

# Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

1 2020  
ÅRGANG 49

Gruppeintervju med  
*plattformpilotene*

Kikhøste  
Digitalisering  
Primærhelseteam

# Utposten

## RMR/UTPOSTEN

### v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no

## REDAKTØRENE

### AV UTPOSTEN

#### Kristine Asmervik

MOBIL: 468 36 780

E-POST: kri-as-d@online.no

#### Dag-Helge Rønnevik

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

#### Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

#### Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

#### Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

#### Laila Didriksen

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com

#### Magnus Hjortdahl

MOBIL: 975 62 697

E-POST: Magnus.Hjortdahl@gmail.com

#### Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

#### FAGLIG MEDARBEIDERE:

##### Eli Berg

MOBIL: 913 18 180

#### Tom Sundar

MOBIL: 454 84 047

#### Mona S. Søndenå

MOBIL: 476 44 519

#### FORSIDE: Marit Tuv

#### DESIGN/LAYOUT:

##### Morten Hernæs

07 Media

#### REPRO OG TRYKK:

07 Media



Du finner Utposten på  
[www.utposten.no](http://www.utposten.no)

## 1 LEDER:

### Godt nytt digitalt arbeidsmiljø

*Kjell-Arne Helgebostad*

## 2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:

### Plattformpilotene

*Gruppeintervju av Dag-Helge Rønnevik*

## 8 ALLMENN MEDISINSKE UTFORDRINGER:

### Kikhoste – hvorfor har vi sykdom

når vaksinasjonsdekningen er høy?

*Margrethe Greve-Isdahl og Didrik Frimann Vestrheim*

## 14 Digitalisering i ei berekraftig fastlegeordning

*Jon-Torgeir Lunke og Nina Brøyn*

## 18 Nætvård tycks inte avlasta traditionell primærvård

*Lina Maria Ellegård og Gustav Kjellsson*

## 22 Forsøket med primærhelseteam – endring å spore?

*Birgit Abelsen og Margrete Gaski*

## 26 Hvordan kan fastlegen hjelpe de 'usynlige barna'?

*Marit Hafting, Frøydis Gullbrå og Tone Smith-Sivertsen*

## 29 Pasientenes legemiddelliste – en statusrapport

*Espen Hetty Carlsen*

## 32 FIRE KOMMUNER I SOGN OG FJORDANE:

### Fastlegar – variasjoner i diagnosar og refusjonskostnader

*Hans Johan Breidablik og Eivind Meland*

## 36 Husmorferievikar i Herøy

*Marit Tuv*

## 38 KOLLEGAHJØRNET:

### Norsk revmatologisk forening

*Helena Andersson intervjuer*

## 39 MEDISINSK HISTORIE:

### Svartedauden

*Harald Siem*

## 40 Nye spesialister

## 41 Nye veiledningsgrupper i samfunnsmedisin

*Dag-Helge Rønnevik*

## 42 BOKANMELDELSE:

### Vakker bok

*«Psykisk helsevern fra oss som kjenner det» anmeldt av Eli Berg*

## 43 BOKANMELDELSE:

### Spekket med stalltips

*«Samfunnsmedisin på norsk» anmeldt av Marit Tuv*

## 45 FASTE SPALTER

### HVA LESER LEGEN 45

### RELIS 46

### LYRIKKSTAFETTEN 48

# Godt nytt digitalt arbeidsmiljø

«Digitalisering er egentlig så forbanna enkelt» uttalte nasjonalbibliotekar Aslak Sira Myhre på en konferanse i 2017 (1). Han minnet tilhørerne om at «å digitalisere seg» ikke er noe magisk eller et mål i seg selv, og at det viktigste spørsmålet bør være: «Hvordan skal vi løse oppgavene vi har på en ny og enklere måte?» For tiden pågår flere store IT-prosjekter i helse-Norge, og dette nummeret av *Utposten* har digitalisering som tema.

Datasystemer kan være årsak til tidstap og frustrasjon. I en fersk undersøkelse blant norske sykehusleger rapporterte hele 22 prosent om daglige dataproblemer (2). Det er ikke tvil om at behovet for mer stabile og brukervennlige datasystemer er stort også utenfor sykehusene, og kanskje spesielt på norske sykehjem. I boka *Jävla skitsystem!* (3) argumenterer Jonas Söderström for at dårlige datasystemer bør ses på som et arbeidsmiljøproblem, og at vi brukerne ikke bør godta frekke feilmeldinger og beskyldninger om at det er vår feil når datatrøbbel fører til kaos og stress på arbeidsplassen. Vi bør heller si tydelig fra om problemene vi opplever, og spesielt når nye dataprogrammer skal innføres, bør vi kreve å få være med å definere systemets brukermål. *Utposten* har vært i Trondheim og møtt noen av fastlegene som er ansatt som fagekperter for å sikre at den kommende midtnorske Helseplattformen blir mer brukervennlig enn den danske Sundhedsplattformen.

Direktoratet for e-helse og øvrige myndigheter arbeider parallelt med flere andre IT-prosjekter, blant annet pasientens legemiddelliste som dere kan lese om i dette nummeret, og Akson som har som mål å bli et felles journalsystem for hele den kommunale helse og omsorgssektoren. Inntil videre kan fastlegene, og i og for seg også sykehjemmene og kommunene, velge mellom flere ulike leverandører av EPJ-systemer. Potensielt kan en slik kundemakt utnyttes til å kreve systemer som faktisk fungerer i hverdagen.

Helseminister Bent Høie har flere ganger uttalt at han ønsker seg digitale fastleger og ikke digitale engangssleger. Innføring av nye arbeidsverktøy kan være både

krevenile og kostbart, men myndighetene har vist liten vilje til å finansiere for eksempel innføring av videokonsultasjoner. I dette nummeret stiller Ivar Halvorsen spørsmålet om videokonsultasjoner bare er for entusiaster. Et annet viktig spørsmål er om videokonsultasjoner faktisk bidrar til effektivisering og reell avlastning av fastlegene. Vi trykker en analyse fra Skåne i Sverige som antyder at det ikke nødvendigvis er slik at et nettlegebesøk alltid erstatter en kontakt med den ordinære helsetjenesten.

Med den økende digitaliseringen blir det enklere å hente ut såkalte styringsdata om aktiviteten i helsetjenesten. I en artikkel i denne utgaven har Hans Breidablikk sammenlignet regningskort fra fastleger i fire ulike vestlands-kommuner, og påpeker at det finnes variasjon i både diagnoser og kostnader. Slike data bør imidlertid alltid tolkes varsomt, og ikke misbruks til å utøve kontroll eller konformitetspress.

Nylig refererte *Utposten* hvordan Molde kommune, uten veldig mye ekstra arbeid for fastlegene, fikk samlet inn og analysert data om legemiddelforskrivning til bruk i et lokalt forankret kvalitetsprosjekt (5). Vi vil gjerne ha flere slike historier! Den nye digitale dødsmeldingen er et annet positivt eksempel som *Utposten* har omtalt tidligere (6). Det er inspirerende å se at nye løsninger faktisk kan bidra til raskere saksgang, bedre samarbeid, økt kvalitet på registreringene og samtidig et godt digitalt arbeidsmiljø. Den nye elektroniske dødsmeldingen er betydelig enklere enn det gamle papirskjemaet, og både språket og den visuelle utformingen er tilpasset den spesielle situasjonen den skal brukes i.

*Utpostens* formål er å «formidle kunnskap, bidra til debatt og inspirere allmennleger og samfunnsmedisinere i deres virke.»



Det siste året har vi i redaksjonen begynt å bruke flere nye tekniske løsninger som har gjort dugnadsarbeidet med *Utposten* både enklere og hyggeligere, og vi håper at dette kanskje også kan merkes på tekstene i bladet vårt.

Samfunnet generelt, men også teknologiens muligheter og brukervennlighet har endret seg mye siden starten av 90-tallet, da redaksjonen i *Utposten* skal ha konkлюдert, etter en slitsom opplæringshelg, at e-post ble for komplisert å ta i bruk.

Arbeidsmiljøet blir godt når alle bidrar til å gjøre det enklere og hyggeligere for hverandre på jobben. Vi bør også huske på at norske leger som mistenker at folk har blitt syke av forhold på arbeidsplassen har meldeplikt til Arbeidstilsynet, enn så lenge på papirskjema.

KJELL-ARNE HELGBOSTAD

## REFERANSER

1. «Alt som blir sagt på slike konferanser er i beste fall vås, i verste fall er det direkte kontraproduktivt». Rana No 2017 2019-30-12).
2. Söderström, J., «Jävla driftssystem!» Hvordan it-systemer kan ødelegge arbeidsdagen – og hvordan vi kan ta tilbake kontrollen 2011: Spartacus.
3. Schopf, T.R., et al, How well is the electronic health record supporting the clinical tasks of hospital physicians? A survey of physicians at three Norwegian hospitals. BMC Health Services Research, 2019. 19(1): p. 934.
5. Innerdal, C., Riktig rekvirering av vanedannende legemidler. *Utposten*, 2019. 5.
6. Sørlie, M.O., Åsa; Pedersen, Anne Gro; Juliusson, Petur B., Ny digital døds melding er klar til bruk. *Utposten*, 2019. 8.

# Plattform

## Gruppeintervju DAG-HELGE RØNNEVIK

**- Vi føler at vi tar en for laget, sier fastlegene som er ansatt som fagekspertar i gigantprosjektet Helseplattformen. Sammen med nesten 200 andre fagekspertar skal de sikre at løsningen blir best mulig for brukerne, og ikke et mageplask slik Sundhedsplatformen i Danmark ser ut til å ha blitt.**

Vanligvis gjør *Utposten* portrettintervju, men denne gangen gjør vi et unntak og gjør et gruppeintervju. Vi møter Torstein, Nikolai, Karl, Kjetil (på Skype) og Kristin på Pirsenteret i Trondheim, der Helseplattformen har etablert sin hovedbase. De fem utgjør

### DISSE ER MED SOM FAGEKSPERTER I FASTLEGE-GRUPPEN:

- Torstein Sakshaug 40 prosent (Sørbyen legesenter, Trondheim)
- Einar Låstad Kjosavik 40 prosent (Sørbyen legesenter, Trondheim)
- Nikolai Aarre Mæhlum 40 prosent (Ranheim legesenter, Trondheim)
- Karl Ulvan Hilt 40 prosent (Ranheim legesenter, Trondheim)
- Kristin Bredesen 20 prosent (helsesekretær Sørbyen legesenter)
- Tonje Aune 20 prosent (helsesekretær Ranheim legesenter)
- Martin Skrove 25 prosent (Molde)
- Tommy Aune Rehn 25 prosent (Levanger)
- Tore Berg 25 prosent (Ålesund)
- Kjetil Sørdal Klungre 25 prosent (Verdal)



Foran fra venstre: Cecilie Carlstedt, Marte Walstad. Bak fra venstre: Kristin Bredesen (helsesekretær), Tonje Aune (helsesekretær), Tommy Aune Rehn, Levanger, Torstein Sakshaug, Sørby/Tromsø, Einar Låstad Kjosavik, Sørbyen/Trondheim, Haldor T. Holien, Namsos, Tore Berg, Ålesund, Nikolai Mæhlum, Ranheim/Trondheim, Karl Ulvan Hilt, Ranheim/Trondheim. Martin Skrove fra Molde var ikke til stede da bildet ble tatt.

FOTO: TRONDHEIM KOMMUNES NETTSIDE FOR PROSJEKTET

halvparten av en gruppe som skal være med og sikre at Helse Midt-Norges nye journalsystem, Helseplattformen, blir brukervennlig for helsepersonell i primærhelsetjenesten (1). Kristin er helsesekretær, de fire andre er allmennleger med fastlegepraksis. Amerikanske Epic Systems (2), som vant anbuds-runden og har fått ansvar for å levere et helt nytt journalsystem til Helse Midt-Norge, har satt hele apparatet sitt i sving for å levere innen tidsfristen. Helseplattformens logo synes overalt, og hektisk byggearbeid i omgivelsene rundt oss signaliserer «under construction» i stor skala.

### - Som et tog i bevegelse

Noen av møterommene på Pirsenteret har morsomt nok anatomiske navn, og vårt møte finner sted i «Pons». For dem som husker sin anatomi, så er pons den delen av hjernestammen som blant annet viderebringer og mottar informasjon om bevegelse. Pasienter som får slag i denne delen av hjernen kan få et klassisk locked-in-syndrome. En viktig del av hjernen, med andre ord. Og om det er noe som preger dette arbeidet, så er det nettopp bevegelse: – Det var som å hoppe på et tog i fart, sier Karl Ulvan Hilt, fastlege ved Ranheim legesenter.

# pilotene

ter, når *Utposten* spør om hvordan det var for dem som fastleger å bli involvert i dette arbeidet. – Og det toget går ganske fort, supplerer Tørsteinn Sakshaug.

Sakshaug, som til daglig er fastlege ved Sørbyen Legesenter i Trondheim, er den som har vært med i prosjektet lengst. Han har vært med i en helsefaglig gruppe siden 2016 og forteller litt om bakgrunnen for dette mega-prosjektet:

– I 2012 bestemte Helse Midt-Norge seg for å få nytt journalsystem, ettersom de etter hvert var de eneste i verden som brukte programmene DocuLive og PAS. Helseplattformen ble lansert som prosjekt i 2015, og fra pilotstatus for «én innbygger, én journal» utviklet det seg videre fram til anskaffelsesprosessen i 2016–2018, der firma fra hele verden kom for å vise fram sy-

stemene sine. Mange leverandører, deriblant DIPS, meldte sin interesse, men etter flere kvalifikasjonsrunder var det til slutt amerikanske Epic Systems som stod igjen som eneste tilbyder. I 2019 signerte de avtalen med amerikanske Epic Systems om å utvikle Helseplattformen, et nytt, felles journalsystem for sykehus, kommuner, avtalepesialister og fastleger.

Helseplattformen AS (3) er eid av Helse Midt-Norge og Trondheim kommune som parter i et offentlig samarbeid, men samtlige kommuner i regionen har sluttet seg til prosjektet gjennom opsjonsavtaler.

– St. Olavs hospital og Trondheim kommune skal etter planen konvertere til nytt system i oktober 2021. De andre sykehuse i Helse Midt-Norge skal gjøre det senere – Levanger og Namsos seks måneder etter

St. Olav, og Møre og Romsdal et halvt år etter det igjen. I denne fasen må gamle og nye systemer leve side om side, og dersom dette ikke fungerer, må man bare trekke i nødbremsen, forklarer gruppen. Utover i 2021 er det satt en rekke datoer som er «check points» der alt må være på plass. Hvis ikke kan prosjektet bli utsatt. Disse funksjonene er for eksempel integrasjon mot e-resept, nasjonal meldingsstandard, oppgjør til Helfo osv. Utsettelse vil bli svært dyrt, konstaterer Sakshaug. Det er med et visst alvor han og de andre i gruppa forteller om prosjektet.

## Fastleger i fagekspertgruppe

Det er liten tvil om at dette er et stort og prestisjefyldt prosjekt, med potensielt stor

*Helseplattformen har etablert seg i nye lokaler på Piren i Trondheim. Det er ikke bare ny nettside som er «under construction»!* FOTO: T. SAKSHAU



fallhøyde. Kontrakten med Epic Systems har en kostnadsramme på 2,7 milliarder. Rundt 400 medarbeidere jobber på prosjektet, hvorav nesten 200 fagekspertar, 130 prosjektmedarbeidere og 40 amerikanere som har flyttet til Norge for å bo her i tre år mens arbeidet pågår. Alle jobber intenst mot samme mål om å gjøre Helseplattformen klar for utrulling i oktober 2021. De nesten 200 fagekspertar er rekruttert inn fra sykehus og kommuner, og de er delt inn i ulike grupper for de ulike fagfeltene. Hovedområdene er sykehusdrift, kommunene og fastlegene.

Høsten 2019 ble det etablert en egen fagkupertgruppe som skal sikre at allmennlegeperspektivet blir ivaretatt i arbeidet med det nye felles journalsystemet (2). Da stillingen ble lyft ut stod det i utlysningsteksten: «Helseplattformen søker etter fastleger som kan delta i å sette opp løsningen slik at den understøtter fastlegenes arbeidsflyt». To fastlegekontor, åtte fastleger og to helsesekretærer skal være med å utforme løsningen i Helseplattformen (SE FAKTABOKS). Marte Walstad fungerer sammen med Line Kristoffersen som faglig leder for primærhelsetjenesten i Helseplattformen, og Cecilia Carstedt er ansatt som leder for delprosjektet med fastleger i Trondheim kommune. Ettersom Trondheim kommune har en ledende rolle i arbeidet var det nødvendig å få med flest fastleger derfra. Det var også et poeng at de kom fra legesenter som bruker de mest vanlige journalsystemene i denne delen av landet; CGM og System X. De fire legene fra Trondheim har større stilling enn de andre, siden de i tillegg til å være fagekspertar i 25 prosent stilling også har fått oppgaven med å prøve ut det nye systemet på legesentrene sine i en pilotfase før det skal i drift.

### Ble med for å påvirke prosessen

Fastlegene vi møter forteller at de har en egen arbeidsgruppe der de møtes regelmessig for å samkjøre og koordinere innsatsen, i tillegg til at de er med i en rekke andre undergrupper der det er behov for fastlegekompetanse. Mange av legene har kompetanse også fra sykehjemmedisin, legevakt, helsestasjon, KAD m.m., og ivaretar disse perspektivene.

– Vi er fagekspertar som fastleger, vi skal bidra med vår kompetanse om det å jobbe som fastlege, og hvordan vi vil ha vår arbeidshverdag. Vi ble med for å være med å påvirke prosessen til at det skaper et bra arbeidsverktøy for fastleger, sier Nikolai Mæhlum. Sakshaug utdypet: – De spør oss hvordan vi vil ha det, så programmerer de

og finner løsninger som passer med det. Vi forteller dem og viser på kontoret hvordan vi jobber, slik at de kan tilpasse systemet til vår arbeidshverdag.

### UTPOSTEN: Føler dere at dere blir hørt i prosessen?

Legene beskriver de mange gruppene de er med i, hvorfor det er viktig å ha fastleger representert, og om hvorfor deres mandat er at de skal a) bygge opp journalsystemet og b) se på arbeidsflyt og oppgavefordeling. De forklarer hvordan de jobber praksisnært når Epic for eksempel trenger en oversikt over en prosedyre som fastleger jobber med, ulike attester som må være tilgjengelig, hvilke blodprøver som blir tatt, hvordan arbeidsflyten er når det skrives ut medisiner osv. Flyten i systemet er i utsangspunktet preget av amerikanske forhold. Men amerikanerne kjener ikke f.eks. nasjonal e-reseptdatabase. De må forstå hvordan dette fungerer i Norge, og forme programmet etter det.

Fastlege Kjetil Sørdal Klungre fra Verdal er med via Skype og tar ordet: – Vi er med i ulike grupper der vi diskuterer f.eks. hvordan vi skal bruke EKG. Det er tatt ned til detaljnivå for å sikre at vi ikke overser noe.

Sakshaug supplerer: – Et annet eksempel er å få oversikt over hva slags utstyr som må kunne integreres i systemet for at f.eks. et EKG skal kunne bli lagret rett inn i databasen ved at våre eksisterende løsninger blir integrert i systemet. De lager vår layout til programmet. Det er ikke ett enkelt program, men mange ulike apper i tilknytning. Prosjektet har en kompleks oppbygging, men er også bra organisert. Så lenge vi har struktur, har vi oversikt, men det krever god ledelse. Vi har lært at vi må si tydelig fra underveis, hvis ikke går det bare sin gang. Målet er jo at Helseplattformen skal bli bedre enn det som er i dag, og at det blir bedre for oss som er fastleger å jobbe i det nye systemet.

Praten går løst, og Mæhlum fortsetter: – Det handler jo om å lage en mer helhetlig helsetjeneste, både for pasient og helsearbeider. Pasientens journal skal være synlig for alle aktører som skal yte helsehjelp, der vi som yter hjelpen får frem hele bildet av pasienten. Det er også et mål at pasienten skal få være mer delaktig i sin egen helse. Jeg er med i fagkupertgruppen «My Chart» som er pasientens app inn mot journalsystemet. I den gruppa er mange ulike aktører representert, også brukere. Vi prøver å gjøre det brukervennlig, med færrest mulig klick og sjekkbokser. Det kan lages både tungvint og lettvint – det kommer an på oss.

### UTPOSTEN: Hvordan jobber Epic Systems når de skal forstå hvordan ting fungerer?

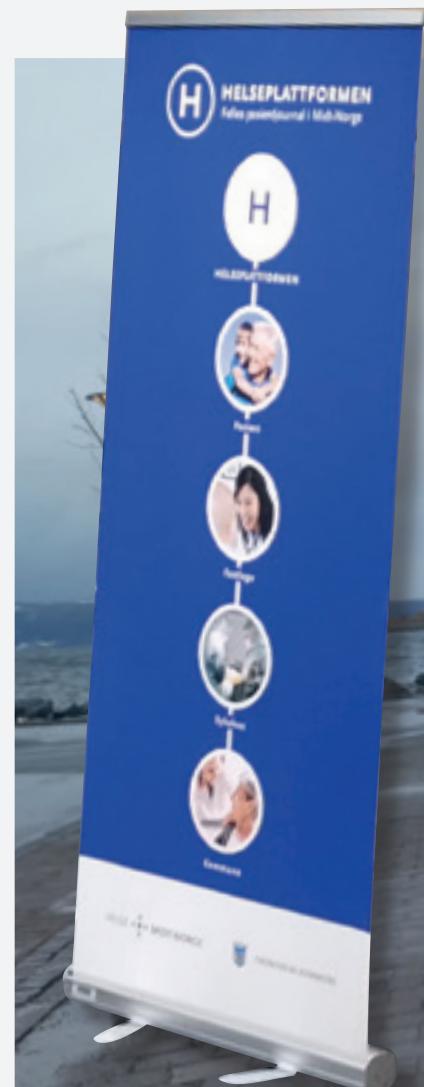
– I hovedsak baserer de seg på det vi forteller og forklarer dem. De har faktisk ikke lov til å komme inn på kontoret og se på skjermene våre, av frykt for å bli saksøkt for å kopiere konkurrenters systemer. Dette gjelder de som er fra USA, sier Torstein Sakshaug mens han trekker på smilebåndet. Vi er ikke helt vant med slikt i Norge enda.

De grunnleggende funksjonalitetskravene er presisert i kontraktsbeskrivelsen og så ble det i forkant av byggingen svart ut over tusen såkalte «groundwork questions», hvor Epic ønsket å få et mer detaljert bilde av norsk helsevesen. Etter hvert som prosessen går fremover blir det stilt flere og mer presise spørsmål.

### Skeptiske til å begynne med

### UTPOSTEN: Det må ha vært skrekkelandet fryd å skulle bli med på prosjekt?

Mæhlum bryter den korte stillheten som oppstår: – Vi var skeptiske, og måtte tenke oss lenge om før vi sa ja. Men vi tenkte at det er en mulighet nå for å være med å påvirke. Det er nå muligheten var der.



De to andre legene som er fysisk til stede fyller inn: – Vi måtte ta hensyn til resten av legesenteret. Vi er to av seks leger, og de andre blir påvirket av at vi er mye borte, og av at vi skal være pilotkontor. Vi måtte derfor få med hele teamet, og derfor tok det litt tid. Den kommunale biten har dessuten hengt litt etter. Hadde vi jobbet på sykehus kunne vi vært med siden april, men Trondheim kommune sa ikke endelig ja før i slutten av august. Ideelt sett skulle vi vært inne allerede i januar i 2019, da hadde vi vært mer inne i systemet nå. Vi skrev kontraktene i juni og august. Da skjedde det mye på kort tid, med oppstartshelg, møter og masse aktivitet.

Alle henvendelser til fastlegene blir katalogisert via delprosjektleder Carstedt, som deretter disponerer ressursene dit de gjør mest nytte for seg. Her nytter det ikke være solospiller og man må bare følge spillereglene og forholde seg til hierarkiet, sier de engasjerte legene.

På spørsmål om hva som har vært de største utfordringene så langt, trekker de fram kompleksiteten og størrelsen på prosjektet, og utfordringer knyttet til den daglige driften av egne legesenter. Det er man-

ge store og lange møter der små ting skal bestemmes, og gruppa hadde intil uka før dette intervjuet fant sted enda ikke sett sin versjon av systemet enda. – Vi ser ikke helt for oss vår arbeidshverdag i prosjektet enda, sier en av dem. Integrasjon mot nasjonale systemer som kjernejournal og reseptformidler beskriver de som en kjempeutfordring, men som ikke bare er knyttet opp mot Epic.

Helsesekretær Kristin Bredesen og Saks-haug beskriver hvordan det har påvirket den daglige driften: – Det har vært utfordringer med å få kabalen til å gå opp på legekontoret med timebøker når det plutselig må ryddes plass til ulike møter. Vi har to leger i til sammen 80 prosent travær på hvert kontor. For å kompensere for dette har kommunen ordnet vikar på kontoret i 100 prosent. Det vil også på sikt være en ressurs for hele kontoret, håper vi. Våre kolleger tar en solid del av belastningen med at vi er med i prosjektet. Og det er allerede før vi har begynt å teste systemet på kontoret. Deltakelse i prosjektet gir derimot fritak fra kommunale bistillinger.

