFALM-seminaret – forskerskolens navn

Det årlige NAFALM-seminaret i september har utviklet seg til å bli en møteplass for hele det akademiske allmennmedisinske fagmiljøet. Seminaret er obligatorisk for studentene og markerer starten på et nytt forskerskoleår. Her samles skolens nye og gamle studenter og veiledere for å ta del i faglige og sosiale aktiviteter.

Programmet for seminaret går over tre dager og består av fem parallelle sesjoner.



Iona Heath var gjesteforeleser på NAFALMs seminar under Nordisk kongress i Reykjavik i 2017.

Førsteårsstudentene starter sine tre år som NAFALM-studenter med kurset «Allmennmedisinsk forskningsformidling», et kurs som legger grunnlaget for det første langsgående kurset «Presentere, publisere og disputere» som strekker seg gjennom hele forskerskoleløpet. Andreårsstudentene blir introdusert for sitt andre langsgående kurs «Den allmennmedisinske kanon».

Avgangsstudentene gjennomfører en minidisputas som avslutning på sitt forskerskoleløp. Alumnistudentene og veilederne har sitt eget program, før alle samler seg til plenumsforedrag og minidisputaser.

I september 2017 var fem studentkull, alumnier og veiledere samlet på Leangkollen hotell i Asker.

Internasjonalisering og tverrfaglighet

Økt internasjonalisering både for studenter og veiledere er en viktig målsetting for forskerskolen. Gjennom å invitere utenlandske forelesere til skolens kurs, og ved å legge til rette for studieopphold i utlandet for både studenter og veiledere, ønsker vi å stimulere til økt internasjonalt samarbeid. Utenlandske forelesere har bidratt på de fleste av skolens egne kurs. Forskerskolen gir også økonomisk støtte til studenter som ønsker å tilbringe tid i utlandet, og vi ser at interessen for denne typen opphold er økende. I 2015 fikk tre av studentene støtte til forskningsopphold. Tilbakemeldingen er at slike forskningsopphold både er inspirerende og lærerike, og viktige for å knytte kontakter som kan gi grobunn for videre intensjonalt samarbeid.

Interessen for kurset «Den allmennmedisinske kanon» er stor – også internasjonalt. Med utgangspunkt i kurset arrangerte NAFALM symposiet Key writings in Gene-

ral Practice. The Core of a Discipline and Formations of its Practitioners på Nordisk kongress i allmennmedisin i Reykjavik i 2017. Linn Getz, Elin O. Rosvold og Stefan Hjörleifsson var ansvarlige for programmet, og gjesteforelesere var Iona Heath, Royal College of General Practitioners, UK og Niall Maguire, Primary Care Surgical Association, Navan, Irland. Målet med symposiet var å øke interessen for sentrale tekster som har formet det akademiske faget allmennmedisin. Symposiet skapte engasjement hos de nesten 200 deltakerne i salen. Vi fortsetter samarbeidet med Iona Heath som skal delta som hovedtaler under høstens forskerskoleseminar.

Forskerskolen skal også ha et seminar om hvordan en allmennmedisinsk forskerskole kan organiseres på Wonca Europe 2018 i Krakow i mai. Her samarbeider vi med de allmennmedisinske forskerskolene i Nederland (Maastricht) og Sverige. Målet er å inspirere flere land til å opprette forskerskoler for å fremme forskning i allmennpraksis.

Veien videre

NAFALM fikk tildelt midler for åtte år, og siste finansierte driftsår er 2020. Vi er nå i gang med planleggingen av driften etter at finansieringen fra Norges forskningsråd opphører. Nasjonal forskerskole i allmennmedisin har etablert seg som en viktig del av det allmennmedisinske akademiske miljøet. Det er derfor avgjørende at vi klarer å finne frem til organisering og ressurser for å kunne videreføre dette tilbudet til allmennleger som ønsker å ta en doktorgrad.

■ S.E.JANSSEN@MEDISIN.UIO.NO
■ E.O.ROSVOLD@MEDISIN.UIO.NO



Hvis du lurer på å benytte muligheten til å søke stipend fra forskerskolen har jeg et råd: Gjør det! Det er både morsomt og nyttig, og uansett form, innhold og varighet på et opphold kommer man hjem med nyttig kunnskap man ikke hadde fra før, sier Torunn Bjerve Eide som reiste til Utrecht.

Påmelding til PMU 2018

I første halvdel av juni ble det klart for påmelding til Primærmedisinsk uke, som arrangeres i Oslo i uke 43. Årets PMU bringer til torgs et globalt perspektiv i arbeidet med fag og helse – og markerer også 50-årsjubileet for akademisk allmennmedisin i Norge.

Primærmedisinsk uke (PMU) går av stabelen i Oslo i uke 43, det vil si 22.–26. oktober. Den tradisjonsrike mønstringen arrangeres annethvert år i regi av Allmennlegeforeningen (AF), Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam). Siden starten i 1989 har PMU vært en viktig kursarena og møteplass for leger, helsesekretærer og helsepersonell som har sin arbeidsplass i primærhelsetjenesten. For 5. gang på rad er det Radisson Blu Scandinavia Hotel – et steinkast unna Slottet – som skal være adresse for begivenhetene.

Bredt kursrepertoar

I begynnelsen av juni åpnet PMUs nettsider offisielt – der det fullstendige kurs-, plenums- og kulturprogrammet er publisert. Samtidig ble det da klart for deltakerpåmelding, som skjer elektronisk vis nettsidene (www.pmu2018.no).

PMU går over fem dager og tilbyr flere enn 40 innholdsrike kurs. Blant årets nyheter er de kliniske emnekursene i allergiske og atopiske sykdommer, hudsykdommer, øyesykdommer og et klinisk emnekurs om 'helhetlig helseforståelse'. Det blir også populære gjengangere som hjerte- og karsykdommer, diabetes, pediatri og praktisk gynekologi. På programmet står dessuten grunnkursene A og D i allmennmedisin og introduksjonskurset i samfunnsmedisin (kurs A). Som tidligere blir det en egen 'forskningsdag' med presentasjoner av allmennmedisinske prosjekter.

Når det gjelder kulturprogrammet, deltar artister som med rette kan betegnes som «primærmedisinske venner», mens andre er med for første gang. Til den første kategorien hører utvilsomt Ole Paus – som også i år stiller opp med sine morgenkonserter og geleider oss inn til de tidligste forelesningene.

Helse og håp – på jorden et sted

Årets kongressmotto er *Helse og håp – på jorden et sted*. Ordlyden i mottoet er inspirert av diktet *På jorden et sted* skrevet av den folkekjære lyrikeren André Bjerke (1918–85). Diktet er en påminnelse om at vår klode er alle menneskers hjem og at vi bærer med oss og i oss drømmer og håp om tilhørighet, trygghet og et godt liv med god helse. Mottoet har globale, humanistiske og forde-

lingspolitiske implikasjoner – og danner en tematisk ramme rundt plenumsprogrammet gjennom uken.

Mottoet er ikke tilfeldig valgt: det gjenspeiler blant annet to ulike begivenheter som på hver sin måte har bidratt til å definere og prege norsk allmenn- og samfunnsmedisin. I år er det 40 år siden Verdens helseorganisasjon (WHO) lanserte Alma Ata-deklarasjonen, som slo fast at en vel fungerende primærhelsetjeneste er en forutsetning for å sikre helsetjenester til alle og utjevne sosiale ulikheter i helse. Den andre begivenheten er 50-årsjubileet for akademisk allmennmedisin i Norge.

Begge begivenheter vil bli markert under PMU. I sitt åpningsinnlegg mandag 22. oktober vil Anna Stavdal, som er fastlege i Oslo og president i WONCA Europe, berøre WHO's Alma Ata-deklarasjon når hun snakker om viktigheten av at vi ser oss selv som en del av et globalt fellesskap. Hvilken plass har Norge i internasjonal allmennmedisin i 2018, nå som vi markerer fagets første 50 år som akademisk disiplin? Og hvordan kan et 'globalt blikk' hjelpe oss å utvikle primærmedisinen til beste for våre pasienter og vårt samfunn? Dette er spørsmål som Stavdal vil ta opp i sitt innlegg.

Onsdag 24. oktober blir det også en plenumssesjon med et globalt bakteppe, når vi får besøk av Øyunn Holen fra organisasjonen Leger Uten Grenser. Holen er spesialist i indremedisin og i infeksjonssykdommer og overlege ved avdeling for resistens- og infeksjonsforebygging ved Folkehelseinstituttet. Hun vil dele erfaringer fra feltoppdrag med Leger Uten Grenser, ta opp medisinsk-etiske dilemmaer man står overfor i det humanitære arbeidet samt informere om organisasjonens innsats i ulike land og regioner.

Torsdag 25. oktober vil professor Jørund Straand ved Institutt for helse og samfunn ved UiO dvele ved allmennmedisin som universitetsfag gjennom 50 år. Her blir det både tilbakeblikk og et blikk på utviklingen og utfordringene i faget nå og fremover. Straand blir også møteleder for et jubileumsseminar hvor dette skal markeres.

Bli med på en spennende Primærmedisinsk uke i oktober! For informasjon om program og for påmelding, gå til: www.pmu2018.no

Tom Sundar
leder for hovedkomiteen, PMU 2018



Falske nyheter?

Kommuneoverlegens kamp mot «rekordmange klamydiatilfeller» og betydningen av lokalt smittevernarbeid

■ BJØRG ELISE TØNNESEN DYSTHE • Spesialist i samfunnsmedisin og smittevernoverlege i Bærum kommune

■ GJERTRUD LØDØEN • Spesialist i samfunnsmedisin og assisterende kommuneoverlege i Bærum kommune

■ MORTEN LINDBÆK • Professor, Institutt for Helse og Samfunn UiO, leder Antibiotikasenteret for primærmedisin, fastlege

■ MARIA ROMØREN • Allmennlege og postdoktor ved Institutt for Helse og Samfunn UiO

Bærum kommune hadde fra 2005 til 2014 en tredobling av positive prøver på genitale klamydiainfeksjoner i følge MSIS*. Dette var unikt for Bærum og medførte flere medieoppslag; «Rekordmange tilfeller av klamydia: «Unge dropper kondom» og «Klamydia-eksplosjon blant Bærums-ungdom» (Aftenposten 2014). Kommuneoverlegens hypotese var at gjentatte informasjonskampanjer til ungdom om klamydia kan ha ført til økt testaktivitet og derved flere påviste tilfeller. Alternativt kunne det være en faktisk økning i antall infeksjoner knyttet til endringer i seksualvaner i ungdomsgruppen.

Den mest utbredte seksuelt overførbare bakterielle infeksjonen i Norge er genital klamydia (*Chlamydia trachomatis*) (1) og denne er spesielt utbredt blant ungdom under 25 år (2). Tidlig diagnostikk, behandling og smitteoppsporing er ansett å være viktig fordi infeksjoner oftest er asymptomatiske. Nasjonale retningslinjer anbefaler derfor at ungdom under 25 år tester seg for klamydia ved hvert partnerbytte. I 2005 gjorde Folkehelsekontoret i Bærum en prevalens- og spørreundersøkelse på alle kommunens videregående skolars avgangsklasser; VG3 (3). Klamydiainfeksjon i dette materialet viste lav forekomst i aldersgruppen (1,4 prosent). Som intervensjon mot seksuelt overførbare infeksjoner ble derfor informasjonskampanjer rettet mot ungdom i videregående skoler valgt fremfor bred screening.

Til tross for økt fokus på forebyggende arbeid mot klamydia ble det rapportert en jevn stigning av antall meldte tilfeller i Bærum, med en tredobling fra 2005 til 2014. Tilsvarende økning ble verken funnet nasjonalt eller i nabokommuner. Vi ønsket å se på faktorer som kunne forklare hva som var spesielt ved Bærum.

- Ble mer klamydia påvist grunnet økt testaktivitet som følge av informasjonskampanjene?
- Kunne endringer i ungdommers seksualvaner ha bidratt til økt klamydiaforekomst?

Informasjonskampanjer

Folkehelsekontoret i Bærum kommune responderte på de høye klamydiatallene i MSIS ved å sette inn forebyggende tiltak. Informasjonskampanjer om klamydia, med økonomisk støtte fra Helsedirektoratet (4),



* Folkehelseinstituttets meldings-system for infeksjonssykdommer

2006–2013



2011–2013



ble brukt som helseintervensjonsmetode. Ungdom i avgangsklassene på videregående skole (18–19 år) ble valgt som målgruppe fordi russetiden og påfølgende år kan representere en fase av livet med økt smitterisiko. Frafallet i videregående skoler er lavt i Bærum: 13 prosent vs. 25 prosent nasjonalt (5), og en stor andel av alderskohorten ble dermed nådd.

Hovedfokus i kampanjene var å oppfordre ungdom til å teste seg for klamydia og til å bruke kondom for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner. Det ble informert om infeksjonen, smittemåte, testing og be-

handling. Kampanjenes slagord og utforming har variert, blant annet i tråd med endringer i ungdommers bruk av sosiale medier. I 2006–2010 var temaet «Ikke alt går av i vask». Plakater, informasjonsfoldere, visittkort samt kondomer i esker ble utdelt på skolene. Fra 2011 til 2013 ble i tillegg Facebook brukt til en quiz med fire enkle faktaspørsmål om klamydia: «Svir det når du quizer?». Ny kampanje fra 2014 med slagordet «1 av 10 unge er smittet. Gjøtt hvem!» var basert på tallene fra kommunens helsestasjoner for ungdom (HFU). Økt fokus på medvirkning fra ungdommene ble



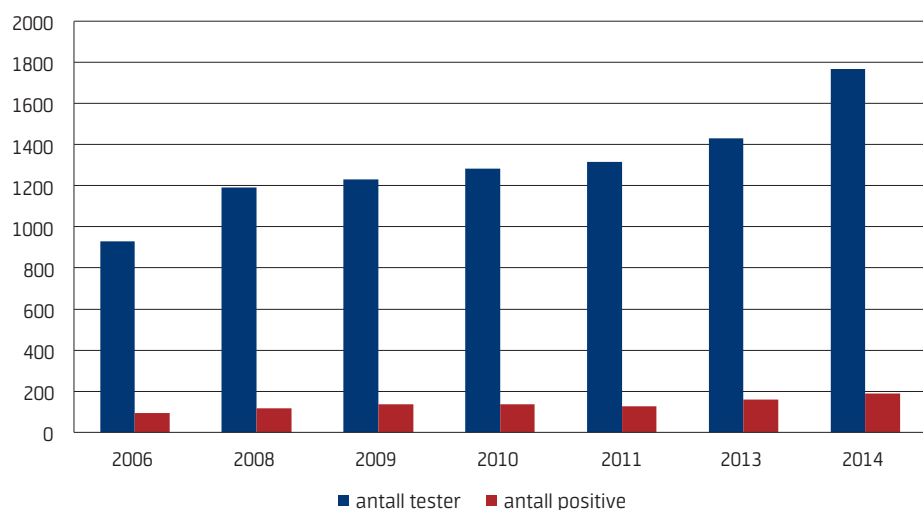
2014–2016

Oversikt over klamydia-
kampanjer i Bærum kommune.
KAMPANJEFOTO: IOESPINNERIET.NO / COLLAGE: O7 MEDIA

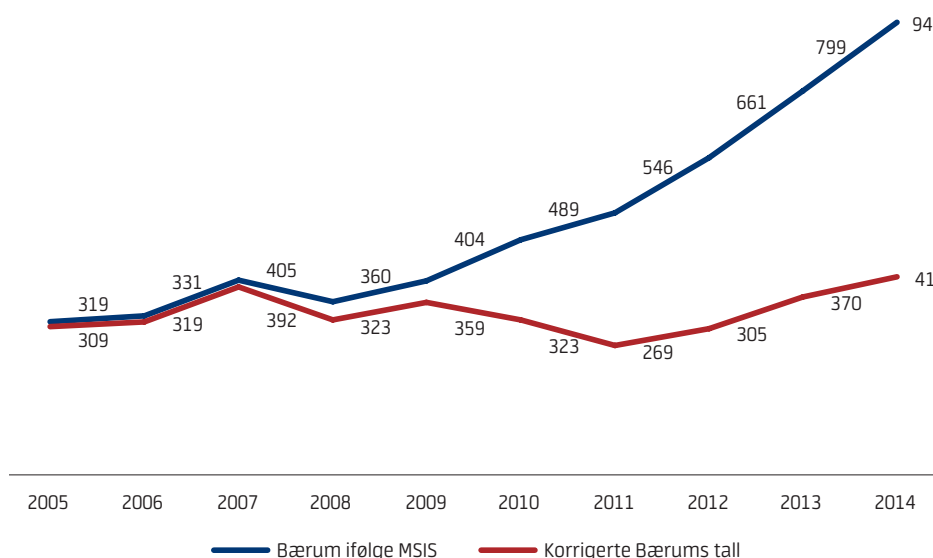
ivaretatt ved at skolenes russestyrrer ble invitert til informasjonsmøte og fikk ansvar for utdeling av informasjonsmateriellet. En SMS med kampanjeinformasjon ble samtidig sendt til Bærumsruss (SE COLLAGE).

Endring i antall klamydiatester på helsestasjon for ungdom (HFU)

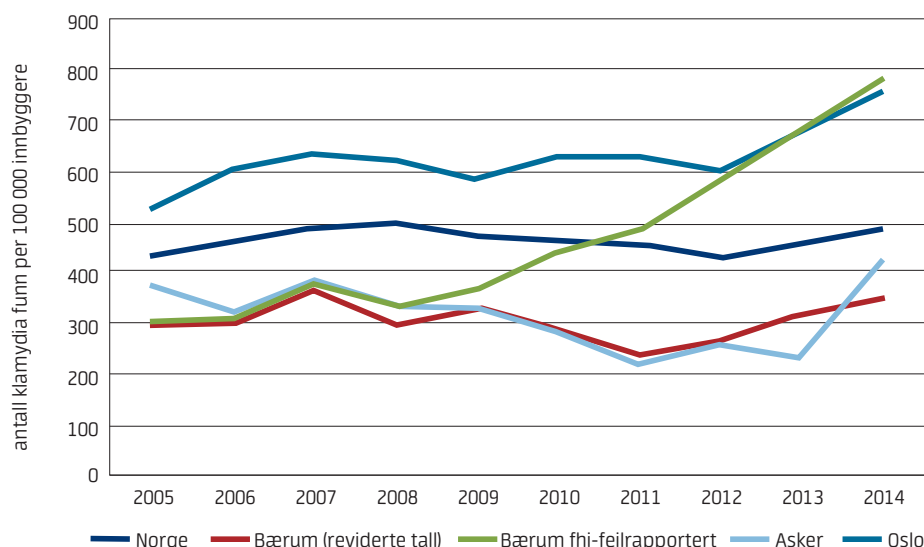
Bærum kommune har to helsestasjoner for ungdom (HFU) som er et tilbud til ungdom i alder 13 til 23 år. Anonymiserte data fra disse ble innhentet retrospektivt på testaktivitet for klamydia og andel som var posi-



FIGUR 1. Klamydia på helsestasjon for ungdom i Bærum.



