

Utposten

4 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Utposten jubilerer

**Akademisk
allmenntmedisin
jubilerer**

Migrasjonshelse
Reisebrev fra Malawi
Tilsynssaker

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

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

Kjell-Arne Helgebostad

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

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

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIG MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs**

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Går det over av seg selv?*Jan Håkon Juul***2** Bergensforskere feiret 50 år med akademisk allmenntidning*Lisbeth Nilsen***6** Utposten gjennom 50 år*Inga Marthe Grønseth***8** Den diagnoseløse pasienten – en oversett gruppe i medisinen?*Ola Nordviste***12** Fagråd og helsefelleskap – fra skyttergraver til samhandling*Christine Agdestein***14** UTPOSTEN RAPPORTERER: Fastlegenes fellesmøte om tilsynssaker i Trondheim*Inga Marthe Grønseth***16** Politikerskolen i Akershus*Hans-Christian Myklestul***18** Fossilfrie investeringer i kampen mot klimakrisen*Knut Mork Skagen og Kjell-Arne Helgebostad***20** Migrasjonshelse i Norge – et tilbakeblikk*Arild Kjell Aambø***26** Reisebrev fra Folkehelseinstituttets utsendte til Malawi*Trude Arnesen***30** Endringer i tuberkuloseundersøkelse av flyktninger og asylsøkere ved ankomst*Karine Nordstrand og Trude Arnesen***34** NYE RETNINGSLINJER: Behandling av vitamin B₁₂-mangel*Marte Kvittum Tangen, Helle Borgstrøm Hager og Emil Nyquist***36** Beslutningsstøtte ved muskel- og skjelettsmerter*Lars Christian Naterstad Lervik***38** Legevaktutviklingen i Nord-Trøndelag 2020–2022*Maria Kristina Gravbrøt Mona***41** Sakset fra allmenntidningssk forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***42** KOLLEGAHJØRNEN: Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening*Christina Eliassen***43** For ei dame!*«Katti Anker Møller. En biografi» anmeldt av Eli Berg***44** Hukommelse – hva er nå det?*«Demensbrens» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Går det over av seg selv?

Et av de viktigste diagnostiske virkemidlene en fastlege besitter er tid. Det er ofte viktig å se det an litt, følge utviklingen, og mange ganger går symptomene og plagene over av seg selv. I tilsynssaker er det ofte dessverre likevel slik at det viste seg at man ventet for lenge. Når symptomene er åpenbart alvorlige eller utvikler seg fort til det verre, må man sette diagnosen og gi behandling raskt. Hvis du i tillegg setter en alvorlig diagnose uten å gi behandling, er prognosen dårlig.

Hvis du som fastlege utfører ditt virke på denne måten vil du miste tilliten hos pasientene, arbeidsgiver og tilsynsmyndighetene.

Symptomene på en syk fastlegeordning har vi sett lenge. Symptomene har vært påpekt allerede så tidlig som i 2009. Diagnosen er satt og prognosen er dårlig! Uten intensivbehandling vil fastlegeordningen dø.

Med kunnskap om pasienter som har en fast lege over tid har mindre bruk av legevakt, færre innleggelses på sykehus og redusert dødelighet, er det helt uforståelig at man ikke velger å starte behandling.

Legeforeningen, KS og regjeringen var enig om en handlingsplan for fastlegeordningen. Nå velger helseministeren å se bort fra denne. Hun vil gjøre strukturelle endringer.

Våren 2022 var det brudd i forhandlingene om særavtalen – som regulerer arbeidstiden for legene. En rettighet andre yrkesgrupper ser på som en selvfølge.

Dette går ikke over av seg selv. Det må behandling til. Fastlegeordningen er for viktig til å sette HLR – og kun satse på palliativ behandling.

Utposten vil i sin 50. årgang fortsatt være en arena der allmennleger og samfunnsmedisinere kan presentere fagutøvelsen, øke kvaliteten og debattere virkeligheten.

JAN HÅKON JUUL

Bergensforskere feiret 50 med akademisk allmenn

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

102 doktorgrader, publikasjoner i prestisjefylte tidsskrifter som *The Lancet*, *New England Journal of Medicine* og *BMJ* – og Ig-Nobel-prisen om vampyrer – er noen av resultatene etter 50 år med allmennmedisin i Bergens-akademia.

«Legeflukten – fra allmenn praksis til ordnete forhold på sykehusene – har vært markant den senere tid», uttalte lege og dosent Sigurd Humerfelt til *Bergens Tidende* i mai 1970. Da hadde allmennmedisinen i Bergen ingen akademisk forankring. Det var ingen undervisning i allmennmedisin på medisinstudiet. Og da, som nå, var og er det vanskelig å rekruttere leger til allmennpraksis.

Dette var bakteppet for at Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen (UiB) formelt ble etablert 21. april 1972, med Sigurd Humerfelt som professor og leder. Universitetet ble det andre i Norge med akademisk tilknytning for allmennmedisin, fire år etter Universitetet i Oslo.

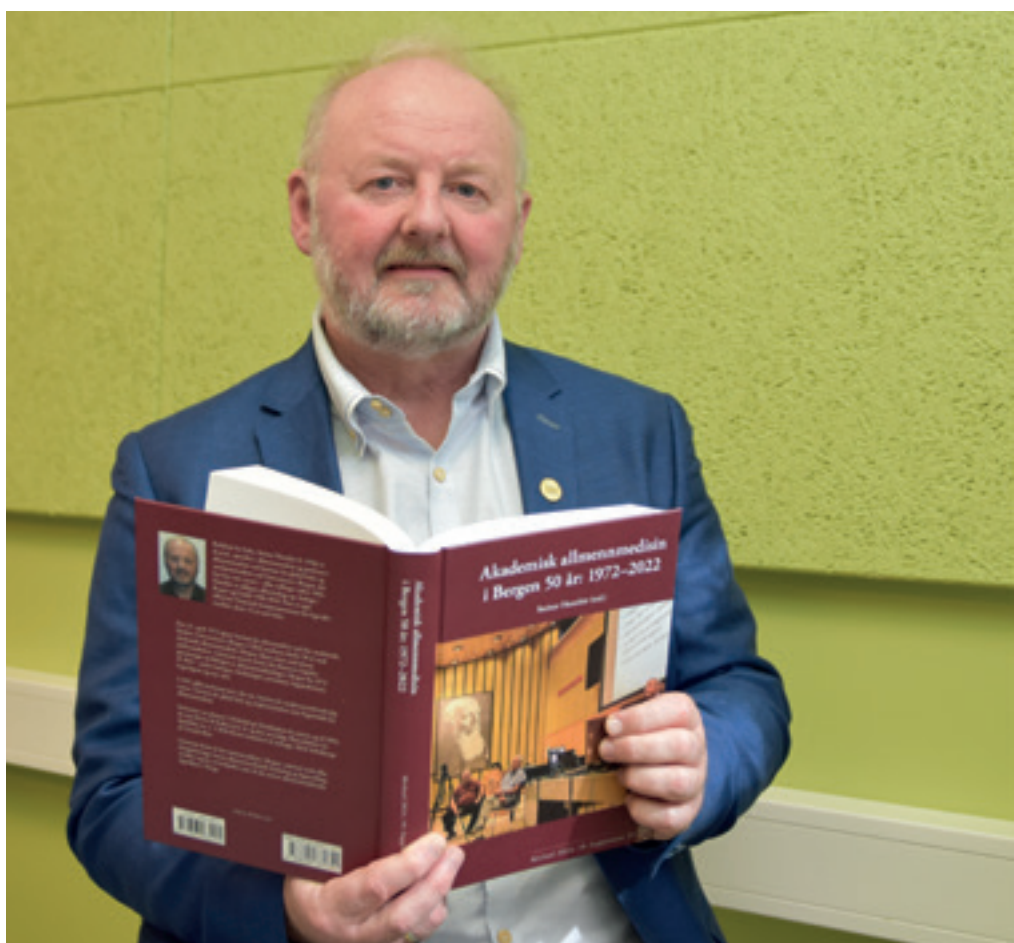
Torsdag 21. april i år ble 50-årsjubileet for akademisk allmennmedisin i vestlandsbyen feiret med seminar og med jubileumsbok om historien.

Ble pådyttet fakultetet

Steinar Hunskaar er redaktør av boka. Han fortalte de 60–70 inviterte gjestene at Universitetet i Bergen ikke var overbegeistret for opprettelsen av instituttet.

– Det medisinske fakultet ble pådyttet Institutt for allmennmedisin fra Legeforeningens side: Fakultetet ga imidlertid ingen plass for allmennmedisin på legestudiet, instituttet skulle ikke koste noe, og all undervisning skulle være frivillig, sa Steinar Hunskaar på jubileumsseminaret.

Heldigvis er situasjonen en annen i dag:



– Det å se på trykk at Det medisinske fakultet i 1992 definerte oss som det tredje kliniske hovedfaget, var en enorm gevinst og boost, sa professor Steinar Hunskaar på jubileumsdagen for 50 år med akademisk allmennmedisin i Bergen. Han er redaktør av jubileumsboka og kan se tilbake på 40 år i akademia. FOTO: LISBETH NILSEN

– Det å se på trykk at Det medisinske fakultet i 1992 definerte oss som det tredje kliniske hovedfaget, var en enorm gevinst og boost, sa Hunskaar, som kan se tilbake på 40 år i akademia.

Frem til utgangen av 2021 har satsingen på akademisk allmennmedisin resultert i 102 avlagte doktorgrader fra det allmennmedisinske universitetsmiljøet i Bergen. Cirka halvparten av doktorandene har for-

ankring i klinisk allmennmedisin før, under eller etter disputasen.

Den første som disputerte var Kirsti Malterud, i september 1990. De neste fem årene ble det avlagt mindre enn fem doktorgrader. I 2007 ble Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) etablert, og det har bidratt til nærmere 30 bergenske doktorgrader. I dag går om lag en firedel av AMFF-midlene til Bergens-forskere.

år medisin



Faksimile fra Jubileumsboka, utgitt av Det norske medicinske Selskab, Michael 2022; 19: Supplement 29. FAKSIMILEMONTASJE: 07 MEDIA

Et foregangsmiljø

På slutten av 1990-tallet var Bergensmiljøet internasjonalt ledende med forskning på urininkontinens og pasientkommunikasjon, og de to forskningsgruppene ble ledet av henholdsvis Steinar Hunskår og Kirsti Malterud.

Bergensmiljøet har vært et foregangsland for kvalitativ forskning, og har oppnådd internasjonal anerkjennelse. En stor del av æren har Kirsti Malterud. Artikkelen hennes «Qualitative research: standards, challenges and guidelines» ble publisert i *The Lancet* i 2001.

– Vi har hatt et miljø hvor det har vært mulig å gjøre toppidrett, sa professor emerita Kirsti Malterud.

FOTO: LISBETH NILSEN



Forskningen foregikk også i mer humoristiske former. Andreas Bærheim og Hogne Sandvik testet ut «film-hypotesen» om at hvitløk beskytter mot bitt fra vampyrer. Siden det ikke var enkelt å oppdrive vampyrer, valgte forskerne å studere blodigler, som ble levert på glass og fløyet til Bergen fra Norsk Medisinaldepot. Eksperimentet ble publisert i *Tidsskriftet* og i *BMJ*, og i 1996 fikk de to forskerne Ig-Nobelprisen. Prisen deles ut til forsøk som ikke kan eller ikke bør gjentas. Og i likhet med første eksamen i allmennmedisin, ble også pristildelingen et større innslag på TV2-nyhetene.

Guri Rørtveit, leder av Institutt for helse og samfunnsmedisin, la vekt på den betydningen akademisk allmennmedisin har for hele samfunnet.

FOTO: LISBETH NILSEN



Størst i Norge

De tre hovedoppgavene til Institutt for allmennmedisin var etter- og videreutdanning av leger i primærhelsetjenesten, forskning og undervisning av medisinstudenter. Den første eksamen i allmennmedisin på legestudiet ble avholdt 14. juni 1994. Da var Universitetet i Bergen det eneste som hadde innført en praktisk eksamen i allmennmedisin på legestudiet, og begivenheten ble hovedoppslag på TV2-nyhetene den dagen.

– Gjennomføringen av eksamen i allmennmedisin var en bevisføring på de mange årsverk som var lagt ned, og dette

– Dere er en kjemperessurs for faget, og dere har vist at allmennmedisinsk forskning ikke er andreklasser forskning, sa dekan Per Bakke ved Det medisinske fakultet i sin hilsen. FOTO: LISBETH NILSEN



var i seg selv en gevinst for innsatsen, sa Hunskaar.

Ved artusenskiftet var Bergensmiljøet blitt det største fagmiljøet for allmennmedisinsk forskning. I 2006 var det dobbelt så mange forskere i allmennmedisin i Bergen som i resten av landet til sammen.

Nå var Institutt for allmennmedisin blitt endret til Institutt for samfunnsmedisinske fag og allmennmedisin, organisert som Seksjon for allmennmedisin. En ytterligere endring kom noen år senere med Institutt for global helse og samfunnsmedisin og Fagområde for allmennmedisin.

Knoppskyting

Tyve år etter at instituttet ble etablert, kom flere andre forskningsmiljøer i Bergen, blant andre Noklus – Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser – i 1992.

– For å lede Noklus ansatte Fugelli en professor i biokjemi, Sverre Sandberg. Det var et grep som hadde uante konsekvenser for oss og som skapte en grobunn for forskning og undervisning, fortalte Hunskaar.

Pengestøtte fra Legeforeningen til Institutt for allmennmedisin og til Noklus i alle



– Først da jeg traff pasienter, forstod jeg hva allmennpraksis var, fortalte medisinstudent Hassan Parandeh, her med medstudent Torje Uggen. FOTO: LISBETH NILSEN

disse årene har vært god drahjelp for forskningen. Og kraften det ga, ifølge Hunskaar, førte til ytterligere knoppskyting. I 1998 kom legenes diskusjonsforum Eyr, med Hogne Sandvik som initiativtager, og i 1998 startet Edvin Schei Filosofisk poliklinikk. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ble etablert i 2005, Senter for kvali-

tet i legekantor (SKIL) i 2015 og forskningsinfrastrukturen PraksisNett to år etter det.

Fra Humerfelt til Fugelli

Sigurd Humerfelt var nyutnevnt professor i allmennmedisin da han ble leder for Institutt for allmennmedisin i 1972 – og den

Medisinstudentene i mannskoret Laudes stod for det kulturelle innslaget på jubileumsseminaret. FOTO: LISBETH NILSEN



trede professoren i allmennmedisin, etter Christian Borchgrevink ved Universitetet i Oslo og Victor Lindén i Tromsø.

Humerfelt hadde mange ideer og et stort engasjement og pågangsmot. Men de første årene ble utfordrende, ifølge artikkelforfatterne av boka, og mye var ugjort på forsknings- og undervisningsfronten da Humerfelt gikk av med pensjon i 1984.

Så overtok Per Fugelli lederstolen.

– Instituttet ble nullstilt – alt startet på nytt med nye folk, og det ble opprettet kombistillinger. Og strukturen og innholdet er forbausende likt det vi har i dag, sa Steinar Hunskår.

Han viste til at Fugelli selv var stolt over arbeidet han nedla.

– I boka til sønnen hans Aksel, *Per – glimt av min far*, sier Fugelli at det å skape det akademiske allmennmedisinske miljøet i Bergen var noe han virkelig var stolt av. Per var en katalysator og hadde en utrolig evne til å få folk med, en utrolig evne til å gå foran. Jeg hadde ikke en dag i allmennpraksis da jeg startet som førsteamanuensis. Det synes ikke Fugelli gjorde noe. Han hadde troen på at det var lettere å få en forsker

til å bli god i allmennmedisin, enn å få en flink allmennlege til å bli forsker.

– Sett i ettertid, var miksen av oss folk viktig. Vi hadde visjonen om å skape noe, selv om vi hadde veldig forskjellig kompetanse. Noen var allerede sterke på forskning, andre var gode på å tenke undervisning, andre var flinke organisatorer. Til sammen var dette en smeltedigel som ble en suksessoppskrift, sa Steinar Hunskår.

FAKTA – AKADEMISK ALLMENNMEDISIN I BERGEN

- 21. april 1972 ble Institutt for allmennmedisin etablert ved Universitetet i Bergen (UiB).
- I 1991 ble akademisk allmennmedisin innlemmet i det nye Institutt for samfunnsmedisinske fag, senere Institutt for global helse og samfunnsmedisin.
- Som det eneste av de fire allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE-ene) i Norge, er AFE Bergen ikke tilknyttet universitetet, men er underlagt det uavhengige forskningsinstituttet NORCE.
- Også Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) er en del av NORCE.
- Fagområdet allmennmedisin ved UiB, AFE Bergen, NKLM og Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) er alle lokalisert på samme sted, i Alrek helseklynge. Noklus har felles akademiske stillinger med instituttet, og holder til i nærheten ved Haraldsplass Diagonale Sykehus.

KILDER

- Jubileumsseminar/Steinar Hunskår og boka «Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972-2022», Steinar Hunskår (red.), utgitt av Det norske medisinske Selskab, Michael 2022; 19: Supplement 29. Hele boka er tilgjengelig gratis på nett: <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2022-29/Michael-Supplement-29.pdf>

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Priyanthi Borgen Gjerde og Øystein Hetlevik er henholdsvis leder for Allmennmedisinsk forskningsenhet, NORCE og leder av Fagområde for allmennmedisin ved UiB. FOTO: LISBETH NILSEN



Utposten gjennom 50 år

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Redaksjonsmedlem Utposten

Stortingsmelding nr. 85 «om helsetjenesten utenfor sykehus» var nylig kommet ut- og nr. 4 av 1972 var for anledningen dedikert til temaet «helsetjenestens fremtid».

Unntatt bruken av ord som «offentlig anstalt», «kontordame» og «administrerende oversøster» er det, på tross av alderen, lett å trekke paralleller fra den 50 år gamle utgaven av *Utposten* til dagens diskusjon rundt organisering av primærhelsetjenesten.

På side 2 i et fremdeles håndklippet og styliert *Utposten*, skriver redaktør Harald Siem:

«Man har gjentatte ganger beskrevet, beklaget og endog begravet almenpraktikeren. Noen har forsøkt å holde liv i ham, men svært mange av foreskrevne kurer for den døende almenpraktiker har vært ineffektive.»

