

Utposten

2 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



50
år

Utposten jubilerer

Legeforeningens
nye president
med godt driv!

Akuttmedisin
Fastlegeordningen
Multimorbiditet

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: Helle Dunker

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no

ILLUSTRASJONSFOTO: HELLE DUNKER

1 LEDER: Kven tar vakta i framtida? *Therese Renaa***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME: – Å jobbe som lege er noe av det fineste!
*Legeforeningens nye president, intervjuet av Kristina Riis Iden og Marit Tuv***7** KOLLEGAHJØRNET: Norsk gynekologisk forening- *Kirsten Hald***8** SPESIALISTUTDANNINGEN: Fornyet i samfunnsmedisin!
*Bettina Caroline Forsberg og Betty Johanne Pettersen***12** Gjennomføring av akuttmedisinsk samtrening i seks kommuner
*Olav Langedrag Fjære, Gry Elise Amundsen Albrektsen, Anette Fosse, Torben Wisborg og Erik Zakariassen***16** TRYSIL: Prehospital smertelindring i alpinbakken
*Hanna Rydlöv***20** Hva kan legestudenter lære om kommunal akutt plass i en utkantkommune?
*Kjell Gunnar Skodvin***24** EVALUERING OG LÆRING ETTER COVID-19-PANDEMIEN: Kan hurtigtester for covid-19 trygt transporteres hjem i skolesekk av elever vinterstid?
*Per Kjetil Dalane***26** Smertepasienter med problematisk opioidbruk
*Petter Krajci, Camilla Holter Huseby og Audun Stubhaug***30** FEMTE REISEBREV FRA GRØNLAND: De talte dagene
*Eik Kolstrup***33** FØREKOMST AV MULTIMORBIDITET: Sosiale skilnader og felles sammenheng med død i ei allmenn befolkning i Noreg
*Kristin Hestmann Vinjerui***34** FASTLEGEORDNINGA: Status presens 2021
*Thorleiv Robberstad***36** 2019–2021: Aktivitet ved et 6-legesenter i Trondheim
*Lars Christian Naterstad Lervik, Torbjørn Øien og Njål Flem Mæland***38** Utposten for 50 år siden
*Therese Renaa***40** PASIENTSIKKERHET: Forbedres med elektronisk multidose
*Britt Randi Hansen***41** Sakset fra allmennt medisinsk forskning
*Kompilert av Lisbeth Nilsen***42** FAGGRUPPER: Faggruppen Fysisk aktivitet og kosthold som medisin
*Stian E. Lobben***42** Spennende muligheter
*«Fenomenologi i helsefaglig forskning» anmeldt av Eli Berg***43** Et solid oppslagsverk
*«Ledelse og kvalitet i helsetjenesten. Arbeidsglede og orden i eget hus» anmeldt av Eli Berg***43** En dagsaktuell oversikt og nyttig veiledning
*«Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Kven tar vakta i framtida?

Ein mann i Sverige fall om med hjertestans. Ein forbipasserande lege fekk i gang hjertet hans med ein hjertestartar som bokstaveleg talt kom frå himmelen – levert med drone sendt ut frå alarm-sentralen (1).

Ny teknologi gjev nye moglegheiter, og verda endrar seg raskt. På same tid er utfordringsbiletet uendra over tid. Når ein les gamle nummer av *Utposten*, ser ein at legevakt var ei tung byrde også i 1972 (2). Lange avstandar i grisgrendte strøk, slitne legar og lite ressursar var problem den gongen som no.

Dei lokale legevaktene er eit ganske nytt påfunn. Fyrst med kommunehelsetenestelova i 1981 vart det formaliserte legevakter i kvar kommune (3). Før det var akutt legehjelp gjeve på dugnad. Kjensla av at legevakt er noko ein driv med på

dugnad heng fortsatt att blant fastlegar i distrikta. Fastlegekrise er òg legevaktkrise. Når fastlegane forsvinn, er det færre til å dele på vaktene, både dag, natt og helg. Kommunane pliktar å tilby helsehjelp døgnet rundt. Sjukehusa pliktar å syte for transport av akutt sjuke. To partar som er avhengige av kvarandre, men sjeldan tek omsyn til kvarandre når dei planlegg tenestene. I små kommunar med lite folk er det få oppdrag, og når tenestene vert dimensjonert og finansiert etter bruken, kuttar pressa økonomar alt ned til beinet. Færre ambulansar og større legevakt-distrikt, legevakt som fritidssyssele for slitne fastlegar, sjukehus som sentraliserast – det er harde tider og krise er allereie her.

Dei fleste ideane for å sikre folk akutt helsehjelp i framtida er prega av ein entusiastisk teknologioptimisme. Videokamera, dronar, lommeultralud og mobile CT-apparat kan vere nyttige verktøy, men vert like fort leiketøy om ein trur at teknologien skal erstatte erfaring i staden for å komplettere den. Somme har tru på at andre yrkesgrupper overtek legevaktjobben i framtida, med litt bistand frå lege over iPad. Sjølv om modellen kan fungere på ei oljeplattform full av unge friske folk med obligatorisk helseattest, er det vanskeleg å sjå at det gjev god helsehjelp til eldre og sjuke med kompliserte tilstandar.

Kvifor ikkje styrke legevaktene ved at legevaktslegane får betre arbeidskår? Akuttmedisinforskrifta stiller krav til legane sin kompetanse, og har sikra eit likare legevakttilbod i landet. Styresmaktene har derimot ikkje lagt føringar for kor mykje vaktarbeid kommunane kan leggje på fastlegane sine. Fastlegar utanom dei større byane set ofte pris på å ha akuttmedisin som ein del av kvardagen. Når fastlegane får attende styringa over eiga fritid, kan legevakt vere ei positiv utfordring, med eller utan drone.

THERESE RENAA

REFERANSAR

1. Tobiassen, Markus «Måkte snø og falt om – fikk hjertestarter via drone». VG.no 09.01.2022.
2. *Utposten* no 2, 1972
3. NOU 1998:9, kap 5 Kommunal legevakt, 5.1 Lovgrunnlag og funksjon



Åpenhjertig president: – Å jobbe som lege er

Anne-Karin Rime ■ INTERVJUET AV KRISTINA RIIS IDEN OG MARIT TUV

Anne-Karin Rime har alltid mange baller i luften, men anestesilegen i henne tar kjapt ned den viktigste når situasjonen krever det. Som merittert volleyballspiller vet hun imidlertid at de beste smashene er et resultat av godt lagspill. I blåreseptsaken fikk vår nye president vist at hun evner å samle troppene til felles kamp når det står om det viktigste av alt: tillit.

Lunsjavgiften på Legenes hus ble smettet inn mellom en drøss andre avtaler samme dag. Rime er kjent for å ta seg tid – også når kalenderen er full. Tillitsbristen i forholdet mellom leger og helsemyndigheter har de

siste par ukene krevd sin president både sent og tidlig. Da blåreseptsaken endelig landet, bevilget Anka seg en etterlengtet kveld med familien. Hun var beredt på å ta turen tilbake til Oslo for å møte *Utpostens*

utsendte som planlagt, men lot seg raskt begeistre over forslaget om å treffes i hennes hjemby Fredrikstad.

Eimen av mistillit har krøpet inn i togvognen og preger forberedelsene til inter-

Lunsj med en fornøyd president som dagen før dro blåreseptsaken trygt i havn.



noe av det fineste!

vjuet. Det er vanskelig å begripe hvordan et enstemmig Storting kunne vedta en lovendring som åpner for gebyrer til leger som forsøker å gjøre jobben sin. Frustrasjonen vår dempes nok litt av det milde vinterlandskapet vi passerer på vei mot festningsbyen, hvor Glomma munner ut i Oslofjorden. Legeforeningen vant jo tross alt fram med sitt syn, og i dag skal vi treffe hun som ledet det hele trygt i havn.

Mobilen ringer idet toget ankommer stasjonen. Hun er litt forsinket, men høres ut til å være i godt driv langs elva. De som kjenner Anka sier hun er tilhenger av gående møter og skikkelig fottøy. Vi har derfor skodd oss godt og er klare for en omvisning i byen hvor legepresidenten vår lærte sitt fag. Etter hvert får vi øye på henne – høyreist, med faste skritt og praktisk bekledning. Hun møter oss med et bredt smil: – Så utrolig hyggelig at dere ville ta turen hit!

Det er en nydelig vinterdag, med skarp, klar luft og blå himmel. Praten går lett på vei ned mot elva. Vi passerer det nedlagte sykehuset som nå skal gjøres om til leiligheter. Her jobbet dr. Rime i mange år, og hun kjente bygningen som sin egen bukse-lomme. Nesten uansett hva pasientene spurte henne om i forbifarten, kunne hun hjelpe dem på rett vei. – Det blir ikke helt det samme på et stort sykehus som Kalnes, sier hun tankefullt. Det blåser friskt og vi begynner å bli sultne. – Jeg tenkte vi kunne ta lunsjen på Kafé ØKS, foreslår Anka. – De har både god mat og et rikt utvalg av kaker.

Tillit

Mens vi venter på maten, dreier samtalen vår via blåreseptsaken over på generelle betraktninger omkring tillit som grunnleggende samfunnsverdi. I samfunn hvor det er manglende tillit, er det risiko for konflikter, uheldige allianser og mistro. Her til lands har vi sett med undring på



Kafé ØKS på Østfold kunstcenter.

samfunn hvor befolkningen ikke stoler på myndighetene, hvor nasjonalforsamlinger stormes, hvor det råder en generell mistillit. Har det samme fenomenet umerkelig krøpet inn i vårt samfunn? **Det** bekymrer *Utpostens* bladfyker denne formiddagen.

Presidenten har også tenkt mye på dette: – Jeg kommer ikke på noe viktigere enn tillit og åpenhet. Hele samfunnet er basert på at vi har tillit til hverandre, spesielt i legepasient-forholdet. Hvis du kommer til meg som lege og jeg forteller deg hvordan jeg vurderer situasjonen, og du ikke tror på meg, så er det uttrykk for mistillit. På den andre siden, hvis du har tillit til meg og tror på meg, så kan jeg fortelle deg ganske alvorlige ting uten at du trenger å gå til den femte eller sjette legen for å få det bekref-

tet. Hvis mistilliten får rå, vil vi få et samfunn som i større grad overforbruker tjenester. I et slikt system må jo alt kontrolleres, og det tar både tid og ressurser, sier hun oppgitt.

Den engasjerte klinikerer fortsetter: – Når det gjelder blåreseptene, så har vi leger i mange tiår forvaltet et system som hjelper pasienter med kronisk sykdom. Samfunnet har bestemt at vi ønsker å hjelpe disse pasientene med billigere medisiner. Den tilliten er en grunnpilar i samfunnet. Og så kommer plutselig denne mistilliten opp, hvor leger trues med personlige bøter, og det uten at vi vet om det skrives for få eller for mange blåresepter. Det sies at blåresepttallet har økt, jeg har ikke sett tallet, men det vil jeg tro. Både fordi vi har flere

medikamenter med forhåndsgodkjenning på blå resept og flere kroniske sykdommer vi kan behandle.

Rime nevner reumatiske sykdommer, kreft og hjerte-/karsykdommer som eksempler: – Før døde pasienter med kardiovaskulære sykdommer ved 50-års alder. Nå lever de lenger, med statiner, betablokkere og ACE-hemmere. Heldigvis, konstaterer hun, og holder frem: – Antall blåresepter har økt – ikke fordi leger er mer slepphendte eller prøver å lure systemet, men fordi vi prøver å gjøre det riktig. Det kommer stadig nye medisiner, avanserte behandlingsformer og dyrt medisinsk utstyr i spesialisthelsetjenesten. Nye kreftmedisiner er svært kostbare, og dersom noen av disse gis refusjon, er det i en størrelsesorden som kan få betydning for andre områder i helsetjenesten. Helsebudsjettet er ikke Sareptas krukke – det må prioriteres, slår hun fast.

Åpenhet

Det er tydelig at disse tankene opptar presidenten, både som fagperson og som mangeårig tillitsvalgt. – Det trengs tillit og åpenhet i samfunnet vårt om hva fellesskapet kan betale for og hva vi vil prioritere. Man kan lett bli opptatt av å være politisk korrekt, men alle vet jo når det gjelder helse at samfunnet selvfølgelig ikke kan betale alt. Vi kan ikke gjøre utprøvende, eksperimentell behandling på alle pasienter. Det er det ikke kapasitet til og det er ikke riktig forvaltning av penger. Men vi må ha en åpenhet om hva vi gjør, og det er vel det som er vanskelig. Vi ser det ved nye metoder, hvor vi må ha åpenhet og vi må tørre som samfunn å si at vi klarer ikke alt, men vi skal gjøre det slik at det er godt nok for flest mulig, poengterer Rime.

I Hurdalsplattformen heter det ikke lenger *pasientens helsevesen*, men *vårt felles helsevesen*. I det ligger det at vi er avhengige av hverandre: pasienter, leger, sykepleiere og renholdere. Det ligger noe gjensidig tillitsbasert i det utsagnet, hevder *Utpostens* utsendte. – Jeg tror det er bra, svarer legepre-

►
Utfordringene i det offentlige helsevesenet gjør president Anne-Karin Rime både engasjert og bekymret.



sidenten diplomatisk. – Jeg har tillit til at samfunnet ønsker å bevare et sterkt offentlig helsevesen. Som jeg sa til forrige statsråd Bent Høie, både leger og sykepleiere vil pasientenes beste, det er derfor vi jobber. Men hvis leger og sykepleiere ikke trives i jobbene sine, og hvis det ikke gjennomføres kompetanseheving og etterutdanning, vil det bli vanskelig å skape en helsetjeneste som pasientene opplever slik politikerne har ønske om.

Ordene blir hengende litt i luften mens vi alle tre ser litt overrasket ned på mengden mat vi nettopp fikk servert. Vi gyver løs på de enorme porsjonene og lar samtalen hvile en liten stund. Da vi satte oss, var vi alene i siderommet i kaféen. Nå er det blitt lunsjtid, og praten går livlig rundt alle de små bordene i lokalet. Det er tydelig at helgen er i anmarsj her i plankebyen.

Anne-Karin Rime er en trygg og kunnskapsrik kollega. Hun er spesialist i både indremedisin og anestesi, med etterutdanning som intensivmedisiner og master i helseledelse. Før hun fikk toppvervet hun nå innehar, var hun leder i Overlegeforeningen og visepresident i Legeforeningen. Bladet *Kapital* kåret henne nylig på tredje-plass blant Norges mektigste kvinnelige helsetopper. Hun fremstår sterk og ydmyk på samme tid, med en naturlig autoritet.

Legeforeningen har 38 000 medlemmer som skal ledes. Innad i foreningen er det sprikende interesser og ønsker, men det er mye medlemmene har til felles. De fleste av oss er blant annet redde for å gjøre feil. Rime forteller om hospiteringsoppholdet sitt på Mayoklinikken i Rochester, Minnesota i 2012, hvor hun erfarte en åpenhetsskilt kultur som var god og tillitsskapende. Usikkerhet i ulike behandlingsalternativ ved en diagnose ble åpent diskutert og delt med pasienten og pårørende.

– Jeg tror det er viktig for vår felles helsetjeneste at vi stoler på at leger bruker faglig skjønn og ikke foretar mange ekstra undersøkelser for å være på den sikre siden. Min første veileder sa: «Den som ikke gjør feil, gjør ingenting.» Vi leger må tørre å formidle til pasienten at det er lite av det vi gjør som har to streker under svaret. Vi kan ikke tillate oss å være skråsikre. Medisinen er et akademisk fag som er i utvikling, og kunnskapen endrer seg hele tiden, understreker Rime.

Et todelt helsevesen

Legepresidenten er bekymret for at den private andelen av helsevesenet skal øke, slik at vi får mindre fra det offentlige. – Det var et godt offentlig helsevesen i USA på

60-tallet. Siden har dette gradvis forvitret. Det begynner gjerne med at du for eksempel får et brudd i hånda. Du er snekker og du har forsikring gjennom jobben. Det er raskest for deg som snekker å gå via forsikringsselskapet. Når forsikring og jobb henger sammen... Anne-Karin tenker seg om, veier ordene. – Den leia er det vel ingen som ønsker?

Hun fortsetter: – Det som nå ville være modig av politikerne er å tørre å si hvilke oppgaver det offentlige vil dekke på en faglig god måte, og hva det er vi ikke kan gjøre. Så får noen kjøpe tjenester selv. Da vil det være noen som ikke kan betale, men den ulikheten vil alltid være der. I Norge er den heldigvis liten nå, men den er dessverre økende. Jeg har alltid vært tilhenger av et sterkt offentlig helsevesen. De private helseaktørene er i vekst og skal være et supplement til det som tilbys i det offentlige, men det er viktig at vi fortsatt sikrer at den offentlige helsetjenesten er faglig sterk og gir gode arbeidsvilkår, slik at det er attraktivt å jobbe der.

Rime er i sitt ess. Assosiasjonene løper fritt når vi snakker fagpolitikk. – Jeg må sitere fastlege og sentralstyremedlem Marit Karlsen, om at det offentlige helsevesenet skal være førstevalget for både pasienter og leger. Det vil alltid være et privat helsevesen, men det har i Norge utgjort en liten del av totalen. Jeg er imidlertid redd for hva som skjer hvis det offentlige ikke klarer å levere godt nok. Nå kommer det mange nye persontilpassede behandlinger og dyre kreftmedisiner, og det er allerede en del avishistorier på hvem som får og hvem som ikke får. Så har vi ved siden av ca. 650 000 nordmenn som har helseforsikring enten gjennom arbeidsgiver eller privat. Presidenten ser oppriktig bekymret ut.

Kjerneverdier

Fastlegekrisen er også en kilde til stor bekymring hos legenes øverste leder. Tall fra 2021 viser at det har vært en kraftig omsetningsvekst for de private legetjenestene i de store byene under pandemien. Forsviner fastlegen, vil de som har penger kjøpe seg private tjenester. *Utposten* spør om Anne-Karin kjenner til de allmennmedisinske kjerneverdiene. Hun medgir at det lyder kjent, men at hun ikke kan gjengi dem på rams.

Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), forløperen til Norsk forening for allmennmedisin (NFA), laget i 2001 sju teser for allmennmedisin: *Hold lege-pasientforholdet i hevd. Gjør det viktigste. Gi mest til dem som har størst behov. Bruk ord som fremmer helse.*

Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling! Beskriv praksiserfaringene. Ta ledelsen. – Det kunne fint vært Legeforeningens kjerneverdier det der, sier Rime, før hun skyter inn: – Jeg synes artikkelen til Hogne Sandvik og kolleger er tankevekkende.

Studien, som ble publisert i *British Journal of General Practice* i 2022 (1) viser at pasienter som har hatt den samme fastlegen gjennom 15 år eller mer, har 25 prosent lavere risiko for å dø sammenlignet med pasienter som har hatt samme fastlege i under ett år. Det er mindre sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus eller bruke legevakt hvis du har hatt din fastlege lenge. Alle skal ha en fastlege, så dette er viktig i et folkehelseperspektiv.

– Kompetansen vår trenger alle, slår presidenten fast, før hun legger til: – Men leger er også bare mennesker. Yrket er ikke like mye et kall lenger. Hvis legene opplever at de som ansatt i privat sektor kan jobbe mindre, ha tid til et liv utenom jobben, og samtidig tjene like bra som i det offentlige, så er valget forståelig. Nettopp derfor er det viktig at myndighetene legger til rette for at leger velger å jobbe i den offentlige helsetjenesten, understreker Rime.

Aktiv hverdag

Det er tydelig at det vi har snakket om har holdt oppe presidentens engasjement, for hun har ennå ikke vist det minste tegn til rastløshet. – Jeg har trent meg opp for å klare å sitte rolig de siste to–tre årene. Hvis jeg ser på TV, strikker jeg. På møter strikker jeg også før, men det går ikke nå som jeg stort sett leder møtene, sier hun og humrer litt. – Jeg tror jeg har arvet det fra bestemor, det å «måtte» gjøre noe nyttig hele tiden, smiler den aktive 53-åringen.

Fristende kaker er begynt å poppe opp på de andre kafébordene. Selv om ingen av oss har greid å få i oss hele lunsjen, er det alltid plass til et lite stykke. Mens vi lider valgets kvaler foran disken, forteller Rime om en aktiv oppvekst på Gjøvik. Hun var høydehopper og begynte med volleyball i 8. klasse, for å trene spenst om vinteren. Videre falt valget naturlig på idrettsgymnasiet før ferden fortsatte til Norges Idrettshøgskole, med volleyball som hovedidrett.

Laget hun spilte på da hun studerte på Idrettshøgskolen, trener hun fremdeles med en gang i uka. De er norgesmestere i klassen for de litt eldre kvinnene. – Vi elleve er de samme som har spilt siden -87! Det er en eksklusiv klubb og fantastisk gjeng, som jeg er så glad i. Det har imidlertid vært mindre spilling de siste par årene, da vi som alle andre har vært korona-



Vår spreke president ved Glomma i hjembyen Fredrikstad.

rammet. Men vi har gått turer isteden. Anne-Karin stråler mens hun snakker. – Jeg er så heldig. Det er så moro!

Vi setter tennene i hvert vårt lekre kakestykke mens klokka tikker mot togavgang for oss som er på besøk. Samtalen vår har forløpt helt uten forstyrrelser denne fredagen. Presidenten ser lurt på oss: – Nå tror jeg nesten ingen tør å ringe meg. Altså, ikke på grunn av dere, men fra sentralt hold, fordi det har vært et så enormt press i forbindelse med blåreseptsaken de siste dagene. Hun sukker. – Jeg tenker på dette med kommunikasjon. Hvis jeg leser noe i et blad, så må jeg sjekke på PC noe jeg har lest i bladet og så vips, sjekker jeg mailen samtidig. Vi skal være oppdatert absolutt hele tiden.

Den fineste jobben

De som kjenner Anka, forteller at hun er nært knyttet til sin egentlige jobb. Det sterke engasjementet for faget gir næring til å stå på for å bedre betingelsene for å utøve det. – Jeg skal tilbake til klinikken. Det er jeg fortsatt sikker på, svarer hun bestemt når vi spør henne om dette. – Å jobbe som lege er noe av det fineste! Vi må bevare og, for noen, ta tilbake yrkesstoltheten, lyder det fra presidenten, mens vi pakker sammen og setter kursen mot togstasjonen.

På veien erindrer Rime en historie som senere ble viktig for henne. Hun satt i et styre og styrelederen var økonom. Styrelederen ringte henne en gang om en sak, og hun svarte at hun hadde vakt og ville ringe opp igjen litt senere. Hun fikk til svar at det

gikk helt greit og at hun måtte huske at hun nå var den viktigste personen i noens liv. – Først tenkte jeg at det er jo bare en vanlig vakt, men så innså jeg at det er jo sant, innrømmer trebarnsmoren som selv valgte en vaktting spesialitet.

Toget ruller inn på stasjonen idet vi ankommer perrongen. Vel inne i togvognen, med stødig kurs tilbake til den travle hverdagen som fastleger, trykker vi til oss presidentens avsluttende ord: «Når du har vakt og er borte fra familien, husk på at møtet med deg er det aller viktigste for noen mennesker.»

REFERANSE

1. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J and Hunskaar S. British Journal of General Practice 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BjGP.2021.0340>



Velkommen til kollegahjørnet, **Kirsten Hald**, nestleder i Norsk gynekologisk forening

Norsk gynekologisk forening

Hvor mange gynekologer har vi i Norge?

Det er ca. 1200 medlemmer i Norsk gynekologisk forening. De fleste gynekologer er medlemmer.

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

Endringene i bioteknologiloven og nye tilbud til gravide som ble vedtatt i Stortinget våren 2020, har stor betydning innen vårt fagfelt. Særlig tilbudet om tidlig ultralyd og NIPT til alle gravide har gjort det nødvendig å øke kapasitet og opplæring på dette området. Dette vil få betydning for allmennleger som også må kunne informere og gi råd til pasientene. Også andre lovendringer, som assistert befruktning til enslige og tillatelse til eggdonasjon i Norge, vil være viktige for allmennleger å kjenne til.

Alle endringene finnes samlet på nettsidene til Bioteknologirådet (1).

Innen fødselshjelp har det kommet nye retningslinjer som krever mer ressurser av fødeavdelingene uten tilsvarende økt bemanning. Dette gjelder blant annet induksjon av fødsler. Mange flere gravide skal vurderes for

Kirsten Hald er nestleder i Norsk gynekologisk forening. Hun er også overlege og avdelingsleder ved gynekologisk avdeling kvinneklinikken, Oslo universitetssykehus.



igangsettelse (induksjon) av fødsel på grunn av svangerskapslengde (kontrolleres fra uke 41+0, og settes i gang senest uke 42+2), eller alder (>38 år). Dette kommer i tillegg til økt sykkelighet hos gravide (særlig økt alder og BMI). De nye retningslinjene har kanskje ikke direkte konsekvens for allmennmedisinen, men kan gi seg utslag i dårligere kapasitet ved fødeavdelingene, slik at primærhelse-tjenesten får økt belastning.

Når det gjelder gynekologi, er livmorhalsprogrammet i endring, slik at man gradvis går over til HPV-screening. Dette påvirker jo også allmennlegenes praksis. Det positive med HPV-screening er at de som er negative for de kreftdisponerende HPV-typene kan kontrolleres sjeldnere. Ulempen er at i alle fall i en overgangsperiode kan de nye algoritmene for oppfølging være noe vanskelige å få oversikt over, både for gynekologer og allmennleger.

Endometriose er en utbredt kvinnelidelse som kan være vanskelig både å diagnostisere og behandle, særlig hos unge kvinner. Det har vært mye medieoppmærksomhet om dette, og det pågår nå en utredning i regi av Helsedirektoratet for å utforme tiltak for å bedre tilbudet til kvinner med endometriose. Her deltar både allmennleger og gynekologer, og vi håper og tror på et godt samarbeid om disse pasientene.

