

Ut- posten

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin

NR. 3 – 2012 ◦ ÅRGANG 41

INNHold:

LEDER: Ja til kvalitet, nei til einssidig fokus på rettar og garantiar. AV LISBETH HOMLONG	1
UTPOSTENS DOBBELTTIME: Klinikken er håndverket, det andre er pynten på kaka. METTE BREKKE INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE	2
ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER: Demenssykdommer og førerkort. AV ANNE BRÆKHUS	6
NOKUS på offensiven etter 20 år. AV SIRI FAULI MUNKERUD, WENCHE BJELKARØY OG GEIR THUE	11
Brukerundersøkelser i allmennpraksis – erfaringer med ulike metoder. AV KIRSTI MALTERUD	14
Kvalitet forbedres gjennom lærlingsnettverk. AV INGRID MARGARETHA HØIE	21
Alle skal ikke vite alt – kjernejournal med begrenset nytteverdi AV GISLE ROKSUND	23
1-dags utplassering i allmennmedisin. AV HANS RAGNAR SKOGLI	27
Samhandling sett med pårørendes øyne. AV ASTRID EMHJELLEN	29
Sammen for livet – fastleger, helseforetak og kommuner på samhandlingslaget AV ANETTE FOSSE	34
Kommunal pasientkoordinator i sykehus. AV MARIANNE EEK	37
TELEFONRÅD I NY UTGAVE: Gode råd i møte med pasienten. AV HEGE UNDERDAL	39
Faste spalter	40

KONTOR:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim

FAX: 63 97 16 25

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Jesper Blinkenberg**

Pavelsvei 9

5067 Bergen

MOBIL: 934 35 481

E-POST: jesper.blinkenberg@uni.no**Esperanza Díaz**

Smøråshagen 4

5238 Rådal

TLF.: 55 13 07 04

MOBIL: 474 14 104

E-POST: esperanza.diaz@isf.uib.no**Lisbeth Homlong**

Jutulveien 5

0852 Oslo

MOBIL: 905 53 513

E-POST: lisbeth.homlong@hotmail.com**Ole Andreas Hovda**

Bjørndalen 52

5009 Bergen

MOBIL: 975 75 085

E-POST: oahovda@gmail.com**Ann-Kristin Stokke**

Lyngvn. 12a

1430 Ås

MOBIL: 452 17 552

E-POST: annkristin_stokke@hotmail.com**Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 926 29 687

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

Parkveien 19

9900 Kirkenes

TLF.: 78 99 21 60

MOBIL: 476 44 519

E-POST: monass@online.noFORSIDEBILDE: **Ida Myklebust Sundar**

DESIGN/OMBREKNING:

Morten Hernæs, 07 Aurskog

REPRO OG TRYKK:

07 Aurskog**07**Du finner Utposten på
www.utposten.no

Ja til kvalitet, nei til einsidig fokus på rettar og garantiar!

Lenge har det vore slik at pasientar som vert tilvist til sjukehus, først får eit brev om at tilvisinga er motteken og med informasjon om rettार og fristar i så måte, deretter får dei eit nytt brev med beskjed om time når tida for dette nærmar seg. Det første brevet kan gjerne vere to–tre sider langt og språket er ofte krunglete og vanskeleg å forstå. Ikkje sjeldan får eg pasientar på kontoret som vil ha ei forklaring på kva som står i brevet. Mange undrar seg over systemet, det pasienten er hovudsakleg er opptatt av, er rett og slett tidspunktet for time hos spesialist, ikkje lange utlegningar om lovar og reglar. Og slik desse breva er formulert, er det dessutan berre dei mest ressurssterke som faktisk tek konsekvensane av sine rettार og klagar når dei oppgitte fristane vert brotne.

Stortingspolitikar Kjersti Toppe frå Senterpartiet treff spikaren på hovudet i ei sak i Aftenposten for ei tid tilbake: sjukehusa fokuserer no meir på rettार og fristar enn på det som er viktigast; møtet mellom pasient og behandlar. Ho meiner at vi har laga oss eit system som er fordyrande og altfor byråkratisk og som tek fokus vekk frå dei viktige prioriteringsdebattane. Den såkalla ventelisteskandalen ved Oslo universitetssjukehus illustrerer dette på

ein framifrå måte. Saka dreia seg om at pasientar som klaga på ventetida, vart prioritert framfor andre som hadde rett til behandling før. Andre omsyn, les økonomiske, vart altså prioriterte på kostnad av reint medisinske omsyn. Dette er sjølv sagt ikkje bra. Men det seier kanskje noko vesentleg om kva som har vorte styringsverktøy for norsk helsevesen i seinare år; økonomi, rettार og garantiar. Ønsket frå den politiske sida er å styrkje tilbodet, å gi rett behandling til rett tid for dei som treng det, men konsekvensen av verkemidla viser seg altså å favorisere dei som klarer å hevde sin rett. Dette er ei utvikling vi må snu.

I Utpostens dobbelttime har vi denne gongen intervjuet ein nestor i norsk allmennmedisin, nemleg Mette Brekke, som er professor i allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og fastlege. Ho tok i si tid doktorgrad med tema sosiale ulikskapar og helse sett frå ein allmennmedisinsk ståstad. I forlenginga av debatten over er det interessant at ho i dag opplever at ressurssterke i aukande grad kjøper seg ut av helsekøane, noko som er ein tankekross sett i lys av at ei velfungerande offentlig primærhelseteneste er sentralt for å utjamne sosiale helseforskjellar.

Elles i bladet har vi igjen fokus på kvalitet. Kvalitetsarbeid i allmennpraksis er i vinden som aldri før og frå foreiningshald er dette også eit satsingsområde. Norsk allmennmedisin har framleis ein jobb å gjere når det gjeld kvalitetssikring av eiga verksemd. Kirsti Malterud skildrar ulike tilnærmingar til brukarundersøkingar på allmennlegekontoret – her er det nyttige refleksjonar for mange av oss, men ho påpeikar at berre eit fåtal av norske legekantar gjennomfører brukarundersøkingar regelmessig. Bruk av kvalitetsindikatorar for å forbetre eigen praksis, er eit anna aktuelt verkemiddel i kvalitetsarbeid. I eit pilotprosjekt i Grenland har fire legekantar samarbeida om å finne relevante kvalitetsindikatorar som legekantora kan måle seg opp mot. Dei har kome fram til 18 indikatorar, der halvparten kan trekkjast automatisk utifrå EPJ. Betre journalføring, betre tilgjenge og reviderte rutiner er nokre av resultatane av prosjektet i Grenland.

Kvaliteten på arbeidet vi gjer er til sjuande og sist det pasienten vil måle oss på – ventetid er ein del av dette – men einsidig fokus på rettार og garantiar i så måte, kan altså få uforutsette konsekvensar.

Lisbeth Homlong

Utpostens
dobbeltime

Klinikken er hån det andre e

Mette Brekke

INTERVJUET AV ANN-KRISTIN STOKKE



FOTO: ANN KRISTIN STOKKE

Varm og morsom, strukturert, dyktig og med stor arbeidskapasitet, er noen av superlativene som blir trukket fram når venner og kjente skal beskrive Mette Brekke. Det skal ikke mer enn et raskt blikk på CVen til for å skjønne at i alle fall det siste stemmer. Gjennom sine 30 år som allmennlege har hun stadig hatt faglige stillinger og verv utenom, som støttelege, tillitsvalgt på fylkesnivå og i Aplfs fagutvalg, medlem i Tidsskriftets redaksjonskomite og redaktør i Utposten. Etter hvert også en akademisk karriere. Siden 2009 har hun vært professor ved Institutt for helse og samfunn på Universitetet i Oslo samtidig som hun har valgt å fortsette som fastlege for sine drøyt 1100 pasienter ved Kurbadet Lege-senter i Oslo sentrum.

Intervjuobjektets personlige varme merkes umiddelbart når vi møtes i bibliotekbaren på Hotell Bristol, for så snart vi har satt oss, kommer hovmesteren bort, henvender seg til Mette Brekke og sier på en fin måte at han bare måtte hilse på henne, da hun er fastlegen

Handverket, er pynten på kaka



Dr Brekke på fastlegekontoret. FOTO: HAAKON HARRISS, HELSEBIBLIOTEKET

hans. Litt overrasket unnskylder hun seg for at hun ikke straks kjente ham igjen: – Du skjønner, jeg skal intervjues og derfor er jeg litt nervøs, runder hun av på en fin måte. Med sitt elegante og behagelige vesen passer 58-åringen godt inn i omgivelsene.

UTPOSTEN: Hva førte deg inn i allmenmedisin og hvorfor ble du værende?

– Planen min var å bli kirurg etter fullført turnustjeneste på Rjukan og i Hammerfest. Jeg hadde en tanke om at kirurgien, med sitt konkrete og håndverksmessige særpreg, ville

passer for meg. Men da mannen min, som også er lege, skulle avtjene siviltjeneste i Karasjok, ble jeg med som distriktslege på samme sted. Der ble vi værende i fire år, og hadde stort sett vakt en uke i strekk hver, mannen min en uke, jeg en uke og turnuslegen en uke – stakkars

befolkning, tre helt ferske leger! Jeg husker at det tok meg et og et halvt år før jeg klarte å ta beslutninger, jeg reflekterte over det da, at det tok så lang tid før jeg opplevde at jeg forsto hvordan jeg skulle jobbe. Omtrent samtidig var jeg på Nordisk kongress for allmennleger, og opplevde at jeg ikke hang med i samtalen – det ble brukt andre ord og en annen tanke-måte om faget allmennmedisin enn jeg var vant til. Dette var jo helt i starten på den prosessen som førte til at allmennmedisin ble et eget fag og en egen spesialitet. Det er mange av de samme menneskene jeg møtte der for første gang, som også senere har vært med på å prege utviklingen av allmennmedisinen, og som fortsatt er markante fagpersoner.

UTPOSTEN: Du har valgt å fortsette som fastlege også etter at du ble professor. Mange av kollegaene dine er fulltidsakademikere, hvorfor har du valgt annerledes?

– Hvorfor jeg har blitt værende i allmennmedisinen? Godt spørsmål.

Hun tenker seg om før hun fortsetter:

– Jeg har flere ganger blitt utsatt for et visst press for å fortsette i en jobb utenfor allmenn-

Ordstyrer på NFAs årsmøte i 2011. FOTO: PRIVAT.



medisinen, blant annet i Tidsskriftet og sist nå da jeg ble professor. Jeg har vel valgt å bli værende fordi jeg er så glad i mennesker, historiene, spesielt de menneskene som er litt annerledes og sære. For meg er det også slik at den kliniske hverdagen er håndverket, virkeligheten og det «andre» – vekslende hva – er pynten på kaka. Men når det er sagt, så tror jeg at det for instituttet og forskningen sin del ville vært en fordel om jeg bare jobbet som professor og forsker, og oftere var til stede der. Nå har jeg to dager i uken på instituttet i tillegg til mye fleksibel jobbing kvelder og helger, mens jeg jobber tre dager som fastlege. Da jeg fikk den professorstillingen jeg har nå, var det den første gangen jeg virkelig vurderte grundig om jeg skulle slutte som fastlege, men inntil videre blir det som nå.

UTPOSTEN: Du begynte som lege på landsbygda, som distriktslege, men valgte å flytte til Oslo og bli storbylege. Hvordan var det?

– Selv om det var et bevisst ønske, vi flyttet fordi vi ville bo i byen i den fasen av livet der barna var blitt store, var jeg likevel spent. Jeg hadde ikke noe ønske om bare å skrive resepter på Valium og henvisninger til spesialist, slik vi hørte man måtte i

storbyen. Den største overgangen var at jeg som lege med driftstilskudd stadig

fikk nye pasienter. Frem til fastlegeordningen startet i 2002 var det jo slik at en pasient kunne bestille time hos den legen man ønsket. Det var hyppige legebytter, og slitsomt stadig å få nye pasienter som kun ble værende en kort periode. På Vinstra var det jo ikke mulig å veksle annet enn mellom legene på legesenteret, og hvilken praksis man hadde med for eksempel forskrivning av B-preparater var lett å samordne innad på et kontor. Likevel opplevde jeg at forskjellene var mindre enn forventet. Både før, men spesielt etter fastlege-reformen, er det meste likt. Pasienten kommer med det som er viktig i livet, og jeg har fortsatt tre generasjoner i samme familie som jeg er lege for.

En av fordelene Brekke opplevde med å flytte til Oslo, var nærheten til instituttet og miljøet der. På Vinstra hadde hun hatt Jo Telje som kollega og veileder, og hadde via han fått en del kontakt med forsker – og undervisningsmiljøet i Oslo. Utviklingen av allmennmedisin som fag har vært – og er – Mette Brekkes hjertebarn. Hun begynte som praksislerer allerede i 1985.

Tenkt på utviklingen vi har hatt, med spesialiteten, veiledningsgrupper og etterutdanningsløp. I grunnstudiet er allmennmedisinen et viktig korrektiv til sykehusmedisinen. For tiden er jeg allmennmedisinens representant i gruppen som utarbeider avsluttende tverrfaglig stasjonseksamenen ved medisinstudiet her i Oslo. Når kirurgen med utgangspunkt i en kasuistikk der pasienten har DVT mener at pasienten har bukspyttkjertelkreft inntil det motsatte er bevist, tenker jeg at det er viktig å nyansere – fordi dette neppe er sannheten sett fra et allmennmedisinsk perspektiv. Dette er veldig spennende arbeid!

UTPOSTEN: Du er også engasjert innen utdanning i allmennmedisin utenfor Norges grenser?

– Ja, jeg er Norges representant i EU-RACT, European Academy of Teachers in General Practice. Dette er et forum som jobber med oppbygging av allmennmedisin som fag i grunn- og videreutdanningen i andre land i Europa. Mange land har kommet mye kortere enn oss, og er helt i startfasen av å utvikle allmennmedisin som fag. I land som Moldova og Latvia har de først de siste årene innført undervisning i allmennmedisin i grunnutdanningen. Å møte kollegaer som er i oppstartsfasen, der vi var for 30–40 år siden, er interessant, og ved å samarbeide med land som er kommet lenger – som Norge – kan de få viktig drahjelp for å utvikle faget.

UTPOSTEN: Du begynte den akademiske karrieren med en doktorgrad om sosiale ulikheter

og hvordan dette angår allmennlegen. Hvordan har forskningsinteressen utviklet seg etter det?

– Etter at jeg begynte som lege i sentrum av Oslo i 1997, med kontor ikke langt fra flere av byens hospitser, merket jeg at jeg kjente meg hjemme når jeg kom på sykebesøk på et hospits. Det spørs vel om det ikke er oppveksten min som Frelsesarmebarn på stadig flyttefot, og gjenkjenningen hos de på utsiden som gjorde at jeg valgte akkurat dette som tema. Det var veldig interessant, men da jeg var ferdig med doktorgraden, var det ikke så spennende lenger. Da hadde jeg jo funnet ut og vist at sosiale ulikheter påvirker helsa og angår allmennlegen, og var på en måte ferdig med temaet. Nå jobber jeg, sammen med andre, med mange forskjellige forskningsområder. For mange, vil kanskje noen si, men jeg tenker at det har vært viktig nå når engasjementet og den allmenntillegens forskning har vokst så raskt de siste fem årene. Bredde i temaer er viktig for å holde dette engasjementet høyt også i fremtiden. Dessuten er det jo så mye vi ikke vet i primærhelsetjenesten.

Hun forteller med stort engasjement om prosjektene hun er engasjert i som professor. Temaene spenner fra akupunkturbehandling av kolikk og akutt rygg, til vitamin D-mangel, rehabilitering av og medikamentbruk hos eldre og rusmiddelforgiftninger og LAR.

Det er morsomt at det er blitt så stor interesse for å forske. Rekrutteringen av nye stipendiater er fra to grupper, en gruppe med godt voksne allmennleger som endelige skal finne ut mer om et område de er engasjert i, og har vært lenge. Den andre gruppen er unge, nesten nyutdannede, som med glød og engasjement går inn i de fleste prosjekter der det er mulighet. For tiden er det faktisk veilederkapasiteten som er flaskehalsen ved instituttet.

UTPOSTEN: Det nye forslaget til fastlegeforskrift, som i skrivende stund er ute på høring, har vakt mye engasjement og debatt. Hvordan merker du dette?

– Det som slår meg i forslaget, er det totale fraværet av ideologiske tanker og føringer for hvordan offentlig primærhelsetjeneste skal utvikle seg. Det er tankevekkende hvordan jeg som fastlege allerede opplever at stadig flere ressurssterke pasienter kommer med en helseforsikring som dekker privat og rask behandling dersom de blir syke. Legene i disse tilbudene kommer jo fra samme pott som legene i det offentlige, slik at et økende privat tilbud er nødt til å gå utover det offentlige helsevesenet. Det er vist at både økonomisk og med tanke på å utjevne sosiale forskjeller er en god primærhelsetjeneste helt nødvendig. Jeg tenker at den offentlige primærhelset-



Brekke med blikkontakt med pasienten. FOTO: HAAKON HARRISS, HELSEBIBLIOTEKET

tjenesten skal være det beste tilbudet når man får et helseproblem, også for de rike. Ideologien om å sikre en høykvalitets offentlig primærhelsetjeneste er helt fraværende i det nye forslaget til forskrift, sammen med tanker om videreutdanning og kvalitetssikring. Det er veldig skremmende når vi vet hvor viktig en god offentlig primærhelsetjeneste er for å utjevne helseforskjeller. Blant studentene merker vi en skepsis til allmenntillegens som fremtidig jobb, som nok skyldes mye negativ oppmerksomhet i det siste. Til tross for disse tingene er jeg ikke veldig bekymret for fagetets fremtid. Det har også tidligere vært reformer og endringer av rammene, mens kjernen i allmenntillegens alltid har vært det enkelte pasientmøte. Slik tror jeg det kommer til å fortsette å være, men det er viktig at rammene ikke blir for krevende.

UTPOSTEN: Hvis du skal gi noen råd for et godt og langt allmenntillegeliv, hva vil det være?

– En grunnleggende forutsetning er evnen til å akseptere å leve med usikkerhet. Dette tror jeg er en personlighetsfaktor, som vi i varierende grad har. Sønnen min, som nå er voksen, spurte en dag vi snakket om dette: «Men mamma, er ikke du perfektjonist?».

Nei, jeg er ikke det! Som allmenntillege er det umulig å alltid ha kontroll. Hvis man ønsker det, bør man finne en annen spesialitet. Ellers tror jeg det er viktig å ha noe frivillig å engasjere seg i innen faget, noe som gir påfyll. For meg har det jeg har drevet med på si hindret at jeg har blitt utbrent.

Hun fortsetter etter en kort tenkepause:

– Dessuten må man like folk, og ha evnen til å tilpasse mengden arbeid til egen arbeidskapasitet. Ikke minst er det viktig ikke å forvente av man skal løse alle verdens problemer og kriser. Der tror jeg nok jeg lærte noe da jeg tok videreutdanning i familierapi, som jeg har tatt med videre i praksis. Jeg jobbet 10 år på familiekontor, som regel sammen med en annen terapeut. Med en ramme på halvannen time og ofte en hel familie til stede ble det mye kaos og høylytte diskusjoner. Likevel var det legitimt å si at nå var tiden ute, og avslutte.

– Å bidra til at folk finner sine egne løsninger har jeg nok tatt med meg inn i fastlegehverdagen uten at jeg er så bevisst på dette – men jeg tror både grensesettingen og det å la pasienten komme frem til sin egen løsning, er viktig. Og sist, men ikke minst; gode kollegaer og deltakelse i videre- og etterutdanning er goder jeg unner alle!

Allmennt medisinske utfordringer

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennt medisinen 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.

Demenssykdommer

■ ANNE BRÆKHUS *Dr med, spesialist i nevrologi, Nevrologisk avdeling, og Hukommelsesklinikken, Geriatrik avdeling, OUS, Ullevål*

Bakgrunn

I eldre år skjer det en rekke endringer som kan påvirke evnen til å kjøre bil på en sikker måte. Det gjelder forandringer i synsfunksjon, i muskel-skjelettapparatet og i nervesystemet som blant annet redusert psykomotorisk tempo, og forlenget reaksjons- og innlæringstid.

I hvilken grad disse endringene har betydning for den økte ulykkesfrekvensen i trafikken man ser hos eldre er derimot usikkert. Det er utført få studier der kjøreferdigheter hos helt friske eldre er vurdert. Det er derimot godt dokumentert at mange sykdommer som primært oppstår i eldre år, øker ulykkes-

forekomsten. Det gjelder for eksempel hjerneslag, demenssykdommer, synssykdommer, polynevropati, ulike muskelskjelettlidelser og parkinsonisme.

De fleste demenssykdommer kjennetegnes ved at det gradvis, over år, skjer en generell svekkelse av intellektuelle evner. De hyppigste formene er demens av Alzheimers type, som rammer 60–80 prosent av pasientene, vaskulær demens eller en blanding av disse to tilstandene. Det hyppigste debutsymptomet ved demens av Alzheimers type er redusert hukommelse, men atferdsendringer i form av apati, depressive symptomer og tilbaketrekking sees også ofte tidlig i forløpet. Etterhvert

som sykdommen utvikler seg tilkommer en generell intellektuell reduksjon, med blant annet språkproblemer, redusert oppmerksomhet og rom/retningssans.

Symptomene medfører sviktende ADL-funksjon, i første omgang påvirkes krevende intellektuelle ferdigheter, etter hvert rammes andre funksjoner. På et eller annet tidspunkt i sykdomsutviklingen rammes også evnen til å kjøre bil på en trygg måte. Pasienter med primært vaskulær demens kan være psykomotorisk trege tidlig i forløpet, mens pasienter med demens av Alzheimers type oftere fremstår kvikkere psykomotorisk.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

og førerkort

ILLUSTRASJONSFOTO: KJUT EKANGER

Symptomer ved demens som kan påvirke evnen til å kjøre bil

De fleste symptomer ved demenssykdom kan påvirke kjøreferdighetene. Tidligere studier viser at de viktigste funksjonene for å kunne kjøre trygt er oppmerksomhetsfunksjon, spesielt delt oppmerksomhet, rom-retningssans, psykomotorisk tempo samt eksekutiv funksjon. Derimot vil en isolert hukommelsesreduksjon ofte ikke påvirke kjøringen i negativ retning så lenge pasienten fungerer tilfredsstillende på andre kognitive områder.

