

Utposten

1 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Utposten jubilerer

DOBBELTTIMEN:
Annerledesvalget

Tolkebruk
Kolesterol
Reisebrev

Utposten

UTPOSTEN

v/**Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

REDAKTØRENE AV UTPOSTEN

Inga Marthe Grønseth

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

E-POST: lege.arild.iversen@gmail.com

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:

Eli Berg

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470



Du finner Utposten på
www.utposten.no

INNHold

1 LEDER: Utposten for 50 år siden. *Njål Flem Mæland*

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Annerledesvalget

Siri Fuglem Berg intervjuet av Therese Renaa

5 KOLLEGAHJØRNET: Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM)

Tom Sundar

6 Mål og visjoner for allmenmedisin – tilbakeblikk og frampek

Tor Carlsen og Marte Kvittum Tangen

10 Verdens beste spesialistutdanning i allmenmedisin?

Frode Oosterling

12 Helsekader etter ikke-medisinsk bruk av anabole steroider – utredning og behandling

Marie Lindvik Jørstad

16 Bruk av tolk blant fastleger på Vestlandet

Sundas Anis et al.

19 KOMMENTAR: Sannsynligvis er det et stort underforbruk av tolk

Lisbeth Nilsen

22 DOBBELTTIME MED JESUS, MARIA OG SISSEL: !Viva El Salvador!

Harald Sundby

24 FJERDE REISEBREV FRA GRØNLAND: Intet nytt fra Vestfronten

Eik Kolstrup

28 INTERVJU: Hvordan kan vi oppdage demens før det er for sent?

Vebjørn Andersson

30 Idealisten med blikket mot verdens allmenleger

Lisbeth Nilsen

34 Grunnmuren forvirrar. Kommunale helsetenester til folk over 80 år

Torleiv Robberstad

38 Knappt én av ti nådde kolesterolmålet. *Lisbeth Nilsen*

40 – Viktigere å ta statiner enn å nå behandlingsmålet for LDL

Lisbeth Nilsen

42 Måltrettet pneumokokkvaksinering kan stanse utbrudd og forebygge antibiotikaresistens

Marit Teigen Hauge

44 Utposten for 50 år siden. *Njål Flem Mæland*

48 BOKANMELDelse: Dette bør vi kunne få til!

«Se hvem jeg er!» anmeldt av *Eli Berg*

49 BOKANMELDelse: Tøffe erfaringer og solid innsikt

«Rus – avhengighetens paradokser» anmeldt av *Eli Berg*

50 BOKANMELDelse: Forske, jeg?

«Innføring i klinisk forskning og fagutvikling» anmeldt av *Eli Berg*

51 BOKANMELDelse: En uvanlig solid oversikt

«Forebyggende helsearbeid. Folkehelsearbeid i teori og praksis» anmeldt av *Eli Berg*

52 Sakset fra allmenmedisinsk forskning

Kompilert av Lisbeth Nilsen

53 FASTE SPALTER

HVA LESER LEGEN 53

RELIS 54

LYRIKKSTAFETTEN 56

Utposten for 50 år siden

En god tekst kan være tidløs og nærmest ha et evig liv. En slik tekst vil leses på nye måter over generasjoner. Eksempler kan være Odysseen, Bergprekenen, Shakespeare sine drama og Dostojevskijs romaner. Disse tekstene har kvaliteter som går ut over tiden de skrives i. De ytre rammene kan være preget av sin tid, men kjernen i dem inneholder noe universelt som vil vekke gjenkjennelighet på tvers av kulturer og epoker.

Vi kan vel knapt hevde at noen av *Utposten* sine mange tekster gjennom 50 år kan måle seg med de nevnte eksemplene. Men enkelte tekster kan nok ha noe tidløst over seg, som gjør dem direkte anvendelig også mange år senere. For de fleste av våre tekster er det nok annerledes. De er skrevet inn i en tid og en sammenheng som gjør at de med årene taper sin kraft. Men når det så går ytterligere noen år, får disse tekstene et nytt meningsinnhold. De får en historisk interesse. De forteller noe om hva som var den gang da. Det perspektivet kan igjen hjelpe oss til å forstå vår egen tid.

På 70-tallet var det mange artikler i *Utposten* om kampen for spesialitet i allmennmedisin. På 80-tallet ble det skrevet mye om det forventede kommende overskuddet på leger. Spesialiteten er for oss i dag en selvsagt ting. Overskuddet på leger ble det aldri noe av. Likevel; disse artiklene har nå samlet så mye støv at de nettopp derfor kan gi oss perspektiver på dagens utfordringer.

Utposten har med 50 års historikk skapt en betydelig dokumentasjon av det som var. Vårt arkiv – tilgjengelig på vår nettside – viser utviklingen i norsk allmenn- og samfunnsmedisin. Å se på gamle tekster kan være ikke bare underholdende, men også nyttig. I vårt jubileumsår vil vi derfor starte en ny artikkelserie: «Utposten for 50 år siden». Her vil vi, nummer for nummer, gi korte tilbakeblikk fra våre tidligere utgaver. Vi vil starte med den aller første utgivelsen, trykket på stensilerte ark. Det kan vekke både latter og forundring, men også gi ettertanke og inspirasjon.

NJÅL FLEM MÆLAND



*Faksimiler av
Utpostens tre første
utgaver fra den første
årgangen som
utkom i 1972.*

Annerledesvalget

Siri Fuglem Berg ■ INTERVJUET AV THERESE RENAA

Lege Siri Fuglem Berg valgte å bære frem et barn som hadde små utsikter til å leve. Hun har et sterkt engasjement for å øke kunnskapen om barn med kromosomfeil, og er opptatt av at helsevesenet skal gi rom og ha forståelse for ulike verdisyn i møtet med alvorlig sykdom.

Det er tidlig morgen på Gjøvik. Morgenlyset ved Mjøsa farger skyene i perlemor mens byen våkner rundt oss. Ektemannen Odd Gunnar Paulsen har nettopp kommet hjem fra en tøff nattevakt som anestesilege ved sykehuset og pusler rundt før han skal finne sengen. En arbeidsøkt er over, mens en annen tar til. Det er travle koronadager, og Siri har ryddet en morgentime i timeplanen. Kommuneoverleger har mange baller i luften under pandemien, og samtalen vår blir stadig avbrutt av telefoner og e-poster, selv før arbeidsdagen helt har startet. Siri håndterer strømmen av henvendelser med stødig hånd, små og store problemer løses, skrukkene i dagen glattes ut slik at alle får løst oppgavene sine best mulig.

Siri og Odd Gunnar mistet sin yngste datter i 2010. For Siri ble det et stopp-punkt i livet, både personlig og profesjonelt. Tapet av datteren førte henne inn i forskning og formidling om trisomi 18. Hun valgte etter hvert å forlate jobben som anestesilege og gå over til samfunnsmedisin. Nå er hun kommuneoverlege i Gjøvik. Hun har gjort mye spennende samfunnsmedisinsk arbeid, men det er hennes erfaringer som pasient og mor som er tema for intervjuet med *Utposten*.

I 2009 hadde Siri og Odd Gunnar et sterkt ønske om flere barn. De hadde en felles datter, i tillegg til Siris to barn fra første ekteskap. Gleden over svangerskapet fikk raskt mørkere toner da det ble oppdaget at fosteret hadde en alvorlig misdannelse. De valgte å fullføre svangerskapet selv etter at kromosomtesten påviste trisomi 18. Det var et kontroversielt valg, kanskje spesielt for et legepar.

UTPOSTEN: Hvorfor valgte du å fullføre svangerskapet?

– Jeg er ikke abortmotstander. Det er ikke religiøse grunner til det valget jeg tok. Jeg er for abortloven, selv om jeg er skeptisk til abort. Jeg husker at i studietiden tenkte jeg det kunne være riktig å avslutte et svangerskap når fosteret hadde en tilstand som var uforenlig med liv, men da det skjedde oss føltes det ikke slik. Det virket absurd for meg at det hastet med å avslutte svangerskapet, når vi samtidig fikk beskjed om at hun med stor sannsynlighet ville dø i fosterlivet uansett. Jeg ville ikke bestemme hvilken dag datteren min skulle dø, forklarer Siri.

Det er tøffe ord. Siri krøller fingrene rundt kaffekoppen. Hun er lavmælt og rolig, men jeg aner at under ligger det kompromissløs styrke og en vilje av stål.

En vanskelig beskjed

Siri hadde takket nei til fosterdiagnostikk i sitt tredje svangerskap, et helt bevisst valg da det uansett ikke var aktuelt for henne å avslutte svangerskapet. Da hun 40 år gammel ble gravid for fjerde gang, var hun like sikker på at det ikke var aktuelt å abortere fosteret, selv om det skulle ha en kromosomfeil. Etter mange diskusjoner valgte de likevel å ta imot tilbudet om tidlig ultralyd. Nære venner hadde oppdaget «missed abortion» sent i svangerskapet, og det ville være godt å se at det var liv. Det var også et argument at de trengte tid på å forberede seg hvis det skulle vise seg at barnet hadde en funksjonshemming.

– Fosterdiagnostikk blir fremstilt som at det er for fosterets beste, at man kan oppdage problemer som kan behandles. Sannheten er at det ikke er noen helsegevinst for fosteret. I andre land kaller de det «misdannelsescreening». Og det er jo det det er, sier Siri.

Det ble stille under ultralyden, forteller Siri. Nakkefolden ble målt gang på gang, uten at den var fortykket. Nesebeinet derimot lot seg ikke fremstille. De fikk beskjed om at det var økt sjanse for kromosomfeil og det ble avtalt en time til fostervannsprøve. Hun opplevde at det allerede etter den første ultralyden ble tatt for gitt at de ville ønske å avslutte svangerskapet hvis fosteret hadde en kromosomfeil.

Det ble for vanskelig å leve med usikkerheten. Siri og mannen valgte å ta fostervannsprøven for å unngå å gå gjennom hele svangerskapet i uvisshet.

– Da de ringte og fortalte resultatet var løsningen presentert samtidig. Jeg klarte bare å si at abort ikke var aktuelt før jeg rakte telefonen til Odd Gunnar. Jeg så at han pratet, men registrerte ikke hva han sa, forteller Siri.

Et lite håp

Sjokket og kaoset etter å få beskjed om at fosteret hadde trisomi 18 førte Siri ut på internett. Trisomi 21 barn kunne leve gode liv, men Siri forteller at beskjeden fra legen ved Senter for fosterdiagnostikk var klar. Et barn med trisomi 18 hadde dårlige utsikter. Med stor sannsynlighet ville fosteret dø under svangerskapet. Det var liten sjanse å føde et levedyktig barn, og selv om barnet overlevde ville det være alvorlig sykt og skadet, og bare oppleve lidelse.

– På Internett fant jeg flere samtalegrupper, de fleste fra USA. Noen kunne fortelle om barn med trisomi 18 som var i skolealder. De var alvorlig funksjonshemmede, men det var tydelig at kromosomfeilen ikke alltid var uforenlig med liv, forteller Siri.

Siri blir ivrig og viser frem bilder av store og små barn, omgitt av foreldre og søsken. Hun følger fortsatt flere av familiene, og har truffet flere av barna. Hun har et sterkt ønske om å nyansere bildet av barn med trisomi 18, og håper at hun kan hjelpe andre i samme situasjon ved å informere helsepersonell.



Siri Fuglem Berg har arbeidet for å øke kunnskapen om trisomier etter at hun mistet datteren Evy Kristine. Målet er å nyansere bildet av trisomier som misdannelser uforenlig med liv. Hun ønsker at foreldre som velger å bære frem et funksjonshemmet barn skal møte støtte og aksept for valget.

Samtalegruppene på internett ble et fristed for Siri. Etter det første sjokket fant hun tilbake til et lite håp. Hun var trygg på valget om å fullføre svangerskapet med støtte fra Odd Gunnar. De opplevde lite forståelse fra andre. Kollegaer, venner og familie ga uttrykk for at det var vanskelig å akseptere beslutningen.

Et bitte lite håp, et underliggende verdisyn, en god porsjon stahet hjalp Siri gjennom svangerskapet. For Siri var fosteret i magen hennes datter og en del av familien, like mye som de andre barna som allerede var født. Siri opplevde det som absurd at andre tenkte at hun kunne skåne de andre barna ved å avslutte svangerskapet. Fosteret hadde dårlige leveutsikter, men det reduserte ikke verdien. Likevel var det en tid med mye sorg og tunge tanker.

UTPOSTEN: Var dere ikke bekymret for hvordan det ville påvirke livet å få et alvorlig sykt barn?

– Det er en forestilling om at sorgen over å miste et barn er mindre jo tidligere det

skjer. Alle var så overbeviste om at det beste for oss var å fjerne det skadde fosteret, og heller prøve å få et friskt barn. Men hun var jo allerede der. Hun var også barnet mitt, selv om hun var alvorlig syk. Det var også en holdning til at det var bedre for barnet å aldri bli født, at selve livet vil medføre lidelse når man har en alvorlig funksjonshemming. Men hvordan kan man vite det? Selv et kort liv har verdi. Et funksjonshemmet barn gir også mye glede. Det er klart vi bekymret oss for hvordan livet ville bli med et funksjonshemmet barn, men vi tenkte vi kunne klare det når vi tok en dag om gangen, forklarer Siri.

En opplevelse av å stå alene

Hun hadde lite kontakt med fastlegen sin under svangerskapet, og ingen oppfølging av jordmor i kommunen.

UTPOSTEN: Hvem fulgte deg opp under svangerskapet?

– Fastlegen støttet meg i og for seg, men

vi hadde ikke regelmessig kontakt. Det er kanskje litt typisk for leger å ikke tenke at man selv kan trenge hjelp. Jeg sto i jobb og fikk en slags oppfølging på sykehuset. I ettertid ser jeg at jeg hadde mange rare tanker. Som at jeg ikke trengte å beskytte fosteret mot røntgenstråler fordi hun likevel skulle dø, forteller Siri.

– Mange orket ikke å prate med meg under svangerskapet, og jeg opplevde å stå veldig alene. Det var bare ei jordmor på sykehuset som sa høyt at hun støttet meg. En sen natt sa hun at hun mente jeg gjorde det rette. De ordene ga meg styrke og betydde mye, forteller Siri.

– Det ble tatt som en selvfølge at svangerskapet skulle avbrytes, og alt ble lagt til rette for at det skulle gjøres raskt og skånsomt. Jeg ga tydelig beskjed om at jeg ønsket å fullføre svangerskapet. Da visste de ikke helt hvordan de skulle håndtere det. Jeg ønsket oppfølging, det er jo økt forekomst av flere fysiske misdannelser ved trisomi 18, men det hadde de ingen plan for, forteller Siri.



Familien var mye sammen på sykehuset de tre dagene Evy Kristine levde. Storebror valgte navnet Kristine. Evy betyr liv.

Siri fikk komme til ultralyd en gang i måneden. Hun hadde gitt klar beskjed om at hun ikke ønsket å avbryte svangerskapet, og det var behørig notert i journalen. Likevel opplevde hun at hun fikk gjentatte tilbud om senabort. Hun oppfattet det som at legene på avdelingen strevde med å akseptere valget om å føde et barn med en tilstand som var «uforenlig med liv».

– De snakket ikke med meg om hvordan svangerskapet var, men fokuserte på det tekniske ved ultralydundersøkelsen. Jeg opplevde at de fleste følte ubehag i situasjonen, og at de mente at valget mitt var uforståelig og feil, forteller Siri.

UTPOSTEN: Hvorfor tror du det ble slik?

– Jeg tenker at de som velger å jobbe med fosterdiagnostikk ikke synes det er problematisk å avslutte svangerskap på grunn av at fosteret er skadet. Det er en seleksjon inn i spesialiteten, fordi det blir for vanskelig å jobbe i et så lite fagmiljø når man har andre meninger og holdninger enn fellesskapet. Det fører kanskje til at det er lite forståelse for at pasientene kan tenke og velge annerledes, sier Siri.

– Jeg opplevde at legene jeg pratet med i USA ga større rom for at pasientene har forskjellige ønsker og valg. Det tror jeg vil endre seg også i Norge etter hvert. Det blir større variasjon i samfunnet med ulike verdier, ulike religiøse bakgrunn og ulike

syn på livet. Kanskje noe av paternalismen fortsatt henger igjen i legerollen i Norge, mener Siri.

Tre dager sammen

Siri har et håp om at samfunnet skal endre synet på barn med trisomi 13 og 18. Hun ønsker å formidle at prognosen for barna kan bedres med riktig behandling, og mener at det er et for ensidig dødsfokus når man snakker om kromosomfeil. Hennes egen opplevelse rundt fødselen og dagene etter var tøff.

– Jeg angret på at jeg ikke kjempet hardere for Evy Kristine, sier Siri stille.

Jeg ønsket at hun skulle bli forløst med keisersnitt, men fikk nei. I ettertid har jeg sett at barn med trisomi 18 har bedre sjanse til å overleve med keisersnitt. Hun var i dårlig form da hun kom. Vi var blitt lovet at barnelegen skulle være til stede, men han kom aldri. I stedet var det pappaen hennes som måtte ta henne med ut på gangen for gjenoppliving. Legene på sykehuset var bestemte på at hun ikke skulle ha livreddende behandling. Hun ble gradvis svakere og den tredje dagen sovnet hun stille inn.

UTPOSTEN: Var det verdt det?

– Selv om svangerskapet var fullt av sorg, var det også en god tid. Mannen min og jeg sto sammen om valget. Selv om jeg kanskje

bestemte meg først, støtte han meg, forteller Siri.

De tre dagene vi fikk sammen med Evy Kristine etter at hun ble født var de sterkeste og fineste dagene i livet mitt. Jeg tror mange foreldre som mister et funksjonshemmet barn får høre at det nok var til det beste. Akkurat som om sorgen kan gradeles, og at den dempes av en slags takknemlighet for at barnet slapp unna. Ordene «uforenlig med liv» legger føringer for alt som skjer videre. Målet er da at livet avsluttes så fort som mulig. Ved å ta imot tilbudet om fosterdiagnostikk svekket vi rettighetene til datteren vår, sier Siri.

Siri har fortalt historien om Evy Kristine mange ganger, men det er fortsatt vanskelig. Hun har brukt mye tid på å prate om opplevelsen, blogget, skrevet bok og til og med fått en pris for å fremme menneskeverdet. For Siri har formidlingen vært en måte å håndtere sorgen, men også en kamp for å øke kunnskapen rundt barn med misdannelser. Hun blir fortsatt invitert til konferanser, spesielt av grupper som av ulike grunner er kritiske til dagens abortlovgivning og som ønsker debatt rundt temaet. Siri har et klart mål om at økt kunnskap skal gi mer forståelse for at noen velger annerledes i møte med alvorlig sykdom. Å holde fast på et knøttlite håp i det håpløse, å verne om et liv mot alle odds, å velge å tro. Siri er en rasjonell realist som valgte å håpe.



Velkommen til kollegahjørnet, **Tom Sundar**,
Leder i Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM)

Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM)

Hvor mange samfunnsmedisinere har vi i Norge?

Om lag 850 yrkesaktive leger i Norge har samfunnsmedisinske stillinger. Av disse er ca. 370 spesialister i samfunnsmedisin.

Hva er de viktigste faglige nyhetene innenfor deres fagfelt de siste årene, og hvilke konsekvenser kan dette få for allmennpraksis?

Samfunnsmedisinerne har hatt en fremskutt rolle i håndteringen av koronapandemien. Leger i samfunnsmedisinske stillinger i kommunene, hos FHI, Helsedirektoratet, statsforvalterne og i Forsvaret har sammen bidratt med sin kompetanse, erfaring og ikke minst tid til å løse de mange oppgavene knyttet til pandemien. Jeg sikter blant annet til praktisk arbeid med TISK (testing, isolering, smittesporing og karantenesetting), etablering og drift av vaksinesentre, helseberedskap samt risiko- og sårbarhetskommunikasjon – både på lokalt og på nasjonalt plan.

Særlig har kommuneoverlegenes arbeidssituasjon fått mye oppmerksomhet de to siste årene. Mange kommuneoverleger er også fastleger, såkalte «kombileger» i mindre og mellomstore kommuner, og har jobbet alene, med et stort smittevernansvar og ofte uten mulighet til reell fritid eller adekvate kompensasjonsordninger for merarbeid. Men nettopp kombilegene utgjør en viktig 'broforbindelse' mellom samfunnsmedisin og allmennmedisin. Den broen er viktig å opprettholde og styrke fordi våre to spesialiteter har felles historikk – og fordi de favner mange tusen leger som jobber

utenfor sykehus og som har en rekke felles faglige interesser. Kort sagt er både samfunnsmedisineren og allmennmedisineren – på hver sin måte og med hvert sitt blikk – de sentrale fagmedisinske premissleverandørene i kommunene og primærhelsetjenesten.

Har deres forening diskutert samhandling med fastlegene?

Absolutt, samhandling er et tema som bestandig er høyaktuelt. I kommunene er det kommune- eller bydelsoverlegen som er det avgjørende bindeleddet mellom kommunens ledelse og fastlegene. I fora som LSU og ALU kan vi sammen skape et godt samarbeidsklima, men det forutsetter at begge sider lytter til hverandre og bidrar til en konstruktiv dialog. Norsk samfunnsmedisinsk forening har fått stadig flere medlemmer som jobber innen NAV-systemet, og disse legene er også opptatt av god samhandling med fastlegene.

Legeforeningen har kampanjen «Gjør kloke valg» for å motarbeide overdiagnostikk. Har NORSAM noen innspill til denne kampanjen?

«Kloke valg» er en viktig sak. Vi har brukt en del tid på å finne ut hvordan vi skal engasjere oss, ettersom kampanjen har vært konsentrert rundt medisinsk overaktivitet. Det er lettere å identifisere og redusere medisinsk overaktivitet innen klinisk medisin enn det er i grupperettet medisin, mener jeg. Vi har imidlertid hatt en god dialog med Stefán Hjörleifsson, leder av styringsgruppen i Kloke valg, og det har så langt resultert i følgende hovedpunkter:

- Unngå å ha for stort fokus på helse- og omsorgstjenestene på bekostning av andre sektorer som har betydning for folkehelsen
- Unngå å legge større vekt på manglende diagnostikk og behandling enn på mye diagnostikk og behandling i ulike tilsynsoppgaver
- Unngå å planlegge forebyggende eller helsefremmende tiltak som vil forsterke sosiale helseforskjeller

Dette er overordnede punkter som vi ikke er helt i mål med. Derfor tar vi gjerne imot innspill fra både samfunnsmedisinere og andre leger!

Tom Sundar er leder i Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) samt bydels- og avdelingsdirektør i Nordre Aker, Oslo.



■ TOM.SUNDAR@GMAIL.COM

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Mål og visjoner for allmenn – tilbakeblikk og frampek

■ TOR CARLSEN • Sekretariatsleder, Norsk forening for allmennmedisin 2012–2021

■ MARTE KVITNUM TANGEN • Leder, Norsk forening for allmennmedisin

Allmennmedisinens plass i et moderne helsevesen er ikke naturgitt. Det har vært og er viktig å beskrive og reflektere over sentrale verdier og mål for faget, både for befolkningen, beslutningstakerne og utøverne. Her beskrives det norske og nordiske arbeidet etter at faget ble en akademisk disiplin på 70-tallet. Tiden synes moden for en oppdatering av «Sju teser for allmennmedisin» fra 2001.

Allmennmedisin ble en spesialitet i deler av den vestlige verden fra 60- og 70-tallet. Vi fikk den første professor i allmennmedisin i Oslo allerede i 1968, men til tross for et tydelig akademisk allmennmedisinsk miljø, ble spesialiteten opprettet først i 1985. Prinsipper som likeverdig tilgang til omfattende helsetjenester, kontinuitet og solidaritet ble pekt på som viktige forutsetninger fra starten. Ledere og lærere i faget så behov for å beskrive verdigrunnlag, arbeidsmåte og avgrensninger for allmennmedisin, både for å skape identitet og refleksjon blant legene, og for å stimulere diskusjon i samfunnet.

Alma Ata-deklarasjonen fra 1978 (1) slo fast at en godt utbygd primærhelsetjeneste er en forutsetning for et bærekraftig helsevesen. WHO-konferansen i samme land i 2018, bekreftet og utdypet disse målene, som Norge har sluttet seg til (2).

Betydningen av en sterk bevissthet om allmennmedisinens mandat i helsetjenesten er kanskje større enn noen gang. Sammenlignet med sykehusspesialitetene har de allmennmedisinske tjenestene i Norge dårligere vilkår. Vi har også store mangler når det gjelder organisering, ledelse og fi-

SJU TESER FOR ALLMENNMEDISIN

En beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen skal: klargjøre legens ansvarsområder, fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter, gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning, skape realistiske forventninger til helsetjenesten og sikre faglig identitet og trygghet for legen.

Hold lege-pasientforholdet i hevd!
Allmennmedisinens sentrum er lege-pasientforholdet. Det viktigste er det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid.

Gjør det viktigste!
Allmennpraktikerens hovedoppgaver er diagnostikk og behandling. Legen er **fortolker av pasientens symptomer og plager**; skiller ut de som har behandlingstrengende sykdom, og forskåner pasientene fra urettmessig å bli behandlet som syke. **veileder og lærer**; hjelper pasienten til å forstå sin situasjon og hvordan den kan mestres eller lindres. **vitne og ledsager**; følger pasienten og hans nærmeste gjennom sykdom og lidelse.

Gi mest til dem som har størst behov!
Forventningene til allmennmedisin overstiger både ideelle og praktiske muligheter. Allmennlegen må organisere hverdagen slik at det blir rom for de pasienter som har størst behov for hjelp. Allmennlegen må også ta hensyn til behandlingskostnader; hvis flere behandlingsstrategier er like effektive, skal allmennlegen velge det billigste slik at ressurser som spares kan komme andre til gode.

Bruk ord som fremmer helse!
Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisin skal utvikle et språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinerbruk med liten nytteeffekt.

Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling!
Fagutøvelsen skal baseres på dokumentert viten, praktiske ferdigheter og erfaringsbasert kunnskap. Faget skal utvikle begreper som knytter sykdom og lidelse til relasjoner og gi en forståelse av hvordan livet setter spor i kroppen. Medisinsk etik skal beskrive hvordan respekten for menneskets verdighet er en forutsetning for helbredelse.

Beskriv praksiserfaringene!
Å forebygge sykdom og uhelse er ofte et spørsmål om å endre samfunnsforhold. Legen skal systematisere og dele sin kunnskap med forvaltning og politikere om sykdoms- og lidelsepanoramaet i sin populasjon.

