

Det er ingen motsetning mellom høyteknologisk behandling og god pasientomsorg, mener Frode Lærum. Tvert imot kan teknologien hjelpe oss til å kunne behandle pasientene der de bor. Professoren har lenge kjempet for å få røntgenapparater ut til sykehjemmene, landets største institusjonsnivå. De aller sykeste blant oss får tatt færrest røntgenbilder.

Intervjuet: Frode Lærum

Røntgen på hjul

Frode Lærum er professor i eksperimentell radiologi og internasjonalsisering. Tittelen er både imponerende og forvirrende. Han er mannen bak intervensjonssenteret ved Rikshospitalet, han grunnla «Centre for medical studies» i Moskva og jobber nå hardt for å ta røntgenbilder av sykehjemspasientene i deres egen seng.

– Jeg har alltid likt å gå litt i ytterkantene av faget. Midtstrøms er det dessuten så mye konkurranse. Innen sykehjemsdiagnostikk kan jeg love deg at jeg ikke har mange konkurrenter. Jeg skulle ønske jeg hadde det, beboerne på sykehjem er en gruppe som fortjener mer oppmerksomhet fra vårt helsesystem. Antall sykehjemssenger er omtrent 36 000, det er tre ganger så mange senger som vi har i norske sykehus til sammen. De fleste beboerne har flere kroniske sykdommer, bruker gjennomsnittlig flere enn fem medisiner hver dag og en stor andel lider av demens. Sykehjemspasienter har samme rettigheter til lindrende og funksjonsforbedrende behandling som resten av befolkningen. I normalbefolkningen tas det 0,7 røntgenbilder per person hvert år. For dem som bor på sykehjem er tallet under 0,5. Det er et tankekors, i og med at disse menneskene er sykere enn gjennomsnittet.

Unødvendig dyrt

– Hva var det som fikk deg til å interessere deg for bildediagnostikk av sykehjemspasienter?

– Jeg fikk ideen da jeg var i New York i 1990. Der ble jeg oppmerksom på et lite firma som reiste rundt og tok bilder på sykehjem, og som så reiste til et røntgenlaboratorium for å fremkalle bildene. Både jeg og min kone, som er fysioterapeut, synes det var en god måte å spare disse pasientene for unødige belastninger på. Dessuten koster det mye å ta nettopp røntgen av denne gruppen pasienter, med kostnader både til ambulansetransport og følge av pleiepersonale. Noen år senere tok jeg kontakt med Oslo kommune, og vi holdt på å få i gang et prøveprosjekt. Etter et skifte

av kommunaldirektør, rant det ut i sanden. Siden tok jeg opp igjen ideen da helsereformen var under utforming. Jeg forsøkte å få i gang prosjektet i to forskjellige helseforetak, men det viste seg å være vanskelig. Jeg hadde møter med Sosial- og helsedirektoratet, som anbefalte meg å starte et privat firma, de mente at det ville være enklere å få gjennomslag hos politikerne da. Jeg syntes at dette i utgangspunktet burde være et offentlig prosjekt, men da måtte politikerne ha tall på hvor mange pasienter dette gjelder, og hvor mye man kan spare. Vi fikk støtte av Norges forskningsråd, og dermed fikk vi gjort en undersøkelse på seks sykehjem i Oslo høsten 2004. Over åtte uker kartla vi behovet for spesialisthelsetjenester med fokus på røntgenundersøkelser. I tillegg ble total tid borte fra sykehjemmet, transportmåte og belastning ved polikliniske undersøkelser registrert.

– Hva viste undersøkelsen?

– Tallene taler for seg. Hos de 714 beboerne ble det registrert 453 negative helsemessige hendelser, og 40 stykker døde i løpet av perioden. Det sier noe om hvor alvorlig syke mange av disse menneskene er. Ved 114 av disse hendelsene var det behov for spesialistundersøkelse, og i over halvparten av tilfellene dreide det seg om røntgenundersøkelser. Belastningen for beboerne økte i takt med tiden de var borte fra sykehjemmet, og flere ble både slitne og forvirrede. De som fikk røntgentilbudet i sykehjemmet, opplevde ingen ekstra belastning i forbindelse med undersøkelsen.

Ikke livsforlengelse

– Noen vil kanskje innvende at dette er mennesker som er i livets slutfase, og ikke skal plagres med ekstra undersøkelser for å forlenge livet litt.

