



Fastlegeordninga 2001 – 2023

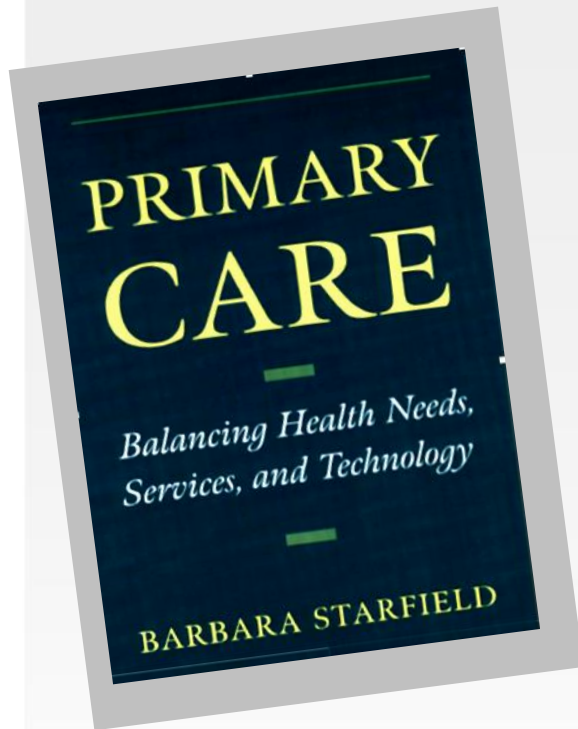
Fag og faglighet under eit krisescenario

Steinar Hunskår
Professor i allmennmedisin

UNIVERSITETET I BERGEN



Allmennmedisin; ikkje berre ein god idé, men



- Betre total helse
- Lågare kostnad for samme helsevinst
- Mindre bruk av sjukehus
- Redusert dødelighet
- Betre fordeling av helse i samfunnet
- Betre prioritering mellom tiltak

og ei fastlegeordning er ein god måte
å organisere det på



The basics:

General practice is a clinical specialty and a discipline in its own right

Two characteristics distinguish the GP from any other medically qualified person and must be balanced:

- (1) the patient has direct and unqualified access to the GP
- (2) the GP provides continuity of care

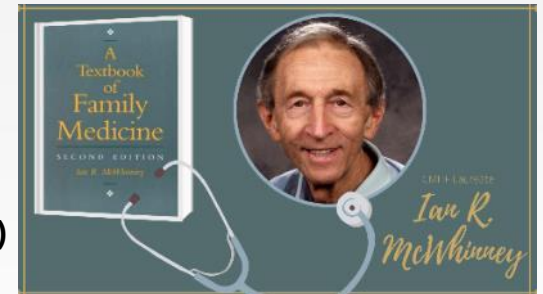
The importance of being different!

Br J Gen Pract 1996

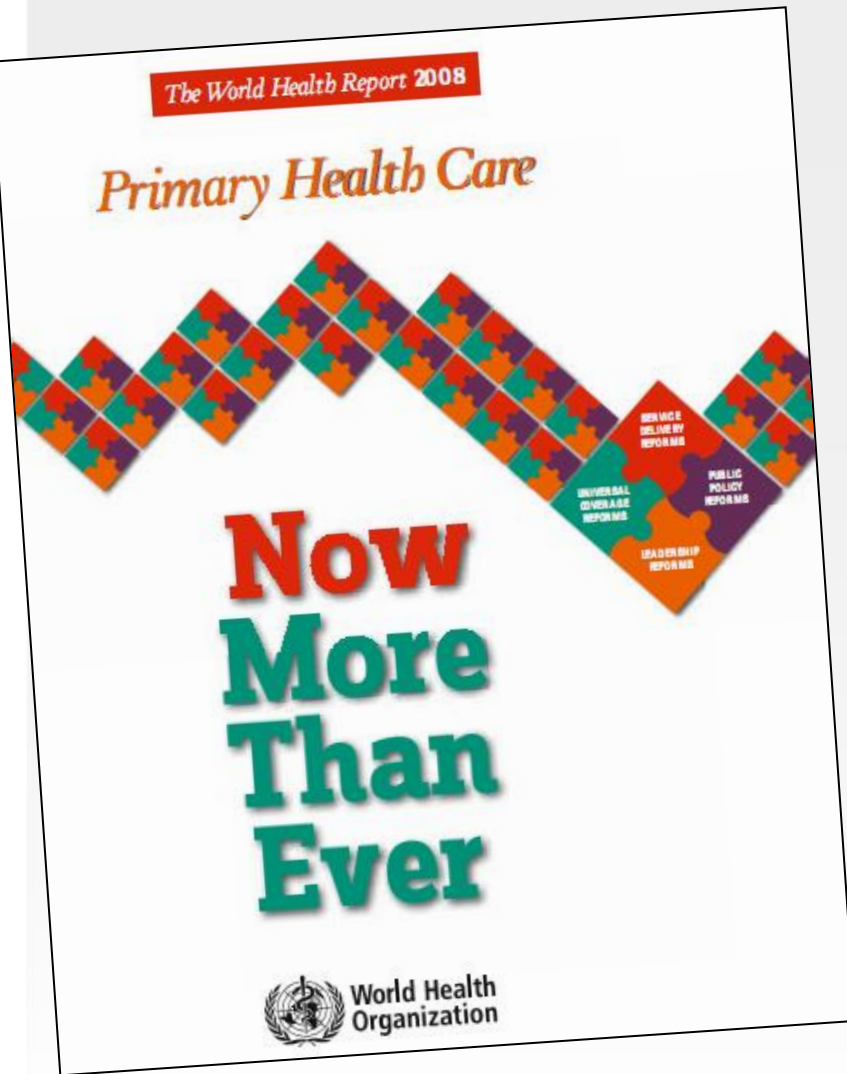


Richard Scott (1914-1983)
Edinburgh, Scotland

Ian McWhinney (1926-2012)
London Ontario, Canada



Gode råd frå Geneve



- Alle kjenner:
 - LEON-prinsippet
- Færre kjenner:
 - Den personlege legen
 - Kontinuitet
 - Koordinatorrolla og verdien av tilvisingssystemet
 - Fra PORTVAKT til MEDISINSK KNUTEPUKNT og MEDICAL HOME

Allmennpraksis i Norge 1990-talet: 💧❤️🟢

Da var det krise, da! Verste sidan 1960-talet

- 1997: 28 % av kommunelegestillingane i Nord-Norge ubesatt, i småkommunane 37 %
- 1998: 219 ubesatte årsverk i kommunehelsetenesta
- Stor bruk av korttidsvikarar
- Pasientar over heile landet klaga over
 - dårlig tilgjengelighet både for konsultasjonar og på telefon
 - lite tid hos legen
 - møtte stadig nye legar





