

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Etniske forskjeller i diabetes og hjerte- og karsykdommer – en utfordring for fastleger

■ ANH THI TRAN

Fastlegene bør være klar over den høye forekomsten av diabetes og hjerte- og karsykdommer og den betydelige lavere alderen ved diabetesdiagnose i innvandrergруппene med opprinnelse fra Asia og Afrika. Forebygging og behandling av diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrere kan bli bedre.

I Norge har fastlegene en sentral rolle i behandlingen av pasienter med type 2-diabetes og hjerte- og karsykdom. Innvandrere og norsk-fødte med innvandrerforeldre utgjorde 12 prosent av befolkningen i Norge og 30 prosent av innbyggerne i Oslo ved inngangen til 2013. Norsk helsevesen har en klar målsetting om likeverdige helsetjenester, men vi har visst lite om hvordan situasjonen faktisk er i dagens multikulturelle virkelighet.

I min avhandling «*Cardiovascular disease, diabetes and ethnicity*» bruker jeg data fra allmennpraksis i Oslo fra 2005 og fra Helseundersøkelsene i Oslo 2000–2002 (HUBRO, Innvandrer-HUBRO og MORO) til å vurdere dette. Vi fant at innvandrergrupper fra Sri Lanka, Pakistan, Iran, Vietnam og Tyrkia har to til tre ganger høyere forekomst av hjerte- og karsykdommer enn etniske norske personer. Forekomsten av diabetes er opptil åtte ganger så høy hos disse innvandrergruppene sammenlignet med norske personer. Gjennomsnittsalder når diagnose type 2-diabetes stilles er 8–15 år lavere hos innvandrergrupper fra Sør- og Øst-Asia og Midt-Østen/Nord-Afrika enn hos etniske norske personer. Overvekt og

fysisk inaktivitet forekommer hyppig i de fleste innvandreguppene. De etniske forskjellene i hjerte- og karsykdommer er større hos dem som ikke har diabetes enn hos pasienter med diabetes.

Kliniske behandlingsretningslinjer fremhever at pasienter som allerede har diabetes eller hjerte- og karsykdom skal få aktiv behandling mot alle relevante risikofaktorer med råd og hjelp til endring av levevaner samt effektive og trygge medikamenter. Vi har derfor sett på i hvilken grad fastlegene følger disse retningslinjene. Blant pasienter med type 2-diabetes som gikk til kontroll hos fastleger, fant vi ingen etniske forskjeller i om legene gjennomførte de anbefalte undersøkelsene (HbA_{1c}, blodtrykk, kolesterol, henvisning til øylege, mikroalbumin i urin, røykevaner og undersøkelse av føtter), men når det gjaldt registrering av røykevaner, undersøkelse av føtter og mikroalbuminuri avdekket vi forbedringspotensial. Det var tydelige forskjeller i andel pasienter som nådde behandlingsmålene, som gjaldt på undersøkelsestidspunktet.

Andel av pasienter med type 2-diabetes som nådde behandlingsmålet for HbA_{1c} var lavest hos pasienter fra Sør-Asia, og en større andel av pasientene fra Sør-Asia og Midt-Østen/Nord-Afrika hadde svært ugunstige HbA_{1c}-verdier. Dårligere måloppnåelse for HbA_{1c} skyldtes ikke at legene forskrev mindre glukosesenkende medikamenter – tvert imot ble resepter på slike medikamenter forskrevet i større grad hos innvandrere enn hos norske. Hos norske pasienter var det imidlertid langt flere som ikke nådde behandlingsmålene for blodtrykk. De samme etniske forskjellene ble funnet hos pasienter med type 2-diabetes, enten de alt hadde fått hjerte- og karsykdom eller ikke. De fleste pasienter som i

følge retningslinjene burde få forskrevet medikamenter for å forebygge hjerte- og karsykdom fikk dette, men nærmere vurdering av legenes forskrivningsmønstre viste at behandlingsintensiteten sannsynligvis kunne vært forsterket hos en del som ikke nådde behandlingsmålene. Denne avhandlingen har imidlertid ikke data om pasienters bivirkninger og deres holdning til bruk av medikamenter, som legene også må ta hensyn til.

Avhandlingen bør føre til økt oppmerksomhet blant fastleger og annet helsepersonell, om de store etniske helseforskjellene i diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrergrupper fra Asia og Afrika. Innvandrere som er i faresonen for utvikling av diabetes eller hjerte- og karsykdommer bør få råd og hjelp til endring av levevaner. Arbeidet med tidlig diagnostikk av type 2-diabetes hos innvandrere bør intensiveres. Behandlingen av type 2-diabetes i allmennpraksis kan bli bedre ved bruk av relevante medikamenter og i et fornuftig samarbeid mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samhandlingsreformen åpner for et bedre samarbeid mellom primær- og sekundærhelsetjeneste, for eksempel gjennom strukturert gruppeopplæring for personer med diabetes. I Groruddalen i Oslo drives metodeutvikling for bedre tilpassning av slike tiltak til etniske minoritetsgruppers behov.

Samfunnets arbeid med forebygging av type 2-diabetes og hjerte- og karsykdommer hos innvandrere må også styrkes gjennom kultursensitive strategier, og dette vil kunne bidra til å redusere etniske helseforskjeller og fremtidige helseutgifter. Fastleger og annet helsepersonell med innvandrerbakgrunn representerer en resurs, og bør inkluderes i arbeid med utvikling av

Kvalitetssikring av laboratorievirksomheten i hjemmetjenesten

■ SIRI FAULI MUNKERUD • Prosjektleder i Noklus

Noklus går i gang med et prosjekt for å finne ut kriterier for når hjemmetjenesten bør ha laboratorievirksomhet og hvilket omfang den bør eventuelt ha.