FIGUR 2. MSIS rapporterte tall og korrigerte tall på positive klamydiaprøver



FIGUR 3. Sammenligning av positiv testrate for klamydia pr. 100 000 innbyggere

tive. Data fra nabokommunen Asker ble brukt som kontroll.

Testing på HFU i Bærum ble registrert fra 2006 til 2014 og viste en økning fra 930 til 1769 tester for klamydia. HFU i Asker hadde uendret testaktivitet i perioden med henholdsvis 885 og 889 tester. Bærum kommunes store fokus på klamydia blant ungdom med gjentatte informasjonskampanjer var således ledsaget av en nærmest doubling i antall tester på HFU i perioden. Ungdomsbefolkningen regnes å være sosiodemografisk lik i Asker og Bærum, men Asker kommune hadde ikke hatt informasjonskampanjer. Testaktiviteten i Asker var noe høyere i utgangspunktet enn i Bærum, men forble uendret. Nasjonalt var testaktivitet for klamydia i perioden nærmest konstant med en liten økning fra 2012 til 2013 (6). Økt testing i Bærum tyder på en vellykket effekt av kampanjene (FIGUR 1).

Andel positive klamydiaprøver på HFU

Av dem som testet seg på HFU i 2006 var andel positive 10,0 prosent med en liten stigning til 10,7 prosent i 2014 ($p=0,57$). I samme periode økte andel positive prøvesvar på HFU i Asker signifikant fra 8,1 prosent til 14,3 prosent ($p=0,0001$). Nasjonalt viste årsrapporten om blod- og seksuelt overførbare infeksjoner for 2014 (6) en forekomst av positive prøver på klamydia i aldersgruppene 15–19 år og 20–24 år på 13,6 prosent og 10,6 prosent blant kvinner og 16,1 prosent og 16,3 prosent for menn.

Til tross for økt testing for klamydia på HFU i Bærum var andel positive konstant omkring ti prosent, og den store økningen av klamydia kunne ikke forklares ved økt testing på HFU.

Endringer i ungdommers seksualvaner?

Foruten økt testaktivitet kunne økt påvisning av klamydia skyldes økt smittespredning/smitteoverføring relatert til endringer i ungdommers seksualvaner. Unikt for kommunen var at vi hadde sammenlignbare anonyme undersøkelser med ti års mellomrom. I 2005 gjorde Folkehelsekontoret i Bærum en prevalens- og spørreundersøkelse til avgangselever på kommunens videregående skoler (3). Denne ble sammenholdt med svar fra samme aldersgruppe i Ungdata 2014 for kommunen. Ungdata er et nasjonalt kvalitetssikret og standardisert system for lokale spørreskjemaundersøkelser. Begge undersøkelsene var rettet mot målgruppen ungdom VG3 og ble gjort i skoletiden. Undersøkelsene hadde spørsmål om seksualvaner og prevensjonsbruk.

Undersøkelsen i 2005 ble besvart av 74 prosent (673 av 905) og i 2014 av 54 prosent (695 av 1299) av elever i VG3. Henholdsvis 69 prosent og 70 prosent anga at de hadde debutert seksuelt. Dette samsvarer også med at det nasjonalt i samme periode ble rapportert uendret seksuell debutalder (7).

I 2005 oppga 27 prosent at de aldri brukte kondom mens i 2014 svarte 34 prosent at de ikke hadde brukt prevensjon ved siste samleie. Andelen som unnlot å bruke prevensjon var om lag en av tre i begge undersøkelser og ingen markant endring ble påvist.

Det var en viss kjønnsforskjell i 2014: 71 prosent av jenter og 59 prosent av gutter oppga at de hadde brukt prevensjon ved siste samleie. Bruk av p-piller som prevensjon kan ha underminert bruk av kondom og derved infeksjonsforebygging.

Ingen store endringer i seksualvaner som kunne forklare høye klamydiafunn ble funnet.

Validering av data

Nasjonalt MSIS register oppsummerer årlig anonymiserte data på klamydia innsendt fra laboratoriene. Rapporter sendes til kommunen differensiert på alder og kjønn. Bærum sykehus og Først laboratorium, som har størst testvolum for vår kommune, ble kontaktet av kommuneoverlegen og bedt om å oppgi totalt antall klamydiatester tatt. Målet var å avdekke eventuelle større endringer i testaktivitet utenom HFU. Av data-tekniske grunner kunne dessverre ikke Bærum sykehus oppgi totaltallet. Oversikten over positive klamydiafunn på de to laboratoriene var mye lavere enn det MSIS viste for Bærum. Vi vurderte om det kunne være en stor andel prøver som ble analysert ved laboratorier i andre deler av landet, for eksempel på studiesteder. Folkehelseinstituttets opplysninger om hvilke laboratorier som rapporterte positive funn for Bærum

viste at kun et fåtall var rapportert fra andre laboratorier enn de to vi var i kontakt med. For perioden var 43 prosent av de positive MSIS-funn fra Først, 40 prosent fra Bærum sykehus, seks prosent fra OUS og to prosent fra A-hus. De resterende prøvene var fordelt på mange laboratorier med få analyser på hver.

Datafilene fra laboratoriene ved Bærum sykehus og Først ble gjennomgått. Det var en grov diskrepans i tallene Først hadde rapportert til oss og det FHI oppga at Først hadde innrapportert til MSIS. I henhold til rapporteringskrav etter MSIS-forskriften, forventet FHI kommunedifferensierte data fra laboratorier. Først samlet prøver som manglet kommuneopplysninger og registrerte dem på kommunen med det største NAV-kontoret i fylket. I Akershus fylke er dette Bærum kommune. Denne rutinen medførte grove feil i MSIS-statistikken og med tiltagende bruk av Først økte feilrapporteringen. Korrigeringen innebar for eksempel for 2014 at nesten halvparten av de positive prøvene tillagt Bærum i MSIS var feilrapporterte (FIGUR 2).

Valideringen vi foretok av datafilene viste at det var feilrapportering og ingen reell økning i klamydiaforekomst i Bærum kommune i perioden 2005–2014.

Betydning av lokalt smittevernarbeid

Etter Smittevernloven § 7-2 skal Kommuneoverlegen «ha løpende oversikt over de infeksjonsepidemiologiske forholdene i kommunen». MSIS er hovedkilden til denne informasjonen. For Bærum kommune har klamydia utgjort den mest utbredte av infeksjonene rapportert via MSIS.

Under arbeidet med å avdekke bakgrunnen for dette viste validering av innrapporterte funn at den tilsynelatende høye fore-

komsten skyldtes feilrapportering og at Bærum kommune ikke hadde høyest positiv testrate for klamydia i Norge. Korrigering av antall positive tester for klamydia innebar at andelen positive i forhold til innbyggertall kunne justeres slik at Bærum gikk fra høyest til lavest positiv testrate i sammenligning med to nabokommuner og nasjonale tall (FIGUR 3).

Arbeidet var utgangspunkt for et debattinnlegg i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2018;4:332

Vi takker avdelingsdirektør Hilde Kløvstad, FHI, for nyttig samarbeid omkring data. Avdelingsoverlege medisinsk mikrobiologi, professor Pål A. Jenum, Avdeling for laboratoriemedisin, Vestre Viken, Amir Moghaddam, Dr.Phil ved Først Medisinske Laboratorium, assisterende kommuneoverlege i Asker, Anne Grete Westly takkes for å ha gjort sine data tilgjengelig for oss. «Idespinneriet» ved Mari Tusberg takkes for kreativt samarbeid.

RED. ANMERKNING: Denne saken illustrerer betydningen av kommunalt smittevernarbeid og epidemiologisk overvåkning. Saken illustrerer også betydningen av å sjekke uventede funn før man går videre med tiltak.

REFERANSER

1. MSIS-statistikk på klamydia 2005–2014, www.msis.no (17.09.15)
2. Folkehelseinstituttet: <http://www.fhi.no/publikasjoner-og-haandboker/smittevern/boka>
3. Høviskeland A, Lødøen G et al. Genital chlamydia-infeksjon blant elever i videregående skole. *Tidsskr Nor Legeforening* nr. 16, 2007 2077–9
4. Handlingsplan for forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse. Helsedirektoratet 2010.
5. Folkehelseprofilen for Bærum 2014, www.fhi.no (01.10.15)
6. Årsrapport • Blod- og seksuelt overførbare infeksjoner 2014 • Folkehelseinstituttet <https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/blod-og-seksuelt-overforbare-infeksjoner-arsrapport-2014.pdf>
7. Sex og samfunns Metodebok for seksuell helse 2015: www.emetodebok.no

■ GJERTRUD.LODOEN@BAERUM.KOMMUNE.NO

■ BJORG.DYSTHE@BAERUM.KOMMUNE.NO

UTPOSTEN
TETT PÅ!

Kvaliteten på henvisnin

■ **OLAV THORSEN** • Spesialist i allmennmedisin, ph.d., leder for PKO
Helse Stavanger HF – Stavanger Universitetssjukehus, Forskningsavdelingen

■ **INGVILD DALEN** • Statistiker, ph.d.
Helse Stavanger HF – Stavanger Universitetssjukehus, Forskningsavdelingen

■ **LARS FOSSE** • Overlege, dr. med.
Helse Stavanger HF – Stavanger Universitetssjukehus, Ortopedisk avdeling

Henvisninger til spesialisthelsetjenesten bør inneholde en vurdering av prioritet for pasienten og en begrunnelse for denne prioriteringen.

BAKGRUNN. Når pasienter henvises til undersøkelse eller behandling i sykehus er det viktig at opplysningene som sendes er utfyllende og korrekte. Vi ønsket å undersøke mulige elementer i henvisningene som påvirker mottakende sykehuslegers oppfatning av kvaliteten på henvisningene og tiden som brukes på å vurdere henvisningene.

MATERIALE OG METODE. Utvalgte data (fødselsår, kjønn, foreslått prioritet og ventetid) i elektive henvisninger mottatt i en måned ved tre seksjoner ved Stavanger universitetssjukehus ble registrert og analysert. Sykehuslegene vurderte kvaliteten på henvisningene på en skala fra 1 (dårligst) til 10 (best) og noterte tiden de brukte på den enkelte henvisning.

RESULTATER. Vi registrerte 519 henvisninger fra 247 allmennleger. Sykehuslegenes vurdering av kvaliteten var høyest (gjennomsnittsskår 6,5) for henvisninger fra leger i aldersgruppen 29–39 år og lavest (skår 5,6) i aldersgruppen 40–49 år. Henvisningene som inneholdt et forslag til prioritet for pasienten (16 prosent av henvisningene) ble vurdert å ha høyere kvalitet (skår 7,2) enn de som ikke hadde dette (6,2). Hvorvidt henvisninger inneholdt et forslag til ventetid (10 prosent av henvisningene) så ikke ut til å påvirke sykehuslegenes vurdering av kvalitet.

FORTOLKNING. Sykehusleger vurderer henvisninger som inneholder et forslag til prioritet for pasienten å ha høyere kvalitet enn de henvisningene som ikke har forslag til prioritet.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUPHBOX

Elektive innleggelser og polikliniske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten skjer normalt på grunnlag av en henvisning. Det totale antallet elektive henvisninger til spesialisthelsetjenesten i Norge anslås til ca. 2 millioner pr. år (1–3), hvorav halvparten er til sykehus. Disse henvisningene, som oftest kommer fra pasientens fastlege, genererer en betydelig arbeidsmengde for sykehuslegene, som skal prioritere pasientene for videre undersøkelser, behandling og oppfølging. For legene som mottar og vurderer henvisninger er kvaliteten på disse av vesentlig betydning for å sette en riktig prioritet og en medisinsk forsvarlig ventetid for pasienten (4). Kvaliteten på henvisninger er undersøkt i en rekke studier (5–11). En god henvisning skal ha en tydelig problemstilling og de nødvendige, relevante opplysningene for å kunne vurdere det videre pasientforløpet. Lønning, Kongshavn og Husebyes studie fra 2009 viste mangler ved om lag en tredel av henvisningene, og omtrent en tidel hadde flere mangler (1). I en norsk studie fra 2013 viste P E Martinussen at bare 16 prosent av sykehuslegene var fornøyd med de henvisnin-

gene de mottok (12). En annen norsk studie fra 2013 viste at sykehusleger som vurderte henvisninger hvor henvisende lege hadde benyttet et elektronisk standardisert beslutningsstøtteverktøy brukte kortere tid på å vurdere disse enn henvisninger uten slik støtte (13).

Noen henvisninger kommer i form av en forespørsel, en usikkerhet omkring diagnose og behandling (14). Disse kan ofte besvares uten at sykehusspesialisten trenger å se pasienten. Forutsetningen for dette er at henvisningen inneholder nødvendige opplysninger og har en klar målsetting og problemstilling (4). En viktig faktor i henvisningsforløpet, både for pasient og for henvisende lege, er den tiden det tar fra pasienten henvises og til den aktuelle undersøkelsen eller behandlingen i spesialisthelsetjenesten finner sted. Det at henvisende lege foreslår en prioritet eller ventetid i henvisningen kan si noe om tilstandens alvorlighetsgrad og akseptabel ventetid for pasienten. For et helsevesen med begrensede ressurser er det nødvendig å prioritere, slik at de som trenger det mest får hjelp først. Kun ved behov for øyeblikkelig hjelp

ger til et norsk sykehus

og ved pakkeforløp for kreft kan henvisende lege bestemme hvilken prioritet og ventetid pasienten skal ha (15). For elektive henvisninger er det sykehuslegen som bestemmer prioritet og ventetid (4). Et godt samarbeid mellom henvisende leger og sykehusleger er viktig, både for aktørene selv og for pasientene (4, 16). Studier har vist at sykehuslegenes prioritering av pasienter i betydelig grad er preget av kjønn (14, 17).

Formålet med denne studien var å se på hvilke elementer i henvisninger til sykehus som påvirker sykehuslegenes vurdering av kvaliteten på henvisningene og den tiden de bruker på å vurdere henvisningene.

Materiale og metode

Stavanger Universitetssjukehus (SUS) dekker et område på 350 000 personer. Sykehuset mottok i 2015 over 70 000 henvisninger fra mer enn 300 leger (allmennleger, bedriftsleger, avtalespesialister, legevaktleger og andre). Sykehuset mottar også henvisninger fra annet helsepersonell som psykologer, helsesøstre, jordmødre og kiropraktorer. Vi inviterte legene ved de tre kliniske avdelingene som mottar flest henvisninger (ortopedisk, urologisk og hudavdelingen) til å delta i en observasjonell studie av elektive henvisninger i løpet av en måned, våren 2014. Til sammen seks sykehusspesialister (to ortopeder, to urologer og to hudleger) sa seg villig til å delta.

Sykehuslegene registrerte pasientens fødselsår, kjønn og den foreslåtte prioritet og ventetid fra henvisende lege på et eget skjema (FIGUR 1). Sykehuslegene gjorde en vurdering av henvisningene på en skala fra én (dårligst) til ti (best). De registrerte til slutt eventuell tilbakemelding eller telefonkontakt med henvisende lege og tidsbruk ved behandling av henvisningen. Henvisende leges navn ble også notert, slik at vi kunne finne kjønn, alder og eventuell spesialitet.

Statistiske analyser

Beskrivende statistikk er presentert som gjennomsnitt, standardavvik og laveste og høyeste verdi for kontinuerlige data, og som antall og prosenter for kategoriske data. Sammenheng mellom opplysninger om lege (kjønn, alder, spesialitet), pasient (kjønn, alder), henvisende leges foreslåtte prioritet og ventetid og henholdsvis vurdert kvalitet av henvisningene og tidsbruk ved behandling av henvisningene ble analysert i lineære modeller. Korrelasjon mellom henvisninger fra samme lege er blitt hensyntatt ved bruk av Generalized Estimating Equations (GEE), med robust estimering av kovarians. Resultatene er også justert for sykehusavdeling hvor henvisningen ble behandlet. Tre med manglende data ble ekskludert fra regresjonsanalysene. Alle statistiske beregninger ble utført i IBM SPSS Statistics 23.

Henvisende leger, n=247

Kvinnelig lege	88 (36 %)
Legens alder	50 (12; 29-68)
<40	77 (31 %)
40-49	43 (17 %)
50-59	53 (22 %)
60+	74 (30 %)
Spesialist i allmennmedisin	164 (66 %)
Antall henvisninger per lege	2,1 (1,4; 1-8)
1	114 (46 %)
2	64 (26 %)
3	34 (14 %)
4 eller mer	35 (14 %)

Henvisningene, n=519

Seksjon	
Ortopedisk	373 (72 %)
Urologisk	80 (15 %)
Dermatologisk	66 (13 %)
Kvinnelig pasient	265 (51 %)
Pasientens alder (n=518)	53 (22; 1-95)
0-19	48 (9 %)
20-39	85 (16 %)
40-69	255 (49 %)
70+	130 (25 %)
Prioritet satt	86 (17 %)
Ventetid foreslått	51 (10 %)
Vurdert kvalitet (n=517)	6,2 (1,8; 1-10)
Tidsbruk behandling (n=518)	3,4 (1,7; 1-15)

Tallene angir enten gjennomsnitt (standardavvik; laveste-høyeste verdi) eller antall (prosent).

TABELL 1. Beskrivende statistikk for de innsamlede data

FIGUR 1. Skjema sykehusleger for registrering av henvisninger.

Mitt navn:						Min vurdering:				
Dato	Henvisende lege (navn)	Pasient:		Prioritet satt av henvisende lege? 1 = prioritert 2 = rett til behandling 3 = ingen rett	Foreslått ventetid i henvisning (uker)	Min prioritering 1=prioritert 2=rett til spesialist-helsehjelp 3=ikke rett til spesialist-helsehjelp	Min satte ventetid for pasienten (uker)	Kvalitet på henvisning (1–10) 1 = dårligst 10 = best mulig	Tid (antall minutt) brukt på vurdering av henvisning	Kontaktet du henvisende lege? 1 = ja 2 = nei 3 = forsøkte, fikk ikke kontakt
		Kjønn M/K	Fødsels-år:							

Etikk og godkjenning

Henviseende og vurderende leger ble skriftlig informert om studien og har godkjent at resultatene publiseres med anonymisering av deltakerne. Studien er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 2013/1762).