Siem trekker frem problemer med takstheving av «tilfeldig utplukkede prosedyrer», og beskriver hvordan allmennpraktikere den gang som nå bekymret seg for økonomisk usikkerhet. Forfatteren skriver:

«En tidsmessig legeservice for 2500 mennesker koster ca. 150 000 kr årlig. Den bringer inn ca. kr 250 000. Unge, nyutdannede leger med stor arbeidskapasitet kvitter seg raskt med sin studiegjeld og øker hurtig sin levestandard, finner altså at almenpraktikerens praksis er et godt beite. Men etter noen års arbeid når de har fått tilfredsstillende sine basale behov så som stereo, møbler, kjøretøy og kryptinn ved fjell og fjord, får de kalde føtter. Fordi de stadig klarere ser for seg sin ruin den dagen de skulle bli syke eller måtte ta ferie, enn si videreutdanningskurs. 12 000 kr renner trutt ut av kassen per måned. 20 000 kr kommer bare inn så lenge legen er i stand til å arbeide. Skyssbåt, bil, kontordame, laboratoriesøster, vaskehjelp og regnskapsfører som alle koster penger, driver ikke inn et øre. Flukt til sykehus fra det økonomiske ansvar er løsningen på problemet for legen sin del.»

I utgavens leserbrev fra Per S. Steinsvoll påpekes derimot et problem som kanskje ikke lenger er like aktuelt nemlig «mer eller min-



Faksimile av *Utpostens* fjerde utgave, 4/1972.

dre uleselig håndskrift i følgeskrivet som «irriterer og belaster mottagende lege.»

Vi vender imidlertid raskt tilbake til noe som minner om nåtidens debatt rundt oppgavefordeling, samhandling og primærhelseteam. Per Wium debatterer stortingsmeldingen i et innlegg. Her skriver han om den nye satsingen på helsesentre: «Etter min ringe erfaring har et stort antall pasienter behov for sosial støtte og hjelp på mange områder, og jeg tror legene etter hvert må innse at disse oppgaver kan løses like godt, om ikke bedre, av andre yrkesgrupper enn det legeutdannede personale. Wium foreslår også at «vi tar en del av det som i dag går til sykehusene og bygger ut den primære helsetjenesten. Det har jo vist seg at sykehusene i dag ikke klarer sine oppgaver. Det er kriser over alt, og primær-

legen har blitt satt i en meget vanskelig situasjon i og med at han har den direkte kontakten med pasienten som han vet trenger behandling. Denne behandlingen kan han dessverre ikke yte med det utstyret og de ressursene han har i dag, og hvis han legger pasienten inn i sykehuset tiltrengende øyeblikkelig hjelp, kommer vedkommende ofte hjem etter noen dager uten å være utredet.»

Med annen layout og litt annen ordlyd kunne man lett blir forledet til å tro at denne teksten er fra 2022. Kanskje er ikke 50 år så lenge, eller kanskje akkurat lenge nok til at de som har lært har glemt.

“Those who cannot remember the past are condemned to repeat it”

GEORGE SANTAYANA

Stortingsmelding 85 ... forts.

ligger langt ute på en øde strekning. Dette fant sosialsjefen, trykkesjefen og undertegnede meget utilfredsstillende og kom igang med å gjøre noe med det offentlige nettet. Hvis prisen for 3 kontorer og en 1000 m² nertank. De kommunene som hadde vanskelig for å dekke disse kostnadene, berører samfunnet. De har plagt at de har gått i denne retningen. De har vært vesentlig av bilkjøp for 10 km. til en for at man kan let under de felles ordningene kunne komme til.

Når det gjelder bevilgninger vil jeg foreslå at vi tar en del av utgifter i dag går til bygging ut den delen. Det er at sykehuse- arer sine kriser over ten har bli- et vanskelig å at han kontakten han vet. Denne an dessve- han har i tter

pasienten tiltrengende hjelp, kommer ved ofte hjem etter noen dager uten å være utredet. Jeg mener at en stor del av de oppgavene som sykehusene i dag utfører, kan og bør utføres perifert, og på den måten vil vi altså kunne hjelpe sykehusene ut av deres dilemma. Det ville vel også vise seg at søkningen til primærlegetjenesten ville øke etter som tilbudet rent faglig ble forbedret.

Per Wiium.

Per Wiium: STORTINGSMELDING 85
Et fremskritt eller et tilbakesteg?



En del skilsmisser har foregått og enkelte har vært ute for lite til å være et stort og utbredt fenomen. Sosialt har vi hatt en del skilsmisser og enkelte har vært ute for lite til å være et stort og utbredt fenomen. Sosialt har vi hatt en del skilsmisser og enkelte har vært ute for lite til å være et stort og utbredt fenomen.

Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker. Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker. Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker.

SERT HELSETJENESTE

Stortingsmelding 85 hadde vært under arbeid lenge da den ble fremlagt. Allerede i 1963 ble det oppnevnt en komité til å vurdere hvorledes forskjellige deler av landet kunne best mulig like-

Når det gjelder sosialt, mener jeg at det må deles på best mulig tilfeller. Gruppepraksis er viktig og bli. Det har vært vist seg at denne institusjonen er viktig og bli. Det har vært vist seg at denne institusjonen er viktig og bli.

Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker. Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker. Det er viktig å se på den enkelte pasientens behov og ønsker.

Glimt fra innholdet i utgave nr. 4/1972 av Utposten.



"Well, it's finally happened—you're booked up for the rest of your life."



BARE RØR!

Den diagnoseløse pasient – en oversett gruppe i m

OLA NORDVISTE • Pensjonert fastlege. Medredaktør i Utposten november 2002 til januar 2005

Utposten-redaksjonen feirer bladets 50-årsjubileum med en invitasjon til tidligere redaktører om å skrive «...om et tema som var viktig i vår redaktørperiode, og om hvordan det temaet står i dag. Gjerne med referanse til en artikkel eller et godt minne fra egen redaktørperiode». Jeg griper utfordringen.

Jeg husker min redaktørperiode i *Utposten* med stor glede. Det gledet meg mest når vi arbeidet med korte artikler som kom så nær pasientens eller legens virkelighet som mulig. En slik artikkel var for meg «Den plagede pasient eller allmennmedisinsk hverdagspoesi» som jeg skrev i *Utposten* nr. 5 i 2003 (1). Artikkelen er ultrakort med bare ti setninger og to figurer. Men pasienthistorien i artikkelen har stadig kommet tilbake til meg, både i min tid som allmennlege og siden som psykiater. I 2003 hadde jeg fokus på den poesien som jeg syntes lå i pasientens beskrivelse av sitt liv. I dag tenker jeg at historien også handler om pasientens og legens utfordring når legen ikke skjønner hva som feiler pasienten – den diagnoseløse pasient.

Artikkelen i 2003 dreide seg om en eldre, sliten, lett nedstemt enke. Hun hadde lett KOLS, lett hjertesvikt og lett hypotyreose, men var godt behandlet for disse tre sykdommene. I tillegg hadde hun noen plager som kunne vekke mistanke om mixed connective tissue-disease, men dette var ikke blitt bekreftet av revmatolog. Hun bodde litt avsides. Hun så sin sønn, hennes eneste barn, for sjelden, syntes hun. I de regelmessige konsultasjonene presenterte hun veldig mange plager og hadde alltid med seg en lapp der hun hadde notert alle sine bekymringer og symptomer. Vi gjennomgikk alltid lappene hennes nøye hver gang. Hennes beskrivelser var vanskelige å skjønne. Hva feilte henne egentlig? Hun var i gruppen

«oppegående og engasjerende eldre dame» – kanskje favorittgruppen i kontorhverdagen min. Hennes notater beskrev en plaget kvinne i en noe ensom hverdag. Lappene hadde et visst resignert poetisk uttrykk. Én av dem så nøyaktig slik ut (håndskriften er endret):

FIGUR 1

Bryst, hjerte?
Trykk i brystet
svartner noen
sekunder
Veldig tung pust
Smarter av og til
i høyre side
i hoftekammen
Og litt bakover
Risting, stråling?
i hodet, ligner
det i venstre arm
stramming? Over
skallen
ustø og svimmel
unormalt trett
Cetiprin resept
Bivirkninger?
sulten, Thyroxin
Orker ingenting
Omtrent.

Jeg undersøkte noen av plagene, tok noen blodprøver igjen og snakket ganske lenge med henne. Jeg fant ingen ny diagnose nå heller, selv om jeg aldri ga opp å finne en. Jeg prøvde å behandle henne med respekt og forståelse. Da hun kom tilbake etter et par måneder, var det vanskelig å spore noen endring. Her er en faksimile av hennes lapp i neste konsultasjon:

FIGUR 2

svimmel
Det jeg så på
rørte på seg.
Vondt i brystet
Risting, og doven? stråler
oppover hals og
ansikt,
halvkvalm
Hevelse bein
legger og lår,
litt i ansikt.
Øyne fuktige
Tok temp onsdag
37,5, er kald
om kvelden, svett
om morgenen. Av og til
frostilinger onsdag
torsdag. Litt kløe
hender, armer, hals
og lår, trett og
elendig

ten edisinen?



Jeg synes ikke at jeg fikk gjort så mye for henne, men hun sa at det hjalp å snakke med meg, og at hun likte timene. Det gjorde jeg også. Men hva feilte henne? Hadde hun en fjerde diagnose? Eller hadde hun ikke det? Var hennes hovedplager diagnoseløse? Kunne de behandles likevel?

Jeg tenker at jeg brukte for mye tid i møtene våre på å ikke overse at det lå en sykdom i bunnen av alle plagene. Å stadig fokusere på diagnose, når den ikke finnes, mister sin mening over tid og bør legges til side etter en god prat med pasienten. Min pasients lapper beskrev antakelig ikke noen sykdom, men opplevelsen av *Det vanskelige livet*.

Av og til helbrede, ofte lindre, alltid trøste, sier vi (2). Bare det å dele sine tanker og bekymringer med en empatisk lege fører ganske ofte til en markert lettelse. Pasienten må gis noe tid og bli gitt følelsen av å være sett og hørt. Man bør gå gjennom temaet «tidligere vanskelige opplevelser» i løpet av konsultasjonene. Det er viktig å forklare pasienten noe om at langvarige fysiske eller psykiske belastninger, skader eller sykdom kan «sette seg i kroppen» og gi seg utslag i kroppslige fenomener som kan lure oss til å tro at det dreier seg om sykdom. En slik tilnærming kan lindre og trøste. Man må ikke frustrere seg selv ved å sette for store mål for behandlingen. Også i legelivet er «utholdenhet viktigere enn perfeksjon» (3).

Disse pasientene kommer igjen og igjen. De er ganske sikkert en stor gruppe når allmennpraksis skal beskrives, men som diagnoseløse er de vanskelige å få med i oppstillinger. Når tilstanden ikke har et navn, så vises denne pasientgruppen aldri i statistikkene fra norsk allmennpraksis.

Hvis de diagnoseløse ikke er en egen benevnelse, hva kaller vi disse pasientene da? I min allmennpraksis (1979–2002) ga jeg dem diagnosen «slitenhet», som var en ICPC-diagnose da. Det var den nest hyppigste diagnosen i min praksis. Denne diagnosen er siden tatt ut av ICPC. Hvis du bruker søkeordet slitenhet i ICPC i dag, ledes du til P29 Psykisk lidelse symptomer/plager IKA,

En artikkel Ola Nordviste husker med stor glede, er den han fikk publisert i Utposten. nr. 5/2003.

men det er jo feil. Slitenhet er ikke alltid en psykisk lidelse. Er Psykisk lidelse IKA den diagnosen vi tilbyr den diagnoseløse pasienten? ICPC inkluderer ikke alle plager i livet.

Vi beskriver og utvikler medisinen, men beskriver sjelden det vi ikke forstår. Disse pasientene oppfattes lett som rusk i maskineriet i alle medisinske disipliner og kan skape utilfredshet og irritasjon i oss leger. De uforståelige pasientene faller også ut av vår interesse fordi vi ikke vet hvordan de skal behandles. Diagnoseløse pasienter vekker avmakt og frustrasjon i oss, skrev fastlege Inga Marthe Grønseth i en god artikkel i *Dagens Medisin* i 2019 (4).

Jeg finner ingen interesse for de diagnoseløse pasientene hos helsemyndighetene eller faginstusjonene. Det er rart når en tenker på hva gruppen betyr for overdriven diagnostisk innsats fra legene. Kanskje er det også en viktig gruppe å tenke på når vi prøver å forstå sykmeldingsutviklingen i Norge? Hvor mange sykmeldinger og unødige utredninger handler egentlig om denne tilstanden der vi bruker diagnoser

som ryggsmertor, nakkesmerter, arm- og leddsmerter, myalgi, depresjon og angst?

Når din pasient har skrevet på lappen sin noe som likner «risling, stråling i hodet» eller «stramming over skallen», så tenk på den diagnoseløse pasienten. Det er etter all sannsynlighet, en stor og viktig gruppe i norsk allmennmedisin. Å belyse tilstanden og å utvikle en god forståelse og behandling ville hjelpe mange pasienter – og leger.

Den diagnoseløse pasienten – kanskje et bra tema å se nærmere på i *Utposten*?

REFERANSER

1. Nordviste O. Den plagete pasient eller allmennmedisinsk hverdagspoesi. *Utposten* 2003; 5: 39–39 https://www.utposten.no/journal/2003/5/utposten-chapter-13/DEN_PLAGETE_PASIENT_eller_ALLMENNEMEDISINSK_HVERDAGSPOESI
2. Hippokrates (460–377 f.kr.) Uklar kilde.
3. Alleghrin A. Professor, Univ of S Carolina
4. Inga Marthe Grønseths blogg Publisert i *Dagens medisin* 9.12.2019 / <https://www.dagensmedisin.no/blogger/inga-marthe-gronseth/2019/09/12/en-kur-mot-vanskelige-pasienter--og-en-oppfordring-til-selvinnsikt2>

■ NORD-OLA@ONLINE.NO

Fagråd og helsefelleskap – fra skyttergraver til sam

■ CHRISTINE AGDESTEIN • Fastlege i Steinkjer

Pasientene våre får helsehjelp på tvers av forvaltningsnivåene i helse-tjenesten. I nordre Trøndelag har vi i dag et velfungerende fagråd for legesamarbeid, nå organisert på Helsefelleskap nivå 3. Det er viktig for gode avklaringer av hvem som skal gjøre hva, hvordan og når.

Det hele startet i januar 2018, da Helse Nord-Trøndelag (HNT) hadde utviklingsplanen for sin virksomhet frem til 2035 ute på høring. Helseforetaket planla for en betydelig oppgaveoverføring til fastlegene og kommunehelsetjenesten. Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag legeförening (AF NTLF) leverte et omfattende høringsvar, selv om foreningen ikke hadde mottatt høringsbrev. Flere kommuner hadde levert høringsvar, uten at fastlegene var forespurt, og legene hadde dermed ikke hatt anledning til å komme med innspill via kommunene. Det var helt tilfeldig at Allmennlegeforeningen oppdaget utviklingsplanen.

Et gjennomgående tema i utviklingsplanen var å utvikle samarbeidet med kommunene. Samarbeidet mellom HNT og fastlegene, som er en del av den kommunale helsetjenesten, fungerte ikke godt nok på det tidspunktet. Det eksisterte da en samarbeidsavtale mellom kommunene og helseforetaket, der et av punktene lød som følger:

«3 Oppgavefordeling

Oppgavefordelingen slik den praktiseres ved avtaleinngåelsen, skal legges til grunn i denne avtale og eventuelt være retningsgivende for tvistebehandling.

3.1 Endring i oppgavefordelingen

Dersom kommunen og HNT skal avtale å endre oppgavefordelingen, skal følgende oppfylles i henhold til faglig forsvarlighet:

- Partene skal være likeverdige.
- Dialog og høringer skal være gjennomført og endringer planlagt i god tid.
- Helhetlige pasientforløp skal være utviklet mellom partene på forhånd for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen.
- Oppgavedelingen skal avspeile likhet i tjenestetilbudet til hele befolkningen.
- Ressurser skal følge endringer i oppgavefordelingen i form av kompetanse, utstyr og økonomi.
- Det skal være enighet mellom partene.»

AF NTLF påpekte at det over lang tid hadde vært en stor oppgaveoverføring til fastlegene fra alle fagfelt i spesialisthelsetjenesten, og at det ikke hadde skjedd i tråd med samarbeidsavtalen mellom helseforetak og kommuner. Fastlegegruppen opplevde ikke å være tilstrekkelig involvert i prosesser som gjaldt oppgaveoverføring og pasientforløp. Vi opplevde at oppgaver av både prinsipiell og økonomisk karakter var overført til fastlegene fra sykehuset uten diskusjon, enighet eller konsekvensutredning. Tiltak ble gjennomført uten at det var fattet vedtak. Det var ensidige beslutninger fra sykehuset uten involvering av eller systematisk informasjon til fastlegene.

Oppgaveoverføring til fastlegene skjedde gjennom beskjeder i epikriser om de enkelte pasientene. Det var en skjult overføring som ga effektivisering i sykehusene uten at fastlegene ble kompensert for økt arbeidsbyrde.

AF NTLF påpekte at oppgaveoverføringen er en viktig årsak til at arbeidsbelastningen for fastlegene nå er altfor stor, og at dersom fastlegeordningen bryter sammen, vil det medføre store utfordringer for helseforetakene.

Slik oppgaveoverføringen hadde vært gjennomført, hadde det ikke fulgt noen økonomisk kompensasjon eller kompetanseøkende tiltak med oppgavene. Vi påpekte skjevheten i at sykehusene i Norge gjennom de siste årene har hatt budsjettøkninger i takt med den demografiske utviklingen, i motsetning til fastlegeordningen.

Vi krevde i høringsvaret at oppgaveglidningen fra sykehusene i Helse Midt-Norge til fastlegene måtte opphøre med øyeblikkelig virkning inntil videre. Vi gjorde det klart at sykehusene ikke kunne påregne å få bistand til ivaretagelse av egne oppgaver – før, under og etter sykehusopphold eller poliklinisk ut-

redning. Før vi kunne gå med på å diskutere dette videre, krevde vi bilateral enighet om at tjenesteavtalen referert ovenfor måtte følges.