Ta ledelsen!
Allmennlegen skal ta aktivt ansvar for å sikre god samhandling mellom aktørene i helse- og sosialtjenesten. Allmennlegen skal bidra til at spesialisttjenester prioriteres til dem som har størst behov. I samhandling med andre helsearbeidere må allmennlegen arbeide aktivt for at faglige ressurser utnyttes optimalt. Som leder av legeskjemaet må legen sørge for at medarbeiderne får utvikle faglig og personlig kompetanse.

Plakaten med sju teser.

nansiering av forskning, fagutviklingsarbeid og videreutdanning. Allmennmedisinen i Norge mangler en «motor» på linje med de regionale helseforetakene, og taper regelmessig i kampen med spesialisthelsetjenesten om knappe ressurser.

Verdien av en kontinuerlig pasient-lege-relasjon er vist i andre land, nå også i Norge (3). Både hyppighet av sykehusinnleggelse, legevaktbesøk og totaldødelighet faller parallelt med antall år med samme fastlege. Til tross for denne kunnskapen ser vi en

CORE VALUES AND PRINCIPLES OF
NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE

1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on www.nfgp.org

tendens til fragmentering av primærhelsetjenesten og svekkelse av portvaktrollen.

Legeforeningens arbeid med utvikling av allmennmedisin kom i gang på 1960-tallet. Fond for legers videre- og etterutdanning ble etablert i 1967. «Allmennpraktiker Dnlf» – tittelen ble etablert i 1973 med utdanningsregler og rett til ekstra takst. En komité fra Allment praktiserende legers forening og Offentlige legers landsforening, utga i 1977 skriftet *Tanker om morgendagens primærhelsetjeneste* (4), hvor KOPF-begrepet ble introdusert: Allmennlegen bør stå for kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende tjenester. Utviklingen videre viste at målene knapt lot seg etterleve i praksis, og det var behov for et videre arbeid.

Da fastlegeordningen var på trappene i 2000, startet NSAM (Norsk selskap for allmennmedisin – forløperen for Norsk forening for allmennmedisin) en bred diskusjon om innhold og verdier i faget allmennmedisin. Norsk allmennmedisin opplevde, som nå i 2022, en nedgangsperiode med dårlig rekruttering og usikkerhet om den framtidige organiseringen av tjenesten.

NSAM-leder Anna Stavdal pekte i en leder i *Tidsskriftet* med overskriften «Allmennmedisin i krise» (5) på at det var nødvendig å redefinere innhold og mandat for allmennmedisin. NSAM samlet innspill fra mange ulike miljøer i og utenfor primærhelsetjenesten som grunnlag for «Sju teser for allmennmedisin», et ideologisk dokument med korte hovedpunkter i imperativ form, supplert med utdypende kommentarer (6).

NSAM hadde på 90-tallet arbeidet med de medisinske og etiske dilemmaene knyttet til økt oppmerksomhet omkring leting etter risikofaktorer hos friske individer, koblet til muligheter for medikamentell behandling for å redusere risiko for sykdom. Dette gjaldt særlig området hjerte-kar-sykdommer (7). «Risikoprojektet» ga innsikt i hvordan legemiddelindustri og spesialistmiljøer sammen påvirket allmennlegenes

Plakaten med core values.

praksis, slik at en økende andel av legenes tid ble brukt til å kartlegge og følge opp risikofaktorer i befolkningen. Det etiske grunnlaget for å gi medisinske råd basert på sammenhenger på gruppenivå ble diskutert. Gode pedagogiske verktøy for en opplyst dialog med pasienten manglet, og kunnskapen om positive og negative effekter av en befolkningsstrategi var for liten. Denne diskusjonen påvirket utformingen av «Sju teser». En av målsettingene ble «å fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og legemidler – og forhindre at pasienter feilaktig behandles som syke». Tesen «Gjør det viktigste!» tok ikke med forebyggende arbeid og risikokartlegging hos den enkelte pasient som hovedoppgave for le-

gen. NSAM ønsket å legge vekten på legens ansvar for å diagnostisere og følge opp de syke, for å løfte diskusjonen omkring risikoleting og risikobehandling. Tesene «Gi mest til dem som har størst behov» og «Bruk ord som fremmer helsa» var også en direkte oppfølging av risikoprojektet. Ønsket var å legge mer vekt på den enkeltes egenomsorg og tro på egne ressurser, som motsetning til ensidig oppmerksomhet på svakhet og defekter.

Punktet «sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling» pekte på at kontaktårsakene i allmennmedisin for en stor del er knyttet til dagliglivets påvirkninger, og i liten utstrekning lar seg kartlegge med bruk av målinger (8).

«Sju teser» virket langt på vei som ønsket i debatt i mange fora, i undervisning av medisinske studenter og spesialistkandidater i allmennmedisin. Norsk forening for allmennmedisin bruker fortsatt prinsippene i høringsuttalelser til helsemyndighetene og i sine policydokumenter (9). Tesene har også fått en naturlig plass i den norske læreboka i allmennmedisin.

Det danske selskap for allmennmedisin (DSAM), utga i 2016 dokumentet *Pejlemærker for faget almen medicin* (10), etter en omfattende diskusjon med hundrevis av allmennleger. «Sju teser» er tydelig modell for dokumentet. Men mens «Sju teser» hadde form nærmest som en katekisme, er «Pejlemærker» utformet som en tjenesteerklæring med vi-form, enda tydeligere adressert til befolkning og myndigheter.

I 2017 tok Nordic Federation of General Practice, hvor de fem nordiske fagmedisinske foreningene samarbeider, opp arbeidet med å formulere «vision and mission». Professor Johann Sigurdsson fra Island var primus motor og ledet en lang prosess med innspill fra alle de nordiske landene. Det var nødvendig å drøfte kulturelle forskjeller mellom landene og reflektere utviklingstrekkene i medisin og samfunn, samt enes om gyldige formuleringer på det nordiske fellesspråket engelsk, før en kunne presentere dokumentet i desember 2020 (11, 12). Allmennlegenes ansvar for sykdomsforebygging og helsefremmende innsats er tatt med i dokumentet. Likeledes er kvalitetsutvikling pekt på som en del av praksis. Nylig ble «core values» fil-matisert med representanter fra alle de nordiske allmennmedisinske fagmedisinske foreningene (13).

Det nordiske arbeidet med kjerneverdier har pågått i over 20 år. Det er ikke store forskjeller i innholdet mellom 2020- og 2001-dokumentene, til tross for betydelige endringer i samfunn, helsetjenester og medisin. Dette kan tolkes forskjellig, kanskje er det uttrykk for at «Sju teser for allmennmedisin» ble et slitesterkt dokument. Målene fra 2001 er fortsatt aktuelle: Å gi «en beskrivelse av faget allmennmedisin i fastlegeordningen for å: klargjøre legens ansvarsområder, fremme forsvarlig bruk av medisinsk teknologi og medikamenter, gi basis for innhold i grunn-, videre- og etterutdanning, skape realistiske forventninger til helsetjenesten og sikre faglig identitet og trygghet for legen.»

«Sju teser» ble skrevet for å bidra til en sterk offentlig helsetjeneste bygd på solidaritet. En sterkt truet fastlegeordning viser at helsepolitikken nå er i ferd med å ta en annen retning. Sosial ulikhet øker i samfunnet. En mulig privatisering og kommersialisering av primærmedisin vil



Møte i Nordic Federation of General Practice (NFGP) Soria Moria august 2021. Fra venstre: Johann Sigurdsson, leder, Roar Maagaard, Salome Arnardottir, Anna Stavdal, Linn Ekström, Marte Kvittum Tangen, Louise Hørslev, Katrina Tibballs, Sanne Bernard og Juha Auvinen.

underminere kjerneverdiene. Påvirkningsarbeid på ulike nivå, fortsatt diskusjon i utdanningsløpene og i lokale fora er vesentlig for å holde kjerneverdiene i hevd. Dette er en del av programmet til Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Begrepet teser brukt som synonym for ideologiske læresetninger er for oss i dag litt fremmedgjørende. Kanskje skulle vi, som den Nordiske føderasjonen, erstatte begrepet med kjerneverdier og inkludere forebyggende arbeid og kvalitetsutvikling? Vi i NFA har startet arbeidet og tar gjerne imot innspill, så får vi se om vi med dette har lansert et nyttig frampek.

REFERANSER

1. Roksund G. 30 år siden Alma Ata-deklarasjonen. Utposten 2008, 1: 14–18. <https://www.utposten.no/asset/2008/2008-01-14-18.pdf>.
2. WHO 2018. The declaration of Astana. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>.
3. Sandvik H., Hetlevik Ø., Blinkenberg J., Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway 2021; BJGP.2021.0340. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
4. 1978 «Den lille grønne» <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d53fa00699df44f49c>

- 46428eab86661e/1978-oll-og-aplf-tanker-om-morgendagens-primarhelsetjeneste-kopf.pdf.
5. Stavdal A. Allmennmedisin i krise. Tidsskr Nor Lægeforen 2000 120: 774. <https://tidsskriftet.no/2000/03/redaksjonelt/allmennmedisin-i-krise>.
6. NSAM 2001 NFA 2019 Sju teser for allmennmedisin <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacafc4/7-teser-for-allmennmedisin.pdf>.
7. Swensen E (red) Diagnose: Risiko. Oslo: Universitetsforlaget 2000.
8. Skapar värden ohälsa? Studentlitteratur 2009. Stavdal A. Från projekt til Sju teser för allmänmedicin.
9. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/politikk/>.
10. DSAM 2016 – Pejlemærker for allmen medicin. <https://www.dsam.dk/pejlemaerker/#baggrund>.
11. Sigurdsson J, Beich A, Stavdal A. Our core values will endure. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38: 4, 363–366. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2020.1842676>.
12. Nordic Federation of General Practice (NFGP) (2020) Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine, Scandinavian Journal of Primary Health Care, 38: 4, 367–368, DOI: 10.1080/02813432.2020.184267. Full article: Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine (tandfonline.com).
13. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter/2021/allmennmedisins-kjerneverdier-i-lyd-og-bilde/>.

■ MARTE.KVITTUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO
 ■ TOR.CARLSEN@GMAIL.COM

Verdens beste spesialistut

■ FRODE OOSTERLING • Spesialist i allmennmedisin, ALIS Øst-kontoret Hamar

Forfatteren gir her et innblikk i den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin, gjeldende for LIS1 fra 1. mars 2017, og for LIS3/ALIS fra 1. mars 2019.

Når vi på ALIS Øst arrangerer kurs for individuelle ALIS-veiledere innleder jeg med å si at vi i Norge allerede hadde en av verdens beste spesialistutdanninger i allmennmedisin, kanskje den aller beste. Og så spør jeg om det er noen nederlendere eller dansker i salen, for de mener ofte at ordningen i deres oppvekstland er bedre. Deres spesialistutdanninger er definitivt veldig strukturerte og forutsigbare, men jeg hevder da at den nederlandske utdanningen er for kort, kun tre år, og at den danske ordningen er for sykehusbasert, der fire av fem år finner sted i spesialisthelsetjenesten. Den norske modellen, der spesialiseringen i allmennmedisin tar akkurat like lang tid som andre spesialiseringer, og der utdanningen foregår mens du er i fastlegepraksis, synes jeg er den beste. Og jeg mener at man gjennom den nye spesialistforskriften klarte å ta vare på det beste fra den gamle ordningen, for eksempel veiledningsgruppa, samtidig som man introduserte noen helt nødvendige endringer.

Individuell veiledning fire timer pr. måned

Den viktigste endringen er at alle allmennleger i spesialisering nå har krav på minst fire timers individuell veiledning per måned i ti og en halv av årets tolv måneder. Veilederen må være spesialist i allmennmedisin, utover det stilles det ingen formelle krav. Vi på ALIS-kontorene anbefaler imidlertid at veilederne melder seg på vårt todagerskurs om veiledning og supervisjon. Kurset er utviklet av Bente Aschim og Sverre Lundevall, og er blitt veldig bra! Tilbakemeldingene er entydig positive, deltakerne skryter særlig av at de får bryne seg på de veiledningspedagogiske metodene gjennom utstrakt egenaktivitet i form av blant annet triader og gruppearbeid.



Bente Aschim og Sverre Lundevall har utviklet det to dager lange kurset. FOTO: AINA SKOLAND

Læringsmål og Dossier

Mange har hørt om læringsmålene som ALIS nå må oppnå, og både veileder og ALIS kan bli svette i panna av den tilsynelatende endeløse rekken av mål med fornavn ALM for allmennmedisin og FKM for felles kompetansemål. Men fortvil ikke, fem år er lang tid, og mange av læringsmålene er «modningsmål», som kandidaten oppnår gjennom kontinuerlig refleksjon rundt egen praksis tilrettelagt av veilederen. I starten trenger man ikke snakke om læringsmål i det hele tatt. Da skal man bli kjent, og veilederen har et ekstra ansvar for at ALIS føler seg trygg, og kan legge fram de problemstillingene som betyr mest for ham eller henne der og da. Det være seg vanskelige pasienter, vrang kollegaer eller vriompeiser på NAV-kontoret. Når man etter hvert begynner å registrere at læringsmålene er oppnådd, skjer dette digitalt i Kompetanseportalen, oftest kalt Dossier etter leverandøren. Dossier er ikke veldig brukervennlig for helt ferske brukere, men bedre enn sitt rykte. Her må veileder være ydmyk og tillate seg å bli instruert

av ALIS-kontorene, som har erfaring med Dossier fra tida som LIS1. Det eneste som er obligatorisk i Dossier, er for ALIS å be veileder om å hake av for at læringsmål er oppnådd. Da går dette læringsmålet videre til den kommunale lederen, som gir den endelige godkjenningen. Vi anbefaler imidlertid at ALIS skriver et stikkordsmessig referat etter alle veiledningssamtaler. Da er det lettere å gå tilbake i ettertid og knytte læringsmål til den aktuelle samtalen.

Sykehusåret er borte, sykehjem kan godkjennes

En annen stor endring er at minstekravet til lengden på den obligatoriske institusjonstjenesten («sykehusåret») er redusert fra tolv til seks måneder. Det er dessuten åpnet opp for at man kan få godkjent tjeneste ved kommunale institusjoner, i praksis sykehjem og kommunale akuttdøgnplasser (KAD). Godkjenningen forutsetter at institusjonen har ansatt spesialist i allmennmedisin i full stilling som kan gi vei-

danning i allmennmedisin?

ledning og supervisjon, at det tilbys internundervisning, og at kandidaten deltar i vaktordning om slik finnes.

Mer fra annen spesialitet kan godkjennes

Felles for alle spesialiteter er at minst halvparten av tjenestetiden på totalt seks år og seks måneder må være i spesialiteten man søker, og etter LIS1, dvs. minst tre år og tre måneder. For allmennmedisin betyr det at i tillegg til de obligatoriske to årsverkene i åpen uselektert praksis må man ha ytterligere ett år og tre måneder i allmennlegetjeneste. Dette kan godt være jobb på helsestasjon, legevakt, KAD eller sykehjem, som alternativ til fastlegevirksomhet. De som henger med i regnestykket ser at det nå gjenstår ett år og ni måneder. Det kan fylles med tjeneste fra en annen spesialitet og bli godkjent som del av spesialiteten i allmennmedisin. Dette er greit å vite om man skal prøve å lokke tilbake frafalle allmennlegekollegaer. Oppsummert: Ny minimumstjeneste på institusjon er seks måneder, ny maksimumstjeneste fra annen spesialitet er ett år og ni måneder.

Konvertere til ny ordning?

Det er viktig å være klar over at det jeg har beskrevet over kun gjelder for ny ordning. Dersom man har begynt på spesialiseringen på gammel ordning, før 1. mars 2019, må man konvertere til ny ordning for å nyte godt av disse endringene. Vi anbefaler flest mulig å konvertere til ny ordning, siden vi mener den innholdsmessig er bedre enn den gamle. Dette er også uttalt politikk fra Helsedirektoratets side, og det er ikke satt noen grense for hvor seint man kan konvertere. Det man imidlertid må være klar over, er at man må kunne sannsynliggjøre at man har oppnådd alle læringsmålene overfor veileder, som da må konferere med kollegaer, supervisører og ev. veiledere som kandidaten hadde på gammel ordning. Dette vil i en periode medføre en ekstrajobb utover fire timer per måned for veilederen. Kommunen kan bruke ALIS-tilskuddet fra Helsedirektoratet til å finansiere dette. Det er bebudet at dette tilskuddet fra og med 2022 skal omfatte alle ALISer i landet,

detaljene er ikke kjent i skrivende stund. Følg med på Helsedirektoratets nettsider om spesialistutdanningen i allmennmedisin!

Kommunen er ansvarlig for spesialistutdanningen i allmennmedisin

Fra 1. mars 2019 er det hver enkelt kommune som er ansvarlig for at alle legene i kommunens primærhelsetjeneste er eller blir spesialister i allmennmedisin. Dette er en stor og ny jobb som kommunene ikke var forberedt på, hverken personell- eller kompetansemessig. Pandemien har dessuten stukket kjepper i hjulene, siden det ofte er den smittevernansvarlige i kommunen som også har ansvaret for spesialistutdanningen. Det skal utarbeides en overordnet utdanningsplan for kommunen med oversikt over alle tilgjengelige læringsarenaer og hvilke læringsmål som kan oppnås på hver av dem, og hver enkelt ALIS skal motta sin spesialtilpassede, individuelle utdanningsplan over hele spesialiseringløpet. Alle kommuner med ALIS på ny ordning må registrere seg som utdanningsvirksomhet gjennom en unødvendig komplisert prosess på Altinn. I praksis er dette en fordekt godkjenningsordning, siden kommunen ikke blir registrert dersom ikke alt er på stell, noe som sjelden er tilfelle på første forsøk.

Veiledning og supervisjon

I tillegg må kommunene rekruttere individuelle veiledere og supervisører, samt en kommunal leder til å kontrasignere læringsmålene. Supervisørene må nødvendigvis jobbe på samme legesenter som kandidaten, siden supervisjon er å komme inn på kandidatens kontor og bekrefte eller avkrefte at den vonde skuldra er en frozen shoulder. Veilederen må ikke nødvendigvis jobbe på samme kontor som ALIS. Det er fordi veiledningen uansett skal foregå løst fra den daglige praksisen, på et fast oppsatt tidspunkt der man er skjermet fra avbrytelser. Dette er et idealisert bilde som jeg vet det ikke er lett å leve opp til. I praksis er veileder og supervisør ofte samme person, som skliertilsynelatende umerkelig fra den ene rollen til den andre. Det er OK så lenge man reflekterer over hvilken rolle man til enhver tid

har. Det vi erfarer at er vanskelig, er å sette av nok tid til ekte veiledning, der veileders rolle er å stille de riktige, åpne spørsmålene, og ellers la kandidaten prate. En tommelfingerregel er at ALIS skal prate 80 prosent av tida, veileder 20 prosent. Det er ikke lett for durkdrevne og løsningsorienterte spesialister, men det er mulig!

Tenk nytt!

Mange kommuner sliter med å skaffe veiledere, og da må de tenke utenfor boksen ved blant annet å spørre nylig pensjonerte spesialister, og/eller spesialister i nabokommunene. Det vi på ALIS Øst ser som en klar suksessfaktor er for en kommune å ansette en av sine spesialister i allmennmedisin i en bistilling med ansvar for koordinering av veiledere og ALISer.

ALIS-kontorene

Opprettelsen av de fem regionale ALIS-kontorene var en del av Solberg-regjeringens opptrappingsplan for fastlegeordningen. Man kan mene mye om denne planen, men vi som jobber på ALIS-kontorene gjør så godt vi kan for å veilede kommunene i våre nedslagsfelt.

Never change a winning team

Det som er beholdt fra den gamle videreutdanningen er den allerede nevnte, og høyt skattede, gruppeveiledningen, de fire grunnkursene, totalt sju emnekurs på minst femten timer hver inkludert kurset i akuttmedisin, minst førti legevakter, og gjensidige praksisbesøk.

Crisis, what crisis?

Fastlegekrise skaper store problemer også for spesialistutdanningen. Det er vanskelig å skaffe veileder om alle kollegaene dine er innleide vikarer fra byrå. Men, når helsepolitikkerne våre har tatt til vettet og bevilget nok penger til fastlegeordningen, er jeg sikker på at vi igjen vil få verdens beste spesialistutdanning i allmennmedisin!

■ FRODE.OOSTERLING@GMAIL.COM

Helseskader etter ikke anabole steroider – ut

■ MARIE LINDVIK JØRSTAD • Prosjektmedarbeider, Steroideprosjektet, Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Oslo universitetssykehus HF

Bruk av anabole steroider for å bygge kropp og styrke kan føre til et bredt spekter av fysiske og psykiske bivirkninger. Mange blir avhengige og kan få behov for behandling for å klare å slutte. Norge er ett av få land der brukere har rett på behandling innen rus- og avhengighetsfeltet, men mange vil også ha behov for behandling hos fastlegen eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Anabole-androgene steroider (heretter anabole steroider) er et samlebegrep for det mannlige kjønnshormonet testosteron og andre syntetiske kjemiske stoffer med liknende struktur og effekt. Disse stoffene har både vekstfremmende (anabol) og maskuliniserende (androgen) effekt. De kan brukes medisinsk i terapeutiske doser innen behandling av enkelte sykdommer, men er mest kjent som et dopingmiddel der de brukes i store doser for økt muskelmasse og styrke. Slik bruk forekommer i alle aldersgrupper og hos begge kjønn, og det er ikke lenger kun kroppsbyggere som bruker preparatene. Bruken er vanligst blant menn i 20–30 års alder, og forskning viser en høyere forekomst av bruk blant

pasienter i rusbehandling og i fengsler. Preparatene inntas vanligvis som injeksjoner og piller, men finnes også tilgjengelig som gel, krem og plaster. De brukes gjerne i «kurer» der en periode med bruk følges av en periode uten bruk. Mange bruker også anabole steroider kontinuerlig, enten med fast eller varierende dosering. Slik ikke-medisinsk bruk er forbundet med utvikling av fysiske og psykiske bivirkninger.

Bivirkningene er mange og vanlige

Flere fysiske bivirkninger er vanlige, (SE TABELL 1). Det er også svært vanlig at en bruker av anabole steroider opplever psykiske endringer underveis i bruk, mellom kurer



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Endokrinologisk bruk av steroider og behandling

og etter avsluttet bruk, og mange opplever at kontrastene er store under og etter bruk. Oppstart av bruk er forbundet med oppstemthet og økt selvtillit, energinivå og sexlyst. Dette vedvarer ofte under bruk. Noen opplever også irritabilitet og mistenksomhet, økt impulsivitet og paranoide symptomer. Hypomani og mani kan forekomme under bruk, men psykotiske tilstander er sjelden. Noen brukere beskriver økt aggresjon, og forskning viser at bruk av anabole steroider sammen med rusmidler er assosiert med aggressiv adferd. En konsekvens av å tilføre kroppen anabole steroider er at kroppens egen testosteronproduksjon undertrykkes og kan gi midlertidig eller varig hypogonadisme. Mellom kurer og etter avsluttet bruk er derfor nedstemthet eller depresjon, fatigue, angst og søvnproblemer vanlig. Noen utvikler alvorlige depressive tilstander med eller uten suicidalproblematikk. Disse effektene kan gjøre det vanskelig for en bruker å avslutte bruk eller ha pauser mellom kurene, og brukeren kan utvikle avhengighet. Avhengigheten kan være knyttet til tre forskjellige effekter;

1. Den anabole effekten (psykologisk avhengighet av større muskelvolum)
2. Den androgene effekten (fysisk/psykisk reaksjon på hypogonadisme som gjør det vanskelig å slutte)
3. Belønningseffekten i form av en sterk velværefølelse bruken kan gi. Avhengige brukere benytter ofte høyere doser og kortere pauser enn planlagt, eller kontinuerlig bruk – til tross for opplevde bivirkninger.

Illegale dopingmidler

I 2013 ble legemiddeloven i Norge endret, og bruk og besittelse av anabole steroider og andre dopingmidler ble forbudt. Stortingsmelding 30 (2012) integrerte dopingbruk i rusmiddelpolitikken, og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble gitt ansvar for pasientgruppen. Prioriterings-

FYSISKE BIVIRKNINGER	
Hormonelle	Anabole steroider har en dempende effekt i hypotalamus-hypofyse-gonade aksene og kan gi redusert egenproduksjon av testosteron og redusert spermatogenese. Etter bruk av anabole steroider kan midlertidig eller varig hypogonadisme oppstå med depresjon, fatigue, redusert libido og erektil dysfunksjon.
Lipider, hjerte/ kar, hematologi	Lipidforstyrrelse med økt LDL/total kolesterol, redusert HDL, hypertensjon, aterosklerose, hjerteinfarkt, hjerterytmeforstyrrelser, hjertehypertrofi, hjertesvikt, polycytemi, DVT, hjerneslag.
Lever	Transaminasestigning, toksisk leverskade ved oralt inntak av noen anabole steroider.
Nyrer	Redusert nyrefunksjon, økt produksjon av erythropoietin (EPO) kan gi polycytemi.
Muskulatur	Ruptur av sener og muskulatur, muskelkramper, smerter, rhabdomyolyse.
Hud	Akne, striae samt arrdannelse og abscesser etter injeksjoner
Kjønnsespesifikke endringer	Menn: Redusert LH og FSH kan gi lav egenproduksjon av testosteron, testikkelatrofi, redusert spermatogenese og redusert fertilitet. Testosteron aromatiseres til østradiol og kan føre til gynekomasti. Kvinner: Økt kroppsbeholdning, skjeggvekst, maskulint hårtap hodet, mørkere stemme, klitorishypertrofi, redusert bryststørrelse, redusert fertilitet, oligomenoré eller amenoré.

TABELL 1. Fysiske bivirkninger ved bruk av anabole steroider.

forskriften for TSB gir pasienter med tidligere eller nåværende bruk av anabole steroider og andre dopingmidler veiledende rett til nødvendig helsehjelp; poliklinisk behandling og samhandling med relevante aktører i første- og andrelinjetjenesten. Lovendringen i 2013 kan gjøre det vanskelig for en pasient å fortelle om bruken av anabole steroider når pasienten presenterer sine helseproblemer. Det er derfor viktig å kartlegge slik bruk for å kunne gi best mulig helsehjelp.