## Skal lære av feilene som er gjort i Danmark

Men nå kan vi ikke gå rundt grøten lengre. De fleste av *Utpostens* lesere vet det er stor skepsis blant mange som jobber i helsevesenet til å få et slikt stort system. Bl.a. har *Dagens Medisin* publisert flere artikler om hvor misfornøyde danske leger er med det danske systemet Sundhedsplatformen – som også er levert av Epic Systems (4). I Finland har de gjort seg liknende negative erfaringer. Vi ber gruppa reflektere litt om hvordan vi kan være trygge på at vi ikke ender opp med samme resultat som i Danmark, der nye undersøkelser viser at flesteparten av legene er misfornøyde med sluttproduktet.

– Epic har gjort dette rundt 400 ganger før og har et eget innføringsprogram de bruker. De har sin plan for hvordan de skal kartlegge behov, bygge opp løsninger, sjekke ut, planlegge innføring og opplæring. Her var det også kontakt før kontrakten ble signert, for å få dette tilpasset våre forhold. Vi skiller oss dessuten fra Danmark bl.a. med at vi har lengre testfase enn de hadde, forklarer Sakshaug.

Akkurat som bygningen de holder til i Piren, satser Helseplattformen på å bli nummer 1 i Midt-Norge. FOTO: T. SAKSHAU



# Helseplattformen



**HELSEPLATTFORMEN**  
for pasientens helsetjeneste

Helseplattformens nettside: <https://helse-midt.no/vart-oppdrag/prosjekter/ehelse/helseplattformen>

Hilt supplerer: – Men det er nok første gang de gjør dette med fastleger som i Norge. Det er en annen kultur i USA med forsikringsleger og family doctors. Det er derfor viktig at det tilpasses norske forhold. Det må fungere helhetlig, med fastleger, helsestasjon, sykehjem, hjemmesykepleie, saksbehandlere osv. Det er mange aktører som skal inn i samme system. De har forsøkt å få fagekspertter fra alle grupper som skal bruke systemet. Sykepleiere, ergoterapeuter, logopeder, farmasøyter osv. – alle skal være med i utforminga.

*Utposten* lurer på om de har endret holdning etter at de har blitt kjent med prosjektet fra innsiden. På dette svarer de nokså unisont: – Ja, mer og mer. Vi ser potensialet om vi får det som vi vil. De hører på hva vi sier, og tilpasser systemet til våre ønsker.

– Mange som vi skal samarbeide med i tiden som kommer har vært i USA og fått opplæring i å bygge opp Epic-systemet, forklarer Sakshaug. Epic Systems og dansk riksrevisjon har kartlagt ganske nøyne hva som ikke har fungert bra i Danmark. Organisasjonen vår har vært mange turer i Danmark for å høste lærdom fra prosessen der. Systemet til Epic er innført flere steder tidligere. Det er viktig med et godt forarbeid, og at en har sikret medvirkning fra dem som skal bruke systemet. Det blir nok en periode der journalsystemene lever side om side. Om vi får dette til å bli så bra som vi håper, så må vi jo lokke flere over i Helseplattformen.

Samtidig kjenner de på presset og at prosjektet har stor fallhøyde. Når vi spør hva deres største frykt er, er det Mæhlum som svarer på vegne av gruppa: – At systemet skal føre til mer tidsbruk på data enn i dag. I dag er systemene ganske effektive, og vi har mye pasienttid. Det er viktig at det ikke blir mindre pasienttid. At det ikke blir for mye informasjon og for mange klikk. Vi må ikke drukne i «informasjonsoverload».

– Det begynner å gå seg til, sier Sakshaug. Men vi føler alltid at det er nyttig at vi er

med i prosessen. Og vi kan drøfte ting i fastlegegruppa hvordan vi vil ha det før vi tar det med inn igjen i de ulike fagekspertgruppene vi er i. Det er stor fallhøyde, men vi tror det kan bli bra. Vi sover godt om natta!

Det er etablert et nettverk med 11 regionale innføringsledere, koordinert av Trondheim kommune, og et eget samarbeidsråd for opsjonskommuner. Prosjektet beveger seg framover på ulike tidslinjer med milepæler knyttet til «kravspek», dialogfase, anskaffelsesfase, interimsfase og innføringsprosjekt der vi er nå, hvor tilpasning skal gli over i implementering og til slutt såkalt gevinstrealisering med innføring fra 2021. Det legges stor vekt på involvering av helsepersonell og læring av andre. Planene er også integrert med Direktoratet for e-helses mål om «én innbygger, én journal», og Akson som er et større prosjekt for resten av landet.

**UTPOSTEN: Fastleger liker jo fleksibilitet. Dette blir ikke et rigid system?**

Mæhlum: – Det er derfor vi er med, for å hindre at det blir slik. For eksempel må beslutningsstøtte være tilgjengelig når vi ønsker det, men ikke ligge til hinder for å gå videre. Hilt understreker: – Det må bli bedre, og ikke dyrere. Og ingen tvang.

De sier de ønsker å bidra til å lage et brukervennlig system uten «hard-stops», det vil si klikkbokser brukeren må svare på for å komme videre i arbeidet. Det skal bli et system som folk ønsker ta i bruk, og som skal gjøre hverdagen enklere. Det vil lages beslutningsstøtte-verktøy med forslag til videre utredning, kontroll og behandling. F.eks. «denne Kolspasienten har ikke gjennomført en spirometri det siste året» som en liten påminnelse. Eller automatisk påminnelse til pasienter at «nå er det tid for treårskontroll for kreften din». Det vil bli mulig å sende sms til alle i risikogruppen for influensavaksine. Og pasientene vil få tilgang til sin pasientinformasjon via en egen app eller nettside med sikker innlogging.

**Avlivning av myter**

Våre intervjuobjekter tror Helseplattformen kan føre til en helt ny måte å jobbe på i helsevesenet, blant annet gjennom at pasientene får større anledning til å ta ansvar for egen helse og ha innsyn i sine egne helseopplysninger. På spørsmål om dette nye systemet skal erstattende de andre journalsystemene som finnes i dag, forklarer Mæhlum: – I utgangspunktet skal det erstatter flest mulig av dagens journalsystemer, slik at vi i 1. og 2. linja jobber med samme system. Vi som er fastleger skal jobbe i en arbeidsflate som er tilpasset oss, og det samme for sykehusleger og andre. Men all informasjon vil bli lagende i samme database, slik at den er tilgjengelig for dem som skal behandle pasienten. For journalen i dette systemet er mer enn bare teksten som fastlegen skriver inn – databasen er mye mer enn det, og det er her gevisten kan hentes ut med tanke på pasientsikkerhet med oppdaterte medisinlister, oversikt over tidligere og aktive sykdommer, allergier, kontaktinformasjon osv. Og epikrise-problemet blir jo løst. Sykehuslegen skriver et sluttnotat, mens systemet genererer epikrisen.

Sakshaug ønsker samtidig å avlive noen myter: – Det er viktig å presisere at det er ingen tvang om å måtte bli med. Selv ikke vi på pilotkontorene har forpliktet oss til å skifte ut det vi har i oktober 2021. Halvparten av legene i regionen sitter på 8.2-avtaler eller fastlønn, da er det strengt tatt kommunen som bestemmer EPJ, og de kommunale legetjenestene kommer til å ta det i bruk. Så vi har en «ta en for laget»-holdning. Om ingen fastleger var med i prosessen hadde vi endt opp med en sykehusversjon. Vi håper vi kan påvirke så godt at dette blir noe vi ønsker å bruke i ettertid.

De ønsker også å berolige alle fastleger som lurer på om de vil bli tvunget over i et nytt system, eller om det nye systemet ikke vil være kompatibelt med eksisterende systemer. Det lå krav i anbudsprosess at systemet må kommunisere med alle nasjona-

le systemer, og alle funksjoner som finnes i dag, skal opprettholdes. Prosjektet skal «go live» i oktober 2021, og da er det i utgangspunktet St. Olavs hospital, Trondheim kommune og to utvalgte legekontor som skal være med fra starten.

En annen myte er at pasientene skal få innsyn i all informasjonen sin. Det er ulike måter å få innsyn: Logge inn og se, eller ved oversendelse. Kanskje vil det bli en hybrid, der f.eks. labsvar kan vises etter to uker. Det er en del ting pasienter ikke nødvendigvis skal ha innsyn i. Tilgangen blir rollestyrтt. Hva som blir synlig for hver enkelt er ikke avgjort enda. Det blir loggført bedre hvem som ser hva, og sensitiv informasjon kan skjermes. En siste myte handler om strukturert journalføring: Mye kan dokumenteres såkalt strukturert, som røykehistorikk, alkoholforbruk, familierelasjoner, antall røyk om dagen osv. Det vil si at du skriver det ikke inn som fritekst, men markerer det i egne felt etc. Men det blir fortsatt mulig med notater i fritekst. Mange har vært redde for at muligheten med notater med fritekst skal forsvinne, men det vil det ikke, forsikrer de fire legene.

Samtidig er det ingen som ønsker seg et «pay-per-performance»-system med meaningsløs klikking der du ikke får betalt om du ikke har spurt om røykevaner.

## **Lettere å hente ut statistikk**

Det er mange detaljer som dukker opp under intervjuet, og det er ikke råd å få med alle, gitt kompleksiteten på arbeidet de er i gang med. Det virker jo nesten uoverkomelig det de skal være med på, men samtidig får vi etter hvert innblikk i hvor store ressurser som er i sving. Vi avslutter intervjuet med en samfunnsmedisinsk vinkling, og spør hvordan det vil bli med tanke på uttrekk av data fra dette systemet.

For alle kommuneoverleger der ute som brenner etter å knytte sammen individrettet pasientarbeid med grupperettet folkehelsearbeid, så har de gode nyheter. Det vil følge med programvare for statistikk som er såmløst integrert med resten av systemet; Healthy Planet, nesten som MedRave. De vet ikke helt hvordan dette vil se ut enda, men mulighetene for at systemet i større grad kan legge til rette for epidemiologisk forskning og uttrekk av data, jf. fastlegeforskriftens §§ 29-30, samt folkehelseloven § 5, bør være tilstede. For fastleger kan det også gjøre det enklere å få oversikt over sine egne listepasienter.

---

### Kontaktpersoner for gruppa:

NAVN: Torstein Sakshaug / Cecilia Carstedt

E-POST: torstein.sakshaug@trondheim.kommune.no og cecilia.carstedt@trondheim.kommune.no

Vi forlater møterommet, og minnes vagt at pons på norsk heter hjernebroen, fordi den formidler signaler mellom storhjernen og lillehjernen. Det er lett å falle for fristelsen å se for seg at Helseplattformen skal sikre godt samarbeid mellom sykehusene (storhjernen) og kommunene (lillehjernen), mens fastlegene er det viktige mellomleddet (pons) som det hele er avhengig av.

Med det runder vi av, med håp om at dette kan være et tog på rett spor, ledsaget av en gruppe hardtarbeidende leger og helsesekretærer som gjør sitt ytterste for å påvirke prosessen og sikre kollegiet et godt sluttprodukt. De fortjener all den støtte de kan få, når de trer fram og tar en for laget. *Utposten* ønsker plattformpilotene lykke til videre på ferden!

### REFERANSER

1. Trondheim kommune nettside om prosjektet: <https://sites.google.com/trondheim.kommune.no/helseplattformen-innforing/start>
2. Epic Systems nettside: <https://www.epic.com>
3. Helseplattformens nettside: [www.Helseplattformen.no](http://www.Helseplattformen.no)
4. Dagens Medisin 8.11.2019: <https://www.dagens-medisin.no/artikler/2019/11/08/fortsatt-stormisnoy-med-sundhedsplatformen-i-danmark/>

Utposten publiserer artikkelseryen under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette fokus på felter av allmennmedisin som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

# Kikhoste

## - Hvorfor har vi sykdom når va

■ MARGRETHE GREVE-ISDAHL • Overlege, avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

■ DIDRIK FRIMANN VESTRHEIM • Overlege, avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet

Kikhoste er en svært smittsom luftveisinfeksjon, og den er spesielt alvorlig for barn under ettårsalder. I typiske tilfeller utvikles karakteristiske hosteanfall med kiking, og hos spedbarn forekommer pustestopp. Symptomene kan være i flere måneder. Vaksine mot kikhoste gir god beskyttelse hos fullvaksinerte småbarn, men beskyttelsen varer bare noen år, og derfor er det nødvendig med boosterdoser. Kikhostevaksinasjon av gravide er et nytt tiltak som kan gi spedbarn beskyttelse mot kikhoste i alderen før deres første vaksinedose.

### KIKHOSTE

Kriterier for melding av kikhoste til MSIS gjelder dersom det er et klinisk forenlig tilfelle med epidemiologisk tilknytning eller laboratoriepåvisning av:

- B. pertussis ved isolering eller nukleinsyreundersøkelse eller
- B. pertussis antistoff serokonversjon, signifikant antistofføkning eller høye, spesifikke antistoffverdier i fravær av nylig vaksinasjon.

Med kliniske kriterier menes hoste av minst to ukers varighet og minst én av følgende symptomer:

- anfallsvis (paroksystisk) hoste
- inspiratorisk kiking eller oppkast etter hosting
- eller et tilfelle diagnostisert som kikhoste av lege eller apnø-episoder hos spedbarn.

Med epidemiologisk tilknytning menes overføring fra person til person.

Vaksine mot kikhoste finnes kun som en komponent i ulike kombinasjonsvaksiner.  
ILLUSTRAKSJONSFOTO: COLOURBOX



# Vaksinasjonsdekningen er høy?

## Bakgrunn

Kikhøste er en luftveisinfeksjon forårsaket av bakterien *Bordetella pertussis* og smitter ved dråpesmitte fra person til person. Bakterien tilhører Bordetella-familien, hvor også *B.parapertussis* og *B.holmesii* inngår. Disse sistnevnte gir en mildere form for luftveisinfeksjon uten den karakteristiske hosten, og er sjeldne sammenlignet med *B.pertussis*.

Kikhøste forårsaket av *B.pertussis* er svært smittsom, og i en uvaksinert befolkning vil en person med kikhøste kunne smitte 15–17 andre mottagelige personer, som tilsvarer om lag samme smittsomhet som meslingeviruset.

Bakterien produserer en rekke ulike toksiner som bl.a. gir skade på luftveisslimhinene. Symptomene i starten er uspesifikke og ligner en vanlig forkjølelse (katarralsk stadium). Men etter noen dager til en uke vil sykdommen i typiske tilfeller utvikle seg videre til karakteristiske hosteanfall (paroksymsal/intermitterende hoste) med kiking. Den smitførende perioden varer omrent tre uker totalt; fra symptomdebut av katarralia og til og med de første to uke ne av det paroksymsiske stadium. Kikingen kan imidlertid vare i opptil to til tre måneder. Hosteanfallene kan ledsages av brekninger. Forløpet av kikhøsteinfeksjon er ofte ukarakteristisk hos personer som tidligere er vaksinert eller har gjennomgått sykdommen, og hos voksne generelt. Hos disse kan sykdommen være langvarig og plagsom, men sjeldent alvorlig. Gjennomgått sykdom gir ikke livslang immunitet.

Kikhøste er alvorligst for spedbarn i første leveår, og kan i denne aldersgruppen debutere med pustestopp (apnø). Komplikasjoner som lungebetennelse, og andre sekundærinfeksjoner i luftveiene, ørebettensel og vekttap er ikke uvanlig. Spedbarn med kikhøste får ofte behov for ernæringstilførsel og respirasjonsstøtte, og om lag halvparten av alle barn med kikhøste i første leveår blir innlagt på sykehus. I sjeldne tilfeller kan kikhøste også føre til hjerneaffeksjon, enten på grunn av hypoksisk hjerneskade eller encefalitt. Dette forekommer hos 0,5–1 prosent av spedbarn med kikhøste (1). Av disse regner man at ca. en tredjedel vil dø av sykdommen og komplikasjonene, en tredjedel

overlever med sekvele i form av hjerneskade og en tredjedel overlever uten sekvele (2). Dødsfall er vanligst hos de yngste spedbarna som ikke har rukket å få den første vaksinedosen, og skyldes foruten hjerneaffeksjon, også respirasjonssvikt ARDS (Acute respiratory distress syndrome) og økt trykk i lungekretsløpet (pulmonary hypertension).

## Vaksine

Før vaksinen ble innført i barnevaksinasjonsprogrammet i 1952, var det utbrudd av kikhøste med fire til fem års intervaller.

TABELL 1. Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Alder for vaksiner mot kikhøste markert med grått.  
KILDE: MSIS, FOLKEHELSEINSTITUTTET

ALDER	VAKSINASJON MOT
6 uker*	Rotavirussykdom
3 måneder	Rotavirussykdom Difteri, tetanus, kikhøste, poliomelitt, <i>Haemophilus influenzae</i> -type B- og hepatitt B-infeksjon (DTP-IPV-Hib-Hep B) Pneumokokksykdom (PKV)
5 måneder	DTP-IPV-Hib-Hep B og PKV
12 måneder	DTP-IPV-Hib-Hep B og PKV
15 måneder	Meslinger, kusma, røde hunder (MMR)
2. trinn (ca. 7 år)	DTP-IPV
6. trinn (ca. 11 år)	MMR
7. trinn (ca. 12 år)	Humant papillomavirus (HPV), 2 doser
10. trinn (ca. 15 år)	DTP-IPV
Barn med foreldre fra høyendemiske land	Tuberkulose (BCG)**

\* Premature barn født før svangerskapsuke 32, skal tilbys en ekstra dose (dose 0) DTP-IPV-Hib-Hep B ved alder 6-8 uker

\*\* Vanligvis vaksinasjon i spedbarnsalder

I 1949 var det et utbrudd med nesten 49 000 tilfeller og 80 dødsfall blant spedbarn. Etter innføring av vaksine, har forekomsten avtatt kraftig.

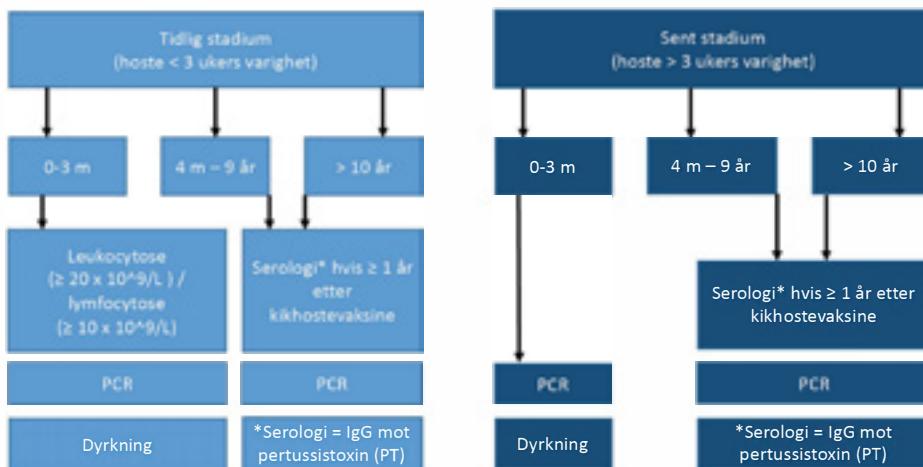
Frem til 1998 ble vaksine med drept hel kikhostebakterie benyttet (helcellevaksine), men i 1998 gikk Norge over til vaksine bestående av renset kikhosteantigen (acellulær vaksine) (3). Bakgrunnen for endringen var at helcellevaksinen var forbundet med en del bivirkninger som uro, smerter og mye gråting, feber og feberkramper i dagene etter vaksinering (4). Da den acellulære kikhoste vaksinen ble tilgjengelig, viste den god beskyttelse mot alvorlig kikhoste, samtidig som den ga betydelig mindre bivirkninger. Vaksine mot kikhoste forhindrer ikke at vaksinerte personer forbigående kan koloniseres med *B.pertussis*, og gir heller ikke kryssbeskyttelse mot andre *Bordetella* species.

Norske barn tilbys vaksine mot kikhoste i den seksvalente kombinasjonsvaksinen ved tre, fem- og tolv månedersalder (vaksine mot difteri, kikhoste, tetanus, polio, Hib og hepatitt B), og firevalent boostervaksine (uten Hib og hepatitt B) ved 7–8 års alder og ved 15–16 års alder. Vaksinasjonsdelen er stabilt høy over 95 prosent for toåringer og over 90 prosent for sekstenåringer. Fra 1. mai 2019 får premature barn født før svangerskapsuke 32, en tidlig, ekstra dose seksvalent vaksine ved seks til åtte ukers alder, da premature barn har høyere risiko for alvorlig forløp av kikhoste enn fullbårne barn.

En norsk studie har vist at etter tre doser kikhosteholdig vaksine, vil om lag 88 prosent av terminfødte barn være beskyttet mot kikhosteinfeksjon og 91 prosent være beskyttet mot alvorlig kikhosteinfeksjon (5). Beskyttelsen ved bruk av acellulær kikhostevaksine avtar i årene etter vaksinering og varer i om lag fem år (4).

**FIGUR 1. Skjematiske flytskjema for anbefalt laboratoriediagnostikk ved mistenk kikhoste.**

TILPASSET OG OVERSATT FRA VAN DER ZEE ET AL, CLIN. MICROBIOL. REV. 2015



Voksne personer anbefales boostervaksine mot difteri, tetanus, kikhoste og polio hvert tiende år. Kikhostevaksinasjon er viktig å huske på for dem som omgås små barn. Yrkesvaksinasjon er aktuelt for alt helsepersonell som jobber med nyfødte og små barn, og andre yrkesgrupper som jobber med barn, for eksempel barnehageansatte.

## Diagnostikk

Valg av metode for laboratoriediagnostikk av kikhoste avhenger av hvor lenge sykdommen har vart. Bakterien kan påvises med dyrkning de to første ukene av sykdommen, når bakteriemengden er stor. Påvisning av bakterien med polymerase chain reaction (PCR) kan gjøres frem til ca. fire ukers sykdomsvarighet. Etter fire ukers sykdom kan påvisning av forhøyet antistoffnivå i serum være til hjelp for diagnostikken. Dersom det også er tatt en serumprøve i de første sykdomsukene, kan en ny prøve vise antistoffstigning (6).

*B. pertussis* lar seg enkelt dyrke i laboratoriet, men krever spesielle dyrkningsmedier og forlenget inkubering. Fra begynnelsen av 2000-tallet har påvisning med PCR tatt over som foretrukket diagnostisk metode. PCR kan gjøres i prøver fra nasofarynxs eller andre prøver fra luftveiene. PCR-metodene som brukes er sensitive og kan påvise selv små mengder av bakterien. Flere laboratorier tilbyr test for *B.pertussis* som del av en pakke med flere luftveisvirus og -bakterier.

For å følge endringer hos *B.pertussis* over tid, er det nødvendig å gjøre dyrkning for å skaffe bakterieisolater. Slike isolater kan karakteriseres i detalj, både for å bestemme antibiotikafølsomhet, og for å se på virulensfaktorer og uttrykk av spesifikke anti-

gener som brukes i vaksiner. Folkehelseinstituttet har et samarbeid med enkelte mikrobiologiske laboratorier for å gjøre dyrkning av luftveisprøver som er positive etter PCR-analyse. Studier av norske og europeiske pertussisstammer viser at stadig flere isolater ikke uttrykker overflateproteinet pertactin. I Norge mangler en tredjedel av stammene dette proteinet (7). Pertactin er ett av flere proteiner som brukes som vaksineantigen. Betydningen av at flere stammer mangler dette antigenet, er ikke klarlagt.

## Behandling

Sykdommen kan behandles, og sykdomsforløpet forkortes ved bruk av makrolider hvis behandling blir igangsatt i løpet av de to til tre første ukene etter symptomdebut (8). Behandling senere enn tre uker etter sykdomsdebut har liten hensikt, både med tanke på å forkorte sykdomsforløpet og for å redusere smitterisikoen. Pasienten anses som ikke-smitteførende fem dager etter igangsatt behandling. Erytromycin er førs-tevalget for behandling.

Kikhoste er i smittevernloven definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. Pasientene skal derfor ikke betale egenandel, og folketrygden yter full godtgjørelse av utgifter til legehjelp ved undersøkelse, behandling og kontroll. Dette gjelder også ved undersøkelse som ledd i smitteopprroring, men ikke ved rutinemessige undersøkelsjer. I tillegg dekkes utgifter til anti-infektive legemidler til behandling, det vil si til behandling og forebygging hos personer som etter en faglig vurdering antas å være i en særlig fare for å bli smittet i Norge (blåreseptforskriften § 4.2).

## Tiltak ved påvisning av tilfeller og utbrudd

Når det påvises et tilfelle eller et utbrudd av kikhoste, er det viktigst å raskt få kartlagt sårbare nærbekompanier for å tilby disse forebyggende antibiotikabehandling og eventuelt vaksine. Sårbare nærbekompanier er først og fremst uvaksinerte eller delvis vaksinerte barn under to år i samme husstand, eventuelt med annen nær relasjon. Andre sårbare husstandskompanier kan være uvaksinerte personer (uansett alder) med alvorlig astma, medfødt hjertefeil eller nedsatt immunforsvar.