Resultater

Tabell 1 viser resultatene fra de 519 henvisningene. Alderen på henviste pasienter varierte fra 0 til 95 år, og 51 prosent av dem som ble henvist var kvinner. Sykehuslegene brukte i gjennomsnitt 3,4 minutter (standardavvik 1,7) på å vurdere henvisningene. Ortopedene brukte lengst tid (3,8 minutt), hudlegene kortest (2,4 minutt). I kun tre tilfeller (1 prosent) ringte sykehuslegen og konfererte med henviseende lege. I 46 tilfeller (9 prosent) ble det sendt et svarbrev til henviseende lege med råd om tiltak uten at pasienten ble innkalt til sykehuset, mens 17 henvisninger (3 prosent) ble avvist uten at slike råd ble gitt. Kvaliteten som sykehuslegene vurderte henvisningene til var i gjennomsnitt 6,2 (standardavvik 1,8). Vi fant en svak, men statistisk

signifikant sammenheng mellom økt kvalitet på henvisningene og redusert tidsbruk i forbindelse med behandlingen av henvisningene (Pearsons korrelasjonskoeffisient estimert til -0,14; $p=0,001$).

I 86 henvisninger (17 prosent) hadde allmennlegen foreslått en prioritet for pasienten, hvorav 19 (4 prosent) ble angitt til ikke å ha rett til behandling i spesialisthelsetjenesten. I 51 henvisninger (10 prosent) var det foreslått en ventetid for pasienten. Gjennomsnittlig foreslått ventetid i henvisningene var på 4,7 uker (standardavvik 3,7) og varierte mellom én og tolv uker.

Kvaliteten ble vurdert som høyest for henvisninger for de yngste pasientene (0–19 år) og fra leger under 40 år (TABELL 2). Spesialister i allmennmedisin fikk i gjennomsnitt 1,0 poeng høyere skår på kvalitet enn ikke-spesialister, med 95 prosent konfidensintervall fra 0,5 til 1,4 ($p<0,001$) etter justering for alle andre faktorer. Når effekten av de ulike faktorene ble justert for hverandre så vi også en statistisk signifikant positiv sammenheng mellom det å sette prioritet i henvisningen og vurdert kvalitet, og en økt forskjell mellom de yngste og de eldste henviseende lege-

ne. Hverken legens kjønn eller hvorvidt henvisningen inneholdt et forslag til ventetid ble funnet å ha noen sammenheng med vurdert kvalitet av henvisningen. En tilsynelatende bedre kvalitet av henvisninger for kvinnelige pasienter viste seg ikke å være statistisk signifikant ved justering for de andre faktorene.

Når det gjelder tid brukt på behandling av henvisningene, så var det kun pasientens alder som så ut til å spille noen rolle. Det var de eldste pasientenes henvisninger (70+) som ble behandlet raskest, og de unge voksne (20–39 år) henvisninger som tok lengst tid å behandle. Effektene var dog ikke veldig store, med gjennomsnittlige forskjeller på +/- 0,6 minutter.

Diskusjon

Denne studien viser at henvisninger som inneholder et forslag til prioritet vurderes å være av høyere kvaliteten enn de som ikke gjør det. Dette kan skyldes klarere problemstillinger i disse henvisningene, noe vi ikke har svar på ettersom sykehuslegene kun ble bedt om å skåre henvisningene

TABELL 2. Sammenheng mellom henholdsvis vurdert kvalitet og tid brukt på behandling av henvisningene og de observerte pasient-, lege- og henvisningsfaktorer. Alle resultater er justert for sykehusseksjon hvor henvisningen ble behandlet. Korrelasjon mellom henvisninger fra samme lege er blitt hensyntatt ved bruk av GEE-analyse. Tre observasjoner er fjernet pga. manglende data; dvs. 516 observasjoner. fra 244 leger er inkludert i analysene.

	Kvalitet				Tidsbruk			
	Univariate analyser		Multivariat analyse		Univariate analyser		Multivariat analyse	
	β (95 % KI)	p	β (95 % KI)	p	β (95 % KI)	p	β (95 % KI)	p
Pasientens kjønn								
Mann	ref		ref		ref		ref	
Kvinne	0,7 (0,1; 1,3)	0,030	0,3 (-0,1; 1,6)	0,095	-0,1 (-0,2; 0,3)	0,70	0,1 (-0,1; 0,4)	0,33
Pasientens alder		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001
0-19	ref		ref		ref		ref	
20-39	-0,8 (-1,4; -0,2)	0,006	-0,8 (-1,3; -0,2)	0,009	0,6 (0,1; 1,1)	0,016	0,6 (0,1; 1,1)	0,027
40-69	-1,3 (-2,0; -0,6)	<0,001	-1,1 (-1,6; -0,5)	<0,001	0,1 (-0,3; 0,5)	0,62	0,1 (-0,3; 0,6)	0,59
70+	-1,7 (-2,5; -0,9)	<0,001	-1,3 (-1,9; -0,8)	<0,001	-0,6 (-1,0; -0,2)	0,005	-0,6 (-1,1; -0,2)	0,007
Legens kjønn								
Mann	ref		ref		ref		ref	
Kvinne	0,5 (-0,1; 1,1)	0,074	0,1 (-0,3; 0,4)	0,68	0,1 (-0,1; 0,4)	0,34	0,0 (-0,2; 0,3)	0,83
Legens alder		0,017		<0,001		0,59		0,46
<40	ref		ref		ref		ref	
40-49	-1,3 (-2,1; -0,5)	0,002	-1,2 (-1,7; -0,7)	<0,001	0,1 (-0,4; 0,5)	0,79	0,1 (-0,4; 0,5)	0,68
50-59	-0,3 (-0,8; 0,2)	0,21	-0,9 (-1,5; -0,3)	0,002	-0,0 (-0,4; 0,3)	0,86	0,1 (-0,4; 0,5)	0,80
60+	-0,1 (-0,6; 0,3)	0,54	-0,8 (-1,3; -0,3)	0,004	-0,2 (-0,6; 0,2)	0,30	-0,2 (-0,6; 0,3)	0,45
Spesialist i allmennmedisin								
Nei	ref		ref		ref		ref	
Ja	1,0 (0,4; 1,7)	0,002	1,0 (0,5; 1,4)	<0,001	-0,0 (-0,3; 0,3)	0,83	0,1 (-0,3; 0,5)	0,64
Prioritet satt								
Nei	ref		ref		ref		ref	
Ja	0,4 (-0,5; 1,2)	0,38	0,8 (0,1; 1,6)	0,026	0,5 (-0,1; 1,0)	0,12	0,3 (-0,3; 0,9)	0,34
Forslag ventetid								
Nei	ref		ref		ref		ref	
Ja	0,4 (-0,2; 1,0)	0,17	0,0 (-0,5; 0,5)	0,96	0,1 (-0,4; 0,7)	0,63	0,1 (-0,4; 0,6)	0,65

ne på en skala fra én til ti. Kun henvisninger til de tre seksjonene som mottok flest henvisninger ble registrert. Vi vet derfor ikke om henvisninger til andre avdelinger, som psykiatrisk, kvinne-barn eller medisinsk avdeling ville gitt andre resultater. Vi så at tidsbruken varierte mellom de deltakende avdelingene. Det at ortopedene brukte lengst tid pr. henvisning kan skyldes at disse henvisningene beskriver mer subjektive plager hos pasientene. Det var de yngste og de eldste pasientenes henvisninger som ble behandlet raskest. I henvisningene for de yngste pasientene, hvor kvaliteten ble vurdert som høyest, var tidsbruk hos sykehuslegene høyere enn for henvisningene for de eldste pasientene, hvor kvaliteten var lavere. En tilsynelatende tidsbesparende effekt av prioritet satt i henvisning forsvant da vi justerte for de andre faktorene. Siden det kun var et lite antall leger som gjorde vurderingen av kvalitet og registrering av tidsbruk ved hver avdeling, kan denne effekten skyldes personspesifikke forskjeller. Vi valgte derfor å justere for avdeling i analysene, heller enn å presentere disse som egne effekter. Vi har ingen kontroll på om alle mottatte henvisninger i løpet av perioden ble registrert, men antar at dette ikke har noen vesentlig innvirkning på resultatene.

Sykehuslegene som deltok i studien var de som vanligvis behandlet henvisninger til sine avdelinger, alle erfarne overleger. Det finnes i dag ingen spesiell utdanning eller opplæring i sykehus for å vurdere henvisninger, men vurderingene gjøres ofte av leger som har høy klinisk kompetanse og erfaring med slikt arbeid. Det er den offentlig eide spesialisthelsetjenesten, de diakonale sykehusene og en del private virksomheter som har rett og plikt til å vurdere om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten og til å sette frist hvis så er tilfelle. Hvis en pasient blir henvist til en slik virksomhet, skal virksomheten gjøre en rettighetsvurdering innen ti virkedager eller raskere ved mistanke om en alvorlig tilstand (18).

Det fins en rekke studier hvor man har sett på kvaliteten på henvisninger (5, 6, 11, 19–23). I de fleste av disse studiene er det sykehusspesialister som har utformet og definert kriteriene for en kvalitativt god henvisning. Innholdet i henvisningen skal i størst mulig grad gi sykehuslegene et bilde av pasienten og tilstanden som er i samsvar med den vurderingen henvisende lege har. Når sykehusleger må bruke mer tid på å lese og forstå henvisningene oppfattes ofte kvaliteten som dårligere. Dette viste studien som Rokstad et al publiserte i 2013

(13). Studien viste at en mer strukturert henvisning med elektronisk beslutningsstøtte førte til kortere vurderingstid hos de legene som leste henvisningene. En mer standardisert henvisningsprosess, både når det gjelder innhold og bruk av elektronisk beslutningsstøtte antas å ha betydning for kvaliteten på denne delen av pasientforløpet og arbeidsbelastningen for aktørene (24–26).

Vi har ikke funnet andre studier hvor man har sett på om forslag til prioritering eller ventetid i henvisningen påvirker kvaliteten på henvisningen eller den tid mottakende lege bruker på å vurdere henvisningene. Våre resultater kan tyde på at det er en sammenheng mellom den vurdering av og begrunnelse for alvorlighetsgrad og prioritering henvisende lege gjør og vurderingen av kvalitet for henvisningen. Vi kan ikke se bort fra at det også kan være andre aspekter ved henvisningene som bidrar til dette. Et forslag om ventetid for pasienten hadde ingen signifikant sammenheng med vurdert kvalitet på henvisningene eller på den tiden sykehuslegene brukte på å lese disse. En grunn til dette kan være at det å foreslå en ventetid for pasienten ikke i like stor grad motiverer henvisende lege til å gi en begrunnelse for dette valget som det å foreslå en prioritet. Dette bør utredes nærmere.

Medforfatterbidrag

LARS FOSSE: Studiedesign og innsamling av data.

Godkjenning av manus

INGVILD DALEN: Analyse av data, statistiske beregninger, utarbeiding, revisjon og godkjenning av manus

REFERANSER

1. Lønning KJ, Kongshavn T, Husebye E. Kvaliteten på henvisninger fra fastleger til medisinsk poliklinikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2009; 129: 1868–9.
2. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Førde OH. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 147.
3. Ree AO. Medisinsk-faglig innhold i henvisninger: «den gode henvisning». Kompetansesenter for IT i helsevesenet 2003.
4. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 153.
5. Dupont C. Quality of referral letters. *Lancet* 2002; 359: 1701.
6. Eaton AK, Furniss SJ, Snodgrass RJ, Newman HN. An assessment of the quality of referral letters sent to a specialist periodontist during a nine month period. *J Int Acad Periodont* 2001; 3: 7–13.
7. Foot C NC, Imison C. The quality of GP diagnosis and referral. London, The King's Fund 2010.
8. François J. Tool to assess the quality of consultation and referral request letters in family medicine. *Can Fam Phys* 2011; 57: 574–5.
9. Jenkins RM. Quality of general practitioner referrals to outpatient departments: assessment

by specialists and a general practitioner. *Br J Gen Pract* 1993; 43: 111–3.

10. Xiang A, Smith H, Hine P, Mason K, Lanza S, Cave A, Sergeant J, Nicholson Z, Devlin P. Impact of a referral management «gateway» on the quality of referral letters; a retrospective time series cross sectional review. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 310.
11. Akbari A, Mayhew A, Al-Alawi MA, Grimshaw J, Winkens R, Glidewell E, Pritchard C, Thomas R, Fraser C. Interventions to improve outpatient referrals from primary care to secondary care. The Cochrane database of systematic reviews 2008: CD005471.
12. Martinussen PE. Hospital physicians' assessments of their interaction with GPs: the role of physician and community characteristics. *Health Pol* 2013; 110: 14–21.
13. Rokstad IS, Rokstad KS, Holmen S, Lehmann S, Assmus J. Electronic optional guidelines as a tool to improve the process of referring patients to specialized care: An intervention study. *Scand J Prim Health Care* 2013; 31: 166–71.
14. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? *Scand J Prim Health Care* 2012; 30: 241–6.
15. Pakkeforløp for kreft. Helsedirektoratet. Oslo 2015.
16. Sampson R, Cooper J, Barbour R. Patients' perspectives on the medical primary-secondary care interface: systematic review and synthesis of qualitative research. *BMJ open* 2015; 5.
17. Holman PA, Ruud T, Grepperud S. Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. *BMC Health Serv Res* 2012; 12: 162.
18. Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. Helsedirektoratet 2013.
19. Berendsen AJ, Kuiken A, Benneker WH, Meyboom-de Jong B, Voorn TB, Schuling J. How do general practitioners and specialists value their mutual communication? A survey. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 143.
20. Blank L, Baxter S, Woods HB, Goyder E, Lee A, Payne N, Rimmer M. Referral interventions from primary to specialist care: a systematic review of international evidence. *Br J Gen Pract* 2014; 64: 765–74.
21. Bowling A, Jacobson B, Southgate L, Formby J. General practitioners' views on quality specifications for «outpatient referrals and care contracts». *BMJ* 1991; 303: 292–4.
22. Chiniara L, Perry RJ, Van Vliet G, Huot C, Deal C. Quality of referral of short children to the paediatric endocrinologist and impact of a fax communication system. *Paed & Child Health* 2013; 18: 533–7.
23. Couper ID, Henbest RJ. The quality and relationship of referral and reply letters. The effect of introducing a pro forma letter. *South Afr Med J* 1996; 86: 1540–2.
24. Hartveit M, Thorsen O, Biringer E, Vanhaecht K, Carlsen B, Aslaksen A. Recommended content of referral letters from general practitioners to specialised mental health care: a qualitative multiperspective study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 329.
25. Augestad KM, Revhaug A, Vonen B, Johnsen R, Lindsetmo RO. The one-stop trial: does electronic referral and booking by the general practitioner (GPs) to outpatient day case surgery reduce waiting time and costs? A randomized controlled trial protocol. *BMC Surg* 2008; 8: 14.
26. Mariotti G, Gentilini M, Dapor V. Improving referral activity on primary-secondary care interface using an electronic decision support system. *Int J Med Inform* 2013; 82: 1144–51.

■ TOLA@SUS.NO

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

PraksisNett – et nett

En storsatsing på forskning

■ BJØRN BJORVATN¹, JØRUND STRAAND², PEDER HALVORSEN³, KNUT-ARNE WENSAAS^{1,4}, JOHAN GUSTAV BELLIKA⁵, EGIL ANDREAS FORS⁶, SVEIN GJELSTAD², ESPEN SAXHAUG KRISTOFFERSEN², BERIT ØXNEVAD-GUNDERSEN¹, GURI RØRTVEIT^{1,4}

¹ Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

² Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

³ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet

⁴ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Uni Research Helse

⁵ Nasjonalt senter for e-helseforskning og Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet

⁶ Allmennmedisinsk forskningsenhet, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

PraksisNett er en ny, nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten. Det vil bestå av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene.

2017 var et merkeår for allmennmedisinsk forskning i Norge. Etter flere års arbeid lyktes vi i å få finansiering til å bygge opp et praksisbasert forskningsnettverk i primærhelsetjenesten – PraksisNett. Forskningsrå-

det (NFR) vil gå inn med rundt 65 millioner til etableringsperioden som strekker seg over fem år. I tillegg bidrar de allmennmedisinske forskningsmiljøene med betydelige egenandeler til prosjektet som vil ha

en samlet kostnadsramme på vel 88 millioner kroner.

Forskningsnettverket blir en nasjonal infrastruktur for forskning i primærhelsetjenesten – på mange måter kan det sammenlignes med basalforskerens laboratorium. Det består av forskningsaktive allmennpraksiser knyttet sammen i et nettverk med hverandre og med de allmennmedisinske universitetsmiljøene. Det er rigget for å kunne gjennomføre praksisnære, kli-

Ledergruppen i Tromsø. Fra venstre: Bjørn Bjorvatn, Knut-Arne Wensaas, Egil A. Fors, Espen S. Kristoffersen, Guro Rørtveit, Svein Gjelstad, Gustav Bellika og Jørund Straand. Peder Halvorsen var ikke til stede da bildet ble tatt.



Nettverk av fastlegepraksiser for forskning i allmennpraksis

niske studier i mange praksiser samtidig. PraksisNett skal i første omgang være et nettverk av 90 fastlegepraksiser. Vår visjon for framtiden er at også andre deler av primærhelsetjenesten (legevakt, tannhelse, fysioterapi) vil knytte seg til.

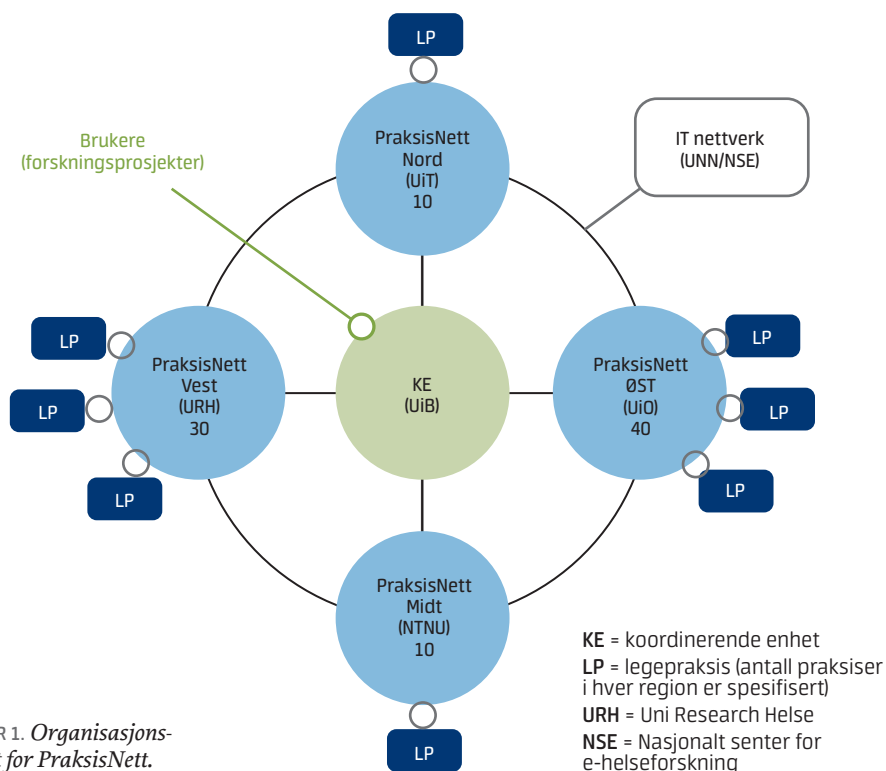
PraksisNett vil bestå av fire regionale nettverk forankret ved hvert av de fire allmennmedisinske akademiske miljøene. Nasjonal ledelse av det samlede nettverket vil være ved Universitetet i Bergen. I tillegg til den praksisbaserte infrastrukturen, består PraksisNett av en skreddersydd, avansert teknologi utviklet og styrt fra Nasjonalt senter for e-helseforskning i Tromsø. Ved hjelp av denne teknologien vil det bli mye lettere å identifisere og inkludere pasienter fra allmennpraksis til å delta i kliniske studier. Forskningen skal være allmennmedisinsk relevant og resultatene skal være gyldige for allmennpraksis. Data-sikkerhet, forskningsetikk og personvern (både for leger og pasienter) vil bli ivarettatt. PraksisNett vil gjøre det enklere og mer forutsigbart for fastleger å kombinere forskning med klinisk praksis.