Videre inviterte vi til videre samarbeid: Vi anbefalte at det ble etablert et lokalt trepartssamarbeid som jobbet med saker som berørte lokal legeförening, Helse Nord-Trøndelag og kommunene, tilsvarende det nasjonale trepartssamarbeidet som forrige helseminister relanserte like før, med Staten, Legeföreningen og KS. Vi krevde at fastlegene måtte få plass ved bordet i saker som berører oss, «Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag tar gjerne jobben.»

Samme innspill ble behandlet i Allmennlegeutvalget i Steinkjer kommune, og sendt til helseforetaket med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Høringsvarene ble sendt inn 1. februar 2018. Fra Allmennlegeutvalget i Verdal kom det også høringsvar, som varslet at oppgaveoverføringen fra Helse Nord-Trøndelag til fastlegene var uforsvarlig. Det ble henvist til helsepersonelloven § 4 som omtaler at helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med faglig forsvarlighet ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, og spesialisthelsetjenestelovens § 2-2 som sier at helseforetaket har et ansvar for å sikre at oppgaveoverføring skjer på en forsvarlig måte.

ALU Verdal skrev:

«Vi vurderer at den samla oppgaveoverføringa frå helseforetaket til fastlegane i enkelte tilfelle har utgjort ein fare for pasientane. Den totale arbeidsbelastninga for fastlegetenesta gjer det vanskeleg og kanskje også umogleg å overta fleire oppgåver frå helseforetaket. Det er derfor med stor bekymring vi er vitne til det som no skjer, og finn det nødvendig å varsle i frå. Vi ber om at helseforetaket vurderer korleis ein kan sikre reell samhandling mellom sjukehus og fastlegar. Dette slik at helseforetaket ikkje bidreg til ei ytterlegare overbelastning av fastlegetenesta med dei følger det kan ha for våre pasientar.»

Helseforetakene og kommunene hadde på dette tidspunktet to andre samarbeidsorganer. Det ene het Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU), og besto av administra-

handling



Fastlege Christine Agdestein og resten av Allmennlegeforeningen i Nord-Trøndelag gikk grundig til verks for å skape et bedre samarbeid med helseforetakene.

tive representanter fra kommuner og sykehus. Tillitsvalgte, Fylkesmannen og KS var observatører. Over ASU sto Politisk samarbeidsutvalg (PSU), bestående av ordførere og ledere fra helseforetaket.

ASU behandlet utviklingsplanen 12 dager etter vårt svar. Undertegnede, som da var førstelandsråd, og Dragan Zerajic, leder for NTLF, møtte. Vår beskjed om stans i oppgaveoverføringen og helseforetakets brudd på samarbeidsavtalene ble tema. Det var stort å høre at vi fikk støtte fra omtrent alle deltakerne. Representantene fra helseforetaket erkjente at helseforetaket hadde gjort en for dårlig jobb, at alle måtte ta de tydelige signalene fra fastlegene på det største alvor, og at vi måtte jobbe sammen for å finne løsninger.

I møtet ble det foreslått å etablere et fagråd for innleggelse og utskrivning, og rutiner for samarbeid mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag med representasjon fra legene. Det tilhørende mandatet var utydelig. NTLF sine representanter foreslo da et utvalg med fastleger og sykehusleger som skal finne frem til felles kjøreregler for ulike oppgaver. Vi la frem forslag til et mandat for lege-legegruppen, likt det de hadde fått til i Stavanger. Vi foreslo representasjon av fastleger fra tre ulike geografiske områder, i tillegg til to kommuneoverleger. Vi understreket at det er viktig at Allmennlegeforeningen selv får oppnevne sine representanter, og det fikk vi aksept for. Fra helseforetaket skulle tre klinikkledere og en praksiskoordinator delta. ASU vedtok vårt forslag til mandat.

Mandatet refererte til nasjonal veileder for samarbeidsavtaler pkt 5.1 som sa:

«Ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene eller fra kommunene til spesialisthelsetjenesten skal overføringen være forsvarlig. Partene må sikre at den som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre tiltaket. I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell med allmennkompetanse og spesialkompetanse».

Den 14. mars i 2018 ble Nord-Trøndelag legeförening invitert til møte med Helse Nord-Trøndelag som oppfølging av høringssvaret vårt. Representasjon ble avklart, og i det videre arbeidet tok vi utgangspunkt i arbeidet som var gjort ved Møteplass Oslo, Legeutvalg for bedre samhandling ved St. Olavs hospital, samt tilsvarende fra Stavanger.

Nyhetsbrev ble sendt til alle allmennleger i Nord-Trøndelag legeförening, med informasjon om at Allmennlegeforeningen hadde krevd at oppgaveoverføring måtte stanse med øyeblikkelig virkning. Vi informerte om hvordan man kunne sende samhandlingsavvik, og oppfordret til dette for å håndheve vår «stoppordre». I tillegg opprettet styret en Facebook-side for Nord-Trøndelag legeförening for å bedre kommunikasjonen med medlemmer, og en egen gruppe for fastlegene.

Utover høsten det året fortsatte arbeidet med å lage retningslinjene for samarbeid. Vi gjennomgikk avvik og så på mulige løsninger. Retningslinje om samarbeid og oppgavedeling mellom fastleger og Helse Nord-Trøndelag besto av tre deler:

1. Praktiske kjøreregler
2. Prinsipper for oppgavedeling – prosessbeskrivelse
3. Forankring av retningslinjene

Praktiske kjøreregler var detaljerte beskrivelser vedrørende henvisninger og epikriser, oppfølging av prøvesvar, bestilling av pasientreiser med mer. Prosessbeskrivelse for oppgavedeling beskrev en avtalt saks-gang dersom det kom forslag til endring av oppgavedeling mellom fastleger og sykehus, med en tilhørende sjekklister. Forankring ble beskrevet, og godkjenning i kommunene skal skje via høring i ALU og LSU. Det var også høring internt i helseforetaket og hos kommuneoverlegene. Godkjent retningslinje ble videre behandlet i administrativt samarbeidsutvalg i april 2019, der undertegnede presenterte arbeidet, og retningslinjen ble lagt som vedlegg til lov-pålagt avtale om samarbeid, «Ansvar og opp-

gavedeling mellom forvaltningsnivåene».

Arbeidet fikk oppmerksomhet i regionale medier.

Videre er det ca. seks møter i året der man diskuterer konkrete utfordringer og går gjennom avvik. Nasjonalt er det siden kommet Helsefelleskap. I nordre Trøndelag var dette greit å få til. Politisk samarbeidsutvalg ble det nye helsefelleskap nivå 1, administrativt samarbeidsutvalg ble helsefelleskap nivå 2 og fagrådene ble nivå 3. Nord-Trøndelag legeförening har fått til fastlegerepresentasjon på alle nivå. Dette lønnes nå av kommunene. Før dette har Nord-Trøndelag legeförening lenge måttet lønne fastlegerepresentantene i fagrådet.

De nye retningslinjene for samarbeid fører til at man som enslig fastlege har en mulighet til å bli hørt og få oppleve at det nytter å si fra. Får vi en oppgave i en epikrise som vi ikke skal ha, er det enkelt å skrive tilbake og henviser til retningslinjen.

Jeg har opplevd et svært konstruktivt og godt samspill med våre kolleger i spesialisthelsetjenesten. Administrativt og politisk samarbeidsutvalg har støttet arbeidet. Det eksisterte allerede en del retningslinjer om samarbeid og samhandling mellom helseforetak og kommunehelsetjenesten, men min oppfattelse er at det på dette tidspunktet ikke var noen som hadde fokus på at dette gjaldt også fastleger, bare øvrig kommunehelsetjeneste. Det var også lite kjennskap til dette hos legene. Initiativet til faggruppen og retningslinjene kom fra fastlegene selv.

Nettopp det står vel igjen som en «take-home message» fra dette arbeidet: Vi må selv ta tak i utfordringer vi opplever, sette tydelige grenser, kreve endring, foreslå tiltak og oppnå gjennomslag i de besluttede fora. For å lykkes kreves det innsikt i beslutningsprosessene. Hvem er det som bestemmer? Og hvordan skjer det?

Det har vært svært givende å være med på dette arbeidet. Jeg går nå ut av fagrådet etter fire år, og takker for et godt samarbeid med alle involverte.

■ AGDESTAIN@ME.COM

UTPOSTEN RAPPORTERER: Fastlegenes tilsynssaker i Trondheim

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Redaksjonsmedlem Utposten

**«Legevaktlegen som tok feil på Støren kunne vært meg.»
Slik åpner Njål Flem Mæland, fastlege i Trondheim, sin senere mye omtalte kronikk i Midtnorsk Debatt 8. desember i fjor.**

Bakgrunnen for kronikken hans er at en legevaktlege i Trondheim får kritikk for lovbrudd etter å ha blitt konferert med telefonisk. I kronikken (1) beskriver han hvor skjør balansegangen er mellom over- og underdiagnostikk. Betragtninger rundt tilsynssaker, sammen med levende skildring av forfatterens egne følelser og tanker rundt det å ta feil som lege, fikk fram engasjement og frustrasjonen blant Trondheims fastleger. Mange ga på sosiale medier uttrykk for store bekymringer knyttet til det å bli personlig «straffet» for det som i andre sammenhenger kanskje ville blitt betegnet som systemfeil. De fleste fastlegene kjente på at det kunne vært dem også.

Nidarosfondet, som organiserer faste månedlige informasjonsmøter for fastlegene i byen, tok raskt stafettspinnen og startet arbeidet med å organisere et stormøte rundt dagens tilsynspraksis.

For full sal

I den storslagne storsalen på Britannia hotell er stemningen spent og engasjert når kronikkforfatteren åpner møtet den 10. mars i år. Der det vanligvis sitter et tredvetalls fastleger, er det nå 120 leger i salen. Femti personer følger møtet på digitale plattformer.

Njål Flem Mælands stødige stemme leser:

«18. februar 2021 dør en 37 år gammel mann på Støren, trolig av hjertesykdom. En ambulanse besøker ham på natten, etter at han har hatt brystsmertor i flere timer. Legevaktlege blir konferert med fra ambulansepersonell. På det tidspunktet er pasienten smertefri og ønsker selv ikke innleggelse. Han vil søke fastlege når denne åpnet kontoret om få timer. Det gjør han ikke, og senere på dagen dør han. Utfallet er altså så alvorlig som det kan få bli.»

Ansiktene i salen er alvorspregede. De fleste, særlig de som går legevakter selv, vet at slike konfereringssituasjoner er vanlige, og vanskelige. Lyden på helsenettradioen er ofte elendig, opplysningene sparsomme og farget av den som formidler dem. Når ambulansepersonalet ringer, er disse elementene kanskje blandet med en forventning om at pasienten skal få forbli hjemme, eller på sykehjemmet.

Fra talerstolen forteller kronikkforfatteren om engasjementet i kollegiet, og om sin største angst etter publisering, nemlig at de pårørende skulle reagere negativt. Lettelsen var derfor stor da pasientens mor svarte på innlegget med en imponerende evne til å se saken fra flere sider, og med et budskap om at det hun savnet mest, var at noen fra helsevesenet tok kontakt, viste medfølelse og snakket om det som hadde skjedd.

Kollegaer, både fra egne rekker og også fra andre hjelpeetater som ambulanse og politi, tok kontakt etter at kronikken gikk i trykken. Mange delte forfatterens frykt; en dreining bort fra et fokus på å hjelpe pasient eller publikum på den mest helsefremmende måten, og mot at det viktigste blir å dekke egen rygg.

Når fylkeslege Jan Vaage så entrer scenen på Britannia, virker stemningen i salen paradoksal nok lettere. Mange opplever dagens tilsynspraksis som frustrerende, og har vansker med å skjønne at selv åpenbart grunnløse beskyldninger blir til tilsynssaker. Vaage forklarer at lovgrunnlaget for tilsyn er tydelig, og saker kan ikke «henlegges». Samtidig innrømmer han at han blir bekymret når han ser hvor alvorlig tilsyn gjerne slår ned hos legen som mottar det. «Dette er vi nødt til å snakke om» er omkvedet.

Nettopp det å snakke om sine opplevelser er de gode til, legene Stig Asplin og Olav Karstad. Karstad i egen person, med stødig, men følelsesladet stemme når han beskriver hvordan det oppleves at empatien i lys av offentlige vurderinger har blitt hans fiende, og at døgndoser teller mer enn god smertebehandling som del av et verdig liv for pasienten. Asplin på skjerm fra Fijløyene der han skriver på en bok om det han nylig har vært gjennom. Han opplevde etter flere tiår som fastlege å miste forskrivningsretten, da helsetilsynet kom «for å telle». Det som egentlig var en solskinnshistorie med pasienter som kom seg vekk fra gata, ja til og med i jobb- ble omgjort til en sak om antall piller, urinprøver og fratatte førerkort.

Asplin solgte sin praksis og sluttet som fastlege etter 25 år. Han ble dypt deprimert. Paradoksal nok kom pandemien som en reddende engel. Han ble spurt om å trå til

Anne-Karin Rime og Marte Kvittum Tangen i dialog om håndtering av faglige feil.



fellesmøte om



Engasjert paneldebatt på møtet.

som leder av den lokale feberpoliklinikken. Jobben der og støtte og tilbakemeldinger fra pasienter og kolleger, har fått ham opp igjen fra den dype dalen.

Flere av legenes blikk møter hverandre i salen; de skjønner hva han mener. Alle kjenner betydningen av kollegastøtten og trygge likesinnede når legeansvaret blir tungt å bære.

Nettopp dette blir en rød tråd gjennom kveldens paneldebatt der både NFA-leder Marte Kvittum Tangen og presidenten i legeföreningen Anne-Karin Rime, stiller på scenen sammen med kveldens øvrige deltagere.

Legepresidenten påpeker hvor sjelden man tar sikre beslutninger i fastlegeyrket. Vi må tørre å snakke om at vi gjør feil, noe hun i USA opplevde som mye mer vanlig. Under hospitering ved Mayo-klinikken fikk hun overvære lunsjmøtene som alltid omhandlet en historie der noe (nesten) hadde gått galt. Diskusjonen gikk naturlig blant kollegiet om hvordan man kunne håndtert saken annerledes. Så kommer det fra salen: Hvordan kan vi som fastleger midt i den norske virkeligheten lære oss å stå i denne usikkerheten? Er det i det hele tatt mulig?

Det nikkes både i sal og på podium når Marte Kvittum Tangen sier at det viktigste er å tørre å innrømme den vonde magesfølelsen. Det er vanskelig for oss leger å innrømme feil!

Vi har blitt bedre, men vi har fortsatt en lang vei å gå. Samtidig er det slik at ingen kan gå den veien alene, og vi må tillate oss å være gode kolleger, støtte, høre på, tørre å be om hjelp.

Vi har faktisk mye å spille på. Fastlegene kan kontakte tillitsvalgte som kjenner mye av det juridiske lovverket. Støttekollegaordningen har 90 leger rundt i landet med egen kursing og taushetsplikt. En samtale med en støttekollega føles for mange som en enorm lettelse. Det er også en god juridisk avdeling i legeföreningen med over 20 jurister. Vakttelefonen her tar imot ca. 10 000 telefoner i løpet av året. Det finnes muligheter for en rettshjelpsordning, når det er behov for eksterne advokater.

Flere nevner også legenes eget ressurssted Villa Sana, et fantastisk kurs- og rådgivnings tilbud som har merket betydelig økt forespørsel de siste to årene. Nytt er at mange av dem som trenger tilbudet er kommuneoverleger. I tillegg ser de nå mange unge, spesielt kvinnelige leger, i starten av karrieren.

Det er kanskje ikke rart, når man jobber i et yrke der det aldri er to streker under svaret. Vi må lære oss å gå inn i den usikkerheten sammen, sier legepresidenten.

«Det skal vi», sier fylkeslegen som mottar applaus for sin tydelige oppfordring til at det avholdes årlige fellesmøter om temaet framover.

Når applausen stilner, sitter publikum forhåpentligvis igjen med en tanke om at dette møtet var første skritt på veien mot en dialog som kan gjøre legene mindre redde. Målet må være at fylkeslegens tilsynspraksis kan føles mer som veiledning og hjelp enn som straff, noe som også vil trygge nye leger på vei inn i yrket.

Den konkrete saken som var utgangspunkt for møtet, har så helt nylig blitt omtalt på lederplass i tidsskriftet (2). Her fremheves det tydelig at individet i saken som var utgangspunkt for møtet på Britannia – legevaktlegen – har fått skyld for noe som heller skulle fått en systematisk tilnærming. Vi må erkjenne at heller ikke statsforvalteren er feilfri.

Men, som legepresidenten så treffende oppsummerer det: I spagaten mellom individet, 177 faglige retningslinjer og hundretusenvis av råd og anbefalinger er det faktisk fantastisk at fastlegen stort sett tar gode valg! *Utpostens* redaksjon føyer til: Og enda flere gode valg vil vi gjøre om vi føler oss trygge når vi utøver jobben vår.

REFERANSER

1. <https://www.midtnorskdebatt.no/meninger/kronikker/2021/12/08/Legevaktslegen-som-gjorde-feil-pa-Storen-kunne-vaert-meg-24908146.ece>
2. <https://tidsskriftet.no/2022/03/fra-redaktoren/fatale-feil>

■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

Politikerskolen i Akershus

■ HANS-CHRISTIAN MYKLESTUL • Styremedlem i Akershus legeforening



Politisk påvirkningsarbeid er en viktig oppgave for legeforeningen. I Akershus har politikerskolen blitt en nyttig fast møteplass mellom politikere og lokale legetillitsvalgte.

Hvordan politisk arbeid utøves varierer nok mellom fylkesforeningene. Vi i Akershus legeforening arrangerte sporadiske møter med politikere, skrev e-poster og leserinnlegg i lokalpressen. I 2019 kom idéen om en fast arena hvor vi som forening kunne møte lokalpolitikere. Starten var et folkemøte på Lillestrøm kultursenter sammen med Sykepleierforbundet. Arbeidstittelen «Politikerskolen» kom etter ett av mange møter med politikere. Både partier og interesseorganisasjoner driver skoloring av sine tillitsvalgte. Lokalpolitikere har ansvar for et enormt spekter av oppgaver. Noen av oppgavene er svært komplekse, enten det er snakk om infrastruktur, utbyggingsplaner eller helsetjenesten.

Hva vet politikerne om fastlegeordningen?