Profylaktisk behandling med Erytromycin er anbefalt for sårbare nærbekompanier. Formålet med profylakse er å forhindre sykdom eller mildne og forkorte sykdomsforløpet. Et familiemedlem eller en nærbekompanier som ikke har fått vaksinen, kan behandles med Erytromycin.

kontakt som er delvis vaksinert, kan ha nytte av en ny dose kikhostevaksine i en eventuell inkubasjonsperiode. Første dose med kikhostevaksine gitt til uvaksinerte barn i en eventuell inkubasjonsperiode, har liten effekt på sykdomsforløpet, men kan likevel være nyttig med tanke på at det er kikhoste i miljøet som kan føre til smitterisiko over en lengre periode. Seksvalent kombinasjonsvaksine til spedbarn kan gis fra seks ukers alder.

Ved lokale utbrudd bør det gå ut informasjon til helsetjenesten, slik at terskel for å teste for kikhoste senkes, og til aktuelle nærmiljø der hvor det er påviste tilfeller, som barnehageavdeling eller skoleklasser. Ved utbrudd i barnehager bør foreldre og ansatte informeres om symptomer. Tiltak igangsettes overfor uvaksinerte og delvis vaksinerte barn i barnehagen og ev. andre nærmiljøer under to år. Ved utbrudd i skoler bør det også gå ut informasjonsskriv, og barn som mangler basisvaksinasjon bør få tilbud om vaksine. Ved større utbrudd i skoler kan det være aktuelt å tilby fremskynding av neste dose firevalent vaksine som tilbys i barnevaksinasjonsprogrammet, men ved anbefaling om eventuelt ny eller ekstra boostervaksine utenom barnevaksinasjonsprogrammet, må kostnad dekkes av den enkelte. Ofte vil utbrudd holde seg lokalt, for eksempel i en skoleklasse eller på samme klassetrinn, og ikke omfatte hele skolen. Informasjon kan derfor i første omgang utformes til den aktuelle klassen.

Ved større utbrudd i lokalmiljøer kan det også være aktuelt å framskynde vaksinasjonsstart for spedbarn som ikke defineres som nærmiljøer, slik at første dose seksvalent kombinasjonsvaksine gis ved måneders alder, eventuelt ned til seks ukers alder. Vaksinasjon bør også tilbys alle andre uvaksinerte under to år i lokalmiljøet. Vaksinasjon av eldre barn og voksne som ikke lenger har tilstrekkelig beskyttelse, kan også vurderes.

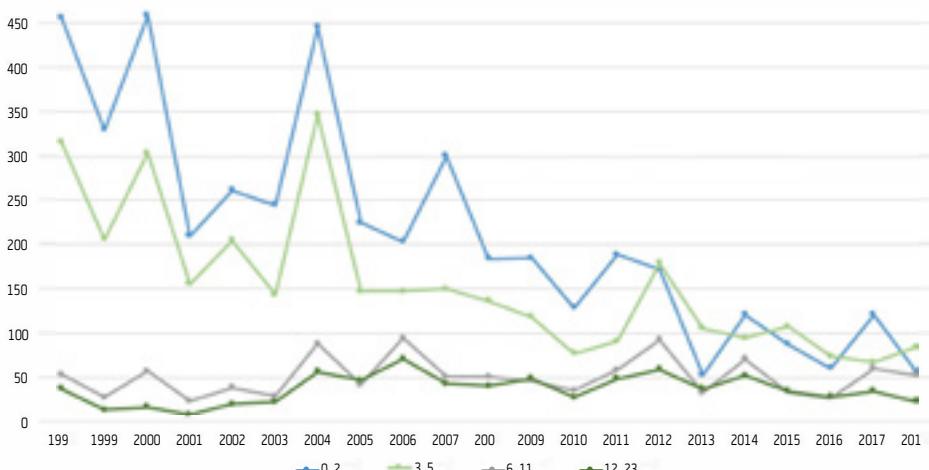
For spedbarn yngre enn tre måneder hvor kikhoste mistenkes eller påvises, anbefaler Norsk barnelegeforening innleggelse på nærmeste barneavdeling til observasjon, selv om klinikken er udramatisk (9). Det samme kan vurderes for barn i alderen 3-6 måneder eller ved kjent hjerte- eller lungesykdom uansett alder.

## Overvåking og forekomst i Norge

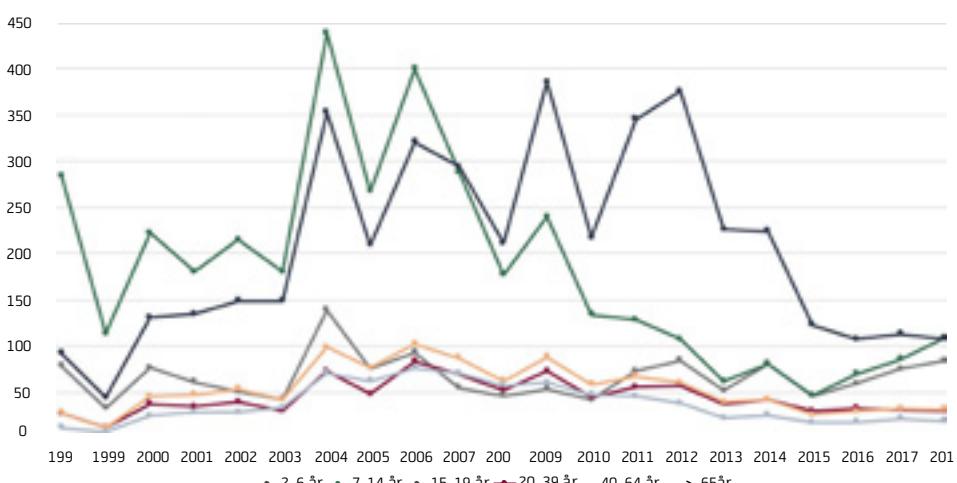
Kikhoste er meldepliktig til MSIS (gruppe A-sykdom, nominativ meldeplikt).

De fleste tilfellene som meldes til MSIS er laboratoriemeldinger. Folkehelseinstituttet følger opp alle laboratoriemeldinger

a) Kikhoste i Norge: Forekomst pr. 100 000 aldersgrupper under 2 år.



b) Kikhoste i Norge: Forekomst pr. 100 000 aldersgrupper over 2 år.



FIGUR 2. *Insidensrate pr. 100 000 innbyggere i aldersgruppene 0–2 år (a) og over 2 år (b).*  
I skoleåret 2006/7 ble det innført kikhostevaksine til 7–8-åringene, og i 2013/14 til 15–16-åringene.

KILDE: MSIS, FOLKEHELSEINSTITUTTET

på barn under to år for å innhente kliniske opplysninger og faktorer som sier noe om alvorligetsgrad, som for eksempel sykehusinnleggelse, varighet av innleggelse og om pasienten var innlagt på intensivavdeling.

I Norge har vi høy forekomst (insidensrate) av kikhoste sammenlignet med andre høyinntektsland både i og utenfor Europa. Dette skyldes sannsynligvis større oppmerksomhet om sykdommen, høy grad av testing i alle aldersgrupper og gode melderutiner. Insidensraten de siste fem årene har vært høyest hos spedbarn og tenåringer. Etter innføring av boosterdose til 15–16-åringene i skoleåret 2013/14, har insidensraten falt hos tenåringer. Hos spedbarn er det få tilfeller, selv om raten er høy. Ved gjennomgang av Nasjonalt vaksinasjonsregister SYSVAK, er det få barn som er

forsinket med første vaksinedose (10). I tillegg er det gode rutiner for å tilby forebyggende antibiotikabehandling til uvaksinerte spedbarn i Norge, i tillegg til anbefaling om innleggelse av barn under tre måneders alder. Andre høyinntektsland har lavere total insidensrate av kikhoste, men høyere insidensrate hos spedbarn enn det vi har i Norge. Mange land har hatt større nasjonale utbrudd av kikhoste, med flere dødsfall blant spedbarn. På bakgrunn av dette er det innført kikhostevaksinering av gravide.

## Trenger vi bedre kontroll med kikhoste i Norge?

Fordi kikhoste er svært smittsamt og varigheten av beskyttelse er relativt kortvarig, forekommer stadig lokale utbrudd av kik-

hoste. I de siste ti årene har det vært meldt mellom 2000 til 4500 tilfeller hvert år. De siste ti årene er det årlig påvist gjennomsnittlig 44 tilfeller med kikhøste hos barn under ett år, 30–60 prosent av disse barna ble innlagt. Det har ikke forekommet dødsfall forårsaket av kikhøste siden 2004 (11). Målet med vaksinasjonsprogrammet er ikke å utrydde kikhøste, men å redusere forekomsten og unngå eller mildne sykdommen, spesielt hos barn under to år. Med dagens vaksinasjonsprogram oppnår vi dette.

I de siste årene har flere europeiske land, USA og Australia, opplevd økt forekomst og utbrudd av kikhøste hos spedbarn. I perioden fra fødsel og frem til første vaksinedose er spedbarn svært dårlig beskyttet mot kikhøste, og det er i denne perioden kikhøste er mest alvorlig. Som et tiltak for å beskytte de aller minste, er derfor kikhøstevaksinering av gravide rutinemessig anbefalt eller innført i minst 27 land (pr. 2019), deriblant Storbritannia, USA, Australia og Belgia. Nylig innførte også Danmark vaksinasjon av gravide som et utbruddstiltak (fra 1. november 2019) (12).

Vaksinering av mor mot kikhøste i svangerskapet kan beskytte den nyfødte mot alvorlig sykdom. Når mor vaksineres, danner hun beskyttende antistoffer som så overføres til fosteret i siste halvdel av svangerskapet. Barnet blir da født med beskyttende antistoffer, som dermed kan hindre kikhøste eller begrense alvorlighet av sykdommen. Studier har vist at kikhøstevaksinasjon av gravide kvinner kan redusere ri-

siko for kikhøste hos deres spedbarn i alderen frem til første vaksinedose (to til tre måneders alder) med om lag 90 prosent (13). Vaksinasjon av gravide kvinner gir ikke økt risiko for bivirkninger, uønskete svangerskapsutfall og heller ikke økt risiko for sykdom eller komplikasjoner hos mor eller barnet etter fødsel (13).

Folkehelseinstituttet gjennomførte i 2019 en utredning av situasjonen i Norge (13). Med dagens lave forekomst av kikhøste hos barn under ett år, ble det konkludert med at det ikke er grunnlag for en nasjonal anbefaling om kikhøstevaksine til gravide. Kikhøstevaksine kan anbefales til gravide kvinner i siste halvdel av svangerskapet dersom de er nærbeklukter til tilfeller, eller omfattes av lokale utbrudd. Kombinasjonsvaksine mot difteri, kikhøste og tetanus med eller uten polio-komponent kan da benyttes. Pr. i dag blir ikke slik vaksinasjon av gravide dekket av blåreseptforskrift eller andre refusjonsordninger, men Folkehelseinstituttet arbeider for at dette skal bli mulig. Gravide kvinner som selv ønsker vaksinasjon mot kikhøste, kan trygt anbefales dette. Det beste tidspunktet for vaksinasjon er i overgangen mellom 2. og 3. trimester.

## Oppsummering

Høy smittsomhet gjør at kikhøste er en sykdom som fortsetter å sirkulere i Norge, og som allmennleger må kjenne til. Vaksinen gir god beskyttelse hos fullvaksinerte småbarn, men beskyttelsen varer i få år, og boosterdoser er nødvendig. Høy vaksina-

sjonsdekning må derfor støttes av andre smitteverntiltak for sårbarer nærbeklukter for å forebygge kikhøste hos disse. Vaksinasjon av gravide er effektivt og kan være et aktuelt tiltak i utbruddssituasjoner.

## REFERANSER

- Rocha G, Soares P, Soares H, Pissarra S, Guimaraes H. Pertussis in the newborn: certainties and uncertainties in 2014. *Paediatric respiratory reviews*. 2015; 16(2): 112–8.
- Edwards KM, Decker MD. 44 – Pertussis Vaccines. In: Plotkin SA, Orenstein WA, Offit PA, Edwards KM, editors. *Plotkin's Vaccines* (Seventh Edition). Elsevier; 2018. p. 711–61.e16.
- Kikhøstevaksine (Pertussis) – veileder for helsepersonell. Vaksinasjonsveilederen for helsepersonell – nettversjon (Internett). Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/kikhøstevaksinasjon-pertussis-vei/>.
- Pertussis vaccines: WHO position paper – September 2015. *Relevé épidémiologique hebdomadaire*. 2015; 90(35): 433–58.
- Riise OR, Laake I, Vestheim D, Flem E, Moster D, Bergsaker MA, et al. Risk of Pertussis in Relation to Degree of Prematurity in Children < 2 Years of Age. *The Pediatric infectious disease journal*. 2017.
- van der Zee A, Schellekens JF, Mooi FR. Laboratory Diagnosis of Pertussis. *Clinical microbiology reviews*. 2015; 28(4): 1005–26.
- Barkoff AM, Mertsola J, Pierard D, Dalby T, Hoegh SV, Guillot S, et al. Pertactin-deficient *Bordetella pertussis* isolates: evidence of increased circulation in Europe, 1998 to 2015. *Euro surveillance: bulletin Europeen sur les maladies transmissibles – European communicable disease bulletin*. 2019; 24(7).
- Kikhøste (pertussis) – veileder for helsepersonell Smittevernveilederen – nettversjon (Internett). Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/kikhøste-pertussis-veileder-for-h/>
- Kikhøste, Akuttveileder i Pediatri, nettutgave 2013. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/pediatriaveiledere?menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6543&key=151560>
- Riise OR, Laake I, Bergsaker MA, Nokleby H, Haugen IL, Storsaeter J. Monitoring of timely and delayed vaccinations: a nation-wide registry-based study of Norwegian children aged < 2 years. *BMC Pediatr*. 2015;15:180.
- Aaberge I AA, Arnesen T, Bergsager G, Berild J, Blystad H, Bruun T, Daae A, Dorenborg D, Dvergsdal E, Greve-Isdahl M, Løvlie AL, Mengshoel AT, Rykkvin R, Stålkrantz J, Trosgård L, Vestheim D, Watle S, Wiklund BS, Winje BA.. Barnevaksinasjonsprogrammet i Norge - Rapport for 2018 <https://www.fhi.no/publ/2019/barnevaksinasjonsprogrammet-i-norge-rapport-for-2018/Folkehelseinstituttet;2019>.
- Kighøstevaccination til gravide 2019. Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/vaccination/vaccination-af-voksne/kighøstevaccination-til-gravide>.
- Berg AS FE, Greve-Isdahl M, Grosvold IW, Næss LS, Nokleby H, Stålkrantz J, Tunheim G, Wisloff T, Wolden B, Aaberge IAS, Aase A.. Kikhøstevaksine til gravide – aktuelt for Norge? <https://www.fhi.no/publ/2019/kikhøstevaksine-til-gravide/>; Folkehelseinstituttet; 2019.

MARGRETHE.GREVE-ISDAHL@FHI.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

# Digitalisering i ei berekraftig fastlege

JON-TORGEIR LUNKE • Seniorrådgiver, avd. utredning, Direktoratet for e-helse  
NINA BRØYN • Seniorrådgiver, Avd. velferdsteknologi og rehabilitering, Helsedirektoratet

## Ei modernisering av fastlegeordninga inkluderer bruk av digitale tenester i kommunikasjonen mellom innbyggjar og fastlege. Den digitale transformasjonen utfordrar fastlegeordninga.

Fastlegeordninga er inngangsport når vi treng hjelp frå helse- og omsorgstenesta, og regjeringa vil at fastlegane nytta digitale verktøy, og at digital kontakt skal vera mogleg for pasientar som ynskjer det.

Evaluering syner at fastlegeordninga er under press. Digitalisering og pasientars forventningar til digitale tenester er medverkande til presset fastlegane opplever (1). Befolkningsutviklinga og press på helsetenestene gjer likevel at vi må undersøke kva som er mogleg å få til digitalt. Redusjon i arbeidsmengde, betre tilgjenge for innbyggjar, god arbeidsflyt, kvalitetsheving av allmennmedisinsk praksis og kostnadseffektive tenester er viktige resultatmål. Negative effektar som redusert tilgjenge for sårbare grupper eller digitalt utanforskap skal sjølv sagt ha særskild merksemeld.

Ambisjonen ute i Europa er at førstekontakt kan skje digitalt ved bruk av chat, SMS, e-brev, digitale sjølvhjelpløysningar og e-konsultasjon. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse har det siste året gjeve tilråding om e-konsultasjon og digitale triageringsverktøy i allmennmedisinsk praksis (2, 3). Desse tiltaka er døme på digital transformasjon i fastlegeordninga. I artikelen omtalar vi primært e-konsultasjon, fordi her finst klinisk erfearingsgrunnlag. Utgreiinga om triageringsverktøy ligg no til vurdering i departementet.

### Drivkrefter bak digital transformasjon

Det er mange drivarar i digitalisering. Digitale helsetilbod er ein marknad i sterkt vekst og påverkar i aukande grad fastlegen.

Framvekst av kommersielle allmennlegetenester utanom fastlegeordninga er utfordrande (e.g. KRY, Eyr og Hjemmelegene). Fastlegar tilbyr mang slags elektronisk kommunikasjon med pasientane, medan e-konsultasjon (tekst- og video) er relativt lite i bruk. Fastlegane var tidleg i bruk av elektronisk pasientjournal, 10–15 år før andre i helsesektoren. Vi har fått eit stort utbod av digitale tenester som innbyggjar og legar brukar (FIGUR 1)(4).

Elektronisk meldingsutveksling er i dag ei viktig bærebjelke i medisinsk praksis og har langt på veg erstatta papir. Av 211 millionar meldingar i 2018, var til dømes 2,4 millionar av desse mellom fastlegen og kommunen.

Vår tid omtalast som den fjerde industrielle (digitale) revolusjon. Den første var fra 1780-talet med dampmaskin, den andre (1870-talet) med elektrifisering av samfun-

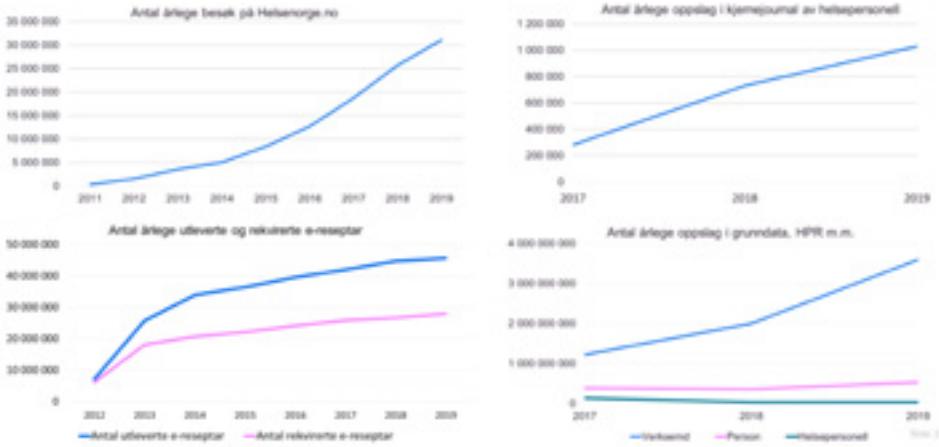
net, til den tredje på 1960-talet med automatisering. Samfunnet har i desse periodane endra seg radikalt. For hundre år sidan tok det ca. ti år med skiftet frå hestetransport til biltransport. Smarttelefonen kom i 2007, og i dag påverkar digitalisering alle sektorar og samfunnslag.

Den fjerde industrielle revolusjon handlar prinsipielt om deling av data og at helseverksemder deler data for å gje likeverdig helsehjelp av god kvalitet. EPJ-løftet i fastlegeordninga, Helseplattforma i Midt-Noreg, arbeidet med samhandling og felles kommunal journalløysning (Akson) og modernisering av journalsystema i dei tre helseregionane er alle tiltak som speglar behovet for effektiv deling av data. Stortingsmeldinga *Éin Innbyggjar – éin journal* frå 2012 har vore førande så langt og vil vera det for det neste tiåret også (5).

Meldinga har eit målbiletet som viser kva lei vi skal gå:

- Innbyggjar skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tenester
- Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til pasient- og brukaropplysningar

FIGUR 1. Bruk av digitale tenester fram mot 2019.



# ordning



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- Data skal være tilgjengeleg for kvalitetsforbetring, helseovervaking, styring og forsking

Kunstig intelligens, robotteknologi og gensekvensering blir sterke driverar i utviklinga av eit digitalisert helse-system. Globale teknologiselskap lanserer helsetilbod og nye måtar å organisere helsehjelpa på ved bruk av teknologi. Mange er skeptiske til utviklinga og meiner vi ikkje bør innføra teknologien utan nærmare kvalitetssikring. I boka *Deep Medicine* skriv Eric Topol at medisinske fagmiljøa må engasjere seg for at teknologien blir prøvd ut og verifisert i tråd med god medisinsk praksis. Ein må unngå utilsikta verknader som redusert patienttryggleik, medikalisering, sosial ulik-

skap i helse og moglege bias i algoritmane. Topol meiner at kunstig intelligens og persontilpassa medisin på sikt vil gjera at legen får frigjort meir tid som styrkar den gode samtalens og pasient-legerelasjonen. Boka er svært lesebar, grundig fundert og oppdatert med etisk refleksjon, gode referansar frå forsking og klinisk empiri ved bruk av ny og avansert helseteknologi (6).

Ønskt digital utvikling i helse- og omgangssektor er spegla i stortingsmeldinga om nasjonal helse- og sjukehusplan (2020–2023) som kom i november. Til dømes skal medisinsk avstandsoppfølging og digitalisering gjera det mogleg å tilby helsehjelpper innbyggjar bur (FIGUR 2). Digitale helse-tjenester skal inngå i finansieringsmodella-

ne vi bruker. Digitalisering inneber også at naudsynt og forsvarleg helsehjelp meir og meir blir bunden til digitale løysingar og tenester. Meldinga peikar på at eit berekraftig helse- og omsorgstilbod er avhengig av at teknologi takast i bruk i tenestene (7).

## Video- og tekstkonsultasjon (e-konsultasjon)

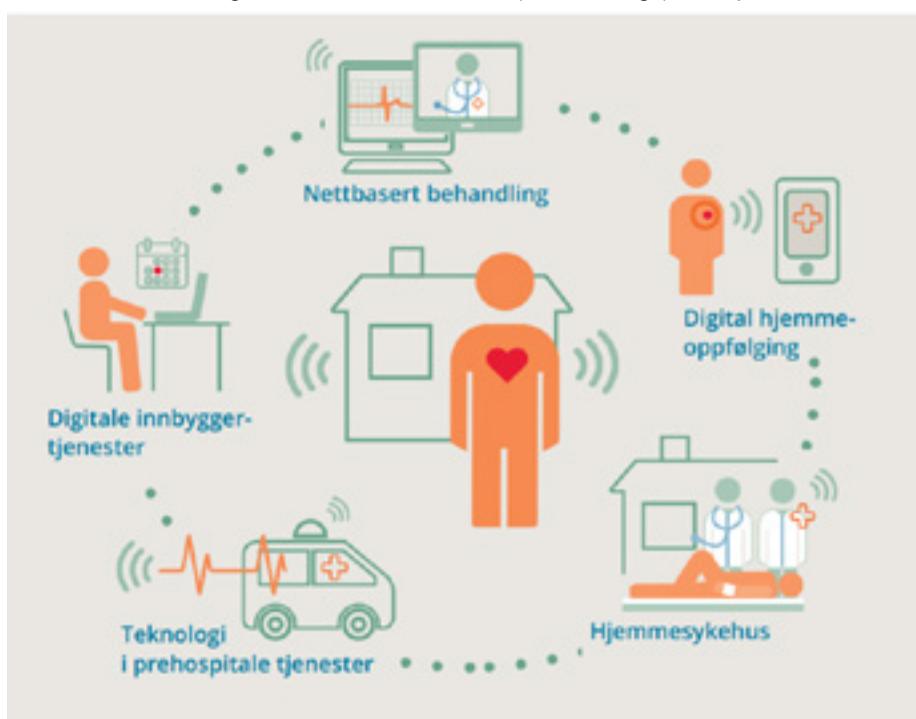
Dei siste åra har det kome fleire private tilbod om video-konsultasjon i Noreg. Initiativtakarar er ofte digitalt interesserte legar, til dømes i Sverige og Noreg. Selskapa innår partnarskap med andre private helseaktørar og forsikringsselskap. I det offentlege ordskiftet høyrer vi om digitale eingangsleger versus verdien å ha ein fastlege. Helseministeren seier

«Det er viktig at vi tar vare på det som er gullet, nemlig fastlegeordningen. Derfor må vi holde tritt med mulighetene. Vi vil ikke ha digitale engangssleger. Vi vil ha digitale fastleger». (8)

Direktorata kom med utgreiing om e-konsultasjon i 2018. Eit omdiskutert punkt var om e-konsultasjon skulle bli ei plikt i fastlegeordninga. Det punktet er ikkje innført, men fleire andre tilrådingar er følgd opp. Til dømes endringar i vilkåra for takstbruk der e-konsultasjon er likestilt med fysisk konsultasjon i tråd med vanlege krav til forsvarleg helsehjelp. Fastlegar kan ta i bruk kommersielt tilgjengelege video-løysningar. Løysingane er trygge å bruke og i tråd med krav i Normen om personvern og informasjonstryggleik (9).