Klinisk forskning i allmennpraksis

Norsk allmennmedisin og norske fastleger trenger relevant kunnskap for egen praksis. Med rundt 15 millioner årlige pasientkonsultasjoner utgjør allmennpraksis helsetjenestens desidert største arena for diagnostikk, behandling, oppfølging og prioritering. Rundt 70 prosent av befolkningen er innom fastlegen hvert år. Likevel er det lite forskning i denne delen av helsetjenesten. Spesielt gjelder dette klinisk forskning. I dag skjer forskning i hovedsak i helseforetakene, og aller mest på universitetssykehusene. Fordi både sykdommer og behandlin-

ger hos pasienter innlagt i universitets-klinikkene ofte er svært forskjellige fra klinisk virkelighet i allmennpraksis, har resultater fra forskning i sykehus ofte begrenset gyldighet i primærhelsetjenesten. I allmennpraksis er både pasienter og leger spredt rundt omkring i landet, og det har derfor vært svært arbeids- og ressurskrevende å gjennomføre klinisk forskning i allmennpraksis. Det har vært enklere å basere seg på data fra registre eller befolkningsundersøkelser, spørreskjema eller intervjuer med legene. Praksisnær, klinisk utforskning av de helseproblemer som bringer folk til fastlegen og der fastlegen står for behandlingen, er imidlertid helt avgjørende for å bygge kunnskapsgrunnlaget for det allmennmedisinske faget og for å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

PraksisNett vil åpne for nye muligheter til å gjennomføre klinisk forskning av høy kvalitet og relevans for det allmennmedisinske praksisfeltet.



FIGUR 1. Organisasjonskart for PraksisNett.

PraksisNett – hva er det?

PraksisNett er en todelt nasjonal infrastruktur. Den første delen av infrastrukturen består av allmennmedisinske akademikere og støttepersonell for PraksisNett, både i Bergen, Oslo, Trondheim og Tromsø. Den andre delen er en digital infrastruktur.

Figur 1 viser hvordan PraksisNett er organisert. Den koordinerende enheten er lagt til Universitetet i Bergen. Enheten har ansvar for å koordinere virksomheten og å være nettverkets felles adresse for nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. De utøvende enhetene i nettverket er de regionale nettverkene (PraksisNett Øst, PraksisNett Vest, PraksisNett Midt og PraksisNett Nord). Disse er tilknyttet de allmennmedisinske forskningsmiljøene i Oslo (Universitetet i Oslo), Bergen (Uni Research Helse), Trondheim (Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet) og Tromsø (UiT Norges arktiske universitet).

IT-delen av PraksisNett

En viktig del av PraksisNett er en teknologi utviklet ved Nasjonalt senter for e-helseforskning. Legepraksisene vil få utplassert en liten datamaskin (SNOW-BOKS, FIGUR 2). Snow-boksen er på størrelse med en hånd, og kobles til fastlegepraksisens server. Snow-systemet har vært pilotert i flere legepraksiser, og tilbakemeldingene herfra er positive. Boksen henter data fra serveren nattetid uten å påvirke fastlegepraksisens datasystemer. Snow-boksen brukes både til å overføre på forhånd avtalte aggregerte praksisdata (dvs. ikke data for individer, men for grupper) til PraksisNett og til å overføre data som samles inn til spesifikke prosjekter. Alle data som blir lagret på Snow-boksen er pseudonymisert. Dette gjelder for både pasient- og legeinformasjon. Helsedataene blir alltid lagret lokalt innenfor legepraksisens databehandlingsansvar. Ingen personidentifiserbare data skal sendes videre uten at pasienten har samtykket til det. Snow-boksen er ferdig konfigurert ved utplassering og vil bli fjernadministrert av Snow-teamet som holder til ved Nasjonalt senter for e-helseforskning. Snow-boksen vil også inneholde Medrave programvare, noe som gir legepraksisen gode muligheter til å drive kvalitetsarbeid i egen praksis.

Forskningsnettverk i andre land

Flere land har lenge hatt PraksisNett-liggende infrastrukturer for forskning i allmennpraksis. Erfaringen derfra er at slike nettverk gir forskning av høy kvalitet og relevans (1–4). Vi har etablert tett samarbeid med mange av disse nettverkene (Skottland, England, Canada, Nederland og Irland) og flere er representert i vårt inter-

P	Praksisnært. Dette er forskning som angår din arbeidshverdag.
R	Rekruttering. Det blir lettere for deg å rekruttere pasienter til forskningsprosjekter.
A	Avklart. Deltagelse i prosjekter vil være forutsigbart i en ellers hektisk fastlegehverdag.
K	Kompensasjon. Praksiser som deltar vil få en økonomisk kompensasjon.
S	Sikre kvalitet. Nettverket vil sikre at studiene holder nødvendig kvalitet.
I	Infrastruktur. PraksisNett skal bestå av 90 legepraksiser knyttet sammen i en infrastruktur.
S	Støtteapparat. PraksisNett tilbyr en solid tjenestebasert infrastruktur for fastlegene.
N	Ny kunnskap. Du får tilgang til ny kunnskap som du kan bruke i din praksis.
E	Effektiv behandling. Studier av effekt av ulike behandlinger i klinisk allmennpraksis.
T	Teknologi. Du får tilgang på helt ny forskningsteknologi som bidrar til bedre behandling.
T	Tettere på forskningen. Du får en tettere relasjon til forskningsinstitusjonene.

BOKS 1. *PraksisNett – Hva betyr nettverket for deg som fastlege?*

nasjonale fagråd. Samarbeidet med våre søsternettsverk åpner nye muligheter for å delta i store internasjonale studier. I Norge har vi lett for å tenke at vi må beskytte pasienter mot overivrige forskere. I andre land vektlegges i stedet at forskningsdeltakelse er en *rett* pasientene har. I økende grad ønsker og krever pasienter å få delta i forskning (5). De vil ha de nyeste og beste tilbudene, og de ønsker å være med på å utvikle dem. Erfaringen fra utlandet er at deltagelse i forskningsnettverk kan gjøre legesenteret mer attraktivt for pasienter og leger. I økende grad ønsker unge leger å gå inn i forskningsaktive praksiser, slik at tilknytning til PraksisNett kan bidra positivt til rekruttering.

Hvorfor delta i PraksisNett?

PraksisNett vil føre til at planlegging og gjennomføring av forskning i allmennpraksis blir mer forutsigbar – både for fastleger, pasienter og forskere. Å delta i nettverket innebærer at praksisen har sagt seg

villig til å bidra i minst ett forskningsprosjekt årlig, men det er aktuell forskningsinstitusjon som har ansvar for selve forskningen. Innsatsen skal være en del av arbeidsdagen og økonomisk kompensasjon til legene vil gjenspeile det. Å delta i et forskningsprosjekt er også en læringsprosess og forskning skjerper den kritiske sansen. Det er vist at forskningsdeltakelse også kan bidra til at man blir en bedre lege for sine pasienter (6).

I dag er det mange usikre momenter legepraksisen må ta stilling til når man får forespørsel om å delta i forskning, for eksempel om relevans, tidsbruk og kompensasjon. I tillegg kan det være usikkerhet knyttet til om de nødvendige tillatelser fra etisk komite eller personvernombud er på plass. Alt dette vil være kontrollert av PraksisNett før spørsmål om deltagelse går til legepraksisene. Studiene vil være kvalitetssikret av den allmennmedisinske vitenskapelige staben i nettverket. IT-plattformen Snow gjør det enkelt å identifisere pasienter som er aktuelle for en bestemt studie, slik at fastlegen lett kan kontakte aktuelle pasienter. Fastleger som deltar i PraksisNett får en styrket kontaktflate mot de allmennmedisinske forskningsmiljøene. De kan delta aktivt i større eller mindre grad i ulike prosjekter og de kan spille inn egne forskningsspørsmål til PraksisNett. PraksisNett trenger innspill fra fastlegene om problemstillinger som trenger mer forskning. For forskerne og forskningen betyr en god infrastruktur at man kan planlegge større og bedre prosjekter og få mer praksisrelevante resultater. God forskning vil føre til bedre praksis.

Hva vil deltagelse i PraksisNett bety for deg som fastlege?

Vi er sikre på at deltagelse i PraksisNett vil oppleves positivt for fastlegene. I boks 1

FIGUR 2. *Snowbox*



- **Enkle datauttrekkundersøkelser:**
Hvor mange pasienter får behandling x for sykdom y.
Hvor mange pasienter blir sykemeldt for sykdom x.
- **Kompleks datauttrekksundersøkelse:**
Laboratoriesvar, legemiddelbruk, og symptomer beskrevet i diagnoseregister i journal, hos pasienter med en spesifikk tilstand.
- **Kliniske studier:**
Pasienter med diagnose x rekrutteres til en kvalitativ studie (fokusgruppestudie). Pasienter med diagnose x rekrutteres til en studie hvor de besvarer spørsmål om helse, medisinbruk og annet.
- **Randomisert kontrollert studie (RCT):**
Pasienter med sykdom x rekrutteres til en randomisert kontrollert studie hvor behandling y sammenliknes med behandling z. Pasientene identifiseres ved navnelister generert av dataverktøyet, eller som pop-up når aktuell diagnose settes under konsultasjon.

BOKS 2. *Eksempler på mulige forskningsprosjekter utgående fra PraksisNett.*

har vi pekt på fordeler som deltakelse i PraksisNett vil gi fastlegepraksisene. Deltakelse vil innebære at praksisen får personellstøtte under rekruttering av pasienter til studier. Det vil være fastlegen som bestemmer om en pasient er aktuell for å delta i en studie, og det er fastlegen som må sende ut forespørsel til pasienten. Hvis pasienten samtykker til å delta i en studie, vil det i noen studier være slik at forskningsgruppen som har ansvar for studien tar over. I andre studier vil fastlegen eller annet personale ved legepraksisen bli bedt om å bidra i det videre arbeidet, for eksempel ved å undersøke pasienter, fylle ut registreringsskjema og/eller iverksette intervensjoner som pasienter randomiseres til. Slikt ekstraarbeid vil kompenseres etter forhåndsbestemt takst. PraksisNett vil også være til hjelp for kvalitetssikring i egen praksis. IT-plattformen vil gjøre det enkelt å få oversikt over egen listepopulasjon og klinisk praksis, herunder diagnoser, forskriving av medikamenter, bruk av laboratorieprøver, sykmeldinger og henvisningspraksis for å nevne noe.

Hvilke typer forskningsprosjekter er aktuelle?

Mange forskjellige former for forskningsprosjekter kan være aktuelle – alt fra studier basert på enkle datauttrekk fra elektronisk pasientjournal til avanserte randomiserte kontrollerte studier (RCT-er). Vi

har skissert noen eksempler på forskningsprosjekter i boks 2. Vi vil understreke at målsettingen med PraksisNett er å gjøre god og viktig forskning med høy relevans for både pasienter og leger i allmennpraksis.

Hvilke forskere kan benytte seg av PraksisNett?

Alle forskere med interesse for å forske på og med pasienter i allmennpraksis kan i utgangspunktet søke om å benytte infrastrukturen. Vi forventer at det i hovedsak vil være de allmennmedisinske forskningsinstitusjonene som vil benytte PraksisNett. Andre aktører kan være forskere fra helseforetak, organisasjoner, myndigheter og bedrifter. Søknad om tilgang til PraksisNett må først sendes til koordinerende enhet i Bergen. Deretter vil ledergruppen for PraksisNett avgjøre om forskningsprosjektet får benytte infrastrukturen. Avgjørelsen vil baseres på en vurdering av om prosjektet er vitenskapelig og metodologisk godt, at det er faglig relevant, praktisk gjennomførbart og at det har nødvendig finansiering på plass.

Rekruttering av legepraksiser

PraksisNett skal snart i gang med å rekruttere legepraksiser. Rekrutteringen av fastlegepraksiser starter opp på litt forskjellige tidspunkter rundt omkring i landet. Planen er å rekruttere totalt 90 legepraksiser, hvorav PraksisNett Øst skal rekruttere 20 praksiser i 2018 og 20 til i 2019, PraksisNett Nord skal rekruttere fem praksiser i 2018 og fem til i 2019, PraksisNett Vest skal rekruttere 20 praksiser i 2019 og 10 til i 2020, og PraksisNett Midt skal rekruttere ti praksiser i 2020. Dette betyr at vi etter planen er ferdige med å rekruttere legepraksiser i 2020.

Til PraksisNett ønsker vi oss primært legepraksiser med minst tre legehjemler. Ikke alle legene i legepraksisen må bidra til alle studier, men det er nødvendig at alle gir tillatelse til datauttrekk av pseudonyme (ikke direkte identifiserbare) pasientdata. Datauttrekket vil skje om natten og påvirker ikke legens arbeidshverdag. Dette er en viktig forutsetning som ivaretas av den avanserte og tilpassede forskningsteknologien Snow.

De legepraksisene som blir med i PraksisNett vil få en fast årlig kompensasjon på 20 000 kroner. I tillegg vil fastlegene som blir med i konkrete studier få en kompensasjon basert på en beregning av forventet tid og ressurser som den enkelte legepraksis

må bidra med i det enkelte forskningsprosjekt. Vi tar sikte på en kompensasjon tilsvarende Salærforskriftens timesats, som for tiden er kr 1020 pr. arbeidstime. Vi vil også jobbe for at arbeid i PraksisNett skal kunne telle som en del av tilpliktet offentlig helsearbeid og at det derfor kan erstatte kommunalt arbeid. Vi vil tilstrebe at deltakelse i PraksisNett skal kunne gi tellende kurspoeng til videre- og etterutdanningen.

Legepraksiser som blir med må inngå en kontrakt med PraksisNett ved det regionale nettverket i aktuell helseregion. Kontrakten mellom PraksisNett og legepraksisen blir gjennomgått av jurister i Allmennlegeforeningen før den tas i bruk.

Nettside med mer informasjon om PraksisNett

Det finnes mer informasjon om prosjektet på www.praksisnett.no. På denne nettsiden er det også en video hvor prosjektleder Guri Rørtveit forteller om prosjektet. Vi håper at mange legepraksiser vil bidra til bedre forskning i allmennpraksis, og at de nå skynder seg for å melde sin interesse til epostadressen: praksisnett@helsam.uio.no. Ved stor pågang vil vi primært prioritere de legepraksisene som først melder sin interesse. Målsetningen nå er altså å rekruttere totalt 90 fastlegepraksiser: 40 fra region sørøst, 30 fra region vest, og 10 praksiser fra hver av regionene midt og nord (SE FIGUR 1).

REFERANSER

1. Little P, Stuart B, Francis N, Douglas E, Tonkin-Crine S, Anthierens S, et al. Effects of internet-based training on antibiotic prescribing rates for acute respiratory-tract infections: a multinational, cluster, randomised, factorial, controlled trial. *Lancet* 2013; 382: 1175–82.
2. Sullivan FM, Swan IR, Donnan PT, Morrison JM, Smith BH, McKinstry B, et al. Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy. *N Engl J Med* 2007; 357: 1598–607.
3. van Vugt SF, Brokhuizen BD, Lammens C, Zuijthoff NP, de Jong PA, Conen S, et al. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013; 346: f2450.
4. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *The Lancet* 2018; 391: 541–51.
5. Comis RL, Miller JD, Aldige CR, Krebs I, Stoval E. Public attitudes toward participation in cancer clinical trials. *J Clin Oncol* 2003; 21: 830–56.
6. McAlearney AS, Song PH, Reiter KL. Why providers participate in clinical trials: considering the National Cancer Institute's Community Clinical Oncology Program. *Contemp Clin Trials* 2012; 33: 1143–9.

■ BJORN.BJORVATN@UIB.NO

Allmennmedisinsk forskning i Rogaland

■ SVEIN R. KJOSAVIK • Samhandlingslege Stavanger Universitetssykehus. Postdoktor

■ OLAV THORSEN • Seniorforsker, fastlege, leder for PKO Stavanger Universitetssykehus

Det har oppstått et nytt allmennmedisinsk forskningsmiljø i Rogaland i et reelt, men likevel ganske uformelt, samarbeid mellom allmennlegene i sørfylket, Rogaland legeforening, Universitetet i Stavanger og Helse Stavanger HF. Primærmedisinsk forskningsfond i Rogaland, utredning av nytt medisinstudium i Stavanger og Nordisk kongress i Stavanger i 2021 er noen av sakene og utfordringer gruppa engasjerer seg i.



Forskningens Hus ved Stavanger universitetssykehus der Allforsk har faste møter én gang i måneden.

Allforsk

John Nessa i Hjelmeland, disputerte i 1999 og ble dermed den første allmennlegen i Rogaland med en medisinsk doktorgrad. Det har både før og etter dette vært flere allmennmedisinske prosjekter, men først de senere årene har det utviklet seg et aktivt allmennmedisinsk akademisk miljø. Høsten 2010 tok Svein Kjosavik, sammen med Kristina Iden og Torgeir Gilje Lid, initiativet til å etablere *Allforsk*, Allmennmedisinsk forskergruppe i Rogaland. Gruppen har i praksis vært knyttet til det allmennmedisinske forskningsmiljøet i Bergen, siden de fleste har hatt prosjekter med tilknytning til Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen eller Allmennmedisinsk Forskningsenhet ved Uni Research Helse.

Geir Sverre Braut og John Nessa ble tidlig med som assosierte medlemmer i gruppen. Braut er professor i samfunnsvitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger og i helsefag ved Høgskulen på Vestlandet. Nessa er førsteamanuensis i allmennmedisin ved UiB. Begge har hatt viktige bidrag inn i arbeidet til Allforsk. Etter hvert har det kommet flere leger med i gruppa, nye

stipendiater, allmennleger med doktorgrad og allmennleger med interesse for å være med i fagmiljøet. I tillegg til de som allerede er nevnt fra gruppa, har fastlegene Morten Munkvik, Damoun Nassehi, Olav Thorsen og Ingvild Vatten Alsnes doktorgrad.