Substitusjonsbehandling med hormoner etter overgangsalderen er et område hvor det stadig kommer nye forskningsdata og nye og bedre preparater. Dette området er stort, men vi kunne ønske at flere allmennleger hadde bedre kunnskap innen dette feltet. Mange flere kvinner enn det som er tilfelle i dag vil kunne profittere helsemessig på ulike former for hormonell substitusjonsbehandling. Spesielt viktig er dette for kvinner som kommer tidlig i menopause.

Når det gjelder gynekologisk kirurgi, så har de minimalt invasive metodene, spesielt ved hjelp av konvensjonell laparoskopisk, men også robotassistert teknikk blitt svært utbredt, selv om noen avdelinger fremdeles henger litt etter. Utviklingen går også raskt når det gjelder poliklinisk kirurgisk behandling av intrauterine lidelser ved hjelp av nye metoder og utstyr som ikke

krever anestesi. Diagnostikk med ultralyd har utviklet seg betydelig, og kan ofte erstatte mer omfattende og kostbare radiologiske metoder, spesielt MR. De fleste aborter utføres nå medisinsk, enten hjemme eller på sykehus. Kirurgiske abort er blitt sjeldent, og utføres bare i ca. seks prosent av de tilfellene der begge metoder er mulig (<12 uker).

Har deres forening diskutert samhandling mellom gynekologer og fastleger?

Vi diskuterer jevnlig samhandlingen mellom gynekologer og fastleger, men har ikke noe systematisk tilnærming til dette. Som leder av Norsk gynekologisk forening har jeg flere ganger hatt glede av samarbeid med leder av Norsk forening for allmennmedisin, og jeg tenker at mer samhandling mellom gynekologer og allmennleger ville være en fordel for begge fagområder.

Legeforeningen har kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Har gynekologene noen innspill til denne?

Ja, dette er vi svært opptatt av! Her er våre råd så langt i kampanjen (mer utdypende tekst finnes på nettsiden [klokevalg.org](https://www.klokevalg.org))

- 1 Unngå kolposkopi ved rutinecytologi/HPV-testing.
- 2 Unngå cytologiscreening som ikke følger retningslinjene i det nasjonale livmorhalsprogrammet.
- 3 Unngå hormonanalyser hos kvinner med normal menstruasjonssyklus uten klinisk indikasjon.
- 4 Unngå ultralydundersøkelser av gravide utover rutineultralyd dersom det ikke foreligger medisinsk indikasjon.
- 5 Unngå rutinemessig ultralydundersøkelse av livmorhalsen hos gravide uten tidligere historie med for tidlig fødsel eller senabort.
- 6 Unngå rutineundersøkelser for å oppdage eggstokkreft hos asymptotiske kvinner med lav risiko.
- 7 Unngå regelmessige kontroller av tilfeldig påvist myoma uteri/leiomyomer hos asymptotiske kvinner.

REFERANSE

1. <https://www.bioteknologiradet.no/2020/06/bioteknologiloven-hva-ble-endret/> (online).

SPESIALISTUTDANNINGEN: **Fornyset i samfunnsmedisin!**

■ **BETTINA CAROLINE FORSBERG** • *Kommuneoverlege i Lillestrøm, leder i spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, spesialist og individuell- og gruppeveileder i samfunnsmedisin*

■ **BETTY JOHANNE PETTERSEN** • *Kommuneoverlege i Trondheim, medlem i spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, spesialist og individuell- og gruppeveileder i samfunnsmedisin*

Samfunnsmedisin er en spennende spesialitet, med fokus på befolkningens helse. Spesialiteten har vist seg spesielt nyttig gjennom pandemien, men omfatter langt mer enn smittevern.

I likhet med andre spesialiteter er samfunnsmedisin nå på mange måter en ny utdanning. Hovedelementene er de samme som tidligere, men det er særlig to ting som er viktig å merke seg i den nye ordningen:

- Større søkelys på innholdet i utdanningen (oppfyllelse av læringsmål i stedet for å telle prosedyrer eller antall saker behandlet).
- Ansvarliggjøring av virksomhetene der samfunnsmedisinere i spesialisering (LIS3) jobber.

Vi presenterer her noe av det nye i spesialiseringsprogrammet, og gir deg noen tips for hva du bør tenke på hvis du ønsker å spesialisere deg i samfunnsmedisin på ny ordning. Dersom du er i utdanning etter gamle regler, kan du konvertere til ny ordning innen 31.12.2023 eller søke på gammel ordning frem til 31.12.2026.

Nye elementer i spesialiseringen i samfunnsmedisin

Utdanningen blir nå innrettet på oppnåelse og godkjenning av læringsmål, altså hva en legespesialist skal forstå, kunne, eller være i stand til å utføre. Det angis ulike



læringsaktiviteter som bidrar til å nå læringsmålene. Det er ikke lenger mange kvantitative krav til oppnådd kompetanse.

Kursutdanningen i samfunnsmedisin har også gjennomgått en revisjon. Kursene er ikke lenger obligatoriske, men anbefalte

læringsaktiviteter. I kursene er det tatt inn flere pedagogiske elementer, og de krever mer aktiv deltagelse enn de tidligere forelesningskursene. Kursene er kortere enn tidligere, men med mer forarbeid. Dette betyr at du vil få et engasjerende og aktivt utdanningsforløp frem til en spennende spesialitet!

For å styrke kvaliteten på spesialiseringsløpet er det nå også krav om individuell veiledning, i tillegg til at veiledningsgrupper er videreført, slik det var i gammel ordning. Tett oppfølging av en erfaren samfunnsmedisiner som individuell veileder skal sikre refleksjon og kvalitet i spesialistløpet. I veiledningsgruppene får LIS3 fordelene av å reflektere i gruppe, dele erfaringer og skape nettverk. Organisering av veiledningsgruppene i ASA-spesialitetene (allmenntidmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin) har i den nye spesialistforskriften vært et forbehold for andre spesialiteter.

Arbeidsgiver for LIS3 er nå gjennom spesialistforskriften tydelig ansvarliggjort. Virksomheten må være registrert som utdanningsvirksomhet og den må ha en generell utdanningsplan for alle samfunnsmedisinere, hvor det redegjøres for hvordan alle læringsmål kan oppnås. I tillegg må det lages en individuell læringsplan som skal ivareta den enkelte LIS3 sitt utdanningsløp. Dette gir LIS3 mulighet til å spre kunnskap internt i virksomheten om hva samfunnsmedisin er. Søknad om registrering som utdanningsvirksomhet og utforming av utdanningsplaner vil gi rom for å drøfte med leder hvordan den samfunnsmedisinske kompetansen kan brukes i virksomheten. Vi håper alle samfunnsmedisinere benytter seg av denne muligheten til å synliggjøre sin egen rolle og mulighetene i faget internt på egen arbeidsplass.

Hva må du huske på hvis du vil spesialisere deg i ny ordning?

Før man begynner på et utdanningsløp i ny ordning som LIS3 i samfunnsmedisin, må LIS1-tjeneste eller godkjent turnus i gammel ordning være fullført. Total utdanningstid for å bli spesialist i samfunnsmedisin er 6,5 år, hvor LIS1 utgjør 1,5 år og LIS3 utgjør fem år. Har man annen spesialitet fra tidligere, kan denne være tellende med tre år og tre måneder av den totale utdanningstiden på 6,5 år. For mer detaljert informasjon om regler og unntak viser vi til Helsedirektoratets sine nettsider og spesialistforskriften.

Virksomheten du arbeider i må være registrert

En vesentlig del av spesialistutdanningen i samfunnsmedisin skal gjennomføres i en

utdanningsvirksomhet. Den resterende tje- nesten kan også gjennomføres på lærings- arenaer som har avtale med utdannings- virksomheten (f.eks. spesialistpraksis eller forskningsinstitutt).

En registrert utdanningsvirksomhet er en kommune, en annen offentlig virksomhet (herunder sykehus), eller en privat virksomhet, som er registrert for å legge til rette for gjennomføring av utdanning i spesialiteten samfunnsmedisin.

Ta kontakt med din leder for å finne ut av om virksomheten der du jobber er registrert for utdanning i samfunnsmedisin. Hvis virksomheten ikke er det, må den søke om dette til Helsedirektoratet så snart som mulig. Du vil i utgangspunktet ikke få tellende tjeneste i samfunnsmedisin før virksomheten er registrert eller godkjent for dette.

Hva er en samfunnsmedisinsk stilling?

Med samfunnsmedisinsk stilling menes en stilling der den registrerte har lagt til rette for at du kan spesialisere deg, det vil si at alle læringsmålene i samfunnsmedisin kan oppnås. Enkelte læringsmål kan oppnås ved hospitering i andre virksomheter. Dette skal dokumenteres i din utdanningsplan. Stillingen skal i hovedsak være heltid, men kan være deltid dersom dette ikke er i veien for at læringsaktiviteter som er nødvendige for å oppnå læringsmålene kan gjennomføres. Total tjenestetid er fem år i 100 prosent stilling. Man får tellende tid tilsvarende stillingsprosent i den samfunnsmedisinske stillingen.

Forskerstillinger er i utgangspunktet ikke samfunnsmedisinske stillinger, og vil kreve omfattende tilrettelegging og hospitering for å kunne oppnå alle læringsmålene.

Individuell veileder, leder og en utdanningsplan

Under spesialisering må du ha en individuell veileder og en leder. Dette må arbeidsgiver legge til rette for. Leder for utdanningen trenger ikke være din vanlige leder

(linjeleder), men skal være ansatt i virksomheten og ha overordnet ansvar for å godkjenne dine læringsmål. Din veileder skal være spesialist i samfunnsmedisin.

Du skal også få en utdanningsplan hvor det fremgår hvordan du skal nå læringsmålene i samfunnsmedisin. Det er ikke stilt krav til timeantall med veiledning i spesialistforskriften, men det står at det skal gis nødvendig veiledning. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid at LIS3 i samfunnsmedisin får samme omfang av veiledning som i allmenntidmedisin, det vil si gjennomsnittlig fire timer pr. måned i 10,5 måneder i året.

Helsedirektoratets kompetanseportal Dossier skal benyttes for dokumentasjon av læringsaktiviteter og godkjenning av læringsmål i samfunnsmedisin, tilsvarende som for allmenntidmedisin og arbeidsmedisin.

Veiledningsgruppe

Hvis vilkårene for å være under spesialisering i samfunnsmedisin er oppfylt og du har en stilling hvor det er lagt til rette for at alle læringsmål kan oppnås, kan du søke om plass i veiledningsgruppe. Veiledningsgruppen går over tre år. Du melder deg opp ved å sende en henvendelse til veilederkoordinator i Legeforeningen.

Anbefalte kurs

Det er ni anbefalte grunnkurs i samfunnsmedisin. Alle kursene arrangeres halvårlig, og det legges opp til at man tar rundt ett kurs i halvåret. Nye kandidater bør ta introduksjonskurset i samfunnsmedisin så tidlig som mulig.

SE HER FOR MER INFO: <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Samfunnsmedisin/>

Tradisjonelle forelesningskurs er nå erstattet av et kursopplegg som består av nettbaserte samlinger, e-læring, forberedelser og en avsluttende kurs-samling over to dager. Nærmere omtale finnes på nettsiden over.

Har du ytterligere spørsmål rundt spesialiseringsprogrammet i samfunnsmedisin kan du sende dem til:

LEGEFORENINGEN

Mona Raddum Loe, seniorrådgiver: mona.raddum.loe@legeforeningen.no
Spørsmål rundt veiledningsgruppe: veiledningsgrupper@legeforeningen.no
Astrid Rutherford, veilederkoordinator: astrid.rutherford@legeforeningen.no

HELSE DIREKTORATET

godkjenning@helsedir.no, telefon: 21 52 97 00, åpningstid: 09.30–11.30 mandag–fredag

NYTTIGE LENKER

Helsedirektoratets temaside om samfunnsmedisin: <https://tinyurl.com/5x3nxzww>
Spesialistforskriften: <https://tinyurl.com/2pbk7e4y>

Gjennomføring av akuttmedisinsk samtrening i seks kommuner

■ OLAV LANGEDRAG FJÆRE

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Norges arktiske universitet i Tromsø

■ GRY ELISE AMUNDSEN ALBREKTSSEN

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Norges arktiske universitet i Tromsø, Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt, Førde

■ ANETTE FOSSE

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Norges arktiske universitet i Tromsø

■ TORBEN WISBORG

Tverrfaglig distriktsmedisinsk forskningsgruppe, det helsevitenskapelige fakultet, Norges arktiske universitet i Tromsø, akuttmedisinsk avdeling, Hammerfest sykehus, Nasjonal kompetansetjeneste for traumatologi, avdeling for traumatologi, Oslo Universitetssykehus

■ ERIK ZAKARIASSEN

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE, Bergen. Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Siden 2001 har tverrfaglige team trent akuttmedisinsk simulering etter Bedre og Systematisk Teamtrening (BEST)-prinsippene, tilpasset førstelinjetjenesten. Artikkelen beskriver et prosjekt med akuttmedisinsk samtrening ved ni legekantor i seks ulike kommuner.

Både ambulansearbeiderne og legene uttrykker at det er nyttig at lege deltar ved komplekse medisinske problemstillinger. Dette er i samsvar med tilgjengelig forskning, som viser at samtrening i akuttmedisin gir tryggere ansatte og bedre overlevelse (1–4). Begge profesjoner er enige om at både tekniske og ikke-tekniske ferdigheter er avgjørende for god pasientbehandling, og synliggjør behov for organisert samtrening (5–8). Samtrening er pålagt i akuttmedisinforskriften § 4 annet ledd (9):

«Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle ledene i den akuttmedisinske kjeden.»

Nasjonal veileder for legevakt og legevakt-sentral presiserer ytterligere (10):

«For å få et best mulig utbytte bør treningen inkludere refleksjoner over praksis, herunder kommunikasjon og rollefordeling og debrief.»

I Sunnfjord og Ytre Sogn Interkommunale Legevakt (SYS-IKL) sitt nedslagsfelt har det vært et ønske om å få til systematisert samtrening. Kommunene har ansvar for akuttmedisinsk beredskap for sine innbyggere. I kontortid er dette ivarettatt av fastlegekontorene. På vakttid er øyeblikkelig hjelpplikten organisert til SYS-IKL, bemannet av fastlegene i distriktet og fast ansatte sykepleiere. Denne artikkelen beskriver utforming og gjennomføring av et prosjekt der en lege ble ansatt i 20 prosent stilling, for å sørge for akuttmedisinsk samtrening ved samtlige ni legekantor i de seks kommunene som har sin legevakt ved SYS IKL. De seks kommunene som inngikk i prosjektet med å ta i bruk BEST-prinsippene (11) for samtrening, var Askvoll, Fjaler, Høyanger, Sunnfjord, Hyllestad og Balestrand-området av Sogndal, som alle har legevakt utenom kontortid ved SYS-IKL i Førde. Prosjektgruppen besto av kommunal enhetsleder for legetjenesten, kommuneoverlege og to leger (Gry Elise Amundsen Albrektsen, heretter GAA, og Olav Langedrag Fjære, heretter OLF) med erfaring i akuttmedisinsk samtrening, som også gjennomførte denne studien.

Det har vært ytret fra flere kommunale helseledere at man hadde utfordringer med

gjennomføring av regelmessig samtrening. Manglende fasilitatorkompetanse, tidsbruk og koordinering av øvelsene mot samarbeidende etater har vært til hinder for gjennomføring av samtreninger.

Prosjektet hadde som mål å løse nevnte utfordringer ved å ansette en helseleder som koordinator og en LIS1 med fasilitatorkompetanse som sammen hadde ansvar for organisering og gjennomføring av akuttmedisinsk samtrening i de seks involverte kommunene.

Man vet fra forskning at forankring i ledelse, tidseffektivisering og tilpasning til tjenestenes arbeidshverdag, er avgjørende faktorer for å lykkes med gjennomføring (12).

Sommeren 2020 sendte OLF og GAA ut en spørreundersøkelse til ledere og ansatte ved alle legekantor og ambulansestasjoner i Sogn og Fjordane. Spørreundersøkelsen omhandlet erfaring fra tidligere gjennomførte samtreningskurs. Lederne ble spurt om hvilke faktorer som var viktige hinder for regelmessig trening, mens tidsbruk versus nytte ble belyst i spørreundersøkelse til ansatte. Resultatene fra denne kartleggingen var med på å underbygge de tiltakene som ble prøvd ut i vårt prosjekt høsten og vinteren 2020/21.

De ansatte rapporterte i spørreundersøkelsen om tidligere samtreningsøvelser at de opplevde bedret relevans av læringsmål



Den interkommunale legevakten i Ytre Sogn og Sunnfjord (SYS IKL) holder til i dette bygget tilhørende Førde sentralsjukehus (Helse Førde). Kommunene som er tilknyttet legevakten er Askvoll, Fjaler, Høyanger, Sunnfjord, Hyllestad og Balestrand-området av Sogndal.

og oppgaver når øvelsene økte i varighet fra én til to timer til tre til fire timer. I gruppen som hadde hatt øvelser på to timer eller mindre svarte 42 prosent (av 78) at de i stor grad fikk relevante oppgaver og læringsmål, mens denne andelen økte til 71 prosent for dem som hadde hatt øvelser på tre til fire timer. Tilfredsheten med læringsmål hadde en beskjeden økning til 77 prosent for dem som trente i fem til seks timer.

Dette stemte godt med erfaringene vi hadde før oppstart av prosjektet. Øvelser på to timer eller mindre ville ført til at man ikke kunne gjennomført samtrening etter BEST-modellen, fordi man ikke rekker to gjennomganger. Korte øvelser ville innskrenket læringsmål og aktiv tid betraktelig, med lite rom for debrief og gjentakelse. Vi har i halvannet år holdt BEST-øvelser på fem til seks timer, og fikk da gjentatte tilbakemeldinger om at lange økter var utfordrende med tanke på organisering og ressursbruk, og var i praksis ikke gjennomførbart med deltakere fra ulike tjenester. Det var også diskutert om treningene ble mindre effektive når man hadde lange økter med mer fokus på teori.

Mål for studien

Målet med studien var å få kunnskap om hvordan man kan få gjennomført akuttmedisinsk samtrening med godt læringsutbytte for alt helsepersonell på fastlegekontorene

og i ambulansetjenesten. BEST-modellen som ble utprøvd var tidsforkortet i forhold til øvelsene vi har gjennomført tidligere.

Delmål 1

Teste ut om 3,5 timers økt etter denne modellen kan møte ledernes utfordringer med organisering, og samtidig gi godt læringsutbytte for hver deltaker.

Delmål 2

At alt helsepersonell på fastlegekontor i vårt område skal gjennomføre akuttmedisinsk samtrening i løpet av prosjektet.

Materiale og metode

Organisering

En LIS1 (OLF) ble ansatt i en 20 prosent stilling i et halvt år for å drive systematisk akuttmedisinsk tverrfaglig samtrening i seks kommuner.

Samtreningsovelsene ble planlagt rettet mot personell ved legekontor og ambulanse i seks kommuner tilknyttet SYS-IKL, i tillegg til AMK i Førde. Selve organiseringen av trainingen ble gjort i tett samarbeid med ledere i de aktuelle tjenestene. Ordningen var på forhånd forankret på ledelsesnivå i kommunen, med en etablert struktur og kontaktnettverk. Det var satt opp en halvårsplan for gjennomføring av samtrening for de aktuelle legekontor og ambulansestasjoner.

Valg av modell for samtreningsovelsene

Resultatet fra spørreundersøkelsen i 2020 viste at tidsbruk var en hovedutfordring for organisering av akuttmedisinsk samtrening. Et viktig poeng i BEST-modellen er repetisjon av simuleringen for mestring av læringsmål. Vi valgte en modell med økter som var korte nok (3,5 timer) til å få samtreningen integrert i drift, med nok tid til å sikre at hver deltaker fikk gjennomføre hver simulering to ganger med tid til debrief.

Nasjonale kartlegginger viser at det hovedsakelig er leger, sykepleiere og ambulansarbeidere som trener. På de fleste legekontor som betjener øyeblikkelig-hjelp-pasienter er også helsesekretærer og annet helsepersonell viktige i den akuttmedisinske kjeden. I vår modell har det vært viktig å få med alt relevant helsepersonell som deltar i pasientbehandling ved en reell akuttsituasjon.

Praktisk gjennomføring

En LIS1 (OLF) tilknyttet Sunnfjord kommune fungerte som BEST-fasilitator i 20 prosent stilling.

Prosjektleder (GAA) fungerte som koordinator og hadde ansvaret for organisering og kontakt med ledere på legekontor og ambulansestasjoner.

Øving ble gjennomført i Askvoll, Balestrand, Fjaler, Hyllestad, Høyanger og Sunnfjord. Til sammen deltok alle ni fastlegekontorene i dette området. Ambulansesta-

Fasilitatoroppgaver (OLF) <ul style="list-style-type: none"> - Lage scenarioer med relevante læringsmål - Kontakte AMK, ambulanse og legekantor dagen før øvelse - Sørge for passende lokaler og øvingsutstyr - Gjennomføring av øvelser - Evaluering med ledere i etterkant for forbedring - Delta på fellesmøte med aktuelle helseledere 	Koordinatoroppgave (GAA) <ul style="list-style-type: none"> - Informere om prosjekt til ansatte og på ledelsesnivå - Tilpasse timeplan til de ulike tjenestene - Reorganisere ved uforutsette hendelser - Holde løpende kontakt med legekantor, ambulansesestasjon og AMK - Organisering av planleggingsmøter
---	---

På hver øvelse deltok følgende grupper:

- To leger fra fastlegekantor
- To helsepersonell fra fastlegekantor
- To ambulansesarbeidere fra tilhørende ambulansesestasjon
- AMK-operatør
- 1–2 fasilitatorer

Tidsplan:

20 minutter introduksjon
45 minutter til hver case:
 5 minutter inbrief
 10 minutter simulering
 5 minutter rydding
 20 minutter debrief
 5 minutter pause
 Dette ble repetert fire ganger i løpet en halv dag.

sjonene som deltok i øvelsene var Høyanger, Førde, Fjaler og Lavik. AMK i Førde deltok fast i øvelsene.

Struktur for øvelser

På hver øvelse hadde vi et scenario der fokus var å trene på samarbeid ved pasientbehandling på akuttstua. Det andre scenarioet var en utrykning med legevakslege, støttepersonell og ambulanse.

Fasilitator organiserte og drifet øvelsene. Øvelsene ble gjennomført på fastlegekontorene.

En gruppe øvde sammen i 3,5 timer. Første scenario ble gjennomført to ganger med samme rollefordeling. Deretter skiftet man roller og gjennomførte scenario nummer to. Det ble holdt debrief mellom hver gjennomgang. Hver scenariogjennomgang varte i 45 minutter. Det betyr at det ble gjennomført fire runder, to på hvert scenario i løpet av 3,5 timer.

En av legene var markør eller observatør i hver sin runde.

AMK styrte utkall og rapportering via nødnett på egen øvingskanal med mål om å gjøre øvelsen så reell som mulig. Man trente med eget utstyr. Samtreningen fokuserte både på tekniske ferdigheter som praktiske akuttprosedyrer, og ikke-tekniske ferdigheter som kommunikasjon og vurdering av pasienter.

Resultater, erfaringer og diskusjon
Howdan få trent alt helsepersonellet med god kvalitet?

I løpet av seks måneder gjennomførte vi 25 samtreningsøvelser med til sammen 150 ansatte fra legekantor, ambulanse og AMK. I den grad det har vært mulig, har vi prøvd å holde ukentlige øvelser etter oppsatt plan.

Vi har hatt som mål å involvere alle deltakere ved å ha læringsmål som er relevante for deres arbeidsoppgaver. Helsesekretærer som til vanlig har oppgaven med å svare telefonen, har i øvelsen blant annet måttet håndtere innringer med et akuttmedisinsk problem som skulle vurderes og rapporteres til lege.

AMK hadde uttrykt ønske om å triagere innringende pasient etter medisinsk indeks, og hadde dette som læringsmål.

Å følge opp samtlige individuelle læringsmål var tidkrevende og måtte noen ganger sløyfes til fordel for de generelle læringsmålene: primærundersøkelse og kommunikasjon. Det kunne være utfordrende å styre tidsbruken fortløpende, og dette krevde forberedelse og fleksibilitet. På noen øvelser var vi to fasilitatorer. Dette gjorde at vi kunne følge opp deltakerne mer individuelt fra et tverrfaglig perspektiv. Ved økt sprik i kompetansenivå og kompleksitet av scenario vil det og være nyttig med to fasilitatorer. Modellen vi valgte med seks deltakere og 3,5 timer ga tid nok til at deltakerne fikk øve aktivt i henhold til læringsmål.

En modell med 3,5 timers øvelser krever strukturert fasilitering og stram tidsstyring. Å øke til fire timer vil gjøre det enklere å rekke over alle læringsmål og samtidig rekke god debrief. En halvdagsmodell på 3,5–4 timer vil kunne være godt egnet for akuttmedisinsk samtrening. Øvelsene må være av en viss varighet for at ambulansene kan forsvare lang reisevei til øvelsene.

Med halvdagsmodellen kan man rekke å trene to grupper på en dag, når fasilitator først reiser til et legekantor. Man må beregne tid til reise, planlegging og samordning.

Trening under en pandemi

Pandemien førte til flere omrokninger. Prosjektet ble utsatt en måned i løpet av et halvt år. Ledelsen for ambulanse, AMK og legekantor var fleksible og satte raskt av nye datoer, noe som gjorde det mulig å fullføre uten lange utsettelse. Det å ha koordinator (GAA)

med BEST-fasilitatorkompetanse og hovedansvar for samtrening, førte til at vi har kunnet legge til rette for samtrening på tross av hyppige uforutsigbare utsettelse.