Samfunnsøkonomisk er det særleg to vinstar ved bruk av e-konsultasjon: Redusert reisetid for innbyggjar og spart arbeidstid/fritid. For fastlegen eller fastlegekontoret er vinstane meir usikre. Det er difor eit stort behov for meir kunnskap på området. Vi er glade for at Nasjonalt senter

FIGUR 2. Helse-tjenester i eigen bustad. Meld. St. nr. 7: Nasjonal helse- og sjukehusplan (2020–2023).



for e-helseforskning i Tromsø hausten 2019 har starta eit fleirårig program for å studere effekta av e-konsultasjon.

Det er mange døme på at fastlegar tek i bruk ny teknologi når denne opplevast som nyttig og pasientsikker (e.g. EPJ og e-resept). Forventningar frå innbyggjar og klinisk nysgjerrigkeit har ført til at fastlegar nå prøver ut e-konsultasjon. Det er haldepunkt for at mellom 500–1000 fastlegar i dag brukar videokonsultasjon som supplement til fysisk konsultasjon (personleg melding frå video- og EPJ-leverandørar).

Via Helsenorge og eigen EPJ gjev mange fastlegar tilbod om tekstbasert konsultasjon. I løysninga Digital dialog fastlege (Helsenorge) har 361 legekontor og 1446 fastlegar i oktober 2019 tilbod om tekstbasert e-konsultasjon integrert med journalloysninga til sine listeinnbyggjarar. Om lag 30 prosent av landets fastlegar kan soleis tilby tenesta. Det er grunn til å tru at dekninga blir høgare, då dei fleste EPJ-leverandørane nå implementerer tekst- og videokonsultasjon i sine løysninga. Av ca. 14,2 millionar konsultasjonar i fastlegeordninga er om lag tre prosent e-konsultasjon i 2019. Prognosan for 2020 er 5,7 prosent. Vi veit førebels for lite om e-konsultasjon erstattar fysisk konsultasjon, eller om e-konsultasjon kjem på toppen av totalen. I land som Sverige, Danmark og England er det i framtidige scenario påstått at opptil 20–50 prosent av kontaktane med helsetenesta skal skje digitalt. Dette inkluderer all elektronisk kommunikasjon mellom innbyggjar og helsetenestene, og ikkje berre e-konsultasjon. Eit døme frå Noreg om at videokonsultasjon blir meir vanleg, er Sunnaas sjukehus HF som i dag

utfører ca. 11 prosent av poliklinisk oppfølging ved bruk av video.

Løysningane må vera lette å bruke i arbeidsflyten og pasientforløpet både for innbyggjar og fastlege. Godt integrert timesyning, tinging av time og journalføring gjer det attraktivt å bruke ny teknologi. I 2018 måtte dei fleste kjøpe videoløysningar utan integrasjon med EPJ (FIGUR 3). I 2019 har ein fått løysing med integrert video- og tekstkonsultasjon i timebok og EPJ (FIGUR 4) (10). I det neste skal vi legge til rette for at video- og tekstkonsultasjon blir kopla med sjukehusa i tråd med dei regionale utviklingsplanane for video (11). Figur 4 syner at eit heilskapleg økosystem for video- og tekstkonsultasjon kan bli ein viktig reiskap for samhandling mellom innbyggjar og helsepersonell.

## Forsvarlegheit i e-konsultasjon

Digitale løysingar mellom innbyggjar og fastlegen må vurderast grundig om korleis dette påverkar kontinuitet, tilgjenge, likskap og dei personlege relasjonane mellom pasient og fastlege. Internkontroll og forskrift om kvalitet og leiing i helse- og omsorgstenesta er eit godt rammeverk for eit systematisk kvalitetssikringsarbeid lokalt (12). Vår erfaring er at teknologi berre er ein liten del ved innføring av ny tenestemodellar; Organisasjonsendring og medverknad frå kollegar og pasientar er avgjande for omstilling.

Digitale løysingar eller tenester endrar ikkje grunnleggande ansvarsforhold. Rapporten om e-konsultasjon omtalar forsvarlegheit grundigare under kapittelet *Prinsipper*.

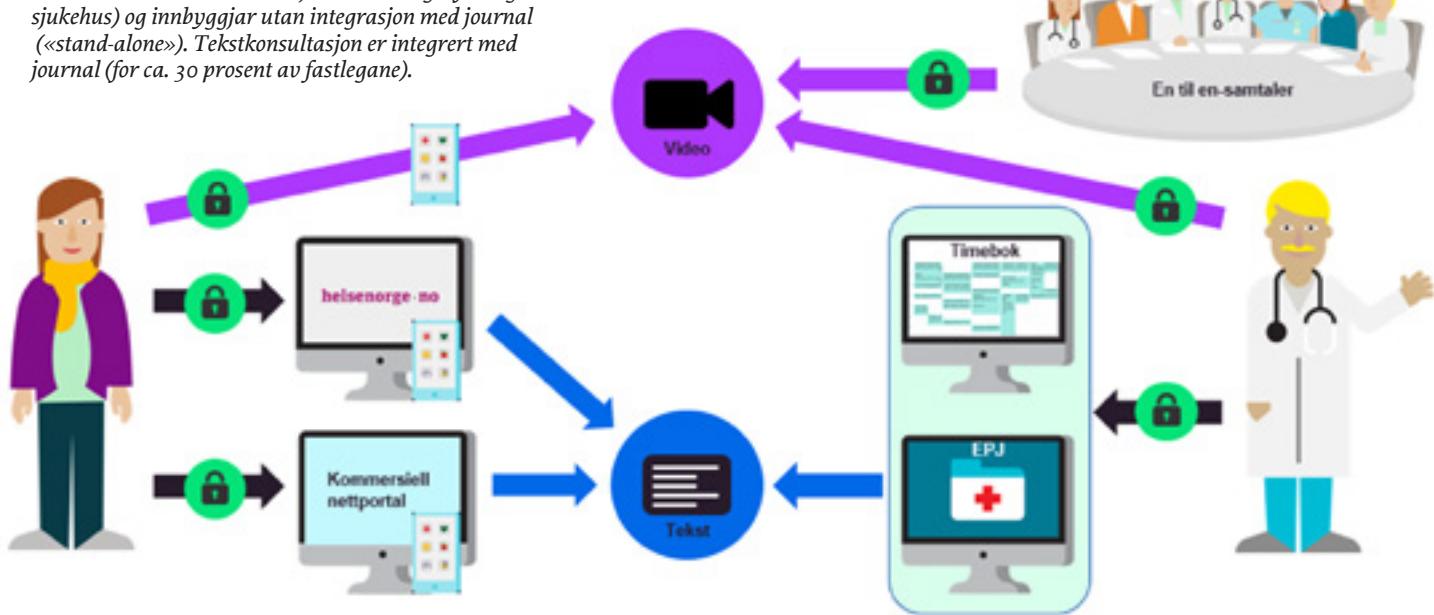
*praktiske vurderinger* (2). Vurderingane er i tråd med kva Socialstyrelsen i Sverige har uttalt (13). Legen må sjølvstendig vurdere om informasjonen pasienten har presentert er god nok for å kunne gi forsvarleg helsehjelp. Fastlegens skjønn og kunnskap avgjer difor bruk av e-konsultasjon i samråd med pasienten. Direktorata vil framover gje råd og vegleiing om beste praksis, slik vi har gjort i samanheng med tekstkonsultasjon (14).

## Nytte av e-konsultasjon

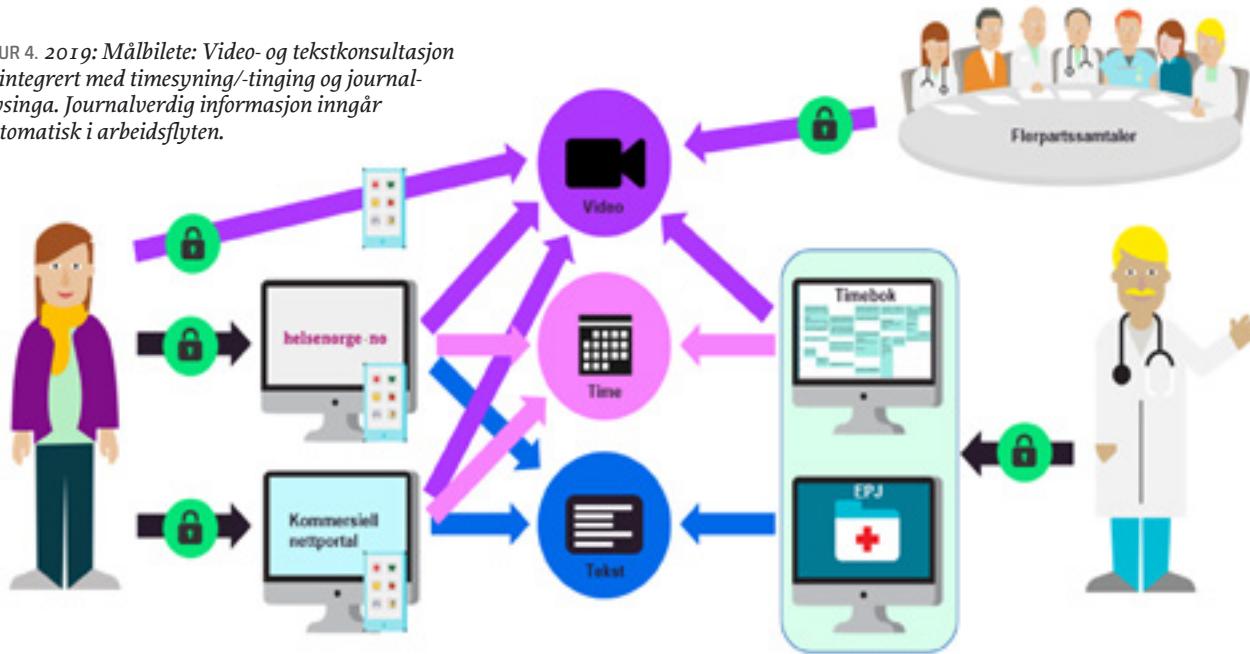
Fra evalueringa av fastlegeordninga ynskjer pasientane fleire digitale tenester og at fastlegane tilbyr tenester som videokonsultasjon. Forbrukarrådet på si side finn at fastlegekontora og innbyggjar primært nyttar telefon som kommunikasjonskanal. I denne undersøkinga frå 2018 har berre åtte prosent av fastlegane video, og 33 prosent er positive til meir bruk av videokonsultasjon. Likevel meiner 90 prosent av fastlegekontora at dei ved å ta i bruk digitale tenester kan få redusert pågang på telefon, raskare svar på spørsmål frå pasient og meir effektiv kommunikasjon og samhandling med andre aktørar (15).

Digitalisering av samfunnet går så raskt at ein sjeldan får gjort gode effektstudiar før innføring. Det er difor avgjerande at ein steg for steg aukar kunnskapsgrunnlaget i nær kontakt med fagmiljøa og med kvantitative og kvalitative studiar. Det empiriske og brukarbaserte kunnskapsgrunnlaget vi har så langt, indikerer at e-konsultasjon egnar seg godt når pasienten er kjend frå før. I oppfølging av kjende problemstillingar

FIGUR 3. 2018: Videokonsultasjon mellom lege (fastlege/sjukehus) og innbyggjar utan integrasjon med journal («stand-alone»). Tekstkonsultasjon er integrert med journal (for ca. 30 prosent av fastlegane).



FIGUR 4. 2019: Målbilete: Video- og tekstkonsultasjon er integrert med timesyning/-tinging og journalløysinga. Journalverdig informasjon ingår automatisk i arbeidsflyten.



treng ein ofte ikkje supplerande fysisk undersøking og anamnesen/ den gode samtaLEN veg tyngst i val av digital kontaktform (16). Yrkesaktive og pasientar med nedsett rørslefridom melder tilbake at dei set stor pris på e-konsultasjon som alternativ til fysisk oppmøte. Pasientar med psykiske vanskar og ungdom likar tekstkonsultasjon fordi dei her får formulert seg i ro og mak om kva som er viktigast. Videokonsultasjon er aukande populært blant studentar som har flytta heimanfrå for å studera. Med det held studenten fast ved fastlegen si i ei viktig brytningstid. Ved alvorleg sjukdom og i palliativ samanheng har ein gode døme der fastlegen alternerer heimebesøk med oppfølging over video.

Innleiingsvis spør vi om digitalisering vil avlaste fastlegane og sikre berekrafta i fastlegeordninga. Berekrafta i ordninga er vel så avhengig av kva effekt handlingsplanen som Regjeringa legg fram våren 2020 vil føre til. Vi erfarer at video- og tekstkonsultasjon er kortare (seks til ti minutt), og redusert pågang på telefon gjev betre tid for dei som må bruke telefon eller møter fysisk i resepsjonen. I den samfunnsøkonomiske analyse vurderer vi at e-konsultasjon kan auke konsultasjonsvolumet samla sett. Då får vi ikkje ei avlastning på mengd konsultasjonar, men kanskje heller ei kvalitativ betre allmennlegeteneste verdt kostnaden pga. betre tilgjenge? I framtida kan e-konsultasjon, kombinert med triageringsverktøy som bl.a. utnyttar digitale tenester i Helsenorge, bidra til at innbyggjarar får meir innsikt i eigen helse. Slik kan listeinnbyggjarar gjera informerte val utan å konsultere fastlegen kvar gong helsebehovet melder seg.

Mengda av elektronisk kommunikasjon er aukande. Fastlegeevalueringa frå september går grundig inn i problemstillingar knytta til digitalisering av fastlegeordninga. Vi må møte og forstå utfordringar ved digital transformasjon og omstillingar. Samtidig må vi i fellesskap utforske kva som er mogleg og med det bidra til ei moderne og digitalisert fastlegeordning.

#### REFERANSER

1. EY og Vista Analyse (2019): Evaluering av fastlegeordningen. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).
2. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2018): e-konsultasjon hos fastlege og legevakt.
3. Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse (2019): To rapportar, e-konsultasjon og triage hos fastlege.
4. <https://helsenorge.no/om-min-helse>.
5. Meld. St. nr. 9 (2012–2013), Én innbygger – én journal. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).
6. Eric Topol (2019). Deep Medicine - How Artificial Intelligence Can Make Healthcare Human Again. Basic Books, New York.
7. Meld. St. nr. 7 (2019–2020), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).
8. Hemit-konferansen 2018, Pasientens netthelse-tjeneste. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no).
9. Normen, Faktaark 54 Videokonsultasjon. Direktoratet for e-helse [www.ehelse.no](http://www.ehelse.no).
10. Studentsamskipnaden i Oslo og Akershus. <http://www.sio.no/helse>.
11. Regionale utviklingsplanar fram mot 2035. Eksempel Helse Sør-Øst RHF.
12. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. [www.lovdata.no](http://www.lovdata.no).
13. Socialstyrelsen (2018): Digitala vårdtjänster–Övergripande principer för vård och behandling.
14. Direktoratet for e-helse (2017): Veileddning i god praksis for bruk av Digital Dialog Fastlege.
15. Forbrukarrådet (2018): Digital modenhet ved norske fastlegekontor.
16. Steinar Hunskár (2013): Lærebok i allmenmedisin, Gyldendal Akademisk.

JON-TORGEIR.LUNKE@EHELSE.NO



# Nätvård tycks inte avlasta

■ LINA MARIA ELLEGÅRD • Nationalekonomiska institutionen, Lunds universitet

■ GUSTAV KJELLSSON • Institutionen för nationalekonomi, Göteborgs universitet

**Skånska patienter som kontaktat nätvårdsföretag hade också fler kontakter med traditionell primärvård, visar en studie. Mer forskning måste genomföras för att komma närmare svaret på frågan om - eller när - nätvården kan ersätta kontakter med den traditionella vårdens.**

Det har blivit lättare att få kontakt med läkare i Sverige sedan 2016, då ett antal företag som erbjuder läkarkontakt via videomöten eller chat (bl a Kry, Min Doktor och Doktor.se) etablerade sig. Patienter kan i stort sett närsomhelst, till en låg eller obefintlig patientavgift, kontakta nätvården med hjälp av sin dator, surfplatta eller mobil. Den traditionella primärvården, som tillhandahålls av så kallade vårdcentraler (praktiker med ett flertal anställda läkare, sjuksköterskor m fl yrkeskategorier) anses på andra sidan ha tillgänglighetsproblem. Patienter upplever ofta svårigheter att komma i kontakt med sin *vårdcentral*, och väntetiden till besök kan vara lång.

Det finns beräkningar som tyder på att kostnaden för en kontakt med nätvården kan vara lägre än kostnaden för ett fysiskt besök hos den traditionella vårdens (1). Besök som görs i nätvården skulle därför kunna tjäna som avlastning av den traditionella primärvården. Denna möjlighet har lyfts fram av branschens företrädare både i Sverige och internationellt. Huruvida det stämmer bestäms emellertid av i vilken grad de digitala läkarkontakterna faktiskt ersätter fysiska läkarbesök, och i vilken grad de ersätter mindre resurskrävande vårdkontakter, såsom telefonkonsultationer med läkare, sjuksköterskebesök och telefonrådgivningstjänster.

Avlastningspotentialen påverkas också av att tillgängligheten till nätvård kan ha ökat individers benägenhet att överhuvudtaget söka vård (nätvård såväl som traditionell). Den ökade bekvämligheten – som ofta lyfts fram som en av nätvårdens stora fördelar – innebär att individer som upple-

ver sig ha ett vårdbehov numera möter ett lägre "pris" än tidigare för att kontakta vårdens (även om själva patientavgiften är densamma som före 2016). Således kan det hända att patienter numera kontaktar nätvårdsföretagens läkare för problem som de tidigare skulle ha behandlat med egenvård eller fått hjälp av en sjuksköterska med. Det är också möjligt att individer väljer att i första hand vända sig till en nätläkare även i de fall då en fysisk undersökning är nödvändig. Sammanfattningsvis kan alltså tillgången till nätvård leda till vårdkontakter som inte alls hade ägt rum om det inte funnits några nätläkare. Detta skulle innehålla ytterligare belastning snarare än avlastning av den traditionella vårdens.

## Analyser av nätvårdsanvändare

Det har tidigare fastställts att mindre barn och ungdomar, som inte betalar någon patientavgift alls, utgör en oproportionerligt stor andel av nätvårdspatienterna (2). Vidare visar en rapport från Jönköping Academy att 90 procent av de invånare i Region Jönköping som sökt nätvård inte hade andra vårdkontakter i den omkringliggande perioden (3). Eftersom andelen nätvårdsanvändare som skulle ha sökt, respektive inte sökt, annan vård om nätvården inte fanns är okänd, säger denna siffra dock ingenting om graden av avlastning. Att 90 procent inte hade någon annan kontakt skulle kunna innehålla *fullkomlig avlastning* – om alla individer i gruppens nätvårdsanvändare annars skulle ha sökt traditionell vård. Men det skulle också kunna innehålla *ingen avlastning* – om alla individer i gruppens som sökt nätvård annars skulle ha ägnat sig åt egenvård.

I en studie som publicerats i den svenska *Läkartidningen* har vi närmat oss svaret på frågan om nätvårdens avlastningspotential genom att studera hur antal kontakter med nätvården samvarierar med individers användning av traditionell primärvård i Region Skåne (4). Vi studerade ett representativt urval av skåningar och deras familjemedlemmar (födda 2014 eller

dessförinnan). Tre procent hade kontaktat nätvården någon gång under 2016–2018. Vi noterade stora skillnader mellan denna grupp och övriga individer; inte bara gällande ålder, utan även gällande förekomsten av diagnoser ställda i traditionell vård under tiden före nätvårdsföretagens etablering. Exempelvis hade de som senare kom att använda nätvård i lägre utsträckning diagnosticerats med hypertoni eller diabetes, men i högre utsträckning diagnosticerats med infektion, depression, ångest eller astma. Gruppen nätvårdsanvändare hade också kontaktat primärvården oftare under åren före nätvårdens etablering. Det tycks alltså inte vara så att gruppen som söker nätvård enbart består av ovanligt friska personer – åtminstone tycks de vara relativt benägna att söka vård.

Vi undersökte sedan hur antalet nätvårdskontakter samvarierade med antalet kontakter med traditionell primärvård samt antalet besök på sjukhusens akutmottagningar under perioden 2016–2018. Härför försökte vi att i så stor utsträckning som möjligt justera för de tidigare observerade skillnaderna mellan nätvårdspatienter och övriga individer. Dels skattade vi regressionsmodeller som justerade för tidigare diagnoser, ålder, kön, socioekonomi m.m. Dels jämförde vi varje individs vårdanvändning före respektive efter nätläkarnas etablering, för att på så sätt rensa bort effekten av individspecifika skillnader, exempelvis i benägenhet att söka vård. Vi gav också större vikt i analysen åt de individer i kontrollgruppen som var mycket lika nätvårdspatienterna med avseende på diagnoser etc.

## Mer av annan vård

Vi fann att nätvårdspatienterna kontakterade den traditionella primärvården oftare än övriga skåningar även 2016–2018, och vi fann inga tecken på att de besökte akutmottagningar mer sällan. Enligt våra skattningar är två nätvårdskontakter förknippade med tre extra konsultationer i skånsk primärvård, varav ett fysiskt besök och två telefonkonsultationer. Detta gäller sam-

# traditionell primärvård

mantaget för kontakter med läkare, sjuksköterska och övriga personal (psykologer, kuratorer, fysioterapeuter, naprapater m fl). Sett till enbart kontakter med läkare är tre nätvårdskontakter förknippade med två extra läkarkonsultationer, främst via telefon.

Sammanfattningsvis tycks det alltså finnas en grupp individer som är relativt benägna att söka vård (av hälsoskäl eller andra skäl); denna grupp använder redan tidigare mycket traditionell vård, och har efter nätläkarnas etablering inte minskat sin konsumtion av traditionell vård - men söker nu dessutom nätvård. Resultaten tyder inte på att den traditionella vårdens avlastas. En förklaring till att individer med fler nätvårdsbesök även haft fler kontakter med den traditionella vårdens kan vara att de i sina kontakter med nätvården fått rådet att ta kontakt med traditionella vårdar, även i sådana fall då de i avsaknad av nätvård inte skulle ha sökt någon vård.

Resultaten ska dock inte tolkas som sluttliga bevis för att nätvården inte avlastar den traditionella. Även om vår studiedesign kontrollerar för skillnader i benägenhet att söka vård – antingen på grund av sjukdomstillstånd eller hypokondri – som är konstanta över tid, kan designen inte helt eliminera selektionsproblemet. En individens benägenhet att söka såväl nätabse-

rad som traditionell vård kan vara tillförligt förhöjd av kortvariga hälsoproblem. Ett exempel skulle kunna vara att man just under denna period fått en stor förkylning som inte kan förutsägas av ens tidigare sjukdomshistoria eller andra bakgrundsvariabler vi justerat för. Det ska förvisso sägas att resultaten kvarstår när vi jämför nätvårdsanvändare med en selekterad kontrollgrupp av relativt sjuka individer, närmare bestämt dem som besökt den traditionella vårdens minst en gång under uppföljningsperioden. Och även om vi kan ha underskattat nätvårdens avlastningspotential, är skattningarna långt ifrån att antyda att varje nätvårdsbesök ersätter ett läkarbesök i traditionell vård.

## Mer forskning behövs

På ett sätt kan resultaten ses som positiva angående möjligheten till avlastning: om gruppens nätvårdsanvändare bara hade bestått av personer som annars inte skulle ha besökt vårdens skulle det ju definitivt inte kunna bli tal om någon avlastning. Med andra ord, en förutsättning för att nätvården ska kunna avlasta den traditionella vårdens är att den tar hand om patienter som hade sökt vård oavsett, snarare än att den attraherar helt nya grupper av vårdsökare.

I kommande forskning kommer vi att använda kvasiexperimentella metoder för att komma närmare svaret på frågan om - eller när - nätvården kan ersätta kontakter med den traditionella vårdens. Vi kommer också att undersöka flera regioner än Skåne, och därmed undersöka generaliseringen i dessa första resultat. Slutligen kommer vi även kunna studera de allra yngsta individerna, som utgör en stor del av nätvårdens patienter, men var underrepresenterade i vår studiekohort.

## REFERENSER

1. B. Ekman, «Cost Analysis of a Digital Health Care Model in Sweden», *PharmacoEconomics Open*, vol. 2, nr 3, s. 347–354, sep. 2018.
2. SOU 2018:55, «Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämförande perspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning». Statens offentliga utredningar (SOU) 2018: 55.
3. F. Gabrielsson-Järhult, K. Areskoug-Josefsson, och P. Kammerlid, «Digitala vårdmöten med läkare. Rapport av kvantitativ och kvalitativ studie», Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, School of Health and Welfare, Jönköping University, 20190923, 2019.
4. L. M. Ellegård och G. Kjellson, «Nätvårdsanvändare i Skåne kontaktar oftare vårdcentral och gör inte färre akutbesök», *Läkartidningen*, vol. 116, 2019.