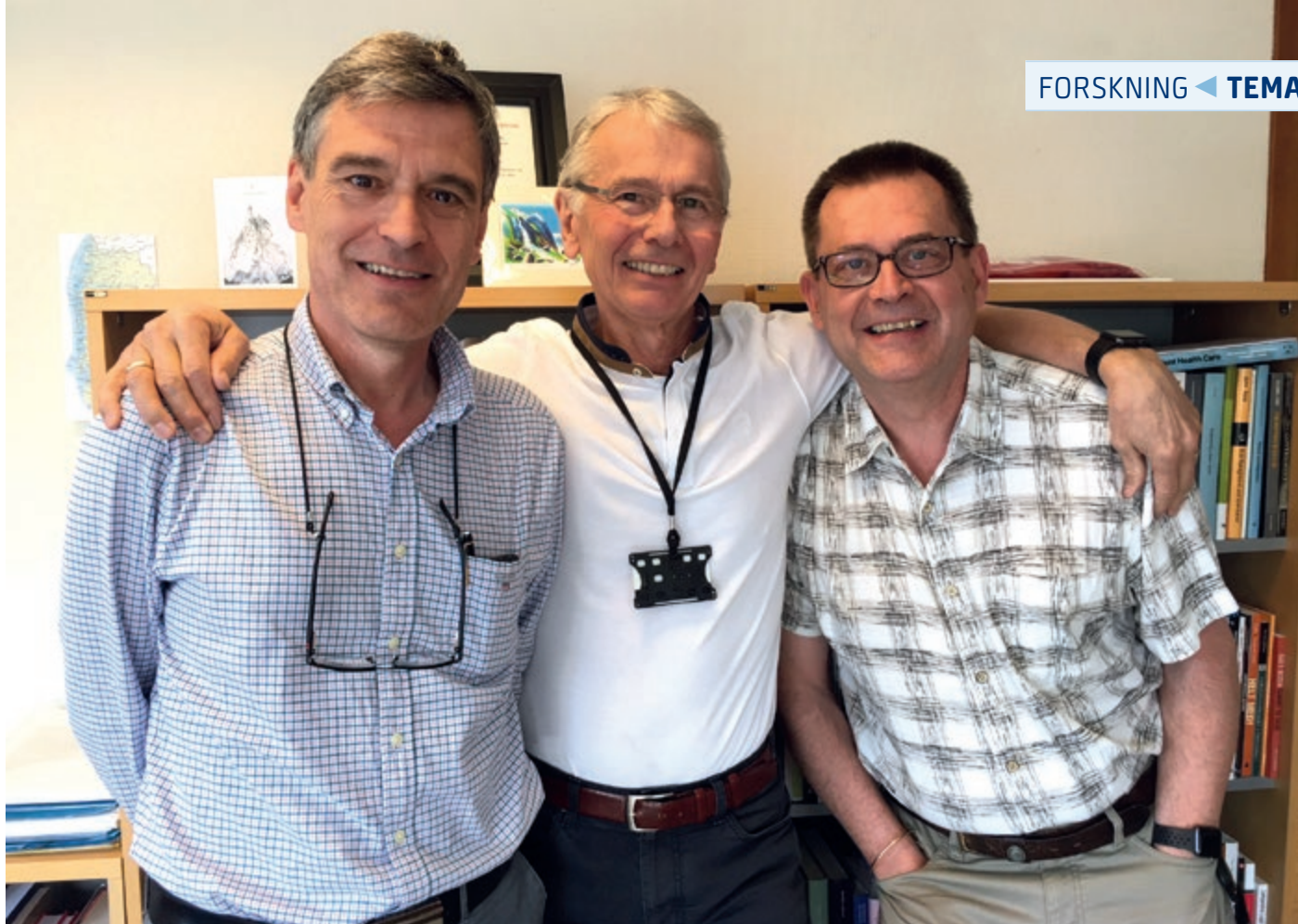
Det er nå et tyvetalls leger som er tilknyttet Allforsk. Det arrangeres regelmessige møter der forskerens prosjekter drøftes, kurs planlegges og strategier diskuteres. Av pågående prosjekter som leger i Allforsk deltar i kan nevnes:

- Tidlig diagnostikk av hjertesykdom, Magnus Bjørkavoll-Bergseth
- Håndtering av pasienter med MUPS, Ingjerd Jøssang
- Vanedannende legemidler og førerkort, Geir Henanger og Svein Kjosavik
- Håndtering av prostatakreft i allmennpraksis, Eirik Viste, Torgeir Gilje Lid, Olav Thorsen og Svein Kjosavik
- Psykotrope legemidler ved demens, Svein R. Kjosavik
- Pasientforløp etter tiltak for alkoholrelaterte helseproblemer i somatiske sykehusavdelinger, Torgeir Gilje Lid og Svein Kjosavik

Det er spennende for Allforsk at Norsk Forening for Allmennmedisin (NFA) har besluttet at Nordisk Kongress i Allmennmedisin i 2021 skal arrangeres i Stavanger. Olav Thorsen fra Allforsk er oppnevnt som leder av arrangementskomiteen og Gunnar Tchudi Bondevik som leder av den vitenskapelige komiteen.

Det er flere i Allforsk som har fått viktige verv. Svein R. Kjosavik er på vegne av NFA blitt utnevnt til nasjonal redaktør av *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, og Ingvild Vatten Alsnes er blitt ALIS delegat til Wonca og Vasco da Gama Movement. Hun er også en av to norske medlemmer i Nordic Young General Practitioners (NYGP), underlagt Nordic Federation of General Practice.

Det har vært en økende interesse for forskning forankret i kommunene både i nord og sørfylket. Stavanger kommune har for tiden to ansatte doktorgradsstipendiater med helserelaterte tema. Dette kan utvides betydelig ved at også andre kommuner benytter seg av den offentlige ph.d.-ordningen til Norges forskningsråd. Under samhandlingsavtalene mellom helseforetakene og kommunene er det egne avtaler om fors-



Geir Sverre Braut, Olav Thorsen og Svein Kjosavik er sentrale medlemmer i forskningsgruppen.

kningssamarbeid som kan danne den formelle plattformen for et styrket arbeid på dette området. Geir Sverre Braut leder fagrådet for Forskning, delavtale 7, i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Her er også de aktuelle forskningsmiljøene i regionen tilknyttet. Det er forventninger til at dette samarbeidet skal bidra til økt forskning knyttet til samhandling mellom nivåene i helsetjenesten og i primærhelsetjenesten.

Stavanger Universitetssjukehus har gitt Allforsk status som egen forskningsgruppe for allmennmedisin og samhandling. Målet til sykehuset er å være behjelpelige med å legge til rette for videre vekst av vårt allmennmedisinske akademiske miljø. Olav Thorsen er administrativ leder for gruppen, mens Svein Kjosavik er forskningsleder.

Mens Allforsk har engasjert leger i sørfylket, ble det i mai 2017 også etablert en liknende forskergruppe, Primforsk, for nordfylket og Sunnhordland. Dette nettverket vil legge mer vekt på samfunnsmedisinske problemstillinger.

Ved Høgskulen på 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 har vært mye forskning som har blitt gjennomført

der. Dette antas å bli betydelig styrket etter fusjonen mellom de tre høyskolene på Vestlandet i 2017.

Primærmedisinsk forskningsfond Rogaland

Rogaland legeforening besluttet på årsmøtet den 9. juni 2017 å opprette en stiftelse Primærmedisinsk forskningsfond Rogaland med formål å bidra til videreutvikling og styrking av det allmennmedisinske og samfunnsmedisinske forskningsmiljøet i Rogaland. Rogaland Legeforening tilførte fondet én million kroner i 2017, hvorav 100 000 er grunnkapital. Fondet behandler søknader fortløpende. To av forskerne tilknyttet Allforsk fikk bevilget forskerlønn for henholdsvis to måneder høsten 2017 og to måneder i 2018.

Veien videre

I statsbudsjettet for 2018 ble det avsatt fem millioner til utredning av et nytt medisinstudium i Stavanger. Det er både vilje og evne til å få til dette. Suksessfaktoren vil være at et studium i Stavanger skal ha en betydelig tyngde på allmenn- og samfunnsmedisin. Moderne teknologi vil bli tatt i bruk for å kunne utdanne leger som skal være med å ta ansvar for «morgendagens behov». God samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er i denne sammenheng viktig. Håpet er at vi i et slikt

studium i Stavanger skal få på plass en ordning for praksis og utplassering i allmennmedisin gjennom hele studiet. Allforsk vil være med i grunnstammen i et allmennmedisinsk akademisk miljø som kan ta ansvar for en slik etablering og videre utvikling.

NFA arrangerer i 2021 Nordisk kongress i allmennmedisin i Stavanger, og Allforskmiljøet er med i planleggingen. Det skal bli «The best Nordic Congress of General Practice – ever!» med fokus på fremtidens allmennmedisin og bruken av moderne elektroniske og teknologiske hjelpemidler.

■ SVEIN.REIDAR@MKJOSAVIK.SUS.NO
■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

I 2021 vil Nordisk kongress i allmennmedisin bli arrangert i Stavanger konserthus og Allforskmiljøet er aktivt med i planleggingen.



Brukarundersøking Bokn legekontor

■ JAN SCHILLE • Fastlege og kommuneoverlege i Bokn kommune



Bokn kommune er en liten øykommune mellom Haugesund og Stavanger med rundt 900 innbyggjarar. I november 2017 gjennomførte legekantoret ei brukarundersøking blant pasientane som del av kvalitetsarbeidet. Fastlege Jan Schille gjer her nærare greie for korleis dei gjorde det, og kva dei fant.

Introduksjon

Bokn kommune og Bokn legekantor har til liks med mange andre aldri gjennomført brukarundersøking tidlegare. Difi (Direktorat for forvaltning og ikt) har vist at tilfredsheita med fastlegen generelt er høg. Folk flest har valfridom i val av fastlege. På grunn av høvet til å bytte fastlege vil ein over tid sjå at dei fleste finn «sin» fastlege. Kvar denne kurva flater ut er noko uvisst, men over nokre år bør ein forvente at dei

fleste er tilfreds med sin fastlege. Korleis vert dette i ein liten kommune med berre ein lege, der bytte av lege medfører praktiske ulemper og auka ressursbruk? Bokn legekantor er bemanna med ein lege, listestorleik er 650 og nærmaste alternative lege er 30 minutt unna i anna kommune med dyr eller sjeldan offentleg kommunikasjon. Ved fråvær må ein forholde seg til anna legekantor i nabokommune. Lege er på legekantoret tre dagar i veka, og møter

innbyggjarane ellers som helsestasjonslege, kommunelege, sjukeheimslege og daglegevakt. Sjukepleiar på kantoret møter befolkninga også i rolla som medlem i Helse-team for eldre – eit kommunalt tilbod som tilbyr førebyggjande heimebesøk.

Formål

Formålet med undersøkinga var å finne ut kva pasientane som har vore på Bokn legekantor i løpet av november 2017 opplever og meiner om legekantoret, fastlegen dei ra, organiseringa av kantoret og korleis bestilling av time opplevast.

Hypotese

Tilbakemeldingar og trendar i høve fastlegebytte antyder at pasientane i det store og heile er nøgde med kantoret. Legekantoret freistar å gi time same dag for dei fleste pro-



FOTO: ANNE ELISABETH ASKELAND

blemstillinger, og vi opplever at vi i stor grad klarer å tilby time slik at våre pasienter ikkje treng nytte legevakta. Då legekantoret ikkje har full drift, antar vi at ein del vil ønske seg betre tilgjengelegheit enn kva som er tilfelle i dag. Vi trur at pasientane vil ønske seg meir fleksibilitet i høve timebestilling, samstundes som vi trur at mange set pris på moglegheit for rådgiving på telefon frå sjukepleiar, og difor bruker telefonida meir enn ved andre legekantar. Vi forventar aldersforskjeller i høve forventning om ventetid, kontaktmåte og tilgjengelegheit, og er usikker på om kjønn er ein faktor i dette. Vi trur at dei som brukar legekantoret ofte opplever kantoret annleis enn dei som brukar det sjeldan. Vi trur at timetildeling og tilgjengelegheita er slik at legevakta brukast lite av våre pasientar, spesielt med omsyn til at vi ikkje har full

drift. Vi trur at svarprosenten vil vere høg hos dei vi spør. Potensialet er opp mot 150 unike respondentar.

Metode

Me nytta spørjeskjema basert på mal frå kunnskapssenteret med enkelte revisjonar tilpassa vårt kontor og ønske om eit kompakt spørjeskjema. Totalt tal på spørsmål er uendra. Vi har teke vekk spørsmål 4 og 6 om kor vidt ventetid for ØH-time eller vanleg time vart opplevd adekvat. Vi har teke vekk spørsmål 15 om organisering av legekantoret då det berre er ein lege og ein sjukepleiar som arbeider på kantoret. Spørsmål 20 om kor vidt fastlegen koordinere helsetilbodet er teke vekk, då vi har vurdert spørsmål 21 er tilnærma likelydande og vi ikkje trur nyansen vil kome godt fram. Spørsmål 2 er bytta ut med spørsmål om korleis ein vanlegvis bestiller time. Vi har endra nokre formuleringa knytta til at det berre er tilsett sjukepleiar på kantoret i tillegg til lege. Så har vi lagt til enkelte spørsmål: Vi spør om alder (< 20, 20–64, > 63) og kjønn. Vi spør om kor ofte ein går til legen eit vanleg år (0–3, 3–10, > 10). Vi har lagt til spørsmål om legekantoret kontaktast primært for å få råd frå sjukepleiar, og kor vidt fastlegen er tilgjengeleg på ein slik måte at ein slepp bruke legevakt. Spørsmåla er sortert noko annleis for å unngå forvirring der spørsmålsstilling endrar seg frå positivt til negativ forteikn. Den er også endra for betre fordeling over to sider.

Spørjeskjemaet vart validert ved pilotutprøving på to menn og to kvinner, inkludert ein pasient tilhøyrande legekantoret. Endeleg utforming vart tilpassa format til nettbrettbasert spørjeundersøking.

Kantoret har opent alle tysdagar og fredagar, samt annakvar onsdag. I tillegg er lege tilgjengeleg på same lokalitet alle vekedagar 08.30–15.00 som daglegevakt. Alle som kom til vanleg time vart forsøkt tilbydd å svare på undersøkinga. Anten før kontakt eller etterpå, då alternativt med frankert svarconvolutt. Det er potensiale for at nokon glipp idet kontorsjukepleiar som einaste tilsett forutan legen kan vere oppteken med andre oppgåver når pasienten kjem eller går.

Resultat

91 personar svarte på heile eller store delar av skjemaet. Ein person svarte blankt, tre personar ynskja ikkje å svare på undersøkinga. Undersøkinga vart gjennomført i fire veker frå fredag 10. november i fjor til og med torsdag 7. desember 2017. I perioden hadde legekantoret totalt ti opningsdagar med lege til stades. I følge timebok

og gjennomgang av rekningskort har det i denne perioden vore 131 konsultasjonar med ulike pasientar. Absolutt svarprosent er altså $91/131 = 69$ prosent og relativ svarprosent 95 prosent. Det vil sei at 36 pasientar ikkje vart spurt om å delta. Dels skuldast dette at foreldra kanskje ikkje har svart for både seg og borna, slik dei vart oppfordra til dersom begge hadde time, dels skuldast dette at bemanninga er slik at skranke ikkje alltid er betjent.

Aldersfordelinga er ganske lik mellom gruppene – dei eldre utgjer 27 prosent av svara, dei yngste 31 prosent og dei vaksne om lag 41 prosent. Kjønnfordelinga er som venta i høve generell bruk av lege – 2/3 er kvinner. 7 prosent av respondentane angir å gå til lege meir enn ti gonger pr. år, medan 45 prosent går inntil tre gonger pr. år, og 48 prosent angir at dei går mellom tre og ti gonger pr. år.

Det er lagt inn tre spørsmål som eksplisitt går på rolla til sjukepleiar på kantoret. Så og si alle som har svart opplever i stor eller svært stor grad at sjukepleiar er imøtekommande, fagleg dyktig og møter ein med høflegheit og respekt. 60 prosent av pasientane våre kontaktar legekantoret i nokon grad (45 prosent), stor (10 prosent) eller svært stor grad (5 prosent) primært for å få råd frå sjukepleiar.

Over 90 prosent angir at det i liten grad eller ikkje i det heile tatt er vanskeleg å komme i kontakt med legekantoret. Berre 1 prosent angir at det i stor grad er vanskeleg. 80 prosent angir å bruke telefon som hovudkontaktmåte, medan 15 prosent bruker SMS til vanleg. 4 prosent angir personleg oppmøte som hovudkontaktmåte.

Ved problemstillingar som haster, opplever 87 prosent at dei får time same eller neste dag. 13 prosent angir at dei må vente meir enn to dagar. På anna spørsmål svarar 84 prosent at tilgjengelegheit er slik at dei i liten grad eller ikkje i det heile tatt må bruke legevakt i staden for fastlege.

Ved meir ordinære problemstillingar angir 78 prosent av dei får time same eller neste dag, der brorparten angir neste dag. Berre 1 prosent angir at dei får time seinare enn etter sju dagar.

Opplevinga av sjukepleiar sin framferd som imøtekommande og respektfull, og faglegheit er svært god – alle respondentar angir at dei i stor eller svært stor grad opplever sjukepleiar slik. 14 prosent angir at dei i stor eller svært stor grad kontaktar legekantoret primært for å få råd frå sjukepleiar. 46 prosent angir at dei i nokon grad gjer dette.

90 prosent angir at samtalar med lege og sjukepleiar skjer på ein måte som i stor eller svært stor grad tek vare på privatlivet til

pasienten. 6 prosent angir i nokon grad medan 3 prosent opplever dette i liten grad eller ikkje i det heile tatt.

90 prosent angir at dei i liten grad eller ikkje i det heile tatt må vente på venterommet utover avtalt tid. I stor grad eller i svært stor grad er det berre 1 prosent som opplever dette.

I avsnittet om opplevinga av fastlegen er det spørsmål om feilbehandling, om fastlegen tek seg nok tid, om fastlegen snakkar på ein forståeleg måte, om fastlegen er fagleg dyktig, om fastlegen viser interesse for situasjonen til pasienten, om fastlege involverer pasienten i viktige avgjersler, om fastlegen gir nok informasjon. Svara er rimeleg like der 92–98 prosent i stor eller svært stor grad opplever fastlegen positiv.

For spørsmål om kontakten med fastlegen gjer ein betre i stand til å holde seg frisk, å meistre helseproblem, å forstå helseproblem, eller om fastlegen gir nok informasjon om bruk og biverknadar av legemiddel har fleire svara «i nokon grad» enn på andre spørsmål – mellom 13 og 23 prosent. Parten som svarar «i liten grad» eller «Ikkje i det heile tatt» er én prosent.