Møter mellom politikere og tillitsvalgte fra Legeforeningen har noen fellestrekk: Ofte starter møtet med en historie om en ubrukelig fastlege som bommet i diagnostikk av for eksempel kreft eller høyt blodtrykk. Tonen er ofte litt nedlatende, nærmest som om dette var tilstander selv barn burde kjent igjen. Det virker som om politikeren tror at pasientene kommer til legen slik bilen kommer til verkstedet, med en feilmelding i et display. Legens oppgave er bare å adlyde pasientens ønsker om blodprøver (inkludert vitamin D), MR-undersøkelser eller elektroniske resepter. Dette ritualet blir så, helt konsekvent, etterfulgt av uttalelser om deres egen fastleges fortreffeligheter. Alle politikere jeg har møtt i embets



medfør, har hatt guds nådegitte gave som sin fastlege. Der er tilliten enorm og det gjøres aldri feil. Det siste gleder jo fastlegehertet mitt.

Jeg har møtt i noen helse- og sosialkomitéer, komitéer for bolig og mestrings eller hva annet de kalles i kommunene i Akershus. Det er interessant å høre ikke-medisinere snakke om utvikling av helse-tjenesten og især legetjenesten for min del. Det er mange flinke og svært engasjerte politikere der ute! Mange av dem evner å også lytte, minst dobbelt så mye som det de selv snakker. Imidlertid finnes det også tilfeller der skråsikkerheten er mye større

enn faktagrunnlaget og kjennskapet til tjenesten. Dunning-Kruger-effekten fins også her (1). Dette er fullt forståelig. Det har også tatt meg mange år i fastlegestolen å få oversikt over den komplekse helsetjenesten, der fastlegen er et av mange tannhjul.

Med denne erfaringen kom et ønske om å drive påvirkningsarbeid gjennom kunnskapsformidling. Vi tillitsvalgte står med beina plantet ute i klinisk hverdag, gjør pasientprioriteringer og har tanker om hva som er bra og hva som kan bedres i tjenesten. Hva er vel bedre enn at vi deler våre erfaringer med beslutningstakere?

Lillestrøm
rådhus

Bærum rådhus, Sandvika



Jessheim



FOTO: MORTEN HERNES, 07 MEDIA

Hvordan lager man en lokal arena?

Først måtte vi få klarhet i hva vi ønsket å oppnå. Det viktigste var ikke selve møtene, men at politikere og tillitsvalgte blir kjent. Kunnskap og kjennskap er bedre enn fordommer og forenklinger. Kanskje kan vi komme i posisjon, slik at politikerne tar kontakt med oss for innspill som kan rettes til deres respektive administrasjoner? Kommer vi tidlig inn i prosesser, kan konstruktive innspill gi gode saker som er bra for innbyggere, oss helsepersonell og kommunene. Dette er legekunst jeg aldri lærte i auditoriet, men verv i Association of Norwegian Students Abroad og Norsk medisinstudentforening har vært lærerikt. Dette skal ikke være en machiavellisme (2, 3).

Hvem skulle være med på møtene og hva skulle diskuteres?

Som en lokalforening var det naturlig å invitere kommunepolitikere i første omgang. Foreningene Leger i Samfunnsmedisinsk Arbeid, og Allmennlegeforeningen var naturlige innledere. For kommunepolitikere var tema som legevakt, fastlegeordning og miljørettet helsevern naturlige. Møtene skulle gjennomføres våren 2020. Da sier det seg selv at smittevern kom opp som et naturlig tema. På styremøte i Akershus legeforening kom også Overlegeforeningen og Yngre legers forening på banen. Kapasitetsutfordringene, særlig på Akershus universitetssykehus, har konsekvenser for kommunehelsetjenesten. Det ble derfor besluttet at også våre kolleger i spesialisthelsetjenesten skulle få komme til orde. Det ble vurdert at dette ville gjøre møtene enda mer relevante. Etter evalueringen har styret i Akershus legeforening landet på at avtalespesialistene ved Praktiserende Spesialisters Landsforening også bør inn. Denne gruppen av kolleger står for 28 prosent av alle polikliniske konsultasjoner i Norge.

Hvor skulle møtene avholdes?

Akershus er delt i fire områder (Vest, Follo-regionen, Øvre og Nedre Romerike) og forholder seg til mange ulike helseforetak og sykehus (Vestre Viken, sykehusene i Oslo, Akershus universitetssykehus, Sykehuset Østfold). Utfordringene er forskjellige – Hurdal har noen tusen innbyggere og Bærum 120 000. Det naturlige sentrum er Oslo, hvor de fleste kan ta tog eller buss. Et sentralt møte her ville organisatorisk vært det enkleste, men vi vurderte at lokal forankring kunne sikre godt oppmøte, så møtene ble spredt. Første møte ble avholdt på rådhuset i Sandvika for lokalpolitikere fra Asker og Bærum. Deretter ble det møter i Stasjonen kaffebar på Jessheim for politikere på Øvre Romerike og i kantina på rådhuset i Lillestrøm for politikere på Nedre Romerike.

Finansiering

Hva kom gildet til å koste? Lokaler, mat og drikke koster penger. Vi valgte frokostmøte, etter råd fra drevne lokalpolitikere. Det er visst sann at også politikere har et familieliv de ønsker å ta del i. Møtehonorer bidro til frikjøp av lokale tillitsvalgte. Dette var viktig for at lokalpolitikere og våre representanter skulle få anledning til å hilse på hverandre og danne grunnlag for videre kontakt.

Invitasjoner

Verken politikerne eller vi i lokalforeningen hadde vært til stede på folkevalgtmøter før. Vår eminente sekretær hadde laget personlige invitasjoner til alle helse- og sosialpolitikere i Akershus. De politikerne som stod oppført med e-post på partilagene sine hjemmesider fikk invitasjonen personlig. Alle de politikerne som ikke hadde oppgitt e-postadressen sin fikk invitasjonen sendt til de respektive postmottak i kommunene – og kom aldri fram. Oppmøtet på to av møtene bar tydelig preg av dette. Dette ble vår suverent største flause,

men nå har vi lært. Neste gang sender vi en felles invitasjon til gruppelederne, og håper på at de distribuerer videre.

Møtedagen rinner

Følelsen var som en blanding av 17. mai og eksamen. Sommerfugler i magen og neglebiting. Det er gøy når du ser møtelokalene fylles. Nysgjerrige lokalpolitikere med en kopp kaffe og et par rundstykker på vei inn i salen. Noen nye og usikre, andre erfarne og trygge. Alle engasjerte i å bidra til bedre lokalsamfunn. Det var viktig med korte bolker med informasjon fra oss i foreningen og god tid til innspill og diskusjon. Undertegnede fungerte som debattleder. Det krever disiplin å ikke selv å ta ordet i mange spennende diskusjoner. En drevnen politiker fra Asker klarte å hanke meg inn da jeg ikke klarte å lede møtet godt nok i saken om frislipp av fastlegehjemler i Bærum kommune.

Hvert møte hadde sin egen dynamikk. Alle med hvert sitt lokale tilsnitt, enten det var snakk om legevakt på Jessheim eller blyforurensning av en bekk ved en skytebane i Bærum. I det siste møtet på Lillestrøm, 5. mars 2020, fikk smittevern og pandemi en stor plass. Og etter et totimersmøte er det fint å se de folkevalgte gå ut mens praten går livlig.

Kontakten videre har variert betydelig mellom de forskjellige kommunene, politikerne og de tillitsvalgte der. I noen kommuner er dialogen god. I andre glimrer den med sitt fravær. Vi er klare til videre arrangementer og aktivt påvirkningsarbeid.

REFERANSER

1. Svartdal F. Dunning-Kruger-effekten: Store Norske Leksikon; 2020. <https://snl.no/Dunning-Kruger-effekten>.
2. Berg OTB, J. Niccolò Machiavelli Store Norske Leksikon 2021. https://snl.no/Niccol%C3%B2_Machiavelli.
3. Wikipedia. Machiavellisme. <https://no.wikipedia.org/wiki/Machiavellisme>.

■ HCMYKLESTUL@HOTMAIL.COM

Fossilfrie investeringer i kampen mot klimakrisen

■ **KNUT MORK SKAGEN** *Styreleder i Legenes klimaaksjon. Lege i spesialisering, barne- og ungdomspsykiatri, St. Olavs hospital

■ **KJELL-ARNE HELGEBOSTAD** *Kommuneoverlege og fastlege, Røst kommune, medlem i Legenes klimaaksjon

Legeforeningens skal ikke lenger tjene penger på utvinning av kull, olje og gass. I april besluttet 2021 sentralstyret å trekke foreningens kapital ut av fossile energiselskaper, på lik linje med investeringer i tobaksindustri og produksjon av atomvåpen. Dette gledelige vedtaket er i tråd med foreningens klimaresolusjon fra 2019, og et stadig voksende internasjonalt fenomen som på engelsk omtales som «divestment». Vi håper at Sykehjelps- og pensjonsordning for leger (SOP), andre fagforeninger og flest mulig enkeltpersoner følger etter.

Klimakrisen er en helsekrise (1). Listen over helsekonsekvenser er vond og lang (2). Den viktigste kilden til utslipp av klimagasser er forbrenning av fossile energikilder som kull, olje og gass. Slik forbrenning skaper dessuten partikkelforurensning som bidrar til flere millioner premature dødsfall hvert år (3). I september 2021 gikk redaksjonene til flere hundre medisinske tidsskrifter sammen om en tydelig felles oppfordring: verden må handle raskt mot klimaendringer og naturtap, og helsepersonell bør stå i front i denne kampen (4).

Tidsskriftenes oppfordring var også tydelig på hvordan. Helsepersonell kan opplyse om klimakrisen som en helsekrise. Vi kan jobbe for bærekraftige helsetjenester med lavest mulig avtrykk på miljøet. Og vi kan gå sammen om å kreve klimavennlig og fossilfri sparing og investering.

Investering som etisk praksis

Ideen om etisk investering kan spores i forskjellige former tilbake til antikken. Ulike kirkesamfunn har vært opptatt av temaet: Kvekerne var motstandere av handel med våpen og slaver. Grunnleggeren av metodistkirken, John Wesley, talte om pengeforvaltning som et religiøst og etisk anliggende (5).

Sosialt ansvarlige investeringer innebærer for det første å aktivt plassere kapital i bedrifter som bidrar til positiv sosial endring. Det andre og kanskje viktigste virkemiddelet er å

ikke investere i virksomheter som bidrar negativt. Den siste tilnærmingen, som på engelsk blir kalt «divestment», ble særlig kjent utover 1980-tallet da mange sluttet både å handle med og investere penger i selskaper som ga støtte til Sør-Afrikas apartheidregime.

Både Legeforeningen og SOP har lang tradisjon for å være etisk ansvarlige investorer. SOP ekskluderte tobakkselskaper fra sine investeringer allerede i 1998. Kort tid etter fikk foreningen på plass screening mot klasebomber, personellminer og atomvåpen (6).

Formålet med å trekke investeringer er todelt. På den ene siden ønsker man å harmonisere kapitalfortjeneste med egne etiske prinsipper. Det vil være hyklersk om Legeforeningen, som har forpliktet seg til å vise engasjement i klimasaken og arbeide for klimavennlig drift, samtidig skulle gjøre profitt på fossil industri, selve hovedmotoren i den globale oppvarmingen.

På den andre siden er målet å svekke den fossile industriens sosiale legitimitet. Når Legeforeningen flytter sine investeringer ut av bedrifter som utvinner, foredler, eller distribuerer fossile energikilder, rammer man ikke nødvendigvis bedriftenes økonomi direkte. Imidlertid retter det søkelyset mot de helseskadelige og usolidariske aspektene ved denne virksomheten. Som handling flytter det fokus fra spørsmål om lønnsomhet, som ellers er fremste prioritet ved kapitalforvaltning, til en diskurs om etikk, bærekraft og helse (7).

Helseforeninger verden over har trukket seg ut av fossile investeringer

Siden 2011 har tusenvis av organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og selskaper valgt å trekke kapitalen de forvalter helt eller delvis ut av fossil energi, til sammen over 40 tusen milliarder amerikanske dollar (8).

Verdens legeforening har siden 2016 anbefalt sine medlemsforeninger å flytte sine investeringer fra fossile til fornybare energiselskaper (9). I Storbritannia har både legeforeningen og flere fagmedisinske foreninger vedtatt å avstå fra investeringer i fossil energi, og i januar 2020 lanserte tidsskriftet *BMJ* en internasjonal kampanje rettet mot helsepersonell og deres organisasjoner (10).

Legeforeningens landsstyre vedtok i 2019 en klimaresolusjon som anerkjenner den enorme trusselen som klimaendringer utgjør mot global helse i det 21. århundre, og forplikter Legeforeningen til å vise engasjement og arbeide for klimavennlig drift (11). I april 2021 viste sentralstyret at de tar denne resolusjonen på alvor, da de etter oppfordring fra Legenes klimaaksjon vedtok en revidert, fossilfri investeringsstrategi for foreningenes aksjekapital.

Kollektiv innsats må til

Tilbudet av ulike grønne og fossilfrie spareprodukter blir stadig større. Det gjør det enkelt for privatpersoner å forvalte sine midler med hensyn både til etikk og øko-



Over hele verden har helseforeninger, deriblant Legeforeningen, trukket seg ut av fossile investeringer. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

nomi. Individuelle tiltak har likevel begrenset effekt på et problem som går på tvers av landegrenser og sektorer. Kollektiv innsats må til.

Sykehjelps- og pensjonsordning for leger (SOP) forvalter en aksjekapital på over to milliarder kroner. Et av de viktigste klimatilstandene norske leger kan gjennomføre er å gå sammen for å kreve at fossile virksomheter ekskluderes fra denne investeringsporteføljen.

Siden 1980-tallet har SOP vært ledende i arbeid for ansvarlige investeringer. En bevegelse bort fra fossile investeringer vil være et naturlig steg i samme retning. Det vil også sende et tydelig signal om at utvinning og forbrenning av fossil energi har alvorlige konsekvenser for global helse, og at klimakrisen er en helsekrise.

Vi håper at pensjonsfondet SOP og andre fagforeninger vil følge eksempelet til Legeforeningens gledelige vedtak!

REFERANSER

1. Kvåle G. Klimakrisen er en helsekrise. Tidsskr Nor Lægeforen. 2019; 139(11).
2. Romanello M, McGushin A, Di Napoli C et al. The 2021 report of The Lancet Countdown on health and climate change: code red for a healthy future. Lancet. 2021; 398: 1619–62.
3. Vohra K, Vodonos A, Schwartz J et al. Global mortality from outdoor fine particle pollution generated by fossil fuel combustion: Results from GEOS-Chem. Environ. Res. 2021; 195: 110754.
4. Atwoli L, Baqui AH, Benfield T et al. Call for emergency action to limit global temperature increases, restore biodiversity, and protect health. Tidsskr Nor Lægeforen. 2021; 141: 1138–40.
5. Scheuth S. Socially Responsible Investing in the United States. J. Bus. Ethics. 2003; 43: 189–194.
6. Legeforeningen. Investerer ikke i miner og tobakk. Tidsskr Nor Lægeforen. 22.6.2006. <https://tidsskriftet.no/2006/06/aktuelt-i-foreningen/notiser> Lest 8.2.22.
7. Healy N, Barry J. Politicizing energy justice and energy system transitions: Fossil fuel divestment and a “just transition”. Energy Policy. 2017; 108: 451–459.
8. Fossil Free. 1200+ divestment commitments. <https://gofossilfree.org/divestment/commitments/2020> Lest 8.2.22.
9. World Medical Association. WMA Statement on Divestment from Fossil Fuels. WMA, 29.3. 2017. <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-divestment-from-fossil-fuels/> Lest 8.2.22.
10. Abbasi K, Godlee F. Investing in humanity: The BMJ's divestment campaign. BMJ. 2020; 368: m167.
11. W Daniel. Klimaresolusjon og menneskerettighetsutvalg. Legeforeningen, 6.6.19. <https://www.legeforeningen.no/nyheter/2019/vedtok-klimaresolusjon-og-nytt-menneskerettighetsutvalg/> Lest 8.2.22.

■ KNUT@LEGENESKLIMAAKSJON.NO
 ■ KJELL-ARNE.HELGEBOSTAD@ROST.KOMMUNE.NO

Migrasjonshelse i Norge

■ ARILD KJELL AAMBØ • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Migrasjon og de påfølgende bestrebelsene med å tilpasse seg et nytt samfunn, tærer på migrantens helse. Men innvandrernes helseproblemer har også blottstilt svakheter i mottakerlandets helsetjenester, og dette har tvunget frem ny kunnskap og avstedkommet justeringer som alle grupper i samfunnet i dag nyter godt av. I denne utviklingen har Utposten spilt en viktig rolle, ikke minst de siste tiårene, og det synes derfor betimelig at man i forbindelse med jubileet tar et tilbakeblikk og forsøker å få øye på enkelte vesentlige trekk ved utviklingen.

Utposten feirer 50 år! Gratulerer!

Fra oppstarten har *Utposten* gjort en uvurderlig innsats for allmennmedisin og samfunnsmedisin, både når det gjelder å skape interesse for denne «avkroken» av medisinen og i utformingen av faget. Den tid *Utposten* har eksistert faller i stor grad sammen med overgangen fra industrisamfunnet til informasjonssamfunnet, men også den perioden i norsk historie som betegnes som *den nye innvandringen* – en periode som tok til på slutten av 1960-tallet og som har vedvart til i dag.

Innvandring til Norge er langt fra et nytt fenomen, men på slutten av 1960-tallet ble innvandringen for første gang større enn utvandringen. Og, mens den typiske innvandrer i tidligere tider kom fra overklassen, ble innvandringen nå i stor grad preget av grupper med lav sosioøkonomisk status. Dessuten begynte man å se et stadig større innslag av innvandrere fra Asia, Afrika og Sør-Amerika. Etter 2. ver-

denskrig kom mange fra Tyrkia, Pakistan og Marokko til Vest-Tyskland, hvor de bidro til gjenoppbyggingen etter krigen. Noe senere kom også noen til Norge – som «fremmedarbeidere» eller «gjestarbeidere», som det het den gang. Etter hvert kom det også flere grupper med politiske flyktninger. De som flyktet fra nyopprettede kommunistiske regimer kom først, senere kom flyktninger fra borgerkrig og annen konflikt rundt om i verden, blant annet fra Chile, Vietnam og Iran.