■ LINAMARIA.ELLEGARD@NEK.LU.SE

■ GUSTAV.KJELLSSON@ECONOMICS.GU.SE

*En ny studie visar hur antal kontakter med nätvården samvarierar med individers användning av traditionell primärvård i Region Skåne.*

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



# Forsøket med primær – endring å spore?

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

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

**Forsøket med primærhelseteam (PHT) startet 1. april 2018 og det er nylig bestemt at det skal utvides både i omfang og varighet. Det er ulike og til dels sterke meninger om PHT-forsøket, og utvilsomt stor interesse for resultatene så langt.**

Vi er blitt utfordret av *Utposten* til å skrive om PHT-forsøket – spesifikt om grensesnittet mot øvrige kommunale tjenester, og hvorvidt PHT reduserer behovet for fastleger. Hvorfor oss, tenker du kanskje? Fordi vi er med på å evaluere forsøket sammen med forskere fra Universitetet i Oslo og Oslo Economics på oppdrag fra Helsedirektoratet.

## Forsøk ut mars 2023

Vi har fulgt PHT-forsøket fra starten og så langt skrevet to statusrapporter om det. Den første (1) beskriver utgangspunktet og forventninger til forsøket, mens den andre (2) beskriver foreløpige endringer etter drøyt ett år i et forsøk som skal være ut mars 2023. Det vi skriver om her er altså basert på foreløpige funn og pågående forskning.

Målet med forsøket er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn dagens fastlegeordning. Alle listeinnbyggere er i målgruppen, men PHT skal særlig rettes mot pasienter med kronisk sykdom, de med store og sammensatte behov og svake etterspørre. I statusrapportene (1, 2) kan du lese mer om målgruppene, ønskede effektmål, datamaterialet, foreløpige funn og metodiske utfordringer knyttet til det å evaluere et ikke-randomisert forsøk med mange seleksjonsskjevheter.

Denne artikkelen bygger på to runder med kvalitative intervju. Den første intervjurunden ble gjort ved oppstart av forsøket og inkluderer 51 intervju med 101 informanter. Den andre runden ble gjort våren 2019 og inkluderer 59 intervju med 109 informanter. Informantene jobber ved

legekontorene i forsøket og er i all hovedsak de samme i begge runder. Intervjuene er transkribert og analysert med utgangspunkt i Framework Method (3).

## Fastlegekontoret som empirisk ramme

PHT-forsøket prøver ut teamorganisering hvor PHT er avgrenset til å inkludere fastleger, sykepleiere og helsesekretærer. Forsøket tilfører finansiering for sykepleierressursen i størrelsesordenen én sykepleier pr. tre fastleger og prøver ut to alternative finansieringsmodeller. Ved det enkelte legekontor ledes forsøket av en fastlege (PHT-leder).

Tidligere studier har vist at det er organisatorisk fleksibilitet i fastlegeordningen som åpner for ulike eier- og driftsformer i

norske legekontor (4). Hovedmodellen er basert på privat næringsdrift. I PHT-forsøket deltar ni kommuner med til sammen 13 legekontor (TABELL 1). Kommunen eier seks av disse legekontorene, mens sju er privat eid. I 2020 utvides forsøket med fire nye private legekontor i tre av kommunene i forsøket. Legekontoret er den empiriske rammen. Vi har lite forskningsbasert kunnskap om det indre livet på norske legekontorer.

## Grensearbeid og PHT

Mørk (4) ser PHT-forsøket som et godt eksempel på det Langley og medarbeidere (5) kaller samarbeidsorientert grensearbeid. Arbeidet handler om hvordan grupper, profesjoner og organisasjoner trekker på, forhandler om – og nedtoner betydningen av – grensene mot andre grupper i forsøk på å få til bedre samarbeid, koordinering og oppgaveløsning. Partene forstår godt at tydelighet når det gjelder ansvar og koordinering er viktig. Likevel jobber de på tvers av grensene for å finne bedre løsninger for

TABELL 1. Kjennetegn ved legekontor og personell i PHT-forsøket.

	KATEGORI	ANTALL
Legekontor i PHT-forsøket		
Eierskap	Kommunale	6
	Privat	7
	Totalt	13
Kommunestørrelse (pr. 1.1.2019)	Under 5 000 innbyggere	1
	[5 000 – 20 000] innbyggere	4
	Over 20 000 innbyggere	4
	Totalt	13
Personell i PHT-forsøket (pr. 1.1.2019)	Fastleger	86
	PHT-sykepleiere	27
	Helsesekretærer	50*

\* Angir usikkert tall

# helseteam



Sykepleiere på legekontor er ikke nødvendigvis noe nytt viser PHT-forsøket. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

pasientene og samfunnet – selv om det kan innebære endring av jurisdiksjon (dvs. ulike profesjoners faglige kontroll).

Det er grunn til å tro at grensearbeid foregår kontinuerlig ved norske legekontor, uavhengig av om legekontoret er med i PHT-forsøket eller ikke. PHT-forsøket gir dette grensearbeidet ressurser og rammer. Det er trolig rimelig å anta at omfanget og behovet for grensearbeid vil være mindre ved legekontor som allerede har sykepleiere i sin stab og ved de kommunale legekontorene fordi de allerede er en del av den kommunale organisasjonen. Grensearbeid var ikke et tema informantene ble spurta direkte om i den første intervjurunden. Det ble likevel et tema i mange intervjuer. Informantene antok at det særlig ville være behov for å gå opp grenser mellom fastlege og PHT-sykepleier og mellom PHT og øvrig helsetjeneste.

## Grensearbeid mellom fastlege og PHT-sykepleier

Sykepleiere på legekontor blir gjerne trukket fram som noe nytt med PHT. Men sykepleiere på legekontor er ikke nødvendigvis nytt. Hele ni av de 13 legekontorene i forsøket hadde sykepleiere fra før – med høyest ulike oppgaver. Noen gjorde i all hovedsak helsesekretær oppgaver, mens andre mest gjorde prosedyrer som utløste legetakst. Noen av disse ble PHT-sykepleiere i forsøket, men de fleste PHT-sykepleierne er nyttsatt.

Innholdet i grensearbeidet kan bli noe annerledes ved et legekontor som har hatt sykepleier i årevis sammenliknet med et legekontor hvor sykepleier er nytt. Førstnevnte har allerede gått opp noen grenser og gjort avklaringer. Deltakelsen i PHT-forsøket hvor fokus skal rettes mot klart definerte målgrupper er imidlertid ny for alle.

Forventninger om teamarbeid, hvor sykepleierkompetansen inngår, er tydeliggjort. Sykepleierens posisjon er annerledes blant annet ved at de finansieres på en ny måte.

Ved starten av PHT-forsøket var det særlig ved ett legekontor en oppfatning at de allerede jobbet som PHT. De ble med i PHT-forsøket fordi de ville prøve ut en finansieringsmåte som de antok passet bedre med måten de allerede jobbet på. Vi observerer at det også ved dette legekontoret har skjedd endringer. PHT-forsøket gir endringsimpulser som så langt ser ut til å være positive for pasienter i målgruppen.

Så godt som alle legekontor i PHT-forsøket har valgt å fokusere på pasienter med diabetes, KOLS, rus- og psykiske lidelser, samt eldre pasienter, gjerne beskrevet som multisyke eller skrøpelige. Rundt halvparten følger opp pasienter med astma, psykisk utviklingsforstyrrelse og fedme. Infor-

mantene er samstemte om at fastlegen har det medisinske ansvaret for pasientene som følges opp av PHT og står ansvarlig for medisinske beslutninger.

Ved legekontor som ikke hadde sykepleiere før forsøket, har sykepleiere måttet jobbe opp tillet fordi de er en ny gruppe, de har en individuell kompetanse og legene har vært usikre på hva sykepleierne kan gjøre. Ved legekontor som har hatt sykepleiere lenge, har PHT-sykepleiere liknende erfaringer, men også opplevelsen av å ha legenes tillit fra starten. En utfordring som løftes fram i intervjuene, handler om manglende deltakelse og interesse for PHT blant enkeltleger.

#### **I stedet for eller i tillegg til fastlegen**

Forsøket gjennomføres i en tid med krise i fastlegeordningen med for få og overarbeide fastleger (6). Da skal det godt gjøres å komme ut med resultat fra PHT-forsøket som tyder på at det trengs færre fastleger. Funn så langt tyder på at PHT-sykepleierernes arbeid i hovedsak kommer i tillegg til fastlegen. De bidrar med mer struktur, systematikk og kvalitet, spesielt i oppfølgingen av pasienter med kronisk sykdom. Det inkluderer å imøtekommne pasienters behov for motivasjon, veiledning og mestring. PHT-sykepleiere har avdekket feilmedisinering, feil medisinbruk og tilfeller av feildiagnostisering. Informantene mener at sykepleierressursen gir mer tid til pasienter og pårørende, mer hjemmesøk og bedre kommunikasjon og koordinering med andre tjenester. PHT-sykepleier fanger gjerne opp andre ting enn det legen gjør, og tilgangen til sykepleier gjør at det raskere kan settes i verk nødvendige tiltak. Noen leger fortalte også at PHT-sykepleierne avlaster dem med blant annet tidkrevende utredning, prosedyrer, dokumentasjon og kommunikasjon. Én lege trakk fram at det mest verdifulle med PHT er å ikke lenger stå alene om utfordrende pasienter. Tiden vil vise om trenden med sykepleierne i tillegg til heller enn i stedet for fastlegen vedvarer utover i forsøket.

#### **Grensearbeid mellom PHT og øvrig helsetjeneste**

I den andre intervjurunden spurte vi informantene om hva som har endret seg i samhandlingen med øvrig helsetjeneste utenfor legekontoret, men det er ikke spurt innngående om dette. Temaet vil bli mer systematisk belyst når forsøket har vart litt lengre og fokus kan flyttes fra interne forhold på legekontoret til eksterne samarbeidsparter. Det vi presenterer er derfor høyst foreløpige funn.

#### **Sykepleier som bindeledd**

Ved legekontor som ikke hadde sykepleier før PHT-forsøket, som i all hovedsak gjelder private legekontor i folkerike kommuner, har sykepleiers inntreden ført til bedre samhandling og samarbeid med kommunale tjenester. PHT-sykepleier blir et bindeledd som gjør fastlegene mer tilgjengelige for de øvrige tjenestene. Særlig kommer dette pasienter som trenger kommunale omsorgstjenester til gode. PHT-sykepleier bidrar ved å være orientert om tilgjengelige tilbud, følge opp og tale pasientenes sak i ulike sammenhenger.

#### **PHT skal ikke overta kommunale oppgaver**

En PHT-leder fortalte at de har vært tydelig overfor kommunen om at PHT-sykepleierne ikke skal overta hjemmesykepleiens eller psykiatritjenestens oppgaver, fordi det potensielt vil skape problemer når forsøket er over. Forsøket er midlertidig, og det er usikkert hvilke ressurser legekontoret vil ha etter at det er avsluttet.

#### **Synergier**

Ved flere legekontor har grensearbeidet handlet om hvor mye PHT-sykepleier skal involveres i pasienter der hjemmesykepleien også er involvert. Ved ett legekontor startet man ut med den holdningen at PHT-sykepleier ikke skulle befatte seg mye for å unngå dobbeltarbeid. Likevel har man sett at et tett samarbeid med hjemmesykepleien er nyttig. De som tildeler omsorgstjenester kjenner til PHT og tar gjerne kontakt med legekontoret om enkelpasienter. Gjennom dialog med PHT-sykepleier kan kartlegging, funksjonsnivåbeskrivelser og søknadsprosess effektiviseres, slik at pasienter tildeles omsorgstjenester raskere. Slik jobbet de ikke sammen før.

En PHT-leder ved et annet legekontor fortalte også om godt samarbeid med hjemmesykepleien fordi de ser at PHT-sykepleier kan fylle et tomrom. Når PHT-sykepleier og hjemmesykepleier drar sammen hjem til pasienter, gjør de forskjellige ting. PHT-sykepleier har med seg utstyr, og det kan tas flere prøver enn det hjemmesykepleieren gjør. PHT-sykepleier kan hjelpe til med sårstell og kan koble opp videokonsultasjon med sårpoliklinikk på sykehuet. Ved et annet legekontor så man ikke samme synergier. Her snakket en PHT-sykepleier med spesialkompetanse på sårbehandling om at hun kunne vært brukt mer av hjemmesykepleien. Men det ligger en barriere i finansieringssystemet som gjør at hvis hun drar på hjemmebesøk for å behandle sår, så må pasienten betale egenandel. Hvis hjemmesykepleien gjør det, er det gratis

for pasienten. Det ble videre fortalt om nytablert samarbeid mellom PHT-sykepleier og frisklivssentral, fysioterapeut og ergoterapeut.

PHT-leder ved ett kommunalt legekontor var opptatt av at hele den kommunale helsetjenesten skal fungere som et team. Hun fortalte at det som del av PHT-forsøket hadde vært arrangert felles fagdag hvor legekontoret og store deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten deltok. De delte inn arbeidsgrupper ledet av en lege med medlemmer fra legekontoret og øvrig helse-tjeneste. Poenget med slike bredt favnende grupper var å sikre forankring av PHT og komme fram til oppgaver som kan gjøres i PHT, og som ikke overlappet eksisterende tilbud i kommunen. Gruppearbeidet resulterte i at en sykepleier fra hjemmetjenesten ble tilsatt i en 40 prosent stilling i PHT for å drive rehabilitering og forebygging ved å ivareta skrøpelige eldre på en potensielt bedre måte. Det resulterte også i et nytt opplegg for pasienter med funksjonsnedsettelse, hvor én av legene skal dra ut og gjøre undersøkelser, slik at pasienter slipper å komme til legekontoret for dette.

#### **Barriérer i informasjonsutvekslingen**

Flerere informanter fortalte at det er ønskelig, men foreløpig ikke mulig, at PHT-sykepleier skal kunne kommunisere direkte som seg selv via PLO-meldinger. Det ble også fortalt om vansker med å skaffe oversikt over pasienter skrevet ut fra sykehues og kommunale korttidsplasser med et hjelpebehov. Én PHT-leder fortalte at de ikke har lyktes med å få utskrivningsmeldinger fra kommunens tildelingskontor. Ved ett legekontor hvor to av legene er tilsynsleger ved kommunens sykehjem, planla man å sette pasienter som skrives ut fra rehabiliteringsavdelingen på sykehjemmet direkte opp i timeboka til PHT-sykepleierne, slik at de kan dra på hjemmebesøk innen en uke. Opplegget er tenkt utvidet til alle som bor i kommunen, ikke bare til dem som sogner til det aktuelle kommunale legekontoret i PHT-forsøket.

#### **PHT og spesialisthelsetjenesten**

Hovedinntrykket så langt i PHT-forsøket er at det ikke har skjedd store endringer i fastlegenes og legekontorenes samhandling med spesialisthelsetjenesten. Flere PHT-sykepleiere fortalte i den andre intervjurunden at de har minimalt med spesialisthelsetjenesten å gjøre. Det ble imidlertid gitt noen spredte eksempler på bedre samhandling. Én PHT-leder fortalte at Kolspasienter ikke har hatt noe tilbud ved lungepoliklinikken ved sykehuet fordi de har hatt lav

kapasitet, og at de derfor er veldig positive til at KOLS er prioritert av PHT. Hvorvidt bedret KOLS-oppfølging fører til færre sykehussinnleggelse er for tidlig å si.

Når det gjelder diabetespasienter, var inntrykket ved flere legekontor at de heller vil gå til kontroll ved legekontoret framfor diabetespoliklinikken på sykehuset. Dette må ses i lys av at det er informanter ved legekontoret og ikke sykehuset som uttaler seg. Ved ett legekontor ble det fortalt at PHT-sykepleierne har veldig god kontakt med sykehuset, og ringer og rádfører seg i enkelt-situasjoner. Det gir også legekontoret tettere kontakt med spesialisthelsetjenesten.

Det ble ellers gitt eksempler på at PHT-sykepleier har deltatt i tverrfaglige møter på sykehus som leger ikke har hatt mulighet til, at de har tatt en koordinatorrolle for ansvarsgrupper, og at de har ledsaget pasienter til møter med NAV. Flere leger fortalte at PHT-sykepleier bidro til bedre henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

## Oppsummering

Denne artikkelen bygger på et omfattende datamateriale fra to runder med intervjuer

med personell ved 13 legekontor i PHT-forsøket. Artikkelen gir innblikk i opplevde endringer i grensesnittet mellom husholdningsvis fastleger og PHT-sykepleiere og mellom legekontorene i forsøket og øvrige helsetjenester. Så langt er det lite som tyder på at PHT reduserer behovet for fastleger. *Utpostens* lesere har tidligere hatt glede av å lese Aleksander Sandnes sin beskrivelse av PHT og endringer ved Sørlandsparken legesenter (7). Dette er beskrivelser underveis i et forsøk som fortsatt skal være i flere år. Neste fase i evalueringen vil i hovedsak ha oppmerksomheten rettet mot opplevde og observerbare endringer blant pasienter som mottar tjenester fra PHT. Vi understreker at det er for tidlig å trekke bastante konklusjoner om PHT.

## REFERANSER

1. Universitetet i Oslo, Oslo Economic og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. (2018) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport I. Oslo: Helsedirektoratet.
2. Abelsen B, Gaski M, Godager G, Iversen T, Løyland HI, Pedersen K, Snilsberg Ø, Sten-Gahmberg S, Sæther EM. (2019) Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II. Oslo: Helsedirektoratet.
3. Ritchie J, Spencer L. (1994) Qualitative data analysis for applied policy research. I A. Bryman, R. G. Burgess, (red). Analyzing Qualitative Data. London: Routledge, s. 173–194.
4. Mørk BE. Endringer fører til grensearbeid. Dagens medisin, 15.12.2019.
5. Langley A, Lindberg K, Mørk BE, Nicolini D, Ravivola E, Walther L. Boundary work in and among groups, occupations and organizations – From geography to process. Academy of Management Annals, 2019, 13 (2), 704–736.
6. Evaluering av fastlegeordningen. (2019). Oslo: EY og Vista Analyse.
7. Sandnes A. Primærhelseteam Sørlandsparken – en beskrivelse hos oss et år ut i prosjektet. Utposten, 2019, 48, 5, 36–38.

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO

■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO

Forsøket med primærhelseteam (PHT) blir evaluert av Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distrikts-medisin, Universitetet i Tromsø Norges arktiske universitet og Oslo Economics. Evalueringen er et oppdrag fra Helsedirektoratet. Selv om vi står som forfattere av denne artikkelen, så er innhold og analyser del av en større helhet hvor hele evalueringsteamet har bidratt.

# Hvordan kan fastlegen hjelpe de 'usynlige barna'?

## Barn som pårørende, et utfordrende tema i samtaler mellom fastlegen og syke foreldre

■ MARIT HAFTING • dr. med., spesialist i barne- og ungdompsykiatri, overlege ved BUP Voss, Helse-Bergen HF

■ FRØYDIS GULLBRAÅ • ph.d., spesialist i allmennmedisin, allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), NORCE, Bergen, fastlege og kommuneoverlege i Modalen

■ TONE SMITH-SIVERTSEN • dr. med., spesialist i allmennmedisin, allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE), NORCE, Bergen

Konstituert overlege ved Bjørgvin allmennpsykiatriske poliklinikk ved Kronstad DPS, Helse-Bergen HF

**For barn av syke foreldre kan det være avgjørende at helsepersonell oppdager dem og tilbyr riktig hjelp.**

Både fastleger og foreldre er imidlertid ofte ambivalente til at barnas situasjon blir tatt opp som tema dem imellom, noe som kan komme i veien for at barna får nødvendig hjelp. Forskningsprosjektet *Barn som pårørende i fastlegetjenesten* har blant annet resultert i råd til fastlegene om hvordan de kan håndtere denne ambivalansen slik at det kommer barna til gode.

I 2010 kom nye lovparagrafer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven (SE RAMME) som lover rettigheter for mindreårige barn som pårørende. Ifølge helsepersonelloven skal helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter med psykisk sykdom, alvorlig somatisk sykdom og/eller rusproblemer avklare om pasientene har barn og sikre at barna får nødvendig informasjon og oppfølging. Det skal skje på foreldrenes samtykke. Dette vil i stor grad dreie seg om friske barn, men mange av dem har utfordringer i hverdagen og er i risiko for psykososiale vansker framover (1, 2, 3, 4, 5). Å sikre at disse barna får oppfølging er et viktig helsefremmende og forebyggende arbeid som bør prioriteres høyt.

### Prosjektet «Barn som pårørende i fastlegetjenesten»

Både *Utposten* og *Tidsskriftet* har de siste 10-15 årene hatt bidrag (6, 7, 8, 9, 10) som alle

peker på viktigheten av at barna blir sett av helsearbeiderne foreldrene møter. Foreldre i den aktuelle gruppen har fastlege, og mange har jevnlig kontakt med legen sin. Posisjonen som fastlege gir gode forutsetninger for å etterkomme lovens pålegg. Det er imidlertid utfordringer i overgangen fra

lov til implementering. Forskergruppen Barn som pårørende i fastlegetjenesten, tilsluttet Uni Helse i Bergen (nå NORCE), fikk derfor finansiering fra Norges forskningsråd og Helse Vest til å gjennomføre et forskningsprosjekt der formålet var å undersøke muligheter og begrensninger fastlegetje-

### AKTUELLE LOVER/FORSKRIFTER

#### **Helsepersonelloven §10.a**

**Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.**  
Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet:

- samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledering om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale
- inhøre samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig
- bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, ges informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal ges i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

#### **Helsepersonelloven § 25.**

#### **Opplysninger til samarbeidende personell 3. ledd**

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger ges til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven § 10 a.

#### **Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a**

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell. Barneansvarlig personell skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige som er pårørende barn eller søsken av psykisk sykdom, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter, eller er etterlatte barn eller søsken etter slike pasienter.

#### **Forskrift om pasientjournal § 8.**

#### **(Krav til journalens innhold)**

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

Opplysninger om hvorvidt pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn.



nesten gir til å følge opp lovpålegget. Prosjektet hadde fem delprosjekter, hvorav de tre første inngikk i et PhD-prosjekt (11). Vi gjennomførte kvalitative analyser av fokusgruppeintervjuer med fastleger (12) og ungdom (13) og individualintervjuer med syke eller rusmisbrukende foreldre (14). I tillegg gjennomførte vi en nettbasert spørreundersøkelse blant fastleger basert på hypotesene fra de tre foregående delprosjektene (15), og en oppsummerende artikkel (16). Den sjette og siste artikkelen fra prosjektet ble publisert i 2019 (17).

## Resultater fra prosjektet

Fastlegene fortalte at de ofte var i en god posisjon til å kunne ta opp barnas situasjon i konsultasjoner med foreldrene og å støtte dem med foreldreoppdragene. Ungdommene vi intervjuet ønsket også at fastlegen skulle ta opp hjemmesituasjonen deres. Foreldrene uttrykte bekymring for barna sine, og de ønsket å snakke om dem med fastleggen, men de ville at fastleggen skulle ta initiativet. Likevel forble barna ofte «usynlige» (6) på legekontoret når foreldrene konsulterte fastlegene for sine egne helseproblemer. I en sekundær analyse av resultatene fra de fire første delstudiene fant vi (16) holdepunkter for at det ofte var en gjensidig ambivalens mellom fastleger og foreldre med hensyn til å ta opp barnas situasjon i samtalene. Analysen gav også hypoteser om hvordan fastleger kan håndtere denne ambivalensen i konsultasjonene.

Noen foreldre opplevde det vanskelig å

ta opp hjemmesituasjonen, fordi de da kunne avsløre at de ikke var gode nok foreldre. Frykten for at barnevernet skulle ta fra dem omsorgen kunne ligge bak. Noen var i tillegg usikre på om barna hadde godt av å bli orientert om problemene deres, «det barn ikke vet, har de ikke vondt av». For mange var nettopp foreldrerollen og familielivet viktig for å beholde verdigheten og den sosiale tilhørigheten. Det å fungere som foreldre kan gi mestringsfølelse og mening, og derved hjelpe de syke foreldrene til tilfriskning og rehabilitering (18).

Fastlegene fortalte oss at rammene i fastlejetjenesten, med travle kontordager og korte konsultasjoner, ble en barriere som gjorde det vanskelig å snakke om barna. Et annet problem var at medlemmene av samme familie kunne ha forskjellige fastleger. Svarene fra spørreundersøkelsen (15) tydet på at fastlegene opplevde det som sitt ansvar å følge opp barna når de stod på samme liste som den syke forelderen, men ikke dersom barna stod på en annen fastleges liste. Mange leger lot være å ta opp barnas situasjon, fordi de tenkte at de da kunne legge stein til byrden til foreldre som allerede hadde det vanskelig. De tenkte at pasienter som kom til dem for å få hjelp og støtte i en tung hverdag, lett kunne oppleve at legen la skylden på dem for at familien hadde det strevsomt. Legene var også opptatt av risikoen for å miste pasientenes tillit, eventuelt at de ville forlate lista og gå til en annen, ukjent lege. De mente at mange av disse pasientene nettopp hadde behov for kontinuitet i lege-pasientforholdet.