Allmennpraksis i Norge 1990-talet (II):

- Pasienter med store behov vart ikkje prioritert
- Mange pasientar brukte mange legar (doktorshopping)
- Sjukehus og spesialistar visste ikkje kven som skulle motta epikrise og ha ansvar for oppfølging

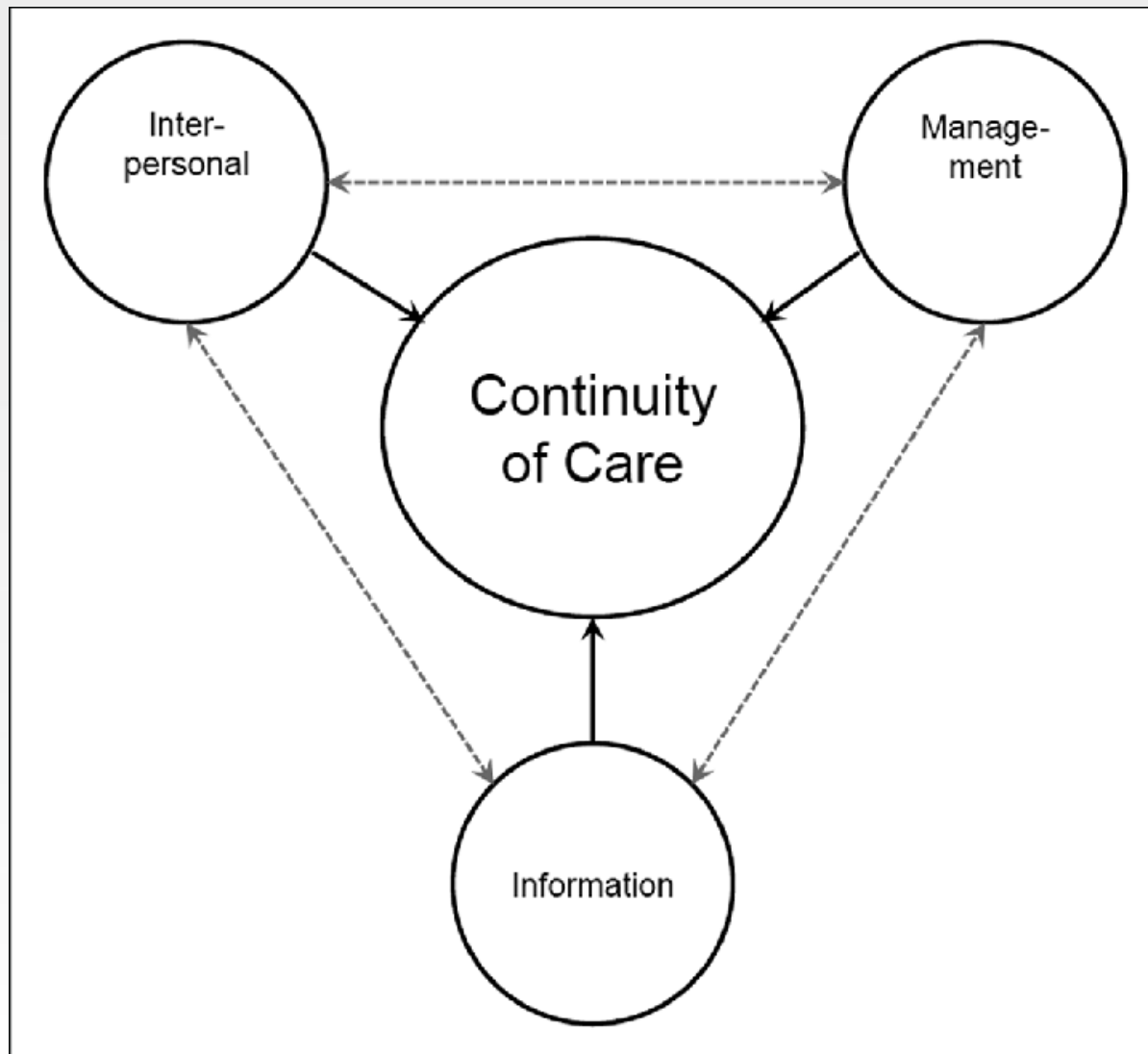




Kva skulle FLO løyse?

- **Fastlegereforma sitt overordna føremål:**
Betre kvaliteten på allmennlegetenesta
 - Alle som ønskjer, skal få ein fast allmennlege å forholde seg til
 - Større tryggleik gjennom betre tilgjengelighet
 - Bidra til kontinuitet i lege-pasientforhold, spesielt viktig for personar med stort legebehov, kronisk sjuke, psykisk sjukdom og funksjonshemma
 - Bidra til rasjonell utnytting av legeressursane i landet





NFR-evalueringa frå 2006: FLO er ein suksess!



- For dei fleste pasientane ...
 - For dei fleste fastlegane ...
 - For dei fleste kommunane ...
 - For dei fleste politikarane ...
- Er det da noko problem?

2005: FLO manglar kapasitet



KOMMENTAR OG DEBATT Kommentar
Eg ønskjer meg 1 000 nye fastlegar til jul

Ber om 2700 nye fastleger

2008-12-11 Det er behov for 2700 flere allmennleger frem til 2015. - Kom med dem, er rådet Helsedirektoratet gir til statsråd Bjarne Håkon Hanssen.

Eg ønskte meg 1000 nye fastlegar til jul i 2005 ...

... det over 1 100 fastlegar.

Det har vore gjort få forsøk på å vise kva nye oppgaver har å seie for årsverkstrengen i allmennpraksis. Eldrebølga fører til fleire personar med kronisk sjukdom og samantsett problem, noko som krev fleire legar sjukdommar får nye behandlingsskema. Det er bra, men det krev fleire konsultasjonar. Utviklinga kan fort få eit omfang på 1 % i året, likevel klart mindre enn trenden i helseforbruket. Det betyr at ei liste på 1 500 i 2001 kanskje burde samanknast med ei på 1 440 i dag?

Andre oppgaver krev også nye legeservert. I legeforeningar med minst 60 årsverk eller kanskje 200 legar i deltidsstilling. Reduserende trendar. Ein lege meir i vakt i 100 kommunar krev naturleg nok 100 nye legar. Allmennmedisinsk forskning skal styrkast tenesta (2). Det kan fort bli trøng for 50 årsverk, eller 100–150 deltidsstillinger, som er

er ganske stort. Allmennpraksis som fag kan heller ikkje ha sine egne sanningar på tvers av andre fag. Autoriteten og tilhøva våre samarbeidspartnarar i spesialisthelsetenesta. Allmennmedisinen må derimot med stor styrke hevde faget sine meiningar, peike på konsekvensar og forlange plass der vedtak blir gjort.