Oppfølging i allmennpraksis

Mange brukere kan få den utredningen, behandlingen og oppfølgingen de trenger hos fastlegen. Følgende er viktig ved oppfølging av en slik pasient:

- Vurder behandling av depresjon, angst og søvnproblemer når pasienten slutter med anabole steroider
- Følg hjerte/kar-status, hematologisk til-

stand og lipidstatus, leverfunksjon, hypofysefunksjon og endogen testosteronproduksjon

- Henvis endokrinolog ved tegn til hypogonadisme seks til tolv måneder etter avsluttet bruk av anabole steroider
- Ved risiko for eller tilbakefall til anabole steroider vurderes henvisning til TSB

Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Planlegg videre oppfølging med pasienten og vurder henvisning til TSB, kardiolog med ultralyd av hjertet, endokrinolog, gastroenterolog, ortoped, dermatolog og/eller andre aktuelle spesialiteter.

Henvisning til TSB bør inneholde:

- Kartlegging av steroidbruk; alder ved første gangs bruk, periodevis eller kontinuerlig bruk, preparater, mengde oppgitt i mg/uke, andre prestasjonsfremmende

BLODPRØVER MED TOLKNING AV FUNN	
LH, FSH Testosteron	Anabole steroider fører til reduksjon av LH og FSH, testosteron kan være lav, innen normalområdet eller forhøyet avhengig av hvor i kuren brukeren er.
SHBG, FTI	SHBG og proteinbundet testosteron reduseres, og den frie biologisk aktive delen av testosteron (FTI) øker ved bruk av anabole steroider. LH, FSH, SHBG og testosteron vil være lav i måneder etter avsluttet bruk. Økende verdier av LH og FSH kan tyde på at hypofysens hormonproduksjon har startet og testosteronverdier øker deretter
Østradiol	Reflekterer testosteronmengden
IGF-1	Er forhøyet ved bruk av veksthormon
TSH, FT4, FT3	Anabole steroider kan suppressere thyroidhormoner, lav TSH og høy FT4/FT3 kan reflektere ikke-medisinsk bruk av tyroksin
Hemoglobin, EVF, celledeling	Anabole steroider kan gi økt Hb, antall blodplater og økt EVF
Glukose	Kan stige ved bruk av anabole steroider
Kreatinin	Lett økte verdier kan reflektere økt muskelmasse eller tyde på redusert nyrefunksjon
Na, K, Ca	Bruk av anabole steroider kan gi elektrolyttforstyrrelser
HDL, LDL, Totalkolesterol, triglycider	Typiske endringer er lavere HDL, økt LDL og total kolesterol
ASAT, ALAT, alkalisk fosfatase, bilirubin	Anabole steroider kan være levertoksisk
CK	Økt risiko for muskelskade og rhabdomyolyse
Hepatitt B, C og HIV-serologi	Ved injeksjon av anabole steroider, veksthormon, insulin og deling av sprøyter
Urinprøve for testing av anabole steroider	Må ha en medisinsk begrunnelse. Kontakt Norges laboratorium for dopinganalyse, Oslo universitetssykehus – tlf 02770/22 89 40 05
Andre undersøkelser	Psykiatrisk og somatisk status presens inkludert høyde, vekt, BT, EKG

TABELL 2. Anbefalte blodprøver.

midler som veksthormon, tyroksin, insulin, efedrin, clenbuterol og midler mot bivirkninger som antiøstrogen/SERM, aromatasehemmere, HCG

- Sykehistorie og rusmiddelanamnese
 - Hvilke helseproblemer pasienten ønsker utredning og behandling for
 - Tegn til avhengighetsutvikling og symptomer ved forsøk på å avslutte bruk av anabole steroider
 - Psykiatrisk og somatisk status presens inkludert vekt, høyde, BT, puls og EKG
- Anbefalte blodprøver er angitt i tabell 2.

Steroideprosjektet tilbyr veiledning

Ønsker du å fordype deg mer i denne tematikken? Steroideprosjektet er et nasjonalt behandlings- og kompetanseutviklingsprosjekt ved Nasjonal kompetansetjeneste TSB, Oslo universitetssykehus. Prosjektet er opprettet og finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, som et svar på utfordringer mange klinikere opplever i møtet med brukere av anabole steroider. Steroideprosjektet tilbyr et gratis nettkurs for klinikere, og en ressursbank med tilgang til alt av tilgjengelig informasjon om anabole steroider utviklet av prosjektet. Gå inn på <https://steroidelab.no> for mer informasjon. Du kan også kontakte Steroideprosjektet om du har spørsmål eller ønsker råd og veiledning i forbindelse med en pasientsak.

I løpet av våren 2022 vil Steroideprosjektet gi ut et veiledningsskriv om anabole steroider og behandling til alle fastleger.

■ STEROIDER@OUS-HF.NO ☎ 469 597 91



ILLUSTRASJONSPOTO.COM/ORBBOX

Bruk av tolk blant fastleger på Vestlandet

■ **SUNDAS ANIS** • Lege i spesialisering 1 (LIS1) ved Indre Fosen kommune

■ **KATHY AINUL MASHROOKA MØEN** • Spesialist i allmenntilleggsfaglig leder, Alrek legesenter, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **LARS THORE FADNES** • Fastlege, spesialist i allmenntilleggsfaglig leder, professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **ELISABETH MARIE STRØMME** • Fastlege, forsker ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **STEFAN HJØRLEIFSSON** • Fastlege, spesialist i allmenntilleggsfaglig leder, førsteamanuensis Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen. Allmenntilleggsfaglig forskningsenhet, NORCE Norwegian Research Centre

■ **EDVIN SCHEI** • Spesialist i allmenntilleggsfaglig leder, professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **THOMAS MILDESTVEDT** • Fastlege, førsteamanuensis ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ **ESPERANZA DÍAZ** • spesialist i allmenntilleggsfaglig leder, professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, seniorforsker ved enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet (FHI)

Innledning

Forsvarlig helsehjelp kan kun ytes hvis kommunikasjonen mellom pasienter og helsepersonell fungerer godt. Helsepersonell har

ansvar for å sikre god kommunikasjon med pasienter, jmfør lov om helsepersonell (1). Hvis pasientene har begrensede ferdigheter i norsk, bør man bruke tolk i samtalen.

Konsultasjoner gjennom tolk kan likevel by på utfordringer (2). Det blir tidkrevende tre-kantsamtaler. Det er derfor viktig at legen forstår behovet for tolk og de



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAURENIX

	PROSENT GJENNOMSITT (SD)
Legens alder	
<35 år	17 %
35-44 år	34 %
45-54 år	17 %
55-64 år	20 %
65+ år	11 %
Legens kjønn	
Kvinne	36 %
Mann	65 %
Legens studieland	
Norge	63 %
Andre nordiske land	9 %
Europa	26 %
Utenfor Europa	2 %
Antall konsultasjoner de siste ti arbeidsdagene	153 (53,7)
Hvor mange av disse var med innvandrere?	17 (18)
I hvor mange av disse konsultasjoner brukte du tolk?	1,8 (3,3)
I hvor mange av disse konsultasjoner brukte du profesjonell tolk?	1,2 (2,9)
I hvilke situasjoner blir tolk bestilt på legekantoret?¹	
Når pasienten ber om det	77 %
Når legesekretæren vurderer at ny pasient trenger det	70 %
Når man vet fra før at pasient trenger det (basert på tidligere kontakter)	95 %
Når samarbeidende partner spør	48 %
Vanligvis ikke ved ØH-konsultasjoner	29 %
Annet	5 %
Var kommunikasjon med tolk en del av din undervisning i grunnutdanningen eller senere?	
Ja, i grunnutdanningen	19 %
Ja, i etterutdanningen	12 %
Nei	60 %
Usikker	7 %
Selvurdert grad av behov for å lære mer om ferdigheter i bestilling/bruk av tolk	
Svært stor /stor	8 %
Middels	66 %
Liten grad/ikke noe behov	24 %

¹ Flere valg var mulig

TABELL 1. Sosiodemografiske trekk og fastlegenes kunnskap og erfaring med tolkebruk. (n=121).

grunnleggende prinsipper og regelverket rundt samarbeid med tolk, for en vellykket samtale med pasienter med lav norskkompetanse. Det er tidligere beskrevet at helsepersonell ofte føler seg usikker på når en tolk trengs og kan oppleve samtaler med tolk som upraktisk og ubehagelig (3, 4)

Det finnes lite nyere forskning som kartlegger leger som tolkebrukere (2, 5), særlig i primærhelsetjenesten. Denne studien undersøker bruk av tolk ved fastlegekontorer på Vestlandet, og hvordan legene selv vurderer sin kompetanse i bruk av tolk.

Materiale og metode

Fagområdet for allmennmedisin i Bergen gjennomførte høsten 2019 en spørreundersøkelse blant fastleger på Vestlandet. Spørreskjemaet var tilgjengelig både elektronisk og på papir. Fastlegene ved 57 legekantorer som deltok i praksisutplassering av 74 medisinstudenter fra Universitetet i Bergen, fikk tilsendt invitasjonsbrev en uke før utplasseringen av studenter. Undersøkelsen var anonym. Som grunnlag for å besvare spørsmål om bruk av tolk i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn, gikk stu-

HOVEDFUNN

- Fastleger på Vestlandet bruker tolk i en av ti samtaler med innvandrerpasienter.
- Nesten 66 prosent av fastlegene rapporterer middels- og 8 prosent stort behov for opplæring i bruk av tolk.
- Leger med flere konsultasjoner med innvandrerpasienter rapporterer større behov for opplæring i bruk av tolk.

dentene gjennom fastlegenes timebøker for de siste ti arbeidsdagene, for å finne pasienter med sannsynlig utenlandsk bakgrunn, basert på for- og etternavn. Navnelisten ble kvalitetssikret sammen med legene, som kjente alle pasientene. I tillegg til bruk av tolk for alle pasientene i løpet av de siste ti arbeidsdagene, ble fastlegene spurt om deres eget føde- og studieland, tidligere kursing i bruk av tolk, samt kjønn og alder. Behov for egen kompetanseheving i bruk og bestilling av tolk ble vurdert av fastlegen på en sjupunkts skala fra «svært mye behov» til «ikke noe behov». I analysene grupperte vi disse resultatene i tre kategorier som «stort» (to øverste), «middels» (tre midtre), og «lite» (to nederste) behov. Resultatene er beskrevet som prosenter og gjennomsnitt med standardavvik.

Vi analyserte med lineær regresjon assosiasjoner mellom to utfallsvariabler, bruk av tolk, og behov for opplæring i bruk av tolk og de uavhengige variablene alder, kjønn, andel av konsultasjoner med innvandrerpasienter og studieland som forklaringsvariabler hver for seg (Modell 1). Modell 2 inkluderte de tre første variablene samtidig, pluss studieland i modell 3. Data ble analysert med SPSS. Prosjektet ble registrert i NSD meldeskjema for behandling av personopplysninger.

Resultater

Tabell 1 til venstre viser svar fra 121 leger. Av disse var 65 prosent menn, 51 prosent var yngre enn 44 år og 63 prosent hadde studert i Norge. Legene hadde i gjennomsnitt 15,3 konsultasjoner per dag de siste ti arbeidsdagene, hvorav 11 prosent var med innvandrerpasienter, og tolk ble brukt i gjennomsnitt 1,8 tilfeller (profesjonell tolk i to av tre tilfeller). Som oftest ble tolk bestilt basert på erfaring fra tidligere kontakter, ved pasientens forespørsel og legesekretærens vurdering. Nesten to tredjedeler av legene oppga ingen opplæring i kommunikasjon med tolk i løpet av sin utdanning eller senere. Like mange rapporterte middels behov og 8 prosent oppgav et stort

BRUK AV TOLK			
	Model 1 (Ujustert)	Model 2 (Justert)	Model 3 (Justert)
Variabler	Koeffisient (KI)	Koeffisient (KI)	Koeffisient (KI)
Alder Yngre enn 44 år (ref) 44 år og eldre	4,0 (-2,2; 10,1)	2,2 (-3,8; 8,3)	2,6 (-3,5; 8,7)
Kjønn Kvinner (ref) Menn	5,1 (-1,3; 11,5)	3,8 (-2,6; 10,1)	4,0 (-2,4; 10,4)
Prosentandel innvandrere	0,4 (0,1; 0,6)	0,3 (0,09; 0,55)	0,3 (0,09; 0,6)
Studieland Norge (ref) Utenfor Norge	1,5 (- 4,8; 7,9)		2,9 (-3,3; 9,2)
		(R ² = 0,09)	(R ² = 0,101)
BEHOV FOR OPPLÆRING I BRUK OG BESTILLING AV TOLK			
Alder Yngre enn 44 år (ref) 44 år og eldre	0,6 (0,11; 1,12)	0,5 (-0,00; 1,0)	0,5 (0,0; 1,02)
Kjønn Kvinner (ref) Menn	0,4 (-0,1; 0,97)	0,24 (-0,3; 0,8)	0,25 (-0,3; 0,8)
Prosent innvandrere	0,03 (0,01; 0,05)	0,03 (0,01; 0,04)	0,03 (0,01; 0,04)
Studieland Norge (ref) Utenfor Norge	-0,01 (-0,6; 0,54)		0,07 (-0,5; 0,6)
		(R ² = 0,11)	(R ² = 0,11)

KI = 95 % konfidensintervall. Ref= Referanse

Model 1 er ujustert. Model 2 inkluderer alder, kjønn og andel innvandrere. Model 3 inkluderer alder, kjønn, andel innvandrere og land der legen var utdannet.

TABELL 2. Sammenheng mellom henholdsvis prosent av bruk av tolk blant fastleger og behov for opplæring om tolkebruk og bakgrunnsvariabler. Lineære regresjonsanalyser.

behov for å videreutvikle kompetanse i bruk av tolk.

Både bruk av tolk og behov for opplæring var positivt assosiert med andel konsultasjoner med innvandrere i både ujusterte og justerte regresjonsanalyser (SE TABELL 2 OVENFOR). Hverken fastlegens alder, kjønn eller studieland hadde signifikant sammenheng med bruk av tolk. Leger eldre enn 44 år rapporterte signifikant høyere behov for opplæring, men forskjellene var små.

Diskusjon

I vår studie ble nesten en femtedel av pasientene identifisert som innvandrere; litt over hver tiende av disse konsultasjonene ble tolket, en av tre ganger, av ikke profesjonell tolk. Til tross for at de færreste av legene hadde fått opplæring i bruk av tolk, var det kun åtte prosent som i stor grad ønsket å øke kompetansenivå innen tolkebruk, mens to tredjedeler ønsket seg kompetanseheving i middels grad. Dette tyder på at legene selv vurderer at de har fått kompetanse på feltet gjennom egen erfaring. Undersøkelsen vår avdekker likevel et paradoks i og med at leger med flere inn-

vandrerpasienter opplever både høyere bruk av tolk og større behov for å øke ferdigheter i tolkebruk. En forklaring kan være at mer eksponering for samtaler med språklig assistanse øker bevissthet rundt tematikken og gir bedre innblikk i utfordringer man møter i tolkede samtaler (4).

På tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført fantes det ingen undervisning ved medisinstudiet i Bergen som kunne gi legestudenter kunnskap og verktøy til å håndtere utfordringer i kommunikasjon gjennom tolk, annet enn det som studentene lærte av leger som rollemodeller. Tilsvarende studietilbud ved de andre fakultetene er så vidt vi vet kun tilgjengelig i Oslo, som en del av atferdsfaget (6). I nasjonale retningslinjer for medisinstudenter vedtatt i 2020 (7) står det for første gang at kandidatene skal kunne anvende en kultursensitiv tilnærming i kommunikasjon med pasienter og bruke tolk når det trengs. Det forventes at en god tolkebruker forstår hvordan kommunikasjon gjennomføres via tolk, og er klar over begrensninger og utfordringer som kan oppstå under samtalen. Tolkene som jobber på Vestlandet mener selv at kunnskap blant legene om bruk

av tolk er meget varierende og ofte i strid med anbefalingene i den nasjonale veilederen om bruk av tolk (8).

Vår undersøkelse har noen metodiske begrensninger. Til tross for at legene fikk definisjon av «innvandrerpasienter» i spørreskjemaet som «mennesker født i utlandet av utenlandske foreldre», ble navn og legens kjennskap utgangspunktet for valg av slike pasienter, noe som kan ha ført til både under- og overrapportering. Siden pasientenes språkferdigheter eller egendefinerte behov for tolk heller ikke ble undersøkt, kan vi ikke vite om bruk av tolk er adekvat til behovet. I 2019 hadde hver fjerde innvandrer bodd i Norge under fire år, noe som kan være for kort tid for å ha en kompleks samtale om egen helse uten bruk av tolk (9). En ny rapport fra fastlegeordningen avdekker at mange som har behov for tolk ikke får tilbud om dette (10). Begge deler tyder på et mulig underforbruk (5).

Undersøkelsene ble sendt til legekontorene hvor studentene var utplassert, og studentene kunne invitere flere leger enn de som var ansvarlige for dem, men uten å invitere samme lege to ganger, med et maksimum antall leger beregnet til 230-250 totalt. Dermed kan vi ikke regne ut nøyaktig svarprosent. Men gitt at undersøkelsen ble presentert til alle mulige leger, ville svarprosenten være 48 prosent, som er bedre enn i tilsvarende tidligere undersøkelser (11). Dermed mener vi at resultatene gir et viktig innblikk i hvor ofte fastleger på Vestlandet bruker tolk, og hvordan de selv opplever sin egen kompetanse.

Konklusjon

Vi visste at tolk ble brukt på alle legekontorer, og vi fikk dokumentert at det er behov for økning i kompetanse om tolkebruk. Opplæring av medisinstudenter i tolkebruk bør bli forsterket som en del av undervisning i klinisk kommunikasjon, for at de kan være gode tolkebrukere i fremtiden. Opplæring av leger ved nyansettelse og senere repetisjon i form av kurs og internundervisning kan også bidra til å øke kompetanse i tolkebruk.

Bidrag av Sundas Anis i denne artikkelen ble finansiert av Allmenmedisinsk forskningsutvalg (AFU).

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Veileder om kommunikasjon via tolk for ledere og personell i helse- og omsorgstjenestene. 2011. Report No.: IS-1924.
2. Kale E, Syed HR. Language barriers and the use of interpreters in the public health services. A questionnaire-based survey. Patient Educ Couns. 2010 Nov; 81(2): 187–91.
3. Sagli G. Når trenger jeg å bruke tolk, forskning om tolking i helsetjenesten. FLEKS – Scandnavi-

– Sannsynligvis er det et stort underforbruk av tolk

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

– Jeg tror det er slik at du som lege ikke vet når du trenger tolk før du har begynt å bruke det, mener professor og allmenntillegger Esperanza Díaz.

Studien blant fastleger på Vestlandet viste at legene brukte tolk ved én av ti samtaler med innvandrerpasienter. Nesten to av tre fastleger vurderte at de selv har et middels stort behov for opplæring i bruk av tolk, og åtte prosent mente de hadde stort behov for opplæring. Dess flere innvandrerpasienter, jo større var opplæringsbehovet.

– Selv om dette er en liten studie og en studie hvor vi ikke kjenner det reelle behovet for tolk, så bekrefter den at det er en del innvandrere på fastlegekontorene, og at det er en lav andel av konsultasjonene der tolk blir brukt. Sannsynligvis er det et stort underforbruk av tolk, mener sisteforfatter av studien, Esperanza Díaz.

Hun er leder for Pandemiseret og professor ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Díaz er utdannet lege i Spania og hun er spesialist i allmenntillegger. Hun har forsket på innvandrerhelse siden 2008 og er seniorforsker ved Enhet for migrasjonshelse ved Folkehelseinstituttet (FHI).

– Det mest skremmende er at bruken av tolk har gått kraftig ned sammenlignet med før pandemien. Nå er det nesten ingen fysisk tolk, og i tillegg er bruken av tolk generelt enda lavere enn før korona.

Et verktøy som må læres

I studien blant fastlegene kommer det frem at de legene som hadde flest konsultasjoner med innvandrerpasienter, rapporterte større behov for opplæring i bruk av tolk enn legene som hadde færre pasienter med innvandrerbakgrunn.

– Ville man ikke tro at det var omvendt?

– Jeg tror snarere det er slik at du som lege ikke vet når du trenger tolk før du har begynt å bruke det. Derfor er det litt farlig at mange leger tenker de ikke har behov for tolk. Kanskje har de ikke erfart hvor stor forskjell det er på å kommunisere med et dårlig språk og kommunikasjon med hjelp av profesjonell tolk. Denne forskjellen påvirker pasientens helse. Vi blir ikke født med kompetanse til å bruke tolk, og det er først når man prøver at man ser sin egen begrensning. I likhet med for eksempel bruk av EKG, er det et verktøy vi må lære å bruke, poengterer Díaz.

Hun påpeker at behovet for tolk ikke bare kan baseres på om pasienten kan snakke norsk.

– Jeg har bodd i Norge i mange år og synes jeg snakker godt norsk. Men når jeg tar bilen min til reparasjon, har jeg ikke språk



FOTO: LISBETH NILSEN

for å forklare eller forstå, fordi det er ord jeg ikke bruker til vanlig. Derfor er det ikke gitt at innvandrere som snakker norsk for eksempel har ordene for å kunne beskrive smerter i hoftene. Hvis en pasient snakker norsk, men ikke tilstrekkelig, så bør det brukes tolk.

Få ble informert om rettigheter

I 2019 kom FHI med en rapport om pasienters erfaringer med fastlegen (1). Spørreskjemaet var på norsk, og innvandrere utgjorde bare 11 prosent av deltagerne i

an Journal of Intercultural Theory and Practice. 2015 Jan 15; 2.
4. Zendedel R, Schouten BC, van Weert JCM, van den Putte B. Informal interpreting in general practice: Comparing the perspectives of general practitioners, migrant patients and family interpreters. Patient Educ Couns. 2016 Jun; 99 (6): 981–7.
5. Kongshavn T, Aarseth S, Maartmann-Moe K. Allmenntilleggers bruk av tolk. Utposten 2012, 5: 25–28. Available from: <https://www.utposten.no/asset/2012/2012-05-25-28.pdf>.
6. Díaz E, Kumar BN. Health care curricula in multicultural societies. Int J Med Educ. 2018 Feb 21; 9: 42–4.

7. Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning. Kunnskapsdepartementet. [Internet]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2020-01-03-21>.
8. Díaz, E., W. Hasha and P. Bamanian. «Tolkens ti råd til helsepersonell». Utposten 2020, 6: 6–8. Available from: https://www.utposten.no/journal/2020/6/m-143/Tolkens_ti_r_prosentC3_prosentA5d_til_helsepersonell.
9. SSB (2020). Fakta om innvandring (Facts on migration). S. Statistics Norway.
10. Iversen HH, Bjertnæs ØA, Holmboe O. Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i

2018/19. [Patient experience with the general practitioner and the general practitioner office in 2018/19.] PasOpprappport 2019:1. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.
11. Varvin S, Aasland OG. Legers forhold til flyktningpasienten. Tidsskrift for Den norske legeforening [Internet]. 2009 Aug 13 [cited 2021 Jun 9]; Available from: <https://tidsskriftet.no/2009/08/internasjonalt/medisin/legers-forhold-til-flyktningpasienten>.

■ SANDAS191@GMAIL.COM

undersøkelsen. To prosent av alle som svarte på skjemaet, krysset av for «ja» på spørsmålet: «Har du noen gang hatt behov for tolk hos fastlegen?».

– Hele 72 prosent svarte at de ikke hadde fått tilbud om tolk sist gang de hadde behov for det. Det er bekymringsfullt at så få ble informert om rettigheten til å kunne bruke profesjonell tolk, sier Díaz.

En studie som var en del av den nasjonale undersøkelsen, har sett på innvandrerpasientene. Resultatene ble publisert i BMC Health Services i 2020, med Marte Råberg Kjøllsdal som førsteforfatter. Generelt var innvandrere mindre fornøyd med fastlegen sin enn personer født i Norge (2). Blant annet ga innvandrere lavere skår enn norskfødte på utsagnet «fastlegen snakker så jeg forstår».

– Jeg mener det er komplekse årsaker til at innvandrere gir lavere skår på fastlegen sin. Det handler om mye annet i tillegg til språk, som diskriminering, tillit og forventninger, kommenterer Díaz.

– Hva tenker du om bruk av profesjonell tolk i stedet for at pasienten har med en sønn eller datter som tolk?

– Det er leger som mener at familiemedlemmer kan brukes i stedet for profesjonell tolk. Forskningen viser litt motstridende resultater på bruk av familie. Min måte å tenke på er at behovet for å bruke en profesjonell tolk varierer fra person til person og fra situasjon til situasjon. Uansett, det viktige er at pasienten er nøye informert om retten til å få tolk, at tolken har taushetsplikt og at det ikke koster pasienten noe. Er pasienten godt informert om rettigheten og likevel vil ha med seg søsteren sin, så er det greit.

Motstridende oppfatninger

I 2019 gjennomførte Díaz en spørreundersøkelse blant tolker om samarbeidet med fastleger. Studien ble publisert i *Utposten* i 2020 (3).

– Hvor stor betydning har mangel på tolk for bruken?

– Det varierer nok fra kommune til kom-

mune. Jeg får motstridende kommentarer fra legene og fra tolkene: Legene tror det ikke er mulig og prøver heller ikke, mens tolkene forteller om ledig kapasitet. Det blir en ond sirkel.

Pandemien har bidratt til at flere pasienter har kommunisert digitalt med fastlegen sin.

– Kompleksiteten i kommunikasjonen øker ved digitale konsultasjoner. Og det å måtte legge til en tredje person i telefonsamtalen mellom pasienten og legen, krever økt digital kompetanse hos pasienten. En del mennesker i denne pasientgruppen har fra før av lav digital kompetanse. Vi må følge med så ikke bruken av tolk går ytterligere ned nå under pandemien, understreker Díaz.

Professoren mener at digitale løsninger likevel ikke bare innebærer begrensninger, men også muligheter.

– Hvis det ikke er en tilgjengelig tolk i Nord-Norge, er det kanskje en ledig tolk i Oslo.

– Er knapphet på tid en faktor som bidrar til at fastleger ikke bruker tolk?

– Bruk av tolk tar mer tid i en allerede travel hverdag for fastlegene, men legene kan bruke en egen takst for tolk og i tillegg tidstakst. På sikt sparer derimot fastlegen tid, fordi pasienten slipper å komme tilbake igjen og igjen fordi han ikke har klart å gjøre seg forstått, eller ikke har forstått det legen sa.

Studentundervisning

Fra februar 2020 trådte en ny forskrift i kraft om retningslinjer for medisinstudenter. Ifølge paragraf 9, kapittel 3 om læringsutbytte for kompetanseområdet kommunikasjon, skal «kandidaten kommunisere effektivt med pasienter og pårørende på en profesjonell og empatisk måte, inkludert ved bruk av digitale hjelpemidler og tolk» (4).