## Hvordan håndtere den gjensidige ambivalansen?

Intervjumaterialet inneholdt refleksjoner og kasusbeskrivelser av hvordan legene kunne håndtere og bøte på denne ambivalansen, og derved bringe barne- og familiefokuset inn i konsultasjonene med foreldrene. I utgangspunktet bør fastlegen gå ut fra at foreldrene både ønsker hjelp og strever for å oppnå det beste for barna. I tillegg må legen vurdere arbeidsalliansen med foreldrene og om foreldrene har den nødvendige tilliten til dem til at temaet kan bli tatt opp. De må ha kunnskap om temaet, f.eks. om de daglige utfordringene disse barna kan være utsatt for, og erfaring i å snakke med barn. Rådene er kondensert til seks punkter:

- Anerkjenn foreldrenes anstrengelse for å opprettholde et vanlig familieliv.
- Husk at mange foreldre ønsker å snakke om barnas situasjon, men vil at fastlegen tar initiativet til samtalen.
- Spør foreldrene respektfullt og åpent om de ønsker en samtale om hvordan barna har det.
- Orienter deg omkring det lokale hjelpeapparatet og relevante støtteordninger.
- Skaff deg erfaring med å snakke med barn.
- Vær aktiv i samarbeidet med andre hjelpeinstanser rundt en familie med vasker.
- Flere av disse elementene er kjent fra forskning fra spesialist- og allmennlegetjenesten (19, 20). Vårt bidrag i de to siste artiklene (16, 17) er forslag til hvordan innsatsen kan inkorporeres i en klinisk hverdag i allmennpraksis.

Fastlegene kan være i en nøkkelposisjon for å fange opp de «usynlige barna». Likevel kan det ta tid å oppnå den nødvendige tilliten hos foreldrene til å kunne snakke om barnas situasjon og deretter komme i posisjon for å hjelpe (17). Det er i tillegg viktig at fastlegene er seg bevisst de begrensninger som deres arbeidsbetingelser gir, og søker samarbeid med andre hjelppere i arbeidet for å sikre barns utviklingsfremmende oppvekstbetingelser og beskyttelse mot omsorgssvikt. Barna må prioriteres og kan ofte ikke vente (7).

## REFERANSER

1. Reupert AE, Maybery D, Kowalenko NM. Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *Med J Aust* 2013; 199(3 Suppl): 7–9.
2. Ellis SJ, Wakefield CE, Antill G, Burns M, Patterson P. Supporting children facing a parent's cancer diagnosis: a systematic review of children's psychosocial needs and existing interventions. *Eur J Cancer* 2017; 26(1). doi: 10.1111/ecc.12432
3. Rossow I, Felix L, Keating P, McCambridge J. Parental drinking and adverse outcomes in children: A scoping review of cohort studies. *Drug Alcohol Rev* 2016; 35(4): 397–405. doi: 10.1111/dar.12319.
4. Trondsen MV. Living with a mentally ill parent: exploring adolescents' experiences and perspectives. *Qual Health Res* 2012; 22(2): 174–88. doi: 10.1177/1049732311420736.
5. Werner A, Malterud K. Children of parents with alcohol problems performing normality: A qualitative interview study about unmet needs for professional support. *Int J Qual Stud Health Well-being* 2016; 11: 30673. doi: 10.3402/qhw.v11.30673.
6. Gullbrå F, Hafting M. Fastlegen si rolle når barn er pårørende. *Utposten*, 42 (5) 2013.
7. Iden K.R Med blikk for de usynlige barna. Interview med Frøydis Gullbrå. *Utposten* 47 (7) 2018
8. Rimehaug T, Børstad JM, Helmersberg I, Wold JE. De «usynlige» barna. *Tidsskr Nor Legeforen* 2006; 126: 1493–4.
9. Alnes NH. Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1541–2. doi: 10.4045/tidsskr.09.1428.
10. Mjølstad BP. Barn i blindsonen. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013; 133: 1429–30. doi: 10.4045/tidsskr.13.0688.
11. Gullbrå F. Children as next of kin and the general practitioner. A qualitative study about the general practitioner's opportunity to help. (PhD avhandling). Bergen: University of Bergen 2017.
12. Gullbrå F, Smith-Sivertsen T, Rortveit G, Anderssen N, Hafting M. To give the invisible child priority: children as next of kin in general practice. *Scand J Prim Health Care* 2014; 32(1): 17–23. doi: 10.3109/02813432.2014.874133.
13. Gullbrå F, Smith-Sivertsen T, Graungaard AH, Rortveit G, Hafting M. How can the general practitioner support adolescent children of ill or substance-abusing parents? A qualitative study among adolescents. *Scand J Prim Health Care* 2016; 34 (4): 360–7. doi: 10.1080/02813432.2016.1253819.
14. Gullbrå F, Smith-Sivertsen T, Rortveit G, Anderssen N, Hafting M. Ill and substance-abusing parents: how can the general practitioner help their children? A qualitative study. *BMC Family Practice* 2016; 17: 154. doi: 10.1186/s128875-016-0553-5.
15. Hafting M, Anderssen N, Gullbra F, Rortveit G, Smith-Sivertsen, T. Fastlegen i møte med barn som pårørende. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2018. doi: 10.18261/issn.2464-3076-2018-03-02.
16. Hafting M, Gullbra F, Anderssen N, Rortveit G, Smith-Sivertsen T, van Doesum K. Overcoming Clinician and Parent Ambivalence: General Practitioners' Support of Children of Parents with Physical and Mental Illness or/and Substance Abuse. *Front Psychiatry* 2018; 9: 724. doi: 10.3389/psy.2018.00724
17. Hafting M, Gullbra F, Anderssen N, Rortveit G, Smith-Sivertsen T, Malterud K. Burdened parents sharing their concerns for their children with the doctor. *Scand. J. Prim. Health Care* 2019. Sep; 37(3): 327–334. doi: 10.1080/02813432.2019.1639907. Epub 2019 JUL 16.
18. Van der Ende PC, van Busschbach JT, Nicholson J, Korevaar EL, van Weeghel J. Strategies for parenting by mothers and fathers with a mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016; 23: 86–97. doi: 10.1111/jpm.12283.
19. Reupert A, Williamson C, Maybery D. How family orientated are primary care physicians? *J Clin Fam Stud* 2016; 26: 329–35. 10.1007/s10826-016-0558-7.
20. Lauritzen C, Reedtz C, Van Doesum K, Martinussen M. Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness. *J Child Fam Stud.* (2015) 24:864–71. 10.1007/s10826-013-9895-y.

■ MARIT.HAFTING@UNI.NO

# Pasientenes legemiddelliste – en statusrapport

■ ESPEN HETTY CARLSEN • Programleder i Direktoratet for e-helse, Legemiddelprogrammet



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX/MANIPULERT

Helsepersonell på alle omsorgsnivå bruker mye tid på å få oversikt over hvilke legemidler pasientene faktisk bruker. En felles oversikt over pasientens legemidler vil bidra til mindre tidsbruk og økt pasientsikkerhet. Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Norsk Helsenett jobber sammen med sektoren om prosjektet pasientens legemiddelliste, og skal snart begynne utprøving av den tekniske løsningen. Før dette innføres er det viktige forberedelser alle leger og andre rekvirenter kan gjøre.

## Farlig feilbruk av legemidler

Det er estimert at om lag 1000 pasienter dør hvert år som følge av bivirkninger og uheldig bruk av legemidler i Norge (1), og 15 prosent av pasientkader knyttet til innleggelse i spesialisthelsetjenesten skyldes feil legemiddelbruk (2). Noe av dette kan skyldes at det i dag finnes en rekke ulike kilder til legemiddelinformasjon, og det gir mangelfull informasjonsflyt om pasientenes legemiddelbehandling i helsetjenesten.

## Opprydning og oppdatering kan starte allerede nå

I oktober 2019 var andelen pasienter med doble resepter i Reseptformidleren 13,5 prosent, det vil si at pasienten hadde flere resepter på samme legemiddel. Dette mener vi er alt for mange. Direktoratet for e-helse har foretatt analyser som tilsier at det kan antas at det bør være ca. 2,5 prosent av pasientene som har doble resepter i Reseptformidleren til enhver tid, fordi pasienten faktisk skal ha to ulike styrker av samme virkestoff. De resterende doble resepter skal pasienten ikke benytte, og de burde derfor vært tilbakekalt. Doble resepter kan føre til at pasienten i verste fall ender opp med å ta dobbel dose.

Det kreves ikke lenger at rekvirenter må

innhente samtykke fra pasienten for å kunne se legemidler i Reseptformidleren. Det vil si at rekvirenten kan se alle pasientens resepter og tilbakekalle de som ikke lenger er aktuelle. For å unngå doble resepter, er det viktig at alle rekvirenter forholder seg til eksisterende resepter før de skriver nye.

Ved å kontinuerlig bidra til at opplysningsene i Reseptformidleren er korrekte, vil rekvirentene ha et bedre utgangspunkt neste gang de selv møter pasienten. Neste behandler som møter pasienten vil også få en bedre oversikt over hvilke legemidler pasienten skal bruke. Dette vil øke kvaliteten i e-resept og dermed bedre pasientsikkerheten umiddelbart.

## Prosjektet pasientens legemiddelliste

Pasientens legemiddelliste er en oversikt over en innbyggers aktuelle legemidler. Legemiddellisten vil ligge i Reseptformidleren, som alle rekvirenter vil få tilgang til i sitt pasientjournalsystem. Annet helsepersonell med tjenstlige behov, for eksempel sykepleiere i pleie- og omsorgstjenesten, kan få tilgang til å se pasientens legemiddelliste via kjernejournal i sitt pasientjournalsystem.

Gjennom pasientens legemiddelliste kan leger som behandler pasienten dele opplysninger slik at sykehusleger, fastleger, legevakter, sykehjem og hjemmesykepleie kan få tilgang til pasientens oppdaterte legemiddelliste. Øvrig helsepersonell kan lese pasientens legemiddelliste, men ikke gjøre endringer i den. Pasientens legemiddelliste vil også bli tilgjengelig for pasienten selv via helsenorge.no.

Pasientens legemiddelliste skal oppdateres når en pasient skrives ut fra sykehus, og umiddelbart når fastlegen, sykehjemslagen eller andre leger endrer på pasientens legemiddelbehandling.

Pasientens legemiddelliste vil inneholde:

- all legemiddelbehandling pasienten bruker (både fast, ved behov og kur)
- legemiddelbehandling seponert siste tre måneder
- kosttilskudd og reseptfrie legemidler dersom legen har registrert disse
- legemiddelreaksjoner (CAVE).

## Utprøvingen planlegges til 2021

Det planlegges nå for første utprøving av pasientens legemiddelliste. I løpet av 2020 jobbes det videre med teknisk utvikling i de løsningene som skal være en del av utprøvingen. Planen er å starte begrenset utprøving i 2021 og utvide utprøvingen i løpet av 2022. Vi arbeider også med å innføre e-resept og kjernejournal på sykehjem og i hjemmetjenesten.

Det å bidra til korrekte opplysninger i Reseptformidleren kan gjøres av alle leger og andre rekvirenter før pasientens legemiddelliste skal innføres nasjonalt. Dette arbeidet kan og bør starte allerede nå, med de muligheter som allerede finnes i Reseptformidleren - for å øke pasientsikkerheten og lette arbeidet med pasientens legemidler.

Du kan finne oppdatert informasjon om prosjektene knyttet til Legemiddelprogrammet på ehelse.no.

## REFERANSER

1. Apotekforeningen 2016 (<https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/aktuelt/n%C3%A5r-medisin-en-er-farligere enn-trafikken>)
2. Meld. St. 28 (2014–2015) – 6.4 Riktig legemiddelbruk i spesialisthelsetjenesten <https://www.regeringen.no/contentassets/1e17b19947224def82e509ca5f346357/no/pdfs/stm201420150028000ddpdfs.pdf>

■ ESPEN.HETTY.CARLSEN@EHELSE.NO

FIRE KOMMUNAR I SGN OG FJORDANE:

# FASTLEGAR

## – variasjonar i diagnosar og

■ HANS JOHAN BREIDABLIK • ph.d, allmennlege og spesialist i samfunnsmedisin og seniorrådgjevar i Samhandlingsbarometeret, Helse Førde HF  
■ EIVIND MELAND • Fastlegevikar og professor emeritus ved Universitetet i Bergen

**Trass i omfattande debatt omkring ei fastlegeordning under press, er det avgrensa kunnskap om kva fastlegane nyttar konsultasjonane til. Det har vore eit sterkt fokus på uforklarleg variasjon i spesialisthelsetenesta, og vi har også ein pågåande kampanje mot overbehandling. I denne artikkelen prøver vi ved hjelp av Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) å sjå på variasjonar i dei hyppigaste diagnosane og dei samla refusjonskostnadane pr. innbyggjar i fire ulike kommunar i Sogn og Fjordane.\***

Fastlegeordninga viser teikn på forvitring og krise; ei ordning som vart innført i 2001, og som har vore ein suksess med høg popularitet blant folk. Biletet i dag er prega av manglande rekruttering, også i sentrale strøk, og uhaldbare arbeidstilhøve der mengda av oppgåver stadig veks (1, 2). Særlig har innføringa av Samhandlingsreforma vorte skulda for å påleggje fastlegane mykje nye oppgåver gjennom meir ansvar for sjukare og tidlegare utskrivne pasientar frå spesialisthelsetenesta.

Ni av ti fastlegar rapporterer også at overbehandling er eit problem, og Legeforeininga har dokumentert uønskte variasjonar til dømes innan dagkirurgi mellom ulike regionar i landet vårt (3). Allmennlegeforeininga har lansert eit eige policydokument (4), og moderforeininga har starta kampanjen «Gjer kloke val» (5).

I rapporten *Fastlegers tidsbruk* er det konkretisert i kva grad ulike pasientgrupper vert tekne hand om (2), men oversikt over ressursbruka på kommunenivå og fordelinga av diagnosar i dei ulike kommunane har vi hatt mindre fokus på. For fastlegehelsetenesta har det ikkje eksistert nokon form for

nasjonal rapportering til eit sentralt register, slik som ein i lengre tid har hatt for spesialisthelsetenesta gjennom Norsk pasientregister (NPR) (6). Det er klare ønske om meir forsking og kvalitetsarbeid knytt til kommunehelsetenesta, og ofte er desse basert nettopp på systematisk registrering av diagnosar og prosedyrar til sentrale register.

Fram til nyleg har tilgangen på diagnose- og prosedyredata i stor grad vore avgrensa til opplysningar på fastlegane sine rekningskort som vert sendte inn til Helfo for økonomisk oppgjør knytt til fastlegekonsultasjonane, og samla i det såkalla KUHR-registeret. På desse rekningskorta frå fastlegane er det også diagnosar frå kodesystemet som vert nytta i allmennlegesamanheng: ICPC-2 (Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetenesta). Eit nytt nasjonalt register, kalla Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), har følgjande føremål:

«KPR inneheld opplysningar om alle innbyggjarar som har motteke helse- og omsorgstenester frå sin kommune. Hovudformålet for KPR (lovdata.no) er å gje sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for

planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstenester. I tillegg skal opplysningane kunne brukast til kvalitetsforbetring, førebyggjande arbeid, beredskap, analyser, forsking og nasjonal kjernejournal»

Med bakgrunn i opplysninga frå KUHR-registeret har KPR nyleg utvikla ein variabel som heiter refusjon pr. diagnose, som tek utgangspunkt i diagnosane på rekningskorta. Denne kan gi ein peikepinn på kva diagnosar norske fastlegar knyttar pasientkonsultasjonane sine til (7).

I Sogn og Fjordane har dei fleste samla fastlegeordninga på eitt legekontor, og det er ikkje andre privatpraktiserande legar ein kan vende seg til i kommunane. Fastlegekontoret vil difor i stor grad vere dei som syter for primærhelsetenester i den aktuelle kommunen. Den praksis og behandlingskultur som rår mellom fastlegane på det aktuelle kontoret vil difor i stor grad bestemme innhaldet i dette tilbodet. Sogn og Fjordane er eit rimeleg homogent område, og sjukdomsmønsteret (morbiditeten) vil truleg ikkje variere så mykje mellom ulike kommunar.

### Mål og metode

Vi har vald ut fire kommunar av til saman 26 kommunar i Sogn og Fjordane, og undersøker KPR-data frå desse fire kommunane, to større og to mindre kommunar spreidd i ulike delar av fylket. Det samla folketallet i desse utgjer runt 24 prosent (26 000) av befolkninga i fylket, og talet på fastlegeheimilar varierer frå tre til 14, 32 heimilar til saman. Kommune A er ein mindre kystkommune med høg del over 80 år (8,3 prosent), kommune B ein større

\* Sogn og Fjordane er frå 2020 del av Vestland fylke, og talet på kommunar er reduserte.

# refusjonskostnader

BAKGRUNNSFOTO: BF SANDNES /SCANDINAVIAN STOCKPHOTO



kystkommune med ganske låg del over 80 år (4,2 prosent), kommune C ein større fjordkommune med mindre del eldre over 80 år (4,2 prosent) og kommune D ein mindre kystkommune med relativt høg del over 80 år (6,7 prosent).

Vi har vald ut dei 15 diagnosane med høgast refusjonssum ved konsultasjonar på dagtid hjå fastlegane i dei fire kommunane i 2018, og samla refusjonssum pr. innbyggjar frå Helfo. Vi vil drøfte variasjonane særleg med sikte på den variasjonen

i bruk av diagnosegrupper som framkjem. Talmaterialet er henta frå KPR når det gjeld diagnosar og refusjonskostnader, og Statistisk sentralbyrå (SSB) når det gjeld demografien i dei einskilde kommunane.

KOMMUNE A	KOMMUNE B	KOMMUNE C	KOMMUNE D
CPC-2 Diagnosekode	ICPC-2 Diagnosekode	ICPC-2 Diagnosekode	ICPC-2 Diagnosekode
K86 Hypertensjon ukomplisert K78 Atrieflimmer/flutter S97 Kronisk hudsår S82 Pigment nevus L81 Skade muskel-skj-syst IKA K83 Hjerteklaffesykdom IKA K76 Iskemisk hjertesykdom kronisk IKA L92 Skuldersyndrom S99 Hud/underhud sykdom IKA S79 Godartet/uspesifisert svulst hud IKA S03 Vorter L99 Muskel-skjelettsykdom IKA L15 Kne symptomer/plager L18 Utbredte muskelsmerter/ fibromyalgi L95 Osteoporose	P76 Depressiv lidelse P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget L18 Utbredte muskelsmerter/ fibromyalgi P01 Følelse angst/nervøs/anspent S82 Pigmentnevus P74 Angstlidelse P06 Søvnforstyrrelse L15 Kne symptomer/plager L02 Rygg symptomer/plager L03 Korsrygg symptomer/plager L08 Skulder symptomer/plager P29 Psykiske symptomer/ plager IKA S29 Hud symptomer/plager IKA S03 Vorter L17 Fot/tå symptomer/plager	A97 Administrativ kontakt/ undersøkelse A04 Slapphet/tretthet S82 Pigmentnevus A981 Cytologi livmorhals screening L15 Kne symptomer/plager L99 Muskel-skjelettsykdom IKA L18 Utbredte muskelsmerter/ fibromyalgi L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA S03 Vorter A62 Administrativ prosedyre A98 Individforebyggende tiltak S18 Åpent sår/kutt S29 Hud symptomer/plager IKA A34 Blodprøve IKA L03 Korsrygg symptomer/plager	P76 Depressiv lidelse R74 Akutt øvre luftveisinfeksjon K86 Hypertensjon ukomplisert K78 Atrieflimmer/flutter L87 Bursitt/tendinit/synovitt IKA P02 Psykisk ubalanse situasjonsbetinget L92 Skuldersyndrom K77 Hjertesvikt P72 Schizofreni L18 Utbredte muskelsmerter/ fibromyalgi L08 Skulder symptomer/plager R02 Kortpustethet/dyspné P06 Søvnforstyrrelse R96 Astma R78 Akutt bronkitt/bronkiolitt
Samla refusjon pr. innbyggjar i kommunen: Kr. 763,-	Samla refusjon pr. innbyggjar i kommunen: Kr. 829,-	Samla refusjon pr. innbyggjar i kommunen: Kr. 528,-	Samla refusjon pr. innbyggjar i kommunen: Kr. 339,-

TABELL 1. *Dei 15 diagnosane med høgast refusjonskostnad frå HELFO med fallande kostnad frå toppen, og samla refusjonskostnad pr. innbyggjar i fire ulike kommunar i Sogn og Fjordane i 2018*

## Resultat

Tabell 1 viser dei 15 diagnosane i kvar ein-skild kommune med høgast refusjonskostnad og dei samla refusjonskostnadene.

Dersom vi deler desse inn i hovudkapittel for ICPC-2 får vi den fordelinga mellom dei 15 diagnosegruppene med størst refusjon som vist i tabell 2.

**Kommune A:** Mellom dei 15 diagnosegruppene med størst refusjon finn vi muskel og skjelett-, hud-lidinger og hjarte- kar-lidinger. Ingen diagnosar frå psykiatri-kapittelet eller allment-kapittelet er registrert. Samla refusjonssum frå Helfo pr. innbyggjar er 424 kroner meir enn i kommune D, som har lågast refusjon pr. innbyggjar.

**Kommune B:** Mellom dei 15 diagnosegruppene med størst refusjon finn vi også her muskel og skjelett, hud-lidinger og heile seks frå psykiatrikapittelet. Ingen diagnosar frå hjarte- og kar-lidinger eller allment er registrerte blant dei 15 vanlegaste. Samla refusjonssum frå Helfo pr. innbyggjar er høgast av dei fire kommunane, 490 kr meir enn kommune D.

**Kommune C:** Mellom dei 15 diagnosegruppene med størst refusjon finn vi også her muskel og skjelett og hud-lidinger,

KOMMUNE A	KOMMUNE B	KOMMUNE C	KOMMUNE D				
L (muskel/skjelett)	6	L (muskel/skjelett)	6	L (muskel/skjelett)	5	L (muskel/skjelett)	4
S (hud)	5	S (hud)	3	S (hud)	4	S (hud)	0
K (hjerte/kar)	4	K (hjerte/kar)	0	K (hjerte/kar)	0	K (hjerte/kar)	3
P (psyk)	0	P (psyk)	6	P (psyk)	0	P (psyk)	4
A (allment)	0	A (allment)	0	A (allment)	6	A (allment)	0
R (respirasjon)	0	R (respirasjon)	0	R (respirasjon)	0	R (respirasjon)	4
Prosent symptom	20	Prosent symptom	67	Prosent symptom	40	Prosent symptom	33

TABELL 2. *Oversikt over dei seks hovudkapitila i ICPC-2 med samla høgast refusjon i dei fire kommunane med talet på diagnosekodar nytta for kvart einskild hovudkapittel. Den siste raden opplyser i kva grad legane i kommunen nytter symptomdiagnosar.*

men heile 6 frå allment-kapittelet. Ingen frå psykiatri eller hjarte- og kar-kapittelet er registrerte. Gjennomsnittleg samla refusjonssum frå Helfo pr. innbyggjar er 189 kr meir enn kommune D.

**Kommune D:** Mellom dei 15 diagnosegruppene med størst refusjon finn vi her muskel og skjelett, hjarte- og kar og psykiske lidinger. Ingen er her frå hud-kapittelet eller allment, men heile fire frå respirasjon. Samla refusjonssum frå Helfo pr. innbyggjar er lågast av dei fire kommunane.

Vi ser av tabell 2 at diagnosesettinga for

dei mest brukte diagnosane varierer sterkt, ikkje berre for einskilde diagnosar, men også med omsyn til ICPC-kapittel. Vidare er det tydeleg at der er stor kommunevariasjon med omsyn til om ein nytta sjukdomsspesifikke diagnosar eller symptomdiagnosar. Vi ser også ein betydeleg variasjon mellom kor mykje dei fire fastlegekontora hentar ut av refusjonar frå Helfo pr. innbyggjar. I kommunen med høgast refusjon frå Helfo hentar legane ut 490 kr meir i refusjonar pr. innbyggjar (145 prosent) enn kommunen med lågast refusjon.

## Diskusjon

Vi har demonstrert stor variasjon i ressursbruk og bruk av diagnosar i fire ulike kommunar i Sogn og Fjordane. Ulik demografi og i noko grad sjukelegheit vil naturleg påverke kva ein brukar konsultasjonar til, men det er lite truleg at dette kan forklare dei påviste variasjonane. Ulike tilbod og lokal kultur mellom legar er vorte peika på som viktige forklaringar på variasjonar i spesialisthelsetenesta, men slike variasjonar førekjem òg i primærhelsetenesta (8, 9, 10, 11). Vi har i denne kartlegginga vald ut kommunar med ulik storleik og geografi. Vi veit ikkje om desse kommunane er representative for dei andre 22 kommunane i Sogn og Fjordane. I ein studie frå Agder syntetiserte det seg at ICPC-diagnosane var valide samanlikna med innhaldet i journalnotata (12). Denne studien var sannsynleg heller ikkje representativ for kommunar i Agder. Når vi jamfører vår studie med deira, er det rimeleg å konkludere med at variasjonen i diagnostisk kodebruk er stor. Silje Mæland fann i ei studie av allmennpraktiserande legar i fleire land at i konsultasjonar med pasientar med subjektive lidinger og medisinsk uavklarte symptom var diagnosesettinga svært ueinsarta, men at handsaminga med sjukmelding var einsarta (13) (14).