Mange var skeptiske til å øve under pandemien. Ved å inkludere smittevernprosedyrer og kommunikasjon rundt smittestatus fikk vi vist at det er trygt, og vi fikk øvet på akuttmedisinsk samhandling med smittevernrutiner.

De periodene det var høyt smittetrykk med lokale eller nasjonale restriksjoner, unngikk vi å trene. Så fort situasjonen var under kontroll, tok vi kontakt med aktuelle smittevernleger for å bli enige om en gjennomføringsplan.

Det har vært en periode med eksepsjonelt travle hverdager for alt helsepersonell, og et «medisinsk rollespill» kunne vært lett å nedprioritere. Simuleringstreningen viste seg å være en rask og effektiv måte å heve kompetansen på. Lederne så nytteverdien av treningen, og tilrettela selv i denne hektiske tiden.

PRINSIPPER FOR BEST

- En etablert og vel ansett modell for øving som ble utviklet i 1997 (11).
- Man bruker en øvingsmodell etter ATLS-prinsippene som skreddersys til den enkelte enhets aktuelle læringsbehov.
- Målet er å øke mestringsevne og profesjonalitet ved akuttmedisinske hendelser gjennom trening på samarbeid, ledelse og kommunikasjon i tverrfaglige team.
- Økt læringsverdi og trygghet i egen rolle, med bedret mestringsopplevelse helt opp til seks måneder etter gjennomført BEST-trening, er vist i forskning (12).
- Den fleksible øvingsformen gir anledning til å endre kompleksitet i simulering, som fremmer mulighet til å fokusere på ønskede læringsmål.
- BEST-modellen er godt egnet til læring og mestring i ikke-tekniske og tekniske ferdigheter (3, 4).

Uforutsette avlysninger

På legekantorene ble det satt av tid for de ansatte, slik at treningene ikke kolliderte med klinisk arbeid. AMK koordinerte ambulansene i distriktet slik at man i størst mulig grad skånet personellet som skulle delta på trening. Noen samtidighetskonflikter oppsto, der ambulansen måtte forlate trening for å dra på oppdrag. Nært sykehuset skjer dette hyppigere enn i mer grisgrendte strøk. Når slikt oppstår, blir læringsutbyttet endret. Samtreningen innad på kontoret ble likevel god, fordi man måtte omstille seg til en situasjon som kan være høyst reell, nemlig at ambulansen ikke kommer med det første.

Dersom AMK er opptatt eller om det mangler deltakere som kan være markør, kan fasilitator spille en av rollene. Man kan endre læringsmål og scenarioer fortløpende til den aktuelle situasjon. Holdningen er at uansett hvilke utfordringer som dukker opp, så gjennomføres treningen.

Debrief og repetisjon av simulering

BEST-metoden har som prinsipp å gjøre scenario to ganger med debrief etter hver øvingsrunde.

Dette er noe av det viktigste med treningsmodellen, fordi det gir forbedring og mestringsfølelse hos deltakerne fra første til andre gjennomgang. Dersom deltakerne mestrer læringsmålene i første gjennomgang, gjøres små endringer som øker vanskelighetsgraden. Det er et viktig poeng at samme team får samme scenario to ganger for å få en vellykket øvelse. I spørreundersøkelsen svarte 90 prosent (av 140) av de som tidligere hadde trent, at det var nyttig å ha øvelsen to ganger.

Deltakerne på øvelsene fremhevet debrief og repetisjon som avgjørende for mestring og læring.

Omreisende fasilitator

Muntlige tilbakemeldinger fra personell ved legekantor og ambulanse har vært utelukkende positive. Samtlige ønsker at det skal holdes halvårslige øvelser. Senterlederne for legekantorene forteller at de har problemer med å organisere eller opprett-

holde interne treninger lokalt, selv om ønsket er til stede. Helseforetak og kommuner har uttrykt at en fast samorganisert øvingsplan gjør at man lettere kan frigjøre tid til personalet for å delta på øvelse.

Ved samtreninger kan ferdighetshull identifiseres. Vi oppfordrer alle til å øve på akuttmedisinske ferdigheter internt mellom samtreningene. Desto bedre man kjenner eget utstyr og mestrer tekniske ferdigheter, desto mer kan man bruke samtreningene til å bedre ikke-tekniske ferdigheter som rollefordeling og kommunikasjon.

En dedikert 20 prosent stilling som omreisende samtreningstilstander fungerte godt, fordi vår kommune i lengre tid har hatt utfordringer med å finne noen som hadde kapasitet til å få i gang strukturert tverretattlig akuttmedisinsk samtrening. I vårt tilfelle var det en LIS1-lege (OLF) som kom inn som en ressurs som kunne brukes der det var størst behov. I kommuner som har utfordringer med rekruttering, vil en interessert turnuslege kanskje være løsningen for å komme i gang med samtrening. Det trenger ikke være en lege som innehar rollen som fasilitator, men vedkommende bør ha interesse og kompetanse for akuttmedisin og undervisning, og bør ha gjennomgått fasilitatorkurs. Ordningen bør på forhånd være forankret på ledelsesnivå i kommunen, og det må foreligge en etablert struktur med et nettverk av kontakter. I vårt prosjekt var fagansvarlig lege (GAA) også koordinator og utformet en årsplan for gjennomføring av samtrening for de aktuelle legekantor og ambulansestasjoner. En slik koordinatorrolle trenger ikke være besatt av en fagansvarlig lege, men fordrer kunnskap om lokal helsetjenesteorganisering som kan virke som et bindeledd mellom de ulike tjenestene som skal trene sammen. Vi foreslår den forkortede BEST-modellen med 3,5 timers (ev. fire timer) trening til ambulanse og legekantor som ønsker å samarbeide for å få til akuttmedisinsk samtrening. Kjente faktorer for å lykkes med samtrening er forankring, entusiasme, ressurser og vilje (12). Vår erfaring er at alle disse komponentene er nødvendige for å få til et regelmessig samtreningstilbud.

Strukturen må forankres, timeplanen settes og scenarioene må tilpasses. Man må forvente å bruke tid på å samle legekantorene, AMK og ambulanse for å finne frem til en samtreningmodell som fungerer for alle.

I vårt tilfelle var det to allmennleger som tok fasilitatorkurs, som overtok oppgaven. Om man begrenser ansvaret og øvelser til et mindre distrikt, er det en egnet oppgave for de fleste nyutdannede leger med interesse for simulering og akuttmedisin.

REFERANSER

1. Brattebø, G., Ersdal, H. L., & Wisborg, T. (2019). Simulation-based team training works. Simuleringsbasert teamtrening virker. Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række, 139(18), 10.4045/tidsskr.19.0565.
2. Utsi, R., et al., Training in multiprofessional emergency medicine in primary health care. Tidsskr Nor Lægeforen, 2008. 128(9): p. 1057–9.
3. Brandstorp, H., et al., Primary care emergency team training in situ means learning in real context. Scand J Prim Health Care, 2016. 34(3): p. 295–303.
4. Brandstorp, H., Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning. 2017. (Doctoral thesis)
5. Hjortdahl, M., E. Zakariassen, and T. Wisborg, The role of general practitioners in the pre hospital setting, as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med, 2014. 22: p. 47.
6. Hjortdahl, M., P. Halvorsen, and M.B. Risør, Rural GPs' attitudes toward participating in emergency medicine: a qualitative study. Scand J Prim Health Care, 2016. 34(4): p. 377–384.
7. Hjortdahl, M., Norwegian General Practitioners Contribution and Participation in Emergency Medicine 2018.
8. Hjortdahl, M., E. Zakariassen, and P.A. Halvorsen, Self reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway. Scand J Prim Health Care, 2018. 36(2): p. 161–169.
9. Lovdata.no., Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften).
10. Helsedirektoratet.no nasjonal veileder for legevakt og legevaktsentral, kapittel 8, kompetanse og opplæring.
11. Sundar T. BEST når det gjelder, også utenfor sykehus. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2766.
12. Wisborg, T. and G. Brattebo, Keeping the spirit high: why trauma team training is (sometimes) implemented. Acta Anaesthesiol Scand, 2008. 52(3): p. 437–41.

■ FJAERE.OLAV@GMAIL.COM

Les
 Utposten på nett og papir
 www.utposten.no

TRYSIL: Prehospital smerte- lindring i alpinbakken

■ HANNA RYDLÖV • Kommuneoverlege, Trysil kommune

«Give him the green whistle and call the ambulance!», sa helten i *Bondi Beach*. Pentrox, også kjent som «the green whistle» med virkestoffet metoksyfluran, er en eldre anestesigass som man brukte for generell anestesi på 60-tallet. Hvem hadde trodd at den australske dokumentarserien fra en av verdens travleste strender skulle inspirere til et utviklingsprosjekt i Trysil, med smertestillende direkte på skadestedet?

Allerede på 70-tallet fant man ut at i lave doser kunne metoksyfluran (1) brukes som et mildt analgetikum. Siden da har bruken av legemidlet vært stor «down under» i prehospitaltjenester. I Trysil håndterer vi gjennom året mange skader på legevakten. Noen av dem skal til sykehus, men mange sluttbehandles med reponering og gipsing på legevakten. Felles for dem er at de ofte har hatt smerter lenge. Før de kommer til oss på legevakten, er de blitt

transportert av skipatroljen fra skadestedet til bil eller ambulanse, og deretter ned til oss på legevakten eller til sykehus.

En legemiddelkonsulent tok kontakt med Trysil legesenter i 2018 og lurte på om vi kunne være interessert i å kjøpe Pentrox, som nå var blitt godkjent for bruk i Europa. Kanskje det, tenkte jeg, og husket *Bondi Beach*. Helst skulle vi gitt smertelindringen i alpinbakken, direkte på skadestedet. En idé tok form og jeg begynte å under-

søke saken. Hva vet vi om legemiddelet? Er det lovlig å bruke skipatroljen som medhjelpere? Hvordan skal vi organisere det? Hvem har det medisinske ansvaret? Spørsmålene og skeptikerne var mange, men viljen til å prøve å få til noe var sterkere. Dette er en beskrivelse av hvordan vi i Trysil i 2019 startet et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Innlandet, SkiStar og Trysil kommune for å forbedre smertelindringen i den akuttmedisinske kjeden.

Gassen inhaleres og administreres av pasienten selv.

Inhalatoren fylles med væske som fordamper til gass ved inhalering. Kullfilteret på toppen reduserer gassrester i omgivelsene ved bruk.





Trysilfjellet i vinterdrakt.

Aktørene

Trysil legesenter er kommunalt og lokalisert midt i Innbygda, 10–30 minutter fra skianlegget. Legevakten er samlokalisert med legesenteret. Legevaktsentralen har sykepleier som betjener telefonen døgnet rundt. Prehospitale tjenester SI (ambulansetjenesten) er organisert og drevet av Sykehuset Innlandet. Ansvar for tjenestens kvalitet og organisering ligger derfor utenfor kommunen. Ambulansetjenestens ansvar er på lik linje med legevakten fastsatt i akuttmedisinforskriften (2).

Skipatruhlen er organisert i den private virksomheten SkiStar. Taubaneloven og taubaneforskriften (3, 4) fastsetter kravene til skianlegg i Norge. Anleggene har ansvar for sikker drift, vedlikehold og kontroll på risiko i forbindelse med drift av taubane.

FAKTABOKS

KURS DEL 1 – Å være helsepersonell (for skipatruhle)

- Helsepersonelloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Legemiddelforskriften
- Helsetilsynsloven

KURS DEL 2 – Spesifikk gjennomgang av aktuelt legemiddel og indikasjon (for personell på legevakt, ambulanse og skipatruhle)

- Legemiddelforskriften
- Spesifikk Pentrox-info
- Indikasjon og rutiner for administrering og oppfølging av behandling
- Kurs/case i kliniske situasjoner

Det stilles også krav til kompetanse for personell som har oppgaver som kan påvirke sikkerheten, herunder krav til kompetanse om førstehjelp og redning. Det finnes dog ingen lovkrav om at skianlegg skal ha ansatt helsepersonell, men det er anbefalt at man har en patrulje som kan håndtere skader og som vurderer risiko for å minimere omfanget. SkiStars patrulje i Trysil er ikke utdannet helsepersonell, men alle har internutdannelse i skadehåndtering og risikovurdering.

Forsvarlighet og indikasjon

Smarter hos en skaderammet pasient er ofte det en pasient husker og oppfatter som mest stressende. Smerte kan medføre muskelspenning, panikk og unødvendig energitap. Omvendt kan god smertebehandling gi lettere reponering, forflytning og generelt en mer kontrollert håndtering av den skadde pasienten. Det finnes altså gode faglige argumenter for å forbedre smertebehandlingen på skadestedet og ved forflytninger.

Helsepersonelloven §4 sier at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Jamfør helsepersonelloven §5 kan helsepersonell overlate bestemte oppgaver til annet personell hvis det er forsvarlig ut fra oppgavens art, personellens kvalifikasjoner og den oppfølging som gis. Medhjelpere er underlagt helsepersonellens kontroll og tilsyn (5).

Lovligheten med å delegerer til skipatruhle ble før prosjektstart undersøkt hos statsforvalter, i kommunelegeforum og med helsedirektoratet. Man kan delegerer til skipatruhle dersom det vurderes som

forsvarlig og dersom strukturen på det delegerte arbeidet er god. Det er virksomhetsansvarlig som etter §7 i forskrift om legemiddelhåndtering (6) som delegerer utdeling av legemiddel gjennom prosedyre til den enkelte medhjelper.

I forsvarlighetskravet ligger også at behandlingen ikke skal innebære stor risiko eller kunne påføre pasienten skade. Behandlingen med Pentrox vurderes å være sikker og med få bivirkninger (7–11). Vurderingen baseres på at den er selvadministrert og har derfor en selvlimiterende dosering. Erfaringene med legemiddelet i Norge er ikke så stor, men i Oseania har man lang erfaring med legemiddelet i prehospital bruk. Lokalt i Trysil ble legemiddelet brukt fem til ti ganger i 2018/2019 i et erfaringsdannende forprosjekt med en viss effekt og ingen alvorlige bivirkninger.

Organisering

Forprosjektet var organisert på legevakten. Målet var å lære legemiddelet å kjenne. Kommunen kjøpte da inn 15 inhalatorer og brukte dem i legevaktarbeidet på klinisk indikasjon. Legevaktslegen var medisinsk ansvarlig og hver pasient ble fulgt med et observasjonsskjema for effekt og bivirkninger. Vi opplevde legemiddelet som et nyttig verktøy. Det fremstod sikkert og enkelt å administrere. Ingen alvorlige bivirkninger ble observert. Tilbakemeldingen var at også ufaglært personell ble vurdert å kunne håndtere legemiddelet.

De i skipatruhlen som oppfylte kriteriene (minst 80 prosent stilling, minst tre års erfaring, samt personlig egnethet) deltok på kurs før prosjektstart hver sesong. Etter godkjent kursdeltakelse ble det gitt personlig delegering etter helsepersonelloven §5 og forskrift om legemiddelhåndtering

§7 som medhjelper på legevakten for behandling med metoksyfluran i henhold til prosedyre. Kurset bestod av to deler (SE FAKTABOKS). Alt helsepersonell på legevakt og i ambulansetjenesten i Trysil fikk ny gjennomgang av aktuelt legemiddel og rutiner før sesongstart.

Vi har hatt tett oppfølging mellom medisinsk-faglig rådgiver og skipatrueljen i hvordan rutiner etterleves og kompetansen opprettholdes. Ved bruk av metoksyfluran følges fastsatte interne rutiner i hver av aktørenes virksomheter. Medikamentbruk dokumenteres som vanlig i skipatrueljejournal, ambulansjournal og legevaktjournal. Et skjema med kliniske observasjoner og vitalia følger pasienten og sendes med til legevakten i Trysil.



Dag Nordli, leder for Skipatrueljen i Trysil og Hanna Rydlöv, kommuneoverlege i Trysil kommune.

Resultater

Prosjektet rakk så vidt å komme i gang i sesongen 2019/2020 før fjellet ble stengt i koronapandemien. Vi behandlet bare tolv pasienter, men opplevelsen var gjennomgående god. Sesongen 2020/2021 var også sterkt preget av koronapandemien, og antallet skadde pasienter var derfor lavere enn i en vanlig sesong. I løpet av hele sesongen ble elleve pasienter behandlet. Totalt ble 23 pasienter behandlet, 14 av dem menn, og gjennomsnittsalder på pasientene var 39 år. I snitt tok evakueringen 13 minutter. Øvrige resultater er listet i tabell 1.

Tilbakemelding på strukturen i treenigheten Trysil kommune, Sykehuset Innlandet og SkiStar fremstod godt forankret og fun-

gerter for de som arbeidet med pasientene. I evalueringen fremkom ingen alvorlige bivirkninger. Personalet i hele linjen opplevde prosjektet som trygt. Rapporteringssystemet og pasientens følgepapir fungerte tilfredsstillende. Prosjektene har samlet vært positivt mottatt. De juridiske betraktningene er ikke blitt møtt av motstand, og det er konkludert med å videreføre arbeidet til inneværende sesong. Flere destinasjoner ønsker nå å kopiere opplegget. Lokalt vurderes en mer permanent ordning på helårsbasis.

Konklusjon

Til tross for at prosjektet i stor grad ble påvirket av koronapandemien, er den samlede resultatvurderingen entydig: Legemiddelet

gir effekt og er sikkert å bruke. Driftsformen med samarbeidsavtale mellom de tre aktørene i den akuttmedisinske kjeden i Trysil har fungert bra.

Prosjektets arbeidsgruppe gikk inn for prosjektform også i sesongen 2021/2022, som forhåpentlig blir mer normal. Styringsgruppen tar deretter stilling til en permanent struktur, hvor man satser på et helårstilbud om smertelindring på skadested med bruk av sti- og skipatruelje som medhjelpere til legevakten i Trysil. Forskrivning og delegering av legemiddeladministrasjonen skjer under legevaktens ansvar. SkiStar får ansvar for legemiddelhåndtering og oppbevaring. Kostnaden for legemiddelet anbefales dekket ved selvbetaling fra pasient eller via SkiStar.

Dag Nordli og Håvard Lund.



TABELL 1.

Oversikt over type skade, lokalisasjon, opplevd smerte, samt opplevd effekt og bivirkninger av Pentrox.

Type skade	Fraktur	19
	Luksasjon	2
	Bløtdelsskade	2
Lokalisasjon	Overekstremiteter	13
	Underekstremiteter	10
Gjennomsnittlig opplevd smerte (VAS)	Før adm. av metoksyfluran	8,3
	5-10 min. behandling	5,7
	30-60 min. behandling	5,4
Opplevd effekt	God	18
	Moderat	3
	Mangler besvarelse	2
Bivirkninger	Svimmelhet	2
	Eufori	1
	Mild sedering	1
	Ingen bivirkninger	9
	Ingen rapportering	10

Registrering av smertelindring med metoksyfluran (Pentrox)

Navn: _____ Nasjonalitet: _____

Fødselsdato: _____

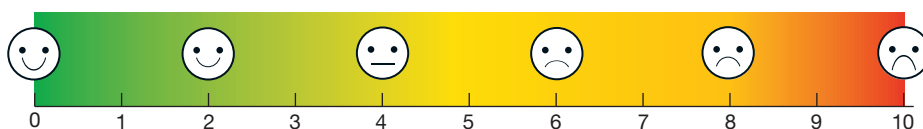
Type skade/smerte: Mistenkt fraktur Mistenkt luksasjon Mistenkt mykdelskade

Lokalisasjon: Skulder Håndledd Arm Rygg Hofte Kne Fot

Kontraindikasjon: alle må besvares med **NEI**

Kjent allergi mot anestesi?	JA	NEI	
Kjent nyresvikt?	JA	NEI	
Endret bevissthetsnivå?	JA	NEI	(hodeskade, legemidler, alkohol/rus)
Kjent hjertesykdom?	JA	NEI	
Kjent pusteproblem?	JA	NEI	

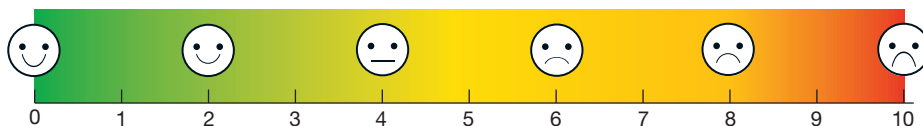
VAS før smertelindring



Klokkeslett gitt: _____

Brukervennlighet – er det enkelt å instruere pasienten til riktig bruk? DELVIS NEI JA

VAS etter smertelindring (5–10 min)

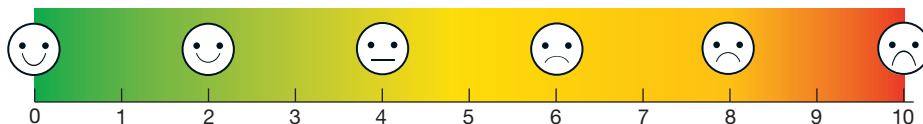


Temperatur: _____ Vind (ms): _____

Legemiddel oppbevart i: Plussgrader Minusgrader

Klokkeslett overlevering: _____

Ev. VAS etter smertelindring (30–60 min)



Avsluttet behandling klokkeslett: _____ Årsak: _____

Ev. bivirkninger: _____

Andre observasjoner: _____

Effekt: GOD MIDDELS INGEN Antall inhalatorer gitt: 1 2

Sign: _____

Skjema sendes til: Lege Hanna Rydløv, Trysil legesenter, Lundev. 3, 2420 Trysil

REFERANSER

- <https://www.felleskatalogen.no/medisin/pentrox-medical-developments-649810>.
- FOR-2015-03-20-231. Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (akuttmedisinforskriften). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>. Lest 07.02.22.
- LOV-2017-05-22-29. Lov om taubaner (taubaneloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-05-22-29>. Lest 07.02.22.
- FOR-2017-06-21-906. Forskrift om taubaner. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-21-906>. Lest 07.02.22.
- LOV-1999-07-02-6464. Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven). <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>. Lest 07.02.22.
- FOR-2008-04-03-320. Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-04-03-320>. Lest 07.02.22.
- Jephcott C, Grummett J, Nguyen N, Spruyt O. A review of the safety and efficacy of inhaled methoxyflurane as an analgesic for outpatient procedure. *BJA Volume 120, Issue 5, May 2018, Pages 1040–1048*.
- Coffey F, Wright J, Hartshorn S, Hunt P, Locker T, Mirza K, et al. STOP!: a randomised, double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of methoxyflurane for the treatment of acute pain. *Emergency medicine journal: EMJ*. 2014; 31(8): 613–8.
- Wilkes M, FRCAa, Heath EC, MRCGP, Mason NP, PhDc. Methoxyflurane for Procedural Analgesia at 4470 m Altitude. *Wilderness & Environmental Medicine Volume 29, Issue 3, September 2018, Pages 388–39*.
- Grindlay J, Babl FE. Review article: Efficacy and safety of methoxyflurane analgesia in the emergency department and prehospital setting. *Emerg Med Australas*. 2009; 21(1): 4–11.

■ HANNASOFIA.RYDLOV@
TRYSIL.KOMMUNE.NO

Hva kan legestudenter lære kommunal akutt plass i en

■ KJELL GUNNAR SKODVIN • *Kommuneoverlege i Saltdal, universitetslektor ved UiT, Norges arktiske universitet*

Legeutdanningen har nødvendigvis skjedd ved at studentene har reist til et universitet i en større by. Erfaringen har vært at mange av studentene ikke kom seg ut av universitetsbyene i løpet av studietiden.

De som kom for å jobbe i utkantkommuner var ikke alltid like godt forberedt på det som møtte dem. For å bøte på dette har vi i Salten etablert «Steigendagen» og «Akuttmedisinsk dag i Saltdal» (1)

Legeutdanning kan også legges til utkantkommuner

Legeutdanningen ved Universitetet i Tromsø har fra 1973 bidratt til å styrke tilgangen på leger i Nord-Norge. Først og fremst i Troms fylke, mens Nordland og Finnmark har strevd mer med rekruttering, spesielt til de mindre kommunene. Etablering av «Bodøpakken» fra 2009 har endret dette bildet: 24 av Tromsø-studentene har fått all undervisning 5. og 6. studieår i tilknytning til Nordlandssykehuset i Bodø. Åsa Langen Westlie og medarbeidere fant at hele 35 pro-

sent er blitt allmennleger, av disse 2/3 i klassiske «utkantkommuner» (2).

Det sies at *Allmennedisin må læres i allmennpraksis*. «Steigendagen» og «Akuttmedisinsk dag i Saltdal» er to undervisnings tiltak i Bodøpakken hvor studentene tas ut av den sykehusnære undervisningshverdagen og får se og kjenne hvordan praktiske medisinske problemstillinger kan håndteres i en utkantkommune.

Hvordan har vi gjort det?

Like etter semesterstart i august reiser studenter og lærere til Steigen, en distriktskommune nord for regionsentret Bodø. Dit reiser man med hurtigbåt og buss på 1,5 time, eller man reiser tre timer langs landeveien. Det er den samme reisen som pasientene må ta dersom de skal til sykehuset i Bodø. Kommunehelsetjenesten i Steigen har derfor lagt stor vekt på «klare-seg-sjøl»-strategien: Ingen andre kommuner i Nordland har lengre sammenhengende erfaring med sykestuevirksomhet – som kan betraktes som forløperen til dagens KAD-plasser (kommunal akutt døgnplass). Legevaktsamarbeidet med nabokommunene er avviklet, og det er rimelig stabil legedekning.

Undervisningen legges opp i to deler. Først en bolk med fokus på eldres subakutte sykdomsutvikling og de mulighetene allmennlegen rår over til diagnostikk og behandling. Primærlegen står prinsipielt alltid overfor disse tre valgene, når han/hun skal avgjøre hvilket behandlingsnivå som er det beste for pasienten:

1. Skal pasienten diagnostiseres hos fastlege eller på legevakt, men behandles i hjemmet?
2. Trenger pasienten innleggelse på KAD-plass?
3. Trenger pasienten innleggelse på sykehus?