I forbindelse med den nye innvandringen ble helsearbeidere nødt til å forholde seg til pasienter med en annen, og til dels svært forskjellig sosiokulturell bakgrunn. Dette skapte et behov for kunnskap om hvordan innvandrerne best kunne få hjelp for sykdommer og plager, et behov som i alle fall her til lands ble godt understøttet av Menneskerettighetserklæringen, som vektla integritet og likeverd og som fremsatte krav om respekt og behovsoppfyllel-

se, blott og bart i kraft av det å være menneske. Innvandrere har spesielle helseutfordringer og har ofte behov for helsetjenester (1). Men, det kan være en smertefull og til dels truende prosess for oss som helsearbeidere å oppdage at enkelte medisinske «sannheter» er kulturelle verdier i lett forklledning, og at det derfor kan være vanskelig for personer med en annen sosio-kulturell bakgrunn å dra nytte av tjenestetilbudet. At man også i helsesektoren smått om senn ble klar over dette forholdet, har vært en forutsetning for at vår medisinske kunnskap kunne gjøres tilgjengelig og anvendbar også for ulike innvandrergrupper.

Fra ildsjeler til institusjonelt engasjement

Interessen for innvandrernes helseutfordringer og engasjementet for endring og tilpassing, var fra starten av knyttet til noen få ildsjeler. Noen av disse fikk etter hvert stor betydning også for den institusjonelle utviklingen, og omtales kort i det følgende. En av de aller første som virkelig tok tak i problematikken knyttet til innvandrers helse – i alle fall her til lands – var den frem-synte allmennpraktikeren *Berit Austveg*. I 1976, rett etter avsluttet turnustjeneste, begynte hun å arbeide ved det nyopprettede *Fremmedarbeiderkontoret* i Oslo (senere kalt *Innvandrerkontoret*). Hun var deretter med på å opprette *Helsetjeneste for innvandrere* på Sagene, et helsesenter som fungerte

FAKTA MIGRASJONSHELSE

- Man har de siste 50 årene sett en utvikling både i form av «mainstreaming» av helsetilbudet til innvandrere og kunnskap om hvordan innvandrers helseproblemer bør møtes.
- Selv om institusjoner som ble opprettet for å ivareta innvandrers helse, har kommet og gått, er problematikken rundt innvandrers helse og hvordan den best bør ivaretas fortsatt i stede og krever oppmerksomhet fra helsearbeidere på mange plan.

Markante skikkelser innen migrasjonshelse i Norge. F.v. Berit Austveg, Nora Ahlberg og Edvard Hauff.



FOTO: NFFO



FOTO: SOLUMBOKVENNENNO



FOTO: UIO

et tilbakeblikk

UTPOSTEN
50 ÅRSJUBILEUM



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

både som behandlingstilbud, læringsverksted og kontaktforum mellom innvandrere og helsetjenesten. Her involverte hun antropologer og filosofer så vel som sykepleiere og legestudenter i kunnskapsproduksjonen. Det ble fort tydelig at den livssituasjonen mange innvandrere var henviset til, i stor grad påvirket deres helsetilstand. Og når innvandrere først ble syke, så det ut til å gå dårligere med dem enn med majoritetsbefolkningen. I sin kliniske praksis og gjennom foredrag og annen undervisning, arbeidet Austveg utrettelig for å opprette et likeverdig helsetjenestetilbud til innvandrerne – helt frem til senteret i 1988 ble nedlagt. Hun samlet da sine erfaringer i

boken *Helsearbeid og innvandrere: Mangfold, sunnhet og sykdom*, som kom i 1989 (2). Her peker hun på to utfordringer som er aktuelle den dag i dag:

... å se problemstillingene i et bredt nok perspektiv, samtidig som man sikrer høy kvalitet på kunnskapsutvikling og tjenester.

... å håndtere tendensen til at fagpersoner gjør seg utilgjengelige for minoritetspasienter, enten på grunn av personlige holdninger eller av ressursmessige hensyn, da det kan være både tidkrevende og fordyrende å gi dem et skikkelig tilbud.

En annen pioner, som på denne tiden gjorde seg sterkt bemerket, var psykiateren *Edvard Hauff*, som var sentral i opprettel-

sen av *Psykososialt senter for flyktninger* (PSSF). Dette var et forskningssenter som også gav et behandlingstilbud for sterkt traumatiserte flyktninger. De første årene ble det driftet som prosjekt under Helsedepartementet (1986–1990), deretter innlemmet i «randsonen» til Universitetet i Oslo. I tilknytning til PSSF ble det også opprettet et nettverk av regionale «psykososiale team for flyktninger». Hauff og PSSF arbeidet særlig med å kartlegge de helsemessige konsekvensene av brudd på menneskerettighetene, og bidro på denne måten sterkt til at man begynte å se helse og helsetjenesteyting i et menneskerettighetsperspektiv. ►

I 2003 ble PSST nedlagt. Forskningsdelen inngikk som en del av *Nasjonalt kunnskaps-senter om vold og traumatisk stress* (NKVTS), og de regionale teamene ble omgjort til regionale sentre om vold og traumatisk stress (RSVT). Samtidig fikk psykologen *Nora Ahlberg* i oppdrag å opprette et kompetansesenter for innvandrerhelse som, i tillegg til å samle og utvikle kunnskap om innvandrernes mentale helse, skulle beskjeftige seg med somatisk helse og se helsen i et bredere sosialt perspektiv. Dette ble *Nasjonal kompetansenhet for migrasjonshelse* (NAKMI).

Europeisk samarbeid

Allerede fra oppstarten ble NAKMI involvert i et europeisk initiativ kalt *Migrant Friendly Hospitals*, et EU-finansiert prosjekt med todelt målsetting: Dels skulle prosjektet bidra til å styrke sykehusenes rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet blant innvandrere, dels skulle man øke sykehusenes kompetanse til å (sam)arbeide med disse gruppene. Viktig innsikt fra den første prosjektperioden var på dette tidspunktet allerede nedfelt i *Amsterdamdeklarasjonen* (3). Som et resultat av prosjektet, ble det opprettet en arbeidsgruppe i regi av WHO: *Health Promoting Hospitals* (HPH) og det ble utviklet «kvalitetsstandarder», det vil si et minstemål for likeverdig helse-tjenesteyting (5). I dag er alle helseregioner representert, og 15 sykehus deltar i en arbeidsgruppe som målbevisst arbeider for å utvikle et likeverdig helse-tjenestetilbud i sykehussektoren (NONEMI). Her i Norge ble arbeidet koordinert gjennom NAKMI. Senere har flere nettverk kommet til, bl.a. *Nettverk for innvandrerhelse i kommunene* (NIK) og *Nettverk for innvandrerhelse i frivillig sektor* (NIFS), alle med utgangspunkt i NAKMI. Det innvandrervennlige initiativet har også skapt diskusjon og engasjement i andre fora, og etter hvert kom også *Legeforening* med et 10-punktsprogram for en bedre helse-tjeneste for ikke-vestlige innvandrere (6). NAKMI deltok senere i flere EU-finansierte initiativ for en likeverdig helse-tjeneste for innvandrere (7). I 2018 ble NAKMI innlemmet i *Folkehelseinstituttet*, nå som *Enhet for Migrasjonshelse ved FHI*.

SOHEMI – et rådgivende organ på feltet

I 2005 ble *Forum for sosial- og helse-tjenester ved migrasjon* (SOHEMI) opprettet som et rådgivende organ for Helsedirektoratet på området migrasjonshelse (8). Fra 2019 har foru-

met hatt et utvidet mandat og skal nå også arbeide for å bedre helsen blant innvandrere.

Det som begynte som et personlig engasjement hos noen få ildsjeler, har altså utviklet seg til et bredt og omfattende nasjonalt engasjement for å sikre en likeverdig helse-tjeneste til alle deler av befolkningen. Et annet viktig trekk ved denne utviklingen er at mens de tidligste ildsjelene kom fra majoritetsbefolkningen og ville gjøre noe godt for innvandrerne, er det i dagens Norge mange helsearbeidere som selv har innvandrerbakgrunn. Mange av disse er sterkt engasjerte også i helsefremmende arbeid, i utformingen av helse-tjenestene og i forskning på innvandrerhelse.

Fra der og da til her og nå.

Migrasjon over landegrensene blir ofte forklart ved såkalte push- og pull-faktorer. Push-faktorer er trusler, trakassering og forfølgelse som gjør det umulig å leve et verdig liv i hjemlandet, pullfaktorer knyttes til drømmen om bedre livsbetingelser i utlandet. Det er derfor ikke til å undres over at man i så vel forsknings- som behandlingsøyemed i lang tid konsentrerte seg om fortiden, hvor innvandrere kom fra og hva de brakte med seg av traumer og konfliktstoff. Post-traumatisk stress (PTSD) ble av mange ansett som en plausibel forklaring på flykntingens helseproblemer, mens arbeidsinnvandreres helse-tilstand i stor grad ble neglisjert. Men de siste tiårene har det kommet en rekke studier, etter hvert også oppsummert forskning, som drar i en annen retning (1). Her i Norge har *Statistisk sentralbyrå* (SSB) fra 1990-tallet med ti års mellomrom gjennomført separate leve-kårsundersøkelser blant innvandrere, den siste i 2016 (9). Alle disse undersøkelsene viser at det er flere blant innvandrere enn i resten av befolkningen som sliter med psykiske problemer. I de aller fleste tilfeller dreier dette seg om nedstemthet, uro og bekymring, ofte kombinert med søvnmangler og ensomhet. Mer påfallende var det likevel at det i flere nasjonalgrupper ble påvist en betydelig økt forekomst av livsstilssykdommer som overvekt, hjerteinfarkt og diabetes. Det gjaldt særlig innvandrere fra Sør-Asia. Dessuten florettede belastningslidelser i flere grupper, ikke minst blant innvandrere fra Midtøsten. Resultatet var i begge tilfeller kronisk sykdom og nedsatt funksjonsevne.

I 2016 kom så en omfattende registerstudie som bekreftet det mange hadde begynt å ane: Nyankomne innvandrere og innvandrere med kort oppholdstid i Norge viste seg

å ha betydelig *mindre* dødsrisiko enn befolkningen for øvrig, mens de som hadde vært her lenge, dvs. 25 år eller mer, hadde en dødsrisiko på nivå med de innfødte eller høyere (10). Den siste tiden har det dessuten kommet registerstudier som viser at også forekomsten av multiorbiditet øker drastisk med økende oppholdstid i Norge (11). Lignende funn er gjort i andre land (1). Vi ser altså en utvikling fra «healthy migrants» til «exhausted migrants», en utvikling som går over flere tiår, og hvor forhold i mottakerlandet synes å spille en minst like viktig rolle som krig og konflikt i hjemlandet.

Opplevd diskriminering

De siste tiårene har det også kommet en rekke studier som viser at opplevd diskriminering kan forklare en betydelig del av den økte sykdomsforekomsten blant innvandrere – kanskje særlig blant innvandrere i arbeid (12). Det er likevel stor variasjon mellom ulike nasjonalgrupper når det gjelder hvordan disse forholdene spiller inn, og man må anta at også interne forhold i de ulike grupperingene spiller en rolle i sykdomsutviklingen. Uten å neglisjere betydningen av traumer før og under migrasjonen, viser utviklingen på kunnskapsfeltet at det er god grunn til å flytte oppmerksomheten fra det som for innvandreren skjedde der og da til det som skjer her og nå – i møtet med et nytt og til dels fremmed samfunn.

Fra kulturelle særtrekk til akkulturasjon og allostatisk belastning

Parallelt med denne utviklingen har vår forståelse av 'kulturkompetanse' – det at man kan arbeide effektivt og komfortabelt også med pasienter som har en annen sosiokulturell bakgrunn enn ens egen – endret seg. Nå må det sies at heller ikke kultur er et entydig begrep. I nyere tid har man innsett at kultur er omskiftelig og overlappende og uten tydelige grenser (13). Kulturblanding eller hybridisering er et vanlig fenomen, og i en slik situasjon vil de fleste av oss kunne velge fritt innenfor den mulighetshorison-ten vi ser, en horisont som er like mye et produkt av våre subjektive ønsker og preferanser som av våre materielle og sosiale omgivelser (14). Men mens man i samfunnsfagene er opptatt av det dynamiske og omskiftelige ved kulturen, brukes kulturbe- grepet i dagligspråket ofte på en svært kate- gorerende måte. Man ser en tendens til at folk entydig klassifiseres som tilhørende



ILLUSTRASJONSFOTO: ISTOCK

'kulturer' i form av stabile og fast avgrensede enheter. Beskrivelser av motsetninger mellom ulike folkegrupper som kulturkonflikt, kan gi inntrykk av at kulturforskjeller i seg selv er konfliktskapende (13).

I medisinen har 'kultur' gjerne vært brukt som «et sekkebegrep, en restkategori som får forklare det uforklarlige man nødig bryr seg med innenfor mainstream-medisin» (3). De siste tiårene har imidlertid forskningen på allostatisk belastning/overbelastning gitt et nytt tilfang av forklaringer på innvandrernes helseproblemer. Allostatisk belastning refererer til den samlede slitasjen kroppens ulike reguleringsmekanismer blir utsatt for i bestrebelsene på å bevare en viss indre stabilitet, mens kropp og sinn bevisst eller ubevisst tilpasser seg endrede omgivelser (15). Allostatisk overbelastning kan utmatte kroppens tilpasningssystemer. Det kan føre til bl.a. nedsatt immunitet, autonom dysfunksjon, hjerte- og karsykdommer, beinskjørhet og tidlig aldring. En viktig innsikt er at selv små belastninger som vedvarer over lang tid, kan ha like store eller større konsekvenser som store, traumatiske opplevelser. Slike vedvarende belastnin-

ger er for eksempel ukjente omgivelser og forskjellig klima, ukjente kulturelle praksiser, et nytt språk, vanskelige samhandlingsmønstre i møte med det offentlige Norge og, ikke minst, opplevd diskriminering.

Kulturkompetansebegrepet

Motstridende tendenser finner man også når det gjelder hva man legger i begrepet 'kulturkompetanse'. På 1970-tallet var det ikke uvanlig å tenke at 'kulturkompetanse' handlet om å vite noe om hva som karakteriserer en bestemt gruppe mennesker, å forsøke og innrette seg etter dette. Man innså imidlertid snart at en slik 'etnosentrisk' tilnærming fører til en fragmentert og stereotyp – til tider helt gal – oppfatning av den enkelte pasient. Noen gjorde seg til talsmenn for 'kultursensitivitet' (16), en tilnærming som hviler på bevisstheten om at alle mennesker tolker, oppfatter og forstår virkeligheten ut fra sin egen kulturelle erfaringsbakgrunn, og at dette preger den enkeltes vurderinger og holdninger. I medisinen innebærer kultursensitivitet at

man må forsøke å se situasjonen og dens utfordringer fra pasientens eget synspunkt og fatte beslutninger ut fra pasientens egne premisser. Slik sett er alle 'kulturer' likeverdige, og at man innretter seg deretter kan skape gjensidig respekt og gi et godt utgangspunkt for dialog. Likevel, dersom man tar for gitt at det ikke finnes noen felles verdiskala som ulike tanker og handlinger kan vurderes i forhold til, kan en slik form for kulturel relativisme være problematisk, ettersom man blir ute av stand til å skille mellom rett og galt. Det kan føre til handlingslammelse. Disse svakhetene ble tydelige da man tidlig på 2000-tallet begynte arbeidet mot såkalte 'helseskadelige skikker', slik som kvinnelig omskjæring, tvangsekteskap og negativ sosial kontroll.

På slutten av 1990-tallet ble det lansert et nytt begrep, «kulturell ydmykhet» (17). Snarere enn at man som helsearbeider tilegner seg spesifikk kunnskap om innvandrernes kulturelle bakgrunn, innebærer dette at man til enhver tid er villig til å reflektere over egen praksis og utøve selvkritikk. Det innebærer også at man er spesielt oppmerk-

som på maktubalansen i lege-pasient-forholdet, en ubalanse som alltid vil være der, men som blir særlig påtrengende når pasienten har språkproblemer og kanskje også manglende kunnskap om helsetjenestenes organisering og arbeidsmåte. Til slutt oppfordres det til å utvikle gjensidig fordelaktige samarbeidsformer med ressurspersoner fra ulike miljøer og grupperinger på vegne av enkeltpersoner eller spesifiserte grupperinger. Dette siste har vist seg å ha særlig stor betydning i krisesituasjoner, for eksempel nå under koronapandemien.

Store endringer, men også vedvarende diskusjoner

Vi har de siste femti årene vært vitne til institusjoner som har kommet og gått, institusjoner som hver på sitt vis har bidratt til kunnskapsutvikling på feltet innvandrerhelse. Og med økende kunnskap, har oppmerksomheten skiftet fra forholdene før og under migrasjonen til hva som skjer i mottakerlandet, her og nå. Samtidig har vi sett et skifte i kunnskapen om hva som gjelder som kulturkompetanse blant helsearbeidere – fra at man tidligere var opp-tatt av hva som særmerket de ulike innvandrepasientene til større bevissthet rundt at man også som helsearbeider er representant for en viss kultur, og at det er behov for dialog og anerkjennelse på flere plan om man skal kunne utvikle et godt samarbeid og yte adekvate tjenester. De siste årene har det også kommet mange helsearbeidere som selv har innvandrerbakgrunn – også flere som har vært asylsøkere – og som i møtet med pasienten kan dra nytte av sine erfaringer, og slik bidra til at pasienter møter respekt og økt forståelse for den situasjonen de befinner seg i.