– Å snakke om livsforlengelse er et sidespor etter min mening. Dette dreier seg om symptomlindring og funksjonsforbedring hos en marginalisert gruppe i helsesystemet. Fra et pleiemessig synspunkt kan det være viktig å vite om en alvorlig syk

pasient har en fraktur eller ikke, i forhold til både stell og mobilisering.

– Hvem skal tolke røntgenbildene og behandle pasienten på sykehjemmet?

– Det vil være sykehjemsleger som rekvirerer undersøkelsene. En radiograf kan foreta røntgenundersøkelsen, og bildene sendes over nett for endelig tolking fra radiolog, forteller Lærum. Han mener tjenesten bør ha en overregional operasjonssentral.

– Hvorfor ikke sende bildene til lokalsykehuset?

– For å kunne overvåke tjenestens kvalitet og effektivitet, er det viktig å ha en overordnet sentral. Det blir vanskelig å kvalitetssikre hvis dette er opp til hver enkelt radiolog ved forskjellige sykehus når bildene skal tolkes. En «kommandosentral» vil også sikre god ressursutnyttelse og rask responstid. På sikt kan man tenke seg at en slik sentral vil kunne utvides til å omfatte andre tjenester enn røntgenbilder, slik som telemedisinske spesialistkonsultasjoner. Det er behov for eksternalisert medisinsk service, det er et stort gap mellom første- og annenlinjetjenesten på mange områder.

Bedrer klinisk presisjon

Lærum er ikke redd for nye tekniske duppetter. Han fisker frem en lomme-PC og viser frem bilder han har tatt med sitt digitale kamera. Professoren er opptatt av at teknologien kan hjelpe legene i den kliniske hverdagen.

– Har du noen eksempler på dette?

– Jeg mener at bruk av ultralydapparater er den mest underforbrukte undersøkelsen når det gjelder å øke den kliniske presisjonen. Dette er den radiologimodaliteten med størst utviklingspotensial og minst utbredelse. I tillegg er dette ufarlig og billig. Modaliteten i seg selv innbyr til større bruk, men de som bruker den må være opplært og kompetente. Det ville være helt naturlig at medisinstudenter fikk opplæring i bruk av ultralyd. Noe er vanskelig å vurdere, men noe er også veldig lett. Det er en fin måte å bekrefte en mistanke om pleura-



Frode Lærum

Født 18. desember 1947

- Cand.med. Universitetet i Innsbruck 1974
- Spesialist i radiologi 1985
- Mastergrad i helseadministrasjon 1991
- Professor i eksperimentell radiologi og internasjonalisering 2000

Foto Marit Tveito

væske eller et abdominalt aortaaneurisme. Klinisk skjønn bygger til dels på intuisjon og er i sakens natur lite presist. Min erfaring er at bruk av ultralyd kan effektivisere undersøkelsen, og det kan også virke motiverende for legene. Vi bør utvikle en kultur for hva ikke-spesialister bør bruke ultralyd til. Dessuten bør det finnes en politikk i forhold til dette. Jeg ser for meg at det kommer til å bli dannet en ny subspecialitet av radiografer, som blir kalt sonografører. Skal vi satse på å etterutdanne leger, eller skal vi satse på radiografene?

Pasienten er ikke en ting

Lærum var med på å lage en installasjon hvor helsepersonell selv kunne få prøve pasientrollen. Installasjonen var inspirert av utenlandske kongresser med teknologiske muligheter og nyvinninger i sentrum. Pasienten kunne lett bli glemt.

– Hva gikk installasjonen ut på?

– Den het «The patient is a thing», og vi lot radiologer være pasienter. Vi hadde den med oss til en stor radiologisk kongress i Wien. Installasjonen gikk ut på at man skulle gjennom radiologiske undersøkelser som en pasient. Først ventet de en time på venteværelset. Deretter ble de kledd i pasientfrakk og fikk et tredels glass gastrografin å drikke. I første rom stod det en stol og et røntgenapparat. Over høyttaleren fikk man beskjed om at man skulle tas røntgen av, og ble bedt om å sette seg. En ikke ubetydelig andel satte seg på gulvet i stedet for på stolen. Vi hadde hele tiden kontroll med videokameraer, og alle fikk veiledning over høyttaler. Så skulle de til MR-undersøkelse, hvor høyttalere spilte av autentisk MR-lyd. Det var ikke så få som ikke klarte å ligge i maskinen. Til slutt kom man til angiologaboratoriet. Ett bord var dekket opp med vanlig utstyr. På det andre bordet lå det brukt katastrofeutstyr. Veggene var tapetsert med fakta om hvor mange komplikasjoner som skjer hvert år. I tillegg hang det en stor plakate om at man skulle til angiografi, en rutinemessig undersøkelse.