– I de nye nasjonale retningslinjene helse- og sosialfagutdanningene, RETHOS, kommer det tydeligere fram at leger og andre profesjoner må ha ferdigheter og kunnskap i å kommunisere med folk som ikke har norsk som førstespråk. Høgskolene og

universitetene er nødt til å implementere tolkebruk i undervisningen. Fagområdet allmennmedisin her i Bergen har startet et samarbeid med tolketjenesten for andreårs medisinstudenter. Studentene får undervisning i bruk av tegnspråktolk og taletolk, forteller Díaz.

– Hvor viktig er undervisning tidlig i medisinstudiet?

– Utfordringen er at vi leger i stor grad lærer fra rollemodellene våre – fra de erfarne legene. Når erfarne leger har et underforbruk av tolk, tar de unge legene over vane, og underforbruket fortsetter. Derfor er det viktigere enn noensinne å gjøre et felles løft. Det er ikke nok bare å lære opp studentene, men bruk av tolk er noe som det også må jobbes med i videre- og etterutdanningen av leger og annet helsepersonell.

Díaz mener legesekretærene også er en viktig gruppe.

– Legesekretærene må få opplæring. Når de hører at pasienter som ringer har vanskeligheter med språket, bør det ligge i ryggmargen: «Her trenger vi tolk». I studien til Sundas Anis var det veldig ofte legesekretærene som hadde tatt initiativ til å benytte tolk. Det viser hvor viktig det er at temaet blir tatt opp på legekontoret og i videreutdanningen, sier Díaz, som selv har holdt denne typen kurs for leger på Primærmedisinsk uke.

– I hvilken grad trengs det mer forskning?

– Vi trenger ikke mer forskning for å vite at vi må bruke tolk. Vi trenger handling. Og det som gjelder er gammel allmennmedisinsk kunst: Snakk med pasienten først, sier Esperanza Díaz.

REFERANSER

1. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2018-19.pdf>.
2. <https://www.legeforeningen.no/om-oss/Styrende-dokumenter/fond-og-legater/allmennmedisinsk-forskningsfond/forskningnytt/fastleger-darligere-skar-fra-innvandrere/>.
3. <https://www.utposten.no/journal/2020/6/m-143/Tolkens-ti-r%C3%A5d-til-helsepersonell>.
4. <https://lovdata.no/nav/forskningsnytt/2020-01-03-21/%C2%A723%C2%A723>.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM



LEGELIVET

FOTOKONKURRANSE

Utposten fyller 50 år og inviterer til fotokonkurranse! Redaksjonen i Utposten ønsker i anledning 50-årsjubileet å fornye bladet med inspirerende illustrasjonsfoto fra våre lesere.

Temaet «Legelivet» favner bredt og gir rom for foto fra ditt nydekorerte legekontor, det vel- eller uorganiserte laboratoriet, fra hverdagen på fastlegekontoret eller i samfunnsmedisinens tjeneste. Bildene må gjerne invitere til refleksjon eller illustrere aspekter som man kan ta med seg videre i legegjerningen.

Vi vil ta imot bilder fortløpende. Dersom ditt foto blir brukt som illustrasjonsfoto vil du motta en spesialdesignet Utposten-oppmerksomhet, samt få muligheten til å dele ut et gratis årsabonnement på Utposten til en kollega du synes fortjener det.

Husk samtykke dersom ditt foto inneholder gjenkjennbare personer.

Foto kan sendes på epost til:
korutle@gmail.com



iViva El Salvador!

Dobbeltime med Jesus, Maria og Sissel

■ HARALD SUNDBY • Fastlege ved Kalvskinnets legesenter, Trondheim

MARIA HAR JEG KJENT I 19 år. Like lenge som jeg har vært fastlege ved senteret. Da var hun 58, nå er hun 77. Det er pussig, hun framsto som en eldre dame da, og hun framstår som bare litt eldre nå. Mest fordi hun allerede som 58-åring var preget av livsslitasje. Hun tilhører en liten klynge på tretten pasienter jeg har som knappe-nåler på et verdenskart. De kom på 80-tallet som flyktninger fra Frelserens republikk: Republica El Salvador.

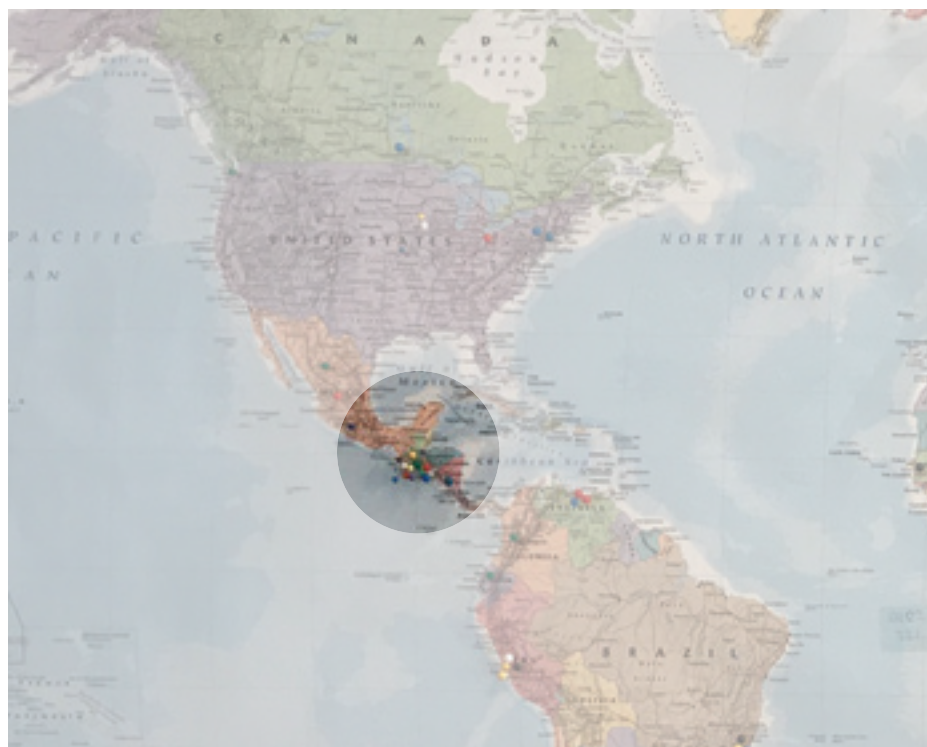
HVA VET VI OM EL SALVADOR? Jeg måtte bruke Wikipedia. Det er det minste landet i Mellom-Amerika, halvparten av Danmark i flateinnhold. Jeg forbinder Mellom-Amerika med borgerkriger, og det stemmer i dette tilfellet. En slik krig raste i landet gjennom det meste av 80-årene. Forstår jeg kildene rett, så var borgerkrigen

her den mest brutale og voldelige. «Skitten krig». Dødskvadroner. Det gikk med 75 000 av landets da ca. fem millioner innbyggere. Slikt blir det flyktninger av, og en av dem var Maria.

Har vi møttes kanskje fem ganger i året? Det vil jeg tro. Da blir det nesten hundre samtaler. Det har vært trivelig. Hun er en takknemlig og ganske ensom kvinne, med sine vondter, språkvansker, analfabetisme og ikke minst bekymringer. Egentlig ikke så mange diagnoser. På et tidspunkt, etter å ha bodd i tildelt kommunal leilighet i andre etasje, direkte over kommunalt plasserte rusmisbrukere, holdt hun på å miste grepet. Barna, for hun kom hit med fire barn, bekymret seg med henne. Hun var forvirret og paranoid. Hun var tilbake i krigen, drapene og voldtektene. Nær-psykotisk. En av sønnene tok henne med hjem. I løpet av tre-

fire uker fikk vi faktisk på plass en egnet bolig. Der la jeg på fastlegetrykk. Paranoia er et ensomt helvete på jord. Det dukket opp en riktig fin leilighet. Etter dette synes hun at hun har hatt det tålelig bra. Barna er travle, men greier seg. Det er det viktigste av alt.

MARIA HAR IKKE LÆRT SEG særlig mye norsk, selv på over 30 år. Det er oftest tegn på såkalt «ressurssvakhet» i utgangspunktet, eller traumatisering, eller begge deler. Hos Maria begge deler. Så i alle disse årene har vi behøvd tolk. Og i sikkert 85 prosent av samtalen har tolken vært Sissel. Hun må da med klar margin være landets beste norsk-spanske tolk! Nå er hun over 80 år, men tolker fremdeles. Se for deg mormor i *Mormor og de åtte ungene*. Uten skaut, med flytende spansk. Uansett hvor mye jeg sier,



EL SALVADOR
UTTALE El salvador
OFFISIELT NAVN República de El Salvador
NORSK NAVN Republikken El Salvador
STATSFORM Republikk i Mellom-Amerika
HOVEDSTAD San Salvador
INNBYGGERTALL 6 107 706
LANDAREAL 20 720 km²
TOTALAREAL 21 040 km²
INNBYGGERE PR. KM² 294,77
OFFISIELT SPRÅK Spansk
RELIGION Katolsk kristendom
NASJONALDAG 15. september
STATSOVERHODE Nayib Bukele (president)
MYNT Amerikansk dollar, Bitcoin
SYMBOL \$, B
VALUTAKODE USD, BTC



ILLUSTRASJON: ASLAK SUNDØY AUKAN

så kommer det omsorgsfullt ut. Det er mitt inntrykk. De legetimene får sin egen, varme atmosfære.

Jeg har nevnt «Frelserens republikk». Av hensyn til mitt samarbeid med Maria finner jeg det nødvendig med en kort avklaring av mitt forhold til denne Jesus Frelseren og hans far, Vår Herre. I beste fall kan vi si at det er preget av litt forvirring. Faktisk litt sinne. Ikke en spurv faller til jorden uten at det registreres av den allmektige? Da sliter vi, slik jeg tolker det. Folk som kjenner meg godt synes jeg har et umodent forhold til dette. Det sagt, jeg har den aller største respekt for den kjærlighetskraften som ligger i budskapet. Ikke så mye for meg, men for mange andre. Den er helsebringende.

MARIA KOM FORLEDEN PÅ TIME. Sissel på plass. Maria har som sagt alltid sett sliten ut, men likevel blid. Nå var hun grå. Kraftløshet, søvnvansker, uro, maten smakte ikke, gikk vekten ned? Bekymringer.

– Jeg føler meg alvorlig syk. Hva kan det være?

I den aldersgruppen starter jeg alltid med et bredt sett av blodprøver. Dumt med empatisk narrativ tilnærming hvis hemoglobin er på 8,3. Ny dobbelttime to uker etterpå. Alt var som det skulle være, rent indremedisinsk og biokjemisk.

– Da må vi se nærmere på hvordan du har det, Maria. I livet ditt. Jeg merker du ser trist ut. Du nevnte at du har vært på reise til hjemlandet ditt, for første gang på 36 år! Hvordan gikk det?

– No tan bien. Ikke så bra.

Møtet med sitt kjære, tapte El Salvador

hadde gjort vondt. *Store norske leksikon* forklarer oss hvorfor:

«Men selv om borgerkrigen var over, skulle ikke El Salvador bli kvitt volden – snarere tvert imot; på 1990- og 2000-tallet ble landet åsted for gjengkriger som gjorde El Salvador til et av verdens aller farligste steder å leve. Med økt vold stoppet også reformene og den økonomiske veksten opp».

Så det var ikke blitt bedre der siden 80-årene. Kanskje verre? Slektingene levde fortsatt i den dypeste fattigdom. Enda et par til av dem var drept. Marias omfattende tap var blitt stadfestet, forsterket – og endelig.

– Hva heter **sorg** på spansk, Maria?

Sissel kjente til den teknikken. Utveksle viktige ord.

– Tristeza!

– Ja, jeg kjenner det er mye tristeza i dette rommet nå. Din sorg. Du har mistet mye?

– Sí. He perdido mucho.

– Hvordan pleier du å håndtere slik sorg og slike tap, Maria?

– Yo canto!

– Du synger? Hva synger du?

– Mis propias canciones. Jeg lager sanger.

– Dine egne sanger?

– Sí. Jeg lager dem selv.

– Kan jeg og Sissel få høre en av dem?

– Si quieres. Hvis dere vil.

SMIL, LITT NERVØS LATTER. Så startet sangen. Vi lyttet i vantro. For en sangstemme. Hun sang minst fire vers. Tårene strømmet. Både hos henne og oss to andre. Ikke behov for å oversette dette. Jo, forresten.

– Tusen takk, Maria! Det var helt fantastisk. Ikke tenk på at tårene triller her. Dette

kommer vi **aldri** til å glemme. Hva handlet den sangen om, Maria?

– Lo hice por Jesús. El Salvador. Jeg har laget den til Jesus. Frelseren. At jeg tror på ham og elsker ham. Og venter på ham. Så lenge han trenger.

Jeg er som over nevnt nokså nøktern når det gjelder det spirituelle. Men jeg sa det som jeg følte: – Jeg har nok ikke så sterk tro som deg, Maria. Men, helt ærlig, om Jesus finnes, så er han her sammen med oss nå.

– Sí. Yo también lo creo. Det tror jeg også.

– Det var virkelig vakkert, Maria. Og du ser litt gladere ut, synes jeg. Da må jeg få spøke litt nå helt mot slutten av denne timen, hvis det er greit?

– Sí, me gusta cuando bromeas! Ja, jeg liker når du tuller.

– For da må jeg fortelle at vi er blitt 20 minutter forsinket. Så nå må jeg be deg og Jesus gå for i dag. Så setter vi heller opp en ny time.

DET BLE EN FULLTREFFER. Vi lo av den alle tre. Faktisk så vi gråt. Så da ble jeg 25 minutter forsinket.

Jeg mener jo ikke at fastlegeordningen overgår Jesus. Tvert om. Vi besitter kun jordiske virkemidler. Og vi har, så vidt jeg overskuer, knappere med tid. Men jeg føler meg sikker på at den tverrfagligheten vi fikk opp den dobbelttimen ble en sorgintervensjon helt i El Salvadors ånd.

Jeg merker jeg får lyst til å kalle Maria inn for en kontroll igjen for et eller annet, når vi nærmer oss jul. Såfremt det blir Sissel som tolker. Hva med en spansk julesang?

■ HAR-SU2@ONLINE.NO

Intet nytt fra Vestfronten

■ EIK KOLSTRUP • Fastlege, Skansen legekantor, Tromsø



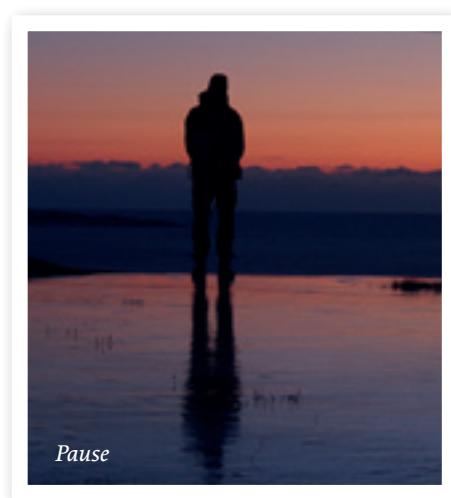
Når starter historien om tragedie? Starter den når kjæresten du har et barn med går fra deg, når du tar den første ølen for å glemme det hele, eller når du bestemmer deg for å ringe henne på Messenger, for at hun skal se at du lider, og du legger tauet rundt halsen?

Klokken var tre om natten. Han hadde hengt seg, og de bad meg komme. «Hvorfor skal jeg skynde meg? Enten er han død, eller så lever han.» Jeg skyndet meg allikevel. Det var nordlys ute. Jeg småløp under en stille dans. Grønt lys. Kaldt. Ambulansen sto med bakdørene åpne utenfor hovedinngangen. Blått lys. «Vi gjør så godt vi kan.» Portøren gir hjertemassasje og assistenten Salik bruker en maske med bag

for å få luft i pasienten. Han er en ung mann. Ukontaktbar. Lysstive pupiller. Rask puls. Sakte og uregelmessig pust.

Jeg tok feil. Han var hverken død eller levende. Eller begge deler. Han ville dø, men ryggmargen hans ville leve.

I ett og et halvt døgn svevde vi over ham, gjorde det vi kunne, ga ham oksygen, beroligende når han kjempet for hardt for å puste, men han var fortsatt levende død. Så kom de fra Nuuk og hentet ham. Noen dager etter kunne jeg lese i journalen at han kunne gå og snakke, men han hadde mistet all korttidshukommelse. Når han var kaffetørst, kunne han ikke huske hvorfor han stod med en tom kaffekopp i hånden foran en kaffetrakter. Når de fortalte ham



Paneeraq tar selfie, mens Veronica debuterer som operasjonssykepleier. Steen opererer en åtte år gammel gutt med blindtarmsbetennelse på gammel vane, mens Eik gjør så godt han kan.



hvorfor han var i Nuuk, kunne han ikke huske hvorfor han hadde prøvd å ta sitt eget liv. Han kunne ikke forstå det heller. Han hadde det jo helt fint.

Vi blir litt numne. Han var den tredje unge mannen den uka som hengt seg. To av dem døde. De var begge 17 år gamle.

Noen dager senere tok galskapen en annen form. Da kom det et SWAT-team fra Nuuk med helikopter, fordi en mann med våpen ikke ville komme ut av sin leilighet, og fordi moren hans sa at han hadde sagt mye merkelig. Bydelen ble sperret av i nesten et døgn. Med tåregass, sjokkgranater og automatriffler hentet de ham ut av leiligheten. Så kom han inn til oss. Med tre politibetjenter i opprørsutstyr rundt seg, mens han messet et stille mantra. Han sa ingenting, gjorde ingen motstand, hadde aldri truet noen eller seg selv. Og ble lagt i belter på både armer og ben, og fikk beroligende injeksjoner. Mens han fortsatte å messe sitt stille mantra.

Til stor forskrekkelse fortalte jeg på morgenmøtet to dager etter at jeg hadde sluppet ham fri fra beltene, og gitt ham muligheten til å vaske seg og sette seg opp i sengen. Ingen tvil om at mannen var rape



Endelig sol, i Hvalsey.



Veronica er lei.

gal og hadde lest mye om buddhisme, men han var etter min vurdering for det meste harmløs. Vi ventet på at han skulle videre til en ordentlig psykiatrisk avdeling i Nuuk, men helikopteret brukte nesten en uke på å komme seg ned til oss. Han ble igjen lagt i belter og fikk injeksjoner før reisen. Han messet videre på sine mantra, og

konsentrerte seg om å være vannet som renner. I Nuuk ble han etter hvert urolig og lite samarbeidsvillig, da han hadde ligget der i over en uke med belter på armer og ben. Flere her kom til meg og sa: «Hva var det vi sa? Han var farlig». Jeg hadde også blitt litt irritert etter en uke i beltefiksering uten åpenbar grunn.

Det var mye som skjedde på jobb, og dråpene som fikk havet til å renne over, var da grønlandske myndigheter forlenget innreisestriksjonene slik at Helle og Stian, som vi hadde planlagt å gå over innlandsisen med i mai, ikke kunne reise til Grønland. Vi tenkte at da må vi bare gjøre det alene. Men så kom dråpe nummer to, da forsi-



Jens-Enok redder dagen og ekteskapet.

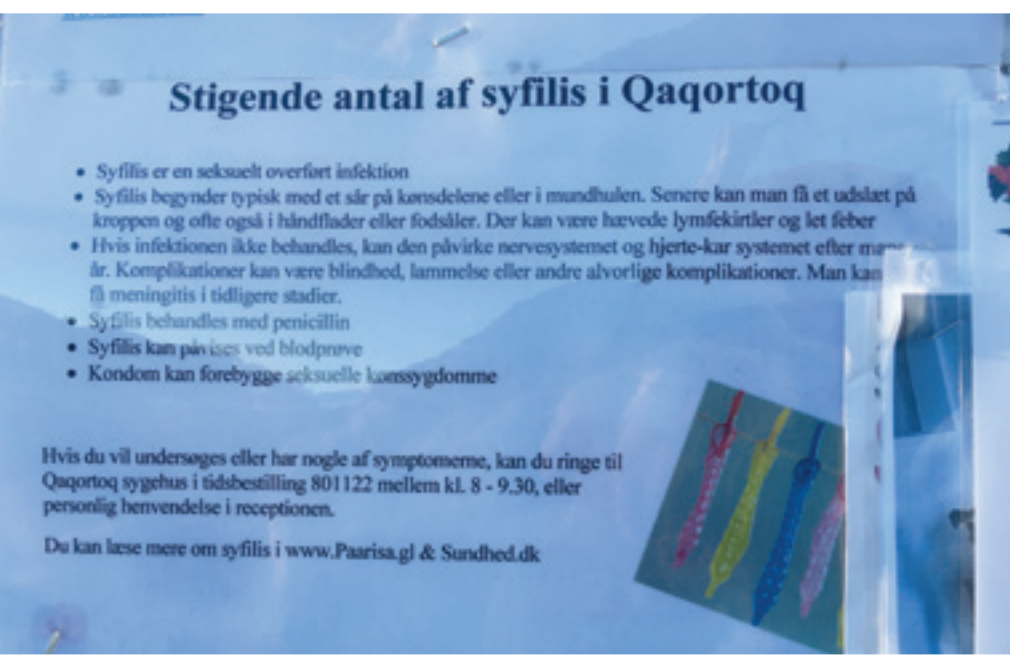


Jens-Enok i båten sin, med nattens fangst.

kringselskapet sa at fordi vi ikke hadde gått over innlandsisen før, var vi ikke kvalifisert nok til å gå over innlandsisen. Derfor ville de ikke forsikre oss, faen ta dem, og da godkjenner ikke myndighetene søknaden om å krysse isen.

Vi følte oss fanget i denne lille byen, og i systemet, og blant fjellene her hvor du ikke unnslipper hvis du ikke har båt. Så selv om det var meldt regn og snø og fjellet var bart, så vi måtte gå med vinteroppakning i og på sekkene, og Veronica mente det var en svært dårlig idé, gikk vi på tur. Jeg ville pus-te og få tankene vekk. Målene mine med tu-ren ble for så vidt oppnådd, men Veronica

Ingen tvil om at det trengs prevensjonsundervisning .



En lang historie...

hadde en tanke om at vi skulle hygge oss på tur, og det var ikke så lett der vi gikk i steinur med snø til knærne, uten å finne stien, og det sludda vannrett. Etter tre dager, hvor jeg helt oppriktig var redd for at Veronica skulle gjøre alvor av truslene om skilsmisse, fant vi ut at nok var nok. Vi sendte melding til en fanger vi hadde fått nummeret til, og mens vi ventet på at han skulle hente oss med båten sin, tørket vi klær, soveposer og telt, og så oss rundt i vikingkirkeruiner som ble fraflyttet omtrent i 1410. Man vet ikke helt hvorfor vikingene dro fra Grønland etter å ha vært her i 400 år, men vi skjønner ikke hvordan de holdt ut så lenge.

Jens-Enok er født og oppvokst i Qaqortoq. Han er fanger, noe som vil si at han lever av å blant annet jakte rein, skyte moskus, hjelpe til med sauesanking og fiske kveite. Han kom 20 minutter for seint til avtalen vi hadde kl. 17, nettopp fordi han var i gang med sistnevnte. Vi var bare glad han kom. Han kunne nok dansk til at Veronica fikk spurt ham om han trengte hjelp til å dra de siste kveitelinene, og etter litt nøling sa han at vi var velkommen til å være med. Han skulle ut klokken åtte.

– Flott, da ses vi i morgen, sa jeg.
 – Nei, i kveld klokken åtte, de kan ikke stå over natten, sa Jens-Enok.

Kondomstafett.





Nattestemming i Qaqortoq.

– Hvor lang tid tar det, da?
– Åtte–ti timer, regner jeg med.

Jeg så på Veronica. Hun hadde helt rett i at vi aldri ville få en slik sjanse igjen, så vi sa «ja, takk». Etter middag og litt varme klær, dro vi ut i den åpne jolla med 250 hestetekrefter, som han bruker som fiskebåt. Det var stjerneklart og blikkstilte. Vi satt med ryggen mot fartsretninga, og så små og store deler av isfjell suse forbi oss. Vi minnet hverandre på at det var Gunnar, den hyggelige og solide politimannen vi kjenner, som hadde anbefalt Jens-Enok. Han var sikkert like hyggelig og solid, og vi prøvde å glemme alle historiene vi har

hørt om folk som er omkommet i møte med isfjell. Vi hadde en jobb vi skulle gjøre. Vi fant blåsa og begynte å dra opp fire kilometer med kveiteline. Jens-Enok heiv fisken av krokene, jeg bløgga og sløya, mens Veronica kasta opp. I seks timer. Heldigvis var det hennes idé å dra ut, ellers hadde nok skilsmissen vært fullbyrdet.

Dagen etter var alt glemt, og hun hadde fått sovet og spist litt, og vi møtte Jens-Enok på Brættet, der fangerne selger fangsten sin. Vi fikk noen fine snøkrabber og en stor auer som takk, og fikk omvisning i de indre gemakker, og snakket om livet som fanger.

Når jeg skriver dette, ti dager etter at vi kom trygt tilbake, har Veronica akkurat kommet hjem fra jobb, der tre lik er fraktet inn til sykehuset etter en leteaksjon hvor en åpen jolle kjørte på noe i akkurat det området vi kjørte den kvelden og natten. Men det visste vi ikke da.

Nå skal jeg forsøke å ikke begrave leseren i utelukkende elendighet, og avslutter med en slags gladsak.

Veronica har vært på et slags korstog, men istedenfor kors, har hun med seg gummipeniser og kondomer, p-staver og spiraler. Vi kan kalle det for præventions-toget. Hun fikk med seg Pilu, eller Pilunn-guaq, en grønlandsk sykepleier og venninne som har bodd mange år i Danmark, ned på Høyskolen. Det er en skole for de som skal forsøke å komme seg litt videre i en stagnert skolegang. De er fra 18 til 35 år gamle. Halvparten hadde ikke hatt seksualundervisning før. Veronica hadde hørt at overgrep, seksualitet og samtykke var et stort tabu. De var forberedt på gråt, sammenbrudd eller stillhet, men ble møtt av nysgjerrighet, spørsmål og diskusjon. Uvitenheten er stor når det gjelder prevensjon, men det er jo ikke så rart, når de aldri har blitt undervist i det. Kondomstafett og spørsmålsrunde avsluttet dagen.

«Skal man bruke alle præventionsmidlene samtidig?», var det en ung pike som spurte.

...

Ting er avklart nå, så frustrasjonen har lagt seg litt. Vi skal hjem. Til korona og en helt annen isolasjon.