Men noen diskusjoner vedvarer: Det har lenge vært en rådende holdning at man ikke skal utvikle det som er definert som

særomsorg, men heller vektlegge individuell tilrettelegging. Problemene knyttet til innvandrerhelse utfordrer likevel prinsippet om universelle tjenester framfor særtiltak. Behovet er kanskje særlig påtrengende når det gjelder behandling av de mest traumatiserte flyktningene. Men også når det gjelder livsstilssykdom og enkelte forhold som angår innvandreres helse i arbeidslivet, kan det være hensiktsmessig med målrettede tiltak overfor visse grupper. Videre er det behov for «en avklaring av hva som menes med likeverdighet i forhold til innvandrerbefolkningen, og i hvilken grad tilrettelegging av tjenestene og eventuelle særtiltak er nødvendige for å kunne tilby likeverdige tjenester. Det er svært alvorlig at de deler av befolkningen som har større sykkelighet og mindre ressurser og kompetanse ikke kan nyttiggjøre seg etablerte tjenester fullt ut» (18). Under pandemien så man for eksempel et betydelig behov for spesielt tilrettelagte informasjonskampanjer – i tillegg til at det ble utformet informasjonsmateriale på ulike språk. En annen diskusjon som ser ut til å vedvare, er om tolkenes rolle (som begrenses av tolkenes etiske regelverk) bør suppleres med en annen form for «kulturformidling» – kanskje en støttende person som kan bistå pasienten når det gjelder å forklare for legen hvilken betydning sykdommen har nettopp for ham eller henne, eller som kan forklare for pasienten betydningen av hva legen har forsøkt å formidle. Det gjenstår derfor en god del for at man skal kunne si at innvandreres helse blir adekvat ivaretatt i norsk helsetjeneste, men vi er godt på vei!

REFERANSER

1. Abubakar I. et al. (2018) The UCL-Lancet Commission on migration and health: The health of a world on the move. *The Lancet*, 392: 2606–2654.
2. Austveg B. (1989) Helsearbeid og innvandrere: mangfold, sunnhet og sykdom. Oslo: TANO.
3. Ahlberg N. (Red.) (2005) Utfordringer innen helse og omsorg blant minoriteter – Tilbakelikk og erfaringer. Oslo: NAKMIs skriftserie nr. 1/2005.

4. The Amsterdam Declaration: Towards Migrant-Friendly Hospitals in an ethno-culturally diverse Europe. https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_en.pdf.
5. HPH Task Force MFH: Standards for equity in health care for migrants and other vulnerable groups <https://www.hphnet.org/wp-content/uploads/2021/07/Standards-Self-Assessment-Tool-2015.pdf>.
6. Legeforeningens 10-punktsprogram for en bedre helsetjeneste for ikke-vestlige innvandrere. <https://flyktning.net/ressurs/legeforeningens-10-punktsprogram-for-en-bedre-helsetjeneste-for-ikke-vestlige-innvandrere>.
7. Spilker R. et al. (2009) Mighealthnet. Tilstandsrapport: Minoritetshelsefeltet i Norge. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2009-og-eldre/tilstandsrapport-minoritetshelsefeltet-i-norge-mighealthnet-2009.pdf>.
8. SOHEMI, <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/organisasjon/rad-og-utvalg/fagrad-for-likeverdige-helse-og-omsorgstjenester-til-innvandrerbefolkningen-sohemi>.
9. Levekår blant innvandrere i Norge 2016. SSB-rapport 2017/13. <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/levekar-blant-innvandrere-i-norge-2016>.
10. Syse A, et al. (2016) Differences in all-cause mortality: A comparison between immigrants and the host population in Norway 1990-2012. *Demographic Research* 34 (22): 615–656.
11. Diaz E, et al. (2015) Multimorbidity among registered immigrants in Norway: the role of reason for migration and length of stay. *Trop Med Int Health*. 20(12): 1805–14.
12. Aambø A. (2021) Helsekonsekvenser av diskriminering i arbeidslivet. *Søkelys på arbeidslivet* 38(3–4). <https://www.idunn.no/doi/10.18261/issn.1504-7989-2021-03-04-08>.
13. Schack J. (2019) Kultur. <https://snl.no/kultur>.
14. Eriksen TH. (2008) Røtter og føtter – Identitet i en omskiftelig tid. Oslo: Aschehoug.
15. Resnicow K et al. (1999) Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. *Ethn Dis*. 9(1): 10–21. PMID: 10355471.
16. Siverts H, Johannessen SF (2021) Kulturrelativisme. SNL. <https://snl.no/kulturrelativisme>.
17. Tervalon M, Murray-García J. (1998) Cultural humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*. 9(2): 117–125.
18. Helsedirektoratet (2012): Prioriteringer i helse-sektoren – Verdigrunnlag, status og utfordringer. IS-1967. <https://docplayer.me/1649209-Prioriteringer-i-helse-sektoren-verdigrunnlag-status-og-utfordringer.html>.

■ ARILDKJELL.AAMBO@FHI.NO

Tildelte AFU stipend til høsten 2022

UNIV.	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Ulrikke Aarseth	Papirløse migranternes erfaringer med bruk av legevakt	Odd Martin Valleresnes
UiO	Neelesh Kasbekar	The complexity of multimorbidity, polypharmacy and the quality of care for people with type 2 diabetes in Norway	Espen Selmer Buhl
UiO	Fredrik Brunsvig-Engemoen	Hvordan snakker fastlegen om døden?	Holgeir Skjeie
NTNU	Christine Agdestein	Erfaringer med svangerskap- og barselkontroll hos fastlege	Bente P. Mjølstad

Reisebrev fra Folkehelseinstituttets utsendte til Malawi



■ TRUDE ARNESEN • Overlege, Folkehelseinstituttet

Stolen på kontoret mitt på det malawiske folkehelseinstituttet (Public Health Institute of Malawi – PHIM) står i en permanent fremoverlent stilling. Det gir et ekstra push til å komme i gang når det er 30 varmegrader, salmesang på nabokontoret og internettet er nede. Jeg er veldig glad for denne stolen, for den betyr at jeg har en plass der.

Jeg er i Lilongwe, hovedstaden i Malawi, for Folkehelseinstituttet (FHI), som en del av BIS-programmet (Building Stronger Public Health Institutions and Systems) støttet av Norad. Den overordnede målsettingen i programmet er å styrke folkehelseinstitusjoner og -systemer i Malawi og fem andre land, og i globale og regionale organisasjoner.

Dette og neste år skal jeg reise mellom folkehelseinstituttene i Malawi og i Norge. Deretter er det planen at jeg og familien skal flytte hit i ett eller to år. Redaksjonen i *Utposten* har bedt meg om å skrive reisebrev, og det har jeg tenkt å gjøre – personlige, usystematiske refleksjoner med ujev-

ne mellomrom. Dette brevet handler litt om Malawi og BIS-programmet, litt om hvordan det er å være styrtrik i et utfattig land, og hvor vanskelig det er å gjøre nytte for seg uten å skade.

Malawi

Malawi er mye. Det er et svært vakkert og svært vennlig land. Det ligger rundt den nydelige Malawisjøen. I turistbrosjyrene kalles det for «the warm heart of Africa», og det stemmer – det er virkelig mange smil og vennlige blikk å se.

Men, økonomisk sett er Malawi veldig



FAKTA OM MALAWI

STATSFORM: Republikk
INNBYGGERE: 20 millioner
HOVEDSTAD: Lilongwe (1,1 mill. innb.)
URBANISERINGSGRAD: 17,4 prosent
LANDAREAL: 94 280 km²
TOTALAREAL: 118 480 km²
INNBYGGERE PR. KM²: 212
OFFISIELT/OFFISIELLE SPRÅK: Chichewa, engelsk
RELIGION: Protestantisk og katolsk kristendom, lokale religioner, islam
NASJONALDAG: 6. juli
STATSOVERHODE: Lazarus Chakwera (stats- og regjeringssjef siden 2020)
MYNT: Malawi kwacha
à 100 tambala



KILDE: WWW.SNL.NO / WWW.WORLDDOMETER / WWW.FN.NO. ILLUSTRASJONER: COLOURBOX

Trude Arnesen og Regina Mankhamba på kontoret, og under oppsyn av presidenten.





Lilongwe

fattig. Landet er vesentlig fattigere enn de fleste andre land i Afrika. 51,5 prosent av befolkningen lever under den nasjonale fattigdomsgrensen (2016). Medianalderen er bare rundt 18 år. Gjennomsnittlig levealder for kvinner er 67 år (2020), mens den for menn er 60 år (2020). Halvparten av befolkningen lever på under to dollar dagen, bare 15 prosent har tilgang til strøm. Helsebudsjettet pr. person er på ti dollar i året.

Den siste tida har det i tillegg vært flom i de sørlige delene av landet. Mange av veiene er rett og slett vasket bort. De små hyttene på landsbygda ser gjennomvåte og stusslige ut. Det samme gjør de tusen enmannsbutikkene langs veien, der selgeren tålmodig venter hele dagen på kanskje å få solgt en pyramide av tomater eller en T-skjorte. De to årene med covid-nedstenging har økt desperasjonen for de som jobber med turisme. Det var små marginer fra før, nå er det blitt verre.

I 1967, da jeg ble født, var det rundt fire millioner mennesker både i Malawi og i Norge. Nå er det fire-fem ganger så mange her (ca. 20 millioner innbyggere). De fleste lever av jordbruk, og jordlappene blir mindre for hver generasjon. I 2053, når jeg blir 86 år, er det forventet at folketallet her vil være et sted nærmere 40 millioner (1–3). Det er lett å fortvile. Har barna som vokser opp her i dag i det hele tatt en nubbjesjanse?

På den annen side, det virker ikke som om folk her har mistet håpet. Landet er frodig, det er fred, det er pågangsmot, varme og latter. Flere ganger har jeg hørt noen slå fast, som om det var et etablert faktum: «Malawi is blessed». Og slik er det jo også mulig å se det!

Oss folkehelseinstitutter imellom

Samarbeidet mellom det norske og det malawiske folkehelseinstituttet går tilbake til

2009, med litt avbrudd underveis. Når lederen av PHIM skal presentere meg, begynner han alltid med å si at PHIM og FHI er «søster-institusjoner», og at dette forholdet går «a looong way back».

Det er ulike forhold mellom FHI med over 1000 ansatte og PHIM med 70 stillinger, hvorav bare noen få er besatt. Men det er mye som er likt også. Pandemien har, over hele verden, satt flomlys på folkehelseinstituttene. De data instituttene har klart å levere og de rådene de har gitt – gode eller dårlige – har fått stor betydning for pandemihåndteringen både i Norge og Malawi.

Å forbedre kvaliteten på overvåkingen av infeksjonssykdommer er et stort tema i alle land, nærmest et sisyfosarbeid. Dette er ett av feltene der FHI og PHIM har samarbeidet tettest til nå, og det utgjør også ett av fire områder hvor PHIM ønsker at vi skal bistå i dette prosjektet. De andre feltene er støtte til institusjonen, kapasitetsbygging og sikkerhet på laboratoriene.

Å styrke institusjoner og systemer gjennom faglig samarbeid er etter mitt syn noe av det mest fornuftige man kan gjøre. Fagfolk som jobber med det samme er de beste å spørre til råds og de beste til å utfordre og inspirere hverandre. Min erfaring er at interessen er gjensidig, og at samarbeidet kan gi kvalitativ forbedring i begge institusjoner, både i den med god og den med elendig finansiering. Men å styrke systemer er verken lett, kjapt eller enkelt. Og å måle resultatene er nesten umulig.

Kolleger som har vært her før har advart meg om at det er vanskelig å få til noe. De har sittet sine timer utenfor kontorene og ikke kommet inn. Men jeg synes jeg ser spor etter arbeidet deres mange steder. Et svært tydelig tegn er en svær poster fra 2015 som henger på veggen, den eneste,

med mange av mine nærmeste kolleger fra avdeling for smittevern på FHI som medforfattere.

Snublesteiner

Innimellom er det ganske vanskelig å jobbe her. Én ting er at man aldri kan regne med å ha verken strøm, vann eller internett, selv om man har det beste man kan kjøpe for penger. Men det dukker også opp andre, mer innfløkte hindringer, for eksempel når man skal tilrettelegge for kontakt mellom fagfolk som jobber med det samme. Det kan jo være vanskelig nok å finne tema og tid, men fagfolk både på PHIM og FHI er generelt velvillige. Imidlertid er det behov for digitalt møteutstyr for faktisk å kunne snakkes. Det er ikke tilgjengelig i dag.

I prosjektet er det satt av penger til å kjøpe inn det som behøves. Men så viser det seg at slikt utstyr allerede finnes, det ligger faktisk på mitt kontor! Det er ikke montert og tatt i bruk fordi man er redd for at det vil bli stjålet. Før man kan sette opp det digitale utstyret, må det bli bedre adgangskontroll. Og for å få bedre adgangskontroll må området gjerdes inn. Eller, som direktøren ved PHIM i lang tid har jobbet for, helst bygge et nytt institutt. Men da må man først ha land å bygge på, og det har de søkt om i 11 år uten å få det. Slike ting er det ikke så lett for en besøkende å ordne opp i. Ikke nødvendigvis så populært om gjesten pusher for mye heller.

Det er også vanskelig å få tak i folk. Mye av tiden er folk på kurs eller workshops. Det skyldes et uheldig system som gjør at kursdeltakelse utløser takster som for mange utgjør mer enn grunnlønnen. Det har folk ikke råd til å si nei til, samme hva kurset handler om. Kursene er ofte gitt som støtte til landet, men noen ganger hindrer de folk i å gjøre jobben sin.



Signert avtale mellom PHIM, KUHeS (universitetet) og FHI.

Én av våre store utfordringer er å prøve å sikre at vi ikke går i den samme fella. Vi skal gi stipender for videreutdanning. Det er fra Malawis side forutsatt at de skal gå til ansatte ved PHIM. Der er det fra før altfor få hender. Nå får noen av de beste et stipend i tillegg til lønna si for ikke å gjøre jobben sin,

men heller bruke tida på sin egen utdanning. Dette vil antakelig heve det akademiske nivået på instituttet. Utdanningen vil tas i Malawi, og det er en avtale om at de skal bli igjen i det offentlige systemet etterpå. Men likevel – er vi helt sikre på at summen for det malawiske helsesystemet blir positiv?

'Damned if you do, damned if you don't'

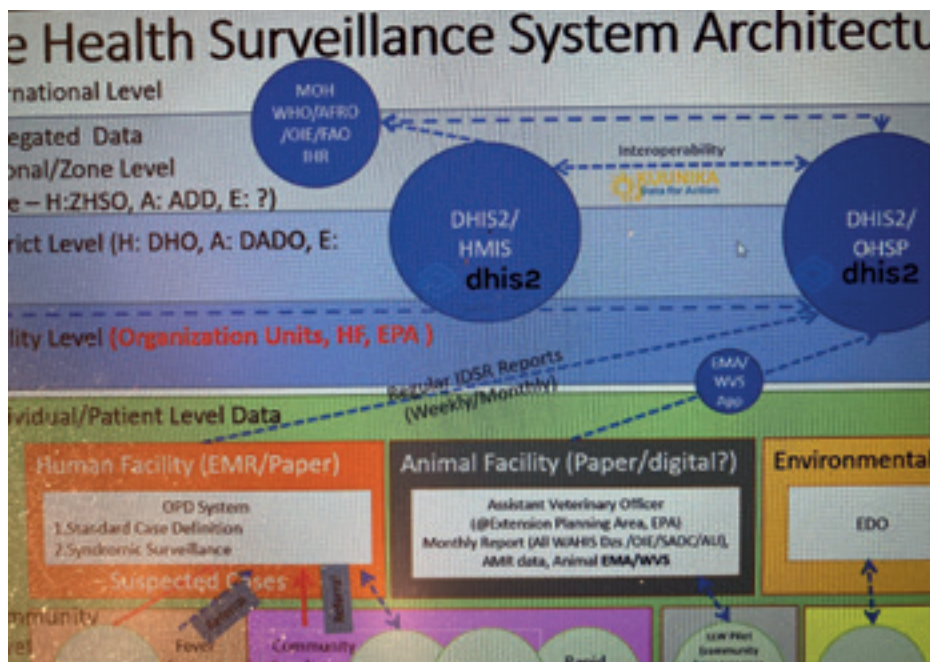
I et så fattig land som Malawi kan man gjøre mye skade med penger. Med bare litt penger kan man trekke oppmerksomheten mot uviktige ting, bort fra det som virkelig gjelder.

Vi hadde for eksempel en portvakt i Rwanda rett etter folkemordet som hadde

Synlige spor etter tidligere samarbeid mellom PHIM og FHI.



Flott dashboard for overvåking, men hvordan er det med input'en?





Jacaranda – finnes det noe vakrere tre?

sluttet som lærer fordi det var så mye bedre betalt å stå i porten utenfor våre telt. Et enormt tap for skolen og skolebarna, men han var forsørger og hadde ikke annet valg enn å gå dit det var høyest lønn. Og hadde det vært etisk mer forsvarlig å betale luse-lønn for jobben?

Jeg synes stadig jeg støter på situasjoner – i stort og i smått – der det blir galt samme hva jeg gjør.

Hva skal man for eksempel gjøre med lokalt ansatte vakter, gartnere og hushjelpere når man flytter hit? Hvis man ikke viderefører kontrakten deres, tar man jobben og

levebrødet fra dem. Hvis man forlenger kontrakten deres, blir man ansvarlig for å ha ansatt skandaløst underbetalte folk. Hvis man øker lønningene deres til et nivå som er akseptabelt etter norske forhold, risikerer man å trekke ut folk fra langt viktigere, men dårligere betalte jobber, slik som i eksempelet fra Rwanda.

Og hva skal man gjøre når man møter barn som tigger? Jeg har enda ikke klart å finne en løsning som ikke på den ene eller andre måten føles forkastelig.

Om å møte seg selv i døra

Som 19-åring var det min intensjon at jeg aldri skulle ha så mye at jeg måtte bo bak gjerder med piggtråd. Da loffet jeg og en venn rundt i Vest-Afrika. Vi reiste i overfylte busser, spiste kassavamos og gikk i flipp-flopper som de fleste andre på de trakter.

Nå er jeg blitt et lite stykke Norge i Afrika. En av de som mener at det er for farlig å sykle og bruke lokale busser. Det har jeg selvfølgelig god dekning for – alle vet at trafikken her er livsfarlig. Derfor hadde jeg denne gangen leiebil, riktignok den billigste jeg fant – jeg er jo her for bistandsmidler. Men da jeg så at bilen var gjennomrustet og at ingen av delene så ut til å passe sammen, at reservehjulet var flatt og at bilen hadde gått over 400 000 kilometer på veier som jeg vet er elendige, holdt det for meg. Jeg tok den fineste (og eneste) andre bilen utleiefirmaet hadde.

Det er bare å se i øynene at jeg har endt opp med å forvente vilkår i en helt annen liga enn det de fleste andre rundt meg lever under. Den rikeste og den fattigste delen av verden møtes rett foran nesa på meg hver gang jeg stikker på butikken. Møtepunktet er i meg. I Norge har jeg et teoretisk forhold til den skrikende urettferdigheten i verden. Her blir jeg minnet om det mange ganger om dagen.