Til slutt har vi spurt om ein alt i alt er nøgd med fastlegen – som ei oppsummering av tidlegare spørsmål. Her svarte to prosent i nokon grad medan 98 prosent svarar i stor (31 prosent) eller svært stor grad (67 prosent).

Alle svar har vore vurdert også etter alder og etter kjønn. Anna enn der det er nemnt finn vi ingen store skilnadar knytt til dette. Ei heller fann vi store skilnadar knytt til talet på legebesøk pr. år. Vidare sub-gruppeanalyser er ikkje gjort då dette fort kan gi identifiserbare data.

Diskusjon

Legekontoret har aldri før gjort ei slik undersøking. Tala må difor tolkast med noko varsemd. Eit utgangspunkt for tolkinga må vere at folk stort sett bør vere nøgde, og at avvik frå dette bør sjåast nærmare på. Ved gjennomgang av svara vurderer vi at kategoriane «i stor grad» og «i svært stor grad» i praksis kan slåast saman som uttrykk for nyanser av same grunnsva. Dette gjeld også kategoriane «i liten grad» og «ikkje i det heile tatt». Med fem unntak (komme i kontakt med legekontoret, ventetid på venterom, bruk av legevakt pga. tilgjengelegheit til fastlege, feilbehandling, råd frå sjukepleiar) uttrykker desse alternativa negative forhold ved legekontoret. Vi legg til grunn at «Ikkje i det heile tatt» er brukt litt strengare enn «i svært stor grad». Kategorien «i nokon grad» uttrykker truleg områder der pasientar kan tenke eller forventar seg endring eller forbetring.

Difi si innbyggerundersøking (1) er ofte sitert når det gjeld opplevinga av fastlegenesteta. I siste publiserte utgåve – 2014 – får fastlegenesteta 84 av 100 poeng på total tilfredsheit. Folkebiblioteka er einaste teneste med høgare score. Avsnittet om fastlegar har ein rekke underspørsmål som dels tangerer denne undersøkinga og FHI ved Kunnskapssenteret (2) sitt forslag til undersøking. Innbyggerundersøkinga sine svar kan då vere normative for gjennomsnittleg praksis. Som beskrive er legekontoret det einaste i kommunen. Helfo dekker ikkje skyss til lege utanfor bustadkommune. Dette betyr at vi i nokon grad vil sjå at pasientar ikkje bytter fastlege ved mild til moderat misnøye av praktiske og

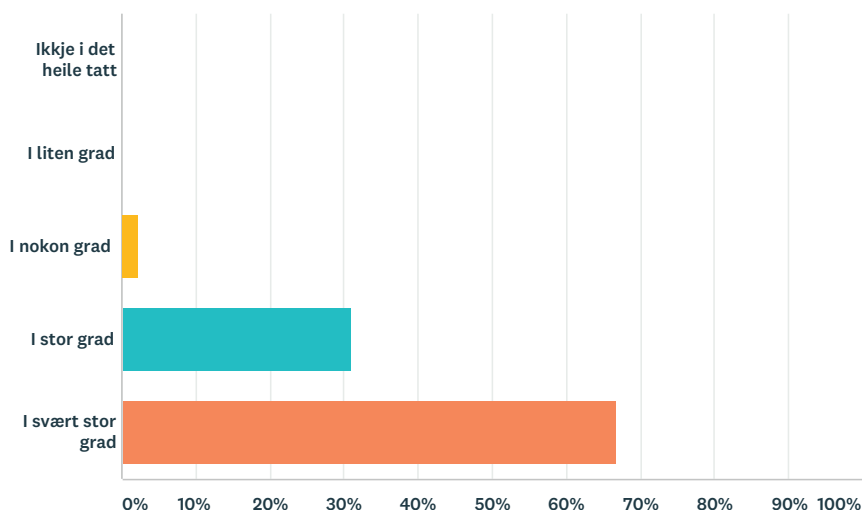
økonomiske omsyn. Dette vil truleg gjelde eldre som ikkje køyrer sjølv i større grad enn andre vaksne. Redusert opningstid betyr at ventetida for time kan vere større enn for andre kontor. På dette grunnlag – med eit auge til nasjonale resultat – er vi godt nøgde med resultatane. Generell tilfredsheit litt godt over landsnittet, og tala for tilgjenge er svært gode sjølv med redusert drift. Tala for bruk av legevakt er gledelege med omsyn til dette.

Det er ikkje vanleg å ha tilsett sjukepleiarar på legekontor, men det er eit tilbod som brukast av våre pasientar. Undersøkinga viser høg tilfredsheit med dette. Spesielt innan sårpleie har sjukepleiar ein kjend kompetanse som avlastar spesialisthelsetenesta. I tillegg tilfører sjukepleiaren viktig fagkunnskap ved prioritering av kontaktar, og sikrar truleg rettare bruk av knappe akutttime-ressursar. Funna støtter hypotesen om utstrekt bruk av rådgiving frå sjukepleiar.

Det er fire spørsmål der ein større del svara «i nokon grad» – det gjeld spørsmål om kontakten med fastlegen betrar forståing og meistring av helseproblem, om kontakten hjelp til å halde ein frisk og om legen gir nok informasjon kring legemiddel. På søker fastlegen for å halde seg friske, fastlegen tek det kanskje opp undervegs i ein konsultasjon, men primært er kontroll av kjend sjukdom, nyoppstått sjukdom (og eventuelt dokumentasjon av denne) eller uro for sjukdom kontaktgrunnen ved legebesøk. Det er ofte legen som initierer ein samtale om helsefremmande åtferd. At 23 prosent difor svarar at fastlegen i «nokon» grad bidreg til at ein kan halde seg frisk er

Q27 Alt i alt - er du fornøyd med fastlegen din ?

Besvart: 87 Hoppet over: 4



Sjå brukarundersøkinga og dei andre spørsmåla på <https://www.facebook.com/utpostenblad/>



kanskje ikkje uventa eller noko påfallande dårleg score. 18 prosent angir at fastlegen i nokon grad gir nok informasjon om bruk og biverknadar av medisinar. Dette gjeld 25 prosent av dei yngste og 20 prosent av dei eldste, og 10 prosent av dei mellom 29 og 64 år. Dette er relativt likt også justert for kjønn. Dei eldste brukar mest medisin, men det er dei yngste som i størst grad etterspør meir informasjon. Dette funnet er eit teikn på tida – pasientane ynskjer å gjere informerte val, spørsmåla viser eit forbettringspotensial for fastlegen.

Ein må ha in mente at eit fastlegekontor og ein fastlege ikkje er ein butikk som sel ein vare eller teneste. Fastlegen har ofte rollen som sakkyndig og forvaltar av offentlege gode. Dette kan gå på tvers av pasientens sine ønsker eller opplevde rettar. Det er vanskeleg for pasientar å vite om ein fastlege er fagleg dyktig. Enkle ting som ventetid på time kan vurderast vidt forskjellig i medisinsk liknande tilfelle. Vi veit at menneske ved komplekse samanhengar ofte tyr til surrogatmarkørar for å få meining og forståing ut av dette. Eit døme: Fastlegen føreslår ein ny medisin, pasienten angir å ikkje ha sær-

leg forstand på dette, men tenker at sidan legen er så hyggeleg er ho nok sikkert flink også. Omvendt kan fornuftige medisinske tiltak verte avvist fordi pasienten opplever fastlegen som arrogant og difor vert mistenkeleg på det faglege. Denne mekanismen har psykolog og nobelprisvinnar Daniel Kahnemann teke føre seg (3). In mente bør ein også ha den underliggende utviklinga i fastlegetenesta – arbeidsmengda aukar, fastlegane fortel at mindre lister generer meir arbeid enn større lister gjorde før (4–7). Det betyr at det vert mindre tid til kvar pasient for å rekke over det ein ska av det som ikkje er kjerneoppgåver. God informasjon og informerte val krev tid. Kanskje er pasientane våre sitt ønske om meir informasjon teikn på det aukande gapet mellom forventningar og ressursar.

Konklusjon

Brukarundersøkinga var lett å gjennomføre. Bruk av nettbrett førte til lite manuell plotting. Få takka nei til undersøkinga. Legekontoret får gode tilbakemeldingar, samstundes som det er område som kan verte betre. Oppsummert bør ein ikkje all-

tid vente at alle er nøgde heile tida, og positive tilbakemeldingar treng ikkje bety at ein gjer ting heilt rett. Like fullt vurderer vi at undersøkinga er valid og har gitt ærlege svar kring kontoret vårt. I sum støtter undersøkinga opp under hypotesen ved start at pasientane i det store og heile er nøgde med legen og legekontoret sitt. Undersøkinga bør ein gjenta om to til tre år.

REFERANSER

1. <https://www.difi.no/rapporter-og-statistikk/undersokelser/innbyggerundersokelsen-2015/hva-mener-brukerne/fastlege>
2. <https://www.fhi.no/kk/brukerfaringer/sporreskjema-banken/brukerfaringar-med-fastlegen-og-fastlegekontoret/>
3. Daniel Kahneman. (2013). Thinking Fast and Slow. Farrar, Straus and Giroux.
4. <https://www.vg.no/nyheter/meninger/i/820dw/vg-mener-flere-har-et-ansvar-for-fastlegekrisen>
5. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/11/02/helseokonom-fastlegene-ma-si-nei/>
6. <https://www.adressa.no/meninger/kronikker/2017/11/07/Fastlegeordningen-er-avhengig-av-tilskuddet-per-pasient-og-det-mprosentC3prosentA5-prosentC3prosentB8kes-15566473.ece>
7. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/05/07/fastlegene-varsler-prioriteringskamp-pa-legekontoret/>

■ JANSCHILLE@GMAIL.COM

Brukarundersøkinga er lagd ut saman med artikkelen på utposten.no

Praksisvariasjon for tonsillektomi

■ Annika Tähti Dunseth¹, Jan David Halvorsen¹, Hans Johan Breidablik², Eivind Meland¹

¹ Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, Kalfarveien 31, 5018 Bergen | ² Fag- og utviklingsavdelingen, Helse Førde, 6800 Førde

BAKGRUNN: Tonsillektomi er et inngrep med stor geografisk variasjon. Vi undersøker variasjonen; i hvilken grad det skjer endringer over tid; og i hvilken grad fastlegers holdninger og henvisningspraksis og omfanget av private tilbydere er assosiert med inngrepsfrekvensen.

MATERIALE OG METODE: Data er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Spørreskjema ble sendt elektronisk til 627 fastleger (svarprosent 31) og til 58 ØNH-avdelinger og avtalespesialister (svarprosent 43). Fastlegenes holdninger til tonsillektomihenvising ble analysert med justerte regresjonsanalyser. ØNH-spesialistenes svar ble fremstilt som rater.

RESULTATER: Inngrepshyppigheten var 267 prosent høyere i regionen med høyest inngrepsfrekvens sammenliknet med regionen med lavest. Fastlegenes opplevelse av å få tilbakemelding fra ØNH-spesialistene om forventende observasjon samvarierte med inngrepsfrekvensen (OR i Førde 0,43, 95 prosent KI 0,20-0,93). Vi fant en grensesignifikant negativ korrelasjon mellom totalt antall tonsillektomier og den private andelen av utførte inngrep (Spearman rho -0,40, p: 0,069). På nasjonalt nivå endret inngrepsfrekvensen seg ikke. Et stort flertall av ØNH-spesialistene anga at nasjonale indikasjonskriterier ville vært viktig (83 prosent).

FORTOLKNING: Praksisvariasjonen er stor og fastlegenes opplevelse av ØNH-spesialistenes anbefaling om forventende observasjon var assosiert med inngrepsfrekvensen. Dette kan berettigje nasjonale retningslinjer og fokus på lik praksis når det gjelder råd om forventende behandling kontra tonsillektomi.

Innledning

Tonsillektomi er fjerning av mandlene ved kirurgisk inngrep. Til tross for at dette er et av de vanligste inngrepene som utføres, spesielt på barn, er det ikke etablert nasjonale retningslinjer for tonsillektomi i Norge (1). Norsk elektronisk legehåndbok oppgir følgende indikasjoner: Residiverende tonsillitter tre til fire ganger årlig i mer enn to år, peritonsillær abscess en til to ganger, kronisk eller residiverende streptokokk-tonsillitt av ett til to års varighet, mekanisk hindring over ett år, episoder med søvn-*apné* over ett år (2).

Et gjennomgående poeng i litteraturen er at tonsillektomi er en behandling med stor geografisk variasjon (3, 4). Flere studier påpeker at en usystematisk praksis når det gjelder diagnostisering og vurdering av henvisningsindikasjon kan bidra til å forklare variasjonene (3, 4). Et Cochrane review fra 2014 konkluderte med en moderat reduksjon av antall episoder med sår hals etter kirurgisk behandling sammenliknet med forventende behandling ved residiverende tonsillitt (5). Lav netto nytte av inngrepet, gjør at faktorer som legens skjønn og pasientens og foreldrenes ønsker, kan få uuhensiktsmessig stor påvirkningskraft ved avgjørelsen om behandling.

Tonsillektomi har vært belyst i et historisk perspektiv tilbake til før 2. verdenskrig med forskningen til J. Alison Glover. Han la først merke til at tonsillektomifrekvensen varierte med barns skoletilhørighet, og at ulikhetene i tonsillektomi varierte med ulikhet i medisinsk oppfatning blant leger. Glovers forklaring på den uttalte praksisvariasjonen, var forskjeller i medisinske oppfatninger. American Child Health Association kom til samme konklusjonen som Glover (6, s. 29–37).

Det er lite sannsynlig at forskjeller i regional sykkelighet kan forklare praksisvariasjo-

nen (3, 6 s. 30, 7). Heller ikke sosioøkonomiske faktorer, herunder pasientenes kunnskap om tjenesten synes å spille noen rolle. Operasjonsfrekvensen til de antatt best informerte pasientene og foreldrene med lettest adgang til tjenestene er nemlig svært lik andre grupper av populasjonen (8). Økt press fra foreldre med gode erfaringer med tonsillektomi kan være en forklaring på høye operasjonsrater (9). Den viktigste forklaringen på praksisvariasjon synes å være lokale forskjeller i de behandlende legenes oppfatninger og holdninger (6, s. 29–37).

På bakgrunn av dette, ønsket vi:

- ➊ Å undersøke forskjellene i tonsillektomii-
nngrep mellom foretaksområder i Norge
- ➋ Å kartlegge utvikling av inngrepshyppig-
het over tid i tidsrommet 2011–2014
- ➌ Å undersøke hvorvidt forskjeller i hold-
ninger og indikasjonsstillinger mellom
henvisende fastleger i ulike foretaksom-
råder var assosiert med ulikheter i inn-
grepshyppighet
- ➍ Å undersøke sammenhengen mellom inn-
grepshyppighet og bruk av private aktører
i de ulike foretaksområdene,
- ➎ Å kartlegge hvordan ansvarlige ved ulike
ØNH-avdelinger og avtalespesialister svar-
te på noen nøkkelspørsmål.

Materiale og metode

Datamaterialet er hentet fra Norsk pasientregister (NPR) og gjelder pasientgruppen definert med nærmere definerte hoved- eller bidiagnoser i kombinasjon med operative prosedyrekoder. Inngrepshyppigheten er alders- og kjønnsjustert og oppgitt i antall inngrep pr. 100 000. Rådata ble levert av senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE).

En elektronisk spørreundersøkelse ble gjort høsten 2014 der fastleger tilknyttet foretaksområdene Helse Førde, Helse Sta-

VARIABEL	SVARALTERNATIVER	CR.ALPHA	MEAN (SD)	MIN-MAX	B STAVANGER (95 PROSENT KI)	B FONNA (95 PROSENT KI)	OR FØRDE (95 PROSENT KI)
Foreldre forventning		0,76	3,06 (0,63)	1-4	-0,19 (-0,46; 0,08)	-0,25 (-0,55; 0,04)	
Pasienten bør henvises dersom pasienten/foreldrene ønsker det	4 (1-4)						
Jeg avgjør indikasjon for henvisning basert på pasientens/foreldres ønske	4 (1-4)						
Halsbetennelsefrekvens		0,82	2,77(0,63)	1-4	-0,06 (-0,29; 0,18)	0,05 (-0,20; 0,31)	
Hva mener du er akseptabelt ant. halsbetennelser over 2 år, før henvisning	4 (1-4)						
Hva mener du er akseptabelt ant. halsbetennelser over 3 år, før henvisning	4 (1-4)						
Snorking/Apné		0,72	2,51 (0,74)	1-4	-0,08 (-0,36; 0,20)	0,16 (-0,15; 0,46)	
Jeg avgjør indikasjon for henvisning basert på snorking/søvnapné	4 (1-4)						
Pasienten bør henvises om det foreligger snorking eller søvnapné	4 (1-4)						
Bedre livskvalitet og økonomi		0,62 (IIC 0,45)	2,62 (0,61)	1-4	-0,18 (-0,40; 0,04)	-0,32 (-0,56; -0,07)	
Tonsillektomi er et enkelt inngrep som fører til betydelig bedring av livskvalitet for pasienten	4 (1-4)						
Tonsillektomi er samfunnsmessig effektivt ved at det gir redusert sykefravær hos foreldrene	4 (1-4)						
Avventende behandling Mange av pasientene jeg henviser blir anbefalt «Watchful Waiting»	4 (1-4)		2,27 (0,84)	1-4			0,43 (0,20; 0,93)

TABELL 1. Forklaringsvariabler for indikasjoner for tonsillektomi og resultater fra justerte lineære regresjonsanalyser med regresjonskoeffisienter og 95 % KI (ordinal logistisk regresjon med kategorivariabel for avventende behandling, rekodet til tre nivåer), justert for kjønn, alder (to alderskategorier) og spesialiststatus.

vanger og Helse Fonna ble kontaktet via epost. Intensjonen var å gjøre samme data-innsamling i Helse Bergen, men pga. teknisk svikt var det kun seks respondenter fra denne regionen. Disse svarene ble analysert sammen med Helse Fonna der inngreppshyppigheten er tilsvarende. Totalt antall respondenter var 192, svarprosent på 31. Tall fra Den norske legeforening (10) og helsedirektoratets fastlegestatistikk 2014 (11) tilsier at respondentene utgjør et rimelig representativt utvalg i henhold til kjønnsfordeling og spesialiststatus, men at de er litt yngre enn den norske fastlegepopulasjonen. Femtiåtte ØNH-avdelinger og avtalespesialister ble også invitert til å svare på et nettbasert spørreskjema hvorav 25 svarte (43 prosent). Fordelingen mellom privat praksis (de fleste med avtale men også noen få private tilbydere, som for eksempel Aleris) og offentlige helseforetak var den samme blant dem som svarte og de inviterte (48 prosent).

