

å være opptatt av – eller bekymret for konsekvensene av – falskt positive diagnoser, synes jeg er urovekkende.

Pål Gjerden
pal.gjerden@sthf.no

Pål Gjerden (f. 1956) er overlege ved Sykehuset Telemark. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Albus M, Strauss A, Stieglitz RD. Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (section F2): results of the ICD-10 field trial. *Pharmacopsychiatry* 1990; 23 (Suppl 4): 155–9.
2. Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Versiani M. The diagnoses of schizophrenia, schizoaffective disorder, bipolar disorder and unipolar depression: interrater reliability and congruence between DSM-IV and ICD-10. *Psychopathology* 2009; 42: 293–8.

Helen Brandstorp
helen.brandstorp@uit.no

Helen Brandstorp (f. 1970) er leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Aasland OG. Valg av spesialitet – et valg for livet. *Tidsskr Nor Legeforen* 2015; 135: 1674.
2. Norris TE, Schaad DC, DeWitt D et al; Consortium of Longitudinal Integrated Clerkships. Longitudinal integrated clerkships for medical students: an innovation adopted by medical schools in Australia, Canada, South Africa, and the United States. *Acad Med* 2009; 84: 902–7.

Re: Valg av spesialitet – et valg for livet

Skal vi ha håp om å lokke leger til spesialiteter utenfor sykehus, gir O. Aaslands betraktninger rundt valg av spesialitet viktige innsikter (1). For det er vanskelig for kommuner å gjøre seg lekker for studentene på avstand. Å innlede et langvarig avstandsforhold er nærmest umulig når det på sykehusene kryr av kjekkaser i et miljø studentene gjerne vanker og kjenner seg hjemme i. TV-serien *Med hjartet på rette staden* nærer ikke opp om like mange fantasier som *Grey's Anatomy* eller *House*, for å si det sånn. Men ingen av disse TV-seriene er virkelighet.

Altså må studentene tidlig få muligheter til å oppleve sann og attraktiv legepraksis også utenfor universitetsbyene. Det handler ikke om arrangerte ekteskap, men mer om å sende de unge på lengre dannelsesreiser. Ut av storbyene, gjerne langt ut. Prestisjeutdanning ved Harvard og Yale i USA, McMaster i Canada, i Sør-Afrika og Australia har vist oss veien. Suksess med å legge mer praksisnær utdanning ut til generalister på småsykehus og i kommunehelsetjenesten er dokumentert (2). Lengre deler av legedanningen tettere på både veiledere og pasienter, gir pasientsentrerte studenter som kan sin medisinske teori i tillegg til å jobbe med folk.

Legers spesialistutdanning opplever dessuten nå sin andre vår ettersom myndighetene jobber frem en ny modell. Turnustjenesten kalles i dokumentene nå for «Del 1» i spesialiseringsløpet. Innholdet i denne første delen er som før: Ett år på sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Imidlertid kan studentene i ny ordening komme til å måtte velge sin spesialitet rett etter endt grunnstudium i stedet for etter endt turnustjeneste (del 1). Det kan synes effektivt å starte et spesialitetsløp rett etter grunnstudiet, men for alle andre steder enn universitetsbyene er det viktig at turnuslegene kommer med et åpent sinn og er mulige å rekruttere. Turnusleger har alltid vært viktige for rekruttering til småsykehus og kommuner, og fremdeles bør turnuslegen få anledning til å bli værende, også hvis det betyr bytte av spesialitet. Del 1 i ny spesialistutdanning må derfor ikke være knyttet strengt til en allerede valgt spesialitet, men virkelig være lik for alle, slik at man i realiteten ikke trenger å velge spesialitet for man har fått prøve seg som lege med ansvar i turnus/del 1. Dessuten må både del 1 og de senere delene i spesialiseringsløpene bygge opp om faglig kompetansebygging også utenfor universitetsbyene. Kurs og veiledning bør bevisst gjøres desentralisert for å bygge attraktive fagmiljøer her. Blir spesialistutdanningen derimot mer sentralisert, kan vi fort se skilsmisser til fordel for faglige muligheter i storbyen.

Spesialistene i allmenn- og samfunnsmedisin jobber nær der vi alle lever våre liv, der helse skapes, og det meste av sykdom håndteres i dagliglivet til folk. Heltene på småsykehus står ikke tilbake for de på de store stedene. Tvert imot. I mer desentraliserte studieløp vil studentene være i trygge hender og få frihet til å ta bedre informerte spesialitetsvalg.