Lover og retningslinjer

I henhold til Lov om Helsepersonell (§ 34) har leger, psykologer og optikere meldeplikt til Fylkesmannens helseavdeling når en pasient ikke fyller førerkortforskriftens helsekrav. Til hjelp i vurderingen har Helsedirektoratet utgitt en veileder beregnet på leger, psykologer og optikere, samt en beregnet til bruk av Fylkesmannen (1, 2).

Mange pasienter med kognitiv svikt har forbigående symptomer, en deliriumtilstand, med andre ord en tilstand der akutt somatisk sykdom eller bivirkning av medikamenter er årsak til pasientens kognitive reduksjon. Etter at underliggende årsak er behandlet vil de kognitive symptomene bedres. I henhold til førerkortforskriftens helsekrav foreligger det ikke skriftlig meldeplikt til Fylkesmannen ved tilstander med forventet varighet under seks måneder. I tilfeller der det foreligger en akutt forvirringstilstand kan det derfor være hensiktsmessig å gi pasienten muntlig advarsel om ikke å kjøre. Det er viktig å journalføre vurderingen.

Alle pasienter med en helsevekkelse av over seks måneders varighet skal ha skriftlig beskjed fra legen om at de ikke lenger kan kjøre. For en del pasienter bør denne utføres enkelt, slik at pårørende kan vise til dette

skrevet når pasienten spør om hvorfor han ikke lenger får lov til å kjøre bil.

Alle personer over 70 år må medbringe helseattest i tillegg til førerkort. Fra 2013 er denne grensen planlagt hevet til 75 år.

Dersom pasienten mister førerkortet av helsemessige årsaker, kan han søke Fylkesmannen om dispensasjon fra førerkortforskriftens helsekrav. Dersom Fylkesmannen avslår, kan vedtaket påklages. Opprettholder Fylkesmannen sitt vedtak, sendes saken automatisk til Helsedirektoratet for endelig avgjørelse.

Hvordan kan vi på en best mulig måte vurdere om en pasient med demenssykdom fremdeles kan kjøre bil?

Det finnes dessverre ingen enkel metode for å avgjøre om en person med demens er skikket til å kjøre bil på en sikker måte. Noen slutter å kjøre etter påtrykk fra pårørende, andre slutter på eget initiativ – selv om det er langt fra sikkert at det er de mest risikoutsatte som slutter.

I mange tilfeller må helsepersonell vurdere. Hvor omfattende vurderingen må være avhenger av flere forhold. Hvis pasienten skårer 18–19 poeng eller lavere på MMS (og NB! pasienten er i en stabil tilstand) er det sjelden nødvendig med ytterligere utredning, bortsett fra tid til grundig informasjon til pasienten. Der det foreligger mindre uttalte symptomer bør det utføres en mer omfattende vurdering. Spesielt gjelder det vurderinger der pasienten, og/ eller pårørende overhodet ikke innser at dette kan være et problem.

Klinisk undersøkelse og testing

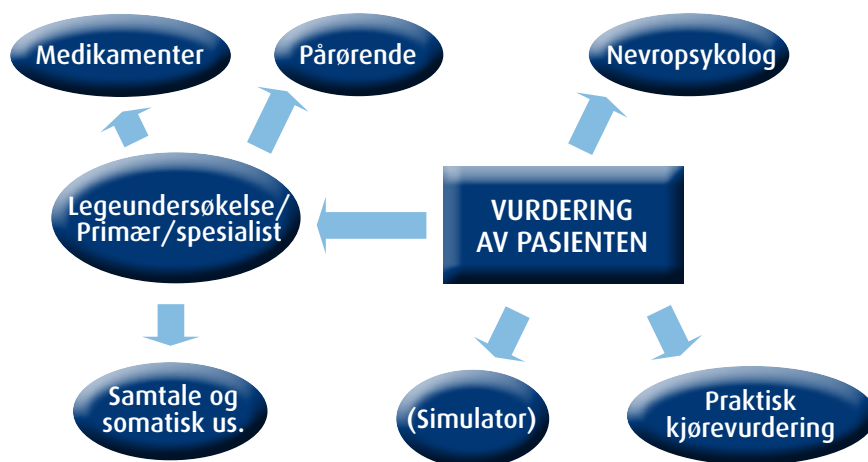
Hvilke metoder man har til rådighet er vist på figur 1.

Samtale med pasienten

Vurderingen bør alltid starte med en samtale med pasienten og punkter som bør vektlegges er:

- Har han innsikt i at dette kan være et problem, aksepterer han at det kan stilles spørsmål om at dette er et problem?

FIGUR 1. Vurdering med hensyn til skikkethet





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- Har pasienten sykdomsinnsikt og innsikt i egne begrensninger?
- Har han lang kjøreeerfaring?
- Medfører sykdomsinnsikten restriksjoner i forhold til egen kjøring?
- Benytter han kompensatoriske strategier, som for eksempel kjører lite i mørke, på glatt føre osv?
- Hvordan oppfører han seg under samtalen; er han psykomotorisk treg, virker han forvirret?

Tester av kognitiv funksjon

Et stort antall studier har vurdert ulike nevropsykologiske testers evne til å forutsi ulykkesrisiko i trafikken. Den viktigste konklusjonen er at det ikke finnes én test eller en kombinasjon av tester som kan predikere hvilke pasienter som er sikre i trafikken. En systematisk gjennomgang utført av American Academy of Neurology viser derimot at CDR (KDV; klinisk demensskala) er den beste metoden til å forutsi hvilke pasienter som vil be-

stå en vurdering av praktiske kjøreferdigheter (3). Flere klasse 1-studier viser en øket risiko for å stryke på en kjøretest for pasienter med KDV 0, 5 og 1 som tilsvarer henholdsvis mulig og mild grad av demens. Skalaen dekker ulike funksjoner, og fylles ut av helsepersonell i samarbeid med pårørende basert på all tilgjengelig informasjon. Litteraturgjennomgangen deres finner derimot ingen overbevisende holdepunkter for at nevropsykologiske tester bidrar ytterligere utover dette.

At kognitive tester bare til en viss grad kan predikere kjøreevne er ikke overraskende. Det bunner blant annet i forhold som ikke fanges opp av tester. Omfang og kvalitet av pasientenes kompensatoriske strategier er vanskelig å bedømme på et legekontor. Det gjelder tidligere kjøreevne, kjøreeerfaring- og lengde, og forhold som kan påvirke testresultatene i negativ retning som lite skolegang og dårlig kjennskap til det latinske alfabet. Pasienter med liten formell skoleutdannelse vil ofte skåre betydelig dårligere på kognitive

tester enn deres reelle funksjon tilsier. Ned-satt hørsel, fremmedspråklig lege, eller nervøsitet kan spille inn og påvirke resultatet i stor grad.

Likevel vil testing av kognitiv funksjon være nyttig og i mange tilfeller en vesentlig del av vurderingen. Det er lite aktuelt og heller ikke nødvendig for flertallet av demenspasientene å gjennomgå en full undersøkelse hos nevropsykolog. Det anbefales derfor at alle allmennleger har et utvalg av tester som de bruker ofte og dermed får et godt kjennskap til. Mini-mental status test, Trail making test A og B og klokketest egner seg i denne sammenheng. Det er viktig å utføre mer enn én test. Allmennleger kan for eksempel gjennomføre testene en gang i året, for å påvise eventuelle endringer i kognitiv fungering. Dersom man påviser et resultat som kan være uforenlig med tilstrekkelig kjøresikkerhet, anbefales det at testene gjentas etter noen måneder, slik at avgjørelsen ikke baseres kun på en (kort) undersøkelse. Det er viktig å være

klar over at det IKKE eksisterer etablerte og validerte cutpoint for hva som er godkjent for kjøring. Noen (sykehus)miljøer opererer f. eks med en maksimal grense på 180 sekunder for Trail making test B, noe som etter manges oppfatning er en altfor streng grense. Mange institusjoner bruker UFOV (useful field of view) og NorSDSA. Sistnevnte er dårlig tilpasset denne gruppen pasienter og bør fortrinnsvis benyttes hos en slagpopulasjon. UFOV viser seg å ha god prediktiv evne, men det er i enkelte studier stilt spørsmål ved om den kan være for utfordrende for pasienter selv i et svært tidlig stadium av en demenssykdom.

Samtale med pårørende

Pasientens pårørende gir i de fleste tilfeller gode komparentopplysninger. Det er likevel viktig å være på vakt mot underrapportering (trenger sjåfør og kjører ikke selv), eller i enkelte tilfeller også overrapportering (spesielt engstelige), eller – kan man en enkelt gang få mistanke om –, ønsker bilen selv...

Innhenting av komparentopplysninger kan gjøres ved hjelp av skjemaet «Kjøreferdigheter – komparentintervju» (<http://www.nordemens.no/ViewFile.aspx?itemID=1701>). Skjemaet har ingen definerte grenseverdier, men gir en oppfatning av hvordan pårørende vurderer kjøringen og kan være nyttig å ha med i totalvurderingen.

Somatisk status, neurologisk undersøkelse og medikamentanamnese

Alle eldre pasienter der det er spørsmål om de er kognitivt skikket til å kjøre bil bør vurderes somatisk. Ulike lidelser i muskel-skjelettsystemet, polyneuropati, sekvele etter hjerne- slag, visusreduksjon, eller medikamenter som kombinert med den kognitive svikten kan gjøre dem uegnet som bilfører.

Vurdering hos nevropsykolog

Enkelte pasienter kan være aktuelle for vurdering av nevropsykolog. Det kan være tilfel-

ler der man mistenker fokale utfall, eller tilfeller der pasienten er meget motvillig til å gi opp kjøringen, og det er nyttig at flere vurderer.

Det er imidlertid viktig å vurdere resultatet av testingen nøye. Noen ganger klarer pasienten seg bra på enkle tester, men faller ut på sammensatte oppgaver. Det kan selvfølgelig skyldes at svikten rammer mer komplekse funksjoner, men av og til kan årsaken være at pasienten på grunn av sin reduserte hukommelsesfunksjon ikke husker en komplisert testinstruksjon, og dermed yter for dårlig i forhold til sin totalfunksjon. Vedkommende kan likevel være en tilstrekkelig god sjåfør.

Simulatorvurdering av pasienter med demenssykdom utføres enkelte steder i landet, men er ikke veldig utbredt.

Vurdering av praktiske kjøreferdigheter

Ofte er det en gråsonerområde der det er usikkert om en pasient med lett til moderat grad av demens er tilstrekkelig sikker som sjåfør. Da kan det være nyttig med en vurdering av praktiske kjøreferdigheter. Denne vurderingen oppfattes av mange som en «gullstandard», selv om det er mange grunner til at den ikke bør betraktes som det.

Dersom pasienten ikke består kjøretesten, er det all grunn til å vurdere om pasienten er en god nok sjåfør. Riktignok kan det være en del tilfeller hvor man kan stille spørsmål ved «stryk»; pasienten var fryktelig nervøs, har ikke kjørt bil på lenge, har vanskeligheter med å forholde seg til en ukjent bil, for streng sensor eller vurderingen ble utført under altfor krevende forhold (fremmede områder i dårlig vær). Det er vanligvis grunn til å være mer obs på falske negative; der kjøringen blir godkjent til tross for manglende ferdigheter; for snill sensor/sjåførlærer, eller at den funksjonsnedsettelsen som er av betydning for kjøresikkerheten ikke blir tilstrekkelig utfordret i en kjøreprøve under ordinære trafikale forhold.

Hvis legen bestemmer seg for at pasienten

ikke fyller helsekravene og det sendes melding til Fylkesmannen bør det settes av god tid til informasjon av pasienten. Det er for mange pasienter et voldsomt nederlag å miste førerkortet, men min erfaring er at det er lettere for pasienten å akseptere avgjørelsen når vi gir inntrykk av innsikt i hvor sårt dette kan være.

Oppsummering

Alle leger er pålagt meldeplikt dersom en pasients helsetilstand ikke oppfyller helsekravene i førerkortforskriften. Det er altså noe vi – til stadighet – må forholde oss til, enten vi føler oss bekvemme med det eller ei. Det kan i mange tilfeller være en vanskelig oppgave å vurdere, og retningslinjene åpner innen mange områder for en stor grad av skjønn.

Avgjørelsen om en pasient med demenssykdom kan fortsette å kjøre må tas på bakgrunn av all tilgjengelig informasjon. Det kan være lurt å ta problemet opp med pasienten ved en konsultasjon i startfasen av sykdommen. Dermed kan pasienten venne seg til tanken at han på et eller annet tidspunkt ikke lenger vil være skikket til å kjøre bil.

REFERANSER

1. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/forerkort-regler-og-veiledning-for-utfylling-av-helseattest-for-forerkort>.pdf
2. <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/retningslinjer-for-fylkesmennene-ved-behandling-av-forerkortsaker>/Publikasjoner/veileder-forerkort.pdf
3. Iverson DJ, Gronseth GS, Reger MA, et al Practice parameter update: Evaluation and management of driving risk in dementia. Report of the Quality Standards subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010 20;74:1316–24. Review.



UTPOSTEN
 – en viktig arena for
 utvikling av primærmedisinen



NOKLUS

på offensiven etter 20 år

God kvalitet på laboratorietjenester gir økt behandlingskvalitet og derved samfunnsøkonomiske gevinster. 99 prosent av legekantorene deltar i Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS). Nettverket, som ble etablert for 20 år siden, arbeider for at laboratorieanalyser utenfor sykehus blir rekvirert, utført og tolket riktig, i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging.

Artikkelen redegjør for hvordan NOKLUS er organisert og finansiert. Den gir en kortfattet oversikt over nettverkets virksomhet og informerer om nye tjenester til legekantor og sykehjem.

Bakgrunn og etablering

NOKLUS ble etablert i 1992. Bakgrunnen for etableringen var undersøkelser på slutten av 1980-tallet om dårlig kvalitet på laboratorieanalyser utført ved legekantorene. Staten ønsket ikke å betale for analyser av dårlig kvalitet, og resultatet kunne blitt at takstene for laboratorieanalysene ble redusert eller tatt bort. Legeforeningen foreslo da at det skulle etableres en organisasjon som skulle påse at analysekvaliteten var god nok.

Deltakelse i NOKLUS

NOKLUS har ca. 2860 deltakere hvorav 1750 er legekantor der deltakelsen er finansiert ved avsetning fra normaltariiffen til Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Kvalitetsforbedringsfond III). Det er ca 1020 deltakere som betaler for tjenesten. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeindustri. Av disse var det 342 sykehjem som fikk deltakelsen finansiert over statsbudsjettet (se nedenfor). 85 norske sykehus deltok også på to eller flere av utsendelsene av kvalitetskontrollmateriale fra NOKLUS.

NOKLUS har hatt en betydelig økning i deltakelsen de siste årene, fra 206 til 835 sykehjem.

Det utføres laboratorievirksomhet i mange ulike type institusjoner i kommunene i tillegg til sykehjemmene (f.eks. aldershjem, bo- og rehabiliteringssentre, hjemmebaserte pleie-

og omsorgstjenester). NOKLUS mener at alle enheter som har laboratorievirksomhet må kvalitetssikre denne, uavhengig av satsningsområder og kommuneøkonomi. NOKLUS har derfor gitt innspill til Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet om at det hjemles i lov og/eller forskrift at virksomheter som driver laboratorievirksomhet må pålegges å ha et tilfredsstillende kvalitetsystem.

Finansiering og organisering

Aktiviteten til NOKLUS som er rettet mot legekantor finansieres av Kvalitetsforbedringsfond III. Dette fondet er en stiftelse som er forankret i en avtale inngått i 2002 mellom staten og Legeforeningen. Styringsgruppen for Kvalitetsforbedringsfond III har ansvar for den overordnede strategien for NOKLUS. Styringsgruppen er partssammensatt og består av tre representanter fra Legeforeningen, to fra staten og en observatør fra KS. Styringsgruppen bestod i 2011 av Geir Riise (leder), Torunn Janbu/Hege Gjessing og Sverre Landaa fra Legeforeningen; Lars Vorland fra Helse Nord RHF og Liv Bagstevold fra Helse- og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS møtte Karen Kaasa.

Professor Sverre Sandberg er leder for NOKLUS, og møter i styringsgruppen. Videre er det innenfor NOKLUS etablert arbeidsgrupper og en ledergruppe som gir råd til leder. Leder er ansvarlig for driften og legger føringer for arbeidet i NOKLUS. Den norske legeforenings sekretariat er sekretariat for NOKLUS.

NOKLUS er en landsomfattende organisasjon med ca 100 personer involvert. Nettverkets laboratoriekonsulenter og spesialister i medisinsk biokjemi er knyttet til 23 ulike sykehuslaboratorier landet rundt og har sitt

■ **SIRI FAULI MUNKERUD**
Siv.øk./samf.øk. PhD. Økonomisjef i NOKLUS og prosjektleder for sykehjemsprosjektet

WENCHE BJELKARØY
Nestleder NOKLUS Senter og prosjekt-koordinator for sykehjemsprosjektet

GEIR THUE • *Seksjonsleder i NOKLUS og fastlege ved Oasen Legesenter i Bergen*

hovedkontor i Bergen. Stiftelsen Kvalitetsforbedringsfond III har avtaler med de fire regionale helseforetakene samt Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) og Først Medisinske Laboratorium.

Andre type deltakere enn legekantor faktureres for tjenester fra NOKLUS. Det koster ca kr 15000 per år for et stort sykehjem å delta. Den viktigste årsaken til at sykehjem melder seg ut, er økonomi.

For å ivareta kvaliteten på laboratorieundersøkelser utført på sykehjem, ønsker NOKLUS en sentral finansiering av sykehjemmenes deltakelse. Dette støttes i Helsedirektoratets *Årsrapport 2010 – Omsorgsplan 2015*. Sentral finansiering vil sikre fortsatt deltakelse, kvalitetsforbedring og kvalitetskontroll av laboratorievirksomheten som utføres på sykehjem uavhengig av kommunenes økonomi.

Nytt kvalitetsverktøy for allmennpraksis

I samarbeid med de allmenntilleggsforningene tilbyr NOKLUS gratis programvare for uthenting av data fra allmenntilleggs journalssystem. Det er et mål at alle allmenntillegger vil ønske å benytte seg av dette tilbudet. Leger som sender inn data, får to rapporter basert på praksisdata for ett år innen en måned etter at dataene er sendt inn. Den ene rapporten, Praksisprofilen, fokuserer på laboratoriebruk generelt, og den andre rapporten gjennomgår detaljert antikoagulasjonsbehandling med warfarin i praksisen. Begge rapportene er tilrettelagt for gjennomgang i kollegagrupper. Påmelding og mer informasjon finnes på www.noklus.no.

Praksisprofilen er delt i tre kapitler der egne data sammenstilles med data fra andre allmenntillegger (per i dag ca. 400 leger):



NOKLUS arbeider for å kvalitetssikre laboratorievirksomhet utenfor sykehus.

ANALYSE	PROSENTANDEL KONSULTASJONER DER ANALYSEN ER REKVIERT	GJENNOMSNITT (%) OG (10-90 PROSENTILER)	
Hb	18,0	22,5	(13,1-34,3)
Glukose	15,3	14,0	(5,7-24,6)
CRP	13,2	14,0	(6,8-21,8)
SR	5,5	9,3	(2,2-19,9)
HbA1c	7,2	6,4	(2,1-12,0)
PT-INR	9,5	9,5	(3,6-16,5)
ALAT	12,7	13,8	(5,9-23,7)
Kreatinin	16,5	17,0	(8,4-27,7)
Ferritin	6,7	11,2	(4,0-19,5)
TSH	8,7	12,4	(6,5-19,8)
Fritt T4	8,5	10,7	(4,2-19,1)
PSA	2,0	2,1	(0,4-4,5)

TABELL. Utdrag av tabell i praksisprofilen som viser bruken av en del enkeltanalyser for en av deltakerne sammenstilt med data fra alle deltakerne (vist med gjennomsnitt og prosentiler).

trykker dette beboerne på sykehjemmene ved at risikoen for feilbehandling og unødvendige henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir redusert. I tillegg gir dette trygghet, kunnskapsutvikling og mestringfølelse for personalet som utfører disse oppgavene.

NOKLUS har fått statlige midler til å fortsette med grunnopplæring i laboratoriearbeid til sykehjemsansatte og til å videreutvikle tjenestene til sykehjemmene. Det varierer fra sykehjem til sykehjem hvilke analyser som kan utføres på laboratoriet, og NOKLUS arbeider med en anbefaling av hvilke analyser som man bør og kan utføre på sykehjemmene. Basisrepertoaret som foreslås vil bestå av analyser der det ofte haster med å få svar (eksempelvis CRP), mens utvidet analyserepertoar tar med analyser som det kan være praktisk å ha tilgjengelig avhengig av den geografiske lokaliseringen av sykehjemmet. NOKLUS sine prosedyrepermer er i utgangspunktet utarbeidet for legekontor. Vi har nå startet arbeidet med å tilpasse prosedyrepermer til sykehjemmenes behov.

Dette innebærer at det vil bli utviklet prosedyrer for hva man skal gjøre ved et avvike og/eller uventet prøvesvar, og prosedyrer for når lege skal kontaktes. Samtidig vil vi fokusere på videreopplæring i hvordan analyser kvalitetssikres, og hvordan laboratorieutstyr vedlikeholdes.

For å effektivisere grunnopplæringen og styrke videreopplæringen, arbeider NOKLUS med et e-læringskurs i prøvetaking, prøvebehandling og analysering. E-læringskurset er tilpasset sykehjem og vil bli tilbudt de sykehjemmene som deltar i NOKLUS.

Ulike journalsystemer ved sykehjemmene gjør at Praksisprofilen (omtalt ovenfor) ikke kan benyttes. NOKLUS må derfor utvikle egne tjenester mot sykehjemslegene. Nettverket sender jevnlig ut kasuistikker til allmennlegene. Nå arbeider man med å utvikle kasuistikker til sykehjemsleger. Det er planlagt to utsendelser av kasuistikker i løpet av 2012 – det første før sommeren. Her vil NOKLUS utarbeide svarrapport med faglige tilbakemeldinger, der sykehjemsleger kan se egne svar sammenlignet med kollegaenes svar.