I Norge hadde jeg ikke engang akseptert en permanent fremoverlent stol i et halvmørkt bitte lite kontor med elendig internett. Her er jeg faktisk veldig takknemlig for det, særlig derfor ham som måtte gi meg plassen sin.

REFERANSER

1. http://www.nsomalawi.mw/images/stories/data_on_line/demography/census_2018/Thematic_Reports/Population%20Projections%202018-2050.pdf
2. <https://worldpopulation.theglobalgraph.com/p/malawi-population.html>
3. <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

Professor Muula, forfatteren, professor Mfutso Bengo og dr. Ben Chilima i møte om en ny spesialitet i samfunnsmedisin (Mmed of public health).



Endringer i tuberkuloseu flyktninger og asylsøkere

■ KARINE NORDSTRAND OG TRUDE ARNESEN • Overleger ved FHI og medlemmer av tuberkulosegruppa

Fra april i år er det blitt innført to endringer i den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen av flyktninger og asylsøkere ved ankomst. Fristen for undersøkelse er midlertidig blitt utvidet til fire uker etter ankomst, og det er innført et alternativt flytskjema for undersøkelse av barn.

Rutineundersøkelse ved ankomst til Norge

Barn 0-5 måneder

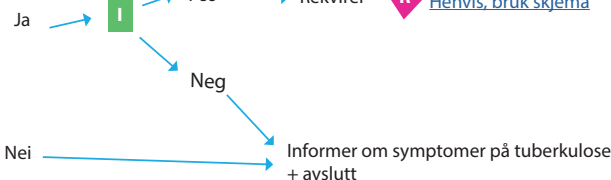


Personlig konsultasjon med helsepersonell, se [sjekkliste](#).

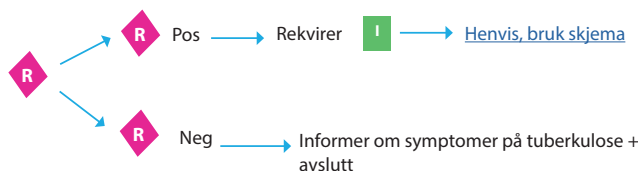
Barn 6 måneder - 9 år



Har barnet hatt en eksponering for tuberkulose siste 2 år?



Voksne og barn over 10 år



Supplerende undersøkelse for nyankomne fra land med særlig høy forekomst 6 måneder - 35 år



I Hvis positivt svar; [Hervis, bruk skjema](#).

I I = IGRA (QFT eller T-spot)

R R = Rtg thorax

Nytt, alternativt flytskjema for tuberkulose-screening som benyttes ved ankomst av flyktninger og asylsøkere.
FHI.NO

Siden mars i år har over 15 000 ukrainske flyktninger ankommet Norge, og mange flere er forventet i månedene som kommer. Denne brå økningen i ankomster har allerede medført betydelige logistiske og kapasitetsmessige utfordringer for et mottakssystem som de siste årene har vært rigget for langt færre ankomster. Selv om vi de siste ukene har observert en nedadgående trend i antall ankomster – i skrivende stund i overkant av 100 pr. dag mot rundt 400–500 på det høyeste – må vi forvente at disse utfordringene vedvarer.

Tuberkulosecreeningen er den eneste lovpålagte helseundersøkelsen for nyankomne flyktninger og asylsøkere. Forrige gang Norge opplevde en stor økning i antall nyankomne asylsøkere var i 2015/16, og også da utgjorde den obligatoriske tuberkuloseundersøkelsen en betydelig logistisk utfordring. Å sikre videreføring av prøvesvar, slik at nødvendig oppfølging kunne ivaretas, var særlig krevende. Som et resultat av dette ble undersøkelsen gjort mer målrettet, slik at kun de med størst risiko basert på landbakgrunn ble undersøkt for latent tuberkulose med IGRA (Interferon-gamma Release Assays), en undersøkelse som gjøres av spesialisthelsetjenesten.

Behovet for bedre målretting av undersøkelsen er igjen blitt aktuelt i forbindelse med flyktningssituasjonen, særlig fordi det nå er en høy andel barn blant de nyankomne. IGRA-blodprøven har hittil vært standard undersøkelsesmetode for barn mellom seks måneder og 15 år. I de første ukene med økte ankomster av ukrainske flyktninger fikk vi som jobber med tuberkulose på FHI flere rapporter om at helse-tjenesten der ute strevde med å få tatt IGRA-blodprøven av de yngre barna, som ofte var svært preget av den akutte belastningen de hadde vært gjennom. Dette reiste spørsmål knyttet til forholdsmessighet og hvorvidt man kunne legitimere en slik lovpålagt undersøkelse hos barn av hen-

undersøkelse av ved ankomst

syn til smittevernet. Smittevernloven stiller som kjent krav til at tiltak skal være basert på en klar medisinsk faglig begrunnelse, være nødvendig av hensyn til smittevernet og fremstå tjenlig etter en helhetsvurdering, jmfør smittevernloven § 1-5.

Forekomsten av tuberkulose er generelt lavere hos barn enn blant voksne, og Verdens helseorganisasjon har beregnet forekomsten av tuberkulose blant ukrainske barn under 15 år til å være 20 pr. 100 000. Dette er langt lavere enn forekomsten blant den ukrainske befolkningen generelt, som er anslått til 73 pr. 100 000 innbyggere, og også lavere enn terskelverdien FHI har satt for å definere hva som skal regnes som land med høy forekomst av tuberkulose, som pr. i dag er 40 pr. 100 000 innbyggere. I skrivende stund (primo mai) har vi kun fått rapportert inn ett enkelt tilfelle av tuberkulose til MSIS blant de ukrainske flyktningene som har ankommet hittil i år. Selv om vi forventer at det vil komme flere, vil det etter all sannsynlighet dreie seg om relativt små tall.

Videre anses barn, og da særlig de under ti år, sjelden som smitteførende fordi de sjelden har kaverner, sjeldnere utskiller tuberkulosebakterier og har mindre hostekraft. Tuberkuloseundersøkelse av barn under 10 år vil derfor primært være av hensyn til barnets helse, og ikke primært av hensyn til smittevernet, og måten undersøkelsen gjennomføres på, det vil si hvor inngripende den er, må avspeile dette.

Samlet gjorde disse faktorene (kapasitetsutfordringer, tilbakemeldinger om motstand fra barn og foresatte, og vurderinger knyttet til forholdsmessighet) at FHI, etter konsultering med Tuberkulosekomiteen (FHIs rådgivende organ for tuberkulosearbeidet), besluttet å innføre et alternativt flytskjema for tuberkuloseundersøkelse av barn. I det nye skjemaet erstattes IGRA-undersøkelsen av barn mellom seks måneder og ti år med en personlig konsultasjon med helsepersonell for å avdekke eventu-

ell kjent eksponering for tuberkulosesmitte. Ved mistanke om enten sykdom eller smitte vil man da henvise videre til ytterligere undersøkelse, med IGRA-blodprøve og/eller røntgen. Nytt er også at barn mellom ti og 15 år enten kan undersøkes med IGRA som tidligere, eller undersøkes med lungerøntgen slik som de voksne, ifølge det alternative skjemaet. Det nye flytskjemaet er likestilt med det eksisterende, og kommunen/helsetjenesten lokalt kan selv velge hvilket skjema som passer best og når/om de eventuelt vil endre rutine. Det vil også være mulig å bruke den undersøkelsesmetoden (jf. flytskjemaet) man vurderer som mest hensiktsmessig i hvert enkelt tilfelle.

Parallelt med denne endringen sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut høring om midlertidig endring av frist for gjennomføring av undersøkelsen for flyktninger og asylsøkere. Som et resultat ble fristen for undersøkelse fra og med 8. april utvidet til så snart som mulig, og senest innen fire uker etter innreise. Endringen er foreløpig satt til å vare frem til 1. oktober.

Sammen vil disse endringene kunne gjøre det enklere å sikre et screeningsystem som fungerer også ved høye ankomster og stort press på mottakssystemet. Med en utvidet frist vil man kunne sikre at unik personidentifikasjon (d-nummer) er på plass før man henviser til undersøkelse, noe som vil lette både oversikt og oppfølgingsarbeid. I den forbindelse er det likevel viktig å understreke at undersøkelsen fremdeles skal skje så snart som mulig, noe som fortsatt må tilstrebes. Det alternative flytskjemaet for barn vil videre gi økt fleksibilitet lokalt for å sikre forholdsmessighet og best mulig utnyttelse av de ressursene man har til rådighet. Dersom man velger å bruke det alternative flytskjemaet, vil dette kunne redusere kapasitetspresset på spesialisthelsetjenesten, samtidig som det vil stille økte krav til ressursbruk i primærhelsetjenesten og på mottaksnivå, in-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kludert tolketjenester. Samtidig vil en slik personlig konsultasjon kunne være en viktig mulighet for å kartlegge øvrige helsebehov, inkludert tilbud om vaksinerings.

Begge disse endringene er foreløpig å anse som midlertidige. Fremover vil vi samle erfaringer fra helsetjenesten og mottakssystemet der ute, og rådslå med både Tuberkulosekomiteen og tuberkulosekoordinatorene, slik at vi kan finne et system som balanserer ulike hensyn på best mulig måte, og som står seg i møte med andre grupper nyankomne også i fremtiden.

■ KARINE.NORDSTRAND@FHI.NO
■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

NYE RETNINGSLINJER: Behandling av vitamin B₁₂-mangel

■ MARTE KVITNUM TANGEN • Spesialist i allmennmedisin og leder av Norsk forening for allmennmedisin

■ HELLE BORGSTRØM HAGER • Spesialist i medisinsk biokjemi og avdelingsoverlege ved Sentrallaboratoriet, Sykehuset i Vestfold

■ EMIL NYQUIST • Spesialist i blodsykdommer, seksjonsoverlege ved Hematologisk seksjon, Sykehuset i Vestfold

Hvordan stiller du diagnosen vitamin B₁₂-mangel? Er det alltid tilstrekkelig med peroral substitusjonsbehandling, eller skal injeksjoner fortsatt gis til noen? Når bør pasienten henvises til spesialist?

Spørsmål om mangel på vitamin B₁₂ er vanlig i allmennmedisin. Utfordringen er at det ikke finnes noen gullstandardanalyse for påvisning av vitamin B₁₂-mangel. Diagnosen stilles ved vurdering av klinikk og risikofaktorer sammen med laboratorieprøver. I 2018 utga en arbeidsgruppe oppnevnt av Norsk selskap for hematologi anbefalinger for utredning og behandling av vitamin B₁₂ (1). Tidligere ble de fleste med vitamin B₁₂-mangel behandlet med injeksjoner. Etter hvert har praksis i allmennmedisin endret seg, og det er nå sjelden at intramuskulær injeksjon er førstevalg.

Det var behov for å gjennomgå på nytt noen av de anbefalingene som ble gitt i

2018, og etter initiativ fra pensjonert gastrokirurg Jon Haffner har vi sammen med professor Per Ole Iversen og professor Øyvind Torkildsen publisert en revidert anbefaling (2).

Ta riktige blodprøver

Det finnes ingen gullstandardtest for å stille diagnosen vitamin B₁₂-mangel, og beslutningsgrenser for behandlingsbehov er også flytende. Det kliniske bildet er helt avgjørende for å vurdere betydningen av laboratorieanalysene. Se oversikt over vanlige symptomer i tabell 1. Fire analyser kan være aktuelle hvis det er klinisk mistanke:

- Vitamin B₁₂ (=kobalamin) og/eller
- Aktivt vitamin B₁₂ (=holotranskobalamin)
- Metylmalonsyre (MMA)
- Homocystein (Hcy)

Det er få laboratorier som tilbyr analyse av aktivt vitamin B₁₂. Ofte vil det være behov for å avkrefte eller bekrefte vitamin B₁₂-mangel med måling av en eller begge de

metabolske markørene som øker ved vitamin B₁₂-mangel (MMA og Hcy).

Se flytskjema 1 ved uspesifikke symptomer og flytskjema 2 ved sterk klinisk mistanke.

Husk å utrede årsaken

Vitamin B₁₂-mangel kan gi symptomer fra alle organsystem, men virkningen kommer først i vev med rask celledeling, som i beinmargen og tarmslimhinnene. De nevrologiske symptomene skyldes demyelinerings og er de mest alvorlige. De kan være irreversible hvis behandling igangsettes for sent. Lavt vitamin B₁₂ uten funksjonell vitamin B₁₂-mangel kan ses ved haptokorrinmangel, p-pillebruk, svangerskap og ved folatmangel. Høye eller normale vitamin B₁₂-verdier kan sees ved leversykdom og ved myeloproliferative sykdommer, selv om pasientene har en klinisk B₁₂-mangel.

Årsakene til vitamin B₁₂-mangel kan deles i fire hovedgrupper:

1. **Utilstrekkelig inntak**, som kan skyldes enten mangel på vitamin B₁₂ i kosten (f.eks. veganere/vegetarianere, eldre, underernærte, rusmisbrukere, spedbarn) eller økt behov (f.eks. gravide og ammende).
2. **Malabsorpsjon**, som kan skyldes sykdom eller medisinsk behandling. Kronisk atrofisk gastritt er den vanligste årsaken (autoimmun type eller assosiert med *Helicobacter pylori*-infeksjon). Andre årsaker til malabsorpsjon av vitamin B₁₂ er sykdommer i terminale ileum (Crohns sykdom/operasjon), gjennomgått ventrikelreseksjon/gastric bypass, ubehandlet cøliaki, alkoholisme, pankreasinsuffisiens (pepsinmangel), samt bakteriell overvekst i ventrikel eller tynntarm.

TABELL 1. Symptomer og tegn ved vitamin B₁₂-mangel.

ORGANSYSTEM	SYMPTOM
Beinmarg og blod	Slapphet, tretthet, dyspné, kalde hender og føtter
Sentralnervesystemet	Nevropsykiatriske symptomer som redusert initiativ og hukommelse, depresjon, ustøhet og psykose («megaloblastic madness»)
Perifere nerver	Parestesier, lynende smerter, tremor, ataksi, reduserte reflekser
Syn, hørsel, smak	Optikusatrofi, øresus, redusert smaks- og luktesans
Gastrointestinaltraktus	Brennende fornemmelse i munn og spiserør, glossitt (rød og glatt tunge), kvalme, obstipasjon, flatulens, vektapp
Muskel-skjelettsystemet	Muskeltretthet og -svakhet, leddsmerter
Hjerte-kar	Ledningsforstyrrelser, arytmier, prekordiale smerter, ødemer
Autonome nervesystem	Ereksjonsproblemer, infertilitet, hypotensjon
Hud, hår, negler	Hyperpigmentering, hvite negler, tap av hårfarge

Behandling av vitamin B₁₂-mangel uten alvorlige symptomer:

- Vitamin B₁₂-tabletter 1–2 mg x 1 i én måned og deretter vedlikeholdsbehandling med 1 mg daglig.
- Hvis mangelen skyldes mangelfullt kosthold alene, kan man gi vitamin B₁₂ i lavere doser, for eksempel TrioBe® 1 tablett x 1 (inneholder 0,5 mg vitamin B₁₂ i tillegg til folat- og vitamin B₆), eller kosttilskudd som inneholder 6–9 mg vitamin B₁₂ hvis mangelen er subklinisk.
- Kontroller vitamin B₁₂, Hb, MCV/MCH, folat og ferritin etter to til tre måneder. Tegn på vitamin B₁₂-mangel bør være normalisert.
- Hvis behov for livslang terapi: Effekten av vitamin B₁₂-mangel bør følges årlig med kontroll av Hb, MCV/MCH og vitamin B₁₂, eventuelt med tillegg av MMA/homocystein.

Behandling av vitamin B₁₂-mangel med uttalt megaloblastær anemi eller alvorlig neurologi:

- Vitamin B₁₂-injeksjoner, 1 mg intramuskulært daglig i fem dager, deretter:
 - Peroral behandling 2 mg x 1 i én måned og deretter vedlikeholdsbehandling med 1 mg daglig.
 - Neurologiske symptomer: 1 mg intramuskulært ukentlig til symptombedring.
- Kontroller HB, retikulocytter og ev. MMA etter ca. to uker, revurder diagnosen ved manglende retikulocytose og/eller manglende fall i MMA.
- Kontroller vitamin B₁₂, Hb, MCV/MCH, folat og ferritin etter to til tre måneder. Anemi bør være normalisert, men reversering av neurologiske symptomer kan ta opptil seks måneder.
- Hvis behov for livslang terapi. Effekten av vitamin B₁₂-substitusjon bør følges årlig med kontroll av Hb, MCV/MCH og vitamin B₁₂, eventuelt med tillegg av MMA/homocystein.

RAMME 1. Hvilken behandling skal du velge?

3. **Legemidler**, særlig langtidsbehandling som gir nedsett absorpsjon av vitamin B₁₂, f.eks. protonpumpemhemmere, H₂-blokkere og metformin, samt langvarig misbruk av lystgass.
4. **Feil i vitamin B₁₂-transport eller -metabolisme**, oftest medfødte, sjeldne tilstander som diagnostiseres hos barn.

Når bør du henvise?

Vurder å henvise pasienten til

- hematolog hvis det er usikkerhet om diagnosen, ved manglende behandlingsrespons eller alvorlig cytopeni.
- gastrokopi hvis anamnese og prøver ikke har avdekket noen årsak til påvist vitamin B₁₂-mangel. Gastrokopi kan avdekke kronisk atrofisk gastritt eller cøliaki.
- nevrolog hvis det er uttalte neurologiske utfall.