Men kva med kapasitet til eksisterande krav? Ein forsk studie viser at å følgje nasjonale retningslinjer i USA for betre ti betes o.l. i ein praksis med 1 250 pasientar, stand (4). Tok ein omsyn til og oppsporing av arbeid ved utvalgte fasar, auka kravet til 1 242 opningstider frå publikum og styresmakter verdar og synspunkt er ikkje lenger enerådande. Dei krev større styrke i systemet og legane auka krav til dokumentasjon, kvalitetskontroll, økonomisk styring og personaltet. Fagleg oppdatering krev stit. Dette er ein del

Stenar Husebøl
stena.husebøl@uh.no
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
5020 Bergen

Manuskriptet ble godkjent 17.11.2005.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur
1. Statusrapport om fastlegeordningen i Norge etter to og et halvt år. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2004.
2. Husebøl S, Retsengen JA. Utfordringer for fastlegene og forskning i allmennmedisin. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2027–30.
3. Gull L, Sigurdsson JA, Husebøl S et al. Estimating the high risk group for cardiovascular disease in the 2003 European guidelines. BMJ 2005; 331: 551–6.
4. Østbye T, Yarnall KGH, Krause KM et al. Is there room for management of patients with chronic diseases in primary care? Ann Fam Med 2005; 3: 209–14.

Tidsskr Nor Lægeforen nr. 24, 2006; 126: 2618

Samhandlingsreforma: Auka behov, fleire oppgåver



- **Sjukeheimsmedisin og KAD**
- **Legevakt**
- **Kvantitative argument**
 - Relativ kjøttvekt i helsetenesta
 - Auka behov, fleire oppgåver
 - Oppgåveoverføring
- **Kvalitetsargument**
 - Meir utredning og behandling av eldre
 - Meir avansert medisinsk behandling
- **Administrative og juridiske argument**
 - Rapportering og dokumentasjon
 - Digital kommunikasjon





Time needed to treat (TNT)??



ABSURD: – Det er helt absurd – ingen kan jobbe 27 timer om dagen, sier allmennlege og forsker Minna J primærhelsetjenesten i USA skal følge alle relevante anbefalinger. Illustrasjonsfoto: Getty Images

Forskere mener legenes tidsbruk må med når retningslinjer lages

Allmennleger i USA måtte jobbet døgnet rundt om de skulle følge alle retningslinjer og anbefalinger. Også i Norge vil det være uhåndterlig å følge alt til punkt og prikke. Forskere tar nå til orde for å vise frem tidsbruken.



SYNLIGGJØRE: – Jeg er helt enig i at man må synliggjøre dette med tidsbruk, sier NFA-leder Marte Kvittum Tangen. Foto: Thomas Eckhoff, Legeforeningen

– Helt uhåndterlig i Norge

Leder i Norsk forening for allmennmedisin (NFA) Marte Kvittum Tangen forteller at leger i primærhelsetjenesten i Norge også har veldig mange retningslinjer å forholde seg til.

Et overslag viser at det er 74 nasjonale faglige retningslinjer, 40 pakkeforløp og 68 veiledere som er relevante for allmennlegene, ifølge NAF-lederen.

– Situasjonen i Norge er sånn at hvis vi skal følge alle retningslinjer for alle pasienter til enhver tid, vil det være helt uhåndterlig, sier hun til Dagens Medisin.

– Så her gjør fastleger prioriteringer hver dag. Det vil være bra å kunne synliggjøre det, slik at man får en felles forståelse for ressursbruken som kreves når man legger noe inn i en retningslinje, legger Kvittum Tangen til.





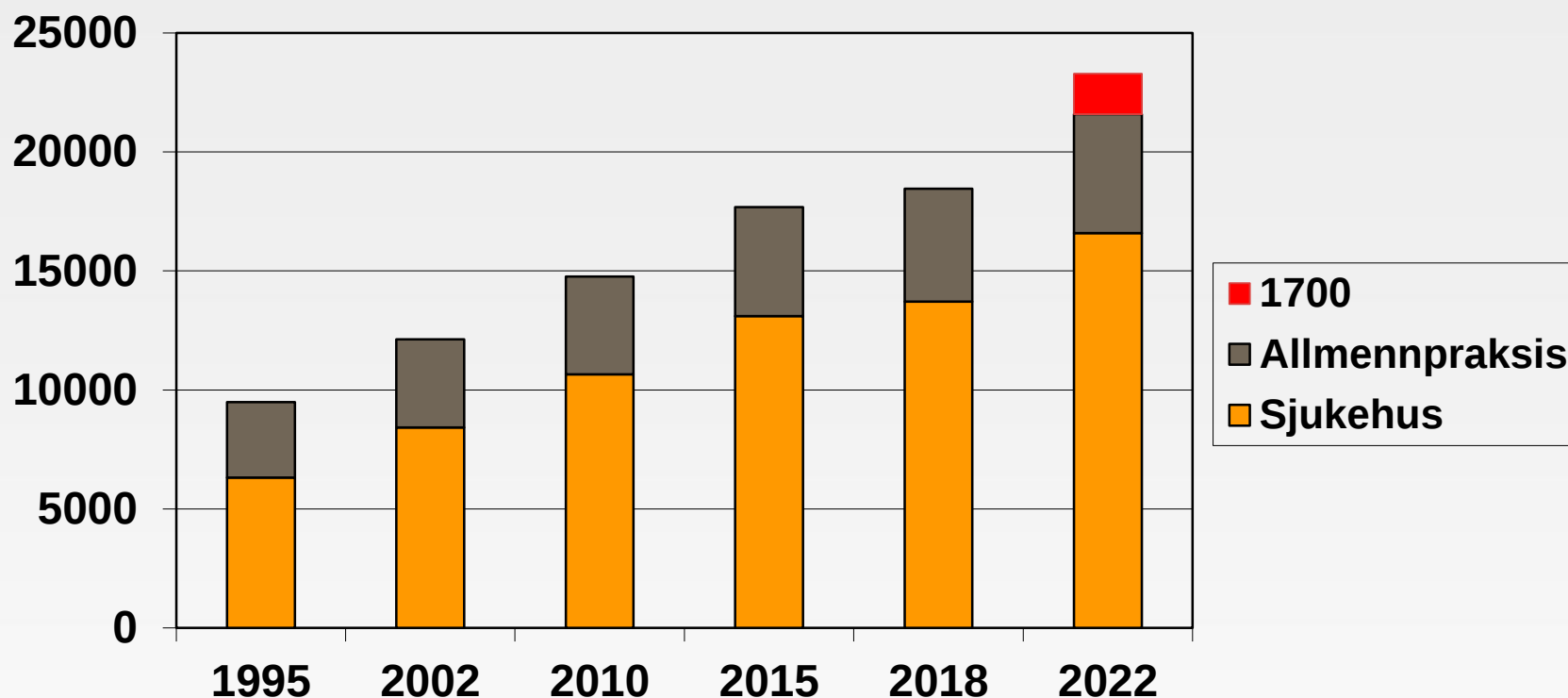
2012-2017: Tilsynelatende kontroll, men det ulmar i mosen