Det foregår økt laboratorievirksomhet i hjemmetjenesten. Dette laboratoriearbeidet er ikke underlagt tilsvarende kvalitetssikring som det som utføres ved legekontor og sykehjem. Noklus mener det er viktig å kvalitetssikre laboratorietjenesten i hjemmetjenesten fordi det er der vi nå anser at behovet er størst.

Prosjektets bakgrunn

Når fastlegen har rekvirert blodprøver av hjemmeboende pasienter som ikke selv kan komme seg til legekantoret, er det ulik praksis når det gjelder hvem som tar prøvene. Noen steder drar hjemmetjenesten, fastlege eller helsesekretær hjem til pasienten og tar blodprøver. Andre steder fraktes pasienten til legekantoret i ambulanse eller drosje. Noen kommuner har ambulerende laboratoriepersonell fra lokalsykehus eller private laboratorier, som reiser hjem til pasientene og tar prøver (ref. *Helse-rådet* nr. 2/13).

Tradisjonelt har Noklus sett på kvaliteten av analysearbeid innad i laboratoriene, men nå vil man rette oppmerksomheten mot selve prøvetakingen som foregår hjemme hos pasienter i regi av kommunale hjemmetjenester.



For å kartlegge denne praksisen nærmere, igangsetter Noklus et prosjekt – finansiert over statsbudsjettet – som skal se på hensiktsmessig organisering av laboratorievirksomheten for hjemmeboende pasienter, og komme med anbefalinger avhengig av lokale forhold og utfra medisinske og samfunnsøkonomiske aspekter. Der hjemmetjenesten skal ha laboratorievirksomhet, må det legges til rette for at de som utfører virksomheten har den nødvendige kompetanse.

Mål og oppgaver

Pilotprosjektet er tenkt å være et forprosjekt til et hovedprosjekt der man ønsker gradvis å inkludere hele landet. I pilotprosjektet ønskes det at Noklus kommer frem til kriterier for når hjemmetjenesten bør ha laboratorievirksomhet samt anbefalinger for omfang av laboratorievirksomhet og omfang av deltakelse i Noklus, dvs. at tjenester som skal ytes fra Noklus tilpasses den laboratorievirksomheten enheten har. Ut fra dette inngår følgende oppgaver i prosjektet:

- Kartlegge enhetene med hjemmetjeneste, i de tre utvalgte prøvetyper; Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold
- Utarbeide registreringsskjema (både til hjemmetjeneste og til fastleger) for å få oversikt over lokale løsninger: er aktørene fornøyde med de respektive løsningene, evt. hvorfor ikke?
- Kartlegge rutiner for laboratorievirksomheten der hjemmetjenesten utfører laboratoriearbeid i dag; evt. også å måle effekten før og etter deltakelse i Noklus i en viss periode
- Analysere data fra registreringsskjemaene og komme med forslag til løsninger

- Prøve ut og høste erfaringer med de ulike løsningsforslagene

Organisering

Nordland, Østfold og Sogn og Fjordane er valgt ut til å være prøvetyper. I alle disse fylkene har vi erfarne laboratoriekonsulenter som har arbeidet med verving av sykehjem. Ved valg av fylker har vi lagt vekt på geografisk spredning og erfaring med deltakelse fra hjemmetjenesten.

Det er etablert en rådgivende arbeidsgruppe som skal følge prosjektet og gi råd og innspill. Vi antar at arbeidsgruppen skal minimum ha halvårlige møter.

Prosjektgruppen består av seniorrådgiver Arne-Birger Knapskog (Helsedirektoratet), kommunalsjef Norunn Stave (Flora kommune), fastlege Sirin Johansen, Tromsø (Norsk forening for allmennmedisin), kommuneoverlege Karianne Bergmann, Sarpsborg (Norsk samfunnsmedisinsk forening), Hilde Sollund fra Utviklingsentre for hjemmetjeneste (prosjektleder UHT, Nordland), Therese Severinsen fra hjemmetjenesten i Holmen, Østfold (deltaker i Noklus) samt fra Noklus sentralt: Siri Fauli Munkerud (prosjektleder), Marit Steinsund (prosjektkoordinator) og Signe Røynås (laboratoriekonsulent).

Planer for 2014 og 2015

Det planlegges å sende ut spørreskjema i februar/mars via email til alle hjemmetjenestene og fastlegekontorene i Nordland, Sogn og Fjordane og Østfold.

Noklus vil bruke høsten 2014 til å foreslå løsninger som kan iverksettes. I 2015 vil vi få erfaringer om ulike ordninger og på bakgrunn av dette komme med anbefalinger til løsninger avhengig av lokale forhold.

■ SIRI.FAULI.MUNKERUD@LEGEFORENINGEN.NO

helsefremmende tiltak for innvandrerbefolkningen.

Jeg har i mange år vært allmennlege ved Stovner, en bydel i Oslo øst med økende befolkningsandel med bakgrunn fra Asia, Afrika og Øst-Europa. Avhandlingen er et typisk eksempel på forskning i primærhelsetjenesten på allmennmedisinens premis-

ser, gjennomført av en erfaren allmennlege med veiledning fra Allmennmedisinsk forskningsenhet ved Universitetet i Oslo og forskningsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond. Allmennmedisinsk forskning representerer vitenskapelig tilnærming til problemstillinger i allmennpraksis og faglig fordypning i et spennende, utfordrende og støttende kollegialt miljø. Framover vil jeg gjerne fortsette å kombinere forskning og klinisk arbeid. God veiledning, forutsigbar finansiering og ikke minst fleksibel permisjonsordning er nødvendige forutsetninger for å fremme allmennmedisinsk forskning.

■ A.T.TRAN@MEDISIN.UIO.NO