Pasienten som kan nyttiggjøre seg en KAD-plass, er spissformulert den som er «for syk til å være hjemme, for frisk til å dra på sykehus». Klassisk eksemplifisert ved en pasient hvor primærlege har påvist erysipelas hos en pasient, der feber, allmenntilstand, utbredelse og CRP-forhøyelse tilsier behov for institusjonsinnleggelse og intravenøs antibiotikabehandling. I noen kommuner ordnes dette ved at hjemmesykepleien administrerer legemidler intravenøst fire ganger i døgnet, andre steder vil KAD-plass være et reelt alternativ til sykehusinnleggelse.

Legestudenter trenger praktisk kjennskap til bruk av CPAP ved akutte respirasjonsproblemer.



Steigendagen starter med nordlandsk bålkveld i fjæra.



re om utkantkommune?



Steigen er den kommunen i Nordland som har lengst sammenhengende erfaring med sykestue og KAD-plass. Studentene reiser 1,5 time med hurtigbåt og buss til Leinesfjord for å lære om KAD på «Steigendagen».

Kommunene har også fått i oppgave å utvikle KAD-konseptet for pasienter innenfor rus-/psykiatrifeltet. Eksempelvis pasienter med lette til moderate psykiske symptomer som har gitt funksjonsfall (for eksempel angst, depresjon, psykosenære symptomer og søvnløshet). Sist, men ikke minst krevene, ble alle kommuner i forbindelse med covid-19-epidemien i 2020 pålagt å legge til rett KAD-plasser til utvalgte grupper av covid-19-pasienter.

De kasusbaserte diskusjonene bidrar til å belyse flere av disse punktene i UiT's studieplan:

- gode pasientforløp (fra primærhelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten)
- samhandling mellom yrkesgrupper
- kommunikasjon med pasient om vanskelige tema
- akutte og vanlige tilstander som kan håndteres i primærhelsetjenesten avgrenset mot tilstander som bør henvises til spesialist

Den andre bolken er sammensatt av ulike stasjoner med prosedyrer og hjelpemidler som er nyttige å ha praktisk kjennskap til når akutte tilstander skal håndteres langt fra sykehus:

- prehospital trombolysing ved akutt hjerteinfarkt

- forstøverapparatets slanger og koblinger
- CPAP-apparat ved respirasjonsproblemer
- blodkulturtaking og antibiotikabehandling ved sepsis

Hva synes studentene?

Studentenes tilbakemeldinger må tillegges stor vekt når man skal utforme undervisningsopplegg. Hvert år har studentene besvart et evalueringsskjema, og de er gjennomgående positive til variasjon mellom forelesninger, teori, refleksjon og praktiske oppgaver. Og her er hva de sier med egne ord:

- Veldig fint å få et innblikk i hvordan det fungerer i distriktet.
- Jeg ser ikke for meg å jobbe i distriktet, men fikk et godt innblikk i tankegangen ved så store avstander til sykehuset.
- Super måte å få innblikk i lokale løsninger og hvordan prehospital håndtering fungerer i praksis.
- Du må ha tatt reisen og vært her for å forstå...

Økte oppgaver for kommunene i fremtidens legeutdanning

Grimstad-utvalgets rapport (3) har gjennomgått dagens legeutdanning. En høy andel

(nesten 50 prosent) tar i dag sin legeutdanning ved utenlandske universiteter. Utvalget anbefaler derfor at Norge tar ansvar for å utdanne en høyere andel av de leger vi har bruk for. De peker også på at legestudentenes tid i primærhelsetjenesten må økes fra seks til åtte uker til ti uker for å gjøre legene bedre forberedt på å arbeide innenfor den norske helsetjenesten. Da er det naturlig at studentene gis mer praksis på sykehjem, KAD-plasser og helsestasjoner. Kanskje det bør bli flere «Steigendager» utover i kongeriket i framtidens legeutdanning?

REFERANSER

1. Skodvin KG. Kan legestudenter lære akuttmedisin i en kommune? Utposten 3-2020, 18–20.
2. Westlie ÅL, Gaski M, Abelsen B, Grimstad H, Ofstad EH. Leger utdannet i Bodø – hvem er de og hvor blir de av? Tidsskr Nor Legeforen 2022. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0254
3. Grimstad-utvalgets rapport (høsten 2019), Kapittel Kommunehelsetjenesten som arena for klinisk praksis s. 62: https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf

■ KJELL.G.SKODVIN@UIT.NO

EVALUERING OG LÆRING ETTER COVID-19-PANDEMIEN: Kan hurtigtransporteres hjem i skole

■ PER KJETIL DALANE • Kommuneoverlege i Vennesla kommune

I perioder med utbredt smitte anbefalte Folkehelseinstituttet screening av elever i grunnskole og videregående skole. Testene som benyttes skulle ikke utsettes for frost. Er det mulig å transportere hurtigtester hjem i skolesekken uten at de blir utsatt for uakseptabelt lave temperaturer? Dette temaet har tidligere vært lite belyst med forskning.

Bakgrunn

Covid-19-pandemien har vart i snart to år i Norge, med flere bølger. Norge står i likhet med store deler av verden nå foran kanskje den største bølgen hittil, forårsaket av den hittil mest smittsomme varianten, omikron. Det er blitt økt tilgang på hurtigtester siden august 2021, og disse har blitt brukt i økende grad til primærdiagnostikk og til screening. Testene har lavere sensitivitet enn PCR, men er enkle i bruk. Utover høsten 2021 er hurtigtester blitt gradvis mer brukt som hjemmetest, i takt med at man har sett at befolkningen mestrer testprosedyren. Testing fra fremre del av nesen har også bidratt til at selvtester er blitt akseptert av befolkningen.

FHI anbefaler (1) at det ved høyt smitetrykk og utbrudd gjennomføres screening av elever i grunnskolene og videregående skoler ved hjelp av selvtester. Testene skal oppbevares ved minimum to grader Celsius. Det er usikkert om tester som har vært oppbevart kaldere enn dette fortsatt gir valide resultater. Det er valgt forskjellige utleveringsmåter i norske kommuner i vinter. Noen har valgt å be foreldre møte opp på for eksempel skolen for å hente testene, slik at de sørger for sikker transport. Andre har sendt testpakkene hjem med elevene, i skolesekken eller i lommen. Det er klart ressursbesparende for skole og foreldre om tes-



Covid-19 selvtest 1-test pakke.

tene kan deles ut til elevene på skolen og transporteres hjem. Jeg gjorde søk på Pubmed med søkeordene «temperature AND school AND bag» uten treff på alle ordene samtidig. Jeg har undersøkt temperaturutviklingen i skolesekken ved eksponering for kuldegrader som en funksjon av tid.

Materiale og metode

Ved hjelp av en skolesekk med vanlig innhold og et ute-/inntermometer ble temperaturutviklingen observert som en funksjon av tid.

For å skape tilsvarende betingelser som i en vanlig skolehverdag hadde sekken og dens innhold ved forsøkets begynnelse en temperatur på 23 grader Celsius etter å ha blitt oppbevart innendørs. Det ble brukt et Tronic ute-/inntermometer med en kabelt utetemperaturprobe, dette var også oppbevart innendørs frem til forsøkets start. Termometeret ble kalibrert mot et Aanonsen termometer, som viste 22,9 grader Celsius ved forsøkets begynnelse, mens Tronic termometeret viste 23,0 grader Cel-

sus innendørs. Det ble brukt en Beckmann skolesekk som er uisolert og har et enkelt lag solid stoff ytterst. Sekken har flere rom.

Sekken ble flyttet utendørs der den ble satt på bakken inntil husveggen ved en utendørs lufttemperatur på -1,8 grader. Målingene startet i det ytterste rommet der proben lå alene uten andre gjenstander. Dette ble gjort for å kartlegge forholdene under de antatt dårligste transport-betingelsene. I det store rommet i sekken lå det to bøker, et pennal og en bærbar, avslått PC (Chromebook). Proben ble flyttet over i det store rommet, inntil sidevegg i dette rommet etter 30 minutter utendørs. Temperaturen ble observert videre der i litt over to timer. Det antas at dette er en relevant tidsperiode for undersøkelsen. Innen den tid antas de fleste elever å ha kommet hjem.

Resultater

Ved oppstart av undersøkelsen holdt sekken 23 grader Celsius. Observerte temperaturer mens proben lå i det ytterste rommet var som vist i tabell 1 og 2 på neste side.

Testester for covid-19 trygt i ryggsekk av elever vinterstid?

TIDSPUNKT, MINUTTER	OBSERVERT TEMPERATUR, GR. C
0	23,0
15	7,0
30	5,0

TABELL 1. Temperaturutvikling i ytterste rom, målt første 30 minutter.

TABELL 2. Temperaturutvikling i innerste rom, målt første fra 31 til 126 minutter.

TIDSPUNKT, MINUTTER	OBSERVERT TEMPERATUR, GR. C
31	5,0*
48	5,0
60	4,5
126	4,0

* Proben har her ikke rukket å oppnå reell temperatur i innerste rom.

- 1 Aanonsen termometer brukt til kalibrering av Tronic termometer
- 2 Tronic termometer ved oppstart
- 3 Proben på Tronic termometeret plasseres i ytterste rom på sekken ved starten på forsøket
- 4 Avlesning etter 30 minutter i det ytterste rommet i sekken
- 5 Avlesning etter to timer og seks minutter med proben i det store rommet

Diskusjon

Det ble observert en reduksjon til 5,0 grader Celsius etter 30 minutter i det ytterste rommet, der proben var mest eksponert for utetemperatur. Dette betyr at det er en sikkerhetsmargin på tre grader ned til minimum oppbevaringstemperatur for selvtesten. Etter flytting av proben til det store rommet i sekken, der proben lå inntil sideveggen i sekken, men sammen med to bøker, pennal og en liten PC, holdt temperaturen seg mye lenger. Etter 126 minutter var temperaturen fortsatt 4,0 grader Celsius. Det tyder på at en selvttest fortsatt ville hatt tilfredsstillende temperatur, og at man fortsatt ville ha fått valide testresultater om man hadde transportert selvtesten i dette rommet i to timer.

I dette forsøket er det valgt plassering av proben på de steder det må antas å bli kjølt ned raskest. Proben i seg selv er liten, og antas å endre temperatur like fort som, eller fortore, enn en selvttest plassert i ryggsekken.

Andre forhold som vil kunne påvirke temperaturutviklingen er om sekken bæres på ryggen, om den er gjennomvåt, og ikke minst utetemperaturen. Innetemperaturen ved oppstart vil selvsagt også ha

betydning. Dessuten vil plasseringen i sekken kunne ha betydning, om den plasseres ved yttervegg eller mellom bøker.

Det kan gjøres flere forsøk under andre betingelser for å undersøke effekten av disse.

Konklusjon

Dette forsøket viser at det er trygt å transportere selvtester i ryggsekk i minst en halvtime hjem fra skolen under de betingelsene som er nevnt her.

I Vennesla kommune har vi tillatt hjemtransport av selvtester i skolesekk ved utetemperatur ned til to kuldegrader og høyst en halvtime transport i utetemperatur. Ved lengre transport eller lavere temperaturer anbefaler vi transport i innerlomme i jakke.

Alternativt kan foreldre hente test eller kjøpe selvttest.

FORFATTERENS BINDINGER: Forfatteren har vært medansvarlig for å sende selvttester hjem med elever i skolesekken.

REFERANSE

1. Internett 09.01.22 <https://www.fhi.no/nettpub/coronavirus/testing/jevnlign-testing/>

■ PER.KJETIL.DALANE@VENNESLA.KOMMUNE.NO

1



2



3



4



5



Smertepasienter med pro

■ **PETER KRAJCI** • Overlege, ph.d, medisinskfaglig rådgiver, Seksjon rusakuttmottak og avgiftning, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

■ **CAMILLA HOLTER HUSEBY** • Overlege, medisinskfaglig rådgiver, Seksjon rus- og avhengighetspoliklinikk, Avdeling rus- og avhengighetsbehandling, Klinikk psykisk helse og avhengighet, Oslo universitetssykehus HF

■ **AUDUN STUBHAUG** • Avdelingsleder og professor, Avdeling for smertebehandling, OUS og Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo

Opioider er svært effektive i akutt smertebehandling, men virkningen avtar allerede etter få ukers behandling. Forskrivning over tid er forbundet med toleranseutvikling og risiko for å utvikle avhengighet. Denne artikkelen gir en kort oversikt over smerte som symptom og diagnose, og belyser forskjellen mellom problematisk opioidbruk og iatrogen avhengighet.

Vi legger fram noen erfaringer fra samarbeid mellom fastleger, smerteavdelingen og tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) ved Oslo universitetssykehus (OUS). Vårt håp er at fastleger kan få noen nye verktøy i verktøykassen i møte med disse pasientene.

Bakgrunn

Siden antikken har mennesket kjent til de sederende, smertelindrende og euforiserende virkningene til saften fra opiumsvalmuen. Den inneholder ca. 30 forskjellige alkaloider, hvorav morfin og kodein er best kjent. I moderne tid har isolasjon av transmitterstansers (endorfiner, enkefalin og dynorfiner), tilhørende reseptorer (μ , κ og δ) og kartlegging av deres fordeling i hjernen, dannet grunnlaget for forståelse av «belønningssystemet» (1). I hovedsak virker opioidene ved binding til μ -reseptoren. De viktigste bivirkningene er også forbundet med denne reseptoren (2).

Søken etter mindre avhengighetsskapende opioider ledet i 1874 til utvikling av diamorfin, senere markedsført som et potent opioid (diacetylmorfin eller heroin), med liten misbruksfare, se faksimile av annonse (3, 4). Historien gjentok seg omtrent hundre år senere da farmasøytisk industri i markedsføringen av oksykodon, bidro til dagens «opioid-epidemi» (5). Selv når opioider forskrives for avklarte smertetilstander og innenfor anbefalte terapeutiske doser, ses toleranseutvikling med behov for doseøkning, og ubehag (abstinnings symptomer) ved forsøk på nedtrapping (6). En rekke kroniske smertepasienter utvikler iatrogen opioidavhengighet (7). Det er viktig at

leger som rekvirerer opioider ved ikke-maligne kroniske smertetilstander har god kunnskap om opioider og avhengighetsproblematikk.

Forståelse av smerte som symptom og diagnose

I dag forklares smerte som en multidimensjonal opplevelse med sensoriske, emosjonelle og kognitive aspekter (8). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer smerte som en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse som følge av faktisk eller potensiell vevsødeleggelse. Smerten er alltid subjektiv og den er et sammensatt fenomen, som influeres av fysiske, psykiske, sosiale, kulturelle og åndelige/eksistensielle forhold.

Smerte kan klassifiseres som nociseptiv, nevropatisk, nociplastisk eller idiopatisk.

Nociseptiv smerte er et generelt varsel til hjernen om vevsskade eller truende vevsskade (9,10). Nevropatisk smerte oppstår som resultat av skade eller sykdom i nervesystemet (11). Nociplastisk smerte er et nytt begrep som betegner smerte som skyldes endret smerteopplevelse uten aktivering av perifere smertereseptorer eller tegn på sykdom eller skade i deler av nervesystemet som styrer smerte. Typiske eksempler er fibromyalgi og smerte ved irritable tarmsyndrom (IBS), hvor endret sentralnervøs prosessering antas å forklare smertene (12). Kronisk smerte er definert som smerter som vedvarer i mer enn tre måneder.

Ifølge Folkehelse rapporten fra 2018 oppgir rundt 30 prosent av den voksne befolkningen i Norge at de har kroniske smerter, hyppigst i bevegelsesapparatet, og smerte er den vanligste grunnen til at pasienter opp-

Markedsføring av legemiddelet Heroin™ (Annonse fra American Journal of Pharmacy, 1901).



Am. J. Ph.] 7 [December, 1901

BAYER Pharmaceutical Products

HEROIN—HYDROCHLORIDE

is pre-eminently adapted for the manufacture of cough elixirs, cough balsams, cough drops, cough lozenges, and cough medicines of any kind. Price in 1 oz. packages, \$4.85 per ounce; less in larger quantities. The efficient dose being very small (1-48 to 1-24 gr.), it is

The Cheapest Specific for the Relief of Coughs
(In bronchitis, phthisis, whooping cough, etc., etc.)

WRITE FOR LITERATURE TO

FARBENFABRIKEN OF ELBERFELD COMPANY
SELLING AGENTS

P. O. Box 2100 40 Stone Street, NEW YORK

blematisk opioidbruk

søker helsevesenet. Rundt 20 prosent av pasientene som oppsøker lege for akutt eller kronisk ikke-malign smerteproblematikk får forskrevet opioider i USA (13), hvorav tre til fire prosent utvikler et injiserende rusmisbruk (17). Tall fra Reseptregisteret tyder på en mindre liberal rekvirering av opioider i Norge. En metaanalyse viser at mortaliteten er mer enn dobbelt så høy ved generalisert, kronisk smerte (14). Kronisk smerte er forbundet med økt forekomst av selvmord, uavhengig av psykisk helse, sosioøkonomiske faktorer og rusmisbruk (15). Se også figur 1.

Behandling av kroniske ikke-maligne smerter

I 1986 lanserte WHO sin smertetrapp for å støtte god smertelindring til kreftpasienter. Prinsippene er ikke ulike de som brukes ved akutt smerte, men smertetrappen var aldri ment for langvarig smerte generelt. Smertetrappen deler opp smertebehandlingen i tre trinn. Trinn 1 inkluderer kombinasjon av ikke-opioide analgetika – paracetamol og NSAID – i behandlingen av moderate, akutte smerter. Ved utilfredsstillende effekt, vil man kunne vurdere tillegg av kodeinfosfat i trinn 2. Ved fortsatt sterke smerter, vil man gå over til trinn 3 som inkluderer bruk av sterke opioider i de doser som kreves (16). Generell bruk av smertetrappen ved langvarig ikke-malign smerte er et feiltrinn som nå erkjennes (17).

I følge retningslinjen fra britiske National Institute for Health and Care Excellence (NICE), er det usannsynlig at noen form for medikamentell behandling (herunder paracetamol, NSAIDs, benzodiazepiner eller opioider), med unntak av antidepressiva, har en så gunstig effekt på kronisk smerte at den oppveier risikoen ved å bruke dem (18). Førstevalget bør være de antidepressive midlene amitriptylin, citalopram, duloksetin, fluoksetin, paroksetin eller sertralin, da forskning viser at disse, til tross for fravær

av eventuell depresjonsproblematikk, kan forbedre livskvalitet, smerte, søvn og psykologisk stress. NICE anbefaler videre ikke-medikamentelle behandlingsalternativer som treningsprogrammer og økt fysisk aktivitet, psykoedukasjon, akupunktur og fysioterapi.

Individuell stønad til opioider

Fastleger kan søke HELFO om individuell stønad til opioider inntil 100 OMEQ (orale morfinekvivalenter) ved kroniske smerter ved avklarte smertetilstander, mens det er lege ved smerteklinikk som må søke for døgndoser 100–300 OMEQ eller ved uavklarte smertetilstander. OMEQ er benyttet for omregning mellom ulike opioider (16, 19). Blåreseptordningen er omdiskutert. Studier fra Folkehelseinstituttet viser at nær halvparten av alle pasienter som får opioider på blå resept blir langvarige brukere, flere med høyere doser enn anbefalt (20).

Problematisk opioidbruk ved kronisk smerte

Kjennetegnene på problematisk opioidbruk er gjentatte brudd på behandlingsavtalen (21). Pasienten kan ha flere kilder til opioider enn sin faste lege, miste eller bli frastjålet medisinen og gjentatte ganger ønske reseptfornyelse før avtalt tid, uten at det er holdepunkt for at smertetilstanden forverres. Under konsultasjon bruker pasienten svært mye tid på å diskutere opioider med legen, og dette kan forhindre eller forsinke fremgang ved andre aspekter ved smertetilstanden som legen forsøker å hjelpe med.

Det kan være utfordrende å stille en opioidavhengighetsdiagnose på pasienter som får opioider for kroniske smerter (22). Ofte vil en se de første tegn på avhengighetsutvikling når dosen forsøkes nedtrappet. Legen bør være oppmerksom på pasienter som ikke klarer eller ønsker å trappe ned opioidbruken til tross for at den medi-

sinske tilstanden de opprinnelig fikk sitt opioid for er over.

WHO sin definisjon av avhengighet gjenspeiler både de fysiske og psykiske sidene ved en avhengighetstilstand. Fysisk avhengighet av opioider uttrykkes ved behov for doseøkning for å opprettholde smertelindring. Årsaken er toleranseutvikling, blant annet grunnet nedregulering av reseptorer. Opioidabstinenssymptomer kjennetegnes ved influensalignende symptomer (rennende nese/øyne, svette/frysninger, muskel- og leddverk, angst og ved uttalt abstinens, oppkast og diare) (23). Psykisk avhengighet innebærer at rusmiddelbruken går ut over andre ting i livet som f.eks. familie og jobb, og kjennetegnes ofte ved sug eller en nærmest tvangspregnet trang til å innta rusmiddelet, selv lenge etter avsluttet bruk. Internasjonalt er «addiksjon» brukt i forbindelse med opioidbehandling definert som en primær, kronisk neurobiologisk sykdom (22), kjennetegnet ved bruk av forskrevne opioider sammen med andre vanedannende medisiner, inklusive rusmidler fra det illegale markedet, og hos enkelte injiserende atferd. Det er en tvangsmessig trang til å innta opioider til tross for klare tegn på at bruken går utover psykososial eller kroppslig helsetilstand (21).

Iatrogen påført feilbehandling med opioider kan gi en pseudoaddiksjonsliknende atferd. Pasienter med forskrivning av korttidsvirkende opioider eller for lave doser med lengre virkende opioider vil få avtakende effekt i tiden mellom to doser. Dette kan medføre at pasienten ber om større og/eller hyppigere doser, noe som kan feiloppfattes av forskrivende lege som problematisk opioidbruk. Videre kan tilliten mellom pasient og lege svekkes, og en krevende behandlingssituasjon kan utvikle seg. I slike situasjoner er det viktig å stabilisere pasienten i et fast regime med adekvat dose av lengre virkende opioider og ha en klar behandlingsavtale (21).

Hensyn til tredjepart – lekkasje

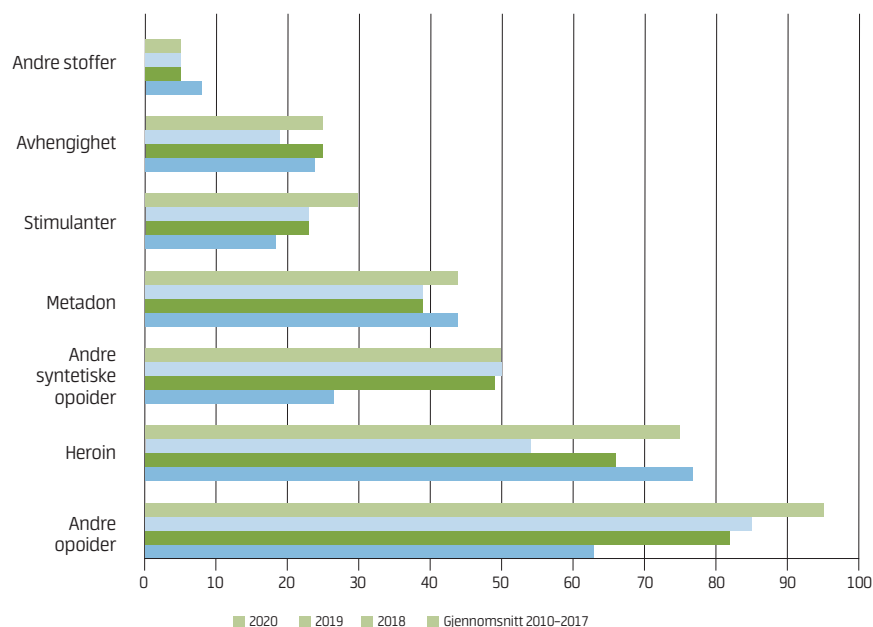
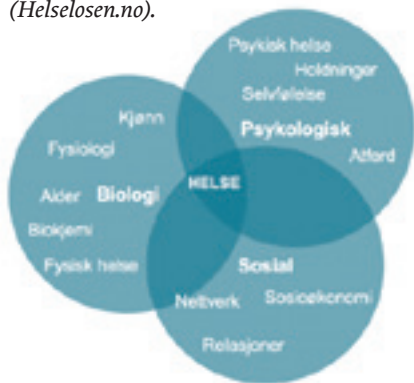
Vanedannende legemidler kan gjøres tilgjengelige for andre enn pasienten ved at pasienten deler med andre eller selger (deler av) legemidlene de har fått forskrevet. Markedsverdien for slike legemidler gjengis i Velferdsetatens rapport «Gatesmart i kjøp og salg» (24). Fastlegen kan vurdere rusmiddelanalyse (urinprøve eller spyttprøve) og PEth (markør for alkoholbruk) som del av en behandlingsavtale for oversikt over eventuell rusbruk og hvorvidt pasienten faktisk bruker medisiner som er forskrevet. Det kan også være aktuelt å følge opp behandlingen med måling av serumspil av aktuelle legemidler.

Pasienttilnærming ved problemer i legemiddelbruken

Første skritt bør være å utforske pasientens, og eventuelt pårørendes, oppfatninger og forståelse av tilstanden. Ubefag eller symptomer som utløser medikamentinntak og effekt av medisinen må avklares, og fastlegen må sammen med pasienten danne seg et bilde av medikamentinntaket gjennom hele døgnet. Det er viktig at pasienten i slike situasjoner ikke opplever seg mistenkeliggjort eller avvist, men blir møtt med en forståelse for at problem med legemiddelbruk kan dreie seg om fysisk avhengighet som er utløst av langvarig bruk av opioider. Å motivere pasienten for en endring og å utarbeide felles mål for behandlingen er nøkkelen til suksess.