- Fastlegane spring fortare i hamsterburet
- Kvalitetsauke i legevakt og større deltaking
- Kompetanseheving
- Men også:
 - Auka krav i forskrift
 - E-resept
 - Legemiddelsamstemming
 - Kommunale dialogmeldingar
 - Helsenorge.no
 - Pasienten ufiltrert inn på pulten
 - Omvendt funksjonsglidning på legekontoret





Legar i Norge 1995-2022



2002-2022: **+10285 i sjukehus**
 + 1286 fastlegar

Andel fastlegar **31% til 23%**
“Manglar” **1700**

Fastlegekrise 2017-2022:

Kvifor gjekk det galt?



- **Legane og Legeforeningen**
 - “Generasjons- og kjønnskonflikt”
 - Manglande mekanismer for listereduksjon
 - “Mi liste” og “min praksis” vs Fastlegeordninga
- **Manglande kriseforståelse sentralt (regjering, Stortinget, department)**
- **Manglande evne og vilje i KS og kommunane**
- **Suksessmyten levde – kombinert med liten teoretisk og empirisk forståelse for ordninga hos partane**



Strukturelle problem

Leder

Steinar Hunskaar

Maktar kommunane å drive avanserte legetenester?

Michael 2022; 19: 111–24.

Sidan kommunehelsetenestelova vart sett i verk i 1984 har kommunane fått stadig aukande oppgåver innan helse. Allmennlegeteneste, legevakt og kommunale akutte døgneiningar er tre eksempel på medisinske tenester med kommunalt ansvar der legane og legekompentanse er sentrale. Allmennlegeteneste og legevakt har vore med frå starten, kommunale akutte døgneiningar kom med samhandlingsreforma. Mitt utgangspunkt er at desse tre tenestene har hatt problem med å innfri dei krava til medisinsk kvalitet som bør forventast. Kommunane, slik dei er organiserte og innretta som eigarar og driftarar av tenestene, har etter mi meining ikkje vist seg i stand til å drive avanserte legetenester og fagleg utvikling av tenestene på eit nivå som burde forventast. I staden er det legane sjølve og staten som har sikra den faglege kvaliteten gjennom kompenserte tiltak, forskrifter, forskning og fagutvikling.

Kommunane har ikkje vist seg i stand til å drive avanserte legetenester og fagleg utvikling av tenestene.

Det er legane sjølve og staten som har sikra den faglege kvaliteten ved kompenserte tiltak, forskrifter, forskning og fagutvikling.



Kva må skje akkurat no?



- **Stabilisering og rekruttering**
 - Listereduksjon
 - Auka basistilskott, utan justeringar
 - Legevakt i arbeidstida som kommunalt arbeid
- **ALIS**
 - Gjenkjøps- og garantiavtalar
 - Sjukepengar og betalt permisjon
 - Betalt utdanning
 - Tilbod om fastlønn
- **Men ikkje rygge på kvalitets- og utdanningskrav!**
- **Ekspertutval!**





Kva må skje akkurat no?



GRUNNLEGGENDE: – Det å ha erfaring fra arbeid i uselektert praksis, altså erfaring med å følge opp alle typer pasienter over tid, er en grunnleggende ferdighet å ha hvis man skal være spesialist i allmennmedisin, sier NFA-leder Marte Kvittum Tangen. Foto: Vidar Sandnes

NFA-lederen mener ALIS-kravet om to års erfaring som fastlege må bestå

Erfaring fra uselektert praksis over tid er en grunnleggende ferdighet om man skal bli spesialist i allmennmedisin, mener Marte Kvittum Tangen.

Leni Aurora Brækhus
ab@dagensmedisin.no

Ny UiB-studie «tar av» i utlandet: – truffet en nerve

En ny studie fra UiB og NORCE har skapt stor oppmerksomhet i en rekke land verden over. Kjennskap til fastlegen din over tid kan ha betydning for både dødelighet og behov

Having the same GP for years saves patients' lives

Kat Lay, Health Editor

Tuesday October 05 2021, 12:01am
BST, The Times



A Norwegian study found that patients with a long GP history were 8 per cent less likely to die within a year

Seeing the same GP over years helps patients live longer, study finds

By the Health Editor, The Health Editor



Having the same doctor for at least 15 years slashes the risk of dying within 12 months by a quarter compared with people who have known their GP for less than a year.

And this effect is less active in patients with chronic conditions and those at risk of hospitalisation.

Tener durante años el mismo médico de primaria reduce hasta un 30% visitas a urgencias, ingresos y mortalidad



Av PAUL ANDRÉ SOMMERFELDT Publisert: 07.10.2021

Bare få dager etter publisering, har studien blitt omtalt i flere britiske storaviser som [Daily Mail](#) og [The Times](#).

Research

Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway

Abstract

Background Continuity, usually considered a quality aspect of primary care, is under pressure in Norway.

Aim To analyse the association between longitudinal continuity with a named regular general practitioner (RGP) and use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admission, and mortality.

Design and setting Registry-based observational study in Norway covering 4 552 978 Norwegians listed with their RGP.

Method Duration of RGP-patient relationship was used as explanatory variable for the use of OOH services, acute hospital admission, and analyses by individual linking to high-quality national registries. Duration of RGP-patient relationship was categorised as 1, 2–3, 4–5, 6–10, 11–15, or >15 years. Results are given as adjusted odds ratio (OR) with 95% confidence intervals (CI) resulting from multilevel logistic regression analyses.

Results Compared with a 1-year RGP-patient relationship, the OR for use of OOH services to 0.88 after 2–3 years' duration to 0.70 (95% CI = 0.69 to 0.71) after >15 years; OR for acute hospital admission decreased gradually from duration to 0.72 (95% CI = 0.70 to 0.73) after >15 years; OR for dying decreased gradually from 0.92 (95% CI = 0.86 to 0.98) after 2–3 years' duration, to 0.75 (95% CI = 0.70 to 0.80) after an RGP-patient relationship of >15 years.

Conclusion Length of RGP-patient relationship is significantly associated with lower use of OOH services, fewer acute hospital admissions, and lower mortality. The presence of a dose-response relationship between continuity and these outcomes indicates that the associations are causal.

Keywords continuity of patient care; emergency medical services; family practice; general practice; hospitalisation; mortality; Norway.