RFRANSER

- Helsedirektoratet. Årsrapport for 2010 Omsorgsplan 2015
- L B Johannessen. NOKLUS tilbyr nytt verktøy for allmennleger. Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132:333

- Pasientene – som gir nøkkeltall for listepopulasjonen, for eksempel gjennomsnittlig antall konsultasjoner per pasient i løpet av året
- Diagnosene – som viser hvordan diagnosene fordeler seg på ulike diagnosegrupper (hovedkapitlene i ICPC)
- Laboratorieanalyser – som gir oversikt både over samlet prøvebruk og hvor ofte (i alt 39) ulike enkeltanalyser brukes, jf. tabellen. I tillegg gis oversikt over kolesterol- og HbA1c-verdiene for alle pasienter med type 2-diabetes i praksisen.

Datasettet i praksisprofilen kan analyseres på ulike måter og bidra til å belyse viktige kliniske temaer. Warfarin er det første temaet, og Norsk forening for allmennmedisin og NOKLUS vil samarbeide om å utarbeide flere temaer.

Bedre diabetesbehandling

Norsk diabetesregister for voksne er samtykkebasert og ble opprettet i 2006. Helse-Bergen eier registeret, mens den daglige driften er lagt til NOKLUS. Hensikten er først og fremst å forbedre kvaliteten på behandlingen av personer med diabetes. Registeret samler inn data fra allmennpraksis, sykehuspoliklinikk og praktiserende spesialister. Det brukes ulike programvare for dette formålet: NOKLUS Diabetesskjema for data fra allmennleger og NOKLUS Diabetesjournal for data fra diabetespoliklinikk. For praktiserende spesialister varierer det om de ønsker å bruke NOKLUS Diabetesskjema eller NOKLUS Diabetesjournal. Diabetesjournalen er installert og i full drift på 25 sykehus. I allmennpraksis er NOKLUS Diabetesskjema installert hos ca. 300 leger som bruker journal-systemene WinMed, Vision og System X. Programvare for Infodoc forventes ferdig i løpet av våren 2012.

Det er viktig at alle allmennleger kan benytte diabetesskjemaet, fordi det meste av di-

abetesbehandlingen foregår i allmennpraksis. Diabetesskjemaet er en programvare som er delvis integrert i og samspiller med legens journal, og som fungerer som et oversiktsbilde og en sjekklister til hjelp ved oppfølgingen av personer med diabetes.

For å øke deltakelsen i registeret henter vi inn noen av variablene direkte fra personer med diabetes. Høsten 2011 stod spørreskjema til pasienten og samtykkeerklæringen til registeret på trykk i Diabetesforbundets medlemsblad. Dette resulterte i ca. 2000 nye pasienter til registeret. I januar hvert år blir allmennleger, praktiserende spesialister og sykehuspoliklinikk bedt om å sende inn data til registeret. Innsendte data danner grunnlag for tilbakemelding til registreringsenhetene. Vi har nå mottatt samtykkeerklæringer fra ca 12000 pasienter og disse vil utgjøre datagrunnlaget for tilbakemeldingene i 2012.

Nye tjenester til sykehjemmene

Nødvendig kunnskap til å kunne ta, oppbevare og analysere pasientprøver rett, blir enda viktigere når syke pasienter, som følge av samhandlingsreformen, skal tilbakeføres til kommunene. Sykehjemsleger og sykehjemsledelsen må sikre at nødvendig laboratorieutstyr og kompetanse til å bruke det, finnes i deres sykehjem.

Staten har som ledd i *Omsorgsplan 2015* lovet at alle sykehjem skal få tilbud om to års gratis deltakelse i NOKLUS. Deretter må sykehjemmene selv finansiere videre deltakelse. Per februar 2012 deltar ca. 93 prosent (835 av ca. 900 sykehjem) av sykehjemmene i NOKLUS.

NOKLUS har siden 2007 holdt laboratorieutkurs for over 12 000 sykehjemsansatte. Laboratorietjenesten er styrket ved at sykehjem i større grad har fått prosedyrer og gode rutiner for laboratoriearbeidet. Prøvetaking og analysering kvalitetssikres bedre. Først og fremst

siri.fauli.munkerud@legeforeningen.no

Tjenester fra **NOKLUS**

Til den enkelte deltaker tilbyr NOKLUS:

- Anbefaling om hvilke laboratorieanalyser som bør utføres lokalt
- Teoretisk og praktisk innførings- og oppfølgingskurs i laboratoriearbeid . I 2011 ble det holdt ca 60 kurs med ca 2100 deltakere fra allmennlegekontorer.
- Prosedyrepermer som oppdateres jevnlig for de laboratorieanalysene som utføres ved det enkelte kontor/ sykehjem.
- Oppfølgingsbesøk med lokal veiledning tilpasset den enkeltes laboratordrift, vanligvis annethvert år. I 2011 ble 954 legekontor besøkt.
- Hjelp ved valg av laboratoriestyr.
- Hjelp til å dokumentere egen analysekvalitet ved opplæring og innføring av system for å utføre:
 - Interne analysekontroller; kommersielle kontroller for å kontrollere analysemetodene og egen analysekvalitet.
 - Eksterne analysekontroller; deltakerne får tilsendt prøver (blodprøver, urinprøver) med ukjent verdi til de laboratorieanalysene de utfører. Deltakerne analyserer de ukjente prøvene på sitt laboratorieinstrument og rapporterer resultatene til NOKLUS. Deltakerne får så en kvalitetsvurdering av sine analyser sammenlignet mot fasit og mot alle andre deltakere med tilsvarende instrument/analysemetode. Ved avvikende resultater blir deltakerne fulgt opp av en lokal laboratoriekonsulent.



ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDAR

Annonsér i **Utposten**

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim • FAX: 63 97 16 25
MOBIL: 907 84 632 • E-POST: rmrtove@online.no

Spandér et årsabonnement på **Utposten** til deg selv eller noen du setter pris på!

RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle
Sjøbergveien 32, 2050 Jessheim • FAX: 63 97 16 25
MOBIL: 907 84 632 • E-POST: rmrtove@online.no

ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDAR

Brukerundersøkelser i

– Erfaringer med ulike metoder

■ KIRSTI MALTERUD *Fjellsiden legesenter og Allmenntmedisinsk forskningsenhet i Bergen, Uni helse/Uni Research*

Alle norske fastlegekontor er pålagt å gjøre bruk av erfaringer fra pasienter og pårørende til forbedring av virksomheten (1). I dagligtale kalles dette *brukerundersøkelser*. Den internasjonale Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 viste imidlertid at bare et fåtall av norske legekontor gjennomfører brukerundersøkelser regelmessig (2).

I 2009 gjorde Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten en gjennomgang av instrumenter som måler pasient- og/eller pårøndererfaringer med allmennleger (3). 15 validerte måleinstrumenter for brukerundersøkelser ble identifisert, men seks av disse ble ekskludert fordi de ikke var relevante for formålet. To av de ni gjenværende måleinstrumentene, The patient experience questionnaire (PEQ) og EUROPEP, har vært brukt i Norge (4–6). Det er imidlertid ikke gitt at validerte måleinstrumenter er hensiktsmessige i forhold til forskriftens intensjon, nemlig å bruke pasienterfaringer som kunnskapskilde for lokalt kvalitetsarbeid i allmennpraksis. I denne artikkelen vil jeg dele noen erfaringer med spesielt fokus på relevans.

Formål og metode

I artikkelen vil jeg presentere og drøfte tre ulike metoder for brukerundersøkelser som vi har anvendt ved vårt legesenter.

I presentasjonen av hver metode legger jeg vekt på beskrivelse av instrumentet, erfaringer i forhold til praktisk gjennomførbarhet av datainnsamling og bearbeiding, samt relevans og konkrete konsekvenser. Oppsummering av erfaringene stammer fra en gruppediskusjon på legesenteret basert på tilpasset fokusgruppemetodikk (7). Transkript fra lydopptaket ga råstoff til presentasjonen som følger nedenfor.

Praksiskontekst

Fjellsiden legesenter i Bergen har fem fastleger og tre helsesekretærer. Vi har i mange år vært opptatt av kvalitetsforbedringsarbeid (8), herunder brukerundersøkelser. Vi har oppsummert våre erfaringer med tre ulike



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

strategier for brukerundersøkelser i allmennpraksis:

- 1) PEQ (6)
- 2) åpne spørsmål med kvalitativ bearbeiding (9)
- 3) spørreskjema om tilgjengelighet utarbeidet av Bergen kommune (2008)

Ved hver av disse tre brukerundersøkelsene har vi brukt samme logistikk. Et anonymt spørreskjema fordeles likt mellom de fem legene. Spørreskjemaet har hatt ulik utforming for hver av de tre ulike metodene vi har brukt. Vi har ikke innhentet persondata på skjemaet. Skjemaet deles ut av legen ved avsluttet konsultasjon til pasient eller pårørende, som får utdelt penn og bes om å fylle ut skjemaet på venterommet før de går. Utfylte skjema legges i lukket postkasse som daglig tømmes av helsesekretærene i registreringsperioden. Når samtlige skjema er utdelt, samles de utfylte skjemaene vi har fått tilbake og resultatene oppsummeres av kvalitetsansvarlig lege. Vi har ikke splittet opp resultatene for hver av legene. Deretter har vi hatt gjennomgang og

diskusjon av resultatene på påfølgende praksismøte. Svarprosenten har vært meget god ved alle de tre rundene vi har gjennomført.

The Patient Experience Questionnaire (PEQ) (2005)

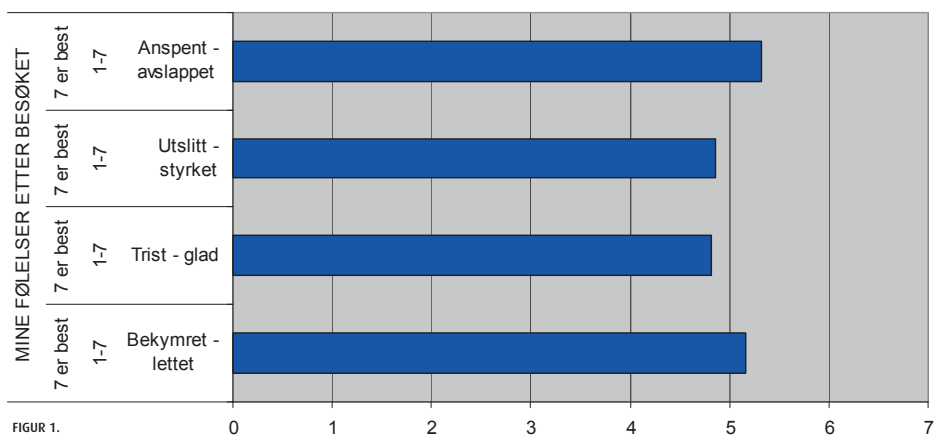
Da vi første gang skulle gjennomføre brukerundersøkelse på legesenteret, tenkte vi at det ville være hensiktsmessig å benytte et spørreskjema som var grundig beskrevet og utprøvd, helst for norske formål. På bakgrunn av søk i litteraturen bestemte vi oss for å bruke *The Patient Experience Questionnaire (PEQ)*, utviklet av kollegene Siri Steine og Even Lærum i samarbeid med psykolog Arnstein Finset. Vårt skjema besto av fire sider med til sammen 18 spørsmål som alle refererer til konsultasjonen som nettopp er gjennomført. Spørsmålene dekker fem tema: hva besøket resulterte i, møtet med legen, barrierer, møtet med personalet, samt pasientens følelser etter besøket. De første 14 spørsmålene besvares med avkryssing fra én til fem, de siste fire

allmennpraksis

spørsmålene fra én til sju. Vi fikk tilsendt spørreskjemaet i norsk versjon fra førsteforfatter, men i dag ser det ut til at det kan være vanskelig å få tak i dette skjemaet på norsk.

Vi delte ut 150 skjema og fikk 140 utfylte skjema tilbake, de fleste helt fullstendig utfylt. Resultatene ble lastet inn i statistikkprogrammet SPSS og presentert med gjennomsnittlig skår på hvert spørsmål for legene under ett. Vi har ikke koblet eller krysskjørt resultatene, som er presentert i figur 1 og 2.

I gjennomgangen av resultatene var vi først svært fornøyde. Vi tolket resultatene som et uttrykk for at våre pasienter var meget godt tilfredse med sine møter med legen og medarbeiderne, og at de i liten grad hadde opplevd barrierer som vanskeliggjorde kontakten. Stort sett rapporterte pasientene at de hadde gode følelser etter konsultasjonen. Vi

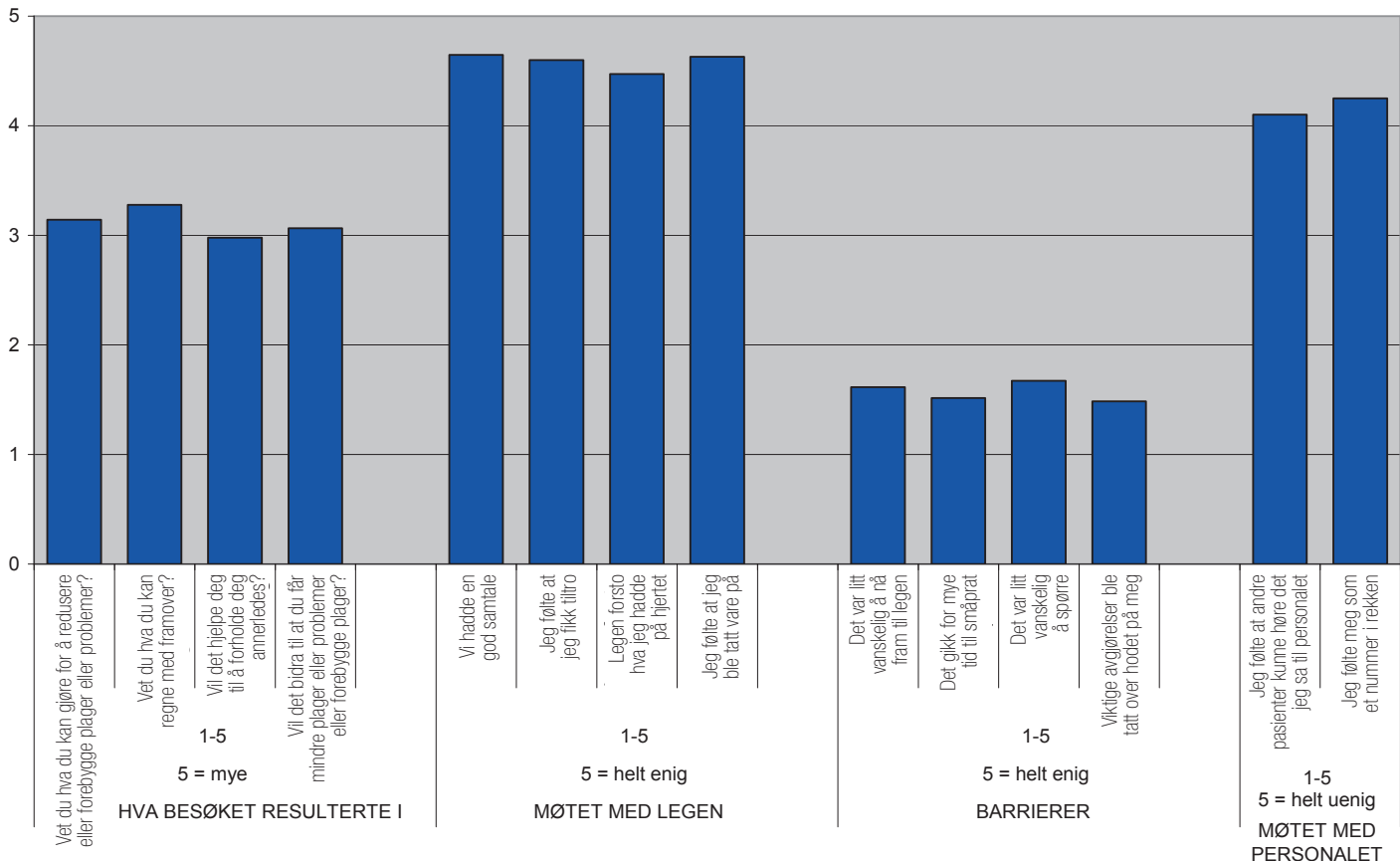


FIGUR 1.

oppdaget imidlertid raskt at de gode resultatene ga oss lite råstoff til diskusjoner om hva som kunne gjøres bedre. Da vi begynte å se

nærmere på spørsmålene der resultatene var dårligst, nemlig hva besøket resulterte i, ble vi mer i tvil om resultatmålene i PEQ her var

FIGUR 2. The Patient Experience Questionnaire (PEQ) – gjennomsnittsskår på spørsmålene 1–14. Figur 2 ovenfor viser gjennomsnittsskår på spørsmål 15–18.



realistiske og relevante for allmennpraksis. I hvilken grad skal vi egentlig forvente at en enkelt konsultasjon kan gjøre en forskjell? Her er det kanskje ulik målsetting for ulike kontaktformer, for eksempel for kronisk sykdom i forhold til øyeblikkelig-hjelp-konsultasjoner. Vi klarte i hvert fall ikke å komme særlig videre i diskusjoner om hvordan disse funnene kunne bidra til forbedring av våre tjenester.

Det var en enkel sak å lage, distribuere og samle inn skjema. Det var endel arbeid med å kode resultatene og ta stilling til hvilke resultatmål som ville være mest relevante. I diskusjonen savnet vi ikke data som kunne identifisere resultatene i forhold til den enkelte legen. Det konkrete forbedringsutbyttet var imidlertid atskillig mer begrenset enn vi hadde trodd.

Åpne spørsmål med kvalitativ bearbeiding (2006)

Vi valgte derfor en helt annen tilnærming da vi neste gang skulle gjøre brukerundersøkelse på legesenteret. Denne gangen laget vi et spørreskjema med tre åpne spørsmål på en A4-side som omfattet:

- 1) ris
- 2) ros
- 3) forslag til forbedringer (FIGUR 3)

Vi delte ut 100 skjema og fikk tilbake 82 utfylte skjema:

	ANTALL SKJEMA MED KOMMENTARER
Ris	41
Ros	82
Forslag til forbedringer	32

FIGUR 3. Spørreskjema til brukerundersøkelse med åpne spørsmål – Fjellsiden legesenter 2006.

FJELLSIDEN LEGESENTER

For å kunne yte bedre service, ber vi deg gi oss noen innspill om hvordan du synes legesenteret fungerer i forhold til dine behov. Det er fint om du skriver litt på hvert av punktene, også hvis du ikke har så mye på hjertet. Bruk gjerne baksiden av arket hvis du trenger mer plass.

Ros:

Ris:

Forslag til forbedringer:

Tusen takk for hjelpen!

Mange av skjemaene hadde flere kommentarer, og summen av tallene knyttet til de enkelte punktene blir derfor høyere. Svarene ble bearbeidet med forenklet metodikk for tematisk kvalitativ analyse (9), med utvalgte sitater som illustrasjon. Her er hovedpunktene:

Flere bemerket at vi hadde få *parkeringsplasser* og foreslo utvidelse, noen syntes det kunne vært bedre skiltet og en kritiserte parkeringsavgiften. Noen bemerket at beliggenheten er god, at det er lett å komme seg hit og gir pluss for parkering. Flere sa at det tidvis er vanskelig å komme til på *telefon*, men noen få sa at de oftest fikk relativt raskt svar på telefon. Flere syntes det kunne bli *travelt inne hos legen*, og noen foreslo at vi skulle sette av mer tid. Mange kom med kritikk for at vi (den gang) ikke hadde *bankterminal*. På venterommet kjentes køsystemet ved luken lite privat for flere, og noen foreslo ombygging. Flere brukte sterke ord om *ventemusikken* på telefonen og foreslo at vi skulle gjør noe med dette. Ellers var det kommentarer om stemmen på telefonsvareren, musikken på venterommet, vannautomat på venterommet, timebestilling på nettet og utvidet åpningstid.

Mange ga oss ros for at det var *lett å få time*, spesielt akuttimer. Bare en syntes det kunne ta lang tid før man får time, og to klaget over at de ikke har fått akuttid sent på dagen. Flere roste oss for at pasientene kommer *inn til legen til avtalt tid*, selv om noen klaget over ventetid på venterommet. Flere bemerket at lokalene er hyggelige, lyse og trivelige, en syntes lokalene er kjedelige, og to mente at lesestoffet kunne vært mer variert. Et par stykker var fornøyde med at det er mulig å komme til også på *dager da fastlegen ikke er til stede* og syntes det er bra at legene vikarierer for hverandre. Noen få syntes det er for mange leger som ikke jobber alle dager, og en ønsket seg mulighet for å bestille time hver dag i uken.

Svært mange brukte sterke ord (kjempedyktig, fantastisk, veldig høflige og hjelpsomme, alt helt topp, terningkast seks, er bare *så* fornøyd, for å si hvor fornøyde de er med *atmosfære, service, behandling og respekt*, og både legene og helsesekretærene får positiv omtale. Bare to bemerket at de hadde kjent seg dårlig mottatt, en i telefonen og en annen da pasienten meldte sin ankomst i luken. Noen ville gjerne bestemme mer om hvilke prøver som skal tas. Ellers var det positive kommentarer om raske prøvesvar, om at man kan velge mellom kort eller lengre konsultasjon, og at vi ikke har altfor mange «helseplakater» på veggene.

Denne gangen ble gjennomgangen av resultatene mye mere konkret og praktisk rettet. De mange positive kommentarene bekreftet våre inntrykk og oppmuntret oss til å

konsentrere diskusjonen om negative kommentarer og forslag til løsninger. Vi ga størst prioritet til innspill som kom fra mange forskjellige pasienter, men gjennomgikk systematisk alle temaene, også de som var nevnt bare av et fåtall. Også mindretallet kan ha formulert relevante synspunkter som ellers ikke kommer tydelig nok fram i en kvantitativ studie. Etter diskusjonen konkluderte vi med at parkeringsproblemet hadde bedre løsninger enn å utvide antallet øremerkete parkeringsplasser, at betalingsautomat skulle anskaffes, og at de bygningsmessige forholdene omkring luken måtte utredes konkret. Vi fikk også gode innspill til videre diskusjoner om fornuftig bruk av timebok og konsultasjonsvarighet, samt forbedring av telefontilgjengeligheten, og venterommet fikk påfyll av bilblader.