Ufarliggjøring.



■ EIK.KOLSTRUP@GMAIL.COM

Hvordan kan vi oppdage demens?

Et intervju med dr. Ira Haraldsen, leder av

■ VEBJØRN ANDERSSON • Prosjektkoordinatør ved Oslo Universitetssykehus

Når en person utvikler tidlige tegn på kognitiv svikt, kalt mild kognitiv svikt, kan vi i dag ikke vite om en person kommer til å utvikle demens eller forbli stabil.

Personen må derfor gjennom omfattende utredninger i flere år, før vi kan konstatere at det foreligger demens. Dessverre har sykdommen i løpet av denne tiden gjerne progrediert forbi muligheter for tidlig intervensjon.

IRA HARALDSEN: Problemet er diagnosetidspunktet. Det kommer for sent. Man oppdager ikke tidlige symptomer, man konstaterer bare diagnosen.

Dagens metoder for å diagnostisere demens belager seg på flere metoder innen billediagnostikk, genetiske analyser og kognitive tester. Disse er kritisert for enten å være uspesifikke, dyre eller utilgjengelige.

IRA HARALDSEN: Vi trenger pålitelige markører for å oppdage prodromal demens. Metoder innen PET er for dyre, og MR kan bare detektere endringer når sykdommen er langt kommet.

En økende samfunnsutfordring

Vi vet i dag at demens innebærer store kostnader for både pasient, pårørende og samfunnet ellers. I tillegg viser en ny kartlegging gjort av Menon Economics på oppdrag fra BioGene Norge, at antall demenstilfeller i Norge vil doble

seg innen 2050, fra 100 000 til 200 000. I tillegg til den store byrden demens fører med seg, er det også en stigmatisert sykdom. Dette mener Ira Haraldsen fører til forsinket diagnose.

IRA HARALDSEN: Demens er i dag stigmatisert. Det gjør at man skjuler sitt funksjonstap og unngår å gå til legen.

Når en ny studie fra *The Lancet* (1) peker på at 40 prosent av demenstilfeller kunne vært unngått med tidlig intervensjon, gir det håp. Selv om det ikke finnes medisiner i dag som kan hindre demens, er det fortsatt et viktig poeng med tidlig diagnostikk. Dette påpeker Haraldsen.

IRA HARALDSEN: *Lancet* påpeker at de 40 prosent som skyldes risikofaktorer vil være mulig å behandle konservativt, om man på et tidligere tidspunkt kan selekere de med økt risiko for demens.

Kunstig intelligens gir håp

En forskningsgruppe ved Oslo universitetssykehus søker nå deltakere i alderen 60–80 år til et EU-finansiert prosjekt der målet er å utvikle demensrisiko-modeller basert på kunstig intelligens (KI), for nettopp tidlig å kunne oppdage de med forhøyet risiko. Prosjektet AI-Mind ledes av dr. Ira Haraldsen, og er et samarbeid mellom åtte europeiske land.

IRA HARALDSEN: Vi ønsker å kartlegge demensrisiko på et tidspunkt før man er affisert. Til dette trenger vi kunstig intelligens, siden demens er en multikausal tilstand som krever avanserte algoritmer for slik prediksjon. I tillegg ønsker vi å bidra til mindre stigmatisering av demens. Vi ønsker å bidra til at vi beveger oss inn mot en prediagnostikk.

Med seg på laget har Haraldsen eksperter innenfor kunstig intelligens, medisin, juss og helseøkonomi, samt pasientorganisasjonene Nasjonalforeningen for Folkehelse og Alzheimer Europe og industripartnere som Det Norske Veritas. Sammen vil de utvikle to digitale verktøy for å bidra til bedre, tidligere og riktigere diagnostikk av demens. Det ene verktøyet kalt AI-Mind Connector skal ved bruk av KI-algoritmer gjenkjenne dysfunksjonelle mønstre i funksjonelle hjernenettverk, basert på bearbejdede data fra elektroencefalogram. Det andre verktøyet kalt AI-Mind Predictor skal estimere demensrisiko ved å kombinere data fra AI-Mind Connector med digitale kognitive tester, APOE informasjon og blodmarkør på fosforylerte Tau proteiner. Å levere et sterkt verktøy som kan gi sikre estimater er et viktig poeng som Haraldsen trekker frem.

IRA HARALDSEN: AI-Mind må på en overbevisende måte unngå falsk positive og falsk negative resultater. Spesielt falsk positive, da man belastes med et svar som gjør at pasienter foretar drastiske endringer i livet, og så viser det seg å ikke være sant.

I motsetning til dagens årelange utredning, ønsker de å tilby personer med lette kognitive plager en slik lett og rask screening for å gi både pasient og pårø-

Kan EEG gi tidlig diagnostikk av fremtidens demens?



Demens før det er for sent?

AI-Mind prosjektet

rende tidlig beskjed. Dette vil gi legen anledning til å sette inn tiltak mot kjente risikofaktorer som diabetes, høyt blodtrykk, depresjon og livstil. I tillegg gjøres det en stor innsats for å utvikle effektive farmasøytiske virkemidler, noe som har resultert i det nylig godkjente Aducanumab. Med tidlig screening for demensrisiko gir derfor disse intervensjonene håp om å gi pasienter og pårørende flere friske leveår.

En ny hverdag for pasienter og leger

Hun ser for seg at AI-Mind verktøyene vil ha en positiv innvirkning på hverdagen til dem som i dag jobber med demensutredning.

IRA HARALDSEN: Det ene er at jeg som lege er bekymret for min pasient og vil ha all mulig støtte til å forbedre min legehverdag og hjelpen jeg kan gi. Men for virkelig å kunne stole på et slikt nytt verktøy, må jeg føle meg trygg på at mitt hjelpeverktøy er robust, og at jeg kan overstyre maskinen hvis nødvendig. Det skal være et supplement.

I tillegg til å forbedre diagnostiseringen av demens, tenker Haraldsen at slike verktøy kan være til hjelp når legen skal foreslå behandling og livsstilsendringer til sine pasienter.

IRA HARALDSEN: Det gir meg som lege en støtte i å hjelpe mine pasienter til å endre oppførsel. Da er ikke rådet bare basert på teori og litteratur, men også et konkret verktøy og svar som jeg kan vise til.

En revolusjon innen preventiv helse

Haraldsen tenker at et slikt digitalt verktøy som kan brukes til screening og forebygging av kroniske sykdommer som demens vil kunne revolusjonere dagens medisin. I denne revolusjonen ser Haraldsen at samfunnsmedisin har en helt sentral rolle.

IRA HARALDSEN: Det vil revolusjonere samfunnsmedisinen. At vi beveger oss mot



Dr. Ira Haraldsen ved OUS, leder AI-mind prosjektet.

forebygging av kroniske sykdommer betyr at vi trenger opplysningskampanjer om risiko og behandlingsmuligheter for sykdommer som demens. Det er også viktig å motvirke den stigmatiseringen vi ser i dag, slik at personer velger å oppsøke hjelp.

Med de relativt rimelige metodene som benyttes i AI-Mind, håper Haraldsen at disse verktøyene kan brukes globalt. Hun trekker frem pandemien og vaksineringsom et eksempel på hvordan muligheter i helse treffer skjævt.

IRA HARALDSEN: AI-Mind vil helt klart ha en global nytte på grunn av de valgte metodene som ligger i modellen. Den skjeve vaksinasjonsraten mot Covid i dag viser hvordan vi trenger metoder som kan benyttes av flere land. Slik tilgjengelig teknologi vil bidra til å bekjempe ulikhet i helse.

Selv om det Haraldsen trekker frem både er en lettere legehverdag og en økt sam-

funnsnytte, er det først og fremst et mål om livskvalitet.

IRA HARALDSEN: Det aller viktigste er livskvalitet. At vi kan bidra til å gi et menneske flere friske leveår som de kan tilbringe med sine nærmeste er hovedpoenget med det vi ønsker å oppnå.

Du kan bidra til undersøkelsen

Norske leger kan bidra ved melde inn aktuelle kandidater eller spre ordet om studien. Hvis du lurer på hvordan du kan hjelpe, ta kontakt med AI-Mind ved Oslo Universitetssykehus via deres hjemmeside www.ai-mind.eu.

REFERANSE

1. Gill Livingston, Jonathan Huntley, Andrew Sommerlad, David Ames, Clive Ballard, Sube Banerjee, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission, The Lancet, Volume 396, Issue 10248, 2020, Pages 413–446.

■ CFAYE@A-SUPPORT.NO

Idealisten med blikket mot

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

– Jeg tror vi trenger mer idealisme. Det er et sivilt ansvar å bidra. Jeg lærer jo masse, sier Anna Stavdal, fastlege i Oslo og president for WONCA World.

I 2016 var hun den første kvinnelige presidenten i WONCA Europe. I november i fjor ble hun innsatt som den andre kvinnelige presidenten for WONCA World – og den første presidenten fra Norge.

Hun har god ballast med seg inn i det prestisjefylte vervet, med over ti år i WONCA, med verv i Verdens helseorganisasjon (WHO), i OECD og med 26 års erfaring som fastlege.

– Det å få muligheten til å lede organisasjonen de neste to årene, er meningsfylt og givende og fyller meg med ydmykhet og takknemlighet, sier Anna Stavdal, fastlege ved Bolteløkka legesenter i Oslo og universitetslektor ved Universitetet i Oslo.

Visjonen

World Organisation of Family Doctors, WONCA, ble etablert for snart 50 år siden. Organisasjonen har over en halv million allmennleger globalt som medlemmer. Felles for dem er engasjementet i forskning, fagutvikling og undervisning i allmennmedisin.

WONCAs visjon er likeverdige helsetjenester for alle, og verdigrunnlaget er personlige, kontinuerlige og omfattende helsetjenester til befolkningen.



Anne Stavdal på sitt fastlegekontor i Oslo.
FOTO: PRIVAT

– Dette felles multiplum kan bare nås med en sterk primærhelsetjeneste som er skreddersydd for lokale behov, sier Stavdal – som vedgår at dette er vanskelig å omstille til praktisk politikk.

Den fremste oppgaven hennes er å støtte oppbyggingen av en god primærhelsetjeneste i lav- og middelinntektsland.

– Det er fortsatt den samme visjonen som gjelder, selv om kvaliteten på og organiseringen av helsetjenestene kan variere. Det handler om å få frem følgende budskap til politikerne: «Sørg for en frisk befolkning som kan være i jobb, og støtt dere til all den forskningen som viser at det er

bra å ha en primærlege». Salman Rawaf, en WHO-Champion og tidligere «top guy» i National Health Service (NHS), har snakket med mange verdensledere om helse. Han mener at enten et land styres av en diktator eller av en demokratisk leder, er rådet det samme: «Give people a family doctor!».

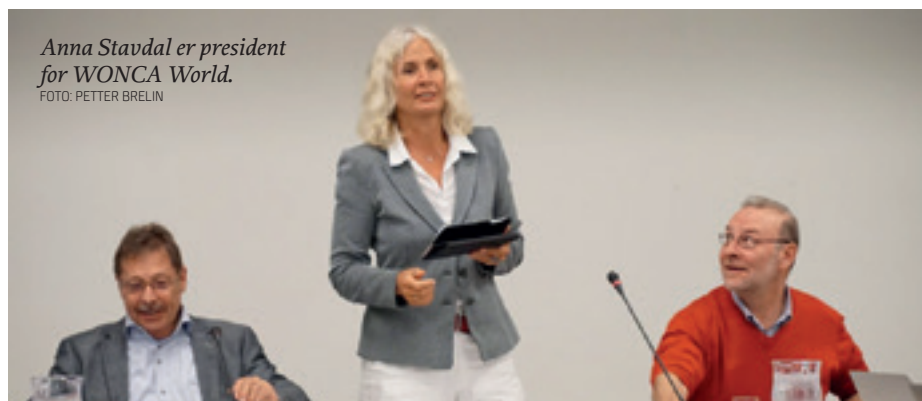
Verdier og idealer

Presidentverv i WONCA er ulønnet, og Anna Stavdal har gått ned til 50 prosent stilling som fastlege.

– Hva er det som driver deg?

– Dette er meningsfylt og kreativt arbeid som handler om verdier og idealer. De ideelle organisasjonene er viktige for å få ting. Jeg har fått spørsmål om jeg er en idealist. Jeg tror vi trenger mer idealisme. «Vi må skjøte på alle sammen», som en pasient sa til meg en gang. Det er et sivilt ansvar å bidra. Jeg lærer jo masse. En del av min faglige profesjonelle disiplin er å jobbe frivillig med fagutvikling. Det føles bra.

Tre hovedmål står på blokka hennes som president de neste to årene: Bygge identitet, gjøre organisasjonen mer synlig og øke innflytelsen.



Anna Stavdal er president for WONCA World.
FOTO: PETTER BRELIN

verdens allmennleger

– Jeg vil utvide kontaktflaten og snakke med dem som tar beslutninger i helsevesenet og dem som styrer pengesekken.

Helse og finans

Hun er godt på vei. Gjennom arbeidet i WONCA de siste ti årene har Stavdal vært opptatt av å etablere kanaler inn til Verdens helseorganisasjon – et arbeid som har gitt resultater: Fra 2020 til i høst var hun eneste representant for primærhelsetjenesten i WHO Europe sin koronakommisjon. Kommisjonen ble opprettet for å tenke nytt om politiske prioriteringer innen helse – i lys av covid-19-pandemien.

– Arbeidet i kommisjonen viste meg viktigheten av at helsefolk og finansfolk snakker sammen. En av anbefalingene våre, Global Task Force Finance and Health, ble adoptert av G20-møtet i Roma i oktober.

I kommisjonen satt blant andre fire tidligere statsledere, den tidligere statssekretæren til finansministeren i Storbritannia og flere finansfolk tilknyttet Verdensbanken.

– Det var veldig lærerikt.

Da nåværende leder av WHO Europe, Hans Kluge, stilte til valg, var Stavdal en av støttespillerne.

– Han skjønner verdien av primærhelsetjenesten, og vi har en åpen kanal. Jeg kan si fra når jeg mener det er på sin plass.

– Du har jo en fot innafor?

– Ja, jeg har det, og så må vi håpe på en snøballeffekt.

Brobygging

Da Anna Stavdal ble europeisk WONCA-president i 2016, uttalte hun til *Dagens Medicin* at en stadig større andel av ressursene går til spesialisthelsetjenesten, og at det fører til en fragmentert helsetjeneste med fare for overdiagnostikk og overbehandling.

– Hva tenker du om det i dag?

– I 2018 leverte vi resultatene av en tanke-dugnad i WONCA Europe om å beskytte folk mot unødvendig å bli behandlet som syke. For noen år tilbake var det ikke på agendaen i Europa, og jeg tar litt av æren for det.

Hun ivrer for å bygge broer

– I alle land hvor det er et skille mellom primær- og sekundærhelsetjenesten, er det innebygde interessekonflikter og manglende forståelse for hvordan vi trenger hverandre og hvordan vi kan utfylle hverandre. Her i Norge har vi også mye å lære. Det er viktig å få primærhelsspesialistene inn på universitetene og undervise sammen med sykehusspesialistene. Som WONCA-president vil jeg jobbe for å bygge broer mellom folkehelse og primærhelsetjeneste, mellom primærhelsetjenesten og sosialtjenesten og mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Og brohodet er primærhelsetjenesten.

– Noen har en gang kalt deg for en allmennmedisinsk utenriksminister. Er det et godt ord?

– Hehe, det må være en barfot-utenriksminister, en minister som kommer fra markene.

Solidaritet

Pandemien satte en stopper for de fysiske møtene, som var viktige for Anna Stavdal.

– Som president elect fikk jeg anledning til å møte mange av medlemmene våre på hjemmebane, før pandemien lukket oss inne hjemme. Det å være på stedet, snakke med kollegene og delta i faglige sammenhenger, har uvurderlig betydning for samhold og ikke minst for å gi støtte til lokalt arbeid. Det er utfordrende ikke å kunne møtes ansikt til ansikt. Men jeg er vaksinert og kan flytte på meg, så sant jeg kommer inn i et land. Planen min er at jeg i løpet av året skal ha besøkt alle sju WHO-regionene, fordelt på samtlige verdensdeler.

– Hva tar du med deg tilbake fra alle møtene dine utenfor Norge?

– Jeg blir påminnet om hvor ekstremt verdifullt det vi har i Norge er. Hjemlige debatter gjør meg urolig – jeg frykter vi har glemt at solidaritet er grunnlaget for den offentlig finansierte velferdsmodellen. Primærhelsetjenesten og fastlegeordningen er en tjeneste som blir synlig først når den



FAKTA OM ANNA STAVDAL

- Utdannet lege fra Universitet i Oslo (UiO)
- Spesialist i allmennmedisin og fastlege i Oslo siden 1989
- Universitetslektor ved UiO
- Initiativtaker og president for Nordic Federation of General Practice fra 2005–2011
- Leder av Norsk selskap for allmennmedisin (nåværende Norsk forening for allmennmedisin) 1999–2003
- Medlem av OECD Advisory Board, PARIsurvey; Primarycare role in chronic care – global survey
- Leder for WONCA Europe 2016–2019
- President elect for WONCA World 2018–2021
- President WONCA World 2021–2023

ikke er der. Se bare på Italia under pandemien, et land som i liten grad har en primærhelsetjeneste. Sykehusene var det stedet folk kunne oppsøke da de ble syke. Fastlegeordningen i Norge handler ikke bare om pengekrise, det er også en verdi- og systemkrise, mener Anna Stavdal.

– Hva er den største barrieren for å oppnå gode og likeverdige helsetjenester globalt?

– Økonomisk ulikhet, regionalt og globalt. Vi vil neppe nå målet om at de som trenger det mest, får den beste hjelpen først og uavhengig av økonomisk evne. Men målet er der for å lede oss. Det går an å få til forandring, men jeg har lært at vi ikke ser resultatene dagen etter.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Grunnmuren forvitrar

Kommunale helsetenester til folk over 80 år

■ TORLEIV ROBBERSTAD • 85 år, tidlegare distriktslege, helse- og sosialsjef og assisterande fylkeslege

Aldersgruppa over 80 år utgjer berre 4,3 prosent av folketalet, men brukar dobbelt så stor del av fastlegekonsultasjonane, femtedelen av liggjedagane på sjukehus og femtedelen av kommunale driftsbudsjett. Om ti år er det 60 prosent fleire i denne gruppa. Korleis vil dette gå?

Kommunehelsetenesta skal vere grunnmuren for andre helsetenester, og allmennleings portnarfunksjon har avgjerande innverknad på både forbruk, resultat og kostnader av andre helsetenester (1). Riksrevisjonen peikar på store skilnader i enkeltkommunar sin bruk av somatiske sjukehus (2), men kvifor er det slik? Må det vere slik?

Denne studien ser sjukehusbruk, fastlegetenester og kommunale omsorgstenester i samanheng for aldersgruppa over 80 år. Gruppa er viktig, fordi den brukar så store helseressursar (3, 4).

Metode

KOSTRA er dei årlege, pliktige og standardiserte rapporteringane av økonomi- og tenestestatistikk frå alle kommunar til staten, som så samordnar det til offentleg statistikk (3, 5, 6). Kommunar flest har i mange år brukt desse tala til resultatvurdering, samanlikning, planlegging og prioritering, og det gjer også denne studien.

Studien omfattar dei 53 kommunane med meir enn 20000 innbyggjarar i 2015; KOSTRA-gruppene 15 (Oslo), 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) og 13 (dei 49 neste kommunane). Dei fleste over 80 år bur i desse kommunane. Alle ratar er pr. 100 personar

over 80 år i KOSTRA-gruppe 13 (=K13) i 2019, der ikkje anna er sagt. For fleire enkeltvariablar er høgaste og lågaste fjerdedelar av K13 samanlikna med kvarandre (JE TABELL 1). K13 omfattar 37 prosent av dei over 80 år, og ligg nær landsgjennomsnittet for sentrale variablar. Dette gir funna god overføringsverdi.

Pasientforløp

For aldersgruppa over 80 år endra pasientforløpet seg mykje frå 2010–19 (3, 5):

- Litt fleire fastlegekonsultasjonar, men stor auke i bruken av legevakt og poliklinikk, og andelen opne fastlegelister gjekk ned frå 44 til 26 prosent.
- Innleggingsraten på sjukehus er redusert med 1/3, til 54. Akuttinnleggingsraten var 51 både i 2010 og 2015, men 2019-tal for den manglar (5).
- Samla liggjedagsforbruk på sjukehus er redusert med 1/3 og utskrivingsklare liggjedagar med 2/3, men liggjetid før utskrivingsklar er vorte 70 prosent lengre.
- Aldersgruppa vart 2,7 prosent større, men har likevel fått 14 prosent lågare dekking med kommunale omsorgstenester (institusjonsplass eller heimetenester)

Dette høver med at fastlegane opplever

større arbeidspress, at døgnpasientar på sjukehus er sjukare enn før, og at kapasiteten i eldreomsorga ikkje held følge med auken i målgruppa.

Fastlegane

Det var 20 prosent fleire fastlegar i 2020 enn i 2010, og nesten heile auken var kvinner. No er nesten halvparten av fastlegane kvinner, med kortare lister (5), lengre konsultasjonar og lengre ventetid for time enn menn (7). Berre 3,3 prosent av fastlegane i K13 var i solopraksis i 2020 – 60 prosent lågare enn i 2014, jamfør tabell 2.

Bruk av poliklinikk

Høg poliklinisk konsultasjonsrate ser ut til å henge nøye saman med færre opne fastlegelister, få solopraksisar og kort veg til sjukehuset.

Innleggingsrate i sjukehus

Innlegging trengs når allmennlegen ikkje har tid eller kompetanse til å gi god nok hjelp. Kommunane med høgast innleggingsrate hadde fleire unge og færre middelaldrande (40–54 år) fastlegar, færre opne fastlegelister og fem gonger så mange solopraksisar. Pasientane fekk like mange fastlegekonsultasjonar, men færre sjukebesøk og mange fleire legevaktkonsultasjonar. Det var fleire ikkje-utskrivingsklare liggjedagar pr. opphald. Halvparten av desse kommunane låg også høgast i 2015.

TABELL 1. 80 år og eldre: forbruk av sjukehusstenester i 2019, i KOSTRA-gruppe 13 og Oslo. Konsultasjonar og innleggingar som rater pr. 100, liggjedagar pr. opphald.

	KOSTRA-GRUPPE 13:			OSLO
	HEILE K13	LÅGASTE FJERDEDEL	HØGASTE FJERDEDEL	
Polikliniske konsultasjonar	220	179	366	249
Innleggingar	53	47	61	60
Liggjedagar før utskrivingsklar	4	3,5	4,7	4,8
Utskrivingsklare liggjedagar	0,8	0,2	1,7	0,3

TABELL 2. Prosentdel fastlegar i solopraksis i 2014 og 2020, i KOSTRA-gruppene 13, 14 og Oslo.

	KOSTRA 13	KOSTRA 14	OSLO
2014	8,1	6,3	7
2020	3,3	3,3	6



Aldersgruppa over 80 år utgjør mindre enn fem prosent av folketalet, men ein vesentleg større andel brukes på den eldste delen av innbyggjarane. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Dette høver med Thorsen sine funn: at spesielt yngre, usikre og oftast mannlege fastlegar opplevde tyngre arbeidsbelastning på grunn av pasientpress for å verte sendt vidare til sjukehus, og at dette var ein vanleg grunn for tilvisingar (8). Riksrevisjonen fann i 2017 at meir enn kvar fjerde fastlege jamleg tilviste pasientar til sjukehus, sjølv om dei ikkje forventa medisinsk nytte av det (9).

Færre opne lister, færre sjukebesøk og meir bruk av legevakt er kjende symptom på stressa fastlegar, som også kan forklare aukande sprik og svikt i portnarfunksjonen. Fleirlegepraksis kan gi betre kollegastøtte enn solopraksis, som er sterkt overrepresentert i kommunane med høgast innleggingsrate.

I 2019 var berre vel fjerdeparten av legevaktene dekte av spesialistar i allmenn-

medisin (10), og det er uvisst korleis dette underskotet på allmenntilleggs kompetanse påverkar innleggingsraten. I 2008 minka vakttdeltakinga med fastlegane sin alder, med aukande listelengde og med aukande sentralitet (11). Den norske legeforening meiner at legevakt må bli ein integrert del av fastlegejobben (12).

Liggjedagar

Liggjedagar før utskrivningsklar er den tida sjukehuset treng for å undersøkje pasientane godt nok, og speglar kor godt dei er undersøkte før innlegging. Kommunane med flest undersøkjingsdagar hadde gjennomsnittlege listelengder, men fleire opne lister. Der var stor overvekt av unge fastlegar og nesten dobbelt så mange solopraksisar. Pasientane fekk litt fleire fastlegekon-

sultasjonar, men få sjukebesøk og mange fleire legevaktkonsultasjonar. Dei fleste av desse kommunane låg også høgast i 2015, og dei fleste var vertskommunar for somatiske sjukehus.

Dette høver med at pasientane vert dårlegare undersøkte før innlegging når fastlegane har mindre allmenntilleggs røynsle, tek færre sjukebesøk, overlet meir til legevakta, og der er kort veg til sjukehuset.

Kommunale omsorgstenester

I landsgjennomsnitt hadde 12 prosent av dei over 80 år sjukeheimplass i 2019, og 30 prosent fekk heimetenester. Frå 2010–2019 vart aldersgruppa over 80 år 2,7 prosent større, men dekkinga med omsorgstenester vart 12–15 prosent lågare.

TABELL 3. 80 år og eldre: sjukehusforbruk for dei 53 største kommunane i 2015 og 2019. Rater pr. 100.

	GJENNOMSNIITT AV K13, K14 OG OSLO:	
	2015	2019
Polikliniske konsultasjonar	189	220
Innleggingar i somatisk sjukehus	73	54
Liggjedagar	306	257

TABELL 4. 80 år og eldre i 2019: prosentdel med ulike kommunale omsorgstenester.

	HEILE LANDET	KOSTRA-GRUPPE 13
Heimetenester	30,0	28,1
Sjukeheimplass	12,1	11,2
Heildøgnsomsorg ¹	15,7	14,6

¹ Heildøgnsomsorg er summen av sjukeheimplass og heildøgnsbemanna bustad.



Den eldste aldersgruppa treng store helseressursar. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Utskrivingsklare liggjedagar

Dette fortel om kommunen si evne til å ta imot utskrivingsklare pasientar på kort varsel. Kommunane med flest ventedagar før utskriving hadde litt fleire eldre med heimetenester og litt færre sjukeheimplassar, men 15 prosent færre av sjukeheimsdagane var i tidsavgrensa opphald. Fastlegelistene var lengre, og der var færre konsultasjonar til fastlege og legevakt, men fleire til poliklinikk. Dei fleste av desse kommunane låg også høgast i 2015, og dei fleste var vertskommunar for somatiske sjukehus.