Varierande kunnskap om og bruk av diagnosesystemet ICPC-2 er truleg ein viktig faktor. Det er sannsynlegvis tilfeldig om legen vel å nytte symptomdiagnosar eller sjukdomsdiagnosar innanfor dei einskilde hovudkapitla. Ulik tidsbruk og lønsemd ved ulike problemstillingar kan kanskje spele ei rolle i eit system som er stykkpris-finansiert. Bruken av sjølve hovudkapitla (organkapitla) skulle eintru ville samsvare bra med det som har vore hovudtema for konsultasjonane. Resultata i den aktuelle studien er difor uventa.

Det er ulik tilgang på andre supplerande tenester i kommunane, som til dømes psykiatriske sjukepleietenester og spesialisthelsetenester i nærleiken, og dette vil truleg påverke bruken av eigne konsultasjonstimar. Ulik kunnskap, erfaring og interessefelt for legane kan også være eit moment. Ein ser og behandlar kanskje meir av det ein kjenner best og føler ein meistrar best i sjukdomspanoramaet. I internasjonal litteratur er det dokumentert at det er ulik kunnskap om og fokus på psykiske lidinger i allmennpraksis og at det varierer både innan og mellom land (15). Til ein viss grad skulle skilnadene kunne bli utjamna ved at det er fleire legar ved same kontor, og for to av kommunane i vår undersøking er det relativt mange legar ved kontora. Slike skilnader kan vanskeleg for-

klare den store variasjonen i bruken av hovudkapitla i ICPC-2.

Prinsippa om likeverdige helsetenester for alle og lik tilgang til helsetenester har brei politisk støtte her i landet. Dette må gjelde i like stor grad når det gjeld primærhelsetenester som for spesialisthelsetenester. Sjølv om indikatoren refusjon pr. diagnose ved pasientkonsultasjonar ikkje er dekkande for alle sider ved verksemda, så viser den likevel i nokon grad også kva tilstandar som volumet av konsultasjonane går med til. Dersom det er få alternative tilbod i dei aktuelle kommunane, er det viktig at det samla tilbodet hjå fastlegane dekkjer behova, og at individuelle skilnader mellom einskildlegar sin praksis og listesamansettning er jamna ut. Muskel- og skeleltlidinger finn vi hjå alle, medan skilnadarne for til dømes psykiske lidinger kan vere verdt å reflektere over.

Den store variasjonen i diagnosesettinga kan også vere eit uttrykk for eit meir fundamentalt problem med helsetenesta generelt. Eric Cassell har i mange år heldt fram at medisinens gjer pasientar bjørnetenester når dei handterer menneskeleg liding som medisinsk tekniske problem og gjev ytre løysingar på utfordringar av eksistensiell natur (16). Målsettinga om å spare pasientar for liding vert i andre omgang til lært hjelpeøyse og stendig aukande behov for helsetenester. Funnet av 145 prosent forskjell pr. innbyggjar i totale refusjonar fra Helfo mellom to kommunar i ein relativt einsarta befolkning, illustrerer at vi treng ei breiare forståing av kriseteikna i helse- og velferdstenestene våre.

## Konklusjon

Det er sentralt å få fram ulike perspektiv når vi skal diskutere utfordringa i allmennmedisin framover. Det er i primærhelsetenesta si interesse å bidra med mest mogeleg valide data frå verksemda. Vi skal ivareta autonomi i faget, men det er også viktig å dokumentere kva vi driv med. Truleg vil det vere av nytte å få laga såkalla «Helseatlas» (<https://helseatlas.no>) knytt til verksemda i kommunehelsetenesta liknande det vi har når det gjeld spesialisthelsetenesta.

## REFERANSAR

- Hafstad, A., Stadig vanskeligere å rekruttere fastleger, i Dagens Medisin. 2019; Oslo.
- Hunskår, S., Fastlegers tidsbruk. 2018, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen: Bergen.
- Den norske legeforening. For mye, for lite eller akkurat passe? Oslo 2016. Hentet 19.11.2019 fra: [https://legeforeningen.no/PageFiles/277634/For\\_prosent20mye\\_for\\_prosent20lite\\_prosent20eller\\_prosent20akkurat\\_prosent20passte.pdf](https://legeforeningen.no/PageFiles/277634/For_prosent20mye_for_prosent20lite_prosent20eller_prosent20akkurat_prosent20passte.pdf)
- Gisle Roksund, et al., Overdiagnostikk – norske allmennleger viser vei. Tidsskr Nor Legeforen, 2016; 136: 1903–5.
- Den norske legeforening. Gjør kloke valg. Oslo 2019. Hentet 19.11.2019 fra <https://beta.legeforeningen.no/kloke-valg/>
- Bakken, I.J., Surén, P., Håberg, S.E., Cappelen, I., Stoltzenberg, C. Norsk pasientregister-en viktig kilde for forskning. Tidsskr Nor Legeforen. 2014; 134: 12–3.
- Helsedirektoratet, Kommunalt pasient- og brukerregister. Oslo 2018. Hentet 19.11.2019 fra <https://statistikk.helsedirektoratet.no/bi/Dashboard/128fa09d-e5a2-4057-a2bd-523364cee3of?e=false&vo=vieleny>
- Breidablik, H.J., et al., PSA measurement and prostate cancer—overdiagnosis and overtreatment? Tidsskr Nor Laegeforen, 2013; 133(16): p. 1711–6.
- Breidablik, H.J. and E. Meland, Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane Tidsskrift for Norsk psykologforening 2018: p. 340–9.
- Watts, B.V., et al., Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England. BMC Psychiatry, 2011; 11: p. 146.
- Wennberg, J.E., Tracking medicine. A researcher's quest to understand health care. 2010, Oxford, New York: Oxford University Press.
- Sporaland GL, Moulard G, Bratland B, Rygh E, Reiso H. Allmennlegers bruk av ICPC-diagnosar og samsvar med journalnotatene. Tidsskr Nor Legeforen 2019 doi: 10.4045/tidsskr.18.0440
- Maeland, S., et al., Sick-leave decisions for patients with severe subjective health complaints presenting in primary care: a cross-sectional study in Norway, Sweden, and Denmark. Scand J Prim Health Care, 2013; 31(4): p. 227–34.
- Maeland, S., et al., Diagnoses of patients with severe subjective health complaints in Scandinavia: A cross sectional study. ISRN Public Health, 2012; ID 851097.
- Chan, M. and C. vanWeel, Integrating mental health into primary care: a global perspective. 2008, Geneva and London: World Health Organisation, WONCA.
- Cassell, E.J., The nature of suffering and the goals for medicine. 2004, Oxford, New York: Oxford University Press.

EIVIND.MELAND@UIB.NO

HANS.JOHAN.BREIDABLIKK@HELSE-FORDE.NO



# Husmorferievikar i Herøy

MARIT TUV • Utpostens redaksjon



**Ein nobelprisvinnar og kona til ein verdkjent dramatikar vaks opp i denne kommunen. Turistane strøymer dit i hopetal, men legane har ikkje vore lette å lokke.**

«Vi er sjølve våre beste vikarar!» Orda til fastlegekollega Marit Karlsen svirra i bak-hovudet då kommuneoverlegen i Herøy spurte om eg kunne trå til ei veke i september. Dialekta hennar peika mot Sunnmøre ein stad, om lag seks timer i bil frå Valdres – kort nok til å vere overkomeleg og langt nok til at husarbeidet både på jobb og heime ville vere gløymt for ei stund.

Haustnatta på Vestlandet helsa regn-

tungt, men friskt velkommen. Den nye dagen baud på sol, cappuccino frå kafeen på hjørnet, ein blid gjeng på legekontoret og eit ukjent journalsystem. Sjukdomspanoramaet var kjent, men ansikta nye, målet vakkert og sjeldan til å misforstå. Takken sat laust og tilliten fast. Blant slike menneske er det fint å vere lege.

I skrivande stund er 78 stillingar i allmennmedisin ute på legejobber.no. I tillegg kjem heimlane som har vore utlyste fleire gonger utan hell – slik som i Herøy. Fleire pasientar i øykommunen har over tid mangla det knutepunktet som ein fast lege representerer. Saknet var tydeleg i auge og ord. Slik viser den nasjonale rekrutteringskrisa i fastlegeordninga sitt sanne ansikt.

Øyene og bruene mellom dei huser nær 9000 menneske. Havet står tett på vindauge og livet, og gjer Herøy til ein av dei viktigaste fiskerikommunane i landet. Reiarnæringa er sterkt og husa velhaldne. Kommunesenteret Fosnavåg kan skilte med brusteinsgater, god mat, stort badeland og djupraude solnedgangar.

Best kjent er øya Runde. I hekkesesongen får dei omkring hundre fastbuande der selskap av ein halv million fuglar og tusenvis av turistar. Mindre kjent er det nok at Henrik Ibsen si Suzannah opphavleg var herøyværing, og at hjerneforskaren og nobelprisvinnaren May-Britt Moser trødde sine barneskole på desse øyene. Her kan ein slå rot og her kan ein få venger. Herøy ventar på deg!





# Norsk revmatologisk forening

Helena Andersson

- PhD og spesialist i revmatologi
- Overlege ved avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Velkommen til kollegahjørnet, **Helena Andersson**, leder i Norsk revmatologisk forening

## Hvor mange revmatologer har vi i Norge?

Vår forening har pr. i dag 327 medlemmer, to tredjedeler av dem er kvinner.

**Hva er de viktigste faglige nyhetene innenfor deres felt de siste årene, og hvilke konsekvenser kan dette få for allmennpraksis?**

De viktigste nyhetene innen revmatologi er nye retningslinjer for hvordan vi behandler og følger opp pasientene våre. Målet er ikke lenger bare bedring, men full remisjon, hvilket i dag er mulig. Norsk forskning har bidratt til dette i betydelig grad med blant annet en stor studie (ARTIC) utgående fra Diakonhjemmet sykehus. Utgangspunktet er en såkalt «treat to target»-protokoll som bestemmes i samråd med pasienten. Tett oppfølging og tidlig intervasjon gjør at flere pasienter oppnår remisjon uten tegn til aktiv leddinflammasjon.

Andre nyheter er biotilsvarende lege midler, for eksempel flere forskjellige TNF-alfahemmere. Vi vet nå at disse legemidle ne har samme effekt som de «originale»



produktene, og at det er trygt for pasienten å skifte mellom legemidlene. Dette har i Norge skapt en ganske unik situasjon der prisene har gått betraktelig ned og valg av legemiddel delvis styres av sentrale anbudsprosesser, såkalte LIS-anbud. En annen nyhet på medikamentfronten er de såkalte JAK-hemmerne. Bruk av ultralyd har blitt svært viktig i diagnostikken av flere revmatiske tilstander.

**Har deres forening diskutert oppgavefordeling mellom revmatologer og fastleger?**

Revmatologien som fagfelt er i relativt stor forandring, og også vi merker at sykehusøkonomien blir strammere. Vi har ikke konkret vært i dialog med fastleger om oppgavefor-

deling, men foreningen vår lager nå et nytt strategidokument som skal gjelde fra 2021. Der må vi definere klart hvilke oppgaver som skal være vårt ansvar og hva som skal være våre satsingsområder.

**Revmatologene har bidratt til kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Hva er deres beste råd til allmennlegene?**

Jeg synes NRF og vårt fagråd gjorde en morsom vri på denne kampanjen: Alle forslag som kom inn ble lagt ut i en spørreundersøkelse på vår hjemmeside og på Facebook. Så fikk medlemmene selv prioritere de fem beste. Rådene som er mest relevante for fastleger synes jeg er nr. 2 og 3:

- Unngå å rekvirere MR av rygg eller ledd hvis ikke det har en sannsynlig diagnostisk eller behandlingsmessig konsekvens
- Unngå langvarig behandling med bisfosfonater (bør revurderes etter tre til fem års peroral bruk, eller tre års intravenøs bruk)



# Svartedauden

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Epidemi betyr en opphopning av sykdomstilfeller i en befolkning. Smittsomme sykdommer har gjennom tidene forårsaket mange epidemier. Den verste av disse er Svartedauden.

Da menneskene i økende grad fra 10 000 år før Kristus ble bofaste, var grunnen beredt. Jegere og sankere som levde spredt og var under vandring hele tiden, var ikke utsatt for epidemier av smittsomme sykdommer.

Mannen med ljåen kom stadig på besøk gjennom århundrene. Pest og kolera herjet.

Den best kjente epidemien, som satte Norge ut av spill, var svartedauden. Det var en pestepidemi som kom fra Østen til Europa på midten av 1300-tallet.

Anslagsvis døde fra tjuefem til åtti millioner mennesker, mer enn halvparten av befolkningen i Europa. Svartedauden er en av de verste pandemiene i historien.

Pesten kom langs handelsveier fra Østen.

Byskriver Gabriele de 'Mussi fra Piacenza beskrev hvordan den kom til Kaffa på Krim.

Byen var beleiret av tartarer. Da pesten kom, gav de opp beleiringen. Men før de ga helt opp, skjøt de lik over murene ved hjelp av katapulter. De visste at de råtnende kroppene forgiftet luft og vann. Det var biologisk krigføring.

Historikere har sett på spredningshastigheten og utbredelsen ved å se på tidspunklene for begravelser og messer over folk som hadde dødd av pesten. Dette viser at pesten kom inn til Norge flere veier. Pesten herjet voldsomt i Norge i 1349 og 1350.

Ødegårder, fattigdom og en svekket nasjon var følgene. Som følge av pestens her-



Svartedauden herjet i Norge i 1349 og 1350.  
TEGNINGEN «PESTA I TRAPPA», TEGNING AV THEODOR KITTELSEN 1894-95,  
UTGITT I BOKA OG BILLESERIEN «SVARTEDAUEN» 1900

jinger, ble smitte fra skip et tema. Krav om karantene, førti dagers ventetid på reden, ble forsøkt innført. Det første mange hundre år senere til det som ble grunnlaget for de første internasjonale regler for folkehelse.

I 1851 innkalte den franske utenriksminister diplomater og medisinske kyndige fra tolv land for å drøfte hva som måtte gjøres for å hindre spredning av smittsomme sykdommer, pest og kolera, over landegrensene eller over havet. Resultatet ble en bindende avtale om karantene i 1892. Avtalen heter nå «The International Health Regulations» (IHR).

IHR 2005 ble vedtatt etter langvarige forhandlinger i World Health Organization (WHO). Nå er 196 land tilsluttet denne avtalen, som er bindende for alle medlemsland i WHO. Den omfatter mer enn smittsomme sykdommer. Kjemiske utslipp og strålefare reguleres i avtalen. Alle land er forpliktet til å spore opp, vurdere og rapportere hendelser som kan ha vesentlig betydning for folkehelsen. Det er bestemmelser om tiltak ved landegrenser, havner og flyplasser for å hindre spredning; men også for å forhindre unødvendige tiltak som hindrer reise og handel.

Dette betyr også å bygge god kapasitet i alle, også fattige, land. Global Health Security er blitt et sentralt felt i lovforvaltningen i WHO.

■ SIEMH@ONLINE.NO

Utbredelsen av Svartedauden i Europa, Midtøsten og Nord-Afrika (1346–1353). WIKIMEDIA COMMONS



Omtrentlig grense mellom Fyrstedømmet Kiev og den mongolske staten Den gylne horde – passasje forbudt for kristne.

Handelsruter til lands  
Handelsruter til vanns

# Nye spesialister

Utposten gratulerer alle nye spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin i siste halvdel av 2019!

## ALLMENN MEDISIN

- Salwan Tariq Abid Al-Ani
- Ali Noaman Ali Al-Ibadi
- Yassin Thommesen Almassy
- Stine Alp
- Christine Arentz
- Saima Ashraf
- Lasse Haugen Askland
- Paola Aleida Panoso Aviles
- Mobashir Aziz
- Ravinder Singh Bains
- Jon Øystein Friestad Bergseth
- Nina Helena Bergstrøm
- Laila Hølland Berner
- Kim Håvard Bertheussen
- Chanchal Kaur Birdi
- Thomas Øygarden Bjordal
- Torstein Bjørndal
- Eva Bjørnsund
- Lars Sigurd Bostad
- Hilde Vaiva Tonstad Brogaard
- Marte Broks
- Alfheld Grønning Bækken
- Yasir Choudhry
- Siri Liestøl Christensen
- Jakob Virenfeldt Christiansen
- Jørgen Nicolay Hægg Christiansen
- Gunn Marit Stenseth Daaland
- Tam Thanh Doan Dinh
- Goran Draskovic
- Heidi Irene Ebner
- Rønnaug Een
- Astrid Marie Gulsvik Eikeland
- Eirin Anita Eilertsen
- Kristine Rød Ekle
- Line Merethe Ellingsen
- Magnhild Oftedal Emilsen
- Martin Luther William Engeland
- Cecilie Riiser Evje
- Ahmad Khalid Faizi
- Laila Jung Five
- Anita Fjukmoen
- Anja Sandnes Fosse
- Mohamed Hamid M Mohsen Fougou
- Anita Fransplass
- Magnus Fritsvold
- Elbjørn Magnus Furnes
- Lyudmila Gibson
- Helle Gjedebo
- Halvor Haavardsønn Gjestland
- Eline Caspersen Grimsmo
- Balder Grøgaard
- Inga Marthe Grønseth
- Anette Gundersen
- Marcus Gürgen
- Monica Haga
- Deisy Frometa Morales Hagen
- Eirik Methlie Hagen
- Lisbeth Marie Rong Harkestad
- Thea Andersson Haug
- Hogne Heggebø
- Line Kamilla Heimestøl
- Rebekka Helle

## SAMFUNNSMEDISIN

- Salwan Tariq Abid Al-Ani
- Robert Andre Dalene
- Frode Engtrø

- Thomas Helvig
- Anna Kristina Eleonora Herber
- Ingrid Hedemann Hiorth
- Mette Hjerrild
- Magnus Hjortdahl
- Huy Tony Xuan Ho
- Therese Holmberg
- Kristin Algarheim Holmen
- Eirin Holte
- Michael Holter
- Tom Holthe
- Grethe Marie Hornnes
- Trygve Hunemo
- Åsmund Husby
- Asima Hussain
- Bror Olav Håvardsrød
- Dorota Katarzyna Thune Iversen
- Karianne Engen Jacobsen
- Sindre Nymark Jensen
- Bjørn Petter Aasheim Johannessen
- Helena Maria Victoria Jørgensen
- Carl Fredrik Kindle-Skau
- Sindre Johan Klokk
- Heidi Katharina Knackstedt
- Karin Kolskog
- Eik Kolstrup
- David Wendelbo Kornmo
- Ulrik Sloth Kristoffersen
- Erlend Kvamme
- Eirik Magnus Hobbel Kvammen
- Helge Andrås Langnes
- Jan Christian Johannessen Liby
- Vibecke Lunden Lie
- Bård Flattun Lilleeng
- Hilde Bakka Lobekk
- Christian Lonsdale
- Siv Løge-Høiberget
- Kenneth Monsen Marifjæren
- Kristin Medhus
- Lars Olav Bondahl Mehl
- Helene Søndergaard Meister
- Reidun Mo
- Lise Marita Moen
- Jorund Kristine Møllen
- Anja Cathrin Mørch-Rasmussen
- Van Tho Nguyen
- Dorthe Normann Nielsen
- Marie Alma Christina Nordvi
- Magnus Lied Norstrand
- Maren Nygård
- Aleksandar Obradovic
- Gunnar Odland
- Amir Omrani
- Fredrik Flittie Onstad
- Tomas Halldor Pajdak
- Thomas Aleksander Paulsen
- Audun Domaas Pedersen
- Kathrine Martine Gregersen Pedersen
- Grethe Tveit Pettersen
- Stina Michelle Pettersen
- Rifat Preljevic
- Karen Prytz

- Bård Flattun Lilleeng
- Randi Mjøen
- Sven Anders Svensson

- Anette Pukerud
- Edith Helgeland Qvale
- Arwin Rahi
- Aman Jassal Rai
- Ehsan Rajabian
- Pragass Rajavel
- Navnit Singh Rattan
- Saif Ur Rehman
- Karina Bjerkeli Ridderseth
- Dag Gulleik Riksaasen
- Monica Robertsson
- Rebeca Raquel Del Rey Rodriguez
- Mari Hveem Rostad
- Kristin Synøve Ruenes
- Michael Peter Sakuringwa
- Ruchika Sarna
- Leena Misbah Sehota
- Gaurav Sharma
- Kristoffer Bordado Simensen
- Tor Grunde Simonsen
- Ingvild Sinding
- Palwinder Singh
- Guro Ek Skarnes
- Anne Gulborg Skei
- Stian Skjelbred
- Tarjei Skotheimsvik
- Håvard Johannes Refsnæs Skytterholm
- Christian Smedsrød
- Kristoffer Solumshengslet
- Johannes Stenberg
- Dragan Stjepanovic
- Ingvild Strand
- Per Arild Strand
- Elin Johanne Hansteen Strøm
- Pär Tore Ström
- Anne Cathrine Sundseth
- Svetlana Sundsfjord
- Håvard Øvreås Svendal
- Marte Jomaas Svendsen
- Eivind Garnes Sæter
- Katrine Sæves
- Norbo Tenzin
- Øystein Buerøgård Therkelsen
- Kjersti Thingnæs
- Aleksander Berre Thorne
- Nils Tovsrød
- Karina Vatne Udø
- Dorien Vanden Eycken
- Gunnhild Elisabeth Vassbotn
- Linn Mari Vatsvåg
- Jonas Vegsundvåg
- Lars Inge Sømme Vigdal
- Guro Vik
- Mokx Villanueva
- Monica Hagen Voytovich
- Karen Løkken Wiencke
- Benedicte Pran Wiik
- Kirsti Merete Withbro
- Shakera Shansab Zalmai
- Frode Kjølmoen Øen
- Elisabeth Jenssen Øines
- Sven Frederick Østerhus
- Kine Raae Østvik

- Fredrik Severin Thorn
- Anne Grete Handeland Westly

# Nye veiledningsgrupper i samfunnsmedisin

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Veileder for samfunnsmedisinsk gruppe i Haugesund

I 2018–2019 ble det startet opp 6 nye veiledningsgrupper for nye spesialistkandidater i samfunnsmedisin. Totalt er det nå 17 slike grupper som er aktive i hele landet, med til sammen rundt 240 kandidater.

Etter mange år med få nye samfunnsmedisinske spesialister opplever den samfunnsmedisinske spesialiteten nå et oppsving. Fagforeningen Norsams gode jobb med å etablere et godt kursprogram er en av forklaringene. En annen er at Legeforeningen har klart å rekruttere nye veiledere slik at også den treårige veiledningen kan bli gjennomført.

En viktig del av spesialiseringen, ved siden av å jobbe lenge nok i relevant stilling, er å være med i veiledningsgruppe med andre kandidater i tre år. Det er omrent samme opplegg som for allmennleger, bare at det strekker seg over lengre tid. De fleste gruppene møtes fem–seks ganger i året og har heldagsmøter som varer fra rundt klokken 1000 til 1600. Kravet er 90 timer veiledning i løpet av tre år, og det anbefales for leger i samfunnsmedisinske stillinger å komme raskt i gang med både veiledningsgruppe og obligatoriske kurs.

For å kunne tilby veiledning til nye spesialistkandidater må det være nok veiledere og veiledningsgrupper. Hvis ikke blir det en flaskehals og et hinder for å få opp antallet

samfunnsmedisinske spesialister. I 2018–2019 ble det startet opp seks nye grupper, og totalt er det nå 17 slike grupper på landsbasis med rundt 240 deltakere.

Nylig møttes veilederne for de seks nye gruppene i Haugesund til sin andre veiledersamling. For også det å være veileder er noe som må læres! Den første samlingen var på Losby gods utenfor Oslo i februar 2019, mens den tredje og siste er planlagt til Sola i juni neste år («Sola-samlingen» 8. og 9. juni). På samlingen i Haugesund møttes veiledere for de nye gruppene fra Trøndelag, Bergen, Haugesund, Stavanger, Oslo og Ringerike (Nord-Norge har sitt eget opplegg og var ikke representert her). Samlingen strakte seg over to dager i flott sensommervær på hotell Scandic Maritim ved vakre Smedasundet. Astrid Rutherford og Sverre Lundevall, som har lang erfaring som veilederkoordinatorer, koordinerte og ledet det hele.

På disse samlingene blir veilederne introdusert for «kunsten» å veilede, og lærer ulike metoder som kan brukes i gruppene. Eksempler på dette er rollespill, triader, fo-

kusgrupper, reflektert team m.m. Utgangspunktet er veiledningshåndboken som også ligger på internett. Veilederspirene får også tips om hva som skal til for å skape god gruppodynamikk, hvordan håndtere ulike typer deltakere og situasjoner, og knep for å få gode rammer rundt veiledningen. Det er et mål at veiledningen skal standardiseres, slik at ikke den enkelte veileder «driver sin egen pølsebod», slik det ble sagt av en av deltakerne. Men samtidig må gruppene finne sin måte å gjøre det på etter moteto «fixed rules and flexible strategies».