Re: Telemedisin bringer spesialisthelsetjenesten hjem til pasienten

Studien til Irgens og medarbeidere viser god samhandling i praksis, og vi er enige med forfatterne at erfaringene kan overføres til andre områder. Forskningslitteraturen beskriver telemedisin mellom helsepersonell og pasient innen en rekke fagområder (1). Vi mener at tiden nå er inne for å etablere hjemmebaserte telemedisintjenester, både med fastleger og spesialister. Men klinikere som ønsker å satse på dette, står overfor to store utfordringer:

1. Mangelfull finansiering og 2. Pasientjournalssystemer som ikke er tilrettelagt for telemedisin.

Fastlegen kan bruke takst 2ae «E-konsultasjon hos fastlege». Dessverre honoreres kun «tekstlig kommunikasjon (ikke bilde, lyd, video)» (2). Multimedia er selve essensen i telemedisin og en slik begrensning innskrenker tjenestens nytteverdi betraktelig. Spørsmålet har også vært oppe i Stortinget (3).

Sykehuslegen må forholde seg til ISF-regelverket, som sier at en telemedisinsk konsultasjon foreligger «når det er benyttet videokonferanseutstyr» (4). I tillegg kreves at konsultasjonen må foregå i sanntid. Vi er forundret over at regelverket ikke nevner asynkrone løsninger. I utlandet benyttes fortrinnsvis asynkrone systemer til vurdering av hudsykdommer (5). Slike løsninger innebærer elektronisk tekstbasert kommunikasjon med tillegg av digitale fotografier (eller andre vedlegg som EKG, røntgen, videofiler etc.). Fordelen er at sender og mottager av meldingen ikke trenger å være online samtidig. I tillegg kan teksten i slike meldinger lett gjenbrukes som dokumentasjon i journalen. Videokonferanser derimot krever betydelig mer planlegging på forhånd siden de som kommuniserer med hverandre må gjøre det samtidig. Etterpå må alt dokumenteres skriftlig i journalen. Videokonferanse kan være fordelaktig i situasjoner der komplekse problemer må løses raskt, og der flere parter er involvert samtidig. Det er ikke vanskelig å finne tilsvarende eksempler fra vårt dagligliv der man ofte klarer seg med å sende en sms eller epost, men likevel av og til foretrekker å ringe og snakke sammen når det er mer omfattende ting å diskutere.

Journalssystemene som helsepersonell i dag disponerer, har få muligheter til telemedisin. Vi etterlyser spesielt muligheten til å legge ved fotografier og andre typer vedlegg til elektroniske henvisninger og epikriser. Når det gjelder pasienter med mulig hudkreft, har forskning vist at ved å sende bilder med henvisningen, kan tallet på pasienter som må reise til hudspesialist reduseres med opptil 70 % (6). Bildene gjør det mulig å veilede fastlegen. Behovet for digitale vedlegg er ikke noe som bare gjelder hudleger. Bilder kan være til hjelp når leger skal vurdere sår som ikke gror og ulike typer skader. Videosnutter kan brukes til å vise epileptiske anfall. EKG-utskrifter kan hjelpe i vurderingen av hjerteproblemer. Mulighetene er mange, men dagens elektroniske pasientjournalssystemer er dårlig rustet.

Telemedisin er mer enn bare videokonferanser. Myndighetene må investere i og refundere bruken av flere typer telemedisinsys-

temer. Det må defineres hensiktsmessige minstekrav til pasientjournalssystemer slik at telemedisin kan fungere i praksis.

Thomas Schopf

thomas.roger.schopf@telemet.no

Trine Strand Bergmo

Thomas Schopf (f. 1969) er forsker og rådgiver ved Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Trine Strand Bergmo er ansatt ved Institutt for helseledelse og økonomi, Universitetet i Oslo.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Litteratur

1. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ et al. Interactive telemedicine: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 9: CD002098.
2. Normaltariff for fastleger og legevakt 2015–2016. Den norske legeforening. http://normaltariffen.legeforeningen.no/pdf/Fastlegetariff_2015.pdf (30.10.2015).
3. <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Sporsmal/Skriftlige-sporsmal-og-svar/Skriftlig-sporsmal/?qid=60641> (30.10.2015).
4. Innsatsstyrt finansiering 2015. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/775/Innsatsstyrt-finansiering-2015-regelverk-IS-2230.pdf> (30.10.2015).
5. Personlig meddelelse Iris Zalaudek, Universitetet i Graz.
6. Tan E, Yung A, Jameson M et al. Successful triage of patients referred to a skin lesion clinic using teledermoscopy (IMAGE IT trial). *Br J Dermatol* 2010; 162: 803–11.

I. Irgens & H. Sørli svarer:

Takk for utdypende og interessante kommentarer fra Schopf & Strand Bergmo. Vi er grunnleggende enig med forfatterne på de vesentlige punktene. Det kan ikke framheves nok at tiden nå er inne for å etablere hjemmebaserte telemedisintjenester, men at det krever en aktiv tilrettelegging helsepolitisk, finansielt og administrativt for å lykkes i større skala. Pasientene har et sterkt ønske om flere slike tjenester, og prosjektet og annen sentral forskning på telemedisinfeltet viser stor nytteverdi.