Færre og kortare sjukehusopphald gir sjukare pasientar attende til omsorgstenestene, som også treng samarbeid med vel fungerande fastlegar. Kombinasjonen av få korttidsplassar og travlare fastlegar kan gjere systemet mindre smidig.

Vertskommunar

Halvparten av kommunane i K13 var vertskommunar for somatiske sjukehus. Samanlikna med andre halvparten, hadde

vertskommunane dobbelt så stor del solo-praksisar, mindre bruk av fastlege og meir av poliklinikk, og få tidsavgrensa sjukeheimplassar. Trass i same dekkinga med omsorgstenester, hadde dei mange fleire utskrivingsklare ventedagar på sjukehus.

Dette kan høve med at fastlege- og omsorgstenestene i vertskommunar tradisjonelt har fått meir ryggdekking og avlastning frå «sitt» sjukehus, og derfor strevar meir med å tilpasse seg krava i samhandlingsreforma om fleksibilitet og omfordeling av oppgåver.

Oslo

Samanlikna med K13, har Oslo yngre innbyggjarar og lengre fastlegelister, men likevel mange fleire opne lister. Dei over 80 år brukar likevel mykje mindre fastlege og mykje meir poliklinikk og døgnopphald, og dei har 20 prosent lengre liggetid før utskrivingsklar. Fastlegane i Oslo ser såleis ut til å overlate monaleg meir av pasientarbeidet sitt til sjukehusa. Oslo har få utskri-

vingsklare dagar, rimelegvis fordi aldersgruppa over 80 år har krympa så mykje at der er god sjukeheimskapasitet.

Offentlege utgifter i 2019

Fastlegetenesta kosta 8,63 milliardar kroner, av dette 5,47 milliardar som statlege refusjonar, 2,64 milliardar som kommunale basistilskot, og 0,52 milliardar som kommunal subsidiering: «8.2-avtalar» (13, 14, 15). **Legevaktordningane** kosta om lag fire milliardar kroner, av dette om lag 3,35 milliardar i kommunale nettoutgifter (631 kr pr. innbyggjar), og 692 millionar kroner i statlege refusjonar (13, 16).

I 2019 var det 15,6 millionar allmennelegekonsultasjonar – 92 prosent av dei hos fastlege, og nesten like mange enkle kontaktar (6). Etter dette kosta ein fastlegekonsultasjon m.v. om lag 600 kr, medan ein legevaktkonsultasjon kosta omtrent 3000 kroner. Beredskap kostar. Eitt liggjedøgn kosta 18 175 kroner på somatisk sjukehus (17) og 2951 kroner på kommunal institusjon (3).

Konsultasjonar pr. time måler aktivitet, men konsultasjonar er så mangt. Eldre og kronikarar har samansette sjukdomsbilte, og treng tid til fleire problemstillingar pr. konsultasjon. Enkle førebyggjingsråd har større effekt når dei kan koplust til aktuelle sjukdomsytringar, men slikt krev meir tid.

Fastlegeordninga rekrutterer dårleg og har aukande årleg avgang, med arbeidspress, administrativt arbeid og manglande tid til familie og fritid som dei viktigaste årsakene (18, 19). Helsedirektoratet skriv:

«Den økende andelen kvinnelige leger sammen med en ny generasjon mannlige leger kan være en medvirkende årsak til at dagens fastleger ønsker andre rammer rundt sin fastlegepraksis enn tidligere, og at dette kommer til uttrykk blant annet gjennom økning i fastlønsavtaler» (7).

I 2019 subsidierte 81 prosent av kommunane fastlegane sine, med «fastlønn, gunstig lokalleie og utstyrsavtaler, avtaler om disposisjon av kommunale støttfunksjoner eller annet helsepersonell», for å rekruttere og halde på fastlegane (15). Slike fritak for arbeidsgjeveransvar og investeringsplikt er i tråd med dei prosentleigeavtalane som ganske mange distriktslegar hadde fram til 1984.

Alle sjukehuslegar er fastløna, utan at dei ser ut til å bli mindre effektive av det. I 1986 hadde Sandnes kommune 1870 innbyggjarar pr. allmennlege, med 11 privatpraktiserande og 11 fastløna legar. Analyse av 8600 pasientkontaktar viste at dei to gruppene hadde same konsultasjonstal pr. arbeidstime, og at dei fastløna hadde dobbelt så lang ventetid for time (20). Legar flest er nok stort sett styrt av innebygd fagleg profesjonsstyring.

Tredjedelen av kommunane sine netto driftsutgifter går til omsorgstenester (3). Og kommuneøkonomien blir trongare: frå 2017–20 auka langsiktig gjeld frå 99 til 111 prosent av bruttoinntekta (3). Dei seinare åra har ein stadig mindre del av aldersgruppa over 80 år fått omsorgstenester, og skrifta på veggen fortel at i 2030 vil denne gruppa vere 60 prosent større. Det er eit hovudpoeng at eldre må kjenne seg trygge: trygge på å få hjelp når det trengs, og trygge på å få god nok hjelp. Får kommunane råd til det?

Prioriteringar

I 2006 sa Kongen: «En sterk og sunn kommuneøkonomi er et viktig fundament for et godt velferdssamfunn» (21). I 2007 fortalde Samhandlingsmeldinga at demogra-

fisk utvikling og endring i sjukdomsbildet ville krevje meir effektiv drift av helse- og omsorgssektoren, og at «den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene» (22). Tja, i seksårsperioden 2012–18 kom det 27 prosent fleire legeårverk i spesialisthelsetenesta, mot berre 19 prosent fleire i kommunale helse- og omsorgstenester (23).

Fastlegane skal også forvalte kjerneoppgåva som portvakt for andre helsetenester (24). Denne studien viser at når fastlegane har for liten kapasitet, vert fleire sendt vidare til legevakt og spesialisthelsetenesta. Slik erosjon av portvaktrolla er svært dyr for samfunnet: for 85 400 kroner kan samfunnet få eit gjennomsnittleg sjukehusopphald på 4,7 liggjedøgn, eller 142 fastlegekonsultasjonar. Med andre ord: Der som to ekstra fastlegeårverk kan spare meir enn eitt sjukehusopphald pr. veke, så vil dei løne seg samfunnsøkonomisk, og meir vil bli gjort på lågaste effektive omsorgsnivå – der folk bur.

Helsepersonellova pålegg i §§ 2 og 6 alt helsepersonell å arbeide fagleg forsvarleg, og å ikkje påføre helseinstitusjon, trygd eller andre unødvendig utgift (25). Ja, det er uetisk å la sjukehus gjere fastlege- eller sjukeheimsarbeid som kommunale tenester kan gjere betre og billigare. Men det er eit reint politisk ansvar å sikre rammevilkåra for slik god praksis. Handlingsplanen for allmennlegetenesta 2020–2024 (23) har mange gode målsetjingar, men understrekar at tiltaka «...er avhengig av økte bevilgninger og prioriteringer i de årlige budsjettprosessene». Så langt har verken konge eller regjering makta å motstå trykket frå prestisjetunge spesialisthelsetenester.

Konklusjonar

Fastlege- og omsorgstenestene er grunnmuren i norsk helseteneste. Dei treng styrking, og denne studien tyder på at då bør det leggjast særleg vekt på desse faktorane:

- Det er staten som har det overordna ansvaret for å styre slik at dei skattefinansierte deltenestene samla sett kan gi mest mulig helsenytte, uavhengig av driftsansvar.
- Gjenreiseing av fastlegen si portnarrolle krev både kvantitativ og kvalitativ styrking, som vil gi både faglege og økonomiske nettogevinstar for samfunnet.
- For å rekruttere godt nok, må fastlegeordninga tilby like gode arbeidsvilkår som alternative stillingar, med drifts- og avlønningformer særleg tilpassa kvin-

nelege og yngre legar sine jobbpreferansar. Slikt burde vere elementært.

- Mange veletablerte faglege atferdsvarnar treng korreksjon, for det er stor stabilitet i kva kommunar som har mest avvikande bruk av sjukehusstenester.
- Eldreomsorga er personalintensiv, og treng svær kapasitetsauke dei komande åra. Vil samfunnet ta seg råd til det? Omsorg kan styrkast med omsorgsteknologi, men auka satsing på kunstig intelligens må ikkje fortrenge naturleg intelligens.

REFERANSAR

- Grimsmo A.: Utvikling og styrking av fastlegens portnerfunksjoner. I: Riktig diagnose til rett tid. Oslo: Den norske legeforening, 2017.
- Undersøkelse av årsaker til variasjon i forbruk av helsetjenester. Riksrevisjonen, Dokument 3:2 (2019–2020).
- www.ssb.no/statistikkbanken.
- SAMDATA kommune. Helsedirektoratet rapport IS-2944.
- https://helsedirektoratet.no/statistikk.
- https://tjenester.helsenorge.no.
- Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024, Årsrapport 2020. Helsedirektoratet 2021.
- Thorsen O.: General practitioners' referrals to specialist health services. Bergen: Dissertation for PhD at the University of Bergen, 2017.
- Undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Riksrevisjonen, Dokument 3:4 (2017–2018).
- Årsstatistikk for legevakt 2019. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdmedisin, Rapport nr. 1–2020.
- Sandvik H., Hunskaar S. og Diaz E.: Hvilke fastleger deltar i legevakt? Oslo: Tidsskr Nor Legeforen 2012; 132: 2277–80.
- Hermansen M.: Helse og trygghet først. Oslo: Dagens medisin 20/21 2020.
- HELFO: Statistikk og nøkkeltall for legeområdet i 2019.
- KS A-rundskriv A/3-2019.
- Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelser. Oslo, Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, 2020.
- Vakt- og beredskapsordninger i de kommunale helse-, omsorgs- og barneverntjenestene. Oslo Economics (for KS), OE-rapport nr. 2019-9, 07.02.2019.
- SAMDATA spesialisthelsetjeneste. Helsedirektoratet rapport IS-2950.
- Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport IS-2967.
- Birkeli C.N., Rosta J., Aasland O.G. og Rø K.I.: Hvorfor velger leger seg bort fra allmennmedisin? Oslo: Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140: 442–446.
- Robberstad T.: Allmennlegepraksis i kommunen. Oslo, Kommuneforlaget 1989.
- Hans Majestet Kongen, Trontalen, 2006.
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.
- Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.
- Rapport IS-2575 Samdata kommune. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
- Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-nr. 64.

■ TROBBE@LYSE.NET

Knapt én av ti nådde kolesterolmålet

■ LISBETH NILSEN • Frilandsjournalist

Tre av fire personer med hjertesykdom sier selv at de tar statiner som forskrevet, men et fåtall når behandlingsmålet for LDL-kolesterol.

Det fremgår av en studie med data fra den sjuende Tromsøundersøkelsen (2015–2016). Studien ble publisert i *BMC Cardiovascular Disorders* i 2021 og inngår i doktoravhandlingen til stipendiat Elisabeth Pedersen ved Universitetet i Tromsø, som disputerte i desember i fjor (1). De fleste med angina, tidligere hjerteinfarkt eller gjennomgått bypassoperasjon oppga at de tok legemidler som forskrevet. Men svært få nådde behandlingsmålet: Bare gjennomsnittlig ni prosent hadde et LDL-kolesterol på daværende anbefalte nivå med under 1,8 mmol/L.

For lave doser

Ifølge studien var måloppnåelsen størst hos dem med mer alvorlig sykdom. Andelen med tidligere infarkt som nådde LDL-målet, utgjorde elleve prosent. For angina-pasienter var andelen på bare tre prosent.

I gjennomsnitt nådde 58 prosent anbefalt blodtrykknivå. Blant de med gjennomgått PCI eller bypassoperasjon var andelen noe lavere – og noe høyere for dem med angina. Kun seks prosent av deltager-

ne i studien nådde behandlingsmålene for både blodtrykk og LDL.

Henrik Schirmer, professor ved Universitetet i Oslo og overlege ved Hjertemedisinsk avdeling på Akershus universitetssykehus (Ahus), er en av medforfatterne på studien. Han er medlem i Norsk cardiologisk selskap sin arbeidsgruppe for preventiv kardiologi.

– Lav måloppnåelse handler først og fremst om at pasienten står på for lav dosering av statiner eller at det er behov for et legemiddel i tillegg til statiner. Den norske NORCOR-studien (Norwegian Coronary Prevention Study) viser at blant de cirka 90 prosent som oppga at de brukte statiner, fikk drøyt halvparten tilstrekkelig dosering. Det er likevel bedre med lav dose statiner enn ingen bruk, for statiner har uansett effekt, sier Henrik Schirmer til *Utposten*.

Vanskelig uten medisiner

Studien inkluderer 1483 personer med selvrapportert angina, gjennomgått bypasskirurgi eller koronar revaskularise-

ring (PCI). Det ble sett på måloppnåelse ut fra norske retningslinjer for sekundærforebygging (sekundærprofylakse) av kardiovaskulær sykdom. Her anbefales LDL å være lavere enn 1,8 mmol/L, og blodtrykk bør være 140/80 eller lavere, og 130/80 for personer med diabetes.

Nyere europeiske retningslinjer fra 2021 anbefaler et LDL på under 1,4 mmol/L ved sekundærprofylakse. Evidensen for nytte og effekt er klassifisert som høyeste nivå (A), hvor dokumentasjonen er underbygd av flere randomiserte kliniske studier. I Tromsø-studien var det en sterk sammenheng mellom bruk av kolesterolsenkende legemidler og måloppnåelse for LDL, men det var ingen tilsvarende sammenheng for blodtrykk.

Schirmer mener studien viser at det er vanskelig å komme i mål med LDL-kolesterol uten medisiner. Cirka 30 prosent av deltagerne i studien hadde et LDL på under 2,5, og som nevnt under ti prosent hadde lavere enn 1,8.

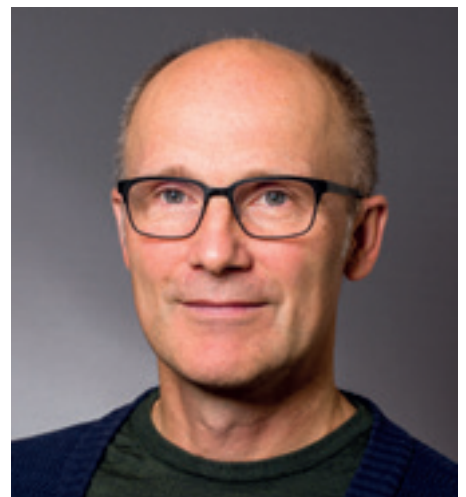
– Vi har sett at blant de pasientene som er mest motivert for å endre kosthold og

– Studier viser at etter fem til seks år, har cirka halvparten av hjertepasientene sluttet med statiner sier professor og overlege Henrik Schirmer ved Ahus. FOTO: ØYSTEIN HORGMO/UiO

RÅD TIL FASTLEGER OM LIPIDSENKENDE BEHANDLING

- Nyeste anbefalte behandlingsmål for LDL-kolesterol ved sekundærprofylakse er under 1,4 mmol/L, men det er enda viktigere at pasienten tar et statin enn at behandlingsmålet nås.
- Hvis pasienten ikke når behandlingsmålet:
 - Spør om pasienten tar medisinen(e)
 - Vurder om du kan øke dosen og/eller legge til ezetimib som reduserer LDL med cirka 15 prosent. (Refusjonsregler gjør at PCSK9-hemmer er forbeholdt svært få pasienter).
- Hvis pasienten ikke tar statiner: Spør hvorfor, og informer om at statiner bidrar til reduksjon i aterosklerose og hjerte- og karsykdom, at det tolereres godt og at det sjelden gir bivirkninger.
- Ved mistenkte bivirkninger kan legemiddelpauser være til hjelp. Hvis symptomene ikke forsvinner eller bedres, let etter andre årsaker. Ved effekt av pause, start opp på laveste (5–10 mg) dose atorvastatin (5–10 mg) eller rosuvastatin to til tre ganger ukentlig med langsom opptitrering til høyeste tolererbare dose. De fleste vil tolerere ett statin.

KILDE: KARDIOLOG OG SENIORFORSKER JOHN MUNKHAUGEN





Ifølge data fra den 7. Tromsø-undersøkelsen, rapporterte drøyt tre av fire hjertesyke at de tok kolesterolsenkende legemiddel som forskrevet.

har en dyktig lege, så går LDL ned i gjennomsnitt én enhet. Jeg har hatt pasienter som har fått ned LDL-nivået fem enheter, men de er unntakene. Ingen klarer å «spise seg ned» til 1,8 mmol/L, mener kardiologen.

Lavere enn NORCOR

I 2017 fant John Munkhaugen og medforfattere at 43 prosent nådde et LDL-kolesterol på 1,8 mmol/L. Dataene i studien var hentet fra forskningsprosjektet NORCOR, som omfatter drøyt 1100 pasienter som i 2011–2014 var innlagt ved Drammen sykehus eller ved Sykehuset i Vestfold med førstegangs eller gjentagende hjerteinfarkt og/eller PCI.

– Hvorfor er måloppnåelsen så mye lavere i Tromsø-studien enn i NORCOR?

– I studien vår var det stor forskjell på hvor lang tid det hadde gått siden første hendelse, og hos noen hadde det gått over ti år. Det kan ha ført til lavere måloppnåelse. En annen viktig forklaring er at i NORCOR kommer halvparten av pasientene fra

Sykehuset i Vestfold, som er blant de beste i landet på oppfølging av hjertepasienter. Sykehusets infarktskole følger i stor grad de europeiske anbefalingene.

I Tromsøundersøkelsen er sykdom og medisinbruk selvrapporert, men en studie av Elisabeth Pedersen publisert i fjor, viste godt samsvar mellom egenrapportert legemiddelbruk og data fra Reseptregisteret. Definisjonen på bruk i Reseptregisteret er minst én uthenting av aktuell resept i løpet av et kalenderår. En svakhet ved Tromsø-studien, ifølge artikkelforfatterne selv, er at studien mangler data på LDL-nivå og blodtrykk ved behandlingsoppstart – kun ved inkludering i Tromsøundersøkelsen. Derimot er det en styrke at kontroll av LDL-kolesterol og blodtrykk er objektive mål.

Tre av fire tok kolesterolsenkende

Ifølge 2020-data fra Norsk hjerteinfarktregister fikk 90 prosent av pasientene forskrevet statiner ved utskrivelse.

– Men studier viser at etter fem til seks år

har cirka halvparten av hjertepasientene sluttet med statiner, kommenterer Schirmer.

Basert på selvrapporerte data, viser Tromsøundersøkelsen at:

- 76 prosent brukte kolesterolsenkende legemidler (hvorav cirka åtte av ti var statiner)
- 72 prosent tok blodtrykksmedisiner
- 66 prosent brukte blodfortynnende (acetylsalisylsyre/ASA)

Snaut seks av ti oppga at de brukte både statiner og ASA, og snaut halvparten brukte statiner, ASA og blodtrykksmedisin (2). Andre studier har funnet høyere etterlevelse, men det er i hovedsak studier blant sykehuspasienter og med langt kortere oppfølgingstid.

– Legen må spørre pasienten om hvorfor de ikke tar statiner. Sannsynligvis er det under én prosent som har bivirkninger av statiner, og det skal vi ta på alvor. Men oppmerksomheten må være på nytten av statiner, ikke på bivirkningene. Mange har en sterk tro på at statiner gir bivirkninger, men ingen randomiserte, placebokontrollerte studier har vist det. Snarere tvert

imot, pasienter har rapportert flere bivirkninger på placebo. På Ahus ber vi pasientene sjekke om de når behandlingsmålene, og vi har sluttet å snakke om bivirkninger, forteller Schirmer.

Flere når målet i Sverige

Ahus-overlegen mener Norge bør lære av svenskene. I Sverige registreres medisinering med statiner også etter utskrivning fra sykehus, og pasientene følges opp av sykepleier tre måneder og ett år etter infarkt. Ifølge årsrapporten for det nasjonale registret Swedeheart 2020 hadde gjennomsnittlig 77 prosent LDL på under 1,8 mmol/L ved andre oppfølging etter infarkt, og i gjennomsnitt nådde 82 prosent behandlingsmålet for blodtrykk.

– Svenskene har sett at et krav om registrering av behandlingsmål og offentliggjøring per region bidrar til at legene blir flinkere til å følge opp – og at flere pasienter når målet. Median 50 prosent av infarktpasientene i Sverige når et LDL under 1,8, som er betydelig bedre enn i Norge, sier Schirmer og legger til:

– I det norske hjerteinfarktregisteret er det nå åpnet for å registrere måloppnåelse ett år etter infarkt, men det er ikke obligatorisk å kalle pasientene inn til kontroll, slik som i Sverige.

Ifølge internasjonale retningslinjer, bør

infarktpasienter få strukturert oppfølging.

– I Norge får bare én av tre pasienter tilbud om hjerterehabilitering, og noen takker nei. Det skal ikke mange kost-nytteanalyser til for å vise at det lønner seg å forebygge nye hjerteinfarkt og hjerneslag, sier Henrik Schirmer.

Fastlegekontinuitet

Antallet år siden første kardiologiske hendelse i den sjuende Tromsøundersøkelsen varierte fra 8,9 år for PCI til 13,5 år for angina. Det betyr at de fleste trolig ble fulgt opp av fastlegen på studietidspunktet. Som en del av NORCOR-prosjektet, ble også fastlegene intervjuet. Mange av fastlegene etterspurte bedre informasjon fra sykehuset om oppfølging, tettere samarbeid med sykehusleger og obligatorisk hjerterehabilitering.

Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin (NFA), er ikke helt enig med Schirmer:

– Jeg har ikke tro på at obligatorisk hjerterehabilitering er løsningen for alle. For noen pasienter er dette veldig nyttig og kan bidra til redusert risiko for ny hendelse og bedre livskvalitet. For andre er det helt andre tiltak som vil være mest nyttig. Det er behov for individualisert behandling og oppfølging. Nye norske data viser en fantastisk effekt av fastlegekontinuitet.



– Årsaken til at mange ikke når behandlingsmålene er sammensatt, sier Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin. ARKIVFOTO

Og jo lenger et fastlege-pasient-forhold har vart, dess høyere tillit og åpenhet, og større sannsynlighet for at pasienten får riktig behandling og oppfølging (3), sier NFA-lederen, og legger til:

– Det som virkelig betyr noe, er om svenkenes opplegg medfører færre hendelser.

– Hva mener du kan bidra til at flere når behandlingsmålene?

– Viktigere å ta statiner enn å nå

– Det å ikke ta statiner mer enn dobler risikoen for nye alvorlige hendelser, sier hjertespesialist og seniorforsker John Munkhaugen.

Han leder forskningsgruppen NORCOR og er sisteforfatter av en studie publisert i *BMC Cardiovascular Disorders* i 2020 (1). I studien ble hjertepasientene fulgt opp i gjennomsnitt 4,2 år, og i løpet av oppfølgingsperioden hadde om lag én av fem fått en ny alvorlig kardiologisk hendelse.

Multivariate analyser viste at det å ikke ta statiner var den sterkeste prediktoren for en ny, alvorlig hjerte-karhendelse, og mer enn doblet risikoen. Til sammenligning økte risikoen med drøyt 1,7 ved fysisk inaktivitet og med over 1,5 ved kronisk nyresvikt.

Størst effekt i starten

– Gevinsten ved å senke LDL fra 1,8 til 1,4 er nå godt dokumentert med harde endepunkter som død og nye kardiologiske hendelser. Men det er viktigere å ta statiner enn å nå behandlingsmålet for LDL på under 1,4. Den største gevinsten hentes ut i starten av statinbehandlingen, og den dokumenterte absolutte nytten er lavere dess lenger ned i LDL-nivå pasienten kommer. Etter et infarkt er det aller viktigste å få pasienten til å ta et statin, sier kardiolog og seniorforsker John Munkhaugen.

Han er enhetsoverlege ved Medisinsk avdeling på Drammen sykehus og nestleder i Norsk kardiologisk selskap sin arbeidsgruppe for preventiv kardiologi.

I Tromsø-studien var gjennomsnittlig LDL 2,9 og 2,1 i studien fra NORCOR (2).

– De største forskjellene mellom studiene er at Tromsø-undersøkelsen har en eldre og mer komorbid populasjon, det var lengre tid siden hendelsen, og det var færre som tok statiner – enn i NORCOR. I de nyeste internasjonale retningslinjene for sekundærprofylakse, skal det nå i større grad tas hensyn til komorbiditet, skrøpelig og pasientens egne behov og ønsker. Det synes jeg er veldig fint og viktig.

Bivirkninger hos svært få

Norske og internasjonale studier har vist at bivirkninger er en av årsakene til dårlig etterlevelse av statiner. I realiteten ser det ut til at statiner gir bivirkninger hos svært få (3).

– Vi publiserte studier i fjor der vi fant at nesten en av ti som bruker statiner rappor-



– Vi ønsker tydelige individuelle anbefalinger og råd fra spesialistene, og pasientene må også få anbefalinger skriftlig fra spesialisthelsetjenesten. Årsaken til at mange ikke når behandlingsmålene er sammensatt. Pasientene er veldig ulike og har ulike utfordringer, og vi må huske at de fleste med en kronisk sykdom eller hendelse har flere enn én lidelse. Vi er opptatt av å unngå overdiagnostikk og overbehandling og kan ikke unngå å snakke om bivirkninger eller risikoen ved polyfarmasi. Sannsynlig-

heten for å kunne forebygge en hendelse må alltid vurderes opp mot sannsynligheten for bivirkninger eller interaksjoner, sier Marte Kvittum Tangen.

OPPGITTE INTERESSEKONFLIKTER:

Henrik Schirmer ledet den femte Tromsøundersøkelsen. Han har fått foredragshonorar fra Pfizer, AstraZeneca, Sanofi, MSD, Amgen og Novartis.

Marte Kvittum Tangen har ingen oppgitte interessekonflikter.