God differensialdiagnostikk er viktig, da en rekke medisinske tilstander, eksempelvis lav testosteron hos menn, hyponatremi, stoffskiftetforstyrrelser, anemi, infeksjon og menopause, kan gi symptomer som minner om abstinens. Serumspil, CYP-screening, rusmiddelanalyse, medikamentopptak og medikamentinteraksjoner bør vurderes. Opiatindusert hyperalgesi er en unormal smertefølelse selv ved normalt smertestimuli slik at lett smertestimulering kan bli svært vondt og ubehagelig. Dette kan fore-

FIGUR 2. Biopsykososial tilnærming (Helselosen.no).



FIGUR 1. Dødsårsak 2010–20. Narkotikautløste dødsfall (Dødsårsaksregisteret, FHI). Inkludert selvmord.

komme ved langvarig bruk av opioider (25). Fastlegen bør videre skaffe seg en oversikt over pasientens samlede forskrivning og uttak av vanedannende preparater i kjernejournalen. Samsvarer forskrevet dose og utleveringshyppighet med medikamentuttak i kjernejournal, og er det forskrivning fra andre leger?

Mindre pakningsstørrelse, fast utleveringstidspunkt, dosett eller eventuell daglig utlevering ved hjemmesykepleie kan være nyttige tiltak ved behov for tryggere rammer rundt medisinutleveringen. Støttemedikasjon for søvn, angst og stemningsstabiliserende bør (re-)vurderes. Sammen med pasienten bør fastlegen vurdere behovet for poliklinisk eller inneliggende nedtrapping eller medikamentbytte fra oral til transdermal administrering eller bytte fra korttidsvirkende til langtidsvirkende opioid. I slike tilfeller bør samarbeid mellom fastlege, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), tverrfaglige smerteklinikker og pasient etableres ved behov.

Interdisiplinært samarbeid ved Oslo universitetssykehus

Avdeling for smertebehandling og Avdeling rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Oslo universitetssykehus har siden 2015 samarbeidet med fastleger om kroniske smertepasienter som har utviklet problemer knyttet til opioidbruken, i tråd med nasjonale anbefalinger om samarbeid på tvers av fagområdene. ARA har bistått med råd og veiledning rundt poliklinisk medikamentjustering og vurdering av behov for inneliggende behandling ved Seksjon rusakuttinntak og avgiftning.

I det innledende samarbeidsmøtet gjennomgås pasientens smertetilstand, livssituasjon og medikamentbruk (FIGUR 2). På bakgrunn av tidlige tiltak, pasientens mest-

ringsnivå, motivasjon og forventninger til endring, vurderes videre behandlingstilbud. Polikliniske tiltak inkluderer veiledning rundt trygge medikamentutdelingsrammer og råd om langsom nedtrapping kombinert med relevant støtte medikasjon (SE FAKTABOKS). Endringer i medikamentutlevering varierer fra ukentlig til daglig utlevering ved hjemmetjenester. Ukentlige telefonoppfølginger med spesialsykepleier kan tilbys til de som har behov for det i samråd med fastlege.

I de tilfeller det ikke oppnås ønskelig resultat poliklinisk, vurderes inneliggende behandlingstilbud ved Seksjon rusakuttinntak og avgiftning ved ARA. Dette kan innebære opioidnedtrapping eller konvertering til andre opioider med lang halveringstid, hovedsakelig buprenorfin eller metadon. Pasientforberedelser inkluderer informasjon om medikamentvalg, virkninger og bivirkninger, gjennomføring av medikamentbytte og støtte medikasjon, samt informasjon om rutinene på avdelingen og pasientgruppen de kommer til å møte. Fastlegens forventninger til medikamentendring og videre forskrivning til pasienten etter utskrivelse avklares. Det er grunnleggende at pasienten deltar aktivt i denne planleggingen og er motivert for endring.

Til sammen er det gjennomført rundt 30 inneliggende medikamentintervensjoner (tre til åtte ukers varighet), hvorav flesteparten har vært konverteringer fra fentanyl, morfinsulfat eller oksykodon til buprenorfin eller metadon, og et mindretall med dosereduksjon eller fullstendig seponering. Pasienttilnærmingen under baserer seg på erfaringen fra dette samarbeidet.

Pasientene er fra hele landet med mangeårig behandlingserfaring, med opplevelse av dårlig livskvalitet og utilstrekkelig smertelindrende effekt til tross for høye daglige opioiddoser (300–1200 OMEQ). Samtlige av de mannlige pasientene hadde

testosteronverdier som lå under nedre referanseområde. Uvilje til poliklinisk nedtrapping ble begrunnet med frykt for ukontrollerte smerter og/eller abstinensplager, eller tidligere mislykkede polikliniske nedtrappingsforsøk.

Ved innleggelse i TSB døgn gjennomgås hele behandlingsforløpet sammen med pasienten. Hovedregelen er at korttidsvirkende opioid seponeres ved innkost hos pasienter som skal konvertere fra korttidsvirkende til langtidsvirkende opioider. Gradvis opptrapping med langtidsvirkende opioid begrenses til smertelindring, og støttemedikasjon brukes målrettet mot pasientens abstinenssymptomer (FAKTABOKS). Denne kombinasjonsbehandlingen skiller mellom smerte- og abstinenslindring, og vår erfaring er at pasientene blir stabilisert på en vesentlig lavere opioiddose enn det ekvipotenstabellen for konvertering mellom opioider ville tilsa. Hovedskillet går mellom opptrapping på metadon og buprenorfin. Metadon er fullagonist (utøver full aktivering av opioidreseptor) som muliggjør medikamentopptrapping under pågående effekt av korttidsvirkende opioid. På den annen side vil buprenorfin, grunnet en meget høy bindingsaffinitet til m^2 -reseptoren, kunne fortrenge pågående binding av korttidsvirkende opioid, og utløse akutt abstinensreaksjon (såkalt buprenorfinprovosert abstinensreaksjon eller bedre kjent som «kræsje»), som på sitt ytterste kan utløse kraftig ubehag, kvalme, oppkast og diaré. Denne abstinensreaksjonen unngås ved at man venter med første dose buprenorfin til pasienten vurderes tilstrekkelig abstinent (dvs. har tilstrekkelig lav virkning av seponert korttidsvirkende opioid). Tiden mellom seponering av korttidsvirkende opioid og buprenorfinoppstart avhenger av halveringstid og dose til seponert opioid, erfaringsmessig 16–48 timer. Utviklingen følges med på abstinensskår, eksempel COWS (Clinical Opioid Withdrawal Scale) (23) og symptomene lindres med støttemedikasjon (SE FAKTABOKS).

FAKTABOKS.

Vanlig brukte symptomlindrende medikamenter ved nedtrapping eller seponering av opioider.

Søvnmekasjon: Mirtazepin 15–30 mg eller trimipramin 25 mg, Z-hypnotica evt nitrazepam 5–10 mg
Stemningsstabiliserende: Natriumvalproat 600 mg x 2 eller Levetiracetam 500 mg x 2
Smertestillende: Paracetamol 500–1000 mg x 3–4 og/eller NSAID (ibuprofen 200–600 mg x 3)
Kvalmeprofylakse: Metoklopramid 10 mg x 3 fast
Opiatabstinenser (hyperadrenerge symptomer og «restless legg syndrome»): Klonidin (ikke registrert preparat) opptrapping fra 50 til 150 mcg x 3 (obs blodtrykk),
Uro, angst og søvn: Kvetiapin 25–50 mg x 2–3 eller hydroxyzine 10–30 mg inntil x 3
 Husk hensyn til kontraindikasjoner og medikamentinteraksjoner (interaksjoner.no)

Selve opptrappingen på opioid gjøres gradvis og styres etter klinisk vurdering av pasientens smertetilstand, som suppleres med pasientens egenskår av smerter. NRS (Numeric Rating Scale) er en smerteskala for egenskåring (0–10), der «0» svarer til ingen smerte og «10» svarer til verst tenkelige smerte. utfordringer ved anvendelsen av en slik skala er at enkelte pasienter har vanskelig med på skille selve smerteopplevelsen fra en fortvilet og smertefull livssituasjon.

Utskrivelse planlegges i god tid sammen med pasient, fastlege og eventuelt smerteklinikken. Overgang fra skjermede omstendigheter på sykehusavdeling til eget hjem kan representere en utfordring for den enkelte, med økt medikamentinntak, slik at vi har sett behov for at pasienten etter utskrivelse starter med daglig medikamentutlevering i overgangsfase på minst en måned, samtidig som det gis tilbud om poliklinisk oppfølging ved ruspoliklinikk, smerteavdelingen eller fastlege.

Når kan det bli aktuelt å overføre en smertepasient med problematisk bruk til legemiddellassistert rehabilitering (LAR) i TSB?

En kronisk smertepasient med problematisk opioidbruk er ikke ensbetydende med at pasienten er i behov for substitusjonsbehandling i TSB/LAR. Praksisen for når pasientens forankring overføres fra smerteavdeling til TSB varierer mellom de forskjellige sykehusene i Norge.

Ved Oslo universitetssykehus HF får kroniske smertepasienter med problematisk opioidbruk en felles, helhetlig interdisiplinær vurdering av både smerte- og avhengighetsproblematikk fra spesialist i smerte og spesialist i rus- og avhengighetsmedisin. Tiltak som rådgivning til pasient og fastlege, endrede rammer rundt medikamentutlevering, opioidnedtrapping eller medikamentkonverteringer bør være forsøkt før det vurderes endring i pasientens forankring fra smertelindring til avhengighetsbehandling (TSB) (26).

REFERANSER

- Martin WR, Eades CG, Thompson JA, Huppler RE, Gilbert PE. The effects of morphine- and nalorphine-like drugs in the nondependent and morphine-dependent chronic spinal dog. *J Pharmacol Exp Ther.* 1976; 197(3): 517–32.
- Paul AK, Smith CM, Rahmatullah M, Nissapatorn V, Wilairatana P, Spetea M, et al. Opioid Analgesia and Opioid-Induced Adverse Effects: A Review. *Pharmaceuticals (Basel).* 2021; 14(11).
- Gossop M, Keaney F, Sharma P, Jackson M. The unique role of diamorphine in British medical practice: a survey of general practitioners and hospital doctors. *Eur Addict Res.* 2005; 11(2): 76–82.
- Brownstein MJ. A brief history of opiates, opioid peptides, and opioid receptors. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1993; 90(12): 5391–3.
- Van Zee A. The promotion and marketing of oxycodone: commercial triumph, public health tragedy. *Am J Public Health.* 2009; 99(2): 221–7.
- Busse JW, Wang L, Kamaleldin M, Craigie S, Riva JJ, Montoya L, et al. Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama.* 2018; 320(23): 2448–60.
- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain – United States, 2016. *Jama.* 2016; 315(15): 1624–45.
- Neugebauer V, Galhardo V, Maione S, Mackey SC. Forebrain pain mechanisms. *Brain Res Rev.* 2009; 60(1): 226–42.
- IASP Terminology. International Association for the Study of Pain (IASP), (2021).
- Woolf CJ, Bennett GJ, Doherty M, Dubner R, Kidd B, Koltzenburg M, et al. Towards a mechanism-based classification of pain? *Pain.* 1998; 77(3): 227–9.
- Woolf CJ, Mannion RJ. Neuropathic pain: aetiology, symptoms, mechanisms, and management. *Lancet.* 1999; 353(9168): 1959–64.
- Kosek E, Clauw D, Nijs J, Baron R, Gilron I, Harris RE, et al. Chronic nociceptive pain affecting the musculoskeletal system: clinical criteria and grading system. *Pain.* 2021; 162(11): 2629–34.
- Daubresse M, Chang HY, Yu Y, Viswanathan S, Shah ND, Stafford RS, et al. Ambulatory diagnosis and treatment of nonmalignant pain in the United States, 2000–2010. *Med Care.* 2013; 51(10): 870–8.
- Macfarlane GJ, Barnish MS, Jones GT. Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2017; 76(11): 1815–22.
- Racine M. Chronic pain and suicide risk: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* 2018; 87(Pt B): 269–80.
- Norsk Legemiddelhandbok Legemiddelhandboka.no [
- Ballantyne JC, Kalso E, Stannard C. WHO analgesic ladder: a good concept gone astray. *Bmj.* 2016; 352: i20.
- Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: Assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE guideline No 192, 2021: National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
- HELFO. Individuell stønad til opioider. www.helfo.no/regelverk-og-takster
- FHI. Økt bruk av sterke smertestillende medisiner med opioider. FHI, Oslo: Folkehelseinstituttet; 2020.
- Fredheim OM, Borchgrevink PC, Breivik H. Nye begreper knyttet til opioidbehandling. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2008; 128: 2626.
- Ballantyne JC, LaForge SK. Opioid dependence and addiction during opioid treatment of chronic pain. *Pain.* 2007; 129(3): 235–55.
- Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). *J Psychoactive Drugs.* 2003; 35(2): 253–9.
- Gatesmart i kjøp og salg (Rapport 2017) Oslo Kommune: Velferdsetaten; 2017. www.oslo.kommune.no
- Benyamin R, Trescot AM, Datta S, Buenaventura R, Adlaka R, Sehgal N, et al. Opioid complications and side effects. *Pain Physician.* 2008; 11(2 Suppl): S105–20.
- Nasjonal retningslinje for legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet, (2010 (under revisjon)).

FEMTE REISEBREV FRA GRØNLAND

De talte dagene

■ EIK KOLSTRUP • Fastlege, Skansen legekantor, Tromsø



De siste reisebrevene har jeg innledet med en tragisk historie om en mer eller mindre døende pasient, som gjennom heltemodig legearbeid kommer seg på bena igjen.

Sånn er ikke denne historien.

Det var venninnene som var bekymret for henne. De hadde ringt politiet, fordi hun hadde sperret seg inne i en hel uke på rommet sitt på skolen hun gikk på. Hun tok ikke telefonen og gardinene var trekt for. De fant tomme pilleesker, men da de tok henne med på sykehuset, sa hun at hun ikke hadde tatt dem. Hun var litt rar. Søvnig, og ville helst hjem. Feber. Så, etter en natt på sykehuset, ble hun utskrevet. Men venninnene hennes sa vi ikke måtte sende henne hjem, og Nina, sykepleieren som var på vakt, synes noe var rart. Så hun fikk bli til dagen etter. Hun ble rarere, søvnigere. Hun hadde veldig lav natrium, og denne feberen, men ellers var det liksom ingenting å sette fingeren på. Vi ga henne væske, men hun ble rarere. Samarbeidet ikke om nevrologisk undersøkelse og ble litt urolig. Etter å ha snakket litt med overlegene i Nuuk, startet vaktlegen med antibiotika og antiviral medisin på en vag mistanke om encefalitt, eller hjernebetennelse, og vi skulle sende henne med et helikopter innen tre dager.

Dagen etter kom jeg på vakt. Hun var blitt rarere i løpet av natten. Nyresvikt. Fortsatt lav natrium og feber. Hun lå urolig i sengen, men hun forstod enkelte ord. Jeg ringte Nuuk og sa de måtte komme så raskt som mulig. «Jada, hun har en plass på et helikopter i morgen». Jeg sa det hastet. De skulle se hva de kunne gjøre. Utover ettermiddagen ble hun ukontaktbar. Vred seg som en meitemark, helt til hun begynte med spastiske kramper og sluttet å puste. Tilfeldigvis var anestesisykepleieren i rommet da, som ga henne avslappende intravenøst, så hun kunne puste igjen. Han skulle egentlig ikke på vakt på noen timer, men han var bekymret for henne og skulle gå gjennom utstyret. Vi hadde ventet på at



Vi tok hva vi fikk av tilganger.

hun skulle krampe. Ikke på samme måte som vi ventet på helikopteret. Forventet er kanskje et bedre ord. Så han var der. Uffe, som han heter. En av disse utallige danske vikarene som skyllles gjennom systemet. Til vanlig kjedet han seg på jobb. En anes-

tesisykepleier som jobber som anestesisykepleier en halv dag i uken, onsdager, det er kirurgisk abort-dagen, og ellers skifter han bleier på døende og nyfødte. Pasientkoordinatoren sa været var for dårlig for å fly. Vi så ut vinduet, og forstod ikke hva de



Veronica, Uffe og Nina med pasienten på «Intensiv A».



Glade barn i Qaqortoq klatreklub.



Tuberkulose-cupcake.



Marco og Frida henger i klatretau.

mente. Det ble mørkt. Vi kunne ikke intuere, altså hjelpe henne å puste med en slange i halsen, fordi vi bare har én anestesisykepleier, og det var meldt storm de neste fire dagene. Vi var redde for at hun kunne bli her lenge.

Veronica, Uffe, Nina og jeg stod inne hos henne, og sammen jobbet vi for å holde henne på denne siden av evigheten. Hun fikk propofol (avslappende) intravenøst, Valproat (epilepsimedisin) som infusjon, fentanyl (smertestillende og avslappende) og dexametason (høydose steroider) intravenøst, og adredalin inhalasjoner (for å hjelpe på hevelsen i pusterøret). Så mye avslappende at krampene ikke blokkerte luftveiene, og så lite at hun kunne puste selv. I løpet av kvelden forstod vi at hun hadde sluttet å tisse, så hun fikk masse væske og vandrivende. Så fikk hun kroppstemperatur på 34,9° C.

Jeg overlot henne til Uffe og gikk og la meg. Han stod over henne i 18 timer, før en anestesilege og en anestesisykepleier fra

Nuuk kom dagen etter. De la henne på respirator, ga oss et klapp på skulderen, og fløy av sted med henne.

Tuberkuløs encefalitt, altså hjernebetennelse med tuberkulose. Veldig sjeldent og veldig dødelig. Det er forhåpentlig eneste gang jeg kommer til å se det. Hun lå på respirator i en uke på intensivavdelingen i Nuuk, så ble hun sakte bedre. Nå er hun fortsatt litt forvirret, og det er usikkert om hun kommer til å være forvirret resten av livet, men hun lever. Hun kom seg altså ikke på beina takket være heltmodig legearbeid, men takket være en heltmodig anestesisykepleier som heter Uffe, og de andre sykepleierne.

De fant tuberkulose i lungene og halsen hennes også. Vi som stod over henne er mer redde for tuberkulose enn korona nå.

Når hverdagen blir for mye, har vi privilegerte muligheten til å flykte. Så vi ville på påskeferie. Det var for lite snø til å gå på ski, og for mye til å gå på beina. Så vi ville dra nordover på Grønland. Det var tilbud

på fly og hotell til turisthovedstaden Ilulissat, men Air Greenland har monopol på alle flyreiser innad i Grønland, og priser og kundesørvis er deretter. Etter tre uker svarte de oss, men alt ble rot med bestillingen, så når påsken kom, hadde vi ingen billetter. Vi sparte omtrent 50 000 kr, i det minste, som er prisen for innenriks fly og hotell i fem dager. Da forstod jeg litt bedre det jeg hadde lest i en epikrise, hvor en gammel dame var henvist til operasjon for et ben i Nuuk. Da hun snakket med ortopedien der, sa hun at hun ikke var interessert i operasjonen. «Jeg ville bare besøke datteren min her, og nå fikk jeg en gratis reise til henne», lo hun.

Det var mye dritt, selv om det ble lysere ute. Lystbetont aktivitet, sier jeg ofte til mine pasienter, og det er ingenting som er mer lystbetont enn klatring for meg. Så som en distraksjon fra det mørke sykehuset, vokser Qaqortoq klatreklubb for hver uke, og er en de største idrettsforeningene i byen nå. Vi brukte påsken på å henge i tau



*Flagget symboliserer soloppgang over isen.
Her fikk vi solnedgang i havet på vei hjem fra utekontor.*

med stålborster, og vi speidet og vandret rundt i hele området for å finne klipper der hverdagen kunne komme litt på avstand. Mindfullness er når du fokuserer hardt på det lille taket som er litt for langt over deg, og du merker at hvis du bare vrir hofte litt mer, og legger litt mer vekt på venstrefoten, kan du nå det. Da glemmer du dritten. Selv fra det verste barnehjemmet i byen kom det tenåringer som ville klatre. Det var idrettssjefen i kommunen meget imponert over. Nå gir de økonomisk tilskudd til en firedobling av arealet på innendørsvegen, og sponser utstyr til uteklatringen. Det er tross alt bedre å henge i klatretau enn å henge seg.

*Hjem til en
annerledes
virkelighet.*

Måneskinn over Nanortalik.



Apropos barnehjem. Det er tre barnehjem i Qaqortoq, en by med 2500 innbyggere. Alkohol, hasj og mishandling gjør at socialforvaltningen tar barna når det blir for ille. Problemet er bare at det nesten ikke er noen egnede fosterhjem, og barna kan ikke bli satt i fosterhjem i Danmark eller andre land, fordi kolonimakten tidligere har vært litt vel ivrig på å ta til seg grønlandske barn.

Dette er kun ett eksempel på kompleksiteten, nyanseringen, man lærer av å være lenge et sted. Jeg vet ikke om dritten blir vakrere fordi du ser nyanser i den, men du forstår i hvert fall litt mer av hvorfor dritten er sånn som den er.

Vi reiser hjem, som alle andre vikarer før oss. Og Grønland blir mindre under oss når

flyet, etter tre dagers venting på en gammel amerikansk militærbase, endelig letter. Vi ser den uendelige innlandsisen og den tynne stripen av kyst der folk holder ut.

Følelsene er blandet. Det første reisebrevet startet in medias res, altså midt i handlingen. Nå drar vi, midt i fortellingen, om et land som intenst forsøker å finne seg selv. I vakuumet mellom det opprinnelige fangstsamfunnet og det moderne, oppstår en håpløshet som har gått inn på oss i større grad enn forventet. Vi ville ikke vært det foruten. Vi fikk venner, startet klatreklubb, lærte om en annerledes kultur, og den faglige utfordringen var enorm. Vi håper at så godt vi kunne var bra nok.

(Fritt etter hukommelsen) «En storm hadde blåst utallige sjøstjerner opp på en lang strand. En gammel mann gikk langs denne stranden og hev én og én sjøstjerne ut i havet igjen. Da kom det en ung mann bort til ham og sa: «Hvorfor kaster du bort tiden på dette? Se hvor mange sjøstjerner det er. Det du gjør betyr ingenting!» Den gamle mannen holdt opp en sjøstjerne, så på den unge mannen, og sa: «For denne sjøstjernen, betyr det alt.» Så hev han sjøstjernen ut på havet igjen.»



EIK.KOLSTRUP@GMAIL.COM

FØREKOMST AV MULTIMORBIDITET: *Sosiale skilnader og felles samanheng med død i ei allmenn befolkning i Noreg*

■ KRISTIN HESTMANN VINJERUI • Lege, ph.d, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU

Overskrifta var den norske tittelen på avhandlinga mi, som eg forsvarte i april 2021. Bakgrunnen for arbeidet er den sosiale gradienten i helse, det at sjukdomsførekost og dødelegheit aukar omvendt med personar sine sosioøkonomiske ressursar, typisk målt som utdanningsnivå, inntekt eller yrke.

Denne samanhengen er kjend, men tidlegare fyrst og fremst vist for enkeltsjukdommar (1). Pasientar i dag har oftast fleire, kroniske helseproblem, såkalla multimorbiditet. Sosiale skilnader i førekost av multimorbiditet var ikkje tidlegare undersøkt i Noreg.

Multimorbiditet kan romme ein uendeleg kombinasjon av ulike helseproblem. Kompleksiteten i behandling og helsetenesteforbruk, mortalitet, tiltaks- og sjukdomsbyrde vil variere med samansetnaden av tilstandar. Eg ønskte å studere multimorbiditet med forventna aukt kompleksitet. Basert på internasjonal litteratur studerte eg derfor fleire mål for multimorbiditet, mellom anna to helseplager og samtidig nedsett funksjon (2) og tre helseplager i tre ulike organsystem (3). Slike komplekse mål for multimorbiditet var ikkje tidlegare undersøkt i Noreg.

Vidare vil personar ha ulike føresetnader for å fylgje opp medisinske kontrollar og behandling ved multimorbiditet, typisk slik at det er meir utfordrande for dei som høyrer til lågare sosiale lag. Dette venteleg negative samspelet mellom sosioøkonomiske ressursar og multimorbiditet, som begge er assosiert med død, var knapt studert globalt og ikkje tidlegare i Noreg.

I doktorgradsarbeidet undersøkte eg derfor sosiale forskjellar i førekost av ulike komplekse mål for multimorbiditet (4, 5) og sosiale skilnader i død ved lik multimorbiditet (6).

Helseundersøkinga i Trøndelag 2006–08 (HUNT3) ga informasjon om kroniske helseproblem, nedsett funksjon og yrke for over 38 000 deltakarar frå 25 til 100 år. To-

talt 39 prosent av desse hadde fleire enn to helseproblem og nedsett funksjon, og 54 prosent hadde fleire enn tre helseplager i tre ulike organsystem. Det var høgare førekost i lågare sosiale lag, blant kvinner og med aukande alder. Skilnadene i førekost mellom høge og låge sosiale lag varierte med kjønn og alder, men var til stades blant begge kjønn frå ung vaksen til høg alderdom (ca. 30 til 80 år). Frå HUNT3 vart rundt 31 000 deltakarar i alderen 35 til 75 år fylgd vidare og kopla til døds meldingar frå Folkeregisteret fram til 2019. Talet på døde auka med talet på helseproblem. Det var varierende, men intakte, sosiale skilnader, mest markant mellom menn, frå to til ti helseproblem. Relativ risiko for død var kring dobbelt så stor i lågare sosiale lag ved like mål for multimorbiditet, for begge kjønn.