Aspekter rundt synkron og asynkron kommunikasjon som trekkes fram er svært sentralt i telemedisinske tjenester. Bruk av asynkron kommunikasjon (MinJournal) startet opp etter at pilotprosjektet var ferdig, og er derfor ikke tatt med i aktuelle artikkel. Bruken av dette kommunikasjonsverktøyet er imidlertid implementert i det nåværende oppfølgingstilbudet til sårpatientene på Sunnaas sykehus ved at pasientene får oppfølging via en kombinasjon av synkron og asynkron kommunikasjon. De kan sende bilder og spørsmål til sykehuset asynkront via tjenesten MinJournal, kombinert med felleskonsultasjoner via synkron kommunikasjon / videokonferanse. Vår erfaring er at ved tverrfaglige, komplekse tilstander der flere aktører og nivåer er involvert, er synkron kommunikasjon som videokonferanse suverent best. Det gir rom for å diskutere problemstillinger og behandlingsvalg på direkten, samt at det kan foretas konkret sårbehandling under tilsyn og veiledning. Videokonferanse er også unikt ved at man kan observere pasientens reaksjoner og være i dialog på en mer utdypende måte. Vi ser likevel at asynkron kommunikasjon som MinJournal («sikker e-post») er et viktig tilleggsverktøy underveis i behandlingen, for eksempel ved behov for billegddokumentasjon, kortere spørsmål og avklaringer. Vi er enige i at også denne formen for kommunikasjon må regnes inn i videreutviklingen av telemedisinfeltet. Vår erfaring er at kombinasjonen sikker e-post og videokonferanse gir et godt balansert tilbud til denne gruppa, der behandler kan avgjøre hva som egner seg best i ulike faser av en oppfølging. Synkron og asynkron kommunikasjon: Ja takk, begge deler.

Vi ser at videokonferansekonsultasjoner krever mye organisering for å lykkes, men at resultatene er gode. Schopf og Strand Bergmo peker på mulige årsaker til at telemedisin som verktøy ennå ikke er godt implementert i Helse-Norge. Gode journalsystemer tilrettelagt

for telemedisinsk samarbeid, samt en finansieringsordning som støtter opp om bruken, er nødvendig for at verktøyet i større grad skal tas i bruk av primær- og spesialisthelsetjenesten. Dagens finansieringsmodell legger beklageligvis ikke opp til bruk av innovative løsninger i kommunikasjon med pasienter og kollegaer.

Ingebjørg Irgens

ingebjorg.irgens@sunnaas.no

Hilde Sørli

Ingebjørg Irgens (f. 1966) er overlege/ph.d.-kandidat ved Sunnaas sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Hilde Sørli (f. 1974) er IKT-rådgiver og spesialfysioterapeut ved samhandlingsavdelingen/IKT-enheten, Sunnaas sykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Re: Førstegangs generalisert tonisk-klonisk krampeanfall

Vi takker kollega Ingebjørg Skrindo for interessante kommentarer i Tidsskriftet nr. 19/2015 (1) til vår oversiktsartikkel om førstegangs tonisk-kloniske krampeanfall (2). Vår hovedintensjon med artikkelen var, på bakgrunn av et litteratursøk, å gi noen retningslinjer om hvordan man på sykehus best utreder og behandler pasienter som har hatt et slikt anfall. Plutselig og uventet epilepsirelatert død (SUDEP) var således ikke et tema i vår artikkel.

Kanskje har Skrindo rett i at risikoen for SUDEP, selv om den er svært liten, burde tale for å starte behandling etter bare ett anfall. Men fordi personer som har hatt ett epileptisk anfall har under 50 % risiko for å få flere anfall, mener vi likevel det er rimelig å vente med å iverksette behandling hos de fleste pasienter.

Skulle vi starte behandling hos alle som har hatt ett epileptisk krampeanfall, for om mulig å forebygge noen av disse tragiske dødsfallene, risikerer vi å påføre mange pasienter en årelang behandling de ikke har behov for.

Når Skrindo har erfart at «pasient og pårørende ikke skal uroes, og derfor ha minst mulig informasjon om epilepsi», er dette for oss både overraskende og beklagelig. Innen fagfeltet epileptologi tilstreber vi å gi pasienter og pårørende grundig informasjon, så vel muntlig som skriftlig, om sykdommen og alle dens mulige konsekvenser, herunder også om den lett økte risikoen for plutselig død.

Martha Seim Realfsen

martha.realfsen@gmail.com

Siri M. Hylleraas Bø

Morten I. Lossius

Karl O. Nakken

Martha Seim Realfsen (f. 1983) er lege i spesialisering ved Nevrokliniken, Akerhus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Siri Hylleraas Bø (f. 1960) er ph.d. og overlege ved Nevrokliniken, Akerhus universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

Morten Lossius (f. 1962) er dr.med. og leder av forskningsgruppen Kompleks epilepsi ved Oslo universitetssykehus.

Oppgitte interessekonflikter: Han har mottatt honorar fra Advisory board perampanel [fycompa] AED Eisai.

Karl O. Nakken (f. 1945) er dr.med. og medisinsk fagsjef ved Spesialsykehuset for epilepsi – SSE, Oslo universitetssykehus.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

>>>