INTRODUCTION

Continuity is a core value of primary care. McWhinney described continuity as an implicit contract between a patient and a GP, who then takes personal responsibility for the patient's medical needs.^{1,2} Continuity bridges episodes of various illnesses. Greater continuity with a primary care physician has been shown to be associated with lower mortality rates,³ fewer hospital admissions,^{4,5} less use of emergency departments,⁴ and fewer referrals for specialist health care.^{7,8} Nevertheless, continuity has been declining in recent years.⁹

There is no uniform agreement about how continuity should be defined, but three aspects are usually described: informational, informational continuity means that the doctor has adequate access to all relevant information about the patient. Longitudinal continuity means that it transcends multiple episodes of illness, and interpersonal continuity means that it transcends multiple to a trustful relationship between patient and physician. Various methods have been used for measuring continuity. Most of them are based on visit patterns with different providers over time.^{10,11} An example is the Usual Provider of Care (UPC) index, which calculates the percentage of all contacts

that is with the most frequent provider.¹² Most of these studies have been conducted with limited patient samples and rather short observation periods. There is scarce literature on studies with large- or full-scale populations, long follow-up, and hard endpoints.

In a limited number of countries, such as the UK, the Netherlands, Denmark, or Norway, most inhabitants are listed with a general practice or a named regular general practitioner (RGP) who is responsible for taking care of their medical needs. Such RGP schemes are usually established not only to increase continuity of care as an unnecessary aspect of quality, but also to prevent RGP as a gatekeeper. It should be noted, however, that patients also value such personal relationships with their RGP.¹³

The aim of the present study, based on Norwegian registry data, was to analyse, on a national level, the effects of longitudinal RGP continuity associated with use of out-of-hours (OOH) services, acute hospital admissions, and mortality.

METHOD

The Norwegian RGP Scheme In Norway, the state is responsible for hospitals, while the primary healthcare system is the responsibility of the

H Sandvik, PhD, senior researcher, National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen, Public Health and Primary Care, Department of Global Health, University of Bergen, Bergen, Norway; **J Blinkenberg**, MD, researcher, National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, and Primary Care, Department of Global Health, University of Bergen, Bergen, Norway; **S Hunskaar**, National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, Bergen, Public Health and Primary Care, University of Bergen, Bergen, Norway.

Address for correspondence

Hogne Sandvik, National Centre for Emergency Primary Health Care, NORCE Norwegian Research Centre, Arstadveien 17, 5009 Bergen, Norway.

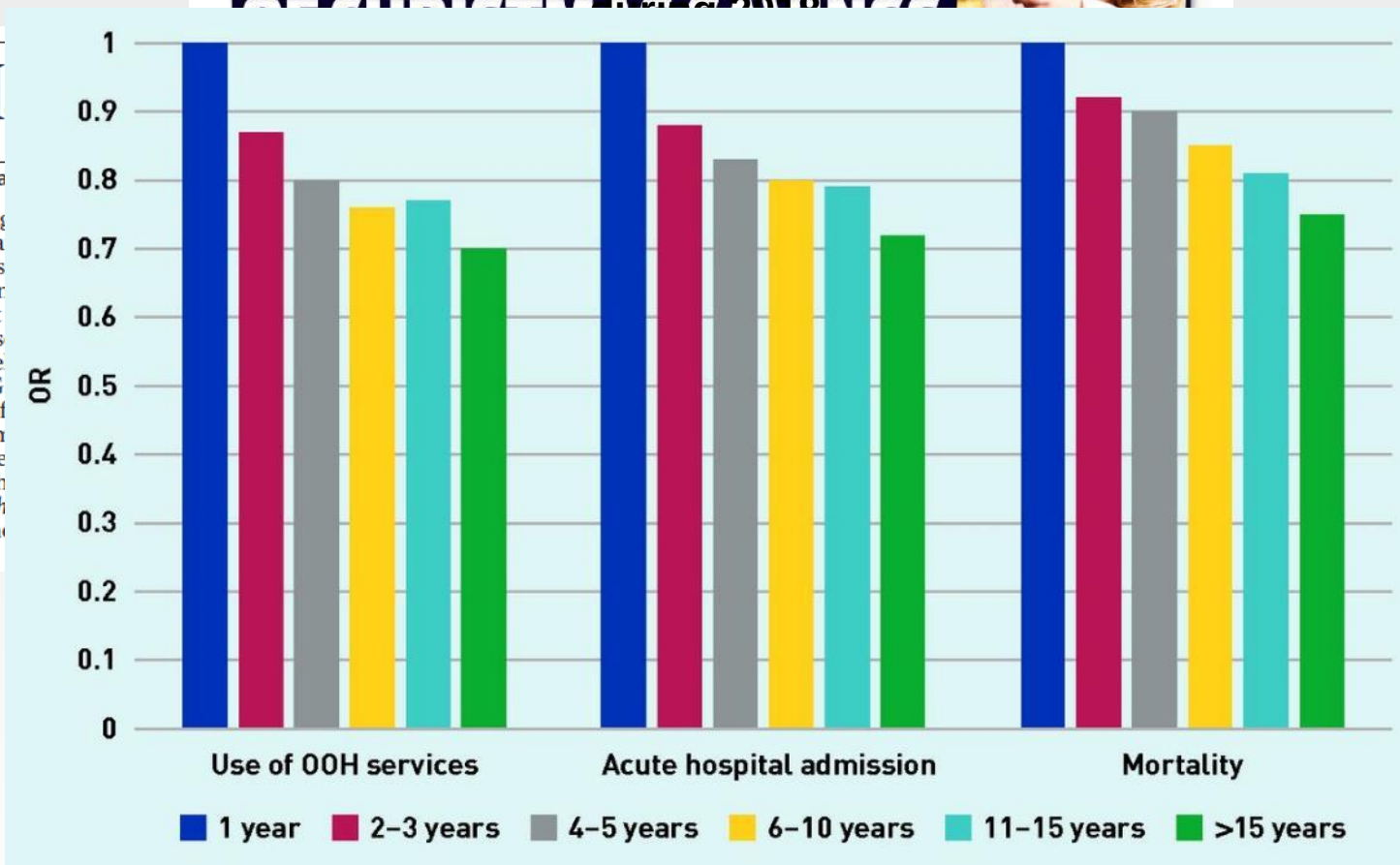
Email: hogne.sandvik@iuhb.no

Submitted: 3 June 2021; Editor's response: 5 August 2021; final acceptance: 20 August 2021.