I den allmenne, norske befolkninga er altså sjølv kompleks multimorbiditet vanleg, skeivt sosialt fordelt gjennom heile vaksenlivet og i død. Funna tyder på at eit aktivt folkehelsearbeid mot sosiale skilnader i helse kan auke overlevinga for alle. I klinisk arbeid vil både personar sine unike helseproblem og sosiale kontekst kunne krevje skreddarsydd medisinsk behandling og ofte samarbeid med sosial- og velferdstenester. Det er utarbeidd ein nasjonal rettleiar, *Oppfølging av personer med store og sammensatte behov* (7), der personar med multimorbiditet er nemnd som ei aktuell målgruppe, og der råda er retta mot både velferdstenestene, primær- og spesialisthelseteneste.



REFERANSER

1. Vinjerui KH. Socioeconomic inequalities in multimorbidity and joint associations with mortality in a general population. The HUNT Study. NTNU: Norwegian University of Science and Technology – NTNU. Australian National University – ANU; 2021.
2. National Institute for Health and Care Excellence. Multimorbidity: clinical assessment and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK). 2016.
3. Harrison C, Britt H, Miller G, Henderson J. Examining different measures of multimorbidity, using a large prospective cross-sectional study in Australian general practice. *BMJ Open*. 2014; 4(7): e004694.
4. Vinjerui KH, Bjerkeset O, Bjørngaard JH, Krokstad S, Douglas KA, Sund ER. Socioeconomic inequalities in the prevalence of complex multimorbidity in a Norwegian population: findings from the cross-sectional HUNT Study. *BMJ Open*. 2020; 10(6): e036851.
5. Vinjerui KH, Boeckxstaens P, Douglas KA, Sund ER. Prevalence of multimorbidity with frailty and associations with socioeconomic position in an adult population: findings from the cross-sectional HUNT Study in Norway. *BMJ Open*. 2020; 10(6): e035070.
6. Vinjerui KH, Bjørngaard JH, Krokstad S, Douglas KA, Sund ER. Socioeconomic Position, Multimorbidity and Mortality in a Population Cohort: The HUNT Study. *J Clin Med*. 2020; 9(9).
7. Helsedirektoratet. Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov [nettdokument]. Sist faglig oppdatert 11. februar 2019. ed. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.

■ KRISTIN.VINJERUI@NTNU.NO

FASTLEGEORDNINGA: Status presens 2021

■ THORLEIV ROBBERSTAD • Tidlegare distriktslege, helse- og sosialsjef og assisterande fylkeslege

I haust hadde 134 000 nordmenn ikkje fastlege, ein dramatisk auke på få år. Færre enn sjetteparten av fastlegane har opne lister, mot nesten halvparten få år tidlegare. Og ordninga rekrutterer dårleg: berre éin prosent fleire fastlegar i 2021!

Gjennomsnittsfastlegen er 47 år gammal og er i gruppepraksis med fire andre legar, i ein halvstor og halvsentral kommune (1). Han har 100 000 kr i kommunale subsidiar utover sentrale avtalar (2), og har 1127 personar på lista – som er lukka (3). Gjennomsnittspasienten har om lag 17 prosent risiko for ikkje å møte fastlegen, men ein vikar (1).

Bakgrunn

Fastlegeordninga rekrutterer for dårleg (2). I 2008 tilrødde Helsedirektoratet 2000 fleire fastlegar fram til 2015 (4), men auken vart berre 616. Sidan 2012 har samhandlingsreforma overført mykje arbeid frå sjukehus til fastlegar, og dei jobbar svært mykje (5). Frå 2011 til 2015 var det 2,2 prosent årleg vekst, mot berre 1,5 prosent i 2016–2020, jamfør tabell 1 (3). I siste kvartal 2020 brukte femtedelen av fastlegane vikarar i ulik grad, jamfør tabell 2 (3).

I 2020 hadde berre fjerdeparten av fastlegane opne lister, og då var det på fire år vorte meir enn tre gonger så mange personar utan fastlege (3). Denne studien ser nærare på stoda i 2021.

TABELL 1. Årleg netto auke av fastlegar, 2012–2020 (3).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Auke	90	108	125	73	59	96	47	71	72

TABELL 2. Fastlegar si listelengde, lister utan fast lege og vikarbruk, 2012–2020 (3).

	2012	2016	2020
Antal fastlegeheimlar	4370	4746	5133
Gjennomsnittleg innbyggjartal pr liste	1164	1120	1068
%-del opne lister	40,8	49,9	27,4
Antal (%-del) lister utan fast lege	71 (1,6%)	78 (1,6%)	182 (3,5%)
%-del innbyggjarar på liste utan fast lege	0,8%	0,8%	2,0%
Antal (%-del) lister med vikar i siste kvartal			1069 (21,7%)

Metode

På Internett kan alle finne oversyn over fastlegane i kvar av dei 356 kommunane, både om namn, praksisadresse, alder, kjønn, vakansar, vikarar og opne lister (1). Denne studien ser på alle kommunane pr. 15.12.2021, og samanliknar med 15.06.2021 og med offentleg statistikk pr. 31.12.2020 (4). Den reknar legar med identiske praksisnamn og praksisadresser som ei legegruppe, for å sjå på fordelinga av ulike praksisgrupper.

Funn

Fastlegepraksisar

I 2021 kom det 98 nye fastlegeheimlar: 46 fleire vakansar og 52 fleire fastlegar, jamfør tabell 3.

Heimlane pr. 15.06.2021 var samla i 1426 legegrupper, med 1–15 legar (median 5), jamfør tabell 4. Fastlegane var samla i eitt senter i 206 (58 prosent) av dei 356 kommunane, som stort sett hadde under 10 000 innbyggjarar. Halvparten av legegruppene med meir enn åtte legeheimlar var i kommunar med 10–30 000 innbyggjarar, og 2/3

av dei var i noko usentrale kommunar, det vil seie kommunar med Statistisk sentralbyrås sentralitetsindeks 4 og 5 (6).

Solopraksis

Berre 180 av fastlegane var i solopraksis. 14 av desse var einaste lege i småkommune. Dei 166 andre utgjer 3,2 prosent av alle fastlegane, og tre av fire var i kommunar med meir enn 20 000 innbyggjarar. Gjennomsnittsalderen var 55 år, berre fjerdeparten var yngre enn fastlegesnittet på 47 år, og 73 prosent var menn. Listelengda var i snitt 1438 (35 prosent over gjennomsnittet), og 54 prosent av listene var opne.

Vakansar

228 av dei 5231 fastlegeheimlane mangla fastlege, men med svært skeiv fordeling: frå 1 prosent i dei sju største kommunane til 10 prosent i dei 174 med under 5000 innbyggjarar, jamfør tabell 5. To av tre av vakansane var i kommunar i nedre halvdel av sentralitetsspekteret.

42 prosent av vakansane var ikkje dekte med faste vikarar. Denne vikarmangelen var størst i små og usentrale kommunar, og berre fjerdeparten av den var i Helse Sør-Øst.

Vikarbruk

Pr. 15. desember 2021 hadde sjetteparten av fastlegane vikarar i praksis, jamfør tabell 5. Bruken av vikarar i mindre enn 50 prosent stilling var størst i sentrale og store kommunar. Den var ti gonger så stor i Oslo

TABELL 3. Fastlegeordninga i 2021.

	HEIMLAR	LISTER UTAN FAST LEGE	FASTLEGAR
31.12.2020	5133	182	4951
15.12.2021	5231	228	5003
Auke i 2021	98	46	52

(17 prosent) som i dei 174 minste kommunane. Bruken av vikarar i minst 50 prosent stilling varierte mykje mindre med kommunestorleik og sentralitet.

Opne lister

Pr. 15. juni 2021 hadde 24 prosent av heimlane ledige plassar, men 15. desember var det berre 18 prosent, fordelt på 15,3 prosent hos fastlege (med eller utan vikar), og 2,7 prosent hos vakant heimel med fast vikar. 19 prosent av kommunane hadde ingen opne lister, mellom anna større kommunar som Hamar, Porsgrunn, Skien, Arendal, Kristiansand, Sandnes, Sola, Trondheim, Steinkjer, Namsos og Tromsø.

Drøfting

I 1977 skreiv Aplf/Oll:

«Institusjonene blir dyre, og denne behandlingsformen sluker betydelige økonomiske og personellmessige ressurser. Legemangelen i primærhelsetjenesten er stor, legen har høy gjennomsnittlig alder, og det foregår for lite nyrekruttering til yrket (...) hovedparten av sykkelighet i samfunnet behandles i førstelinjetjenesten» (7).

Dette er påfallande likt stoda i dag.

Mange færre opne fastlegelister, fleire vakansar, aukande bruk av vikarar og dårleg rekruttering fortel om ei fastlegeordning i krise, og alt dette er vorte verre i 2021. Viktige delforklaringar kan vere aukande arbeidsmengde og lågare rikspolitisk engasjement. Tru korleis handlingsplanen for allmennlegetenesta (8) vil fungere i praksis?

87 prosent av fastlegeheimlane er i gruppepraksisar med meir enn to legar, og meir enn halvparten av kommunane har fastlegane sine samla i eitt senter. Dette kan ha mange føremoner: betre tilgang på fagleg støtte, mindre sårbar for vakansar, felles kontor- og arkivressursar, og enklare tilgang til kommunal subsidiering. Alt dette høver også som tilpassingar for ei fastlegeordning under aukande stress.

Frå gammalt av var solopraksis med stykkprisfinansiering den vanlege forma

for legepraksis utanfor sjukehus. Dei fyrste «skreddarsydd» firelegepraksisane kom på 1960-talet, i Hokksund og i Alta. Dei vekte stor åtgang, og mange tok etter. I dag er berre 3,5 prosent av fastlegane i solopraksis, dei er stort sett eldre menn med mange opne lister, og solopraksis ser ut til å rekruttere dårleg. På denne bakgrunnen er det paradoksalt at moderne fastlegar skal vere såpass avhengige av stykkprisfinansiering, særleg no når dei skal gi meir helsehjelp til eldre og andre med samansette sjukdomsbilde, der «berre ei problemstilling pr. konsultasjon» vil gjere dårlegare helsehjelp.

Rekrutteringsproblema aukar. Ved årsslutt 2020 var det 182 lister utan fast lege, og desse vakansane var «normalt betjent av korttidsvikarar» (3). Eitt år seinare er det 228 vakansar – ei tredobling på fire år, men berre vel halvparten av dei er dekte av faste vikarar.

Det er mykje lettare å rekruttere fastlegar til store og sentrale kommunar enn til mindre og usentrale. Trass i skral kommunøkonomi, har derfor dei fleste kommunane subsidiert fastlegeordningane sine dei siste åra, med over 500 millionar kr i 2019 (2).

Periodeprevalensen av praksisar med vikarar i fjerde kvartal har dei siste fem åra auka frå 12,4 til 21,6 prosent (3). Med ein punktprevalens på 17,7 prosent i denne studien, betyr dette at vikariata i snitt er under tre månader.

Vikariat under 50 prosent er mykje vanlegare i store kommunar. Kan det vere fordi dei har større tilgang på lausarbeidande legar? Vikariat på 50–100 prosent er mykje jamnare fordelte på store og små kommunar, og mange av desse kan vel vere for fødsjar eller sjukehussteneste.

Heile nettoauken av fastlegar etter 2012 har vore kvinner, dei fleste nyutdanna legar er kvinner, og dei siste 20 åra har talet på kvinnelege fastlegar auka frå 29 til 46 prosent. Dei har lengre konsultasjonar og 11 prosent kortare lister enn menn (4). Dette er truleg ein indikator på kvalitetsauke.

Kva så med 2022?

I 1977 skreiv Harald Siem - ein av grunnleggjarane av *Utposten* – i ei utgreiing (9):

«Den nye generasjonen av leger sammenligner seg med kolleger ved sykehus som med folk i arbeidslivet for øvrig, og vurderer ofte fritid og ordnede arbeidsforhold høyere enn forgjengerne gjorde.»

Dette er endå meir aktuelt i dagens fastlegekrise, og utfordringane står i kø:

For å rekruttere godt nok, må du tilby minst like gode arbeids- og livsvilkår som alternative jobbar. Dette er heilt elementært elles i arbeidslivet. No er 85 prosent av fastlegane sjølvstendig næringsdrivande, og derfor ikkje omfatta av arbeidsmiljølova. Kva med ønska om ordna arbeidstid, om nok fritid og familieliv? Er investeringskrava så tunge at dei fungerer som tvangstrøye for nye fastlegar?

Staten har eit overordna ansvar for at skattefinansierte helsetenester fungerer optimalt, men no har dei fleste kommunane store ekstraavgifter til subsidiering av fastlegane, utan statleg kompensasjon. Kor lenge vil kommunane og KS finne seg i slik forskjellsbehandling?

Fastlegeordninga skal vere basis og portnar for andre helsetenester. Dersom basis bryt saman, følgjer den statlege spesialisthelsetenesta etter, som i eit kvikkleireras. No er 85 prosent av basis kontraktørar. Gir dette staten stabil nok basis for resten av helsetenesta?

Fastlegeordninga er ein sultefora suksess. Den treng meir ressursar, men også ein struktur som er tilpassa nye funksjonskrav, særleg då den komande eldrebølga og behovet for å kunne rekruttere nok kvinnelege fastlegar.

REFERANSAR

1. www.helsenorge.no/bytte fastlege. Lese 15. juni og 15. desember 2021.
2. Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse. Oslo: Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, 2020.
3. www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk. Lese 12. januar 2022.
4. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport IS-1652, 2008.
5. Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, Rapport IS-2967, 2020.
6. Sentralitetsindeksen. Oslo: Statistisk sentralbyrå, Notater 2020/04.
7. «Tenkekomiteen» innen Alment praktiserende lægers forening og Offentlige legers landsforening: Tanker om morgendagens primærlegetjeneste. Oslo: udatert (1977).
8. Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet, 2020.
9. Siem H.: Om offentlig tilrettelagt almenpraksis. Oslo: Utredning etter oppdrag fra Sosialdepartementet, 1977.

TABELL 4. Fastlegar 15. juni 2021: Ein-legepraksisar og gruppepraksisar, fordelt etter gruppestorleik.

Heimlar i praksisen	1	2	3	4	5	6	7	8	>8	Sum
Antal praksisar	180	236	305	276	177	131	60	17	44	1426

TABELL 5. Fastlegeheimlar 15. desember 2021: Prosent vakansar og vikariat, etter kommunestorleik (15. juni, prosentar i parentes).

FOLKETAL	> 100 000	50-100 000	30-50 000	10-30 000	< 10 000	ALLE
Heimlar	1422	750	568	1384	1094	5231
Vakansar	1,0	2,3	3,7	5,3	9,2	4,4 (3,6)
Vikariat < 50 %	11,6	9,5	4,0	4,7	2,2	6,7 (7,0)
Vikariat > 50 %	12,3	12,5	11,8	9,2	9,8	11,0 (9,8)

2019–2021:

Aktivitet ved et 6-legesenter i Trondheim

■ LARS CHRISTIAN NATERSTAD LERVIK • TORBJØRN ØIEN • NJÅL FLEM MÆLAND • Fastleger ved Hallset legesenter

Fastlegeordningen forplikter legen til å dekke behovet for allmennlege i sin populasjon til enhver tid. Dersom etterspørselen øker, så kan fastlegen møte det ved gradvis å redusere listestørrelsen.

Det er en prosess som tar tid, og ikke er til hjelp når vi får brå endringer i etterspørsel. Vi har undersøkt aktiviteten ved vårt legesenter gjennom to år med pandemi for å se på endring i aktivitet. Spørsmålet vi stilte oss var om vi ville finne brå og betydelige endringer.

Fastlegeordningen har lenge vært under press grunnet økende arbeidsmengde pr. listepasient (1), såpass uttalt at regjeringen Solberg utarbeidet en handlingsplan for å redde fastlegeordningen (2). I mars 2020 stengte Norge ned, og covid-19-pandemien inntok Norge for alvor. Det endret måten pasientene møtte fastlegen, både frekvens og kontaktflate, blant annet med økt behov for videokonsultasjoner (3, 4), og trolig en samlet sett økt legesøkning. Gjennomsnittlige antall konsultasjoner pr. listepasient økte fra 2,7 til 2,8 i perioden 2018 til 2020 (5). Videre har antall konsultasjoner pr. 1000 innbyggere på landsbasis økt med 6,23 prosent i samme periode (6). I sum betyr dette økt belastning på en allerede overbelastet ordning. I denne studien ser vi på aktivitetsendring før og etter pandemien på et enkelt legesenter.

Material og metode

Hallset legesenter har seks fastlegehjemler, hvorav en deleliste. Antall listepasienter var 7016 i snitt for året 2019 og 7202 i 2021. Antallet har altså vært stabilt i den aktuelle perioden, med en økning på kun 0,6 prosent.

Vi har benyttet Medrave (7) for datauttrekk direkte fra vår EPJ-database. Vi har hentet ut data i tidsrommet januar 2019 til desember 2021, altså før og under pandemi og nedstegning. Vi har så studert endringer i aktivitet basert på takster. Takstbruk for konsultasjon, videokonsultasjon og telefon/brev og elektronisk kommunikasjon undersøkes hver for seg, og samlet. Til slutt har vi sett på endring i samlet aktivitet i hele perioden.

Resultater

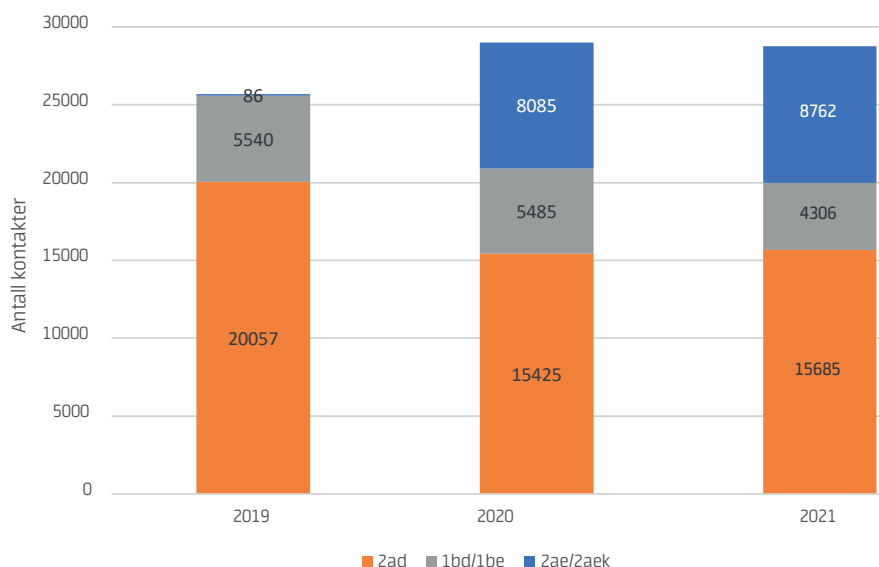
Tallene viser en økning i antall konsultasjoner (takstene 2ad, 2ae og 2aek) med 17,4 prosent fra 2019 til 2021 (FIGUR 1). Samtidig ser vi en nedgang i bruk av telefon, brev og enkel pasientkontakt ved elektronisk kommunikasjon (1bd og 1be). Dersom man korrejerer for denne nedgangen er det likevel en 10,7 prosent økning i total aktivitet fra 2019 til 2021 (FIGUR 1). Den største økningen i aktivitet er fra 2019 til 2020, hvor samlet aktivitet økte med 9,85 prosent. Fra 2020 til 2021 er økningen beskjeden (0,8 prosent).

Den største økningen i aktivitet er fra 2019 til 2020, hvor samlet aktivitet økte med 9,85 prosent. Fra 2020 til 2021 er økningen beskjeden (0,8 prosent).

Diskusjon

Dataene fra Hallset Legesenter indikerer en markant økning i legesøkning etter at pandemien inntraff. I perioden før pandemien hadde man på landsbasis en mer beskjeden økning i antall konsultasjoner pr. 1000 innbyggere og i aktivitet pr. listepasient (8). Økningen før pandemien kan være relatert til samhandlingsreformen, med økte oppgaver pr. pasient, økende andel pasienter som står uten listetilhørighet, samt økt legesøkning i befolkningen generelt. Etter at pandemien inntraff endres bildet, og økningen blir langt mer markert. Ved Hallset legesenter ser vi en

FIGUR 1. Aktivitet ved Hallset legesenter 2019–2021 basert på takstene 2ae, 2aek, 2ad, 1i, 1bd og 1be. Dette illustrerer reduksjon i 1bd og 1be samtidig med økning i 2ae/2aek.



betydelig økning på nesten ti prosent. Dette er i samme størrelsesorden som tallene fra SSB. Det er velkjent at fastlegene allerede før pandemien hadde arbeidsuker på i snitt 55 timer (9). Det er ikke sikkert at våre tall kan tolkes som at arbeidstiden øker, men de viser at arbeidspresset har økt ytterligere.

Etterspørselen etter allmennlegetjenester kan endre seg raskt og betydelig. Ansvaret for en slik endring er med fastlegeordningen lagt på den enkelte fastlege. Fastlegene har ingen arbeidsgiver å peke på, men står selv ansvarlig også for sine egne ansatte og deres økte arbeidsmengde. Våre tall fra egen praksis dokumenterer sårbarheten i et allerede presset fastlegesystem.

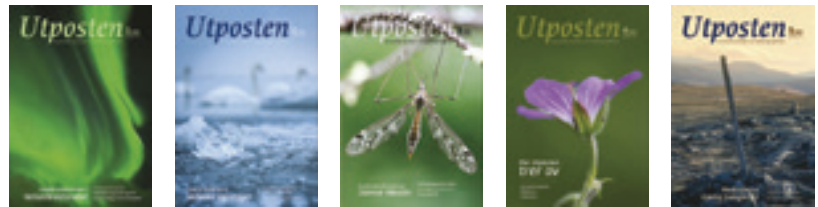
Konklusjon

Våre hovedfunn er en markert økning i antall konsultasjoner fra 2019 (før pandemien) til 2020 (under pandemien). Vi ser også en viss endring fra enkle kontakter til konsultasjoner. I dette nummeret av *Utposten* er det en artikkel ved Torleiv Robberstad «Fastlegeordninga: status presens 2021», som viser en forverring i fastlegekrisen (10). Det påvises her en dramatisk økning i pasienter uten fastlege, mangel på vikarer og langt færre fastleger med åpne lister. Nytt er det også at flere av de store byene er helt uten åpne fastlegelister. Vi postulerer som en konklusjon at den økte etterspørselen og aktiviteten vi finner i vår studie, kan ha bidratt til en forverring av fastlegekrisen.

REFERANSER

1. M. Brekke Holden and I. Rasmussen, «Evaluering av fastlegeordningen», p. 315, 2019.
2. Helsedirektoratet, «Handlingsplan for allmennlegetjenesten», 2021.
3. S.C. Sharma, S. Sharma, A. Thakker, G. Sharma, M. Roshan, and V. Varakantam, «Revolution in UK General Practice Due to COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey», *Cureus*, vol. 12, no. 8, 2020.
4. T.M. Johnsen et al., «Suitability of Video Consultations During the COVID-19 Pandemic Lockdown: Cross-sectional Survey Among Norwegian General Practitioners», *J. Med. Internet Res.*, vol. 23, no. 2, p. e26433, Feb. 2021.
5. Statistisk sentralbyrå, «Statistikkbanken tabell 09535: Konsultasjoner hos fastlegen, etter statistikkvariabel og år», 2021.
6. Statistisk sentralbyrå, «Statistikkbanken tabell 10141: Konsultasjoner hos fastlegen, etter alder, kjønn og diagnose 2012–2020», 2021.
7. Medrave Software AB, «Medrave Software AB», 2021.
8. S. S. Inger Texmon, «Små endringer i bruk av fastlegene», 2019.
9. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/5a5cca4971f545d5801ae524dbb07e45/rappport-om-fastlegers-tidsbruk-med-vedlegg.pdf>
10. Torleiv Robberstad, «Fastlegeordninga Status presens 2021», *Utposten* nr. 2 2022.

■ NFLEM@ONLINE.NO



Utposten

annonseinfo 2022

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

☎ 913 08 747 ✉ karianne.rutle@gmail.com

MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: www.07.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: 07 Media – 07.no, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	13. januar	26. januar	7. februar
②	25. februar	9. mars	21. mars
③	6. april	27. april	9. mai
④	18. mai	1. juni	13. juni
⑤	17. august	31. august	12. september
⑥	28. september	12. oktober	24. oktober
⑦/⑧	2. november	23. november	5. desember

ANNONSEINFO

FORMAT	MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1	185 x 238,2	210 x 297*	14 000,-	6 900,-
4. omslag	-	210 x 237*	18 000,-	-
2/3	↓ 122 x 238,2	136 x 297*	11 500,-	6 100,-
1/2	↔ 185 x 122	210 x 147,5*	8 500,-	4 300,-
1/3	↓ 59 x 238,2	73 x 297*	7 400,-	3 700,-
1/3	↔ 185 x 92	210 x 117*	7 400,-	3 700,-
1/4	↔ 185 x 61	210 x 87*	6 500,-	2 800,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

Utposten for 50 år siden

■ THERESE RENAA • Medredaktør, Utposten

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

Nummer 2/1972

Det andre nummeret av *Utposten* var viet samarbeidet mellom primærleger, sykehus og sentraladministrasjon. Stilen er tørrvittig og sarkastisk, men det skinner igjennom at skribentene har et sterkt faglig engasjement og ønske om å få til endring.

Per Wium beskriver med stort vidt sine erfaringer i kontakt med Helsedirektoratet, en så frustrerende opplevelse at «en ellers god oppdragelse blir skjøvet i bakgrunnen». Det er tydelig at hverdagen som distriktslege ga en rekke praktiske utfordringer, og at man fikk lite hjelp fra myndighetene til å løse oppgavene. Selv anskaffelse av bolig, legekontor og organisering av arkivsystem var en kamp for distriktslegen. Byråkratiet ga ikke veiledning i hvordan lover og forskrifter skulle overføres til praksis, og det tok tid å få svar på henvendelser både på telefon og via post.