REFERANSER

1. Pedersen E, Garcia BH, Halvorsen KH, Eggen AE, Schirmer H, Waaseth M. Adherence to prescription guidelines and achievement of treatment goals among persons with coronary heart disease in Tromsø 7. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021 Aug 24; 21(1): 406.
2. Pedersen E, Truong KNL, Garcia BH, Halvorsen KH, Svendsen K, Eggen AE, Waaseth M. J Self-reported medication use among coronary heart disease patients showed high validity compared with dispensing data. *Clin Epidemiol.* 2021 Jul; 135: 115–124.
3. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2021 Aug 26; BJGP.2021.0340.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

behandlingsmålet for LDL

terer muskel- og skjelettplager som bivirkning av medisinen. De med bivirkninger ble randomisert til sju ukers blindet behandling med atorvastatin 40 mg og sju ukers behandling med en identisk tablett uten medisin, i tilfeldig rekkefølge. Vi fant ingen sammenheng mellom statiner og muskelsymptomer i gruppen som helhet, og over 90 prosent av deltagerne tolererte et statin etter 12 måneders oppfølging. Dette er gode nyheter og et viktig budskap å formidle, sier John Munkhaugen.

OPPGITTE INTERESSEKONFLIKTER: John Munkhaugen oppgir å ha fått foredragshonorar fra AstraZeneca, Amgen, Novartis og Bayer.

REFERANSER

1. Sverre E, Peersen K, Weedon-Fekjær H, Perk J, Gjertsen E, Husebye E, Gullestad L, Dammen T, Otterstad JE, Munkhaugen J. Preventable clinical and psychosocial factors predicted two out of three recurrent cardiovascular events in a coronary population. *BMC Cardiovasc Disord.* 2020 Feb 5; 20(1): 61.
2. Pedersen E, Garcia BH, Halvorsen KH, Eggen AE, Schirmer H, Waaseth M. Adherence to prescription guidelines and achievement of treatment goals among persons with coronary heart disease in Tromsø 7. *BMC Cardiovasc Disord.* 2021 Jan 21; 21(1): 44.
3. Kristiansen O, Vethe N, Peersen K, Fagerland M, Sverre E, Jensen E, Lindberg M, Gjertsen E, Gullestad L, Perk J, Dammen T, Bergan S, Husebye E, Otterstad J, Munkhaugen J. Effect of atorvastatin on muscle symptoms in coronary heart disease patients with self-perceived statin muscle side effects: a randomized, double-blinded crossover trial, *European Heart Journal – Cardiovascular Pharmacotherapy*, Volume 7, Issue 6, November 2021, Pages 507–516.

– Den store gevinsten hentes ut i starten av statinbehandlingen, sier kardiolog John Munkhaugen ved Drammen sykehus, nestleder i Norsk kardiologisk selskap sin arbeidsgruppe for preventiv kardiologi. FOTO: NORCOR



Målrettet pneumokokkva utbrudd og forebygge an

■ MARIT TEIGEN HAUGE • Assisterende kommuneoverlege i Molde

Streptococcus pneumoniae (pneumokokker) kan forårsake pneumoni og alvorlig invasiv pneumokokksykdom. Et utbrudd av svært virulente pneumokokker blant arbeidere i verftsindustrien i Møre og Romsdal førte til mange sykehusinnleggelser, men brant ut etter omfattende målrettet smittevernarbeid og vaksinasjon. Pneumokokkvaksinasjon kan være et effektivt folkehelseiltak og et bidrag i kampen mot antibiotikaresistens.

I første tertial av 2019 ble 24 personer i Møre og Romsdal innlagt i sykehus med pneumoni eller invasiv pneumokokksykdom forårsaket av en svært virulent serotype av *S. pneumoniae*. Utbruddet var hovedsakelig knyttet til et skipsverft, med noen få tilfeller ved andre verft i samme fylke. De smittede var alle menn, aldersspennet var fra 20 til 70 år. Det ble ikke registrert dødsfall knyttet til utbruddet, men flere hadde alvorlige sykdomsforløp med utvikling av sepsis og langvarige sykehusinnleggelser.

Erfaringer fra målrettet vaksinasjon på arbeidsplassen

Ved verftet med flest smittetilfeller samarbeidet kommuneoverlegen med verftsledelsen og bedriftshelsetjenesten (Medi3 i Ålesund) om å håndtere utbruddet. Over hundre formenn ble innkalt til et informasjonsmøte om hensikten med å vaksinere, formennene kunne stille spørsmål på vegne av alle de ansatte, og de videreformidlet informasjonen til kollegaene. I løpet av fem dager klarte de å vaksinere 1900 arbeidere ved verftet, vaksineringsen sto bedriftshelsetjenesten for. Arbeidstilsynet kom inn mot slutten av utbruddet og kartla arbeidsforholdene. På grunn av tidspress for å ferdigstille et skip jobbet de ansatte svært tett, og mange ble eksponert for sveisestøv. De innførte hygienetiltak i samråd med Arbeidstilsynet. Verftet ble ferdig med arbeidet med skipet nesten samtidig med når vaksineringsen var over. Det gav de ti dager hvor det var langt færre som arbeidet, en fikk da større avstand mellom de som job-

bet og effekt av vaksinen. Det ble etter april 2019 ikke påvist flere tilfeller.

Det var lite skepsis blant de ansatte mot å ta vaksinen. Teamet som sto bak vaksineringsarbeidet opplevde at informasjonsprosessen, sammen med det at de ansatte hadde sett tidligere friske og unge kollegaer bli alvorlig syke, bidro til at alle ville vaksineres. Erfaringene teamet gjorde seg den gang bør være nyttig for flere kommuner.

Verftsindustrien er i stor grad avhengig av utenlandsk arbeidskraft, noe som har blitt tydeliggjort under pandemien. Mange av arbeiderne kommer fra land med utbredt vaksineskepsis. Det har i Møre og Romsdal også tidligere vært sykdomstilfeller hos verftsarbeidere forårsaket av multiresistente pneumokokker, som har blitt smittesporer til østlige deler av Europa. De nevnte erfaringene fra verftsindustrien tilsier at kommunen og arbeidsplassen hvor de ansatte eksponeres for sveiserøyk bør samarbeide tett for å sikre at de ansatte tilbys pneumokokkvaksine. Dette også som et tiltak i kampen mot multiresistente bakterier.

Pneumokokker er vanlige, men kan gi alvorlig sykdom

Streptococcus pneumoniae (pneumokokker) er kapselkledde bakterier som blant annet kan forårsake pneumoni, meningitt og sepsis. Det er estimert at pneumokokker er årsaken til 30-50 prosent av alle bakterielle sinusitt og otitter i alle aldersgrupper. Bakterien smitter via dråpesmitte fra person til person. Det finnes over 100 serotyper av pneumokokker. Hovedtyng-

den av pneumokokkinfeksjoner forårsakes av et fåtall av serotypene. Opptil 80 prosent av 1-2-åring har pneumokokker i sin normalflora i nese og svelg, og 20-60 prosent av barn i skolealder. Det amerikanske folkehelseinstituttet (Center for disease control, CDC) angir at tilsvarende tall for voksne uten barn i husstanden er 5-10 prosent. Blant uvaksinerte er det særlig personer over 65 år som har størst risiko for alvorlig sykdom og død i forbindelse med pneumokokkinfeksjoner.

Før pneumokokkvaksinen ble en del av det norske barnevaksinasjonsprogrammet i 2006, var det årlig 60-80 barn under 2 år som ble alvorlig syke av pneumokokker. Den store majoriteten av disse var friske barn uten risikofaktorer for infeksjonssykdommer. Etter oppstart med vaksinerings har antall innleggelser i sykehus sunket betydelig hos barn. I samme tidsrom har forekomsten av pneumokokksykdom hos de eldre også gått ned. Dette er et resultat av flokkeeffekten (1) av barnevaksineringsen ved at det blir et mindre smittereservoar i samfunnet.

Enkelte yrker har økt risiko for pneumokokksykdom

I tillegg til laboratoriepersonell som eksponeres direkte for pneumokokker i yrkessammenheng, er arbeidstakere som utsettes for sveiserøyk på arbeidsplassen anbefalt å ta pneumokokkvaksine hvert tiende år. Rådene kom i 2012 etter at forskere ved Universitet i Southampton fant at sveisere, og de som utsettes for sveiserøyk, hadde økt risiko for pneumoni, inva-

ksinering kan stanse tibiotikaresistens



FOTO: KAPSLER-SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

siv sykdom og død forårsaket av pneumokokker. De hadde opptil seks ganger så høy risiko for å utvikle lobær pneumoni av pneumokokker sammenlignet med andre i samme aldersgruppe (2).

Pneumokokkvaksiner

Det finnes to typer vaksiner mot pneumokokker tilgjengelig i Norge. De er såkalte subenhetsvaksiner, hvor bare deler av bakterien brukes i framstillingen av vaksinen. Den ene dekker 23 serotyper («23-valent») med salgsnavn Pneumovax. Den andre dekker 13 serotyper og har salgsnavn Prevenar 13. I den 13-valente vaksinen kobles (konjugeres) et kapselpolysakkarid fra bakteriekapselen til et bærerprotein. Det gjør at immunforsvaret reagerer sterkere. Denne vaksinen omtales derfor som «konjugatvaksine».

Om lag 90 prosent av de invasive pneumokokkstammene som dominerer i Norge er dekt av den 23-valente vaksinen. Den har relativt kortvarig effekt, og sammenlignet med konjugatvaksinen gir den dårligere immunologisk hukommelse. Derav anbefaling om revaksinasjon hvert 10. år hos befolkningen over 65 år, og for spleknotomerte hvert tredje til femte år. Under den pågående pandemien har arbeidsbelastningen ved de mikrobiologiske labora-

toriene gjort at det har vært vanskelig å tilby antistoffanalysen for å vurdere behov for boostervaksine. Det har i samme periode vært stor usikkerhet knyttet til vaksineleveranser, og først høsten 2021 fikk vi stabile og tilstrekkelige forsyninger.

Den konjugerte vaksinen består av polysakkarider fra de 13 serotypene som er bundet til et immunogent difteriprotein. Det gir en sterk immunrespons ved at de induserer en T-cellerespons, hukommelses B- og T-celler og en grad av slimhinneimmunitet hos de yngste. Det er bare den konjugerte vaksinen som induserer antistoffer hos barn under to år. I Norge gir vi tre doser; ved tre-, fem- og tolv måneders alder. I USA gir de fire doser i løpet av de 15 første månedene etter fødselen. I 2010 gikk vi fra en 7-valent vaksine til den 13-valente som fortsatt brukes i dag. I Norge blir den 13-valente vaksinen gitt til personer i alle aldersgrupper med økt risiko for invasiv (systemisk) pneumokokksykdom.

Pneumokokkvaksinasjon og antibiotikaresistens

I antibiotikastyringens ånd kan vi og spørre oss om det ville vært en fordel å vaksinere personer med selvoppgitt penicillinallergi i befolkningen. Dette forutsetter at vaksinetilgangen er god nok til å dekke risikogrup-

pene. Så mange som 5-10 prosent av alle pasienter oppgir å ha penicillinallergi. Studier har imidlertid vist at det i realiteten bare er under 1 prosent av pasientene som har ekte allergi mot penicilliner (3). Ved å vaksinere de ville man i teorien kunne unngå å gi resistensdrivende antibiotika som makrolider, klindamycin og cefalosporiner. For å kunne vurdere dette bedre ville det vært av interesse å vite hvor mange av de som behandles i primær- og spesialisthelsetjenesten for bekreftet- og mistenkt pneumokokkinfeksjon, som oppgir å ha penicillinallergi. Det er kun systemisk pneumokokksykdom, smittebærrertilstand eller infeksjon med penicillinresistente pneumokokker, som er meldingspliktig til MSIS. Dette er et tema som kunne vært ytterligere belyst med forskning.

REFERANSER

1. Pneumokokkinfeksjon – veileder for helsepersonell [Internet] [Oslo:FHI]; 2010 mars 2 [oppdatert 2019 Apr 7; sitert 2022 Jan 1]. Tilgjengelig på: <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/pneumokokkinfeksjon---veileder-for/>
2. Palmer KT, Cosgrove MP. Vaccinating welders against Pneumonia. *Occupational Medicine* 2012; 62: 325–30.
3. Solensky R. Penicillin allergy: Immediate reactions. Version 15.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert 31. mai 2015).

■ MARIT.HAUGE@MOLDE.KOMMUNE.NO

Utposten for 50 år siden

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Medredaktør, Utposten

I anledning jubileumsåret løfter Utposten fram høydepunkter fra arkivet. Alle gamle utgaver er fritt tilgjengelig på utposten.no.

Nummer 1/1972

«Kontaktbehovet er stikkordet» var overskriften i den aller første artikkelen i *Utposten*. Artikkelen er, som de andre i det første bladet, trykket på stensilerte ark. Skriften er utydelig, men leselig.

«Mange leger i primærhelsetjenesten er avskåret fra eller har begrensede muligheter for kontakt med kolleger om faglige eller andre spørsmål. (...) Ingen sak skal være for liten til å ta opp i dette organet»,

står det videre i det vi vel må kunne kalle en lederartikkel. Det fremgår også at

«Omstendigheter vi ikke var herrer over har forsinket dette nummeret i over to måneder, i det det kom på avveie mellom redaksjonen og trykkeriet».

En kjedelig start for et nytt tidsskrift, og lenge før e-posten tok over! På siste side står det også at «Navnet på denne avisen, *Utposten*, er på ingen måte ideelt. Vi ønsker å komme frem til et bedre. Forslag til navn på avisen imøteses.»

I en artikkel om «kurs i tekniske hjelpemidler i allmennmedisin» fremgår det at det i Norge den gangen var én primærlege pr. 2465 innbyggere i Finnmark, mens det samme tallet i Oslo var 861. Videre uttrykkes det bekymring for skjevfordelingen av økonomiske ressurser mellom institusjonsmedisinen og primærmedisinen. Disse bekymringene er jo gjenkjennelig i dag. En stor del av samme artikkel er viet en diskusjon om hva som er mest egnet: Et journalarkiv i A4 format eller A5 format! Ikke så relevant lengre, kan man trygt si!

Distriktslege Tor Mørk fra Fron argumenterer mot et system med timebestilling:

«Folk her i distriktet er vant til å gå til «doktera» den dagen og den tiden de føler trang til det. (...) Det å kanskje måtte vente 1–2 dager eller mere, (har hørt at enkelte opererer med venteliste på opptil en uke) ville bli møtt med en massiv motstand og mye ubehageligheter (...) mange synes også å like et pusterom på venteværelse hvor de treffer kjente og får prate om vær, vind, avlinger og sykdom.»

Nummer én av *Utposten* har ellers etterutdanning som tema. I en artikkel uttrykkes frustrasjon over den store andelen ikke-primærleger som foreleser ved slike kurs:

«Jeg synes at primærlegene nu etter hvert må begynne å bli selvhjulpne når det gjelder kurs om problemer som først og fremst angår de selv, uten at man, slik som det ofte er i dag, blir nødt til å ta imot det som sykehuse-ene kan gi dem av kursopplegg.»

Blant få illustrasjoner nevnes til slutt en vitsetegning. En ung dame på et apotek (?), vendt mot en herre bak disken, med et brev i hånden og replikken: «Det er et brev fra min forlovede som studerer medisin, kan De tyde det?»

Det var den gangen man skrev brev med papir og penn! Som det heter på latin: *Tempora mutantur et nos mutamur in illis*, tidene forandrer seg, og vi med dem.



Faksimile av Utpostens førsteutgave.

Dette bør vi kunne få til!

Anne Marie Mork Rokstad
Se hvem jeg er!
 Personsentrert omsorg ved demens
 2. utgave
 126 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-15-03585-7

Forfatteren skriver i forordet:

«Det er å håpe at boka kan bidra til at personer med demens blir møtt på en måte som underbygger deres opplevelse av verdi som mennesker, og derved også deres livskvalitet gjennom hele sykdomsforløpet.»

I første kapittel møter vi en annen forfatter som selv har demens. Hun skriver:

«Den måten du forholder deg til oss på, har stor innflytelse på sykdomsforløpet. Du kan gjenopprette vår verdighet og gi oss følelsen av å være nyttige og verdsatt. Det er et zuluordtak som er veldig sant: 'Et menneske er et menneske gjennom andre'. Gi oss trygghet, en klem, en mening med livet. Verdsatt oss for det vi fortsatt kan og er, og gi oss visshet om at vi kan opprettholde vårt sosiale nettverk. Det er veldig vanskelig å være den vi en gang var, så la oss få være den vi er nå, og prøv å forstå de forsøk vi gjør for å fungere.»

Og det er nettopp dette som er det sentrale i denne boken. Begrepet personsentrert

omsorg. Men er det ikke det vi stort sett bedriver, da – pasientsentrert, klientsentrert osv.? Men nei, det er nettopp fokuset på den unike personen som er målet med denne klare, varme og rett og slett spennende utgivelsen. Filosofen Martin Buber beskrev den nødvendige «jeg-du»-relasjonen for ca. 100 år siden, en relasjon karakterisert ved gjensidig anerkjennelse og aksept av nettopp den unike andre.

I mange år har fokuset i demensomsorgen vært på sviktsymptomer og redusert funksjonsnivå. Personsentrert omsorg derimot har åpnet for en tilnærming bestående av kombinasjonen av hjerneorganisk svikt, helse, livshistorie, personlighet og endringer i sosiale relasjoner. Dette har vist seg overbevisende fruktbart både for den demenssyke selv, for de pårørende og for helserpersonell innenfor dette fagområdet.

Boken tar for seg disse vesentlige elementene i personsentrert omsorg ved bl.a. å holde fram teoretiske betraktninger, både nasjonale og internasjonale. Og ikke minst vesentlig: En solid gjennomgang av praktiske tilnærminger til personer med demens utgjør en stor del av boken. Kasuistikker krydrer teksten steg for steg på en varm, innsiktsfull og inspirerende måte, noe som gir boken et ekstra driv for leseren. Hele fel-

tet demensomsorg får et solid faglig løft, noe som kan gi en inspirasjon av stor betydning for dem det gjelder. Denne presentasjonen fortøner seg som en kjærlighetserklæring til personer som står i en krevende livssituasjon, både som syk og som pårørende. Men ikke minst kan boken gi helsearbeidere i dette fagfeltet en håndfast veiledning på bred basis.

Ett tema savner jeg i boken: Hvor ble det av familiens lege? Fastlegen – som spesielt i mindre kommuner ofte også er sykehjemslegen – er knapt nevnt i denne utgivelsen. Min påstand er at er det noen som kjenner bl.a. den viktige livshistorien (og ikke bare sykehistorien) til pasientene sine, så er det nettopp fastlegen, i alle fall om vedkommende har flere år bak seg i en og samme befolkning. Jeg vil jo tro at denne fagpersonen vil kunne være svært sentral i utviklingen av en personsentrert demensomsorg – og da sammen med øvrige ansatte i pleie og omsorg naturligvis. Men det er også vesentlig å poengtere at både fastleger og kolleger i sykehus nok vil kunne få inspirasjon til nettopp å se hvem pasientene deres med demens er.

Boken anbefales.

ELI BERG

Allmennmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) utlyser stipend for høsten 2022

Stipendmidler for inntil 6 måneder kan søkes av leger i allmenn- og samfunnsmedisin som vil gjennomføre et forskningsprosjekt med klar tilknytning til primærhelsetjenesten eller som vil utforme undervisningsbidrag i allmenn- eller samfunnsmedisin.

Stipendet omfatter pr. stipendmåned: kr 60 000 i lønnsmidler. Dessuten inntil kr 2500 i driftsmidler og inntil kr 4000 i reisemidler til en reise til veilederens institutt. Drifts- og reiseutgifter må legitimeres.

Stipendiatene forventes å være tilknyttet en universitets- eller forskningsenhet i allmenn- og samfunnsmedisin ved en veileder. Ved tildeling følges Allmennmedisinsk forskningsutvalgs statutter, som sier følgende:

Stipend skal gis til prosjekter med en klar tilknytning til oppgaver innen primærhelsetjenesten. Støtten kan gis til forsknings-, undervisnings- og fagutviklingsprosjekter. Den skal gi søkeren mulighet til å ta fri fra primærmedisinsk praksis for å arbeide med prosjektet i maksimalt seks måneder, eventuelt delt på flere perioder. Ved tildelingen legges det vekt på at:

Tøffe erfaringer og solid innsikt



Trond N. Bjerke
Rus – avhengighetens paradokser
 229 sider
 Hertervig Forlag
 Stavanger 2021
 ISBN 978-82-8216-195-4

Det var ikke enkelt å lese de første kapitlene i denne boken. Ikke på grunn av at språket var dårlig eller andre svakheter rent tekstlig, men rett og slett fordi forfatteren

presenterer oss for en så stor fortvilelse at det kan smitte over på leseren. Men etter hvert fanges vi inn i en tekst så sterk og betydningfull at det er vanskelig å legge boken til side.

For en gangs skyld ønsker jeg å presentere store deler av baksideteksten, dette fordi den fanger essensen av denne utgivelsen på en mønstergyldig måte:

«Trond Nergaard Bjerke har vært innlagt for rusavhengighet og mentale lidelser et tosfret antall ganger, fått elektroshokk et trettittalls ganger og prøvd alt som finnes av behandling og medisiner. Men den samme Trond Nergaard Bjerke er også en fremstående akademiker med doktorgrad i samfunnsvitenskap, forskningsleder ved rusklinikken på Universitetetssykehuset i Nord-Norge, gift og far til tre.

I dette essayet undersøker han sin besværlige dobbeltkompetanse og går både selvbiografisk, analytisk og litterært til verks i sitt forsøk på å innsirkle avhengighetens årsaker og komplekse fenomener. Han orienterer seg bredt og støtter seg til en rekke fagfelt og disipliner, fra Spinoza til Stearns, fra

Wittgensteins «språkspill» til Baudrillards «maskespill», fra Kierkegaard til Knausgård.

Perspektivrikt og innsiktsfullt skildrer Bjerke en følelse av faglig tilkortkommenhet og akademisk hjemløshet, og reiser vektige motforestillinger mot det vitenskapelige grunnlaget som hans eget fagfelt hviler på, og hulheten i de vitenskapelige forklaringene på avhengighet.

Ved å løfte sine personlige erfaringer og sin individuelle fortelling inn i en større kulturell og historisk kontekst, peker Bjerke mot noe dypt eksistensielt og allmennt menneskelig som handler om sårbarhet, verdighet og overlevelse, og om å forstå samtiden, omverdenen og seg selv.»

Forfatteren innleder epilogen i boken med følgende utsagn:

«Det er lenge siden jeg har kjent et begjær etter rusmidler nå, men jeg går fremdeles på AA-møter, for jeg vet at det ikke skal så mye til før flasketuten peker på meg igjen.»

Boken anbefales.

ELI BERG

1. Søker er uten tidligere forskningserfaring
2. Prosjektet har høy allmenn- og samfunnsmedisinsk relevans
3. Prosjektideen er original
4. Prosjektet kan gjennomføres innen rammene for tildelt tid
5. Prosjekt har ikke fått eller kan ikke antas å få annen finansiering

Hvis årets kvote ikke brukes opp av søkere fra primærhelsetjenesten, blir også annet helse-personell med interesse for eller tilknytning til primærhelsetjenesten vurdert. Allmennmedisinsk forskningsutvalg foretar tildeling av stipendene etter innstilling fra de respektive institutter.

Stipendiater oppfordres til å framføre sine prosjekter på forskningsdagen på Primærmedisinsk uke, under Nidaros-kongressen eller i andre faglige fora. Forskning teller i etterutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin jf. spesialist-

reglene. Et søknadsskjema er tilgjengelig via: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter2/allmennmedisinsk-forskningsutvalg-afu-utlyser-stipend-varen-2022/>

Ytterlige informasjon gis ved sekretariatet og de allmennmedisinske instituttene. Søknaden på inntil 6 sider (protokoll m/referanser 4 sider, søkerens CV 1 side, veiledererklæring 1 side) sendes elektronisk i pdf-format via foranstående portal innen **15. mars, 2022**.

Allmennmedisinsk forskningsutvalg v/Tove Rutle
 MOBIL: 907 84 632
 E-POST: rmrtove@online.no
 Søknader som er sendt etter søknadsfristen blir ikke tatt i betraktning.

Forske, jeg?



Erlend Hem, Marit Kirkevold,
Svein Friis, Per Vaglum
**Innføring i klinisk
forskning og fagutvikling**
218 sider
Universitetsforlaget
Oslo 2021
ISBN 978-82-15-05659-3

For mange leger i kommunehelsetjenesten er nok svaret på spørsmålet «nei». Hvorfor det?

De siste årene er det blitt klart for noen hver at spesielt fastlegeordningen er inne i en alvorlig og tiltakende rekrutteringskri-

se. Det mangler ikke på interesse for fagfeltet blant medisinstudentene, er min erfaring som mangeårig underviser. Men de ønsker ikke de svært lange arbeidsdagene og med legevakt på toppen av disse. Ikke ønsker de å være selvstendig næringsdrivende heller. Fast lønn, fast arbeidstid, sikret veiledning og spesialitet innen normert tid var det gjennomgående budskapet de ga meg både i nord og sør. (Kfr. den vellykkede ordningen i ALIS vest). Og for kolleger som «står han av» i kommunehelsetjenesten i dag er nok forskning for flere kun en eventuell fjern drøm.

For at vi trenger forskning og fagutvikling i primærhelsetjenesten, kan neppe noen være uenige i. Både klinikere og samfunnsmedisinere i vårt land har gjennomgående et høyt faglig nivå. Og samtidig er det som forfatterne av denne boken påpeker: «Mye av det som gjøres i en klinisk hverdag er fremdeles basert på tradisjon og ikke på forskningsbaserte resultater. På alle områder trengs ny, holdbar kunnskap.»

Denne utgivelsen er en av mange tilgjengelige bøker om forskning. Men det svært positive med denne utgivelsen er at forfatterne nettopp følger bokens tittel, nemlig at det dreier seg om en «innføring». Og

som sådan er den både pedagogisk forbillig bygd opp, og inspirerende for en nybegynner eller en som bare «snuser» på forskningsfeltet.

Stikkord: Hvorfor klinisk forskning, og hva dreier det seg om? Etske problemer, brukermidvirkning, planlegging, og ikke minst viktig: Hva har andre gjort? Metodikk er et sentralt tema naturlig nok. Ikke uventet er det størst fokus og omtale av statistiske tilnærminger til spørsmålsstillingene. Men rett skal være rett: Også kvalitativ forskning har fått sine kapitler – om enn i mindre format enn de kvantitative tilnærmingerne. Skrivearbeidet er solid omtalt, og ikke minst spørsmål rundt publisering i fagtidsskrifter.

Et hjertesukk i denne sammenheng: I faget medisin er det artikkelskriving på engelsk som «gjelder». Hvor ble det av monografiene på vårt eget språk? Kanskje det dreier seg om de berømmelige «tellekantene» i akademien?

Men når alt kommer til alt: *Innføring i klinisk forskning og fagutvikling* anbefales som en velegnet bok for kolleger spesielt i primærhelsetjenesten, men også for klinikere i sykehusene.