© The Authors. This is the full-length article published online in print. Cite this version as: *Br J Gen Pract* 2021; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>

¹ British Journal of General Practice, Online First 2021

Associations between continuity measured as years with the same RGP and odds for use of OOH services, acute hospital admissions, and mortality



Hogne Sandvik et al. *Br J Gen Pract* 2021;71:e10340
doi:10.3399/BJGP.20210340

LET'S SEE GPs FACE TO FACE
Stark contrast to the best-provided districts
Highly paid consultants and a shrinking health
workforce are behind the huge disparities.
The shocking figures will put fresh pressure on
ministers to tackle poor access to face-to-face
appointments and treatment. A string of deaths
suggests that cancer and other serious illnesses
Turn to Page 6

her magical Christmas book
SEE PAGES 22-23

lives

of care shown to possible without n in their practicing the benefits ce. Marshall, chair- age of GPs, said "highly valued" as "becoming in- GPs and our al with intense e pressures". He ment needed to use of providing l as tackling the n practices.

When the basics go wrong: The UK story!



... og i Spania ...

SOCIEDAD MADRID SANIDAD MEDICINA

Qué supone que un millón de madrileños no tengan médico asignado

Las asociaciones médicas estiman que el 15% de la población de la Comunidad de Madrid no tiene médico o pediatra de referencia en Atención Primaria. Esto trae consecuencias para pacientes, profesionales y para el sistema en su conjunto.

 Por Marina Velasco

22/01/2023 08:52am CEST



EMBAJADA
in any form

HC 113





Traditional general practice under stress

- Access vs continuity
- Doctor of disease and organization vs doctor of the patient
- The personal doctor vs consultant for the team

SCANDINAVIAN JOURNAL OF PRIMARY HEALTH CARE
2019, VOL. 37, NO. 3, 335–344
<https://doi.org/10.1080/02813432.2019.1639909>



Taylor & Francis
Taylor & Francis Group

RESEARCH ARTICLE



OPEN ACCESS



Check for updates

Relationship based care – how general practice developed and why it is undermined within contemporary healthcare systems

Carl Edvard Rudebeck

- The heavy focus on systems and contracts hinders clinical and academic development of the field itself



When the basics go wrong: The UK story!



When access trumps continuity, general practice dissolves into bits and pieces with serious consequences:

- False impression of productivity
- Suboptimal compensatory actions
- Not obtaining its potential hard endpoints
- Exhaustion of GPs
- Escape from the profession
- Lower educational quality
- Decreased patient satisfaction
- Opens for quick-fix and commercialism





Viser også norsk allmennmedisin indikatorar og risikofaktorar for dysfunksjonell fagleg praksis og dermed behov for «Kloke valg»?

- **Variasjon!**
- **Produktivitet versus nytte!**
- **Suboptimale kompensatoriske mekanismer?**





Det er mang slags «variasjon» (I)

- **Variasjon i arbeidsstil, diagnostikk og fagleg praksis mellom legar**
- **«Gode» grunnar for variasjon:**
 - Variasjon i pasientpopulasjon
 - Variasjon i erfaring
 - Variasjon i tilgjengeleg teknologi



Det er mange slags «variasjon», og allmennlegen må kjenne alle (II)

- «Dårlege» grunnar for variasjon:
 - Dårlege diagnostiske strategiar
 - Underforbruk av prøver og prosedyrar pga dårleg kunnskap og fagleg oppdatering
 - Overdriven tru på testar og deira verdi
 - For lite kunnskap om testeigenskapane
 - Ureflektert deltaking i motebølger
 - Økonomiske drivkrefter
 - Overdriven tru på risikoreduksjon
 - Pasienttilfredshet, «eager to please»



Suboptimale kompensatoriske mekanismer?



- **Aukande forbruk av diagnostikk utan forklarleg endring i teknologi, behandling eller prognose**
- **Endra forbruksmønster assosiert med ikkje-faglege endringar, eksempelvis refusjonsordningar, mediaoppslag, motebølger eller strukturerte pasientforløp**
- **Diagnostisk fase: Størst fare for overforbruk**
- **Kronisk sjukdom: Størst fare for underforbruk**



Veit vi noko om variasjonen mellom fastlegane?