Forklaringsvariabler

Spørsmålene i undersøkelsen ble gruppert i kategorier med forventet forklaringskraft på de regionale forskjellene i tonsillektomifrekvens. Ved hjelp av faktoranalyse identifiserte vi spørsmål som tematisk hørte sammen (faktorladning >0,5 og uten forstyrrende krysslading) og med Eigenverdi

> 1. Deretter testet vi intern konsistens ved hjelp av reliabilitetsanalyser og vurdering av Cronbach's alfa. Vi definerte følgende samlevariabler: Hensyntagen til foreldres forventning, halsbetennelsesfrekvens som henvisningsgrunnlag, snorking og apné som henvisningsgrunnlag og i hvilken grad fastlegene hadde forventning om bedre livskvalitet og økonomi i samfunnet som helhet som følge av inngrep. Ett spørsmål ble håndtert som en variabel for seg selv: I hvilken grad opplever fastlegen tilbakemelding om avventende behandling fra spesialist. Enkeltspørsmålene hadde fire svaralternativ som anga økende enighet eller hyppighet. Enkeltspørsmål ble snudd slik at økende verdi tilsvarte økende restriktivitet overfor henvisning til tonsillektomi eller mindre nytte av inngrepet. En samlevariabel hadde suboptimal reliabilitet (alfa 0,62), men tilfredsstillende inter item korrelasjon (0,45), se tabell 1.

Statistikk

For å vurdere forskjeller mellom foretaksområdene når det gjaldt forklaringsvariablene benyttet vi multipl lineær regresjon med justering for kjønn, alder (to kategorier) og spesialiststatus. De justerte korrelasjonskoeffisientene (B) ble angitt med 95 prosent konfidensintervall (KI). Den ordinale variabelen om opplevelse av tilbakemelding fra

ØNH-spesialist om avventende observasjon ble rekodet til en 3-nivå variabel og analysert med multipl ordinal logistisk regresjon, og OR framstilt med 95 prosent KI. Også i denne analysen ble det justert for kjønn, alder og spesialiststatus.

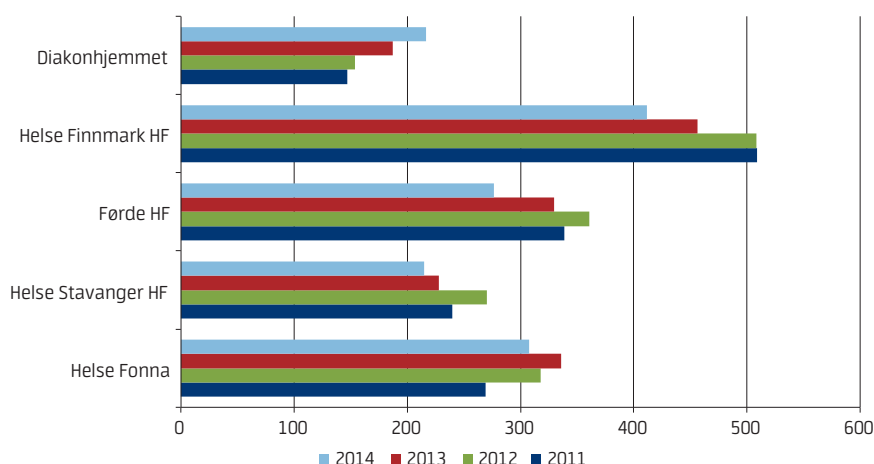
Vi undersøkte utviklingen av tonsillektomifrekvensen på landsbasis over perioden 2011–2014 ved å beregne 95 prosentkonfidensintervaller for hvert år. Overlapping av konfidensintervallene er brukt som uttrykk for at frekvensen ikke har endret seg signifikant.

Vi beregnet den private andelen av tonsillektomier ved å dividere de privat utførte inngrepene på totalantallet inngrep for hver helseregion. Korrelasjonen mellom totalt antall inngrep og andelen utført privat ble undersøkt ved hjelp av Spearman korrelasjonsanalyse ettersom privat andel tonsillektomier var skjevfordelt (skjevhet: 1,32).

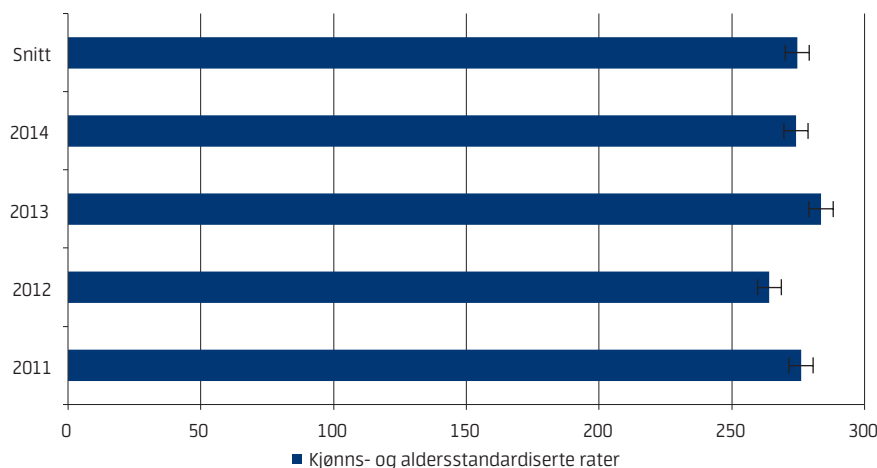
Statistiske analyser ble utført med IBM SPSS Statistics 22. Et signifikansnivå på ≤ 0,05 ble brukt som grense for signifikante funn. ØNH-avdelingene og avtalespesialistenes svar ble angitt som rater i prosent.

Resultater

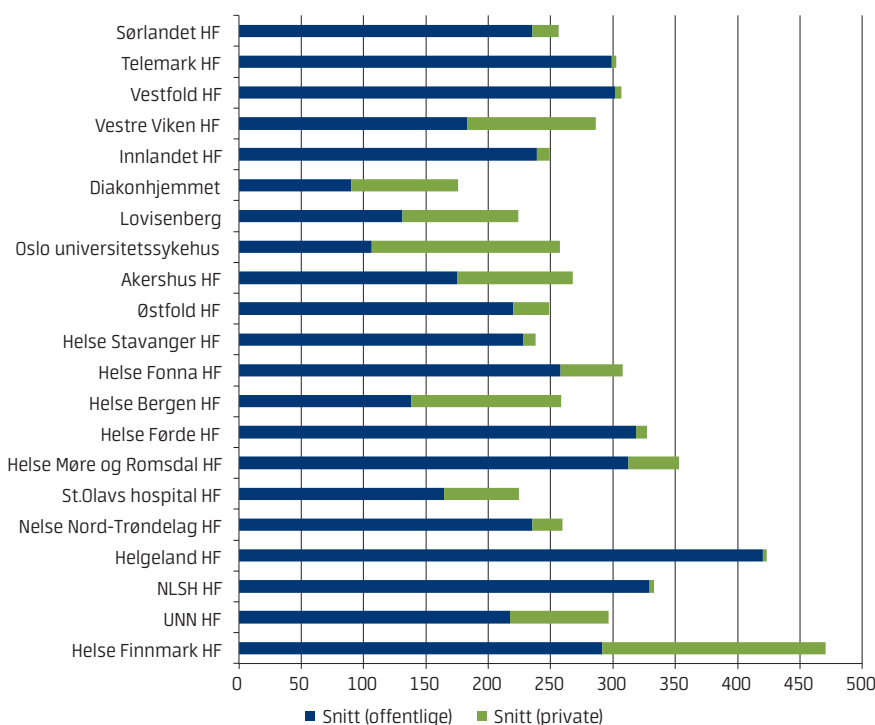
Figur 1 viser inngrepsrater for tonsillektomi i foretaksområdene Helse Førde, Helse Stavanger og Helse Fonna samt Helse Finn-



FIGUR 1. Spennvidden for områdene med høyeste og laveste alders- og kjønnsjusterte inngrepsrater pluss de tre områdene der vi gjennomførte spørreundersøkelser blant fastlegene: Førde, Fonna og Stavanger.



FIGUR 2. Landsgjennomsnitt for tonsillektomifrekvens med alders- og kjønnsjusterte rater for perioden 2011–2014.



mark og Diakonhjemmet. De to sistnevnte har det henholdsvis høyeste (472/100 000) og laveste (177/100 000) snittet på landsbasis i perioden 2011–2014. Etter beregning av 95 prosent konfidensintervaller på de årlige tonsillektomifrekvenser fant vi ingen endring i tonsillektomiforekomst over årene i denne perioden, slik det fremkommer av figur 2.

Blant de tre foretaksområdene hvor vi undersøkte fastlegeholdninger, er tonsillektomihyppigheten størst i Helse Førde (327/100 000), fulgt av Helse Fonna (308/100 000) og Helse Stavanger (238/100 000). Tabell 1 viser resultater fra analyser knyttet til forklaringsvariabler for tonsillektomihenvisning hentet fra spørreundersøkelsen. Økende svarverdi tilsvarer økende restriktiv holdning til henvisning for tonsillektomi.

Det var signifikante forskjeller mellom fastlegene i de ulike helseforetakene når det gjaldt hvordan de vurderte nytten av inngrepet ved at Fonna (med Bergen) anga større nytte sammenliknet med Førde (B -0,32, -0,56; -0,07). Det var også signifikante forskjeller med tanke på i hvilken grad fastlegene opplevde at ØNH-spesialistene anbefalte avventende behandling fremfor tonsillektomi (Førde sammenliknet med de andre regionene: OR 0,43, 0,20; 0,93). De henvisende primærlegene i Helse Førde med høyest tonsillektomi-forekomst rapporterte med andre ord om mindre grad av spesialist-restriktivitet (anbefaling om avventende observasjon) enn legene i de to andre regionene. Der var ingen forskjeller mellom foretaksområdene når det gjaldt i hvilken grad fastlegene vektla de kliniske kriteriene (antall tonsillitter i løpet av to og tre år og snorking og søvnapné) eller restriktivitet overfor foreldres forventninger ved vurdering av indikasjon for henvisning.

Ved hjelp av korrelasjonsanalyse fant vi en grensesignifikant negativ assosiasjon mellom graden av privat utførte inngrep og totalantallet tonsillektomier i de forskjellige foretaksområdene (Spearman rho -0,40, p: 0,069).

Et flertall av ØNH-avdelingene anga at operasjonskapasiteten var passe (87 prosent), og 83 prosent anga at de opererte 50 prosent eller flere av de henviste pasientene. Et stort flertall av ØNH-spesialistene anga at nasjonale indikasjonskriterier ville vært viktig (83 prosent).

FIGUR 3. Fordeling offentlige og private inngrepsrater (snitt over perioden 2011–2014).

Diskusjon

Våre funn viser at det er klare regionale forskjeller i hvor hyppig inngrep på tonsiller og adenoid vev foretas i Norge med 267 prosent forskjell mellom laveste og høyeste regionale inngrepsfrekvens. I tidsrommet 2011–2014 observerte vi ingen endring i inngrepsfrekvensen i Norge. Økt grad av private behandlingstilbud (mest avtalespesialister) var ikke forbundet med økt antall inngrep. Tvert om påviste vi en grensesignifikant motsatt sammenheng. Fastlegene tilhørende region Førde rapporterte mindre restriktivitet fra spesialisthelsetjenesten og samtidig lavere forventet nytte av inngrepet enn de andre regionene, men den siste forskjellen var bare signifikant sammenliknet med Fonna. Fastlegene vektla de kliniske indikasjonsstillingene for tonsillektomi likeverdig mellom de undersøkte foretaksområdene.

Ubegrunnet praksisvariasjon forstår vi som praksisvariasjon som ikke kan forklares med regionale forskjeller i sykелighet eller med sosiodemografiske forskjeller. Det synes ikke som om klinisk inkompetanse eller uansvarlighet kan forklare ugrunnet variasjon (6, s.170, 17). Heller ikke i vår undersøkelse ble det påvist regionale forskjeller i de kliniske indikasjonene for henvisning. Vi fant en viss, men ikke signifikant forskjell i forhold til restriktivitet til foreldreforventninger. Suleman og medarbeidere peker på muligheten for at foreldres erfaring med tonsillektomi kan påvirke inngrepsratene, men har lite empirisk belegg for dette (12).

En undersøkelse blant fastleger, pediater og ØNH-spesialister peker på at de ulike spesialistgruppene vektlegger diagnosekriteriene og indikasjoner for behandling ulikt (3). At samarbeidet mellom spesialist og primærlege er viktig fant vi indikasjoner på når det gjaldt hvordan henvisende leger opplever varierende grad av anbefalinger om avventende observasjon mellom regionene. Ulikheter i praksis kan tyde på et behov for klarere, felles retningslinjer. Respondentene i spesialisthelsetjenesten var også i stor grad enige om behovet for felles nasjonale indikasjoner.

Det er lite trolig at geografiske forskjeller i sykелighet eller sosio-demografiske faktorer i vesentlig grad kan forklare variasjonen i tonsillektomirater. Våre funn støtter en forklaringsmodell der både primærlegene og spesialisthelsetjenesten står med ansvar som portvakt og døråpner, og hvert ledd kan bidra til ubegrunnet praksisvariasjon. Det har vært mest fokus på at det i spesialisthelsetjenesten kan utvikle seg lokale kulturer og kulturforskjeller som ska-

per forskjeller gjennom et tilbudsstyrt helsetesen (6, s. 126–133).

Imidlertid er slike kulturforskjeller også til stede i primærhelsetjenesten, og i en studie fra psykiatrien er det vist at der er store forskjeller i henvisningskultur i førstelinjetjenesten (13). For å få bedre innblikk i om forskjellen har utgangspunkt i fastlegens vurdering eller spesialistvurderingen, kan være interessant å se i hvilken grad henvisnings- og inngrepsratene korrelerer.

I 2015 startet man arbeidet med å utvikle norske helseatlas som et første forsøk på å utjevne praksisulikheter i Norge. Slike arenaer for samling og publisering av informasjon har til hensikt å evaluere og diskutere ressursfordeling, kvalitet og god praksis (14).

Det er uttrykt bekymring for at private aktører bidrar til overbehandling (15), men dette så ikke ut til å spille noen vesentlig rolle når det gjelder tonsillektomi. Det kan innvendes at privatpraktiserende spesialister med avtale er en del av den offentlige helsetjenesten, men vårt funn støttes av data fra England i en studie som konkluderte med at variasjonen i tonsillektomirater ikke kunne forklares med andelen inngrep utført av private tilbydere (12).

Den største svakheten i denne studien er responsen på de nettbaserte spørreundersøkelsene. Selv om fordelingen av respondenter synes representativ med tanke på kjønn, alder og spesialiststatus og en lik fordeling mellom helseforetak og privatpraktiserende i spesialisthelsetjeneste-utspørringen, kan det være systematiske forskjeller mellom respondenter og ikke-respondenter når det gjelder holdninger, vaner og opplevelser. Vi ser også at det kunne vært en fordel å kartlegge inngreps-hyppighet over en lengre tidsperiode. Datamateriale fra SKDE inneholder prosedyrer knyttet til både tonsillektomi og adenotomi. Det er ikke klart hvor stor andel som gjelder inngrep i adenoid vev.

En styrke med studien er at vi har brukt nasjonale og pålitelige data fra SKDE. Frekvenser på inngrep var også alders- og kjønnsjusterte. Det er lite trolig at der er systematiske skjevheter i rapportering av vårt hovedutfallsmål.

Konklusjon og implikasjoner

Ettersom vi fant at fastlegenes opplevelse av spesialistenes restriktivitet var assosiert med inngrepsfrekvens, mener vi det er viktig å utarbeide og harmonisere nasjonale retningslinjer for tonsillektomi med spesiell vekt på lik håndtering og praktisering av avventende observasjon hos pasienter henvist til tonsillektomi.

Takk til SKDE og Arnfinn Steindal for utlevering av data og figurmateriale som er omarbeidet og brukt i artikkelen. Artikkelen bygger på en studentsøppgave ved Det medisinske fakultet, UiB.

REFERANSER

1. Dagkirurgi i Norge 2011–2013 (Internet). Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE); 2015. Hentet 14.06.17 fra: http://www.helseatlas.no/sites/default/files/RapportHelseatlas1_15.pdf.
2. Akutt tonsillitt (Internett). Norsk elektronisk legehåndbok: Norsk helseinformatikk; Hentet 22.11.17 fra: <https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/ore-nese-hals/tilstander-og-sykdommer/svelget-midtre-del/tonsillitt-akutt/#n-r-henvis>.
3. Capper R, Canter RJ. Is there agreement among general practitioners, paediatricians and otolaryngologists about the management of children with recurrent tonsillitis? *Clinical otolaryngology and allied sciences*. 2001; 26(5): 371–8.
4. Blais R. Variations in surgical rates in Quebec: does access to teaching hospitals make a difference? *CMAJ*. 1993; 148(10): 1729–36.
5. Burton MJ, Glasziou PP, Chong LY, Venekamp RP. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014(11): Cd001802.
6. For mye, for lite, eller akkurat passe? Om variasjon, over- og underforbruk av helsetjenesten. Oslo: Legeforeningen; 2016.
7. Douglas-Jones P, Fagan JJ. Tonsillectomy rates in the South African private healthcare sector. *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*. 2016; 106(11): 1134–40.
8. Ruiz I, Hernandez-Aguado I, Garrido P. Variation in surgical rates: a population study. *Med Care*. 1998; 36(9): 1315–23.
9. Fried D. On tonsillectomy: mom's personal experience. *Lancet*. 1995; 346(8976): 714.
10. Fastleger og spesialistgodkjenning i allmennmedisin 2010–2017 (Internet). Den norske legeforening. Hentet 21.04.2017 fra: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Yrkesaktive-leger-i-Norge/Fastleger-og-spesialistgodkjenning-i-allmennmedisin-2010-2017/>.
11. Fastlegestatistikk (Internet). Helsedirektoratet. Hentet 21.04.2017 fra: <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk#fastlegestatistikk-2014>.
12. Suleman M, Clark MP, Goldacre M, Burton M. Exploring the variation in paediatric tonsillectomy rates between English regions: a 5-year NHS and independent sector data analysis.
13. Bredidablik HJ, Meland E. Spesialisthelsetjenester i psykisk helsevern i Sogn og Fjordane – store variasjoner mellom kommunene. Innsendt til publikasjon 2017. *Clinical otolaryngology: official journal of ENT-UK ; official journal of Netherlands Society for Oto-Rhino-Laryngology & Cervico-Facial Surgery*. 2010; 35(2): 111–7.
14. Helseatlas (Internett). Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE); Hentet 12.06.17 fra: <http://www.helseatlas.no/om-helseatlas>.
15. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE, Hjörleifsson S, Laudal M, Swensen E. Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2016; 136(22): 1903–5.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

Leddsmerter på fredag, død på mandag

Hvor mange medikamenter tåler pasienten før metformin akkumuleres, nyreutskillelsen kompromitteres, levermetabolismen svikter og laktacidosen utvikles til irreversibel multiorgansvikt? Multimorbide pasienter er som fulle vannglass: NSAIDs ble forskrevet før helgen og på mandag var pasienten død med multiorgansvikt og laktacidose. Naproksen var muligens dråpen som fikk det til å renne over.