– Hvordan reagerte de som deltok?

– Det var store forskjeller. Noen ble faktisk aggressive og noen måtte avbryte. Men fra de aller fleste fikk vi veldig positiv tilbakemelding. Det er mange muligheter for fremmedgjøringsopplevelser innen medisinsk teknologi. For oss er undersøkelserne rutine. Vi må huske å ta hensyn til pasientopplevelsene, at tilstanden som er kjent for oss er like ukjent hver eneste gang for pasientene.

Lærum er ikke negativ til rutineundersøkelser, og mener samlebåndsmedisin har fått en ufortjent negativ klang. – Vi må lage ny terminologi som ikke gir de negativt ladede assosiasjonene. Er robotkirurgi fremmedgjøring? Nei, vil jeg påstå. Det er høyere oppløsning og større presisjon for kirurgen. Lege artis-begrepet er snart dødt. Det er ikke kunst, det er så riktig diagnostikk og behandling som mulig. Hvilken kvalitetssikring har man av mester-svenn-undervisning? Det pasientene er interessert i er best mulig behandling på kortest mulig tid, i en ramme av omsorg.

Russisk-norsk samarbeid

Når man søker på «Frode Lærum» på nettet, får man et utall med treff som dreier seg om radiologi og intervensjonssenter. Men mye handler også om Universitetet i Oslo senter for medisinske studier som ligger i Moskva. Lærum har vært leder for senteret siden det ble startet i 1993.

– Hva fikk deg til å ta initiativ til et senter i Moskva?

– Det var flere grunner. I begynnelsen av 1990-årene rådet det en optimisme i forhold til Sovjetunionen, samtidig som mange i helsevesenet var bekymret. Man hørte om difteriepidemier og multiresistente tuberkulosebakterier, men faktum var at vi ikke hadde noe nettverk i Russland. Vi hadde ingen mulighet til å vite hvordan helsesituasjonen utviklet seg. Dessuten skjedde det en massiv hjemeflukt til USA, som drev med aktiv uthenting av arvesølvet, nemlig spisskompetansen innen en rekke fagfelter. Det ble sagt at

det ble snakket russisk til lunsj ved det matematiske fakultetet på Harvard i midten av 1990-årene. Vi mente det var viktig å understøtte forskning i Russland. Tradisjonelt sett har det medisinske fakultetet hatt mye samarbeid vestover, men lite østover.

– Nå har senteret fast finansiering og har eksistert lenge. Hvilke resultater kan dere vise til?

– Vi har gitt ut 150 artikler og åtte bøker.

Over 9 000 leger har deltatt på seminarer og forelesninger. Det er ikke u-hjelp, det er nettverksbygging. Russland er et land med mange ressurser og stort potensial. Når vi arrangerer kurs, har vi alltid like mange vestlige og russiske forelesere. Dessuten har vi studentutveksling.

– Er det store forskjeller mellom helsesystemet i Russland og Norge?

– I Russland er det enorme forskjeller. De har «alt», de har for eksempel PET, men samtidig har de sykehus med dårlige hygieniske forhold. Alle pasientene må dessuten betale, selv om det er statlige sykehus.

Utstilling for helsens skyld

– Hva er neste prosjekt?

Han trenger ikke tenke seg om, det er allerede på trappene. – Det er å stille ut en gammel russisk romkapsel i glassgaten på Rikshospitalet. Det er ikke bare for moro skyld, det har en medisinsk begrunnelse. Det er viktig å avlede pasienter og pårørende fra deres ubehag. Dette sykehuset er en stor institusjon som huser mange alvorlig syke mennesker. Primærfokus for alle er diagnostikk og behandling. Da er det viktig å ha noe annet å snakke om og tenke på, de kan møte noe de ikke forventer. Rikshospitalet er nesten som en liten by, og i en by skal det være innslag av forskjellig art. Jeg er opptatt av medisinsk historie, men hvis jeg ventet på en hjerteoperasjon ville jeg ikke ønsket å se på utstillinger av gamle operasjonsinstrumenter. Da ville jeg heller sittet inne i en russisk romkapsel, kommer det fra Lærum.

Marit Tveito

marittveito@hotmail.com