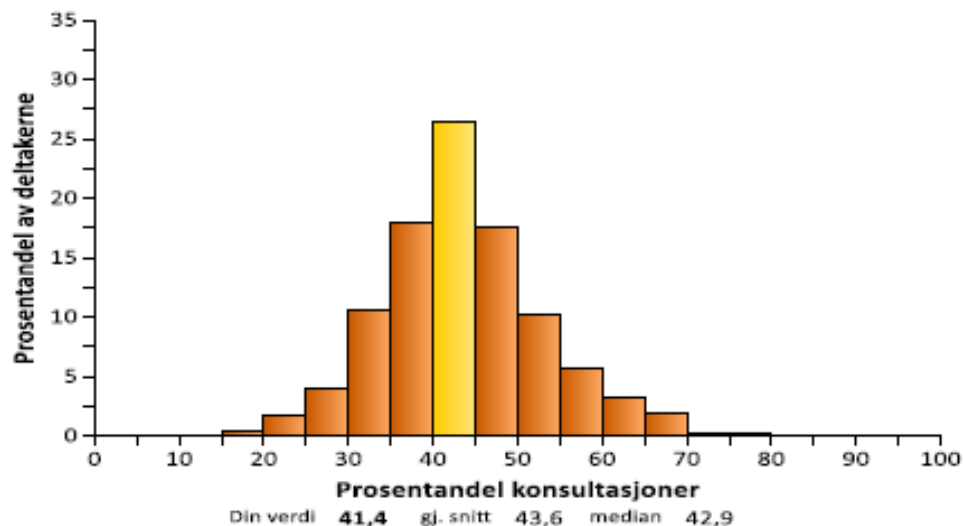


KLINISK BRUK AV LABORATORIET – PRAKSISRAPPORTER



Noklus Praksisprofil

Figur 2: Andelen konsultasjoner der det rekvireres laboratorieanalyser





Analyse	Gjennomsnitt (%) og (10-90 prosentiler)	
Hb	22,5	(13,3 - 34,2)
Glukose	13,1	(4,3 - 23,9)
CRP	14,6	(7,5 - 23,3)
SR	9,1	(2,1 - 18,8)
u-Strimmel	10,6	(6,0 - 16,4)
u-Mikroskopi	0,6	(0,04 - 2,3)
u-Graviditetstest	0,4	(0,1 - 0,9)
u-(Mikro)albumin	1,7	(0,1 - 4,1)
Blod i feces	0,5	(0,1 - 1,2)
Strep A-antigen	1,2	(0,2 - 2,4)
Mononukleose hurtigtest	0,3	(0,1 - 0,6)
HbA1c	7,8	(2,6 - 14,6)
PT-INR	9,2	(2,2 - 16,3)
Total-kolesterol	10,0	(4,1 - 17,5)
LDL-kolesterol	7,7	(2,0 - 14,8)
HDL-kolesterol	8,8	(3,0 - 16,2)
Triglyserider	5,6	(0,8 - 11,3)
ASAT	6,0	(0,1 - 15,4)
ALAT	14,2	(6,4 - 23,8)
GT	10,0	(2,3 - 20,7)
ALP	9,0	(1,8 - 19,8)
Kreatinin	17,4	(9,0 - 27,5)
Karbamid	3,3	(0,1 - 10,9)
Kalium	12,9	(3,7 - 22,4)
Natrium	10,6	(1,4 - 21,3)
Kalsium	5,2	(0,6 - 12,1)
Urat	3,9	(0,3 - 10,6)
EPK	7,4	(0,1 - 22,4)
LPK	14,6	(4,1 - 26,0)
TPK	10,3	(1,5 - 23,5)
Differensialtelling	6,6	(0,6 - 15,1)
MCV	6,3	(0,2 - 20,0)
Ferritin	11,6	(4,2 - 20,4)
TSH	12,7	(6,7 - 20,8)
Fritt T4	10,9	(4,2 - 19,7)
Kobalaminer	8,5	(2,3 - 16,7)
Folat	6,1	(0,6 - 13,8)
PSA	2,2	(0,4 - 4,7)



Er variasjon knytt til personlege mønster og vanar?

- **JA, det finst både**
 - Høgvolumrekvirentar
 - Lågvolumrekvirentar
- **Det er legen, og ikkje pasientsamansetning eller sjukdomspanorama som er mest bestemmande**
- **«Prosedyreaktive legar» er tradisjonelt assosiert med**
 - Fleire laboratorieprøver
 - Fleire henvisingar
 - Fleire reseptar
 - Mindre pasientsentrerte konsultasjonar
 - Pasientane viser tendensar til dårlegare eigenomsorg og høgre konsultasjonsrate





Ny trend? Test-aktive, men prosedyrepassive legar?

- Gynekologi
 - Henvisningsterskel, GU, cytologi, p-stav/spiral
- Hud
 - Henvisningsterskel, eksisjonsbiopsi, stansebiopsi, prøvebehandling
- Kirurgi
 - Skader/sutur, ortopedisk undersøkelse, MR





Motebølger og problematiske trendar

- **CRP**
- **Vitamin D**
- **TSH**
- **Ferritin**
- **PSA**
- **Homocystein/B12**





RESEARCH ARTICLE

Open Access



Point-of-care testing with CRP in primary care: a registry-based observational study from Norway

Ingrid K. Rebord^{1,2*}, Steinar Hunskaar^{1,2}, Sturla Gjesdal² and Øystein Hetlevik²

Table 4 Number of regular general practitioners (RGPs)^a in the study sample ($n = 1931$) distributed in quintiles by their mean use of CRP per out-of-hours (OOH) and daytime consultations

CRP rates at daytime (quintiles and rate intervals)		CRP rates at OOH (quintiles and rate intervals)					All
		1	2	3	4	5	
		<0.25 (0.18)	0.25 – 0.36 (0.31)	0.36–0.45 (0.41)	0.45–0.54 (0.50)	>0.54 (0.62)	
1	< 0.18 (0.13)	234	92	43	24	9	402
2	0.18 – 0.25 (0.22)	97	133	81	48	25	384
3	0.25 – 0.32 (0.29)	39	88	122	91	42	382
4	0.32 – 0.41 (0.37)	13	50	99	117	102	381
5	> 0.41 (0.47)	9	21	40	105	207	382
All		392	384	385	385	385	1931

Frequency rates are shown as mean number of CRP tests per consultation. Median value in ()

^aRGPs having >20 consultations with children 0–5 years OOH in the period

42% av legane er i samme kvintil i begge arbeidssituasjonar,
92% om ein aksepterer ein varians på 1 kvintil





Gjør kloke valg

- Unngå å bestille analyse av vitamin D hos personer uten økt risiko for vitamin D-mangel.
- En stor andel av befolkningen har lavt vitamin D-nivå vinter og vår. Undersøkelse av vitamin D status er likevel oftest ikke nødvendig, de aller fleste trenger tilskudd med mindre kostholdet er rikt på vitamin D.
- Ved påvist vitamin D-mangel og påbegynt substitusjonsbehandling har det vanligvis lite nytteverdi å gjenta måling av vitamin D før etter 3 måneder pga. lang halveringstid.



Vitamin D

Vitamin D – hvor mye er nok, og er mer bedre for helsen?

Vitamin D er i vinden, og hos norske leger er det entusiasme å spore. Vitaminets vitenskapelige popularitet er også udiskutabel, med nærmere 60 000 treff på PubMed.

Først Medisinsk Laboratorium gjorde vitamin D-analyser i 3,5 % av samtlige innsendte prøver i 2007, mens tilsvarende andel i 2012 var 20 % (personlig meddelelse M. Buchman). Det er derfor nærliggende å tro at leger i større grad nå enn tidligere legger inn måling av vitamin D-status hos sine pasienter som rutine.

Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 726-8

Overforbruk av vitamin D



ders/iStock

Det er ikke holdepunkter for å anbefale screening for D-vitaminmangel eller å gi rutinemessig D-vitamin tilskudd.

Dette kommer frem i en kunnskapsoppsummering som nylig er publisert i tidsskriftet *American Family Physician Journal* og kommentert på lederplass i samme nummer (1,2). Måling av 25-hydroksyvitamin D (25(OH)D) i blod var den femte mest brukte laboratorieundersøkelsen som ble bekostet av Medicare i USA i 2014, med en kostnad på over 300 millioner amerikanske dollar.

Likevel er det ikke holdepunkter for at rutinemessig tilførsel av vitamin D til befolkningen gir økt levealder, reduserer risiko for kreft eller hjerte- og karsykdom, eller forebygger frakturer. Det er heller ingen holdepunkter for at screening av asymptotiske individer for vitamin D-mangel, med påfølgende behandling av dem som er under terskelverdien på 50 nmol/l, gir lavere risiko for å utvikle kreft, type 2-diabetes eller frakturer. Vitamin D-behandling har heller ikke vist effekt mot depresjon, utmattelse, artrose eller kronisk smerte i randomiserte kontrollerte studier. Dette gjelder også personer

med lave D-vitaminnivåer ved studiestart.

– Også i Norge har vi sett en stor økning i måling av 25-hydroksyvitamin D i blodprøver og økt bruk av vitamin D-tilskudd i høye doser, sier Haakon E. Meyer, som er professor ved Universitetet i Oslo og overlege ved Folkehelseinstituttet. Han mener at dagens kunnskapsstatus ikke gir grunnlag for en slik praksis.