Også denne gangen var det en enkel sak å lage, distribuere og samle inn skjema. Ved systematisering og oppsummering av resultatene var det en fordel (men ingen forutsetning) å ha kjennskap til kvalitativ analysemetode. Forbedringsutbyttet ved denne metoden var mye bedre enn vi hadde regnet med.

Spørreskjema om tilgjengelighet utarbeidet av Bergen kommune (2008)

I 2008 var det tid for ny brukerundersøkelse. Da kom Helsevernetaten i Bergen kommune oss i forkjøpet med en tilgjengelighetsstudie i flere ledd. I første del kartla de *telefontilgjengelighet* (andel anrop som ble besvart innen fem minutter, samt antall minutter før anrop ble besvart) ved samtlige fastlegekontor i kommunen. Ved besvart anrop ble det presentert tre korte kasuistikker med ulik hastegrad:

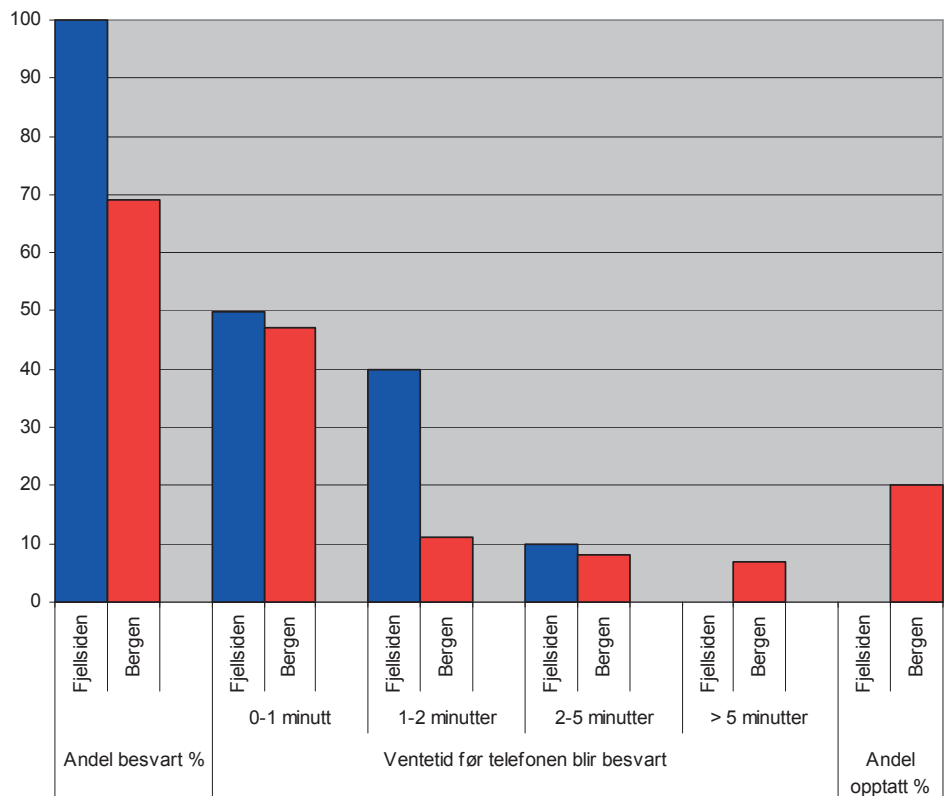
- 1) gutt to år, syk to dager, temperatur 39,5, øreverk fra i går, hoste og tung pust
- 2) kvinne, vond nakke siste to uker, hodepine nesten hver dag
- 3) mann 52 år, ønsker en helsesjekk

Ventetid for time hos legene ved hvert kontor ble kartlagt ut fra status i legesenterets timebøker. FIGUR 4 viser resultatene for telefontilgjengelighet for Fjellsiden sammenlignet med gjennomsnitt for Bergen («benchmarking»).

Åpningstid for telefon per uke ble også kartlagt. Her hadde Fjellsiden 27 timer, mens gjennomsnitt for Bergen var 21,3.

For kasuistikkene ble resultatene slik (minimum og maksimum dager ventetid):

	FJELLSIDEN	BERGEN
Gutt med feber	0	0-1
Kvinne med hodepine	0-1	1-2
Mann med helsesjekk	14	12



FIGUR 4. Resultater fra kartlegging av telefontilgjengelighet 2008. (Fjellsiden legesenter sammenlignet med gjennomsnitt i prosent for Bergen kommune)

Omtrent samtidig ble det distribuert et spørreskjema som skulle deles ut til pasientene med spørsmål om det var enkelt å komme fram på telefonen, om de ofte møtte telefonsvarer eller opptattsignal, om de var tilfredse med åpningstiden for telefonen, om de fikk time raskt ved akutt sykdom, og om de var fornøyd med ventetiden for time ved ikke-akutt sykdom. Alle spørsmål skulle besvares på en skala fra en (dårligst) til fem (best). Fra brukerundersøkelsen ble resultatene slik:

	FJELLSIDEN	BERGEN
Komme fram på telefon	3,5	3,8
Møter svarer eller opptatt	2,6	3,3
Åpningstid for telefon	3,8	4,0
Time raskt ved akutt sykdom	4,0	4,0
Time ved ikke-akutt sykdom	3,8	3,7

Vi delte først ut 100 skjema fortløpende, men oppdaget dessverre først ved innsamling at skjemaet var utformet slik at det var vanskelig å fortolke hvilket spørsmål som var besvart, og hvilken skår som var gitt. Dermed omarbeidet vi skjemaet grafisk, delte ut 100 nye skjema og makulerte de første 100. De utfylte skjemaene ble innsendt til Helsevernetaten der resultatene ble kodet, sammenlignet og sendt tilbake til legekontorene.

Vi hadde vært lettet over at andre hadde

laget skjemaet for oss, og lærdommen ble at selvutviklede skjema må gjennomgås og testes grundig før bruk. Det var behagelig å slippe å kode og systematisere resultatene, og benchmarkings-effekten ga spennende muligheter for å sammenligne med andre. Denne studien ga også viktige momenter til diskusjonen ved at de faktiske tilgjengelighetsforholdene kunne sammenlignes med brukernes synspunkter.

I den påfølgende diskusjonen konsentrerte vi oss om pasientenes misnøye med vår telefontilgjengelighet, selv vi stort sett kom ut sammenlignbart eller kanskje litt bedre enn andre legekontor i Bergen. Selv om vår åpningstid for telefon var vesentlig høyere enn gjennomsnittet (og bruk av telefonsvarer la vere), var våre pasienter mindre tilfredse enn gjennomsnittspasienten på dette punktet. Vi hadde god tilgjengelighet for akutt og semi-akutte problemstillinger, men vesentlig lengre ventetid for ikke-akutt sykdom enn gjennomsnittet. Våre pasienter var imidlertid ikke mer misfornøyd på dette punktet. Diskusjonen handlet først og fremst om hvilke praktiske tiltak vi kunne iverksette for å styrke pasientenes opplevelse av god telefontilgjengelighet.

Med de forbehold som er nevnt angående skjemaformering var dette en brukerundersøkelse som var lett for oss å gjennomføre,

spesielt fordi bearbeidingen ble gjort sentralt. Vår diskusjon ble styrket av at vi kunne sammenligne oss med andre, og at brukernes synspunkter kunne sammenholdes med kartlegging av de faktiske forholdene. Konkrete endringer som ble gjennomført som følge av resultatene og diskusjonen var imidlertid færre enn etter den foregående brukerundersøkelsen.

Diskusjon

Hvilken lærdom kan vi trekke av disse erfaringene? Hvilke muligheter og begrensninger innebærer de ulike metodene vi har prøvd, og hva betyr dette i en travelt hverdag på et legekort som gjerne vil forbedre sine tjenester?

Ulike kunnskapskilder

Ved Fjellsiden legesenter valgte vi å bruke *spørreskjema* til datainnsamling ut fra en vurdering om forventet gevinst i forhold til ressursinnsatsen. Et validert spørreskjema er som regel å foretrekke fremfor hjemmesnekrete varianter, både fordi spørsmålene har vært utprøvd og testet, og fordi vi kan sammenligne oss med andre som har brukt samme metode. Bak The Patient Experience Questionnaire (PEQ) ligger en omfattende utviklingsprosess som skulle kvalitetssikre brukerundersøkelsen (10–11). Sammenlignet med de andre skjemaene vi brukte ga imidlertid dette skjemaet resultater med lavest praktisk nytteverdi. Instrumenter som er utviklet for vitenskapelige studier eller styringsformål er ikke nødvendigvis egnet til lokal kvalitetsforbedring. På den annen side erfarte vi også i den siste tilgjengelighetsundersøkelsen at utforming av spørreskjemaet kan være en kritisk faktor der det kan være nyttig å støtte seg til vitenskapelig metode.

Brugerundersøkelser med *fokusgruppemetodikk*, der utvalgte pasientgrupper samles til gruppeintervju (7) krever mer innsats og er sårbart når det gjelder utvalg og overførbarhet. Dette har vi ikke vurdert å gjøre.

Praktisk gjennomføring

Terskelen for gjennomførbarhet skal være lavest mulig. Vi kopierte selv opp det nødvendige antall *skjemaer*, uten innsats eller kostnader fra trykkeri. Skjemaene kunne selvsagt fått et mer innbydende utseende om vi hadde brukt profesjonell hjelp til grafisk design, men den gode svarprosenten tyder på at vårt alternativ fungerte tilstrekkelig godt.

Vi tror svarprosenten ble vesentlig styrket ved at vi ba pasientene fylle ut skjemaet på *venterommet* og deretter levere det, isteden for å ta med skjemaet hjem og sende det til legekortet. Vi kan imidlertid ikke be pasiente-

ne bruke mye tid på venterommet etter avsluttet konsultasjon, og derfor må skjemaet ha et overkommelig omfang. Det er vanskelig å vurdere hvor mange spørsmål eller sider som representerer et maksimum. Våre tre skjema hadde 3–17 spørsmål. De aller fleste av spørsmålene var besvart, noe vi tok som et tegn på at pasientene hadde forstått spørsmålene våre.

Vi valgte å *distribuere* skjemaene ved avsluttet konsultasjon til pasienter som kom til kortet. På denne måten får vi ikke svar fra pasienter som vi ikke ser – kanskje en gruppe som har viktige synspunkter på våre tjenester, for eksempel tilgjengelighet. Postal distribusjon av spørreskjema krever imidlertid vesentlig mer ressurser. Vår vurdering var at dette neppe var verdt innsatsen.

Bearbeiding av svarene krever ressurser og kompetanse. Ved koding og systematisering av svarene var det en fordel å ha forskningsbakgrunn, men dette skal ikke være nødvendig for å gjennomføre brukerundersøkelser på et vanlig legekort. Vi opplevde det som en god avlastning, ikke minst i forhold til tid, da bearbeidingen for den tredje brukerundersøkelsen ble gjennomført sentralt av andre enn oss. Vi så det også som avgjørende å samle legekortet til gjennomgang av resultatene fra brukerundersøkelsen etter bearbeiding. Diskusjonen omkring utfordringer og endringsmuligheter er mye mere verdt enn tallene i seg selv.

Validitet – hva måler skjemaet, og hva kan dette brukes til i praksis?

Noen brukerundersøkelser måler *pasienterfaringer* (6), andre måler *tilfredshet* (4). Uansett hvordan spørsmålene er utformet, blir nytteverdien i forhold til forbedring begrenset hvis de fleste som svarer er veldig fornøyde, slik vi opplevde i Fjellsiden med PEQ. Dette kalles ‘ceiling effect’ og er en av de faktorene man vurderer systematisk med psykometrisk testing av skjemaer for forskningsformål (4).

Resultatene kan gjøres opp for legekortet samlet, eller svarene kan deles opp på hver enkelt lege. Igjen må vi se på utforming av skjemaet og vurdere hvilke spørsmål som egentlig refererer seg til systemnivået på legekortet, og hvilke som måler egenskaper ved legen. EuroPEP er et skjema for brukerundersøkelser i allmennpraksis som gjør det mulig å atskille disse to dimensjonene (4). Fjellsiden legesenter har ikke erfaringer med dette skjemaet. For våre tre brukerundersøkelser valgte vi å se på legekortet under ett. Allmennlegekortet er en liten enhet der det å utpeke noen til synde bukker som følge av dårlige resultater kan skape negativt klima for samhandling og forbedring. Vi vet imidlertid at større legekort har gjennomført

brugerundersøkelser med individualiserte resultater (5).

Selv om spørreskjemaet er validert, er det ikke sikkert at det først og fremst er kvaliteten på legen eller legekortet som måles, men kanskje i like stor grad egenskaper ved legens pasientpopulasjon (12). Det samme gjelder for benchmarking, der sammenligning av kvalitet mellom ulike legekort kan ha mange forklaringer.

Husk også at prioriteringss spørsmål ikke alltid kommer klart frem i et spørreskjema om hva folk ønsker seg. Vil de ha kveldsåpent, vil de ha kort ventetid og vil de ha lang tid inne hos legen, kan det tenkes at de blir nødt til å velge.

Praktisk kvalitetsarbeid

Validitet, som gjelder hvorvidt instrumentet kartlegger det man ønsker å kartlegge, er et kontekstavhengig begrep. Kvale skriver om pragmatisk validitet (13), som handler om brukbarhet i en gitt sammenheng. Best utbytte for praktisk kvalitetsarbeid fikk vi i Fjellsiden fra den andre brukerundersøkelsen med tre enkle åpne spørsmål. Her var det mye råstoff for konkrete diskusjoner. Alle kommentarer ble vurdert, mange ble utredet videre, og noen endringer ble til slutt gjennomført. I et slikt design er det viktig å ha et nøkternt forhold til tall. Om en enkelt pasient har kommentert noe som ingen andre sier noe om, kan det likevel være betydningsfullt. Omvendt er det ikke sikkert at det mange har sagt noe om, vurderes som verdt eller mulig å endre. Slike data skal ikke telles opp, prosentueres og krysskjøres. Den tredje brukerundersøkelsen om tilgjengelighet ga oss en nyttig målestokk ved at vi både hadde faktiske tall for ventetid og tilfredshet i forhold til dette.

Hva så?

Til syvende og sist er det kvalitetsforbedring i praksis som forteller om brukerundersøkelsen er nyttig for formålet. Oppsummerer vi våre erfaringer, fastholder vi fortsatt at det er behov for standardiserte, validerte spørreskjema utviklet og utprøvd for nettopp denne konteksten. Mye kan tyde på at EuroPEP-skjemaet er et brukbart utgangspunkt, men at det kan være aktuelt å justere og nedkorte dette atskillig for å sikre gjennomførbarhet og overkommelig innsats angående bearbeiding (4–5).

Kanskje det er mulig å etablere sentrale eller regionale systemer for databearbeiding og benchmarking, slik at legekortet ikke opplever dette som unødig ressurskrevende. Gjennomgangen av resultatene er tross alt det viktigste her. Det er også viktig å vurdere

hvordan de gode erfaringene med åpne spørsmål best kan videreføres, slik at endringsdiskusjonene blir mest mulig konkrete.

Takk

Til leger og helsesekretærer ved Fjellsiden legesenter for god samhandling i praktisk kvalitetsforbedring. Takk også til pasientene som år etter år har fylt ut skjemaer for oss.

REFERANSER

1. Helse-og-omsorgsdepartementet. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (FOR-2002-12-20-1731) Oslo 2002.
2. Holmboe O BØ, Bukholm G, Nguyen K, Helgeland J, Røttingen JA. Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2009 blant allmennleger: Resultater fra en komparativ undersøkelse i 11 land. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 24-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2009.
3. Danielsen K IH, Bjertnes ØA. Pasienterfaringer med allmennleger – en kartlegging av relevante måleinstrumenter. Notat 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2009.
4. Bjertnes OA, Lyngstad I, Malterud K, Garratt A. The Norwegian EUROPEP questionnaire for patient evaluation of general practice: data quality, reliability and construct validity. *Family Practice* 2010; doi: 10.1093/fampra/cm098.
5. Lyngstad I. Hvordan fungerer legekantoret for dine pasienter? – Erfaringer med en brukerundersøkelse i allmennpraksis. *Utposten* 2008; 6: 27–31.
6. Steine S, Finset A, Laerum E. A new, brief questionnaire (PEQ) developed in primary health care for measuring patients' experience of inter-action, emotion and consultation outcome. *Fam Pract* 2001;18 4: 410–8.
7. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2012 (in press).
8. Malterud K. Internkontroll på et allmennlegekontor (Quality assurance and review in general practice). *Tidsskr Nor Lægeforen* 2007;127 17: 2236–8 (in Norwegian).
9. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget, 2011.
10. Steine S, Finset A, Laerum E. Hva er viktig for pasienten i møtet med allmennpraktikeren? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120 3: 349–53.
11. Lærum E, Steine S, Finckenhagen M, Finset A. The final version of the Patient Perspective Survey (PPS): a new tool to improve consultation outcome and patient participation in general practice patients with complex health problems. Doctors' and patients' evaluation and guidelines for clinical use. *Family Practice* 2002;19 3: 264–71.
12. Hong CS, Atlas SJ, Chang Y, Subramanian SV, Ashburner JM, Barry MJ et al. Relationship between patient panel characteristics and primary care physician clinical performance rankings. *JAMA* 2010;304 10: 1107–13.
13. Kvale S. *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, Calif.: Sage, 1996.

kirsti.malterud@isf.uib.no



Kvalitet forbedres gjennom læringsnettverk

■ INGRID MARGARETHA HØIE *Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

Bedre journalføring, reviderte rutiner og bedre tilgjengelighet er blant resultatene i et pilotprosjekt i Grenland, hvor fire fastlegekontor har brukt kvalitetsindikatorer som utgangspunkt for å forbedre egen praksis.

Prosjektet tok utgangspunkt i 19 kvalitetsindikatorer fra Randi Kasins prosjekt *Kvalitetsindikatorer i allmenntjenestemedisin* (1, 2). Målet for Kasins prosjekt var å finne frem til et begrenset antall kvalitetsindikatorer som var relevante for norsk allmenntjenestemedisin og som legekontorene kunne måle seg mot.

– Pilotprosjektet har vært nyttig, slår prosjektleder ved Kunnskapssenteret, Bjørnar Nyen, fast. Han peker på at de 19 kvalitetsindikatorene er gjennomgått og justert slik at man står igjen med 18 robuste indikatorer (TABELL 1). Halvparten kan trekkes ut automatisk fra elektronisk pasientjournal (EPJ). En spesialmodul i dataprogrammet MedRave (3) for slikt kvalitetsindikatorer ble utviklet i prosjektet.

Elena Semenenko og Øystein Line (fastleger)



Fra v. Beate Sundset, Trude Jacobsen, Silje Smelvær, Anne Ellingsen (helsesekretærer). ALLE FOTO: ØYSTEIN LINE

Variert forbedringsarbeid

Det var stor variasjon i forbedringsarbeidet som fastlegekontorene i Grenlandsområdet gjennomførte.

Flere av kontorene arbeidet med rutiner for opplæring av nye medarbeidere og nye leger ved kontoret, fordi dette tidligere hadde vært litt tilfeldig og også mangelfullt. ▶

Kai Heier (fastlege, daglig leder)



To av kontorene arbeidet med systematikken omkring faste medisiner i journalen. Andre temaer var forbedring av dokumentasjon av råd gitt av medarbeidere, systematisk føring av tidligere sykdommer i journalen og gjennomgang av alle organisatoriske rutiner ved kontoret med revisjon og skrivning av nye dokumenter.

Ett av kontorene brukte fokusgruppeintervju for å få frem innspill til forbedring av rutiner omkring Marevan-bruk og måling av INR. De ble blant annet overrasket over hvor lite kunnskap pasientene hadde om Marevan-behandling.

– Vår erfaring i dette prosjektet er at det kan være nyttig å la et sett med kvalitetsindikatorer være utgangspunkt for arbeid med systematisk forbedringsarbeid i et læringsnettverk med fastlegekontorer, sier Nyen.

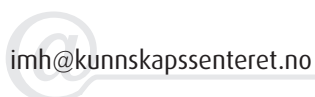
Anbefaler kvalitetsindikatorer

– Indikatorene er primært utarbeidet for å bidra til kvalitetsutvikling ved det enkelte fastlegekontor. Det kan imidlertid være aktuelt at kontorer rapporterer noen av indikatorene til kommunalt og statlig nivå, sier Nyen.

– Vi planlegger nå å teste ut disse og noen andre indikatorer i et samarbeid mellom alle fastlegene og kommunenes helseledelse i forbindelse med utviklingsarbeid av fastlegjetjeningen. Noen av indikatorene tas ut av legekontoret utelukkende for bruk ved eget kontor, mens noen av dem også vil rapporteres til kommunens helseledelse for bruk i en styringsdialog mellom kommuneoverlege og det enkelte legekontor.