En artikkel etterlyste diagnosekoder for allmennmedisin, som også omfattet symptomdiagnoser. Allmennlegene trengte verktøy for å få overblikk over egen praksis, og det ble beskrevet et system for sortering av regningskort ved legekantoret på Aukra. Systemet gjorde det mulig å få oversikt over brukte diagnoser.

Det ble harselert over kravene til rapportering av smittsomme sykdommer, der diagnosen forutsatte et presisjonsnivå som var umulig å oppnå i allmennmedisin. Rapporteringen ble derfor i stor grad gjetting og opplevdes som meningsløs.

Manglende epikriser fra sykehusene gjorde videre oppfølging av nylig utskrevne pasienter vanskelig. Det ble antydnet at epikriseskriving ble sett på som gratisarbeid for å hjelpe allmennlegene, og at overleger hadde store stabler med pasientjournaler på kontorene sine i påvente av at de skulle ta seg tid til å skrive epikriser. Pasientene var ofte

like uvitende som allmennlegen om diagnose eller gjennomgått behandling etter utskrivelsen.

Utposten brakte et interessant intervju med professor dr. med. Christian F. Borchgrevink som beskriver oppstarten av Institutt for allmennmedisin. Instituttet var organisert som en gruppepraksis og hadde ansvar for studentundervisning og forskning. Allmennmedisin var fortsatt en nykommer innen akademien, og det var et sterkt ønske om å øke forskningsaktiviteten ved instituttet.

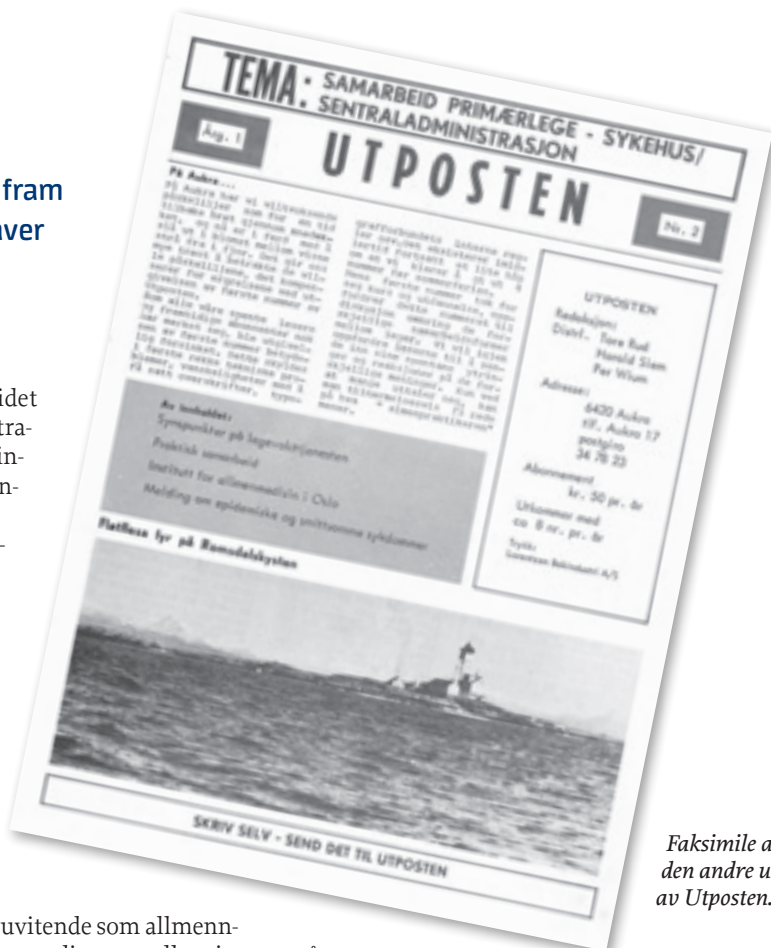
Legevaktorganisering er også grundig drøftet, og mange av ideene for en bedre organisering er blitt en del av vår hverdag. Derimot har dr. Svein Mandal fra Steinkjer foreløpig ikke fått gjennomslag for sitt ønske om at det skal bli slutt på at leger går døgnkontinuerlig vakt.

Allmennegelivet er likevel ikke bare arbeid og frustrasjoner. *Utposten* hadde den

gang en sjakkspalte til «behagelig avveksling fra faglig stoff». Spalten skulle i første omgang presentere sjakkspillende medisinere og var rettet mot leger som «utfordret presten og/eller likningssjefen et par-tre ganger i måneden».

Det var også referat fra et møte med nordiske distriktsleger på Island i 1971, og en invitasjon til yngre kollegaer om å delta på neste kongress som var planlagt i Finland.

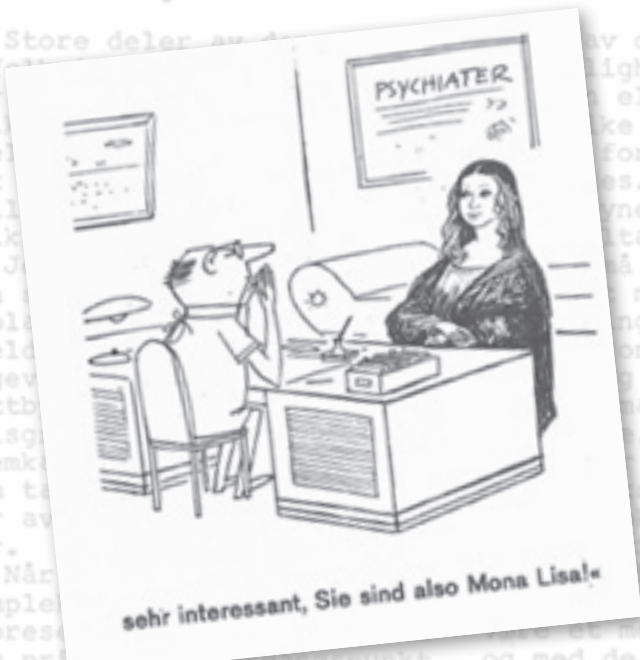
De gamle utgavene av *Utposten* er tidkapsler som beskriver en tid uten internett. Samtidig er flere av utfordringene de samme i dag som for 50 år siden. *Utposten* hadde fra starten en klar ambisjon om å være et samlingspunkt og debattforum for allmennleger i Norge, og da som nå var oppfordringen: «Skriv selv, send til *Utposten*!»



Faksimile av den andre utgaven av *Utposten*.

Dr. Svein Hindal,
Steinkjer

slik som fylkeslegetarlegene i den sivile legevaktsordning når det er behov for det. Mange ganger bør en



sehr interessant, Sie sind also Mona Lisa!

INSTITUTT FOR ALLMENMEDISIN I OSLO

Intervju med professor dr. med. Chr. F. Borchgrevink



Mange allmenpraktikere har til nå hatt liten direkte kontakt med Instituttet for allmenmedisin, men instituttets arbeid i fakultetet, særlig da med studentundervisning, er kommet godt i gang. Funksjonene i Norge er neppe direkte organisert. Enten det er allmenpraktiserende eller distriktsleger, er det direkte innbyrdes kontakt, og vanskelig for å bevege seg i mellom. Side Offentlig Legeforening og Allmenpraktiserende Legeforening synes å være noe knyttet til å være underordning av Legeforeningen. Vi hadde derfor håpet at Instituttet for allmenmedisin som først ble opprettet i Oslo, men også nå kommer ved de andre fakultetene i Norge, skulle kunne tjene som et bindeledd mellom de enkelte allmenmedisinere.

-Hvor lenge har Instituttet vært i drift, og hvilken målsetting har det?

-Instituttet for allmenmedisin åpnet i november 1968. Undervisningen kom i gang våren 1969, og professor ble utsatt 1/6 1969. Målsettingen har vært relativt konkret:

- a) Starte en gruppepraksis som skulle være basis for b) Studentundervisning på forskjellige trinn i studiet.
- c) Videre- og etterutdanning av den praktiserende lege.
- d) Være rådgiver for Legeforeningen i spørsmål om allmenmedisin.
- e) Forskning.

-Hvor mange er knyttet til Instituttet?

-For tiden er tre allmenpraktikere i full dag, en turnuskandidat, en amanuensis og en professor. Vi har to legesekretærer, to sykepleiere, hvesov en arbeider på laboratoriet, og to kontorledere. I tillegg har vi fått et Institutt for fysikalisk behandling, foretellig med to fysioterapeuter.

-Hvilke aktuelle oppgaver har dere drevet med hittil?

-Vi har etter evne prøvd å følge opp de punkter jeg har nevnt i målsettingen.

-Synes det egentlig at etter de første års prøvekjøring at dere svarer opp til Instituttets målsetting?

-Dette er vel ikke jeg den rette til å svare på. Jeg synes noe har gått relativt bra. Det kollegiale forholdet i gruppepraksisen er godt, men det mangler noe på kommunikasjonen til de andre grupper på Instituttet.

Noe av studentundervisningen er jeg fornøyd med, noe går mindre bra, delvis fordi vi selv ikke er felle nok, delvis fordi studieretningen gjør undervisningen vanskelig. Når det dreier seg om videre- og etterutdanningen, synes jeg Instituttet har spilt en relativt aktiv rolle.

Forskning i allmenpraksis burde nok ha hatt en betydelig høyere prioritet enn den har fått, og jeg er ikke på noen måte fornøyd med hva vi har klart å få til på dette området.

-Hvordan er det med kontakt utover til de forskjellige allmenpraktiserende leger?

-Denne er nok ikke så god som man kunne ønske, fordi vi egentlig ikke har sett dette som en av våre hovedoppgaver. Man kan si at Instituttet er neppe mer universitetsorientert, og at studentundervisning og videre- og etterutdanning har opptatt oss mer enn kontakt med allmenpraktikere generelt. Vi har fått et APG og CLL-kansje av de rette instanser til å ta seg av denne kontakten. Men jeg kan godt tenke meg at allmenpraktikere utøver landet gjerne ville hatt bedre kontakt med oss. Vi prøver etter evne å delta i foredragsvirksomhet, og vi svarer selvsagt på alle henvendelser hit. Men som sagt, eget initiativ har vi bare i liten grad tatt.

-Hva har du gjort når det gjelder forskning i allmenmedisin?

-Som sagt, har vi her litt direkte samvirkning, men vi vil nå prøve å komme i gang med en registrering av allmenpraktikere som er interessert i å være med

Sjakk forts.
største- i den menneskelige eksistens. Alle kan ikke skrive et skuespill, eller bygge en bro, eller ikke en sjakk kan alle, og må alle, være intellektuelt produktive og ta del i denne gleden. Jeg har alltid syntes synd på mennesker som ikke har lært kjærligheten å kjenne. Sjakk, som kjærlighet, som musikk, har makt til å gjøre mennesker lykkelige!"

IAN WARNER, OSLO.
SJAKK

I stormesterturneringen 1914 spilte Tarrasch kvart mot Gunsberg og skulle gjøre sitt 17. trekk i følgende stilling:



Glimt fra innholdet i utgave nr. 2/1972 av Utposten. Det var også plass til humor i bladet.



Foto: J

PASIENTSIKKERHET: Forbedres med elektronisk multidose

■ BRITT RANDI HANSEN • *Direktoratet for e-helse*

Fastlege Vegard Løkken Aase ved Vågsmyra legesenter i Stavanger bruker elektronisk multidose. Han opplever at det øker pasientsikkerheten i legemiddelbehandlingen han har ansvaret for.

– Vi slipper risikoen med papir som ble sendt på kryss og tvers, sier Aase. De tre legene på Vågsmyra legesenter har brukt e-multidose til multidosepasientene sine i ett år.

– Tidligere sendte vi beskjeder utenfor journalsystemet til apoteket. Mange bruker fax, vi brukte post. Nå skjer alt elektronisk, og alt lagres i journalsystemet, sier fastlegen.

– Å bruke Helsenetten som vi allerede har, er en bedre løsning på alle måter. Det er tidsbesparende, kostnaden går ned og ikke minst øker kvaliteten på legemiddelhåndteringen og dermed pasientsikkerheten.

Enkelt å ta i bruk

Han synes e-multidose var enkelt å ta i bruk. Brukergrensesnittet er det samme som han bruker til daglig i journalsystemet. På ehelse.no er det også lagt ut et 20-minutters e-læringskurs.

Når Aase nå starter e-multidose for en ny pasient, avtaler han dato for oppstart med apoteket: Gamle lister slettes både hos ham og apoteket, og han legger inn pasientens legemidler som e-resept.

– Samarbeidet med apoteket er blitt enklere. Tidligere ringte apoteket ved tvil om en resept, og det ble mange papirlapper med beskjeder hvis jeg var opptatt med pasienter. Nå kommer meldingene fra apoteket rett inn i systemet som en oppgave. I mitt journalsystem er dette oversiktlig, sier Vegard Løkken Aase.

Når resepter skal fornyes, sjekker Aase at resepten fortsatt stemmer, og fornyer den.

Tettere på pasientens behandling

– Jeg opplever at pasientsikkerheten er bedret, fordi jeg er oftere innom e-multidosepasientenes behandling. I dialog med apoteket må jeg hyppigere ta stilling til om legemidler skal fornyes. Dette gjelder særlig faste legemidler som ikke kan reiteres, som i praksis betyr faste A- og B-preparater som ikke kan gis på blå resept, sier fastlege Vegard Løkken Aase.

• Vil du vite mer om e-multidose? Les mer om multidose i e-resept på <https://www.ehelse.no/prosjekt/multidose-i-e-resept>



Vegard Løkken Aase, fastlege ved Vågsmyra legesenter i Stavanger.

FAKTA OM E-MULTIDOSE

- E-multidose krever at en lege er ansvarlig (ofte fastlegen) for legemiddellisten. Dersom pasienten har vært på korttidsopphold på sykehjem eller innlagt i sykehus, er det behandlende lege som skal oppdatere legemiddelbehandlingen til multidosepasienten.
- Med e-multidose kan fastleger sende e-resepter og den fullstendige listen over alle legemidlene multidosepasienten skal bruke til multidoseapoteket gjennom journalsystemet.
- Rundt 178 leger benytter multidose i e-resept for 2150 pasienter.
- «Multidose i e-resept» er en del av Program pasientens legemiddelliste i Direktoratet for e-helse, og levert av Norsk helsenet. Løsningen for multidose i e-resept omfatter leverandører av journalsystem (EPJ) for fastleger, apotekkjedene med sine multidoseapotek/pakkesentraler og kommunens hjemmetjeneste.



FOTO: HASTEBERNSEN/ANSOMALU SENTRE FOR E-HELSE/OSKORNA



82%

av innvandrere som sommeren 2020 svarte på en nettundersøkelse, opplevde at de hadde tilstrekkelig informasjon om covid-19. Det kom frem i studie med svar fra 529 polske, arabiske, somaliske, tamilske og spansktalesne innvandrere i Norge. De foretrukne kanalene for nyheter var pressekonferanser fra regjeringen, helsemyndighetenes nettsider og norske nyhetsmedier. Nær ni av ti rapporterte høy grad av tilslutning til forebyggende tiltak, og 79 prosent sa de hadde tillit til myndighetene. Det var imidlertid variasjoner mellom innvandringsgrupper hva gjaldt betydningen av informasjon og tillit, som var lavest for innvandrere fra Polen. Artikkelforfatterne understreker imidlertid at de som deltok ikke er representative for hele populasjonen av innvandringsgruppene som deltok, samt at det er vanskelig å generalisere resultatene til andre immigrantgrupper.

● Archives of Public Health, (Madar et al), januar 2022 doi: 10.1186/s13690-021-00764-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34983639/>

OPPFØLGING PÅ POLIKLINIKK

Bedre kolesterol og blodtrykk

Strukturert og regelmessig oppfølging ved sykehus-poliklinikk bidro til at færre hjertepasienter etter ett år hadde hatt behov for PCI, sammenlignet med pasienter som ble fulgt opp av fastlegen. Poliklinikk-pasientene hadde også signifikant lavere LDL-kolesterol og systolisk blodtrykk enn pasientene som bare hadde vært på en årlig kontroll hos fastlegen. Studien ble gjennomført ved Sørlandet sykehus i perioden 2007–2021, og inkluderte cirka 1500 pasienter med gjennomgått hjerteinfarkt, PCI eller koronar bypass-operasjon. Pasientene ble randomisert til enten oppfølging i allmennpraksis eller til poliklinisk oppfølging med konsultasjoner etter to uker, tre måneder, seks måneder og ett år og årlig de neste fem årene. Forskjellene forble signifikant forskjellig også de første fem årene etterpå. Det var ingen forskjell mellom gruppene når det gjaldt mortalitet, hjerteinfarkt eller hjerneslag, og heller ikke for røykeslutt, fysisk aktivitet, vekt og blodsukkerkontroll.

● BMC Cardiovascular Disorders (Kaldal et al), desember 2021, doi: 10.1186/s12872-021-02426-3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34915839/>



ANTIBIOTIKABRUK

Store variasjoner i Europa

Antibiotikaforskriving for luftveisinfeksjon varierer veldig mellom europeiske land. Det fremgår av en studie med data fra 18 land i Europa. Mens fire av landene kunne vise til en andel lavere enn 20 prosent, utgjorde antibiotika-forskriving mer enn 40 prosent av tilfellene i seks av landene. Bruken av tester på selve legekontoret varierende betydelig. I Kroatia, Moldova og Romania ble slike tester aldri brukt, mens andelen var på over 65 prosent for blant andre Norge – i hovedsak tester for CRP og streptokokk A. Forskriving av antibiotika var forbundet med sykdomsalvorlighet, komorbiditet, alder, feber, men hadde ikke sammenheng med for eksempel bruk av CRP-test. Til tross for de store variasjonene i antibiotika-forskriving, følte nær ni av ti fastleger seg trygge på sin beslutning om å forskrive antibiotika. Norske Siri Jensen er medforfatter, og studien skal være den første som har fått publisert resultater med data fra PraksisNett.

● BJGP Open (van der Velden et al), desember 2021, doi: <https://doi.org/10.3399/BJGPO.2021.0212>. <https://bjgpopen.org/content/early/2021/12/17/BJGPO.2021.0212>

SOSIAL ULIKHET

Utdanning forbundet med oppdaget diabetes

Udiagnostisert diabetes forekom sjeldnere hos personer med høyere utdanning og med høy inntekt. Dette så ikke ut til å ha sammenheng med færre fastlegekontakter, siden om lag 80 prosent av dem med udiagnostisert diabetes hadde vært i kontakt med fastlegen det siste året – i likhet med dem uten diabetes. Dette er blant hovedfunnene i en norsk studie med data fra Tromsø-undersøkelsen. Også diagnostisert diabetes hadde sammenheng med utdanning. Udiagnostisert diabetes som andel av alle med diabetes var signifikant lavere for dem med høyere utdanning.

● BMJ Open Diabetes Research & Care (Ruis et al), november 2021 doi: 10.1136/bmjdr-2021-002423. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34782335/>



SVANGERSKAPSDIABETES

Savnet bedre oppfølging

I en kvalitativ studie i allmennpraksis fra Stavanger-regionen ble 14 kvinner i alderen 28–44 år som hadde hatt svangerskapsdiabetes ble intervjuet ett til halvannet år etter at de hadde født. De fleste kvinnene var fornøyd med oppfølgingen under graviditet, men bare to kvinner hadde blitt fulgt opp i henhold til retningslinjene etter fødsel. I de fleste konsultasjonene med fastlegen, var ikke svangerskapsdiabetes et tema. For å kunne opprettholde en sunn livsstil også etter svangerskapet, uttrykte kvinnene et behov for skreddersydd og person-tilpasset informasjon og bedre støtte.

● BJGP Open (Toft et al), desember 2021, doi: 10.3399/BJGPO.2021.0104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34880032/>

SYRISKE FLYKTNINGER

Søker hjelp hos Allah før fastlegen

Når syriske flyktninger trenger hjelp for psykiske problemer er Allah/Gud den mest sannsynlige kilden for å be om hjelp, fulgt av ektefelle, mor og fastlegen som nummer fire på listen. Det viser en norsk studie blant 92 flyktninger fra Syria. På spørsmålet «Hvor ville du søkt hjelp først?» var det vanligste svaret ektefelle, Allah/Gud og mor. På spørsmål om hvem som ville kommet som nummer to på listen, svarte de fleste mor, ektefelle og psykolog/psykiater, tett fulgt av fastlegen. Høyere grad av sosial integrering og følelsen av tilhørighet i Norge var forbundet med høyere sannsynlighet for å oppsøke fastlegen ved psykiske problemer.

● Frontiers in Public Health (Harris et al) november 2021, doi: 10.3389/fpubh.2021.777582. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8669439/>



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Faggruppen Fysisk aktivitet og kosthold som medisin



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Gruppen ble startet i 2019, og består nå av Thomas Mildestvedt, Lars Fadnes og Ingvild Vatten Alsnes, i tillegg til leder. I 2021 har vi brukt mesteparten av tiden på kursplanlegging og kursproduksjon.

Vi har i samarbeid med Legeforeningens nettkursavdeling, Exercise is Medicine Norge og Nasjonal kompetansetjeneste for trening som medisin startet arbeidet med å lage et kombinert nett-/oppmøtekurs om fysisk aktivitet og kosthold som medisin. Kurset planlegges som klinisk emnekurs og ferdigstilles i løpet av 2022.

På Våruka 2022 vil vi arrangere klinisk emnekurs om spiseforstyrrelser i idretten sammen med blant annet Finn Skårderud og Olympiatoppen. Det tror vi blir et vel-

dig spennende kurs med sterk representasjon fra norsk toppidrett blant foreleserne. På PMU 2022 vil vi arrangere et klinisk emnekurs om fysisk aktivitet og kosthold som medisin.

Ellers har Thomas Mildestvedt tatt oppdraget med å representere NFA og faggruppen i Helsedirektoratets arbeid med revisjon og digitalisering av *Aktivitetshåndboken*. Til sist har gruppens medlemmer ved ulike anledninger bidratt med enkeltforelesninger om fysisk aktivitet og kosthold for andre kursarrangører på tilgrensende fagområder.

STIAN E. LOBBEN
Leder

■ STIANLOBBEN@GMAIL.COM

BOKANMELDELSE



Lisbeth Thoresen, Gro Rugseth, Hilde Bondevik
Fenomenologi
i helsefaglig forskning
140 sider
Universitetsforlaget
Oslo 2020
ISBN 978-82-15-02889-7

I en tidligere bokanmeldelse i *Utposten* ble Aksel Tjoras bok *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* løftet fram som en «spennende og inspirerende» bok om mangfoldet i

Spennende muligheter

forskningsmetoder for frambringelse av ny kunnskap bl.a. i vårt fag medisin.

Herværende bok tar for seg fenomenologi som en kanskje spesielt velegnet tilgang innenfor kvalitativ forskning for leger, en vitenskapelig undersøkelse av det erfaringsnære for pasienter, pårørende og yrkesutøvere i helsetjenesten. Dette førstepersonsperspektivet utfordrer den naturvitenskapelige tilnærmingen som gjerne betegnes som objektiv og nøytral – og dermed vurdert som den *eneste* veien til nye faglige erkjennelser og innsikter. Men vi trenger begge tilnærmingene, både den naturvitenskapelige og den humanistiske.

Forfatterne av denne boken viser hvordan fenomenologisk forskning kan få fram hvordan helseproblemer *erfares* av den syke eller skadede, hvordan pårørende opplever helsehjelpen og – ikke minst viktig – hvordan legene selv erfarer situasjonene de står oppe i.

Et tydelig helsepolitisk mål i Norge har over lengre tid vært at pasientenes stemme skal høres i beslutninger som skal tas om egen helse og sykdom, ofte betegnet som brukermedvirkning. Og dette er ikke bare politiske fyndord, men et svært viktig perspektiv

i arbeidet med medmennesker som søker hjelp i helsevesenet vårt. For en del år tilbake spøkte vi leger noen ganger med at hver gang en av våre kolleger ble innlagt på sykehus, så kom det en bok etterpå. Litt overdrevet naturligvis. Men det som står igjen er nok nettopp dette at de ikke opplevde at førstepersonsperspektivet ble godt nok ivaretatt undervis.

Forfatterne av denne boken går grundig igjennom sentrale begreper innenfor fenomenologien som filosofi og vitenskapelig metode. Det er ikke *ett* spor man må følge, men de beskriver et bredt spekter av tilnærminger til den «livsverdenen» deltakerne i forskningen formidler fra.

Spesielt inspirerende og lærerik er gjennomgangen deres av fenomenologiens klassiske filosofer, som Maurice Merleau-Ponty, Edmund Husserl, Martin Heidegger, Simone Beauvoir og Emmanuel Levinas. Også nyere fenomenologisk tenkning presenteres. Kort sagt: Her er det mye å hente for en kollega som ønsker å forske med utgangspunkt i sin daglige virksomhet som lege – og da nettopp ved å få fram informantenes *erfaringer*.

Boken anbefales.

ELI BERG

Ledelse og kvalitet i helsetjenesten

Arbeidsglede og orden i eget hus



Elisabeth Arntzen
Ledelse og kvalitet i helsetjenesten
 Arbeidsglede og orden i eget hus
 2. utgave, 295 sider
 Gyldendal Akademisk, Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-52387-6

Sakset fra baksideteksten:

«Lovverket er en grunnpilar i velferdssamfunnet. Lovverket gir helsepersonell omfattende plikter, og pasienter og brukere har fått mange rettigheter. Kapitlene gir en oversikt over gjeldende lovverk og viser hvordan studenter og helsepersonell kan etterleve lovverket i sin praktiske hverdag.»



Bjørn Bjelland, Espen Rostrup Nakstad
Beredskap, kriseledelse og praktisk skadestedsarbeid
 2. utgave
 228 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-55456-6

Som boktittelen antyder spenner denne utgivelsen over et omfattende ansvarsområde i vår tid, et bredt sammensatt arbeid som har stor betydning for hver og en av oss i dette landet når små og store kriser rammer – ofte som «lyn fra klar himmel».