Pasienten var sliten, hadde diffuse muskel og leddplager, anemi av ukjent årsak (Hb<8), diabetes II og hypertensjon. Pasienten ble behandlet med følgende medikamenter:

- Vildagliptin-metformin (Eucreas)
- Ramipril (Triatec)
- Naproksen-esomeprazol (Vimovo)
- Furosemid (Furix)
- Acetylsalisylsyre (Albyl E)
- Statiner (Simvastatin)

Hvordan manifesterer nyresvikt seg klinisk?

Pasienter med kronisk anemi vil ofte presentere seg med asteni, men det vil også pasienter med nyresvikt. Pasienter med anemi ved kronisk sykdom har lavere erytropoietinnivåer enn forventet, men det vil også gjelde for nyresviktpasienter (1). Kronisk nyresykdom kan være svært symptomfattig.

NSAIDs ble forskrevet før helgen grunnet forverring av ledd og muskelpager. Pasienten var vant med å øke dosen av loop-diuretika ved økende perifere ødemer. Pasienten fikk økte ødemer i løpet av helgen og økte furosemid-dosen slik det tidligere var avtalt med legen. I løpet av helgen ble pasienten mer og mer andpusten, kastet opp, og var til slutt knapt kontaktbar. Pasienten ble kjørt til sykehus, lagt inn på intensivavdelingen med en svær laktaci-

dose, utviklet multiorgansvikt og døde mandag morgen.

I Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer for diabetes er metformin førstevalg ved diabetes type 2. Her står følgende:

«Det skal ikke startes med metformin ved nedsatt nyrefunksjon ($eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$). Ifølge SLVs preparatomtale er metformin (A10BA02) kontraindisert ved $eGFR < 45 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, men pasienter som allerede står på metformin kan fortsette med redusert dose ved synkende $eGFR$ inntil $eGFR = 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$, hvor metformin skal seponeres. Årsaken er først og fremst frykt for økt risiko for laktacidose. Tilleggsfaktorer som kan øke denne risikoen er: Dehydrering, samtidig bruk av diuretika, ACE-hemmer eller angiotensin-2 blokker» (2).

Medikamentgjennomgang og interaksjonssøk

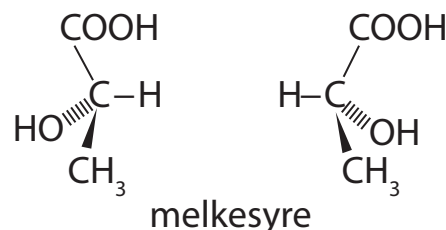
Et interaksjonssøk i våre databaser gir følgende resultat etter en gjennomgang av de svært vanlige medikamentene den aktuelle pasienten brukte:

Esomeprazol og loop-diuretika er assosiert med hypomagnesemia med muskelpasmer og arrytmier. Furosemid brukt sammen med naproksen gir økt risiko for å utvikle nyresvikt. Prostacyklin bidrar til å holde nyrekarsengen åpen. NSAIDs hemmer prostacyklinproduksjonen og kan redusere nyregjennomblødning vesentlig og føre til økende nyresvikt. Dette kan føre til økt blod-

trykk og perifere ødemer. I dette tilfellet økte pasienten furosemiddosen. Det førte til en ytterligere forverring av blodgjennomstrømmingen i nyrer ved at volumet ble redusert. Furosemid og ramipril brukt samtidig øker faren for hypotensjon og nyresvikt. ACE-hemmere øker insulinsensitiviteten og samtidig administrering med metformin kan føre til hypoglykemi. NSAIDs kan dempe den antihypertensive effekten av ACE-hemmere ved å hemme syntesen av prostaglandiner. Noen pasienter kan få ytterligere redusert nyrefunksjon og i verste fall akutt nyresvikt ved bruk av NSAIDs. Pasienter som bruker ACE-hemmere, loop-diuretika og har redusert nyrefunksjon er spesielt utsatte. Indometacin, naproksen og piroxicam har størst vasokonstriktiv effekt. Albyl E reduserer den antihypertensive effekten av diuretika og ACE-hemmere. Dette skjer via hemming av prostaglandin-syntesen. Doserings av ACE-hemmere må justeres og nyrefunksjon monitoreres (3).

Årsaker til laktacidose

Vanligvis dannes 1000–1500 mmol melkesyre (hydrogenlaktat) i døgnet. Normalt nedbrytes denne i lever og noe skilles ut i nyrene uten at det akkumuleres i kroppen. Normal laktatkonsentrasjon i plasma er 1 mmol/liter (0,3–1,5). Ved stigende laktat i plasma er dette et mål for laktacidose.



Laktacidose type A skyldes vevhypoksi enten pga. ekstremt lav Hb (anemisk hypoksi), svært lav SaO_2 (hypoksemisk hypoksi), lavt hjerte-minuttvolum (hypoperfusjonshypoksi) ved for eksempel hypovolemi/sjokk/hjertesvikt (4, 5, 6). Hypoksi er en til-

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

stand hvor cellene ikke evner å opprettholde aerob metabolisme grunnet utilstrekkelig oksygentilgang. Dette skyldes enten nedsatt oksygenlevering eller manglende evne til å utnytte tilgjengelig oksygen. Resultatet er anaerob metabolisme med laktatproduksjon. Ved vedvarende hypoksi i vevene vil man få progredierende organsdysfunksjon. Mengden av oksygen som leveres til perifert vev (DO_2) avhenger av hjerteminuttvolum og oksygenkonsentrasjon i arterielt blod (CaO_2). CaO_2 avgjøres av hemoglobinkonsentrasjon (Hb), oksygensaturasjon av hemoglobinmolekyler (SaO_2) og partielt oksygentrykk (paO_2) i arterielt blod. Hypoksi kan oppstå som følge av reduksjon av en eller flere av de nevnte faktorene som medvirker til oksygenleveringen. Hypoksemi betyr lavt oksygeninnhold i blodet og defineres som $\text{PaO}_2 < 9,6$ og/eller $\text{SaO}_2 < 95$ prosent. Hypoksemi er en viktig årsak til hypoksi, men hypoksi kan også forekomme uten hypoksemi (7). Den aktuelle pasienten hadde svært lav Hb og hadde økt risiko for å utvikle laktacidose som følge av hypoksi. Dette bør med i vurderingen når man forskriver medikamenter som kan forverre blodgjennomstrømmingen i nyrer slik NSAIDs gjør og volumreduserende diuretika gjør.

Laktacidose type B kan skyldes redusert omdannelse av laktat til pyruvat for eksempel ved nedsatt glukoneogenese, eller økt omdannelse av pyruvat til laktat for eksempel ved anaerob glykolyse.

- **Pyruvat** omdannes til laktat. Dette skjer i muskler under intenst arbeid hvor det ikke er tilstrekkelig oksygen til stede, men også ved hypoksi ved lav Hb slik pasienten hadde. I erytrocytter og nyrebark foregår en anaerob glykolyse. Det er mulig at en hypoksisk tilstand i vevene til pasienten førte til økt anaerob glykolyse og økt omdanning av pyruvat til laktat.
- **Tiaminmangel** er en vesentlig faktor med tanke på økning av laktat. Omdanning av pyruvat til Acetyl-CoA som er substratet for sitronsyresyklus er avhengig av tiamin som er en kofaktor. Uten tiamin omdannes ikke pyruvat videre til Acetyl CoA, og man vil i stedet få økende laktatkonsentrasjoner (8). Tiaminmangel kan være en aktuell faktor hos mange pasienter, både eldre og alkoholikere med underernæring.

- **Statiner** kan gi skader på mitokondriene og har vist å kunne øke mitokondriell H_2O_2 produksjon. Omdannelsen av pyruvat ved aerob glykolyse forutsetter at mitokondriene fungerer optimalt. Ved skader av mitokondriene som følge av toksiske effekter av statiner vil man ikke få normal omdanning av pyruvat til Acetyl-CoA. Dette vil kunne føre til en opphopning av laktat. Pasienten hadde ledd og muskelpåler som kan være relatert til statiner og økt oksidativt stress på mitokondrier (9, 10).
- **Metformin** hemmer glukoneogenesen, det fører til redusert omdannelse av laktat til pyruvat i leveren. Økende laktatkonsentrasjoner < 5 mmol/L defineres som laktacidose. Høye laktatkonsentrasjoner akkumuleres i muskler og vev ved anaerob trening, anaerob glykolyse og hypoksi. Hemming av glukoneogenesen vedvarer ved stadig økende konsentrasjoner av metformin grunnet manglende utskilles via nyrer, dette vil øke laktatkonsentrasjonen (4, 11).

Organfunksjon og farmakokinetikk

Pasientens nyrestatus før innleggelse med laktacidose var uavklart. Redusert nyrefunksjon er ikke alltid diagnostisert. Redusert nyrefunksjon trenger ikke gi andre kliniske tegn en asteni, muligens hypertensjon og i noen tilfeller anemi. Legemidlenes farmakokinetikk endres etter hvert som nyrefunksjonen (organfunksjon) endres. En redusert nyrefunksjon som ikke er diagnostisert kan føre til en akutt forverring som følge av introduksjon av nye medikamenter og få fatale konsekvenser for den enkelte pasient. Hos pasienten vi har beskrevet forelå det mest sannsynlig en redusert nyrefunksjon allerede før innleggelsen.

NSAID var sannsynligvis pillen som vipet pasienten ut av en allerede skjør balanse.

Polyfarmasi og risiko for fatale hendelser

Både interaksjoner mellom de enkelte medikamentene og de farmakodynamiske effektene kan være svært omfattende på organismen ved polyfarmasi. For eksempel er risikoen for å utvikle en akutt forverring av nyrefunksjonen svært stor ved flere av de medikamentene denne pasienten brukte. Behandlingsansvarlig for polyfarmasøytiske behandlingsregimer må følge pasientene tett med hyppig vurdering av nyrefunksjon, leverstatus, blodtrykk, syre-basestatus eller andre relevante undersøkelser og prøver.

I noen tilfeller er risikoen for å utvikle metforminindusert laktacidose svært høy og det kan få fatale følger for pasientene det gjelder.

Seponering av metformin, NSAIDs og reduksjon av dose av ACE-hemmer og loopdiuretika må alltid vurderes. Det bør alltid gjøres en vurdering med tanke på interaksjoner og organiske tilstander som kan ha betydning for medikamentenes farmakokinetikk og virkningsmekanismer. Slik kan man redusere risiko for fatale hendelser og bivirkninger til et minimum (). Homeostase er viktig for organismens stabilitet og behandlingen må understøtte organismens likevekt.

Leger som velger å ordinere polyfarmasøytiske behandlingsregimer bør samarbeide med flere faggrupper i multidisiplinære team. Dette er viktig for å få fulgt opp mulige interaksjoner, mulige endringer i farmakokinetikk eller farmakodynamikk som kan oppstå i behandlingen.

REFERANSER

1. Weiss G. Iron metabolism in the anemia of chronic disease. *Biochim Biophys Acta* 2009; 1790: 682–93.
2. Nasjonal faglig retningslinje diabetes. Blodsukkersenkende behandling. Metformin som førstevalg ved diabetes type 2. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/seksjon?Tittel=blodsukkersenkende-behandling-og-behandlingsmal-3295#metformin-som-førstevalg-ved-diabetes-type-2sterk-anbefaling>. Søkt 17.04.2018.
3. Clinical Pharmacology 2018 database. Interactions: Ramipril, Alogliptin, Metformin, Naproxen, Esomeprazole, Furosemide, Aspirin, Simvastatin. Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login>. Søkt 17.04.2018.
4. Baard Ingvaldsen. Syre-basebalanse, oksygeneringsforstyrrelser og arterielle blodgassanalyser. Baard Ingvaldsen Avd. for anestesiolgi Oslo universitetssykehus, Ullevål 2018. <https://www.google.com/search?rls=com.microsoft:nb-NO:IE-Address&q=syre-base+balanse+baard+ingvaldsen&spell=1&sa=X&ved=0ahUKEwjhlo6UhdBAhVQKYwKHSFBJAQBQgkKAA&biw=1229&bih=886>. Søkt 17.04.2018.
5. Smith-Erichsen N, Kofstad Johan et al. Syre-baseforstyrrelser hos intensivpasienter. *Tidsskr Nor Legeforen* 2010;15 (130): 1471–4.
6. Emmett M, Szerlip H et al. Causes of lactic acidosis. Version 14.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/>. Søkt 17.04.2018.
7. Vikse J, Gjøsø B. Hypoksi eller hypoksemi. *Tidsskr Nor Legeforen* 2017; 7(137), 554.
8. Vegard Lysne. Tiamin. <http://www.friskogfunksjonell.no/thiamin/>. Søkt 17.04.2018.
9. Tolosa L, Carmona A et al. High-content screening of drug-induced mitochondrial impairment in hepatic cells: effects of statins. *Arch Toxicol*. 2015 Oct; 89(10): 1847–60.
10. Bouitbir J, Singh F et al. Statins Trigger Mitochondrial Reactive Oxygen Species-Induced Apoptosis in Glycolytic Skeletal Muscle. *Antioxid Redox Signal*. 2016 Jan 10; 24(2): 84–98.
11. Norsk elektronisk legehåndbok. Laktat. <http://www.legehåndboka.no/>. Søkt 17.04.2018.
12. Holm H, Bjerke K. Use of renal risk drugs in patients with renal impairment. *Int J Clin Pharm*. 2015 Dec; 37(6): 1136–42.

HENNING GUSTAV ØKLAND

Spesialist i Indremedisin og Geriatri

Spesialrådgiver

RELIS Sør-Øst legemiddelinformasjonscenter

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

Velkommen og lykke till! 🍀 Tove Rutle – lagleder

Stødt med det gamle Sorp og Sot?

Ivar Aasen var språkforskaren som på 1800-talet skaffa Norge eit nytt skriftspråk. Enkelte syns det er vanskeleg å lese journalnotat på nynorsk. Sidan det passar best for meg å skrive nynorsk, klarer eg ikkje la vere, men prøver mest mogleg å bruke ord som alle kan forstå.

Det er ei overdriving å seie at Aasen berre brukte ord som alle kan forstå. Sjølv kalla han seg ikkje diktar. Aasen sine dikt var eigentleg songar til melodi. Han laga viser med mange ordtak og ordlag som framleis høyrer kloke ut. Han brukte ord og uttrykk som eg syns er artige. Dette diktet

fann eg på veggen i salongen på ferja «Ivar Aasen» sist eg kryssa Sognefjorden:

Lyrikkstafetten er ikkje ferdig på Finnøy enno, eg utfordrar kollegaen min Aslak Bråtveit.

Helsing frå
MORTEN HOVDET

Kvi skal ein sitja som ein Fange
stødt med det gamle Sorp og Sot?
Verdi er vid, og Vegarne mange;
den, som vil fara, fær eingong Skjot.
Det gjenger Skutor med Segl og Eim
fossande fort ifraa Heim til Heim.
Staalhestar stynja, Kjerre-sloder dynja,
og Folkehopar rynja
fraa Heim til Heim.

Alle, som vidt um Land faa fara,
rosa dei Syner, som der dei sjaa;
leikande Minne, som lenge vara,
føra dei heim derutanifraa.
Ja, rik og væn er vaar vide Jord,
ymis i Skiftom i Sud og Nord.
Best var aa gjesta alle Land aa festa
i sin Hug det besta
i Sud og Nord.

FRÅ FERDA-VISA, 1887



Ivar Aasen



Ikke kast!

Utposten så dagens lys i 1972, og da med initiativtakerne/redaktørene Tore Rud, Harald Siem og Per Wium. Siden har dette tidsskriftet kommet ut jevnt og trutt i alle årene etterpå. Stadig nye redaksjoner har jobbet på dugnad for å bidra til at norsk allmenn- og samfunnsmedisin skulle kunne utvikles i gunstig retning, formidlet vidt og bredt til stadig nye abonnenter av bladet.

Så kommer det en dag hvor du kanskje vil rydde kontoret hjemme – og der står *Utposten* sirlig arkivert i sine kassetter – innpå en hyllemeter kanskje. Hva skal du gjøre med disse?

Ikke kast, men let etter noen som kan ta vare på bladene for framtiden, om du selv vil kvitte deg med dem. Nylig har jeg nettopp startet med en slik opprydding hjemme. Først prøvde jeg Nasjonalbiblioteket, men de hadde *Utposten* allerede og manglet bare noen ekstraeksemplarer av enkelte numre. For meg endte det opp med at Institutt for helse og samfunn (HELSAM) ved Universitetet i Oslo veldig gjerne ville overta mine eksemplarer. Så nå havner mine *Utposten* på det historiske avsnittet på instituttet hos blant andre Anne Kveim Lie og Kristine Lillestøl.

Utposten er et unikt utsiktspunkt for studier av norsk allmenn- og samfunnsmedisin siden 1970-tallet, en gullgrube for dem som ønsker å studere utviklingen av fag og organisering av helsetjenesten. Så ikke kast! Kanskje du skulle ta kontakt med de øvrige instituttene for allmenn- og samfunnsmedisin ved universitetene i Norge og forhøre deg om de ønsker å oppbevare dine eksemplarer av *Utposten*, dette unike forskningsmaterialet som jo dette tidsskriftet er.

ELI BERG

1. am. emeritus UiO campus Åhus,
tidligere allmennpraktiker

Arkiv på nett

På Utpostens nettsider, utposten.no, er alle utgaver av *Utposten* lagt ut helt tilbake til førsteutgaven fra 1972.



Utposten

annonseinfo 2018

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 580,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2066 Jessheim

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com | rmrtove@online.no

MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: www.07.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: 07 Media – 07.no, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs ☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	17. januar	1. februar	12. februar
②	21. februar	8. mars	19. mars
③	15. mars	19. april	30. april
④	2. mai	24. mai	4. juni
⑤	22. august	6. september	17. september
⑥	26. september	11. oktober	22. oktober
⑦/⑧	31. oktober	22. november	3. desember

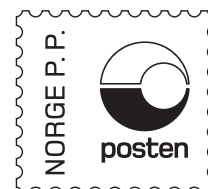
ANNONSEINFO

FORMAT		MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1		185 x 238,2	210 x 297*	10 800,-	6 200,-
4. omslag		–	210 x 237*	14 500,-	–
2/3	⇕	122 x 238,2	136 x 297*	9 100,-	5 500,-
1/2	⇔	185 x 122	210 x 147,5*	7 300,-	3 900,-
1/3	⇕	59 x 238,2	73 x 297*	6 700,-	3 300,-
1/3	⇔	185 x 92	210 x 117*	6 700,-	3 300,-
1/4	⇔	185 x 61	210 x 87*	5 900,-	2 500,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

RABATT: Annonsebestilling i hver utgave – siste annonse gratis.



Avsender:
RMR Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

God sommer!

fra Utpostens redaksjon