REFERANSER

1. Nyen B: Bruk av kvalitetsindikatorer ved allmennlegekontorer – et pilotprosjekt, Notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten 2012. <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/L%C3%A6ringsnettverk+hos+allmennleger+virker.14617.cms>
2. Kasin, Randi: Kvalitetsindikatorer i norsk allmennmedisin, Den norske legeforening, http://www.legeforeningen.no/asset/37527/1/37527_1.pdf
3. Brukermanual for MedRave 4, 2011. <http://www.medrave.no/Pages/Nedladdningar.aspx>



Fra v. Marie Louise Olsson, Kjersti Moen, Christina Olsen (helsesekretærer)

PRAKSISOMRÅDE 1. Praksisorganisering

Indikator 1	Systematisk evaluering av data fra egen praksis
Indikator 2	Andel av legene i praksis, som er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin
Indikator 3	Det holdes regelmessige møter for hele praksisteamet, og det skrives referat fra møtene. Møtefrekvens: Minst 1 time pr måned
Indikator 4	Tid til tredje neste ledige time (AUTOMATISK UTTREKK)
Indikator 5	Rutiner for overføring av informasjon fra lege til hjemmesykepleien om medisiner og felles pasienter (AUTOMATISK UTTREKK)

PRAKSISOMRÅDE 2. Pasientsikkerhet

Indikator 6	Praksis kan vise at de har tilgang til og bruker dokumenterte retningslinjer og prosedyrer i pasientbehandlingen
Indikator 7	Rutiner for innhenting og behandling av avviksmeldinger
Indikator 8	Rutiner for mottak av og behandling av klager fra pasientene

PRAKSISOMRÅDE 3. Rettferdige tjenester

Indikator 9	Legen deltar i ansvarsgruppemøter og basismøter for sine faste pasienter, der dette er aktuelt (AUTOMATISK UTTREKK)
-------------	---

PRAKSISOMRÅDE 4. Lege – pasientforholdet

Indikator 11	Praksis innhenter aktivt brukererfaringer fra pasientene
Indikator 12	Praksis gir pasientene mulighet til å gi uttrykk for sine meninger og forslag til forbedringer

PRAKSISOMRÅDE 5. Kliniske indikatorer – kronisk sykdom

Indikator 13	Andel av pasienter over 65 år der medisinlista er oppdatert ved at medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden (AUTOMATISK UTTREKK)
Indikator 14	Andel av oppføringer i medisinlista på pasienter over 65 år der medikament er utskrevet fra, lagt til eller endret i rapportperioden (AUTOMATISK UTTREKK)
Indikator 15	Alle pasienter med diabetes gjennomgår årskontroll etter spesifisering i NSAMS handlingsprogram (AUTOMATISK UTTREKK)

PRAKSISOMRÅDE 6. Kliniske indikatorer – akutt sykdom

Indikator 16	Antall ledige timer ved starten av en praksisdag (AUTOMATISK UTTREKK)
Indikator 17	Alt personell i praksis får opplæring og årlig trening i basal førstehjelp
Indikator 18	Andel av pasienter med luftveisinfeksjoner ned diagnosekodene R72, R75, R76 og R81 som er behandlet med antibiotika, som har fått behandling med penicillin V (AUTOMATISK UTTREKK)

TABELL 1. Oversikt over et sett med kvalitetsindikatorer i allmennmedisin

Alle skal ikke vite alt

– kjernejournal med begrenset nytteverdi

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

På Statsbudsjettet for 2012 er det satt av 85 millioner kroner til etablering av nasjonal kjernejournal. Det er mange penger. Tenk om noe i nærheten av disse midlene i stedet hadde gått til å fullføre meldingsløftet og finansiere EPJ-løftet*.

Et forslag til etablering av nasjonal kjernejournal var på høring høsten 2011 (1). Formålet med forslaget er «økt pasientsikkerhet, ved å gi bedre beslutningsgrunnlag for helse-

hjelp og å forhindre skade på pasienter som følge av for eksempel feilmedisinering. I helsesektoren er det behov for rask og sikker tilgang til korrekt og oppdatert informasjon. En nasjonal kjernejournal skal bidra til å dekke dette behovet»

Begredelig utgangspunkt

Tanken er altså å etablere en sentral database hvor helsepersonell på tvers av alle nivåer raskt og enkelt kan klikke seg fram til viktige opplysninger om den enkelte pasient. Også pasienten skal få tilgang til opplysningene via internett. Det høres besnærende og brukervennlig ut. Men problemet er at dette knapt

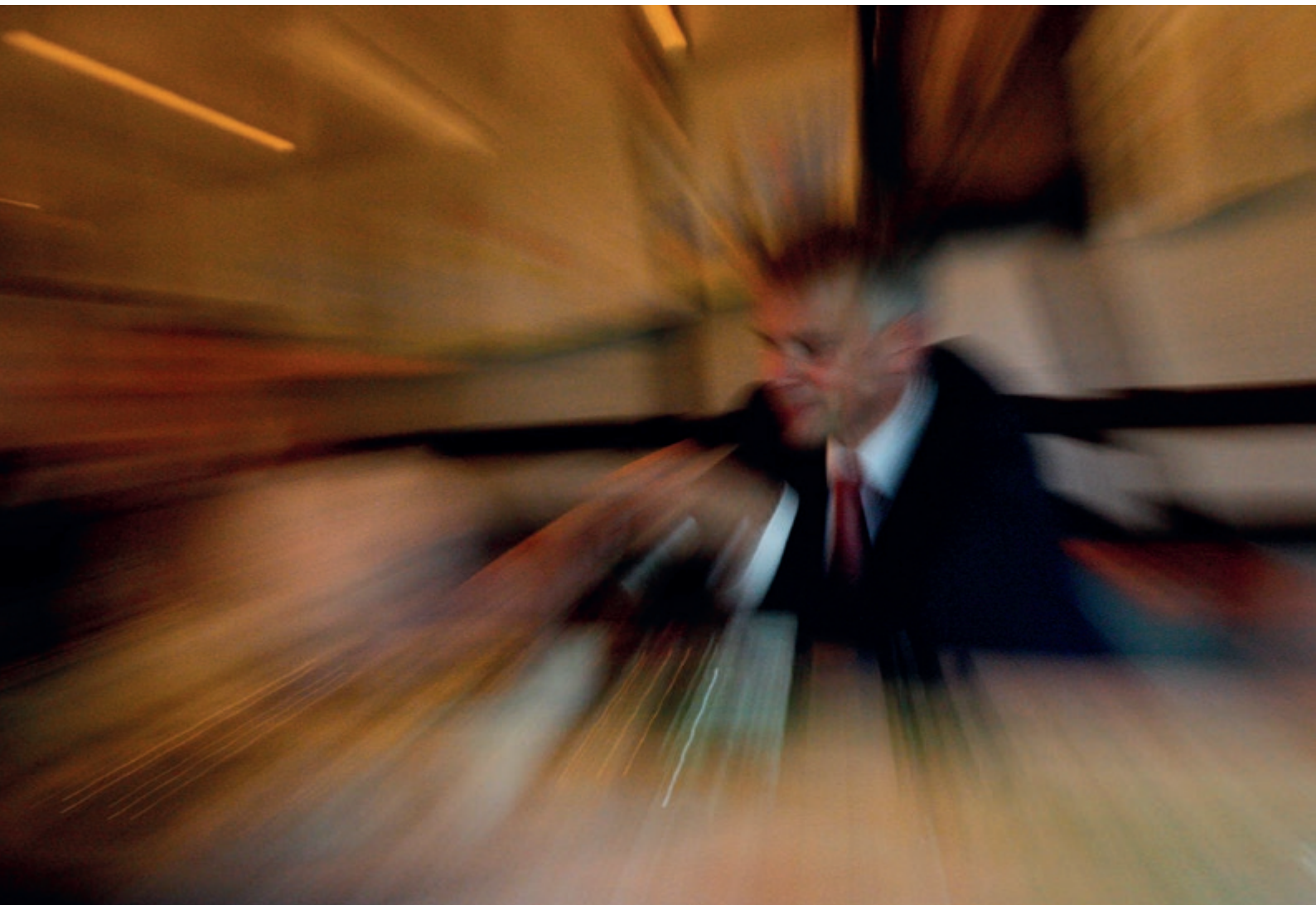
vil løse noen av helsetjenestens enorme IKT-utfordringer. Hva så med faren for skadevirkninger?

Status for helsetjenestens elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ) er begredelig. Norge var tidlig ute med å etablere slike systemer, men utviklingen har løpt fra oss. Journalssystemene på sykehus befinner seg på steinaldernivå. EPJ hos fastlegene er noe bedre, men langt fra en standard som er 2012 verdig. Mulighetene for elektronisk kommunikasjon mellom de ulike aktørene er svært begrenset. Fastleger og sykehusleger kan f. eks. ikke sende enkle meldinger eller forespørsler om konkrete pasienter på en trygg måte. Internett er ikke en sikker kanal i så

* Elektronisk pasientjournal-løftet

Kjernejournal skal bli en database hvor helsepersonell enkelt kan hente vitale opplysninger om den enkelte pasient. I hvilken grad vil informasjonen være tilpasset formål og behov – og hvem skal vokte og redigere en slik journal? spør forfatteren.

ILLUSTRASJONSFOTO: IDA MYKLEBUST SUNDAR



måte. Når fastlegene får epikriser fra sykehus med oversikt over ny medikasjon for pasientene, kan ikke dette enkelt samstemmes med tidligere medikasjon. Tvert i mot må det tas tes inn manuelt – med rikelige muligheter for feil.

Utfordrer personvernet

Et argument for kjernejournal er at leger i akutte situasjoner enkelt kan finne fram til vitale opplysninger om blant annet medisinbruk. Realiteten er at det i livstruende situasjoner anvendes standardiserte behandlingsregimer uavhengig av hvilke medisiner pasienten måtte bruke. Og hvordan kan vi garantere at opplysningene i en kjernejournal er oppdatert og til å stole på? Gale opplysninger kan være verre enn ingen opplysninger.

Den til enhver tid undersøkende lege kommer aldri unna arbeidet med å få fram den aktuelle sykehistorie og gjøre godt klinisk håndverk med å innhente nødvendige opplysninger.

Sentral oversikt over kontakter med helsevesenet utfordrer personvernet betydelig. Taushetsplikt og personvern er avgjørende i forholdet mellom lege og pasient. Det gjelder ikke bare hva som er sagt og gjort, men også hvorvidt det har vært noen kontakt eller ikke. Det foreslås at kjernejournalen skal inneholde oversikt over all tidligere kontakt med spesialisthelsetjenesten og de siste tre årenes kontakt med primærhelsetjenesten. Jeg ser med gru fram til en situasjon hvor en ektefelle i en konfliktsituasjon skal kunne true den andre part til å klikke seg inn på dennes journal for å se om hun eller han har vært hos legen i det

siste. Eller en kontrollerende mor eller far versus sitt snart voksne barn: «Hva har du sagt, eller hva har du gjort?»

Viktige premisser

Det er mange eksempler på mislykkede kostbare offentlige IKT-satsinger. Nasjonal kjernejournal kan bli en ny. Tida er overmoden for at staten i stedet tar et samlet grep og finansierer tidsmessige elektroniske pasientjournalssystemer både på sykehus og i allmennpraksis, samt ferdigstiller enkle muligheter for å sende elektroniske meldinger mellom de aktuelle aktørene. Informasjon om den enkelte skal være tilpasset formålet og behovet. *Alle skal ikke ha tilgang til alt.*

Kjernejournal ses på som et verktøy for bedre samhandling og arbeidsflyt for helse-

Før nasjonal kjernejournal implementeres, må man få plass gode nok IKT-verktøy og meldingssystemer som sikrer samhandlingen mellom 1.- og 2. linjetjenesten. ILLUSTRASJONSFOTO: TOM SUNDAR



personell og pasienter. Da er det sentralt at man legger vekt på det som er klinisk viktig i et behandlingsforløp. Samtidig er det viktig å være kritisk til hvilken nytteeffekt et slikt verktøy faktisk har.

Nasjonale løsninger for kjernejournal har fortsatt til gode å bli en suksess i andre sammenlignbare land, til tross for prosjekter som allerede har pågått i flere år. Dette ble tydelig påpekt av professor Trisha Greenhalgh ved Queen Mary, University of London under HelsIT-konferansen i Trondheim i 2010. Det er derfor grunn til å mane til edruelighet når det gjelder forventningene til kjernejournal.

Å utarbeide et verktøy som kan forbedre pasientbehandling så vel som samhandling i helsevesenet er i seg selv et enormt arbeid. I første fase av et slikt prosjekt bør man prioritere arbeid med viktige, oversiktlige parametre som er realistisk å få til. Staten må bygge grunnmuren før taket. Ikke omvendt. Derfor er etter min oppfatning følgende premisser viktig for nasjonal kjernejournal:

- Nasjonal kjernejournal erstatter på ingen måte det nødvendige arbeidet med å utvikle tidsmessige EPJ i sykehus og allmennpraksis, samt fullføring av Meldingsløftet.
- Verktøy for samstemming av pasientens legemidler er det viktigste enkeltstående pasientsikkerhetstiltak og må prioriteres. Dette er en forutsetning for en vellykket kjernejournal.
- Innholdet i kjernejournalen må holdes på et minimum. Flere typer opplysninger øker muligheter for feil og truer personvernet.
- Nasjonal kjernejournal må integreres med legenes eksisterende EPJ.

Få andre prosjekter i mål

Meldingsløftet er ikke fullført. Det er i 2012 fortsatt ikke slik at helsearbeidere på ulike nivåer og steder i helsetjenesten, enkelt og trygt kan kommunisere elektronisk. Sammen med utdaterte elektroniske pasientjournalssystemer, er dette etter min mening ikke noe mindre enn en nasjonal skandale.

Når allmennlegen får oversendt epikriser fra sykehus enten i papirformat eller som elektroniske meldinger, må han eller hun sitte og manuelt oppdatere legemidler i bruk eller såkalte «faste medisiner». Daglig må jeg skrive ut denne informasjonen på papirark og sjekke hvilke medikamenter som er endret i dosering og styrke, hva som er tatt ut og hva som er lagt til.

Gjennom Norsk forening for allmennme-

disin (NFA), EPJ-løftet og EPJ-referansegruppa er det nå under utarbeidelse et elektronisk verktøy for samstemming av legemidler i bruk. Prosjektet er høyt prioritert i EPJ-løftet, men har vist seg vanskelig å fullfinansiere.

Et slikt elektronisk verktøy for samstemming av legemidler i bruk, vil være et av de viktigste pasientsikkerhetstiltak en kan tenke seg – og en nødvendig forutsetning for en vellykket kjernejournal.

Hva skal kjernejournalen inneholde?

Legeforeningen skriver i sitt høringsdokument (2) at første fase for nasjonal kjernejournal (maksimalt) bør inneholde:

1. Personalia og pasientens nærmeste pårørende
2. Blodtype
3. Oppdatert, datert medikamentoversikt (legemidler i bruk)
4. Oppdatert kritisk info
 - a. komplikasjoner ved tidlige anestesi/inngrep
 - b. opplysninger om helsehjelp som er kontraindisert («CAVE»)
 - c. alvorlige allergiske reaksjoner
 - d. implantater og øvrige ekstraordinære medisinske forhold etter nærmere vurdering
5. Pasientens fastlege
6. Valgfri rubrikk vedr. spørsmålet om organodonasjon

Jeg er enig i det. Øvrig innhold som er foreslått i høringsdokumentet virker lite relevant, og vil være en kilde til feil og svakheter. Det viktigste med en kjernejournal er at den inneholder oppdatert og korrekt basisinformasjon. På den annen side vil overflødig, ukorrekt og ikke oppdatert informasjon være potensielt farlig i pasientforløpet.

Referanser til epikriser og røntgensvar virker urealistisk å få til når man per i dag fortsatt ikke har klart å få opp et HER-register (elektronisk adresseregister) som kan brukes, og epikriser fra sykehus fortsatt kommer til fastlegene på papir. Papirdokumenter blir så skannet inn i EPJ. Dette vil være en ikke-standardisert filtype som ikke uten videre vil være enkel å få inn i kjernejournal. Man må først få disse tingene på plass i samhandlingen mellom 1. og 2. linje, før man skal implementere det i en kjernejournal.

En kjernejournal vil speile bildet av samhandlingen i helsevesenet. Selv om en fremtidig medikamentliste lagres sentralt, bør re-

digering av legemidler i bruk og visning foregå i legens egen EPJ. Det bør legges opp til at mest mulig informasjon i kjernejournalen er «speilet», med pekere inn til den sentrale databasen. Prinsipielt mener jeg at all informasjon fra helsepersonell i kjernejournalen skal produseres, lagres og hentes fra andre databaser, fortrinnsvis EPJ. Redigering direkte i kjernejournalen bør unngås.

Hvem skal redigere?

Pilotering bør være en selvfølge. Et slikt overgripende verktøy må testes nøye før det rulles ut. Dette bør la seg gjennomføre i geografisk mindre områder, selv om pasientene i dag beveger seg fritt rundt i Norges land. De aller fleste behandles lokalt.

Jeg er bekymret redigering og vedlikehold av kjernejournalen. Det ligger store utfordringer i å oppdaterte pasienters legemidler og sykehistorie. Slike opplysninger skal ikke ajourføres manuelt. Det trengs en synkronisert løsning som gjør automatiske uttrekk. Det er utenkelig at fastlegen skal redigere alt innhold i en nasjonal kjernejournal.

Det er foreslått lik tilgang for alt helsepersonell. Det er uakseptabelt. Ulik helsepersonell har behov for ulik grad av informasjon. Informasjon som blir liggende i nasjonal kjernejournal er sensitiv og skal ikke kunne leses av andre enn de som behandler pasienten – det vil si leger. Andre helsearbeidere vil ikke ha behov for stort annet enn administrative opplysninger om pasientene.

Jeg er spent på hva alt dette ender opp i. I de møter jeg var med på som leder i NFA i 2011, var det store visjoner om nasjonal kjernejournal. Mange syntes å ha en naiv tro på at bare legene fikk tilgang til alt, ville samarbeidsvansker reduseres. Mangelen på forståelsen for velfungerende og skreddersydde EPJ-systemer både i allmennpraksis og på sykehus, med tilhørende «on demand»-basert informasjonsutveksling, gjør meg fortsatt utrygg. *Alle skal ikke vite alt.*

REFERANSER

1. Høring – etablering av nasjonal kjernejournal. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2011. www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/etablering-av-nasjonal-kjernejournal/horingsbrev.html?id=651191 (14.3.2012)
2. www.regjeringen.no/pages/16778546/DenNorske-Legeforening.pdf (14.03.2012)

 gisle.roksund@klosterhagen.no

1-dags utplassering i allmennmedisin

■ HANS RAGNAR SKOGLI *student UiB*

Eg vart teken godt imot av sekretæranne. Dei synte meg kontora, dei ulike apparata og kvar eg kunne finne meg kaffi. Eg flira litt av den moderne, medisinske sjargongen. Den som manar til audmjukheit og set ideal i det å vera pasientsentrert og «som folk flest». Likevel var sekretæranne der ein halvtime før legane og kaffien var klar då dei kom...

Etter kvart møtte eg legen og litt seinare starta arbeidsdagen. Eg vart introdusert for den fyrste pasienten. Dette var noko eg hadde både grua og gleda meg til. Eg lurte følt på om han skulle protestera mot at eg var til stades. Det tok ei tid før han kom inn, og i desse redselens sekund fekk eg kverna opp angsten så den stod i taket. Kva om han skal rektaleksploreras? Kva om han hadde ein svar byll i ræva? Så svær at legen måtte ha hjelp til å halde den? Kva om han sleit med for tidleg ejakulasjon, eller om mengdene ejakulat var så store at han måtte vaska både laken og bokhyller etter ein runde? Eg prøvde å seie til meg sjølv at slikt skjer berre i spørjespalta i Vi Menn, men ingenting hjelpte før han helste på oss begge og bad om fornying av førarkortet. Då slappa eg av. I alle fall heilt til eg kom på at det straks kom ein ny pasient! Kva var det den neste måtte nedverdiga seg til å gjere framfor ein fersk medisinstudent utan evne til fornuftige reaksjonar?

Men det var ikkje så gale. Det gjekk i blodtrykksmålingar og småprat. Fint. Likevel var det noko uvant å setja seg tilbake på skrivepultsida av kontoret. Ikkje på dørsida denne gongen. Dagens andre pasient gjekk etter kvart ut, og me sladra litt om tidligare diagnoser, utfordringar og problem. Eg følte meg noko utilpass med å prata bak ryggen til folk. Heilt til eg forstod at dette også er ein del av legegjerninga. Ikkje alt byggjer på statistiske fakta. Mykje er intuisjon og kjennskap til kvar einskild. Intuisjonen i det å fanga opp eit flakkande blick saman med akkurat «det»

uttrykket, og dette saman med kjennskapet til ein personlegdom som erfaringsmessig ikkje alltid søker dei beste løysingane. Dette får legen til å tenkje. Spørje ein gong til eller foreslå ein ny time. Kvar og ein hadde sine trekk. Kvar fekk si behandling. To pasientar er visst like forskjellige som to menneske... Ho kjende dei alle.

Tolking og oppfatning av eit menneske er kanskje gjensidig avhengige av kvarandre. Å kjenna nokon vert annleis. Då slepp ein tolkinga. Ein slepp å tolka feil. Dette vart verkeleg for meg i møtet med ein spesiell pasient. Ein Hells Angels-profet kom inn døra. Han var kledd i klubben sine fargar og logoar frå topp til tå. Han hadde skjegg som alle dei tøfaste rockarane, samt mange tatoveringar,

som for å understreka den villskapen som kjenneteiknar dei som er dedikerte til sin ideologi. Eg trekte meg vekk. Hells Angels-tatoveringar seier meg at småpraten og blodtrykksmålinga ikkje vert like lett som på ein Brannsupporter. Sjølv om tatoveringar er tatoveringar. Eg gjekk bakover før eg merka det, før eg fekk konfrontert stereotypiane som dreiv meg i retning tryggleiken. Men legen oppførte seg heilt anleis. Ho kjende han. Ho kjende han som snill, trygg og hyggeleg. Han sleit med ein infeksjon. Ho måtte hente nokre bandasjer, eg måtte småprate. Småpraten gjekk heilt fint. Blodtrykket også. Faktiske betre enn med Brannsupporterene. Eg likar jo ikkje fotball, men eg tykkjer det er artig å spele xbox. Det tykte han også.



UTPOSTEN
TETT PÅ!

Samhandling sett med pårørendes øyne

■ **ASTRID EMHJELLEN** fastlege, praksiskonsulent og prosjektleder GRUK/kunnskapssenteret

Som del av et nasjonalt prosjekt med fokus på samhandling ble det gjennomført fokusgruppeintervju med pårørende for å få frem deres synspunkter på samhandling mellom fastleger og førstelinjen på den ene siden, og DPS og BUP på den andre siden. Denne artikkelen er basert på svarene de pårørende ga i denne undersøkelsen.

I samarbeid med tre lokallag av pasient- og pårørendeorganisasjonene LPP (Landsforeningen for pårørende til pasienter med psykisk lidelse), ADHD foreningen og Autisme foreningen, ble det avholdt to fokusgruppeintervju med pårørende.

Pasientorganisasjonene bidro i rekruttering av pårørende til intervjuene. Gruppene

bestod av henholdsvis sju mødre og én ektefelle til voksne pasienter og 11 mødre til pasienter som var barn/ungdom. De pårørende til de voksne pasienter fortalte at halvparten av pasientene hadde tilleggsproblemer med illegalt rusmiddelmissbruk. Barna og ungdommene hadde i hovedsakelig diagnoser innen autismspekteret eller en ADHD-diagnose.