Å utdannes til å bli veileder er uten direkte kostnader, og arbeidet med selve veiledningen lønnes etter legeforeningens takster. Deltakeravgiften for kandidatene som skal veiledes er 14 000,- fordelt over tre år, og kan søkes refundert over utdanningsfond II. Leger som ønsker å få plass i veiledningsgruppe for samfunnsmedisin kan ta kontakt med Astrid Rutherford. Det samme gjelder ferdige spesialister som kunne tenke seg å starte opp ny gruppe og bli veileder.

KONTAKTPERSON: Astrid Rutherford  
E-POST: astrid.rutherford@legeforeningen.no

Mer informasjon om veiledningsgrupper i samfunnsmedisin finner du her: <https://beta.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Samfunnsmedisin/Veiledningsgrupper/>

■ DAGHELGERH@HOTMAIL.COM

Deltakerne fikk oppleve Haugesund fra sin beste side da de hadde sin andre samling på sensommeren 2019.





# Vakker bok

Ansvarlig redaktør Heidi B. Grande  
 Redaksjonskomite Julie proff, Anika proff,  
 Sandra proff, Lisa proff, Marius proff  
**Psykisk helsevern fra oss som kjenner det**  
 Unge deler erfaringer og gir råd  
 135 sider  
 Universitetsforlaget  
 Oslo 2019  
 ISBN 978-82-15-03215-3

104 unge i alderen 14–21 år fra hele Norge har bidratt til denne boken. Utgangspunktet er erfaringer fra psykisk helsevern for barn og ungdom, og siktemålet deres er at denne tjenesten har et potensial for forbedringer. Det hele er tilrettelagt av den såkalte Forandringsfabrikken Kunnskapssenter, konkret av psykiskhelseproffene i samarbeid med redaktøren for denne utgivelsen.

Bokens layout er vakker – med blant annet helsides bilder av noen av bidragsyterne spredt utover i teksten, bilder som forsterker og utdyper det skrevne. Boken er lettlest og pedagogisk oppbygd med følgende hovedoverskrifter:

- Trygghet betyr alt
- Gode behandlere
- Symptomer, diagnoser og medisiner
- Nyttig hjelp
- Innleggelse
- Samarbeid mellom behandler og barn

Under disse overskriftene er tematikken levende beskrevet i underkapitler og med ungdommenes stemme som det helt sentrale:

- Oppsummerte erfaringer
- Råd fra ungdommene
- Sitater fra noen av de unge



Men dette handler jo om BUP og psykiatri – er dette da en bok for allmenn- og samfunnsmedisin? Så absolutt! En ting er å bli bedre kjent med hva våre barn og ungdommer i vår egen praksis kan oppleve når vi henviser til psykiatrien. Men min påstand er at det disse unge forteller om, like gjerne kunne ha handlet om hvordan vi som leger i primærhelsetjenesten ideelt sett skulle forholde oss til enhver pasient vi møter som leger. Kolleger i sykehus vil nok også kunne få en vekker ved å bli påminnet hvordan helt vesentlige sider ved pasientmøter i helsetjenesten kan komme til å bli ofret på travelhetens alter. Eller kanskje enda verre: At vi leger ikke helt har tatt

innover oss hvor vesentlig det er at vi genuint bryr oss om og viser i praksis at pasienten angår oss som medmennesker, at vi ser dem, at vi viser en ekte interesse. At det betyr noe for oss at de vi møter føler seg trygge på at vi vil dem vel og er interessert i hva barnet/ungdommen/den voksne har å fortelle fra det bortgjemte og kanskje mest skambelagte i livet deres.

Boken anbefales både til leger og annet helsepersonell, studenter og helsebyråkrater.

På siste side kommer for øvrig bokens hovedkonklusjon:

«Ha hjertet foran og kunnskapen på ryggen».

ELI BERG

## Følgende ble tildelt AFU stipend for 2. halvdel av 2019

STED	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Anne Brodwall	Hvordan går det med barn som har langvarige abdominalsmerter – og deres familier?	Mette Brekke
UiO	Marius Skow	Behandling av urinveisinfeksjoner hos menn – en registerstudie	Sigurd Høy
NTNU	Tor Magne Johnsen	Forskning på fastlegeordningen	Linn Getz
NTNU	Børge Lønnebakke Norberg	Forskning på fastlegeordningen	Linn Getz
UiT	Michelle Tuv Pettersen	Hjertesvikt i allmennpraksis	Hasse Melbye



Magne Nylenna

**Samfunnsmedisin  
på norsk**

GYLDENDAL

Magne Nylenna  
**Samfunnsmedisin på norsk**  
262 sider  
Gyldendal Norsk Forlag AS  
1. utgave 2019  
429 kroner

Dette er en kortfattet fagbok i samfunnsmedisin – ikke bare på norsk, men i klarspråk. Mellom myke permer skjules innholdet i tre deler: samfunnsmedisinsk tenkemåte, arbeids- og innsatsområder, og

# Spekket med stalltips

til sist virkemidler og arbeidsmetoder. Faktabokser, bilder og praktiske eksempler bryter opp teksten og gjør at boken også egner seg som oppslagsverk. Målgruppen er medisinstudenter og andre under utdanning innenfor helse, både i inn og utland.

Nylenna behersker kunsten å formidle. Tungt stoff er gjort lett fordøyelig gjennom enkle setninger og utstrakt bruk av punktum. Medisinsk historie er flettet elegant inn i flere kapitler og inviterer til å utvide egen horisont. Winston Churchill hevdet at «jo lengre bakover man kan se, desto lengre forover kan man skue». All planlegging handler om fremtiden, og treffsikkerheten i prosessen vil bedres om vi kjenner beslutningene som skapte vår tid.

Forfatteren peker på det paradokset at helsepolitiske prioriteringer like ofte gjøres med grunnlag i meninger og verdier som i lys av pålitelig kunnskap. Det er van-

skelig å tallfeste helsekonsekvensene av ulike tiltak, men å kjenne samfunnsmedisinens begrepsapparat er en forutsetning for å kunne argumentere. Etter å ha lest denne boken vil du kjenne det internasjonale helsereglementet og endringer i norsk demografi, vite hva som skiller salutogene fra helsefremmende tiltak, samt kenne gjøre rede for hvordan kvalitetsjusterte leveår og sykdomsbyrde henger sammen.

Leseren får konkrete tips til skrivebeid, planlegging av tilsyn og gjennomslag i møter, samt en ganske lang beretning om helse-systemet i Norge, som nok er mest myntet på den som ikke kjenner det fra innsiden. Boken er spekket med stalltips fra en traver i faget, og anbefales til medisinstudenter, leger under spesialisering i samfunnsmedisin og andre helsearbeidere med interesse for folkehelse og fellesskapet vi lever i.

MARIT TUV

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

# HVA LESER Jan Håkon Juul...

Hva leser du nå, Jan Håkon Juul, kommuneverlege i Vågan og nytt redaksjonsmedlem i *Utposten*?

Akkurat nå holder jeg på med en bok av Torkil Damhaug som heter *Se en annen vei*. Torkil er kollega av oss med spesialisering innen psykiatri. Bokens hovedperson er Marlen Glenne, som studerer medisin i Budapest. Marlen har en brokete fortid og blir tilfeldig (eller kanskje ikke) trukket inn i jakten på to småkriminelle sigøynerbarn som stjeler noe de ikke skulle ha stjållet. Marlen dras mellom ulike aktører på sykehuset, politiet og kriminelle som alle vil hjelpe henne, og som trenger hennes hjelp i en intens triller. Samtidig får vi tilbakeblikk mot hennes fortid. Hennes familiære forhold som har gjort henne til den personen hun er, med den ballast hun bærer.

Boken skildrer Budapest som by, og et persongalleri fra flere kulturelle og etniske miljøer i Ungarn. Flere av personene i boken snakker om hvordan de ulike miljøene kjemper mot hverandre, hvordan enkelte grupperinger hater sigøyner og jøder. De

nevner hvordan Ungarn alltid består, til tross for å være tapende parti i alle kriger og har vært del av de fleste store sammenslutningene i Europa, men alltid kommet ut igjen som selvstendig stat når slike riker – som for eksempel det ottomanske riket – går nedenom.

#### Hvorfor leser du akkurat denne boken?

Det er egentlig ganske tilfeldig. En bokhandel gikk konkurs rett før jul, og på opphørssalget fikk jeg med meg en god del ulike krimbøker. Torkil Damhaug har jeg ikke lest før, og det var kun skildringen på baksiden som fikk meg til å plukke blant annet denne boken med meg fra salget. Jeg må si at jeg var heldig med valget. Dette er en slik type krim/triller som passer meg godt, da den skildrer mye politikk og kultur fra et fremmed land.

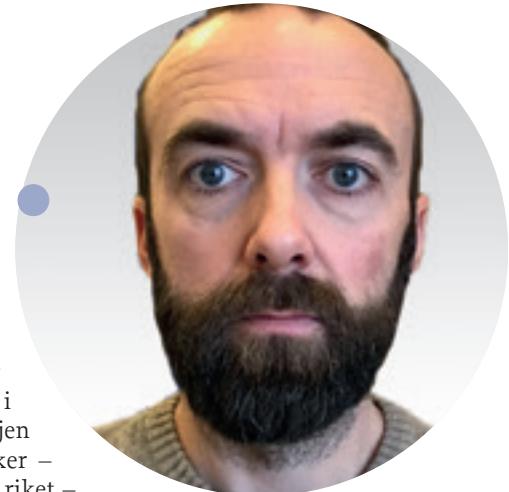
#### Hvor leser du?

Før jeg ble pappa, kunne jeg egentlig lese hvor som helst, og hele tiden. Nå er det ingen tvil om at jeg stort sett leser skjønnlitteratur sent om kvelden, rett før leggetid. Og selvfølgelig hvis jeg er ute på reiser. Det beste er alltid å lese på fly-, tog- og bussreiser, eller egentlig når anledningen byr seg. Imidlertid klarer jeg sjeldent å lese fag på reise, av en eller annen grunn. Så leser jeg jo ganske mye på kveldene, men det blir som min gode kollega Laila beskriver – sammen med ungene. De har heldigvis overtatt lesegleden, noe jeg tror man har god nytte av i livet.

#### Hvilke bøker liker du å lese?

Krim. Helt klart mest glad i krim, men jeg er også stor fan av Harry Potter-universet, og ikke minst Tolkiens univers med *Ringenes herre* og *Hobbiten* blant annet. Jeg er så heldig å være på tredje runde av Harry Potter nå siden ungene foretrekker at jeg leser den til dem fremfor at de leser den selv.

Innenfor krim kan jeg lese alt. Liker Jo Nesbø best selvsagt, men kanskje enda mer krim som bruker mer tid på å skildre kultur, religion, personkarakterer osv. enn



selve mysteriet i seg selv. Tom Egeland har flotte bøker som har mye religiøse og kulturelle «diskusjoner» med seg. Det samme finner en i Dan Browns bøker, som er spekket av koder og religiøs mystikk. I tillegg er bøkene til Yrsa Sigurðardóttir om Island og ikke minst Peter Mays triologi om Skottlands Isle of Lewis. Spesielt vil jeg fremheve nummer to i triologien, *Lewismannen*. Jeg-personen i boka er dement, og det gir et morsomt innblikk i demens fra innsiden (i den grad man kan kalle demens for morsomt).

#### Har du en bokanbefaling til *Upostens* leser?

Jeg syns det er vanskelig å velge en. Det er mye gode bøker der ute. Vil jo anbefale Peter May som jeg nevner over, og to forfattere jeg ikke har nevnt over en gang er Jussi Adler Olsen og Stefan Ahnhem. Alle disse forfatterne lager gode mysterier, med festlige personligheter og med mange parallele historier ved siden av selve krimsaaken. Men en riktig festlig bok som egentlig ikke er innenfor noen av kategoriene jeg har nevnt om hva jeg helst leser, er Mikhail Bulgakovs *Mesteren og Margarita*. Den faller innenfor min kategori av bøker fordi den har både politikk, mystikk og religion i seg. Romanen utspiller seg i to plan, et grotesk-fantastisk som skildrer livet i sluttet av 1920-årenes Moskva, og et historisk-myktisk som skildrer Kristus før Pilatus og påskeukens videre begivenheter. Som leser fikk jeg et klart inntrykk av at djevelen spiller en stor rolle i boken, og utgjør en ganske morsom karakter for meg. Den setter spørsmålstegn ved religiøse sannheter, og boken er på ingen måte A4. Den kan være litt tung å komme inn i, men med litt tålmodighet gir den leseren gode opplevelser.



Nord-Norge: 77 75 69 98

Midt-Norge: 72 82 91 10

Sørøst-Norge: 23 07 55 00

Vest-Norge: 55 97 53 60

[www.relis.no](http://www.relis.no)

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

# Hostedempende opioider som Cosylan og Solvipect comp til barn?

**RELIS får flere spørsmål om bruk av Cosylan og Solvipect comp, som begge inneholder etylmorphin, til barn. De siste årene er internasjonale anbefalinger for bruk av opioider mot hoste hos barn strammet inn, slik at klinisk praksis ikke nødvendigvis lenger samsvarer med anbefalingerne. Her følger en oppsummering av gjeldende anbefalinger og en kort beskrivelse av etylmorphins farmakokinetikk.**

Etylmorfin likner kodein og virker hostestillende ved å bryte hosterefleksen sentralt (1, 2). Internasjonalt har kodein vært mye brukt til behandling av hoste og forkjølelsessymptomer (3, 4), mens etylmorphin ikke er omtalt i store internasjonale legemiddeldatabaser som Clinical Pharmacology (5), Lexicomp (6), British National Formulary for Children (7) eller det nederlandske databaseverktøyet Kinderformularium (8). I Norge finnes det ikke kodeinholdige hostedempende legemidler som er godkjent for barn (2, 9), men hostemiksturer med etylmorphin (Cosylan og Solvipect Comp) er angitt med doseringer til barn i Felleskatalogen (10, 11).

## Etylmorfin omdannes i varierende grad til morfin

Det er vist at etylmorphin omdannes til blant annet morfin. Denne omdanningen påvirkes av aktiviteten til enzymet CYP2D6. For CYP2D6 er det påvist genetiske polymorfismar som både kan føre til redusert og økt enzymaktivitet. Hovedmetabolismen av etylmorphin skjer imidlertid ved glukuronidering, og det er også en tredje metabolismevei. I tillegg til at ulike genetiske polymorfismar påvirker andelen etylmorphin som omdannes til morfin, er det også store individuelle forskjeller i aktiviteten i de to andre metabolismeveiene. Dette kan igjen være av betydning for hvor mye etylmorphin som er tilgjengelig for omdanning til morfin. Andelen etylmorphin som om-

dannes til morfin varierer altså betydelig fra person til person og er vanskelig å forutsi (12).

## Barn er spesielt følsomme

Som nevnt metaboliseres etylmorphin hovedsakelig ved glukuronidering (12). Hos barn er glukuronideringsaktiviteten i leveren betydelig lavere enn hos voksne. Analyser av glukuronideringskapasiteten for opioider hos to-åringar tyder på at kapasiteten fortsatt ikke har nådd samme nivå som hos voksne (13). Dermed er den viktigste metabolismeveien for etylmorphin redusert hos små barn. Dette kan medføre at en større del av dosen omdannes til morfin via CYP2D6 og til akkumulering av morfin, spesielt ved gjentatt dosering. Disse forholdene gjør det etter vår vurdering vanskelig å angi en generell alder hvor etylmorphin er trygt for barn.

## De norske preparatomtalene angir dosering til barn

I den norske preparatomtalen for Cosylan mikstur er det beskrevet at legemidlet ikke bør gis til barn under 2 år, mens det er oppgitt doseringsforslag til barn fra og med 2-årsalder (14). For Solvipect Comp er det angitt at miksturen ikke skal gis til barn under 6 år på grunn av manglende data på effekt og grunnet sikkerhetsbekymringer ved bruk i denne pasientgruppen. Det er beskrevet doseringsforslag til barn fra 6 år og oppover (15).

## UpToDate anbefaler ikke bruk hos barn

Forfatteren av en UpToDate-artikkel om forebygging og håndtering av forkjølelse hos barn angir at hun ikke bruker kodein eller andre antitussive midler til behandling av forkjølelsesrelatert hoste hos barn (hvilken aldersgruppe som omfattes av begrepet «barn» er ikke presisert). Begrunnelsen for dette er at nyttene av slike midler ikke er dokumentert, og at de har potensial for skadelige effekter (16). Bivirkninger av kodein hos barn inkluderer søvnighet og sentral respirasjonsdepresjon, og det er rapportert om dødsfall ved bruk (4, 16). Én enkeltrapport beskriver at også bruk av etylmorphin har bidratt til dødsfall hos ett spedbarn (17).

## American Academy of Pediatrics fraråder bruk av kodein hos barn

Allerede i 1997 problematiserte American Academy of Pediatrics (AAP) bruken av kodein og andre såkalte «narcotic antitussives» mot hoste hos barn. AAP beskrev den gang nødvendigheten av å informere pasienter og foreldre om mangelen på dokumentert antitussiv effekt og potensiell risiko ved slik bruk (18). I 2016 oppfordret AAP foreldre og helsepersonell til å slutte å gi kodein til barn, og etterlyste igjen opplæring med tanke på risiko og restriksjoner for bruk av kodein hos pasienter under 18 år (19). En AAP-rapport publisert samme år beskrev fortsatt utstrakt bruk av kodein hos barn på tross av økende dokumentasjon på potensielle skadelige effekter (4).

## World Health Organization fraråder også bruk av kodein mot hoste

Bruk av kodeinpreparater mot hoste hos barn frarådes i World Health Organizations retningslinjer (2001) om hoste- og forkjølelsesmidler for behandling av akutte luftveisinfeksjoner hos små barn (20).

## European Medicines Agency fraråder bruk av kodein mot hoste under 12 år

I 2015 vurderte European Medicines Agency kodein som kontraindisert mot hoste og forkjølelse hos barn under 12 år. De anbefaler heller ikke bruk av kodein hos barn mellom 12 og 18 år som har det som omtales som «breathing problems» (3), for eksempel astma (4). Begrunnelsen var blant annet at omdannelsen av kodein til morfin er mer variabel og uforutsigbar hos barn under 12 år sammenliknet med voksne, hvilket gjør barn særlig utsatt for bivirkninger. I tillegg bemerkes at hoste og forkjølelse generelt er selvbegrensende, og at dokumentasjonen for effekt av kodein mot hoste hos barn er begrenset (3).

## U.S Food and Drug Administration endrer sikkerhetsmerkingen

I 2018 krevde U.S Food and Drug Administration (FDA) endring av sikkerhetsmerkingen av reseptbelagte opioidholdige hostemidler for å begrense bruken av slike medisiner hos barn og ungdom under 18 år. FDA skrev i forbindelse med dette at helsepersonell bør være klar over at reseptbelagte opioidholdige hoste- og forkjølesmesmedisiner ikke lenger er indisert for bruk hos barn under 18 år (21). Grunnen til at bruk i denne aldersgruppen ikke anbefales er at risikoen er større enn fordele. Helsepersonell bør berolige foreldre med at forkjølesesrelatert hoste er selvbegrensende og vanligvis ikke trenger behandling (22).

## Nasjonalt kompetanse-nettverk for legemidler til barn viser til FDA

Nasjonalt kompetanse-nettverk for legemidler til barn viser også til at FDA nå fraråder bruk av opioider mot hoste hos barn under 18 år (9).

## Cosylan og Solvipect comp inneholder også andre virkestoffer

I tillegg til etylmorphin inneholder Cosylan sagrada-barkekstrakt for å motvirke den forstoppende effekten av etylmorphin (14). Solvipect comp inneholder guaifenesin som antas å nedsette slimets viskositet ved å stimulere bronkialsekresjonen.

(15). Databasen Natural Medicines oppgir at peroral bruk av sagradabark (cascara sagrada) kanskje ikke er trygt hos barn, og at stoffet bør brukes med forsiktighet grunnet risiko for tap av elektrolytter, spesielt kalium (23). Når det gjelder guaifenesin oppga Statens legemiddelverk i 2017 at hostemidler med guaifenesin ikke lenger er godkjent til bruk hos barn under seks år. Bakgrunnen er manglende dokumentasjon for effekt hos barn og samtidig bekymring for sikkerhet basert på enkelt-rapporter (24).

### REFERANSER

1. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Etylmorfinkombinasjoner. <http://legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 27. januar 2016).
2. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Antitussiva – opioider. <http://legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 27. januar 2016).
3. European medicines agency. Codeine not to be used in children below 12 years for cough and cold. <https://www.ema.europa.eu/> (Sist oppdatert: 24. april 2015).
4. Tobias JD, Green TP et al. Codeine: Time to Say "No". *Pediatrics*. 2016; 138(4)
5. Clinical Pharmacology 2019 database. Søk på «ethylmorphine». Elsevier, Inc. <https://www.clinicalkey.com/pharmacology/login> (Søk: 7. januar 2019).
6. Lexicomp in UpToDate. Søk på «ethylmorphine». Drug information. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 7. januar 2019).
7. Paediatric Formulary Committee. BNF for Children (online). Søk på «ethylmorphine». <https://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 7. januar 2019).
8. Kinderformularium (online). Søk på «ethylmorphine». <https://kinderformularium.nl/> (Søk: 7. januar 2019).
9. Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. FDA fraråder bruk av opioider mot hoste til barn under 18 år. <https://www.legemidlertilbarn.no/> (Sist endret: 25.03.2019).
10. Felleskatalogen. Cosylan. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/> (Søk: 7. januar 2020).
11. Felleskatalogen. Solvipect comp. <https://www.felleskatalogen.no/medisin/> (Søk: 7. januar 2020).
12. Aasmundstad TA, Xu BQ et al. Biotransformation and pharmacokinetics of ethylmorphine after a single oral dose. *Br J Clin Pharmacol*. 1995; 39(6): 611–20.
13. Strassburg CP, Strassburg A et al. Developmental aspects of human hepatic drug glucuronidation in young children and adults. *Gut* 2002; 50(2): 259–65.
14. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Cosylan. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 19. juni 2019).
15. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Solvipect comp. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 1. august 2018).
16. Pappas DE. The common cold in children: Management and prevention. Version 50.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 3. juli 2019).
17. Helland A, Isaksen CV, et al. Death of a 10-month-old boy after exposure to ethylmorphine. *J Forensic Sci*. 2010; 55(2): 551–3.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on Drugs. Use of codeine- and dextromethorphan-containing cough remedies in children. *Pediatrics*. 1997; 99(6): 918–20.
19. American Academy of Pediatrics. Codeine Too Risky for Kids, Urges Restrictions On Use. <https://www.healthychildren.org/> (Publisert: 19. september 2016).
20. World Health Organization. Cough and cold remedies for the treatment of acute respiratory infections in young children. <https://www.who.int/> (Publisert: 2001).
21. U.S. Food and drug administration. FDA acts to protect kids from serious risks of opioid ingredients contained in some prescription cough and cold products by revising labeling to limit pediatric use. <https://www.fda.gov/> (Sist oppdatert: 11. januar 2018).
22. U.S. Food and drug administration. FDA Drug Safety Communication: FDA requires labeling changes for prescription opioid cough and cold medicines to limit their use to adults 18 years and older. <https://www.fda.gov/> (Sist oppdatert: 22. januar 2018).
23. Natural Medicines. Cascara Sagrada. <https://naturalmedicines.therapeuticresearch.com/> (Sist oppdatert: 9. mai 2019).
24. Statens legemiddelverk. Nytt om legemidler nr. 23–24 2017. <https://www.legemiddelsok.no/> (Publisert: 12. desember 2017).

RENATE BRENDEN  
lege, RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

KARIN M. HOLMBERG DAHLE  
spesialist i barnesykdommer, RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

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 uttrykke seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke til!  Tove Rutle - lagleder

# Dette er en ode

Jeg ble utfordret av min tidligere veileder i allmennmedisin, kollega i Asker og nå gode venninne, Torild Berg.

Og for en utfordring det ble. Som dyslektiler har språket alltid vært en utfordring for meg, og lyrikk er intet unntak i denne sammenheng.

Som fastlege forholder man seg til pasienter, mange i personlige kriser. Man forholder seg da også til pårørende i sorg. Det ble inspirasjonen til diktet jeg har valgt av lyrikkforfatter, sanger og låtskriver Trygve Skaug. Første gang jeg leste dette var på Verdens forebyggingsdag mot selvmord 10. september i 2018. Diktet ble aktualisert i forbindelse med Ari Behns selvmord:

Dette er en ode  
til de gutta  
og de jentene som måtte gi tapt  
i kampen mot mørket  
for de var fine folk  
de der helt fremst i frontlinjen  
så ble det for mørkt der  
og det er for dem vi skal slåss  
med lysbrytere festet på knokene  
for vi kan ikke ha det sånn  
at svarte natta bare skal valse rundt  
og ta for seg

Jeg utfordrer min gode venninne og kullkamerat, Anita Sørheim, fastlege i Sandane.

*Hilsen fra*  
MARIA FITJE HOFFMANN