ELI BERG

Oversikt over hvem som har fått AFU stipend for våren 2022

STED	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Nils Didrik Moss Skjelland	Agensdiagnostikk ved akutt forgiftning med gammahydroksybutyrat (GHB).	Odd Martin Valleresnes, mfl.
UiO	Marianne Natvik	Hvordan møter vi overgangsalderen – kvinnens og fastlegens tilnærminger og erfaringer.	Atle Klovning, mfl.
UiO	Hege Svenningsen	PUST! Hvordan identifisere og behandle dysfunksjonell pust i allmennpraksis, med focus på nesepest og koherent pust.	Atle Klovning
UiO	Håkon Sætre	Behandling av cystitt hos menn.	Ingvild Vik
UiO	Fredrik Brunsvig-Engemoen	Hvordan snakker fastlegen om døden?	Holgeir Skeie
UiB	Shagun Bhatia	Postpartum oppfølging av kvinner med svangerskapsdiabetes.	Kathy Møen
UiB	Irina Vladimirovna Kargaltseva Halbostad	Innkalling til nasjonal dugnad mot koronaviruset sett fra innvandrernes perspektiv	Esperanza Díaz Perez og R. Herrero-Arias
UiO	Bente Westrum og Jordis Plötzl-Obytz	EKSTRASTIPEND Kommunelegenes rammebetingelser under pandemien.	Anne Olausen og Magne Nylenna
NTNU	Anne Jølle	EKSTRASTIPEND A SYNDemic approach to chronic disease in the Hunt population; associations between psychosocial determinants and diseases during the life-course.	Steinar Krogstad og Linn Getz

En uvanlig solid oversikt



John Gunnar Mæland
Forebyggende helsearbeid
 Folkehelsearbeid i teori og praksis
 5. utgave
 254 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-15-05245-8

Først et avsnitt sakset fra baksiden av boken:

«Emnet forebyggende helsearbeid dreier seg både om å fremme folks helse og livskvalitet

og om å redusere risiko for sykdom og skade. Forebyggende helsearbeid retter seg også mot enkeltpersoner og utsatte grupper, der helsetjenesten har et særlig ansvar.»

Tematikken i denne boken spenner vidt. Her er det ikke mange «engasjerende pasienthistorier», om noen skulle ha ventet seg det. Men spennende vil nok denne boken være både for leger i ulike deler av helsetjenesten og forhåpentligvis også for politikere både lokalt, nasjonalt og internasjonalt. For her vises de store oppgavene som ligger rett foran føttene våre – og ute i den store verden. Stikkord i form av noen av kapitelloverskriftene:

- Mange veier til helse
- Individuell helse og folkehelse
- Folkehelsen i Norge før og nå
- Globale helseutfordringer
- Etske vurderinger ved forebyggende helsearbeid
- Individrett og grupperettet medisinsk forebygging
- Hva former helserelatert atferd? – og har helseopplysning effekt?
- Helsefremmende arbeid i lokalsamfunn

Det følger også med en solid gjennomgang av de hyppigst forekommende folkesykdommene her til lands i vår tid. Hvordan bidra til å endre uheldig sykdomsskapende atferd? Og ikke minst viktig: De sosiale helse-determinantene – familien, det sosiale nettverket, bo- og nærmiljø, og for ikke å glemme hvor viktig skolemiljø og arbeidsmiljø er for folkehelsen. Kort sagt: Også politikk er ikke uvesentlig om vi ønsker en bedring av folkehelsen – for alle mennesker både i nærområdene våre og globalt.

Både klimaendringene i vår tid, politiske beslutninger i vid forstand og erfaringene fra corona-pandemien – for å nevne store overnasjonale problemstillinger – de finner sin plass i denne boken. Oppgavene er mange både på lokalplan i norske byer og bygder – og ikke minst på verdensplan. Samarbeid er et nøkkelord i framleggingen i denne boken. Det gjelder både innad i vårt eget helsevesen, mellom ulike etater i landet vårt, og ikke minst viktig: internasjonalt samarbeid for at mennesker kan oppnå god helse og ha gode liv.

Boken anbefales.

ELI BERG

Løvetannprisen 2022

Norsk forening for allmennmedisin deler ut Løvetannprisen under Våruka. Prisen skal deles ut til en allmennlege som har gjort en innsats for faget vårt. Innsatsen kan være på sentralt eller lokalt plan, i det stille eller i media, faglig eller organisatorisk, praktisk eller teoretisk. Prisen består av et kunstverk og kr 20 000.

Det er du som må gjøre styret kjent med potensielle kandidater. Nøl ikke – gi en begrunnet anmeldelse av en kollega i dag!

Fristen for å sende inn forslag på de gode kandidater er 1. mars 2022. Forslag med begrunnelse sendes til nfa@nfa.legeforeningen.no eller til Norsk forening for allmennmedisin, Legenes Hus, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo.

NFAs skribentpris 2022

NFA inviterer deg til å nominere en kollega til skribentprisen, som deles ut hvert år på våruka. Innstillingskomiteen består av medlemmene i NFA sitt utdanningsutvalg.

Prisen, som beløper seg til kr 15 000, går til en eller flere som i artikkel/essay/kronikk eller annen tekst fremmer allmennmedisinsk fagutvikling eller sprer kunnskap om faget. Viktig/originalt innhold og godt språk vil bli vektlagt.

Alle NFA-medlemmer kan foreslå tekst som de finner verdig.

Årets pris gjelder tekst som er publisert i kalenderåret 2021. Forslag sendes innstillingskomiteen v/Odd Martin Vallersnes, odd.martin.vallersnes@gmail.com innen 1. mars 2022.



Norsk forening for
allmennmedisin

DEN NORSKE LEGEFORENING



OPIOIDBRUK ETTER RYGGOPERASJON

Påvirkes av bruken året før kirurgi

Norske forskere har sett på ryggopererte i perioden 2007 til 2017 og på bruken av opioider ett år før og vedvarende bruk to år etter kirurgi. Blant de 32 886 pasientene i studien, oppfylte 2754 – 8,4 prosent – kriteriene for vedvarende opioidbruk etter to år. Blant disse personene, hadde 64 prosent også hatt vedvarende bruk av opioider året før de ble operert. Opioidbruk, høye doser benzodiazepiner og Z-hypnotika året før kirurgi, var forbundet med økt risiko for vedvarende opioidbruk to år etter ryggoperasjonen. Funksjonsnedsettelse ble målt ved Oswestry disability index (ODI). Andelen pasienter som nådde en klinisk relevant ODI-ending etter ett år, var 37,7 prosent hos opioidbrukerne og 52,6 prosent hos dem uten vedvarende opioidbruk – og ODI-skåren var henholdsvis 41,5 og 18,8 poeng. Høyere skår betyr dårligere funksjon. Dataene i studien er hentet fra Norsk nakke- og ryggregister og Reseptregisteret.

● *Spine* (Holmberg et al), november 2021
doi: 10.1097/BRS.0000000000004275
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34798646/>

6%

av pasienter med mild covid-19 hadde oppsøkt fastlege eller legevakt minst en gang i løpet av de 12 ukene før de testet positivt for SARS-CoV-2. I løpet av de fire første ukene etter positivt testresultat, økte andelen som oppsøkte fastlege eller legevakt til 27 prosent. Etter uke 5-8 utgjorde andelen 8,5 prosent og 6,9 prosent etter 9-12 uker. Det var ingen økning hos dem med negativ test. Den første måneden etter påvist smitte var økningen i legebruk størst for menn. Etter to måneder var kjønnsforskjellene mindre uttalt. Tre måneder etter positiv covid-test, var det bare kvinner i alderen 45-70 år som fortsatt hadde økt bruk av helsetjenester i primærhelsetjenesten på grunn av luftveisplager og generelle/uspesifikke symptomer. Mellom fire og seks måneder var legekonsultasjonene på nivå som før positiv test. Dataene er basert på alle voksne 20 år og eldre som tok en PCR-test for covid-19 i perioden mars 2020 til februar 2021.

● *PLoS One*, doi: 10.1371/journal.pone.0257926
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8500442/>

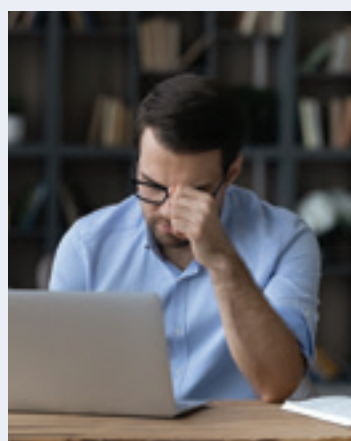


KUNSTIG INTELLIGENS

Utkonkurrerte allmennlegene

Artificial intelligence (AI) – kunstig intelligens – er lite testet ut i allmennpraksis. Nå har islandske forskere undersøkt treffsikkerheten hos en såkalt maskinlærings-klassifiserer og hos seks allmennleger ved diagnostisering av ulike typer hodepine. Studien viser at kunstig intelligens utkonkurrerte allmennleger på alle områder, unntatt for spesifisitet. Høy spesifisitet betyr at man med stor grad av sikkerhet fanger opp de som ikke har sykdommen. Spesifisiteten for spenningshodepine var lavere med kunstig intelligens. Men for migrene med og uten aura og klasehodepine, var spesifisiteten like høy eller høyere som når allmennlegene satte diagnosen. Maskinlæring hadde først og fremst vanskeligheter med å skille mellom migrene og spenningshodepine. Beregnet ved såkalt SHAP-value, brukte kunstig intelligens de samme tegn og symptomer som en lege ville gjort for å skille mellom hodepine-diagnosene. Den retrospektive studien har data fra pasienter ved 15 allmennlegekontor som var til konsultasjon i perioden januar 2006 til april 2020 og som fikk en av de fire nevnte diagnosene.

● *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, doi.org/10.1080/02813432.2021.1973255
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2021.1973255?src=>



PÅVIST ANEURISME VED SCREENING

Fikk psykososiale konsekvenser

Fra 2009 innførte Sverige gradvis screening for abdominalt aortaaneurisme (AAA). Nå har forskere sett på hvordan de som fikk påvist AAA har håndtert det. Spørreskjemaet *The Consequences of Screening in Abdominal Aortic Aneurysm* (COS-AAA) ble sendt til 250 menn med screening-påvist aneurisme og til 500 tilfeldig valgte menn med normalt resultat. Svarresponsen i de to gruppene var henholdsvis 63 og 55 prosent. Menn som fikk påvist AAA rapporterte om negative psykososiale konsekvenser på 10 av 13 spørsmål i del 1 av spørreskjemaet, en statistisk signifikant forskjell sammenlignet med kontrollgruppen. Det var også signifikant forskjell på fire av fem skalaer i del 2 av spørreskjemaet. Blant annet førte et påvist aneurisme gjennom screening, til mer frykt og angst og maktesløshet.

● *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, doi.org/10.1080/02813432.2021.2004713
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2021.2004713>

JOBBSTRESS UNDER GRAVIDITET

Mer depresjon og angst

Stress under graviditeten ser ut til å ha betydning for symptomer på angst og depresjon etter fødsel. Det viser en studie med data fra den store, norske MoBa-studien. Forskerne så på jobbstress hos mor ved 17. svangerskapsuke og på symptomer på angst og depresjon ved 30. svangerskapsuke og seks måneder etter fødsel. Jobbstress ved 17. svangerskapsuke var forbundet med økt sannsynlighet for angst og depresjon, henholdsvis 1,33 ganger høyere sannsynlighet ved 30. svangerskapsuke og 1,44 ganger økt sannsynlighet seks måneder etter at barnet var født. Forskerne påpeker at kvinnene i studien har en høy sosioøkonomisk status, og at resultatene derfor ikke nødvendigvis er representative for andre grupper. Studien er basert på data fra 77 999 kvinner som var i arbeid og som ble rekruttert til studien i perioden 1999–2008.

● *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2021.11.024. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34774976/>



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER..?

Petter Øgar?



Jeg leser mye forskjellig, men etter at jeg sluttet å jobbe som helsebyråkrat har mengden av leste saksdokumenter og ulike offentlige rapporter naturlig nok falt drastisk. Det føles ikke som et stort savn, men noe ønsker jeg fortsatt å følge med på. Det gjelder å plukke ut det rette. For meg handler det oftest om de litt større og gjerne prinsipielle spørsmålene.

Den frigjorte tiden gir større rom for å lese andre bøker og til andre tider på dagen. Jeg har vurdert om jeg bør sette av faste lesetider, men har foreløpig kommet til at min nyvunne frihet ikke bør bindes opp i for tvangspregede rutiner!

Lenge har jeg hatt en vane med at annenhver bok jeg leser er en spenningsroman, og fortrinnsvis på engelsk. Det gir avkobling og holder engelskferdighetene ved like. De fleste av disse bøkene er fort glemte, men ikke alle. Peter Mays trilogi fra de ytre Hebridene (*The Blackhouse*, *The Lewis Man* og *The Chessmen*) er sterkt å anbefale. I tillegg til å være god krim, er det en fantastisk beskrivelse av folk og natur ytterst mot havet. The chessmen er et sett sjakkbrikker skåret ut av hvalrosstann, funnet på en strand i Hebridene på 1800-tallet, og som trolig ble laget i Trondheim på 1100-tallet. Brikkene kan ses på British Museum i London og i det lokale museet i Stornoway. Bøkene brakte meg til de ytre Hebridene i 2019. Der fikk jeg se en rekke småsamfunn som klarte å holde seg levende med tilgang

på vanlige offentlige tjenester, inkludert helsetjenester. Svært tankevekkende sett i forhold til de hjemlige utfordringene vi har.

Den siste spenningsboka jeg leste var Jo Nesbøs *Kongeriket*. Avansert krim, som vanlig fra den kanten, men også en fascinerende beskrivelse av folk, familier og kultur i en liten bygd i Telemark. For en som har bodd mange år i små bygder og opplevd alle de synlige og mindre synlige nettverkene som finnes der, ble det mange gjenkjennende nikk. Som en bonus ble jeg introdusert for J.J. Cale og skjønner hvor Eric Clapton har musikken sin fra.

Av andre bøker er de tre siste jeg har lest svært forskjellige, men har alle gitt meg mye. For en som forbinder historiebøker med hendelser, årstall og personer, ble Terje Tvedts *Verdens historie – med fortiden som spill*, en øyeåpner. Han er kritisk til mye av dagens historieskriving ved at den i så stor grad bidrar til at fortiden underkastes nåtiden. Historiens rolle blir å bekrefte samtidens verdier. Tvedt beskriver flere av de store sivilisasjonene, blant annet den faraøiske Nil-sivilisasjonen, Ming-dynastiet, Osmanernes rike, den industrielle revolusjon og Vestens seier. En gjennomgående forklaringsmodell er geografiske forhold og den avgjørende betydningen av elver og tilgangen på vann. Spennende lesning.

Den neste er *The Premonition – a Pandemic Story* av Michael Lewis. Den handler om

USAs håndtering av pandemien. Det var overraskende for meg at George W. Bush allerede i 2005 bestemte at det skulle lages en plan for å bekjempe en kommende pandemi. Boken beskriver hvordan ulike eminentte enkeltpersoner og fagmiljøer utvikler potensielt gode elementer og tiltak i en slik plan, men fordi USA mer eller mindre helt mangler et fungerende offentlig helsevesen, er det ikke noe apparat for å ta disse elementene i systematisk bruk. Det blir ikke mindre tankevekkende av at USAs Center for Disease Control (CDC) mer fremstår som en motspiller enn medspiller i dette arbeidet. For de som er interessert i betydningen av et offentlig helsevesen spesielt og USAs utfordringer mer generelt, bør denne boka være et must.

Den siste boka jeg har lest er *Mamma er trygda* av Mimir Kristjansson – en stor positiv overraskelse. Det er en effektivt fortalt og vakker historie om forholdet mellom mor og sønn, og en ikke like vakker historie om syke menneskers møte med NAV og våre holdninger til mennesker som kommer i denne situasjonen. De fleste vil ha godt av å lese denne boka.

The Chessmen eller *Lewisbrikkene* som Petter Øgar omtaler i teksten ovenfor. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98
 Midt-Norge: 72 82 91 10
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00
 Vest-Norge: 55 97 53 60
 www.relis.no

Regionale legemiddelinformasjonssentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Bytte legemidler – hva bør man tenke på?

Bytte av legemidler med samme virkestoff, eller innen samme gruppe, er vanlig. Bytte er aktuelt ved oppstart av behandling, ved manglende effekt, eller ved bivirkninger. Hva bør man tenke på ved bytte av legemidler?

Mangel på effekt eller bivirkninger er hyppig begrunnelse for bytte av legemidler. Bytte kan også skyldes sykdomsutvikling, endret livsstil, eller endring av øvrige legemidler en pasient bruker.

Det foreligger sjelden en fasit for hvordan bytter gjennomføres, og byttestrategier er ikke systematisk studert. Legemidler med stor terapeutisk bredde (f.eks. antibiotika) byttes gjerne direkte, mens man er mer forsiktig ved bytte som inkluderer legemidler med smal terapeutisk bredde (f.eks. digitalisglykosider, litium). Et forhold som alltid påvirker bytte er at det går 5 halveringstider fra legemiddel som skal byttes er ute av kroppen, og samme tid til nytt legemiddel når likevekt. Dette forholdet gir usikkerhet om det blir for mye eller for lite legemiddel ved bytte.

Vi diskuterer her ulike typer bytter, nevner farmakologiske poenger, og nevner noen eksempler på bytter. Vi begrenser diskusjonen til bytte mellom legemidler med samme virkestoff, og innenfor samme gruppe.

Direkte bytte

Direkte bytte av legemidler skjer vanligvis med vedlikeholdsdoser. Dette kan gjelde legemidler med felles virkningsmekanisme som opioider, statiner, protonpumpemhemmere, betablokkere og NSAIDs. Forutsetningen for direkte bytte er forventning

om toleranse hos pasienten. Toleranse for effekter av samme legemiddelgruppe reduserer risiko for bivirkninger av nytt virkestoff, men er ingen garanti. Virkestoff kan være innbyrdes forskjellige med hensyn til farmakodynamikk og -kinetikk. Kunnskap om ekvipotente doser (hva tilsvarer 60 mg kodein hvis pasienten skal bytte til morfin?) er nyttig for umiddelbart bytte, og ved oppstart av nytt legemiddel legger man seg gjerne litt lavere i startdose begrunnet i manglende krysstoleranse.

Bytte med utvasking

Bytte med utvasking skjer vanligvis gjennom nedtrapping av legemiddel som skal byttes, eventuelt kombinert med opptrapping av legemiddel som skal startes opp. Det kan også inkludere en periode uten nye doser. Bytte med utvasking kan gjelde legemiddelgrupper som f.eks. antidepressiva, antipsykotika og anxiolytika. Bytte med utvasking velges når det er spesielle forhold knyttet til halveringstid, metabolisme, og eventuelle interaksjoner, til legemiddelet som skal byttes. Legemiddelet du bytter kan ha lang halveringstid, ha en aktiv metabolitt, og kan hemme eller indusere omsetning av det nye legemiddelet du starter opp. Utvasking er et tiltak for å redusere risiko for bivirkninger ved bytte.

HOVEDBUDSKAP

- Direkte bytte kan gi for mye legemiddel
- Bytte med utvasking kan gi for lite legemiddel
- Farmakokinetikk til legemidler som byttes skal undersøkes
- Pasientens toleranse og medvirkning ved bytte er viktig

Bytte av formulering

Bytte mellom formuleringer kan gjelde samme virkestoff, og er aktuelt ved oppstart av behandling. Dette kan gjelde overgang fra vanlige tabletter til perorale eller parenterale depotformuleringer (som plaster og injeksjoner). Pasienten prøver ut en formulering med umiddelbar frisetting for å undersøke toleranse for virkestoffet før overgang til en depotformulering. Denne tilnærmingen brukes også for å finne riktig dose for depotformulering. Selve byttet kan som regel skje umiddelbart. Ved bytte fra en depotformulering til vanlig formulering kan utvasking være aktuelt ut fra det som er sagt tidligere. Ved bytte mellom formuleringer tar man hensyn til farmakokinetiske forhold som nevnt tidligere, men kjennskap til biotilgjengelighet er viktig i beregning av ekvipotente doser.

Klinisk og laboratoriemessig monitorering

Ved bytte av legemidler bør fokus være på pasientens toleranse, og medvirkning. Full effekt av nytt legemiddel kommer først senere, og for noen legemidler vil full effekt



først kunne vurderes etter uker. Pasienten kan reagere på at et legemiddel byttes og erfare seponeringsreaksjoner. Et nytt legemiddel kan i en startfase dempe seponeringsreaksjoner, og dette kan oppleves som en forbedring av behandlingen. Klinisk vurdering av pasienten kan suppleres av laboratoriemessig monitorering av sykdom (f.eks. INR, glukose) og serumkonsentrasjonsmålinger.

Konklusjon

Utfordringen i klinikken er at mange bytter skjer på bakgrunn av dårlig effekt av eksisterende legemiddel. Dette at det tar tid til forventet effekt av nytt legemiddel medfører at mange behandlere blir bekymret og spør oss om behov for adjuvant behandling eller riktig dosering ved bytte. Bytter som involverer legemidler med smal terapeutisk bredde, polyfarmasi og komorbiditet er eksempler som kan ha god nytte av å involvere beslutningsstøtte fra RELIS. Spør oss gjerne om bytte av legemidler!

JAN ANKER JAHNSEN
Cand.pharm, ph.d, RELIS Vest

JAN SCHJØTT
Overlege, dr.med., RELIS Vest

EKSEMPLER PÅ PROBLEMATISKE SITUASJONER

- Bytte fra legemiddel med lang halveringstid og aktiv metabolitt, som fluoksetin (SSRI). Direkte bytte til andre antidepressiva medfører risiko for serotonerge bivirkninger.
- Bytte fra legemiddel med lang halveringstid og smal terapeutisk bredde, som digitoksin (digitalisglykosid). Direkte bytte til digoksin gir risiko for alvorlig digitalisforgiftning.
- Bytte fra legemiddel med flere aktive metabolitter og dermed lang samlet halveringstid, som diazepam. Direkte bytte til et annet benzodiazepin kan gi for sterk sedasjon.
- Bytte fra legemiddel som irreversibelt hemmer monoaminoksidasen i sentralnervesystemet, som fenelzin. Den hemmende effekten vil vedvare 1-2 uker etter seponering. I denne perioden er det risiko ved oppstart med legemiddel som påvirker det serotonerge systemet.
- Bytte mellom antiepileptika med stor interindividuell variasjon mellom dose og effekt, og hvor det er mangel på kunnskap om ekvipotens.
- En pasient bytter fra Cisordinol (zuklopentiksol) depotinjeksjon til Xeplion (paliperidon) depotinjeksjon. Lege ønsker å starte paliperidon på tidspunkt for neste dose av zuklopentiksol, men pasienten har aldri brukt risperidon (som metaboliseres til paliperidon). I dagene etter siste dose av zuklopentiksol depot og før oppstart av paliperidon depot ønsker legen å gi peroral risperidon som adjuvant legemiddel for å sjekke toleranse, men lurer på dosering av risperidon.
- En pasient ønsker å bytte fra buprenorfin sublingual til buprenorfin plaster. For buprenorfin kan en metode være å beregne hvilken døgndose buprenorfin plaster vil gi, ta hensyn til biotilgjengeligheten for preparatene, og dermed komme frem til hvilken plasterstyrke som vil gi tilnærmet samme døgndose som buprenorfin sublingualtablett.

I den 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 till! 🏠 Tove Rutle – lagleder

Mørketid?

Jeg har vært fastlege siden 2013, og startet det hele i et nyopprettet kommunalt legekantor med to leger. Det var en skjør affære, og utfordrende å være helt fersk lege og starte opp noe nytt. Jeg sukker dypt ved tanken på den første tiden, med alt som måtte på plass for at det hele skulle gli sømløst fra pasienten kom inn døra, og til pasienten forlot legekantoret. Det var stakkato så det holdt. Siden da har Rana kommunale legekantor vokst til ni leger, med flere flotte sykepleiere og helsesekretærer. I vår kommune står dessverre flere hjemler ledige. Det er ikke bare distriktene som har problemer med å rekruttere allmennleger. Vikarstafetten har pågått over flere år i byen min. Det merkes på arbeidsmengden til legekantorene det gjelder, og for vårt kommunale kontor med alle gjestepasienter som ikke har noen ledig fastlege å søke seg til.

Det røyner på til tider, og selve jobben kan føles som en mørketid enkelte dager og uker... Men gode, utrolige, og meningsfulle hendelser erstatter mørketid i vårt yrke. For meg har det hele tiden vært djevlesk viktig å balansere arbeid med fritid og familie. Jeg ønsker for alle evnen til å legge bort jobben når en har fri, nyte familie, fritid og venner. En klok lege sa en gang til meg: «Det eneste som betyr noe er relasjoner og følelser». Jeg har funnet et dikt som jeg synes passer med det jeg kjenner på for tiden, og ønsker å dele det med dere. Med det ønsker jeg alle leger et riktig godt nytt år. Ta vare på dine gode relasjoner.

Jeg ønsker å beholde stafettspinnen på Mo ei stund til, og sender den videre til min gode, spreke kollega Solveig Rogstad. En klok allmennlege, som sørger for bedre helse til mange i Polarsirkelbyen.

Hilsen fra

ANNE LISE SKONSENG SÆTERMO

Mørketid

Det er mørketid nå, i vårt land!
Så tenner vi våre lys,
i dager og netters fang,
tar imot det som bys!
Mørke kan tære, gjør våre tanker og stunder
til en underlig, søvnig dvale!
Kanskje preges vi av naturens under,
til vi våkner til liv, i vårens sale!
Ofte ser vi etter lysglimt og liv,
og vi frydes når solen skinner!
Da settes energien i et annet gir,
vi tenker på sommerens lyse minner!
Vi krever så mye av vår kropp,
i dager og netter som går!
Vi håper forandring, alt skal være topp,
i de lyse og mørke tidene vi får!
La oss heller leve godt i den tid vi har,
la kroppen bestemme nåets stunder,
ikke forvente noe annet, det krefter tar,
da slipper vi mye plunder!
La naturens årstider hjelpe oss på vei,
tenn et lys i mørke tider,
fall til ro, og ikke bli lei,
lyset vil nok komme, omsider!
Tanke til slutt – om vi ser i klarvær –
se stjerner som blinker,
og i solregn, ja, der er regnbuens farger,
hvor lykke, lys og håp i det fjerne vinker!

BRITT HERDIS SKOMEDAL