Samhandling når pasienten er et barn

– Fastlegene er viktig, men deltar i varierende grad

Mange av de pårørende beskriver at fastlegene er perifere i behandlingen av pasienten.

Det er oftest foreldrene og skolen samt BUP og spesialenheter i andrelinjen som følger opp barnet. Det er også oftest foreldrene i samarbeid med barnehage og skole som oppdager barnas problemer. Fastlegene blir ofte lite inkludert i dette.

Som del av et nasjonalt prosjekt med fokus på samhandling ble det gjennomført fokusgruppeintervju. ILLUSTRASJONSFOTO: TOMMY HAUGE BRAKSTAD





En engasjert fastlege kan følge barna med psykiske plager. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

De pårørende opplever også at fastlegen ofte mangler den spesialkunnskapen eller kompetansen som de trenger for sine barn, men de synes allikevel det er viktig at fastlegen stiller opp og engasjerer seg i behandlingen og oppfølgingen.

De opplever at det er viktig for hele familien å ha en god dialog med fastlegen.

Etter hvert opplever de det slik at fastlegen kjenner barnet, de pårørende og helhetssituasjonen godt nok til å kunne hjelpe dem med mange forhold. Men veldig mange savner at fastlegen deltar og engasjerer seg.

«Fastlegen vår kjenner barnet så godt at det kan følge barnet videre inn i voksenlivet. Koordinator er flink og planlegger overgangen til voksenlivet!»

«Fastlegen har hele tiden vært på siden og burde vært mer på banen. Han innkalles til svarsgruppemøter og andre møter, men kommer ikke. Han forventer at jeg har to konsultasjoner med han i året hvor jeg som mor oppdaterer han i saken. Dette oppleves kun som en ekstra belastning for pasient og pårørende.»

– Behovet for en kontaktperson med spesiell kompetanse

De pårørende etterspør fagpersoner som kjenner barnet og problemstillingen godt og som de kan rådføre seg med og ha tiltro til. De opplever det spesielt nyttig at denne personen er i andrelinjen med mye kompetanse på området. Men det oppstår vansker når de etter hvert mister denne personen så de tenker det er viktig å sikre kontinuitet ved å inkludere andre underveis og å sikre god skriftlig dokumentasjon og informasjonsoverføring. Det er da viktig at fastlegen har vært inkludert over tid slik at han kan overta noe av denne rollen.

«Vi hadde en kontaktperson i 2. linjen på KUE (Konsultasjons- og utredningsenheten) ved problemer og kriser. Dette var veldig nyttig. Vi mangler en slik kontaktperson etter 18 år og savner det veldig. Fastlegen kan søke til VHT (Voksenhabiliteringstjenesten) eller DPS (Distriktpsikiatrisk senter) ved behov, men det blir ikke det samme.»

«Barnehage og skole eller foreldre oppdager som regel utviklingsforstyrrelsen og søker PPT

og siden kommer barnet til BUP /KUE. BUP og KUE har vært enestående.

Siden skal vi forholde oss til fastlegen. Denne spør oss i forbifarta ved egen time for pårørende hvordan det går og ellers kun kontroll en gang i året pga medisiner for ADHD. Fastlegen spør da kun standardspørsmål i tillegg til somatisk undersøkelse.»

– En god koordinator er uvurderlig!

De pårørende erfarer at det er stor forskjell på hvordan den enkelte fastlege og koordinator gjør jobben sin og de mener at det bør være mindre personavhengig hva slags oppfølging og hjelp de og barnet får. Det er viktig at alle instanser i saken tar ansvar og avlaster foreldrene ved å snakke sammen og gjøre tiltak. De ber om at foreldre må slippe å være koordinatører for sine barn hele tiden.

«Vi har hele tiden hatt en god koordinator og det i seg selv en veldig god opplevelse. Dette er veldig personavhengig. Koordinatoren er kjempeviktig!»

- God kommunikasjon og gode kommunikasjonsverktøy med hjelpere

De pårørende ønsker en god og lettvinnt kommunikasjon med pasientens hjelpere ved hjelp av telefon og ved moderne hjelpemidler som sms og e-post. Spesielt opplever de det nyttig i kontakt med skole og barnehage i det daglige.

«Jeg bor i en liten kommune hvor alt er enklere og mer oversiktlig. Det som har hjulpet oss veldig er mail kommunikasjon med lærer i hverdagen. Vi mailer han om dagsformen til barnet og om lekser og prøver og får mail tilbake. Dette er et godt hjelpemiddel som kan brukes mot alle hjelpere. Spesielt er dette viktig med overganger f.eks til skole slik at innkjøringen blir vellykket.»

- Bedre informasjonsflyt og bedre dokumenter

Informasjonsoverføring mellom PPT kontor og skole og helsestasjon til fastlege skjer oftest via foreldrene i muntlig form, eller ikke i det hele tatt. Skriftlig informasjon/dokumentasjon er mangelfull og skjer ofte ikke.

De pårørende mener at alle instanser må kunne gi hverandre god skriftlig informasjon når barnet skal bytte skole eller behandler eller lignende. Ofte er dokumentasjonen for dårlig og lite utfyllende for en gode overføringer!

Ofte er det slik at de pårørende selv må gå til fastlegen og be om henvisning til BUP uten medfølgende skriv fra for eksempel spesialpedagogisk tjeneste i kommunen.

«Vi som foreldre må mate alle, det vil si kommune, fastlege og skole med informasjon med unntak av KUE/BUP om barnets sykdom og behov.

Spesielt ved overganger flyter ikke informasjonen godt nok. Opplysninger som er skrevet og skal følge barnet er sparsomme og hindrer god tilrettelegging.»

«Jeg har hatt fire bytter av terapeuter for mitt barn tidligere. De er da ikke flinke til å overføre dokumenter eller lese sakspapirer.»

- Møter gir bedre samarbeid og bedre tiltak

De pårørende mener det er viktig at koordinator, fastlege og BUP møtes og tenker høyt sammen om hva pasienten og familie kan få av hjelp. De mener at både fastlege, kommune og andrelinjen må kunne gi litt informasjon om kommunale tilbud og andre behandlingstiltak samt muligheter som omsorgslønn, grunn og hjelpestønad.

De mener det er veldig viktig at alle instanser er med på ansvarsgruppemøtene for å få informasjon. De tenker det bør være mulig-

het for bedre samhandling etter at pasientene er ferdig utredet og avsluttet ved BUP med en lav terskel for kontakt og veiledning til fastlege, pårørende og andre hjelpere.

«Jeg opplever at det er lite og dårlig samarbeid mellom BUP og fastlege. BUP tok seg av utredning av ADHD, men er ikke så flinke til å følge opp tilleggssymptomene og følgesymptomene som f.eks. depresjon og skriver pasientene fort ut igjen.»

«Det er viktig at fastlegen spør mer om hvor skoen trykker og at fastlegen opptrer som en fagperson og bruker sin kunnskap til å innlede en diskusjon/samtale om hvordan dette kan løses i samarbeid med pårørende og andre. For eksempel kan forebygging og avlastning diskuteres. Fagpersoner som fastleger har større tyngde og slagkraft til å komme gjennom med tanke på tiltak.»

- Overgangen til selvstendighet og voksenlivet må planlegges tidlig

De pårørende opplever at nå et barn blir 18 år mister de store deler av det behandlingsnettverket som kjenner dem. De opplever det som om de må begynne på nytt og at de står uten fotfeste.

I tillegg til dette kan det oppstå problemer med taushetsplikten og foreldreinvolvering, og noen pasienter må også ha hjelpeverge. Dette går mye bedre ved tidlig og god planlegging, felles møter og dialog med barnet og de voksne.

«Det er overgangen fra barn til voksen som er spesielt vanskelig. Dette både generelt og spesielt fordi man mister kontakten i BUP/KUE og man må forholde til Voksenhabiliteringstjenesten i stedet. Denne overgangen er glidende, men Voksenhabiliteringstjenesten (VHT) i vårt fylke har lite personale og prioriterer oppfølgingen veldig restriktivt.»

ILLUSTRASJONSFOTO: GJERMUND ALSOS



Samhandling når pasienten er en voksen

A) PÅRØRENDE MEDVIRKNING

– Å bli etterspurt og anerkjent for spesiell kjennskap til pasienten

De pårørende mener at det fremdeles er behov for dem som foreldre i behandlingsnettverket når barna blir voksne, fordi de har spesiell kjennskap til og kunnskap om den som er syk. De vet hvordan denne fungerer i hverdagen.

«Behandlerne må vise interesse. De må vise interesse for hva de pårørende har å bidra med. Det har vært helt fraværende, jeg følte det nesten som en anklage. Jeg kunne ikke vite om noe som var interessant for behandlerne, jeg måtte ikke tro at jeg kunne bidra med noe. Hvis jeg likevel la fram noe så lurte de på hvordan de skulle bruke det.»

De pårørende mener at behandlingsopplegget blir litt riktigere og bedre tilpasset når de er inkludert og kan si noe om hvordan ting faktisk fungerer. Pårørende ser ofte at pasientene strammer seg opp i kontakten med behandlerne sine og den faktiske funksjonsevnen i hverdagen er derfor tydeligere for dem enn for behandlerne.

«De aktuelle kan skjerpe seg veldig når de skal til legen, det er ikke sikkert legen ser hvor ille det er.»

«Jeg har vært sammen med dem samme i mange år nå. Terapeuten til sønnen min ringer og spør hvordan jeg har det og jeg er med på møter. Sønnen min har løst de fra taushetsplik-

ten, så jeg har ikke hatt de problemene. Etter at han kom inn på sykehuset så har vi kunnet prate om alt, det har vært lett. Jeg får vite det jeg trenger. Jeg har kontakt med hjemme-sykepleien, rusteamet, DPS. Fastlegen kan jeg ringe hvis jeg ønsker det, og jeg kan ringe psykologer på sykehuset. Jeg føler at det er helt åpent.»

– Delvis eller fullt innsyn letter totalsituasjonen

Det er ønskelig at behandlerne jevnlig tar opp mulighet for å gi pårørende informasjon og for å involvere dem, eventuelt i form av gradert innsyn. Dette er spesielt viktig ved liten sykdomsinnsikt, rus eller ambivalens til behandling hos den syke. Kanskje kan pasienten gi tillatelse til delvis informasjon slik at pårørende kan hjelpe med praktiske ting.

«Hvorfor tar ikke behandlerne kontakt med for eksempel mor når pasienten har vært til behandling i et og et halvt år? Jeg forstår ikke dette, det burde vært automatisk. Sist han var innlagt så visste jeg ikke det før to dager etterpå... At ikke jeg som den eneste pårørende skal få vite at min sønn er tvangsinnlagt!»

«Han ville ikke ha noe med familien sin å gjøre i to måneder... Når han meddeler at han ikke vil ha noe med familien sin å gjøre når han er så dårlig så tar heller ikke behandlerne lege kontakt.»

B) SAMHANDLING MELLOM HJELPERNE:

– Kopi av kriseplanen hjelper pasienten og pårørende ved kriser

Når det oppstår problemer ønsker de pårørende at de kan få kontakt med noen per telefon og få rask og riktig hjelp.

«Fastlegene kunne sende ut til nærmeste pårørende en plansje hvor det står nummer man

kan ringe til. Når man ikke har nær kontakt med sin egen sønn må man vite hvem man kan ringe, og som har med min sønn å gjøre. En kontaktoversikt med telefonnummer hadde vært kjekt å ha. Nå må jeg leite gule sider opp og ned, vanskelig å finne de forskjellige nummer, så en sånn oversikt ville vært helt supert.»

– Det må være lav terskel for hjelp og klare avtaler om oppfølging

Pårørende mener det må være en lav terskel for å ta imot pasienter til behandling ved andrelinjen. Det er viktig med klare planer for oppfølging og faste avtaler for kontakten.

Det er nødvendig at fastlege eller DPS ringer eller oppsøker pasienten når denne ikke møter opp til avtaler. Kanskje det også er nødvendig med et hjemmebesøk for å se hvordan det virkelig står til?

«Psykiatrispoliklinikken hadde en konsulent som kjørte hjem og hentet han når han ikke møtte opp selv. Han er ruskonsulent nå og han er en av de som følger opp min sønn enda så sønnen min har vært heldig. De som er rundt han nå har også vært der i mange år.»

– Bedre kommunikasjon, også i form av møter, gir bedre behandling

De pårørende opplever stor nytte av kommunikasjon mellom nivåene og samarbeidsmøter. Dette er spesielt viktig når pasienten ikke følger opp behandlingen og de ønsker at hjelperne da ringer hverandre uten at det er pårørende som må ta initiativ til dette.

Pårørende mener fellesmøter og faste ansvarsgruppemøter fungerer godt og det er viktig at disse holdes i gang. Mange opplever at pasientene ikke ønsker eller er ambivalente til vanlige ansvarsgrupper og at det da må tenkes annerledes for å opprettholde samar-

De pårørende mener at det fremdeles er behov for dem som foreldre i behandlingsnettverket når barna blir voksne. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



beidet. Pårørende ønsker også å bli inkludert når det er mulig.

«Nå er det i hvert fall faste møter med hele ansvarsgruppa. De gangene det er ekstra krise, for det skjer jo, så er det veldig viktig oppfølging. Han får en del oppfølging ellers også, men han vil jo ikke noe særlig. I den situasjonen han er i, og hvis han hadde villet mer, så tror jeg det hadde vært enda bedre, men de er flinke til å følge opp meg, de ringer og spør.»

C) BEHOVET FOR STØTTE OG HJELP TIL PÅRØRENDE OG SØSKEN

De pårørende ønsker at fastlege og behandle-re på DPS og BUP ser søsken og foreldres behov for samtaler eller ekstra støttetiltak som for eksempel kurs og avlastning. De opplever at de hittil har måttet stå på og skaffe seg slik informasjon selv. De beskriver imidlertid at det kanskje går i riktig retning da det er mer fokus på dette samt åpenhet og involvering av pårørende de siste årene.

«Samhandlingen fungerer hos meg, men jeg må jo si at det er jeg som i alle år har oppsøkt de forskjellige instanser for å få hjelp. Jeg har også vært på psykosepoliklinikken og på rusinstitusjon for pårørende behandling som jeg også søkte meg inn på sjøl.

Samhandlinga nå fungerer på sett og vis fordi det er så åpne skott hele veien. De hører på meg, og jeg får ekstra samtaler i de peri-odene han er veldig dårlig. Problemet er at han ikke vil ha hjelp sjøl for han har ikke noen sykdomsinnsikt. I det siste så har behandlerne ringt meg og spurt hvordan jeg har det og det er veldig bra.»

Diskusjon

Pårørende involvering

I disse intervjuene ble det slik at samtalen ofte kom tilbake til inkludering av pårørende både på grunn av deres eget ønske om å bidra ut fra omsorgen for pasienten, men også fordi de opplever at deres bidrag og involvering tilfører behandlingen viktig informasjon og innsikt som andre ikke kan bidra med. Her har tradisjonelt sett både psykiatrien og fastlegene i stor grad sviktet og vi må i større grad spørre etter pårørende informasjon og om pasienten kan tenke seg at pårørende på en eller annen måte skal få innsikt i noe av behandlingen og oppfølgingen de får.

Den voksne psykiatriske pasient kan imidlertid være ambivalent til pårørendes innsyn. Da er det en utfordring for alle behandlere å ta opp temaet jevnlig som en del av terapien for å komme frem til om pårørende involvering er hensiktsmessig for pasientens helse og helhetlige situasjon. De pårørende fremholder behovet for gradert innsyn der ikke annet er mulig for praktiske formål som økonomi

og opprydding i bolig. De opplever at dette ikke tas opp i tilstrekkelig grad. Kanskje det er mulig for fastleger og DPS/BUP å tenke mer utradisjonelt omkring hvordan en skal få til samhandling med pårørende uten at dette går ut over taushetsplikten? De pårørende etterlyser også en lav terskel for gjensidig kontakt med fastlege og andre hjelpere, og gjerne som e-post og sms/mobil kontakt.

Dette samsvarer med pasienters tilbakemelding i et annet fokusgruppeintervju, og viser utfordringene vi står i helsetjenesten med fremveksten av behovet for slik elektronisk kommunikasjon som ikke samsvarer med dagens regelverk for slik bruk. Dette blir en utfordring for sentrale myndigheter i fremtiden.

Pårørende fortsetter ofte å være den som må ta kontakt for å sette i gang tiltak ved forverring og kriser og de ønsker en kriseplan og en kontaktliste ved slike kriser.

Dette samsvarer med at pasienter i et annet fokusgruppeintervju også fremholder nytten av at pårørende har kopi av deres kriseplan selv om de ellers ikke ønsket innsyn for pårørende.

Fastlegenes involvering

Det kom tydelig frem i intervjuene at det var mange pårørende som har dårlige erfaringer med fastlegenes involvering. De opplevde heller ikke at andrelinjen involverte fastlegene i utredningen og behandlingen. DPS og BUP må ut fra både pasienters og pårørendes ønsker invitere og involvere fastleger og andre i førstelinjen tidlig i behandlingen, samt sikre kompetanseoverføring ved møter og gode epikriser. Pårørende ønsket også en lav terskel for veiledning fra BUP/DPS også når pasienten er avsluttet.

Fastleger på sin side må også delta i ansvarsgruppemøter og engasjere seg i behandlingen ved å sette opp jevnlig avtaler for kontakt i egen praksis. Her kan samhandlingsreformen, praksiskonsulentordningen og den nye forskriften for fastlegeordningen stimulere til annerledes tankegang og rutiner. I overgangen barn til voksen har også BUP og DPS og Voksenhabiliteringstjenesten en utfordring i forhold til tidlig planlegging av og koordinering av interne overganger og i dialogen med kommunale tjenester.

Fastleger må også se sitt ansvar når disse pasientene uteblir fra timeavtaler. Her er oppsøkende aktivitet med telefon til pasienten, ny timeavtale eller en telefon til andre hjelpere viktig. Hos risikopasienter bør også terskelen for å ta et hjemmebesøk være lav.

Undertegnede tenker at det kan være mulig å opprette «miniansvarsgruppe» med pasient, pårørende og fastlege, og sette opp faste avtaler slik at terskelen er lav for å oppdage

forverring og raskt sette i gang tiltak i førstelinjen eller henvise til andrelinjen når nødvendig.


Samhandling og koordinering mellom nivåene

De pårørende tegner et bilde av at ansvar, oppfølgingen og kommunikasjon ofte er personavhengig og at skriftlig dokumentasjon og kommunikasjon mellom nivåer og tjenester er for tilfeldig og for sparsom til å sikre gode overføringer. Det er et ledelsesansvar ved DPS/ BUP, og alle kommunale tjenester og hos den enkelte fastlege å lage dokumenter med så godt innhold at de sikrer god oppfølging videre. Men det krever gode systemer på kvalitetssikring av rutiner for når og hvor slike dokumenter skal sendes.

De pårørende holder frem et klart behov for økt kommunikasjon mellom hjelpere og nivåene. De mener at det også er behov for mer aktiv oppsøkende behandling ovenfor pasientene. Oppsøkende behandlingen må skje når pasienten ikke møter til avtaler og det må være en klar avtale om hvem som har ansvar for oppfølgingen. Samhandling og koordinering må skje på kommunalt nivå

Mange av pasientene i intervjuene hadde ikke kommunale tjenester eller ansvarsgrupper, og det kom tydelig frem at dette ofte gjaldt pasienter med ambivalens til dette og med manglende sykdomsinnsikt pga. rus og psykoselignende lidelser. Men her var behovet for slik forsterkede samhandlingstiltak ekstra stort. Dette utfordrer alle hjelpere i stor grad til fokus på fleksibilitet i tankegang og tiltak. Der pasienten er ambivalent til en slik tjeneste må den som har god kjemi og dialog med pasienten ta på seg en slik funksjon og her må både fastlege, boveileder, ruskonsulent og andre kunne ta på seg å være «koordinator» når det er nødvendig.

Når et barn eller en voksen ikke har en hovedkontakt med ansvar for oppfølging av pasienten fungerer ikke totalsituasjonen rundt pasienten optimalt, herunder belastningen for pårørende og deres helsetilstand. Dette er et viktig samfunnsperspektiv når man skal vurdere om en pasient har rett på koordinator eller ei – ikke bare pasientens diagnoser eller optimale funksjonsevne. De pårørende fremholder at tross deres opplevde behov for koordinator og ansvarsgruppe får ikke alle pasienter rett til koordinator ut fra kommunens syn på sammensatte tjenester. Her må kanskje kommunene se annerledes på diagnosegrupper og pasientenes tilleggsproblemer og usynlige funksjonssvikt.

 astrid.emhjellen@gmail.com

Sammen for livet

– fastleger, helseforetak og kommuner

■ ANETTE FOSSE *fastlege Øvermo legesenter og praksiskoordinator i Helgelandssykehuset*

Praksiskonsulentordningen (PKO) er et samhandlingstiltak der fastleger, sykepleiere og fysioterapeuter fra førstelinjetjenesten arbeider i deltidsstillinger i sykehusene for å fremme god samhandling mellom nivåene. Ordningen er etablert i de fleste helseforetak i Norge.

Femte mars arrangerte PKO (1) i Helse-Bergen og NSH (Norsk sykehus og helsetjenesteforening) en dagskonferanse – «Sammen for livet» – om samhandling mellom fastleger, helseforetak og kommuner (2). Målgrupper for konferansen var politisk og administrativ ledelse i kommuner og helseforetak, fastleger, praksiskonsulenter og brukerorganisasjoner. Det var omkring 160 deltakere fra hele landet og fra alle målgrupper, deriblant helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen og legeforskningspresident Hege Gjessing.

Utgangspunktet for konferansen var å samle aktuelle aktører til dialog og meningsutveksling om utfordringer i samhandlingen mellom de viktige helseaktørene fastleger, kommuner og helseforetak. Samhandlingsreformen dannet et naturlig bakteppe, men hovedfokus ble ikke uventet forslaget til revidert fastlegeforskrift (3) som ble sendt ut på høring fra Helse- og omsorgsdepartementet 22. desember 2011. Forslaget har skapt betydelige bølger, og mange stiller spørsmålstegn ved både prosess og innhold.