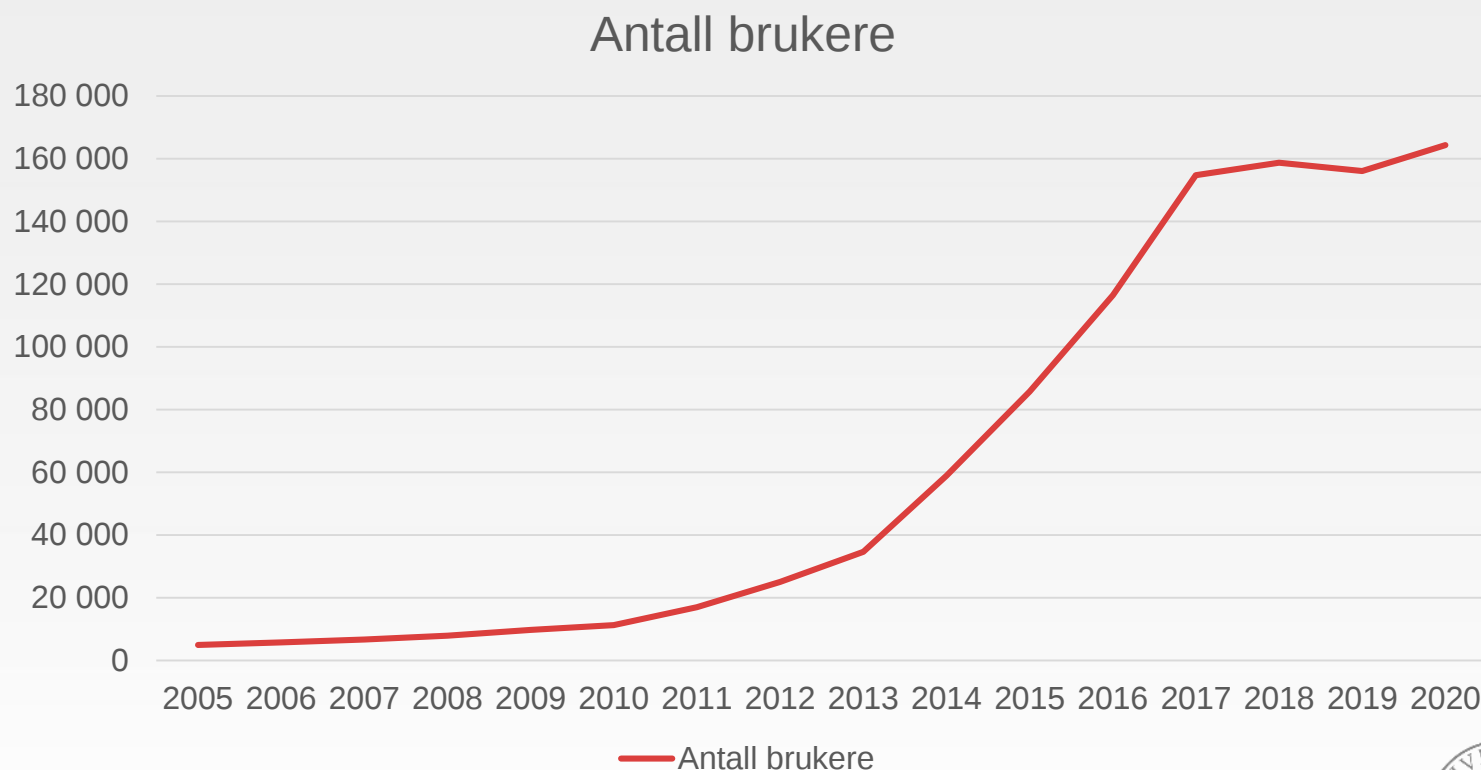
– For de fleste vil normal soleksponering og et kosthold rikt på vitamin D og/eller regelmessig bruk av tran eller annet tilskudd i vinterhalvåret dekke vitamin D-behovet. Det er heller ikke behov for å måle 25-hydroksyvitamin D-nivået hos en vanlig pasient i allmennpraksis, sier Meyer, som påpeker at man ikke kan utelukke bivirkninger av D-vitamin tilskudd i høye doser.

ØYVIND STOPLE SIVERTSEN TIDSSKRIFTET

LITTERATUR

- 1 LeFevre ML, LeFevre NM. Vitamin D screening and supplementation in community-dwelling adults: Common Questions and answers. *Am Fam Physician* 2018; 97: 254–60.
- 2 Lin KW. Vitamin D screening and supplementation in primary care: Time to curb our enthusiasm. *Am Fam Physician* 2018; 97: 226–7.

Antall brukere som har fått minst 1 resept på vitamin-D-preparat





Kvitt belte i TSH

 Gjør kloke valg



Unngå rutinemessig å rekvirere fritt T3 og fritt T4 ved utredning for tyreoidesykdom og ved oppfølging av pasienter med primær hypotyreose

Fastlegevikar Dennis





Grønt belte i TSH



Kva er den kliniske situasjonen:

- Utelukke tyreoidesjukdom?
- Bekrefte tyreoidesjukdom på sterk mistanke?
- Oppfølging av kjent primær hypotyreose?

ALIS-Anne og LIS1-Emilie

- Når TSH er normal TSH, vil analyse av øvrige tyreoidaprøver sjeldan gi tilleggsinformasjon
- Ved unormal TSH bør det utførast tilleggstestar
- Normal TSH utelukker ikkje dei svært sjeldne tilstandane hypofysesvikt, hypothalamussvikt og tyreoiderahormonresistens, da må ein også ta fritt T4
- Ved behandling av primær hypotyreose med levotyrosin) styrer legen behandlinga etter TSH-nivået aleine i stabil fase



Svart belte i TSH



- Ved lav og middels pretestsannsynlighet vil ein høgsensitiv test som TSH kunne utelukke tyreoidasjukdom ved negativt testsvar
- Ved høg pretestsannsynlighet av tyreoidasjukdom (i praksis hypertyreose) vil utredning med TSH og FT4 saman med TRAS/TSI og anti-TPO kunne vere relevant i første testfase
- Kunne forklare rasjonalet bak oppfølging av kjent primær hypotyreose med TSH aleine:
 - Kan inkludere FT4 til stabil fase er nådd
 - Kan utførast 1x årlig
 - Baserer seg på kunnskap om forløpet av TSH-ending etter endra tyroksindose
 - Basert på kunnskap om analytisk og biologisk variasjonskoeffisient for TSH og FT4. TSH 3,0 til 5,2 er angitt som ubetydeleg forskjell (Fürst)
 - Basert på nytt begrep: Minste retestingsintervall (Tidsskriftet nr. 1/2023)



ALIS-Anne og LIS1-Emilie saman med Daniel og Hege, stolte spesialistar i allmenntidsskriftet og rettleiarar ved Kunnskapstorget legekontor





UNIVERSITETET I BERGEN