Et solid oppslagsverk

Denne boken kan neppe kalles sengelektyre. Kanskje vil det også være krevende både for nybegynnere og erfarne leger å lese boken sammenhengende fra perm til perm. For her presenteres vi for et stort tilfang av lover og visjoner som gjelder for dagens helsetjeneste her til lands. Et imponerende arbeid er nedlagt av forfatteren ved å gi både overblikk og detaljer i regler for organisering og ikke minst kvalitet i arbeidet med pasienter både i kommunehelsetjenesten og i sykehuse her til lands. Ledelse er et stikkord for hovedtematikken i dette viktige oppslagsverket- og arbeidsglede.

Boken avrundes med flere sider med en skjematisk/tabellarisk oversikt til stor hjelp for leseren, nemlig «Samordning av internkontrollkravene som del av styringsystemet». Dette sammen med et stikkordsregister gjør at denne store publikasjonen blir lettere tilgjengelig og mulig å finne fram i – både når boken benyttes som et oppslagsverk eller om leseren velger å

lese boken sammenhengende fra perm til perm. Den skjematisk oppstillingen kan da fungere som en god oppsummering av en svært solid og krevende tekst.

Med utgangspunkt i denne boken er det nærliggende å stille spørsmål ved om offentlig myndighet har lagt for mange lover og retningslinjer for driften av helsetjenesten vår på helsevesenets skuldre. Et viktig spørsmål som trenger seg fram er om ledere virkelig kan make å kjenne alle de lover og regler som skal sikre gode, rettferdige og tilgjengelige helsetjenester for hele befolkningen. Og som så i samarbeid med sine ansatte – og i noen tilfeller pasienter – skal fungere som samarbeidende team for å sikre gode helsetjenester for oss alle og arbeidsglede blant ansatte. Hatten av for ledere som virkelig evner å leve opp til lovgivers mange forventninger! Og ikke minst vesentlig: Takk til Elisabeth Arntzen for denne solide presentasjonen av «velferdssamfunnets grunnpilar».

Boken anbefales.

ELI BERG

En dagsaktuell oversikt og nyttig veiledning

Forordet avsluttes som følger: «Med krisehåndtering og skadestedsarbeid som bakteppe gir denne boken en bred innføring i hvordan Beredskaps-Norge fungerer, og hvordan man best kan utøve sin yrkesprofesjon under krevende og vanskelige forhold – både som enkeltperson og i samvirke med andre etater og organisasjoner».

Tidlig i boken får vi en omfattende – men kortfattet - oppstilling av det forfatterne kaller «Begreper og definisjoner», grunnleggende for den videre lesningen. En oversikt over de etterfølgende kapitlene kan fungere som en ytterligere motivasjon for å lese denne boken. For i hvert av emneområdene er det svært nyttige informasjoner, presentert på en klar, forståelig og pedagogisk måte:

- Samfunnssikkerhet, beredskap og kriseledelse i Norge
- Redningstjenesten og nødetatene
- Strategisk og operasjonell kriseledelse
- Strategisk planlegging og beredskapsoppgave
- Operativt arbeid og situasjonsforståelse
- Praktisk skadestedsarbeid

- Skadestedsarbeid ved dagligdage hendelser
- Skadestedsarbeid ved større og kompliserte hendelser

Innenfor hver av disse kapitlene beskrives tematikken på saklige – og ikke minst viktig – på inspirerende måter, krydret med eksempler på hendelser vi bl.a. kjenner fra media gjennom årene. Skisser og modeller letter tilegnelsen av det vesentlige som teksten formidler.

Men hvilke legegrupper vil ha nytte av denne boken? Alle! Enten vi arbeider som fastleger eller sykehusleger – og ikke minst vesentlig som samfunnsmedisinere – så vil denne boken kunne gi en solid kunnskap og forståelse av hvilken samfunnsstruktur vi er en del av nettopp innenfor beredskap og praktisk utøvelse av hjelp i ulykkes- og krisesituasjoner. Og hvor er vår egen plass i dette omfattende systemet? – Kanskje først å lese boken fra perm til perm, og deretter ha den som et oppslagsverk vil nok fungere for de fleste av oss.

Boken anbefales.

ELI BERG

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..?

Mette Brekke?

Mette Brekke, distriktslege/kommunelege/fastlege 1980-2020. Professor ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo



Jeg har alltid lest, helt siden jeg knekket lesekoden mot slutten av første klasse ved hjelp av Frelsesarmeens sangbok. Jeg oppdaget plutselig at det som stod i boka samsvarte med forsamlingens sang. For en oppdagelse! En ny verden åpnet seg. (På skolen hadde vi jobbet med én og én bokstav, men hva de skulle brukes til hadde så langt forblitt skjult).

Jeg leser utelukkende for å slappe av og kose meg, tømme hodet og hensette meg i en annen virkelighet enn den jeg frekventer til daglig. Jeg leser bare én bok om gangen – fort gjort å nevne, så jeg får fortelle om de fem siste:

• **Abid Raja: Min skyld.** Absolutt ikke en kosebok, men en hjerteskjærende bok om vanskjøtsel, utenforskap, stigma og skam. Selv en hardbarket fastlege måtte gråte. Hvordan han karret seg opp og fram i livet – det inngir en enorm respekt. Og så den ulidelige kulturelle spagaten, som er godt gjenkjennelig fra pasienters fortvilte historier. Når skal det bli slutt?

• **Per Petterson: Mitt Abruzzo.** Dagbok fra eldre forfatter bosatt på småbruk på det in-

dre Østlandet. Grubling, glimt fra forlagslivet, deadlines, angst, husdyr og hogst, gamle biler som ikke går. Hvorfor i all verden blir man heftet på denne? Jeg vet ikke. Men hadde jeg vært fastlegen hans, hadde jeg bedt ham om å roe ned. Det er neppe normalt å ha to 24/7-jobber i en alder av 69? Han fikser det dårlig. Men boka er god.

• **Erlend O. Nødtvedt: Mordet på Henrik Ibsen.** Aj, aj, for en bok! Hva er tull og hva er fanteri? Det meste antakelig, ispedd herlige skildringer av gamle dagers Bergen og bergensere i alle samfunnslag, med paraply. Gapskratt blir avløst av humring. Hva den handler om? Nei, si det – muligens er Henrik Ibsen involvert?

• **Bernadine Evaristo: Girl, woman, other.** Et overflødigshorn av en bok. Tolv glimrende fortalte historier om tolv svært ulike jenter, kvinne- eller transpersonskjebner. Her blir man løftet langt ut av den norske hverdagen! Handlingen foregår stort sett i England, og hovedpersonenes bakgrunn og livsvilkår er særdeles varierte. Her er det bare å gi seg hen og nyte.

• **Linda Boström Knausgaard: Oktoberbarn.**

Jeg har visst lest mye selvbiografisk i det siste, ser jeg. Denne er forbløffende fascinerende. Glimt fra barndom (mye utrygghet), ungdom (opprør og forsøk på å finne sin egen vei), voksenliv (mye bra, mann, barn, skriving). Men mest handler det om tung, selvdestruktiv depresjon som fører til tvangsinngelger, og der behandlingen består av lange serier med ECT. Hennes totale hjelpeløshet i situasjonen er overbevisende skildret. Legene levnes liten ære, 'audiensen' varer i ti minutter, og det er nye leger hele tiden. Pasientsentrert tilnærming blir definitivt ikke praktisert. Trygge, fysisk sterke, mannlige, ufaglærte pleiere med fremmedartede navn og en og annen interessert sykepleier bidrar på den positive siden. Definitivt ikke en bok som bedrer psykiatriens omdømme. Men ærlig, og veldig godt skrevet.



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 produsentuavhengig 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.

Husk at legemidler kan gi trøtthet og slapphet

Om du jobber som allmennlege er sannsynligheten stor for at du møter problemstillingen slapphet og trøtthet hver eneste dag. Legemidler som forklaring bør være noe av det første du tenker på.

Trøtthet og slapphet (asteni, utmattelse, fatigue) er en av de vanligste problemstillingene i allmennpraksis. For mer enn hver 20. konsultasjon er trøtthet/slapphet den primære kontaktårsaken. I tillegg er trøtthet et symptom i 20–30 prosent av konsultasjonene. For legen kan det være utfordrende å vurdere slike plager fordi symptomene er uspesifikke med svært mange ulike somatiske og psykiske underliggende forklaringer. Blant differensialdiagnosene er hypotyreose, anemi, depresjon, insomni, infeksjon, systemisk inflammasjon og tilstander som gir malabsorpsjon og vitamin/mineralmangel. Det kan være fare for både overdiagnostisering og å overse alvorlige tilstander (1).

Tenk legemiddel som mulig årsak

Legemidler er en vanlig årsak til trøtthet og slapphet som er relativt enkel å oppdage og å gjøre noe med. Med et utall differensialdiagnoser er det likevel fare for at både lege og pasient retter søkelyset mot andre årsaker. Pasientene er ofte mest opptatt av mulige somatiske forklaringer på symptomene, som virusykdom eller mangeltilstander, mens allmennlegene tenderer til å være opptatt av psykiske årsaker (1). Sammenhengen med pasientens bruk av medisiner kan havne utenfor søkelyset fordi legemidlet ikke typisk regnes som sederende. Ved kreft, epilepsi, depresjon, hjerte- og

nyresvikt kan det være særlig utfordrende å vurdere om det er grunntilstanden eller legemiddelbehandlingen som er hovedårsak til utmattelsen.

Legemiddelanamnese bør ha en sentral plass for alle pasienter som bruker ett eller flere legemidler og tar kontakt for utmattelse. Legen bør kartlegge om det kan være noen sammenheng i tid mellom oppstart, avslutning, doseendring eller glemte doser og endret intensitet av trøttheten. Gode rutiner for regelmessig legemiddelgjennomgang kan forhindre utmattelse utløst av uhensiktsmessig legemiddelbruk (2). Mulige tiltak kan være prøvesponering eller dosereduksjon, eventuelt bytte til et legemiddel med annen virkningsmekanisme. Dersom nedtrapping eller avslutning av et legemiddel fører til bedring, og eventuell reeksponering gir forverring, er mistanken om legemiddelutløst utmattelse styrket. I beste fall kan unødvendig utredning og bekymring for sykdom hos pasienten unngås.

Direkte sentraldempende effekter

De mest opplagte årsakene til legemiddelindusert trøtthet og slapphet er medisiner hvor nettopp sederende og sentraldempende effekter helt eller delvis er tilsiktet. Virkningen kan knyttes til direkte agonisme på reseptorer med dempende effekt, for eksempel benzodiazepiner og z-hypnotika



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Kan det være bivirkning?

Felleskatalogen og Helsebiblioteket lanserte 14. februar 2022 et nytt søkeverktøy for bivirkninger. Søket er tilgjengelig på nettsiden: <https://bivirkningsok.no>

Ved å legge inn symptom/mistenkt bivirkning og legemidlene pasienten bruker i søket, vil du få en oversikt over hyppigheten av bivirkningen ved de ulike legemidlene basert på Felleskatalogtekstene. Det er stor fleksibilitet i søk på bivirkningstermer. Du kan søke med synonymer og relaterte bivirkninger, både på norsk og engelsk. Det jobbes også for at dette søket skal integreres i elektronisk pasientjournal.

(GABA-reseptorer) eller opioider (opioidreseptorer). Histamin-1-reseptorer i hypofysen (nucleus tuberomammilaris) er viktige for oppmerksomhet (arousal). Legemidler med antagonistisk effekt på H1-reseptorer vil gi trøtthet dersom de passerer blod-hjernebarrieren. Dette gjelder førstegenera-

sjons antihistaminer, en del antipsykotika og antidepressiver (trisykliske, mirtazapin, mianserin) (3). Antagonisme på andre reseptorer som bidrar til økt oppmerksomhet gir tilsvarende effekter, for eksempel betablokkere (adrenerge reseptorer).

Andelen langtidsbrukere av opioider og benzodiazepiner er høy. Selv om pasienten på grunn av toleranseutvikling ikke lenger har tilstrekkelig ønsket effekt (smertelindring, angstdemping, søvn), kan trøtthet og slapphet fremdeles være relevant som bivirkning (4). Å unngå fremtidig kronisk trøtthet, og ikke bare legemiddelavhengighet, er en viktig grunn til å være tilbakeholden med langtidsforordning av opioider og benzodiazepiner.

Mange antipsykotika og de fleste antiepileptika gir trøtthet og slapphet gjennom mer generell demping av sentralnervesystemet. Når det gjelder antiepileptika, mener enkelte forfattere at legemidler som påvirker det GABAerge systemet gir mer utmattelse enn de som virker på natriumkanaler (som karbamazepin, lamotrigin og valproat) (5).

Interaksjon legemiddel-sykdom

Mens tradisjonelle bivirkninger og legemiddelinteraksjoner er lett å identifisere ved hjelp av oppslagsverk og beslutningsstøtteverktøy med forslag om tiltak, er legemiddel-sykdom-interaksjoner vanskeligere å påvise. Slike «drug-disease-interactions» betyr at sykdom forverres av et legemiddel. Forverring av sykdomsrelatert utmattelse på grunn av legemiddelbruk er særlig relevant.

For eksempel kan trøtthet på grunn av anemi forverres av legemidler som gir økt blødningstendens (acetylsalisylsyre, SSRI, glukokortikoider). Legemidler som bidrar til vitamin B12-mangel (protonpumpehemmere, metformin) kan gi utmattelse (6). Litium og legemidler som inneholder jod (amiodaron, kontrastmidler) kan gi eller forverre hypotyreose (7). En lang rekke legemidler, inkludert antihypertensiver, kolesterolsenkende midler og glukokortikoider er assosiert med utvikling eller forverring av depresjon, og dermed indirekte bidrag til trøtthet/slapphet (8).

Søvnmangel er en vanlig årsak til trøtthet og slapphet på dagtid. Vi har i en tidligere *Utposten*-artikkel diskutert ulike legemidler som kan utløse og forverre søvnvansker (9).

Betablokkere og andre blodtrykksmedisiner

Bruk av betablokkere bør alltid vurderes som årsak til trøtthet og slapphet. Lipofile

betablokkere som metoprolol og propranolol er tradisjonelt antatt å gi størst risiko fordi de lettere passerer blod-hjernebarrieren, men dokumentasjonen er ikke entydig (10). I tillegg til antagonisme på sentrale adrenerge reseptorer kan betablokkere også gi redusert produksjon av melatonin ved å blokkere sympatikusaktivisering av epifysen. Siden epifysen befinner seg utenfor blod-hjernebarrieren, kan også de mer hydrofile betablokkerne på denne måten virke forstyrrende på døgnrytmen (11). Hos pasienter med hjertesvikt kan det være utfordrende å vurdere om utmattelsen skyldes betablokker eller grunnsykdommen.

Sammenheng mellom betablokkere og trøtthet/slapphet har ikke vært spesielt godt dokumentert tidligere. I en metaanalyse fra 2021 som omfattet 50 kliniske studier fant forfatterne at sammenlignet med placebo var betablokkere assosiert med trøtthet (fatigue/tiredness) (OR 1,35, 95 prosent KI 1,21–1,51). Trøtthet som bivirkning var klart vanligere for betablokkere enn ved bruk av kalsiumkanalblokkere av dihydropyridintype (OR 1,97, 95 prosent KI 1,47–2,65, 17 studier) og flere av renin-angiotensinsystemet (OR 1,61, 95 prosent KI 1,27–2,04, 19 studier). I denne studien fant forfatterne ingen sammenheng mellom betablokkernes fettløselighet og risiko for trøtthet/slapphet (12).

For pasienter som har betablokkerrelatert fatigue, bør legen vurdere dosereduksjon eller prøveseponering dersom indikasjonen er hypertensjon alene, eller dersom betablokker er brukt som standardprofylakse mange år etter hjerteinfarkt eller PCI uten komplikasjoner. Dersom pasienten har hjertesvikt, atrieflimmer/arytmier eller iskemisk hjertesykdom er nytten ved fortsatt bruk av betablokker større. For disse pasientene kan fastlegen med fordel konferere med kardiolog ved vurdering om trøttheten og slappheten kan forsvare nedtrapping av betablokker.

Dersom en velger å prøveseponere eller redusere dosen av betablokker, bør en være oppmerksom på rebound hypertensjon og takykardi. Langsom nedtrapping anbefales, og tillegg av annet antihypertensivum midlertidig eller fast kan være aktuelt.

Trøtthet/slapphet er ellers angitt som bivirkning i preparatomtalen for mange antihypertensiver av ulike klasser. Tiazider kan bidra til mindre fysisk utmattelse ved å redusere ødemer og væske i lungene, men kan også gi hypokalemi hvor trøtthet kan være et fremtredende symptom. ACE-hemmere kan hos noen pasienter gi en irriterende tørrhoste som igjen forstyrrer nattesøvnen.

Cytostatika

Ved mange kreftformer bidrar både sykdommen og behandlingen til utmattelse. Cellegift har en lang rekke effekter, både endokrinologisk og på sentralnervesystemet, som kan bidra til trøtthet og slapphet. Irreversible nevrotoksiske effekter kan bidra til vedvarende fatigue også etter fullført vellykket kreftbehandling (13). Også lavdosebehandling med metotreksat ved revmatoid artritt er assosiert med forbigående slapphet, såkalt metotreksat-tåke i dagene etter at ukedosen tas (14).

Oppsummering

Legemidler bør alltid vurderes som årsak til trøtthet og slapphet. Dersom trøttheten oppstod i rimelig tid etter oppstart eller doseøkning av et legemiddel, kan det være årsak selv om legemidlet ikke er kjent for å være sederende. Prøveseponering eller dosereduksjon hvis mulig kan være avklarende.

REFERANSER

1. Norsk elektronisk legehåndbok. Trøtthet og slapphet. <https://legehåndboka.no/> (Sist endret: 23.07.2021).
2. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. G24 Legemiddelgjennomgang (LMG). [https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_\(LMG\)_Sist_oppdateret_5.01.2022](https://www.legemiddelhandboka.no/G24/Legemiddelgjennomgang_(LMG)_Sist_oppdateret_5.01.2022).
3. Bourin M, Briley M. Sedation, an unpleasant, undesirable and potentially dangerous side-effect of many psychotropic drugs. *Hum Psychopharmacol* 2004; 19: 135-9.
4. Ward R. Opioid tolerance to sedation and analgesia. *Pediatr Res* 2000; 47: 705-6.
5. Lagogianni C, Gatzonis S et al. Fatigue and cognitive functions in epilepsy: A review of the literature. *Epilepsy Behav* 2021; 114: 107541.
6. Miller JW. Proton Pump Inhibitors, H2-Receptor Antagonists, Metformin, and Vitamin B-12 Deficiency: Clinical Implications. *Adv Nutr* 2018; 9: 511S-8S.
7. Rizzo LFL, Mana DL et al. Drug-induced hypothyroidism. *Medicina (B Aires)* 2017; 77: 394-404.
8. Jein KK. Drug-induced neuropsychiatric disorders. In: *Drug-Induced Neurological Disorders*. Springer, Cham, 2021: 265-84.
9. Raknes G, Nilsen T. Husk at legemidler kan gi søvnløshet. *Utposten* 2021; 1: 46-7.
10. Drayer DE. Lipophilicity, hydrophilicity, and the central nervous system side effects of beta blockers. *Pharmacotherapy* 1987; 7: 87-91.
11. Van Gastel A. Drug-induced insomnia and excessive sleepiness. *Sleep Med Clin* 2018; 13(2): 147-59.
12. Riemer TG, Villagomez Fuentes LE et al. Do beta-blockers cause depression? Systematic review and meta-analysis of psychiatric adverse events during beta-blocker therapy. *Hypertension* 2021; 77: 1539-48.
13. Taillibert S, Le Rhun et al. Chemotherapy-related neurotoxicity. *Curr Neurol Neurosci Rep* 2016; 16: 81.
14. Perry, M. Management of rheumatoid arthritis in primary care. *Pract Nurs* 2017; 28: 208-13.

GUTTORM RAKNES
Overlege, RELIS Nord-Norge

TERJE NILSEN
Farmasøyt

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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

Mot vår

Eg takkar min kjære kollega, Anne Lise Skonseng Sætermo for «stafettpinnen» i lyrikkstafetten.

Ein sangstekst dukka raskt opp i tankane mine. Ein av dei finaste norske sangtekstane eg veit. Som får meg til å tenkje på tru og håp om lysare tider. Som «søring» i Nord-Norge kan det iblant hende, i den mørkaste mørketida, at eg kjenner på lengt mot sør, lyset og sola. Men så plutsleg går det mot lysare tider, og dagane blir stadig lengre. Og

gleda over å kjenne dei fyrste solstrålene i februar er uslæeleg. Det gjer at ein set pris på kontrastene i årstider! Så kanskje er eg eigentleg ein «nording» frå sør...?

Teksten får meg òg til å tenkje på det å vere innvandrar i Noreg. Korleis det kan vere for dei å kome til det kalde, mørke nord. Kor viktig det er at dei blir møtt med respekt og empati, både i helsevesenet og elles i samfunnet. Kor viktig det er at dei blir sett.

Det gir tankar om at det er håp om betre tider når ting ser mørkt ut. Også med tanke på koronaepidemien. Og endeleg ser det ut til at vi går mot ein lettare vår, og at epidemien byrjar sleppe taket! «Han e lang vinter'n, men ikkje evig...»

«Stafettpinnen» sender eg vidare til min gode veileder, Silje Røssvoll.

Hilsen fra
SOLVEIG ROGSTAD

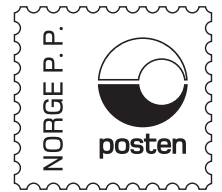
Nordaførr Vårvisa

Alt det du vet om e vinter'n som tappa dæ tom
Og natta som vet den har vunne.
Du har TV'n og tankan dæ sjøl og et rom
Og liv som har levd og forsvunne.
Du vet det e været som hold dæ førr narr,
Men du kjenn ingen ansikta i januar
Og du lengta mot lyset fra mørket om morran.
Og fra frosten som frys fast i såran

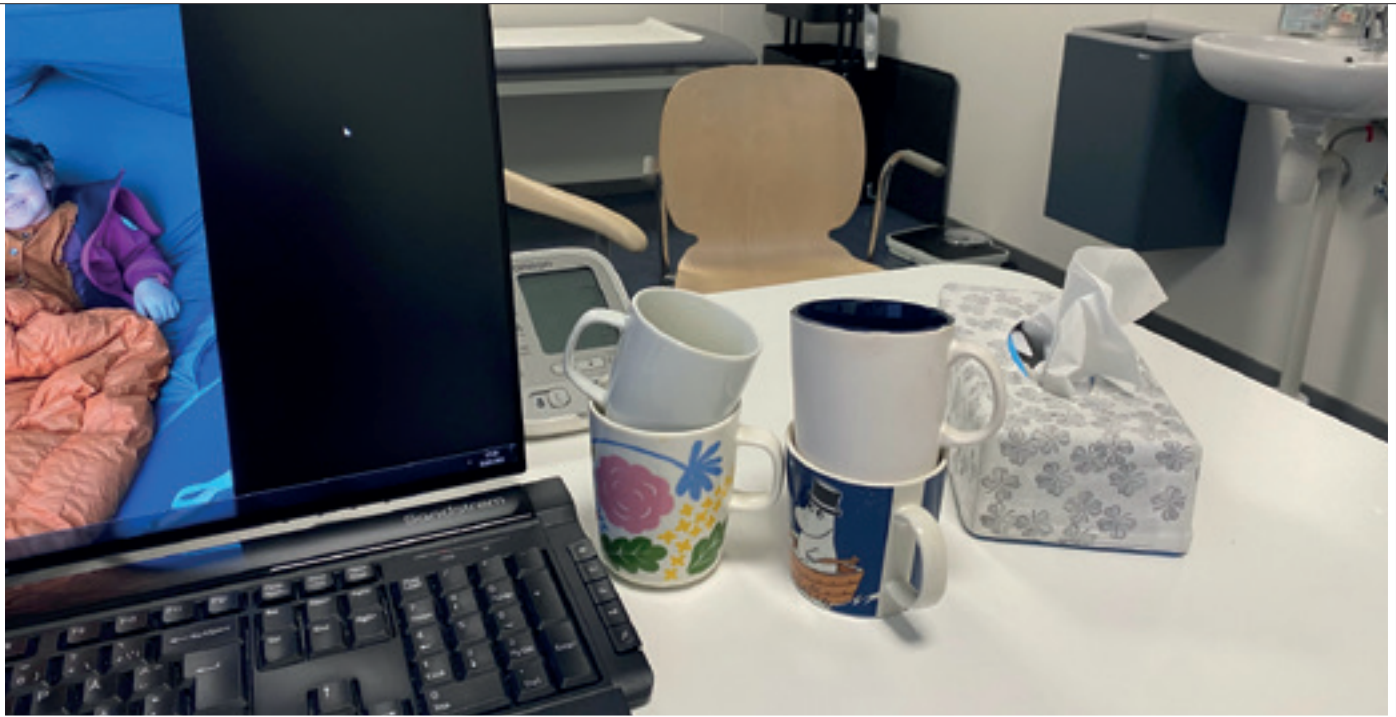
Joda du vet du har venna at du har det bra,
Men tengan e tøngre å bær på.
Du e ensom og hjelpelaust nordaførr da,
Det e langt inn te hjerta med klær på.
Du kunn ha gådd ut men korhen sku du gå,
Så håpa du heller at nå'n banka på
Jo det vet å bit fra sæ det landet vi lev i,
Han e lang vinter'n men ikke evig

Førr nu e det vår her i byen og gatan e bar
Det spire og gror i landet.
Og det gjør oss takknemlig førr det som vi har
Og vi trur på oss sjøl litegranne.
Det hende vi tell og med føle oss fri,
Vi vet vi e hjemme og her ska vi bli
Vi e sterk og kan ta ka som helst når det kommer,
Vi har sola og snart e det sommer

HALVDAN SIVERTSEN



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



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 fastlegkontoret 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