Samhandling og fastlegeforskrift

Konferansen åpnet med at tre praksiskonsulenter fortalte hver sin pasienthistorie som illustrerte ulike utfordringer i samhandling mellom og innen nivåene i helsetjenesten – psykiatri/ rus, skrøpelige eldre og legevakt.

Deretter var det helseminister Anne-Grete Strøm-Erichsen sin tur. Hun innledet med å snakke om Samhandlingsreformen, og påpekte blant annet at felles forståelse er grunnlaget for god samhandling. Fastlegene har ansvar for koordinering av det medisinske tilbudet til pasienten og må derfor samarbeide med alle.

Hun gikk deretter over til å snakke om forslaget til revidert fastlegeforskrift. Hun

understreket at fastlegeordningen (FLO) er populær og at forskriftsforslaget ikke er ment som kritikk, men som et virkemiddel til å forbedre ordningen. Det er ingen som er tjent med at fastlegene får en uoverkommelig arbeidssituasjon, og derfor vil det være behov for flere fastleger, mente helseministeren. Gode pasientforløp er viktig, og her er blant annet IKT helt avgjørende. Ministeren påpekte at Norge er en sinke på dette området, og at regjeringen arbeider med tiltak for forbedringer. I den forbindelse ønsker HOD innspill på e-helse (4).

Etter helseministerens innlegg ble det åpnet for spørsmål fra salen. Først ute var tidligere leder av NFA Gisle Roksund som uttrykte den frustrasjonen, skuffelsen og undringen som de fleste fastlegene i Norge opplever i forhold til forskriftsforslaget. Han viste til at legeforskningspresident Hege Gjessing og NFA de siste årene har kommet med mange forslag for å gjøre FLO til en bedre ordning, men opplever å snakke for døve ører. Helseministeren svarte at det nå er en høringsprosess på gang, og at HOD ønsker å komme i dialog.

Det ble også stilt spørsmål ved om kvalitetsindikatorer som er lagt inn i forskriften er hensiktsmessige. Ministeren mente at målinger – som for eksempel ventetider – er viktige.

Legeforskningspresident Hege Gjessing åpnet sitt foredrag med å påpeke at helseutgiftene i Norge ikke er høyest, men omtrent midt på treet i prosent av BNP når vi sammenligner oss med andre lands helseutgifter, og at norske tall også innbefatter utgifter til pleie- og omsorgstjenestene. Hun delte helseministerens bekymring for dårlige IKT-systemer.

I den videre utviklingen av norsk helsetjeneste må fastlegene involveres i langt større grad, og må regnes med som en viktig del av det totale helsetilbudet. Fastlegenes posisjon

som selvstendige aktører har så langt ført til at de ikke er blitt tatt med i bl.a. utforming av avtalene mellom helseforetak og kommuner. Dette er problematisk når fastlegene samtidig regnes som nøkkelpersonell i samhandlingsreformen, mente presidenten.

Arbeidet med fastlegeforskriften har vært en lukket prosess der legeforskningspresident Hege Gjessing opplevde at HOD ikke var interessert i innspill, selv om legeforskningspresidenten har arbeidet lenge og grundig med forslag til forbedringer av fastlegeordningen. Hun håper nå at HOD vil være lydhøre i fortsettelsen. Slik forslaget til revidert fastlegeforskrift er utformet vil det etter Gjessings og legeforskningspresidentens oppfatning innebære dårligere muligheter til god medisinsk prioritering, og dårligere tilgjengelighet til fastlegen. Dermed risikerer man flere henvisninger til helseforetakene. Detaljstyringen gjennom forskrift er uhensiktsmessig, og mye av det som er listet opp i forslaget kan ivaretas i gjensidig utformede gode avtaler, mente hun.

Som ledd i kvalitetsforbedring i allmennpraksis vil legeforskningspresidenten arbeide for at fastlegene bør være spesialister i allmennmedisin. Legeforskningspresidenten vil også ha stort fokus på legevakt, som er en av de store utfordringene både kvalitetsmessig og belastningsmessig.

Overføring av oppgaver fra helseforetak til kommuner og fastleger – hvordan bør det skje?

En av årsakene til at PKO-erne ønsket å arrangere en slik konferanse var at mange helseforetak allerede i fjor begynte å legge interne planer for hvilke oppgaver som burde overføres til kommuner og fastleger i forbindelse med samhandlingsreformen. Disse planene ble utarbeidet uten å involvere kommuner og fastleger, og i liten grad PKO. Dette var provoserende og bekymringsfullt sett fra PKO og førstelinjens side, så i denne bolken av konferansen ble noen ledere fra RHF/HF (Regionalt helsefora/helseforetak)-systemet utfordret til å si noe om oppgavefordeling kan skje på en god og likeverdig måte.

Presentasjonene er lagt ut på Norsk sykehus og helsetjenesteforenings (NSH) hjemmeside (2).



uner på samhandlingslaget

Det mest visuelle budskapet kom tidligere PKOer og fastlege, nå fagsjef i Helse Finnmark, Harald Sunde med da han viste en liten billedserie av naboen som freste snø og fikk en flott brøytet innkjørsel, mens Sundes innkjørsel ble overfylt av naboen snø. Slik bør ikke oppgavedelingen i helsevesenet foregå... Harald Sunde presenterte deretter NEON-prinsippet – Nærmeste Effektive Omsorgs Nivå – som en god erstatning for LEON (Laveste Effektive Omsorgs Nivå). NEON må defineres og utarbeides i samarbeid mellom alle aktuelle aktører i området.

I plenumsdiskusjonen som fulgte ble en rekke tema berørt fra salen:

- Faglig beslutningsstøtte ved prioritering og behandling må gjøres tilgjengelig og samordnet for første- og andrelinjen. NEL er et godt eksempel.
- Oppfølging av kreftpasienter – det er ønskelig at fastlegen får ansvar for langtidsoppfølging av kreftpasienter, men da må det etableres systemer for at eventuelle endringer i retningslinjene formidles til fastlegene. Hvordan og når fastlegene skal overta oppfølgingen må avklares i samarbeid mellom nivåene og tilpasses lokale forhold.
- Det er nødvendig å utvikle behandlingslinjer for pasienter med sammensatte lidelser, ikke kun diagnosespesifikke behandlingslinjer som det arbeides med i dag.
- Hvordan har kommunene plutselig klart å ta imot «utskrivningsklare pasienter»? Etter 01.01.12 opplever mange sykehus at kommunene i langt større grad greier å ta imot utskrivningsklare pasienter raskere enn tidligere. Det hersker en viss usikkerhet om dette går ut over kvaliteten, eller om det er andre pasienter som ikke får tilbud. Mange kommuner har en opplevelse av at sykehusene er raskere til å definere pasientene som utskrivningsklare. Kommer dette til å føre til flere innleggelses? Dette er et viktig oppfølgingstema i evaluering av samhandlingsreformen.
- Det haster med å få i stand elektronisk dialogmelding for å lette tilbakemeldinger ved henvisninger og informasjon for å for-

berede utskrivelse. I tillegg må aktørene ha relevante telefonnummer til hverandre slik at man raskt kan få kontakt.

- Det er behov for økt kompetanse om hverandres systemer, muligheter og begrensninger både i 1. og 2. linjetjenesten.
- PKO jobber med samhandling på systemnivå både inn i sykehuset og ut mot fastlegene. PKO representerer ikke fastlegene. Det må etableres egne arenaer for systemdialog mellom sykehus, fastleger og kommuner.
- I samarbeidsutvalg og arbeid med samarbeidsavtaler mellom nivåene bør det delta representanter både fra PKO-systemet og fra fastlegene.

«Fastlegen – joker eller svarteper?»

Ivar Thomsen, fastlege i Stavanger, reflekterte rundt fastlegens rolle i helsekortstokken. Han understreket at de fleste er enige i intensjonene i både samhandlingsreformen og fastlegeforskriften, men at det er uenighet om virkemidlene. Han bekymret seg for om gamle, skrøpelige pasienter med sammensatte lidelser kom til å bli taperne i et system der fastlegene blir mindre tilgjengelige når forebygging hos friske skal ta mer av tiden, og siterte Barbara Starfields «put doctors where they count». Han avsluttet med å vise til at gode resultater oppnås gjennom samarbeid som bygger på gjensidig respekt, tillit og trygghet og aksept for innspill fra begge sider. Enveiskjøring og kommandoer vil med stor grad av sikkerhet føre til havari av en reform med selv de beste intensjoner.

Fastlegens rolle i kommunehelsetjenesten – utfordringer i storbyer og småkommuner

Anders Grimsmo presenterte fersk forskning. Her er noen resultater i stikkordsform:

Fastlegeordningen

- Det er en fordel å ha personlig lege over tid.
- Det gir mer pasienttilfredshet, færre og kortere innleggelses, færre henvendelser

til legevakt, færre henvisninger til sykehus.

- Men det gir flere «vent og se»-situasjoner, mer sykemelding, mer medikamenter.
- Storbrukere av legetjenester er (overraskende nok) lite opptatt av kontinuitet og fast lege.
- Pasienttilfredshet øker når legen har liten praksis, at praksis ikke deltar i opplæring av f.eks turnusleger, når det er lengre konsultasjonstid, når legen har en portvaktfunksjon, lett tilgjengelighet, god kapasitet på øyeblikkelig hjelp, og når legen drar i sykebesøk.
- Lege-pasientforholdet er mindre stabilt i mindre kommuner, sannsynligvis pga mye vikarbruk.

Legevakt/innleggelses

- Økning av øyeblikkelig hjelp-innleggelses skyldes først og fremst økning i henvisninger fra private spesialister.
- Øyeblikkelig hjelp-innleggelses fra første linjen kommer i hovedsak fra legevakta.

Noen trusler mot fastlegeordningen:

- Manglende rekruttering
- Mangel på faglige retningslinjer

Gode arenaer for samhandling og samarbeid

Avslutningsvis fikk vi presentert gode eksempler på samarbeid mellom kommuner, fastleger og helseforetak i en stor (Stavanger) og en liten (Masfjorden) kommune. Hjemmesider, internett, dialogarenaer, gjensidig tillit, tid, tålmodighet og interkommunalt samarbeid var nyttige ingredienser.

REFERANSER

1. www.pko.no
2. <http://www.nsh.no/script/view.asp?id=332>
3. <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/hoeringer/hoeringsdok/2011/revidert-fastlegeforskrift.html?id=667714>
4. <https://ehelse.regjeringen.no/>

anettfos@online.no

Kommunal pasient-koordinator i sykehus

■ MARIANNE EEK *pasientkoordinator i Moss kommune*

Målsetning

I forbindelse med oppstart av Samhandlingsreformen opprettet Moss kommune fra 1. januar 2012 en 100 prosent stilling som pasientkoordinator. Formålet er å sikre at Moss kommune kan ta i mot pasienter fra Sykehuset Østfold Helseforetak (SØH) på utskrivningsklar dato. I Østfold er det flere andre kommuner som har valgt å gjøre det samme. Pasientkoordinator skal sikre raskere, tryggere og mer korrekt overføring av pasienter fra SØH til kommunehelsetjenesten og bidra til å sikre at pasienten skrives ut til korrekt tjeneste/omsorgsnivå i kommunen. I tillegg skal pasientkoordinator i møte med helsepersonell i SØH, pasient og eventuelt pårørende, informere om hvordan det kan bygges gode tjenestepakker, slik at pasienten og pårørende trygges, og kommunens ressurser utnyttes «best mulig for flest mulig».

Hvordan gjøres dette i praksis?

Dersom pasienten er ny for kommunens omsorgstjeneste, eller meldes med nye, store, sammensatte behov for tjenester, går pasientkoordinator inn i saken. Det tas kontakt med SØH, og gjøres avtaler om videre samarbeid og møtepunkter. Pasientkoordinator oppsøker aktuell avdeling i SØH og møter både helsepersonell og pasienten, gjerne også pårørende. Det jobbes tverrfaglig; pasientkoordinator tar kontakt med ulike samarbeidspartnere i egen kommune ved behov. Det kan være fysioterapeut, kreftsykepleier, ergoterapeut eller legen på sykehjemmet hvor Moss kommune har korttidssenger.

Pasientkoordinator avklarer og beslutter hvordan overgangen mellom SØH og kommunehelsetjenesten skal gjennomføres, og gir beskjeder til involverte parter.

Dersom det på utskrivningsklar dato er vanskelig å vurdere hva pasienten har behov for av tjenester fra kommunen/ hva som blir rett omsorgsnivå, tas vedkommende inn i en «utredningsseng» i korttidsavdelingen på sykehjemmet. Vi bruker deretter to til fem dager på å vurdere hva som er pasientens hjelpebehov og hvordan dette best kan dekkes, før det fattes vedtak om tjenester.

FOTO: ANN-KRISTIN STOKKE



Pasientkoordinatorene fra de ulike kommunene i Østfold deler et kontor på sykehuset i Moss og et kontor på sykehuset i Fredrikstad, de to sykehusene med inneliggende somatiske pasienter. I arbeid inne på sykehuset bruker vi hvit frakk over privat tøy og har identitetskort fra sykehuset, men ingen tilgang til sykehusets journalsystem.

Mye av tiden brukes til å jobbe inne på sykehuset, og erfaringen så langt er at dette gir gode resultater. Kommunen kommer tidlig på banen, og kan selv formidle til pasientene hva som kan tilbys av tjenester – det er ikke alltid sykehusavdelingen har den samme kunnskapen om kommunens tilbud. Mange ønsker å reise hjem, men tror de må på sykehjem for å få tilstrekkelig pleie og omsorg. Undertegnede har allerede møtt mange pasienter som blir positivt overrasket når de hører hva som faktisk er mulig å få til av tjenester i hjemmet.

Av utfordringer må nevnes at kommunen ofte gis lite tid til planlegging. Når pasienten meldes den ene dagen og er utskrivningsklar den neste, må det handles raskt...

Samhandlingsreformen innføres over tid, og rollen som pasientkoordinator er fortsatt ny.

Det høstes daglig nye erfaringer; disse benyttes for stadig å kunne bedre samarbeidet både innad i egen kommune, og mellom kommunen og SØH.

marianne.eek@moss.kommune.no

Telefonråd i ny utgave: Gode råd i møte med pasienten

■ HEGE UNDERDAL *konst. redaksjonssjef, Helsebiblioteket.no*



TELEFONRÅD

I februar ble oppslagsverket Telefonråd lansert i ny, oppdatert oppgave. Samtidig ble det redaksjonelle ansvaret overført til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Den nye versjonen av Telefonråd er gratis tilgjengelig via Helsebiblioteket.no, og bare en måned etter relanseringen har nesten 200 benyttet seg av muligheten til fri nedlasting.

Telefonråd er et hjelpemiddel til bruk ved håndtering av pasienthenvelser, spesielt utviklet med tanke på helsesekretærer, sykepleiere og andre medarbeidere i allmennpraksis eller på legevakt.

Målet med verktøyet er at publikum skal få lik behandling og så gode råd som mulig, uavhengig av hvem de møter på telefonen eller i en ekspedisjon.

Telefonråd er også godt egnet til bruk i opplæring og trening.

Raske svar

Innholdet i Telefonråd består av to deler; *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*, som dekker tidskritiske henvendelser, og *Medarbeideråd for legevakter og allmennlegekontorer*, som dekker rådgivning ved generelle allmennmedisinske problemstillinger. De to delene er knyttet sammen gjennom krysshenvisninger og lenker til aktuelle kapitler.

Brukeren kan enten søke eller klikke seg inn til innholdet via menyer med ulike hovedgrupper av kontaktårsaker. Eksempler er «Fordøyelse», «Hjerte/Kar» og «Psykiatri». Det er enkelt å orientere seg i skjermbildet, og det er aldri mange klikk fra toppmenyen til de konkrete rådene. Dette gjør det mulig å gi raske svar i en situasjon der tid kan være en livsviktig faktor. De ulike kapitlene inneholder også aktuelle spørsmål medarbeideren bør stille for å avgjøre hvilke råd som er relevante for pasienten, om det er aktuelt med henvisning til lege, om tilstanden er akutt osv.

Lokale tilpasninger

Det er mulig å legge inn lokal informasjon på det enkelte kapittel i Telefonråd. Dersom et legekontor eksempelvis har egne rutiner for håndtering av en bestemt type henvendelse kan dette legges inn som et lokalt notat i det aktuelle kapitlet. Lokale notater blir ikke slettet ved oppgradering av innholdet så sant det aktuelle kapitlet er videreført i den nye utgaven.

Det er også mulig å lage bokmerker på kapitler som brukes spesielt ofte, er spesielt viktige eller lignende.

Fri nedlasting via Helsebiblioteket.no

Via Helsebiblioteket.no har alt helsepersonell i Norge fri tilgang til en stadig voksende samling elektroniske ressurser. Telefonråd er et verdifullt tilskudd fordi det retter seg spesielt mot en gruppe som hittil ikke har hatt så stort tilbud i dette heldigitale biblioteket.

Telefonråd lastes ned og installeres lokalt på den enkelte maskin/server. Ved at Telefonråd installeres lokalt er også innholdet tilgjengelig dersom maskinen ikke er tilknyttet Internett, noe som er praktisk i områder med dårlig dekning eller der man jobber på frittstående maskiner eller i lukkede nett. Det er gratis å laste ned, men alle må registrere kontaktopplysninger slik at de kan bli varslet om oppdateringer eller viktige endringer i programmet. Lenke og veiledning finnes under «Oppslagsverk» på Helsebiblioteket.no.


Ny utgave, ny redaksjon

Revisjonen av Telefonråd er gjort av en gruppe erfarne helsesekretærer, sykepleiere og allmennleger. Redaktør har vært spesialist i allmennmedisin og seniorrådgiver Bjørnar Nyen (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) med sykepleier og forsker Elisabeth Holm Hansen (Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin) som medredaktør.

Samtidig med relanseringen av Telefonråd ble det redaksjonelle ansvaret overført fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten til Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Ny redaktør er forsker Elisabeth Holm Hansen.

Telefonråd på PMU 2012

Under Primærmedisinsk Uke 2012 vil Helsebiblioteket.no arrangere et heldagskurs om å søke kunnskap på nett. Kurset skal legges opp slik at det både treffer leger og medarbeidere, og Telefonråd er en av flere ressurser som vil bli demonstrert i løpet av dagen. Medarbeidergruppen vil i tillegg få anledning til å gjøre øvelser slik at de kan få verktøyet «i fingerspissene».

 Hege.Underdal@kunnskapssenteret.no

Influenza

med overraskende forløp

I oktober kom en 70 år gammel mann til en øyeblikkelig hjelp-time med en tromboflebitt etter en flytur. Med relativt nystartet liste er det ikke uvanlig med nye pasienter, med manglende oversikt over tidligere sykdommer. For en gangs skyld var ikke det noe savn, han var frisk, veldig sprek og syklet flere mil flere ganger i uken. Han hadde bare vært i Roma, og fått en tromboflebitt i en av de mange synlige venene han hadde utviklet på venstre bein etter en kneoperasjon for noen år siden.

To måneder senere kom han tilbake, på lille julaften:

«Angina for over 20 år siden, brukte da NG en kort periode. Nå kun Vesicare 10 mg for vannlatingsplager. Sykler mye, dette holder slitasjen i skuldre og knær i sjakk. Ingen smertestillende. Har i høst følt seg trøtt på dagtid, sover godt om natten. Mistet sønnen sin i fjor, langvarig sykeleie. Ellers ingen kroppslige symptomer. BT 170/75, p 52, cor/pulm ua. V: Tar lab mtp slitenhet og hjertekar, ktr BT om tre mnd, da med EKG, brev om noe skal følges opp før det.»



Ikterus

- Ikterus er gulfarging av hud og sclera på grunn av opphopning av bilirubin i kroppen. Gulfargen blir klinisk synlig når bilirubin stiger over 50 mikromol/l. Forklaringen kan være prehepatisk (hemolyse), hepatisk som følge av parenchymskade eller posthepatisk ved okklusjon av gallegangene.
- Vanligste årsaker til ikterus i Norge er akutt hepatitt, alkoholisk leverskade, gallesten og malign sykdom.
- Av hepatittene er hepatitt A den vanligste årsaken til ikterus. Gjennomsnittlig 40 tilfeller årlig etter 2005 hvorav noe under halvparten er innenlands smitte. Smittemåten er fekal-oral med en inkubasjonstid på 15–50 dager, gjennomsnittlig 28 dager.
- Cancer pancreas rammer ca 600 personer pr år i Norge, ved legekontakt har bare 5–10 prosent av pasientene resektabel sykdom.

KILDE: NORSK ELEKTRONISK LEGEHÅNDBOK



I denne spalten trykkes kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. Har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ann-Kristin Stokke (red.) annkristin_stokke@hotmail.com.

Kast dere frampå, folkens!

Pasientens også uttalte ønske var å få sjekket ut at det ikke var noe galt med kroppen som gjorde at han var sliten. Med normale blodprøver for nyrer, lever, hematologi, stoffskifte, glukose, folsyre, B12 og D-vitamin, negativ urinstix og ingen tegn til mikroalbuminuri var jeg rimelig trygg på at det var en «normal» trøtthet, enten det var alder, sønnens sykdom og død året før og julen som nærmet seg eller vinteren som gjorde utslaget akkurat nå. Alt vel, nok en gang.

Så kom han til turnuslegen vår i starten av februar:

«Litt bedre en stund etter at han var her sist. Nå forkjølelse som startet for ca 14 dager siden. Svært trøtt etter det, sover 20 timer i døgnet, sovner lett. Orker ingenting, blir sliten av ingenting. Litt tungpustet. Svært tørr i munnen. Dårlig matlyst. Kvalm. Vannlating som vanlig, litt mørk. Avføringen har siden desember blitt økende treg. Ikke avføring siste 4 dager, usikkert mtp luftavgang. Ikke oppkast, sporadiske magesmerter, ikke sett blod i avføring eller urin. Sønnen døde etter langvarig sykeleie med kreft i fjor, sto da på liste for hjertetransplantasjon. Mistet en datter for 12–13 år siden, trolig en type lungesykdom, skulle lungetransplanteres. Kjenner seg tidvis noe deprimert, går litt opp og ned. US: BT 140/75, p 76 rgm, cor/pulm ua. Abdomen: Tarmlyder tilstede, ikke klingende, lett ømhet i epigastriet, lipom høvre kvadrant. Palpable lymfeknuder lysker bilat, ikke forstørrede. Ellers ingen palpable lymfeknuder hals/axiller. U-stix neg. Ok farge nedre konj, svært tørr i munnen, tørre hender. Vurdering: Konf fastlege: mulig post-viral slitenhet, ser an. Han tar kontakt om det vedvarer. Kommer for SR om en til to uker, resterende lab normal des-11.

Han var veldig sliten, men ingen funn. Dagen etter sammenfatter turnuslegen at svært mange av pasientens plager kan forklares som bivirkninger av Vesicare, men den har han brukt i tre år. Alternativt vurdere bindevevsykdom som årsak om plagene vedvarer, med opphopning av organtransplantasjon (to av fire barn) i familien.

Tre dager etter kontaktet pasienten legevakta da han var blitt gul i huden, han ønsket bare råd om han trengte undersøkelse akutt eller kunne avvente over helgen. Hadde da en stille ikterus ved undersøkelse, og med vekt-tap to til tre kilo i løpet av to uker, nattesvette og forstørret lever var cancer pancreas mest sannsynlig diagnose klinisk, uten at dette var uttalt til pasienten. Han fikk heldigvis ultra-

lyd bare fire dager senere, fikk tatt nye blodprøver samme dag og kom til time 8 dager etter legevaktsbesøket for å få vite resultatene. Til pasientens, og min, store glede, var ultralydundersøkelsen helt normal, men han hadde som forventet forhøyede leverprøver, ALAT 757 og bilirubin 98. Notat:

«I noe bedring, både allment og mindre gul. Ikke vært utenlands siden Roma i oktober. Har selv lurt på om Vesicare kan være medvirkende? Ingen familiær bindevevsykdom, heller ikke som årsak til barnas tidlige død. US: Lett ikteriske konjunktiva. V: Sannsynlig infeksjøs hepatitt, med forbigående serumøkning og bivirkninger av Vesicare? Kontrollprøver og serologi, beskjed når svarene foreligger».

Leverprøvene hadde falt, men mikrobiologisk undersøkelse viste at pasienten hadde hepatitt A, bekreftet ved ny prøve etter anbefaling fra laboratoriet. Selv ved ny, nøyere gjennomgang av anamnese kom det ikke frem sannsynlige smittesituasjoner for hepatitt A eller sannsynlig sykdom i familien. Etter diskusjon med Folkehelseinstituttet ble reisen til Roma i oktober vurdert å ikke være årsak til smitten på grunn av for lang inkubasjonstid. Etter råd ble det gitt gammaglobulin til kona og tre barnebarn han var mye i kontakt med. Pasienten er nå frisk igjen av sin hepatitt, men hvordan han ble smittet vet vi fortsatt ikke.

Underveis i atypiske pasientforløp – når ting ser ut til å være virkelig ille, som de dagene jeg var rimelig sikker på at pasienten hadde kreft i bukspyttkjertelen – gjør man seg noen tanker om hva som er riktig håndtering av det som sannsynligvis er ufarlige men plagsomme tilstander, men som en sjelden gang kan være første tegn på en alvorlig sykdom. Da jeg tittet tilbake til desember i løpet av dagene pasienten «hadde» en cancer pancreas, konkluderte jeg for meg selv at om så var, hadde jeg ikke hatt mulighet til å oppdage den i desember. At det i stedet var en hepatitt A, var en nyttig påminnelse for meg om at dette også forekommer innenlands og viktigst: en stor lettelse for pasienten, som selvfølgelig hadde lest litt om sine plager på internett og kommet til at den sannsynlige diagnosen var kreft i bukspyttkjertelen...

Ann-Kristin Stokke

En lyrisk stafett

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

Tove Rutle – lagleder

Jeg kom til Norge fra Sri Lanka som asylsøker i 1996, 24 år gammel. De fleste nordmenn har sikkert hørt om den lange krigen som foregikk på Sri Lanka mellom de tamilske tigrene og regjeringssoldater. Tamilene er en minoritet på Sri Lanka og undertrykkelse av tamiler har foregått i mange år etter at de britiske koloniherrerne forlot Sri Lanka, eller Ceylon, i 1948.

Jeg var så heldig å få gratis norskopplæring på Rosenhoff voksenopplæringscenter. Der oppdaget jeg nøkkelen til et skattekammer, nemlig norsk litteratur. Jeg ble så fascinert av Norges historie. Min lærer het Lisa. (Alle brukte fornavn på lærerne her i Norge. Det var nytt for meg). Hun var en fantastisk lærer og ga oss ofte nye bøker. Hun introduserte meg for Wergeland, og det var kjærlighet ved første blick! Jeg husker jeg fikk tårer i øyne da hun leste «Til min Gyldenlak» for oss.

Kanskje så jeg paralleller mellom han og meg. Han var en frihetskjemper, akkurat som tamilene hjemme. Han var også en svært original og bredt orientert tenker. Jeg ble så imponert av at han i «Normandens Katechisme» nevnte afrikanere på en god måte i en tid da de fleste bare tenkte på dem som slaver. «Jeg troer, at han, skjøndt sort som Fanden, Min Broder er som hver en Anden», skrev Wergeland i 1845! Han var også positiv til ekteskap mellom folk med forskjellig religion og syntes ikke spørsmålet om hvilken tro barna da skulle oppdras i var særlig vanskelig: «Jeg tænker de enes selv derom bedst. Den Gudfrygtigste af dem fanger nok flest». Jeg er selv produkt av et blandingsekteskap mellom muslim og hindu, og jeg og moret meg over dette.

Under er et av mine favorittdikt. Det passer ypperlig siden det snart er vår.

Jeg tillater meg å utfordre kollega Einar Engtrø!

*Vennlig hilsen
Kathy Ainul M. Møen*

Til Foraaret

O Foraar! Foraar! Red mig!
Ingen har elsket dig ømmere end jeg.

Dit første Græs er mig meer værd end en Smaragd.
Jeg kalder dine Anemoner Aarets Pryd,
Skjøndt jeg nok veed, at Roserne ville komme.

Ofte slyngede de Fyrige sig etter mig.
Det var som at være elsket af Prinsesser.
Men jeg flygtede: Anemonen, Foraarets Datter, havde min Tro.

O vidn da, Anemone, som jeg fyrigen har knælet for!
Vidner, foragtede Løvetand og Leerfivel,
at jeg har agtete deer meer end Guld, fordi I ere Foraarets Børn!

Vidn, Svale, at jeg gjorde Gjæstebud for dig som for et hjemkommet fortabt Barn, fordi du var Foraarets Sendebud.

Søg disse Skyers Herre og bed, at de ikke længer maae ryste Naale ned i mit Bryst fra deres kolde blaaAabninger.

Vidn, gamle Træ, hvem jeg har dyrket som en Guddom.
Og hvis Knopper jeg hvert Foraar har talt ivrigere end Perler!

Vidn Du, som jeg saa ofte har omfavnet
med en Sønnesønssøns Ærbødighed for sin Oldefader.

Ah ja, hvor tidt har jeg ikke ønsket at være en ung Løn
Af din uddelige Rod og at blande min Krone med din!

Ja, Gamle, vidn for mig! Du vil blive troet.
Du er jo ærværdig som en Patriark.

Bed for mig, skal jeg øse Viin paa dine Rødder og læge dine Ar med Kys.

Din Krone maa alt være i sit fagre Lysgrønt,
Dine Blade alt suse derude.

O Foraar! Den Gamle raaber for mig, skjøndt han er hæs.
Han rækker sine Arme mod Himlen, og Anemonerne,
dine blaaøiedeBørn, knæle og bede at du skal
redde mig-mig, der elsker dig saa ømt.



Nord-Norge Tlf. 77 64 58 90 Sør-Øst Tlf. 23 01 64 00

Midt-Norge Tlf. 72 82 91 00 Vest Tlf. 55 97 53 60

www.relis.no

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

Hvordan du kan oppdage nye bivirkninger

Oppsummering

Du kan oppdage nye bivirkninger i dine pasienters hverdagsbruk av legemidler. Tenk på at uventede reaksjoner kan skyldes bivirkninger av legemiddelbehandlingen. Følg spesielt med på reaksjoner i forbindelse med bruk av legemidler som er nye på markedet og ved oppstart og seponering av legemidler. Spesielt sårbare grupper er barn, eldre, gravide, ammende og pasienter med komplekse sykehistorier og legemiddelregimer. Tenk også på at bivirkninger kan skyldes interaksjoner enten med andre legemidler eller med helsekostprodukter. Spør gjerne oss på RELIS om det å oppdage og melde bivirkninger.

Hvorfor er nye legemidler viktige å overvåke?

Ukjent risiko for nye legemidler

For nye legemidler er den fullstendige risikoprofilen ikke kjent. I gjennomsnitt har 3–5000 pasienter prøvd et nytt legemiddel før det blir godkjent, og studier er gjennomført i relativt homogene pasientgrupper over en avgrenset tid. Dette begrenser sterkt muligheten for å oppdage sjeldne bivirkninger, og også for å oppnå fullstendig kunnskap om vanlige bivirkninger (1, 2).

Nye legemidler er ikke brukt

- til pasienter med sammensatte diagnoser
- i komplekse legemiddelkombinasjoner
- av pasienter i alle aldre
- i kombinasjoner med naturmidler eller kosttilskudd
- over lang tid

Feilbruk og misbruk i normalbefolkningen

Kontrollerte studier fanger sjelden opp kunnskap om feilbruk eller misbruk av nye lege-

midler. Misbrukspotensial med reaksjoner som abstinens og avhengighetsadferd ønskes meldt for legemidler der dette er ukjent eller lite beskrevet. I tillegg kan meldinger av bivirkninger ved feilbruk gi nyttig informasjon blant annet om reaksjoner ved overdoseringer. Melding av bivirkninger ved feilbruk og misbruk er et prioritert område i de europeiske retningslinjer for legemiddelovervåking som blir gjeldende fra juli 2012 (3).

Hypotesedannende for målrettede studier

Bivirkningsrapporteringen ekskluderer ingen og gjelder normalbefolkning med alle dennes variasjoner. Bivirkningsmeldinger kan dermed fange opp alle slags problemstillinger hva gjelder legemiddelbruk og på denne måten være hypotesedannende for målrettede sikkerhetsstudier. Hypoteser hjelper oss å prioritere forskningen og å utforme studier som kan bekrefte eller avkrefte mistenkte sammenhenger.

En lege melder at en pasient fikk utslett på armene etter bruk av vildagliptin (Galvus[®]) samt etter påfølgende bruk av saksagliptin (Onglyza[®]). Etter en pause fra saksagliptin med bedring av symptomene ble legemidlet startet igjen og medførte denne gangen utvikling av et generelt utslett. Etter avsluttet behandling ble pasienten helt bra fra utslettet.

Hudreaksjoner forbundet med antidiabetika av typen gliptiner er spesielt nevnt på overvåkingslisten fordi flere meldinger og mer informasjon om hudreaksjoner ønskes.

Hvem er mest utsatt for bivirkninger?

Barn, eldre, gravide og ammende

Dette er pasientgrupper som er lite studert ved godkjenning av nye legemidler. De har også større variasjoner i farmakokinetikk og

til dels farmakodynamikk, som i seg selv gjør dem mer utsatte for endringer i legemiddeleffekt og for bivirkninger.

Pasienter med multimorbiditet og polyfarmasi

En utsatt gruppe som kan ha både økt følsomhet for bivirkninger og økt risiko for interaksjoner samtidig som bivirkninger kan få store konsekvenser for sykdom og behandling.

Pasienter med nedsatt lever- og nyrefunksjon

Mer utsatt for bivirkninger av legemidler da mange legemidler vil kunne få endret om-danning og utskillelse.

Hvilke bivirkninger må du melde?

Melding på mistanke er grunnpilaren både meldesystem, meldeplikt og oppfølging av meldingene bygger på. Meldeplikten for leger og tannleger gjelder ved mistanke om (4):

- dødelige og livstruende bivirkninger
- bivirkninger som har gitt varige alvorlige følger, inkludert fødselsdefekter
- nye eller uventede bivirkninger

Varige følger trenger kun å være varig utover det forventede for den mistenkte reaksjonen og det er ikke krav til oppfølging over en bestemt tid for å anse en reaksjon som varig. Uventede bivirkninger kan omfatte uventet alvorlighetsgrad, uventet pasientgruppe eller ved en annen dosering enn ventet. Nye bivirkninger er bivirkninger som ikke er beskrevet i Felleskatalogteksten eller preparatomtalen. Preparatomtalen er det dokument som legemiddelverket godkjenner for hvert legemiddel, mens Felleskatalogteksten er basert på produsentens utvalg av informasjon fra den mer omfattende preparatomtalen.

Hva om du mistenker en interaksjon?

Interaksjoner er også bivirkninger og skal meldes på lik linje med andre bivirkninger. Effekten kan være både redusert og økt effekt av ett eller begge legemidler. Mye interaksjonsinformasjon er basert på kasuistikker og både legers og pasienters årvåkenhet og meldinger er viktige. RELIS mottar gjentatte meldinger om rhabdomyolyse etter samtidig behandling med simvastatin og erytromycin, som viser at dette er en interaksjon det fortsatt trengs å minnes på. Interaksjoner med naturmidler byr også på utfordringer da disse sjelden er studert systematisk og dokumentasjonen sparsommelig.

Skal endringer i laboratorieverdier meldes?

Hvis endringer i laboratorieverdier har fått alvorlige følger eller er ukjente reaksjoner, skal dette meldes som beskrevet i meldeplikten. Testresultater kan også være et godt komplement til andre bivirkningsmeldinger for å bekrefte en reaksjon eller for å avkrefte differensialdiagnoser. RELIS oppfordrer i tillegg til å melde endringer i laboratorieverdier før det fått alvorlige konsekvenser. For eksempel mottar RELIS en del meldinger på endring i INR ved ulike kombinasjoner av legemidler og naturmidler gitt sammen med warfarin. Dette gir en mulighet for å oppdage interaksjoner før de har gitt større konsekvenser med alvorlig blødning eller trombose. Det samme gjelder andre viktige endringer i laboratorieverdier (f.eks. litiumkonsentrasjon, leverfunksjon, thyroidea, EKG osv).

En mann får misfarget urin samme dag som oppstart med dabigatran (Pradaxa). Påfølgende dag påvist blod i urinen med urinstix 3+ på legekontoret. Dosereduksjon med dabigatran prøves, men med samme resultat på urinstix etter en uke. Mannen har tidligere brukt warfarin, men INR er nå 1. Man velger å seponere dabigatran og få dager etter er urinen normalisert.

Dabigatran er på overvåkingslisten med fokus på blant annet melding av blødningsbivirkninger.

Hva skjer med din melding?

- RELIS registrerer bivirkningsmeldingene i aidentifisert form i den norske bivirkningsdatabasen.
- Du mottar en tilbakemelding med årsaksvurdering og kommentarer til den meldte hendelsen.
- Legemiddelverket viderefremmer meldingene til WHO's internasjonale bivirkningsdatabase og til de europeiske legemiddelmyndighetenes (EMA) bivirkningsdatabase EudraVigilance. Det sendes også aidentifisert informasjon om bivirkningene til produsenten av mistenkt legemiddel.
- I både nasjonale og internasjonale bivirkningsdatabaser utføres det analyser for å avdekke såkalte signaler om nye bivirkninger. Disse signalene utredes nærmere. Noen ganger er få meldinger tilstrekkelig før det utgår advarsler om at en viss bivirkning kan være et problem, som for eksempel narkolepsi assosiert med pandemivaksinasjonen. For andre bivirkninger kreves mange meldinger og bekreftende studier før man konkluderer med en årsakssammenheng mellom legemiddelbruk og bivirkning.
- Felleskatalogtekstene og preparatomtalene oppdateres kontinuerlig med validert bivirkningsinformasjon.

Skal du melde en bivirkning som allerede er kjent?

En bivirkning regnes som kjent hvis den er omtalt i preparatomtalen eller Felleskatalogteksten. En kjent bivirkning skal fortsatt meldes hvis den samtidig er fatal eller livstruende eller har gitt varige alvorlige følger/fødselsdefekter. Den skal også meldes hvis du mistenker at bivirkningen skyldes en ukjent interaksjon eller andre tidligere ukjente forhold. Du kan i tillegg melde alt du mener er viktige hendelser.

Hva skjer ikke med din melding?

- Din melding blir ikke automatisk en del av bivirkningsteksten i preparatomtalen eller Felleskatalogteksten. Årsakssammenhen-

gen i meldingene blir først vurdert i flere ledd før de eventuelt publiseres som mistenkte eller kjente bivirkninger av et legemiddel.

- Din bivirkningsmelding formidles ikke til andre instanser som Helsetilsynet eller pasientskadenemnden. Melding av en bivirkning har ingen juridiske konsekvenser for deg som melder eller for pasienten.

Har du flere spørsmål?

Spør RELIS eller besøk RELIS sine bivirkningssider www.relis.no/bivirkninger. RELIS kan også besøke din arbeidsplass eller holde innlegg på kurs med mer informasjon om bivirkninger og legemiddelovervåking.

Statens legemiddelverk har på sine nettsider www.legemiddelverket.no mer informasjon om blant annet

- Overvåkingslisten, legemidler og bivirkninger man ønsker mer informasjon om og meldinger på
- Kjære helsepersonell-brev, arkiv av tidligere utsendelser
- Bivirkningsnyheter i form av «Preparater i fokus» og «Legemiddelverket advarer»

REFERANSER

1. Granås AG, Bakken K, red. Samfunnsfarmasi – legemiddelbruk og farmasøytisk profesjonsutøvelse. Fagbokforlaget 2010; Kapittel 6.1 Legemiddelovervåking og bivirkningsrapportering.
2. Eldholm RS, Bergheim TS, Slørdal L, Spigset O. Hvilken informasjon gis om bivirkninger av nye legemidler? Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 2414–7.
3. European Medicines Agency (EMA) www.ema.europa.eu. Guideline on good pharmacovigilance practices: Module VI - Management and reporting of adverse reactions to medicinal products. Høringsfrist 18. april 2012.
4. Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften) § 10-6 Meldeplikt om bivirkninger. Sist endret 20. februar 2012. www.lovdata.no

Jenny Bergman
Relis Vest

RETTELSE

I spalten RELIS i Utposten nr 1/2012 sto følgende setning på side 38: «Hydromorfon og fentanyl er imidlertid ikke tilgjengelig som injeksjon i Norge.» Fentanyl finnes imidlertid som injeksjon og den korrekte setningen blir da: Hydromorfon finnes ikke tilgjengelig som injeksjon i Norge.

Flere legekontor er i gang med rutiner for kontinuerlig kvalitetsarbeid. Det er uvant og tidkrevende og vi trenger gode og kreative innspill. La oss derfor hjelpe hverandre gjennom en kvalitetsstafett! Vi utfordrer legekontor til å fortelle om noe de har gjort for å bedre eller opprettholde god kvalitet. Det kan være små endringer som har gitt stor gevinst, nye rutiner som oppleves positivt, brukerundersøkelser som er gjennomført eller erfaringer som gjør at legekontoret fungerer bedre som en enhet. Den som skriver – gjerne en medarbeider – får i oppgave å utfordre et annet legekontor til å fortelle sin kvalitetshistorie. Slik kan vi få innblikk og inspirasjon og dra nytte av hverandres erfaringer.

Velkommen til de gode kvalitetshistoriene!

Fra primitiv til avansert virksomhet

Vi er gode ved Porsgrunn Legesenter! Synes vi selv. Vi har et velutviklet styringssystem, faste møteplasser og dyktige medarbeidere. Kvalitetssystemet er bygd opp med vekt på tydelig systembeskrivelse og ansvarsplasing. Vi har også dristet oss til å ha med i målformuleringen at vi er en lærende organisasjon med en kvalitetskultur som fremmer fag- og organisasjonsutvikling!

Alle virksomheter har et potensial for bedring. Og hvor gode er vi egentlig? Med bistand fra erfarne veiledere i SAK gjennomførte vi egenanalyse med Maturity Matrix (MM). Vi fikk overraskende (?) avdekket at vi likevel hadde svake områder, men ble også gledelig overrasket over områder hvor vi virkelig var gode.

MM beskriver åtte dimensjoner ved virksomheten sett i et kvalitetsperspektiv. På en forklart skala fra én til seks skåret vi hver for oss hvor vi mente at legesenteret befant seg i

matrisen, hvor seks var karakteren på en avansert virksomhet. Vi lærte følgende:

- **NEDTUR 1:** Vi var dårligere på enkelte områder enn vi trodde.
- **OPPTUR 1:** Vi var bedre på enkelte områder enn vi trodde.
- **OPPTUR 2:** Vi var ganske samstemte når det gjaldt karaktersetningen! (Det kalles omforent forståelse av oss selv.)

Opptur to var en virkelig opptur. Vi kunne lett enes om hva vi skulle forbedre! Litt flaut var det i starten at forbedringsområdet ble «teamarbeid» (Jobbet vi ikke så godt sammen som vi trodde?). Vi benyttet legesenterets tiårsjubileum som anledning til å holde et todagersseminar i Moseldalen, takket være billett fra Ryanair. Der kunne vi jobbe videre med utfordringen. Med villig hjelp fra SAK-veiledere fikk vi med oss litteratur og verktøy til å fordype oss i utfordringer knyttet

til legesenterets kultur som er avgjørende for å kunne jobbe i team. To dager i ro sammen og i mindre grupper ga oss sjansen til å være åpne og skape et klima som vi aldri ville klart å få til under vanlige rammeforutsetninger. Vi legger heller ikke skjul på at god mat og drikke, slottsbesøk, vinsmaking, sykkelkultur og båtcruise ga oss en god ramme for dette.

Vi berørte følsomme områder som relasjoner og interne beslutningsprosesser, respekt, forståelse, felles mål og verdier. Vi klarte å ta vare på hverandre og skape en trygg atmosfære. Vi fikk en god følelse sammen. Det åpnet igjen for nye områder å jobbe videre med. Men det er en annen historie.

Vi har et stykke igjen for å si at vi er en avansert virksomhet. Men primitive er vi ikke!

Gunnar Andersen,
fastlege Porsgrunn Legesenter
– som utfordrer Inger Lyngstad