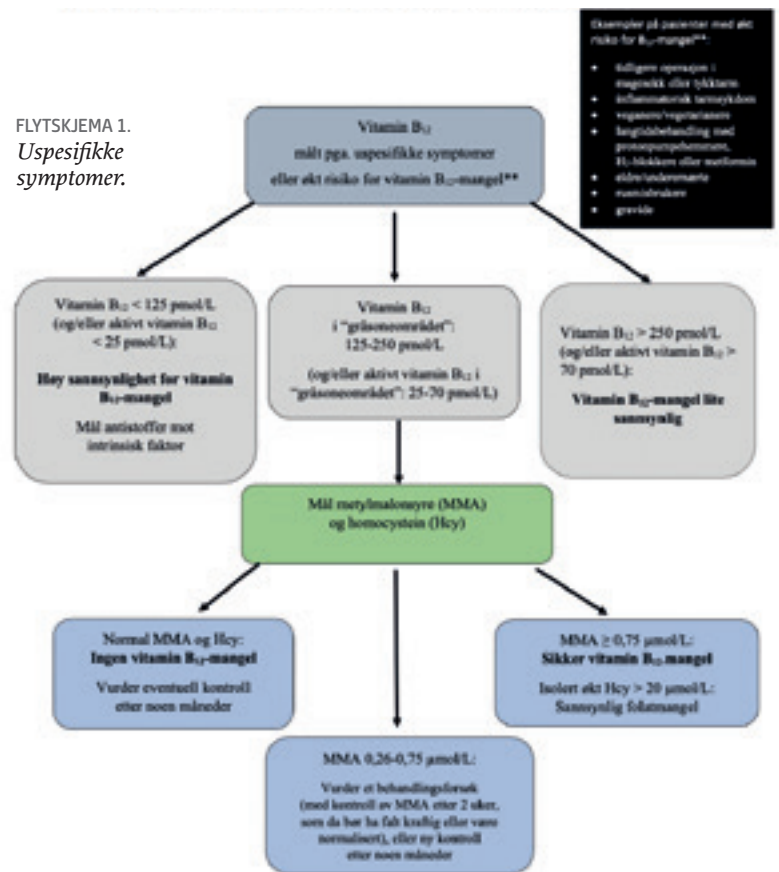
Peroral behandling er oftest tilstrekkelig, men husk behovet for intramuskulære injeksjoner ved alvorlige neurologiske symptomer

Peroral behandling bør vanligvis anbefales, det gir mer stabile serumverdier, ingen risiko for hematomer og behov for færre legebesøk. Døgndoser på 1–2 mg er nødvendig for å fylle opp vevslagrene. Klinisk tilstand og laboratorieprøver bør kontrolleres etter tre måneder.

Hvis pasienten har

- alvorlige neurologiske symptomer
- problemer med å gjennomføre peroral behandling
- manglende effekt av peroral behandling, bør intramuskulær injeksjon gis. Se ramme 1.

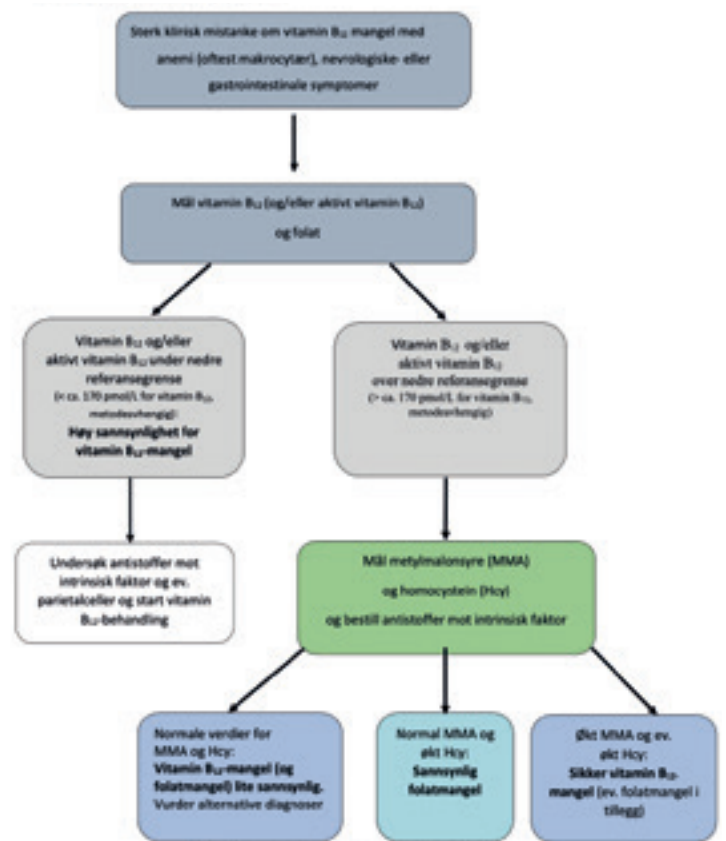
FLYTSKJEMA 1. Uspesifikke symptomer.



Eksempler på pasienter med økt risiko for B₁₂-mangel**

- tidligere operasjon i magen eller tykktarm
- autoimmunisk gastritt
- rygning/ryggeslutt
- langtidbehandling med protonpumpemhemmer, H₂-blokkere eller metformin
- eldre/indremenn
- nedsatt funksjon
- gravid

FLYTSKJEMA 2. Sterk klinisk mistanke.*



* Flytskjema er modifisert etter (1) og (2).

REFERANSER

1. Haffner J, Borgström Hager H, Iversen P.O., Nyquist E. Ikke nødvendig med injeksjoner ved vitamin B₁₂-mangel. Tidsskr Nor Legeforen 2018 doi: 10.4045/tidsskr.18.0668
2. https://www.legeforeningen.no/contentassets/032228f21383459987f94f80615ea957/retningslinjer-vitamin-b12-endelig-en-14_03_22.docx.pdf

■ MARTE.KVITUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO

Beslutningsstøtte ved mu

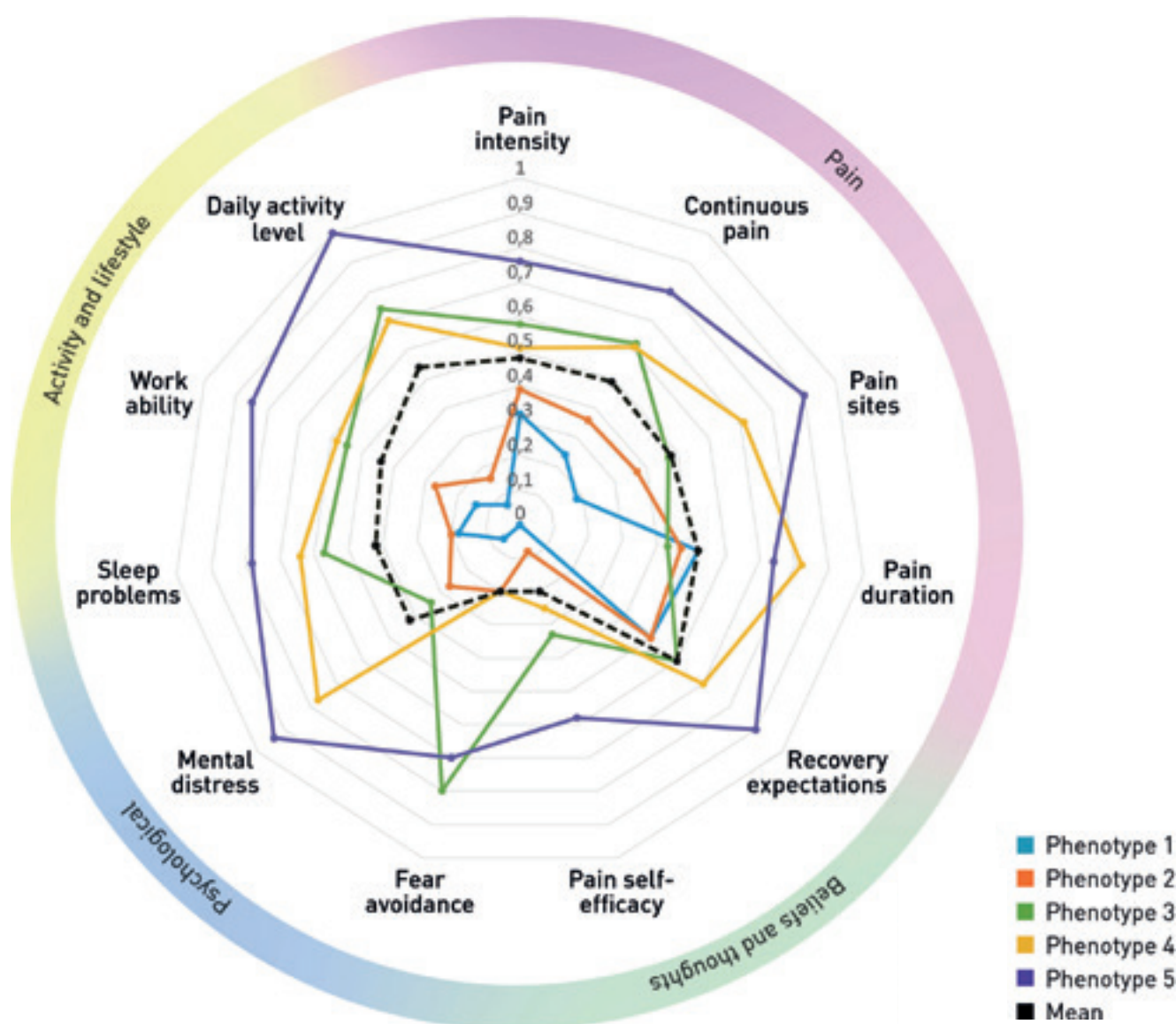
■ LARS CHRISTIAN NATERSTAD LERVIK • forsker og førsteamanuensis
■ INGEBRIGT MEISINGSET • forsker ■ OTTAR VASSELJEN • professor

Behandling av muskel- og skjelettplager i allmennpraksis kan være vanskelig og tidkrevende. Ved NTNU bygger vi nå et beslutningsstøttesystem som skal benytte kunstig intelligens for å bistå fastlegen i behandling av denne pasientgruppen, SupportPrim-prosjektet.

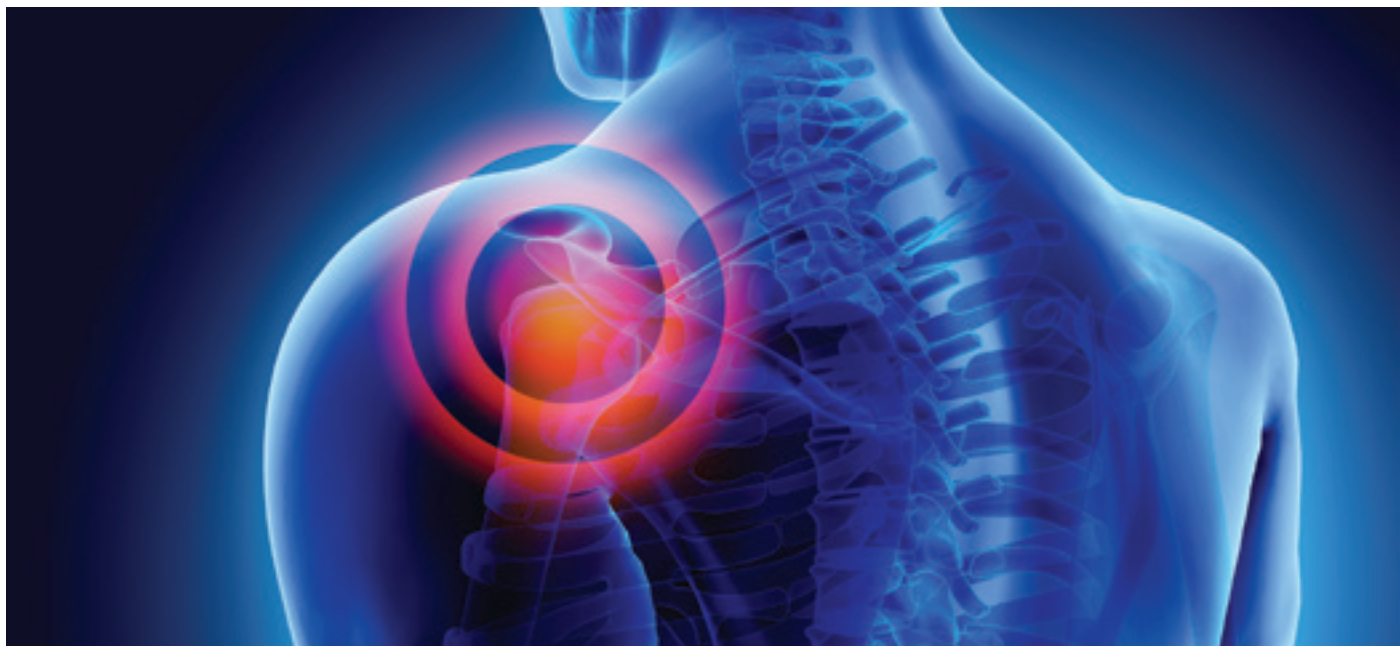
SupportPrim er en studie hvor målet er å få til enklere og bedre behandling av muskel og skjelettplager i allmennpraksis. Fastlegene som deltar i denne studien, vil kunne få tilgang til beslutningsstøttesystemet som vi håper letter hverdagen både for pasienten og fastlegen.

Ved NTNU har vi utviklet et beslutningsstøtteverktøy som benytter nye, innovative metoder for å finne fram til behandling som er tilpasset hver enkelt pasient med muskel- og skjelettplager. Vi ser ofte pasienter i allmennpraksis hvor omstendighetene rundt pasienten, psykososiale forut-

setninger og mestringsstrategier legger føringer for behandlingsvalg og prognose. Vurderingen av hver enkelt pasient bygger på mer enn klinisk undersøkelse og diagnostikk alene. Som fastlege kjenner vi pasientene våre og vet hvor utfordringene ligger hos den enkelte. Det kan likevel kreve



skel- og skjelettsmerter



ILLUSTRASJON: FOLIOBOKS

mange konsultasjoner og mye tid før legen blir klar over for eksempel psykiske plager, konflikt på arbeidsplassen eller frykt for å bevege seg.

SupportPrim-systemet bruker anerkjente skjemaer for å kartlegge 11 faktorer om pasienten FØR timen hos fastlegen. Eksempler på slike faktorer er psykisk helse, arbeid og funksjon, smertemestring og bevegelsesfrykt. Basert på disse faktorene stratifiseres pasientene i fem fenotyper/prognosegrupper (1). Systemet presenterer dataene visuelt og gir fastlegen et raskt overblikk over pasientens profil. Pasientprofilen kan bidra til å fokusere anamnesen og brukes som støtte når fastlegen gjennomfører samvalg med pasienten (FIGUR 1). Fastlegen får også muligheten til å legge inn funn ved klinisk undersøkelse ved avkrysning og fritekst. Til slutt presenteres evidensbaserte behandlingsvalg tilpasset pasientens fenotype/prognosegruppe. Dette brukes til å utarbeide en behandlingsplan. Behandlingsplanen kan sendes elektronisk direkte til pasienten; samtidig kan fastlegene hente ut et tilnærmet komplett journalnotat som enkelt limes inn i eget journalsystem. Fullversjonen av notatet er utfyllende slik at det

SUPPORTPRIM-STUDIEN

- Intervensjonsgruppe får tilgang til beslutningsstøttesystem for behandling av MSK-pasienter, kontrollgruppe «treatment as usual»
- Randomisert kontrollert studie i regi av NTNU
- 17 pasienter pr. lege – 44 fastleger (22 intervensjon 22 kontroll) – totalt 748 pasienter
- Pasienter med alminnelige muskel- og skjelettplager – selvinkludert eller invitasjon
- Studiestart april 2022, påmelding åpen fra mars 2022
- Alle fastleger kan delta
- Honorar kr 15 000 ved inkludering av 17 pasienter
- Påmelding: Lars Chr. N. Lervik: E-post: lars.c.lervik@ntnu.no / 918 53 697
- Link: <https://www.ntnu.no/supportprim>

også egner seg godt for attestskrivning (herunder til NAV), kortversjon kan brukes som vanlig journalnotat. Vi ønsker å gjøre det lettere for fastlegen å gi tilpasset behandling, og samtidig spare tid.

Studien er en randomisert kontrollert studie (RCT) og er nå i rekrutteringsfasen. Vi ønsker å rekruttere 44 fastleger, 22 til kontrollgruppen og 22 til intervensjonsgruppen, som hver rekrutterer 17 pasienter med alminnelige muskel- og skjelettplager (totalt 748 pasienter). Utfallet for de inkluderte pasientene i studien brukes til å

bygge databasen som AI systemet baserer sine behandlingsvalg på. De første pasientene planlegges inkludert i april 2022.

Deltagelse i studien er honorert. Dersom du ønsker å lese mere om studien kan du se på hjemmesiden <https://www.ntnu.no/supportprim/supportprim> eller kontakte Lars Chr. N Lervik på e-post eller telefon.

REFERANSER

1. I. Meisingset et al., “Novel approach towards musculoskeletal phenotypes”, *Eur. J. Pain* (United Kingdom), vol. 24, no. 5, pp. 921–932, 2020, doi: 10.1002/ejp.1541.

■ LARS.C.LERVIK@NTNU.NO

FIGUR 1. Illustrasjonen viser fem fenotyper av pasienter med alminnelige muskel- og skjelettplager (n=435). De fem fenotypene er gruppert (klustrert) basert på 11 generiske prognostiske faktorer vist i ytterkanten av sirkelen. Høyere skåre indikerer dårligere, verre eller større symptomtrykk (mot ytterkanten av sirklene). Den stiplede grafen viser gjennomsnittlig skåre for de samme pasientene uavhengig av fenotype. Inndeling i fenotyper illustrerer store variasjoner i prognostiske utsikter innad i gruppen med alminnelige muskel- og skjelettplager (ref. Meisingset et al. *Eur J Pain* 2020).

Legevaktutviklingen i Nord-Trøndelag 2000–22

■ MARIA KRISTINA GRAVBRØT MONA • Medisinstudent, Universitetet i Oslo

Interkommunale legevaktordninger erstattet utover 2000-tallet de kommunale legevaktene. Begrunnelsen var primært den store vaktbelastningen på allmennleger.

Namdalsprosjektet i 1999 var Norges første interkommunale legevaktssamarbeid. Før det hadde alle 24 kommuner i Nord-Trøndelag kommunale legevaktordninger. I 2012 var alle kommunene med i legevaktssamarbeid. I dag ses imidlertid endringer mot flere enkommunelegevakter, og færre med samarbeid om legevakt. Denne utviklingen skjer i hele landet, og skyldes trolig nye formelle krav, kombinert med en desentraliseringsbølge. Dagens utfordring for legevakten er manglende fastlegerekruttering og -stabilitet.

Utover 1900-tallet ble de første legevaktordningene etablert i de største byene i Norge, og i 1978 var legevaktordninger etablert de fleste steder i landet. Praktiserende leger var forpliktet å delta i legevaktordning fra 1957, men det ble en lovpålagt plikt for legene først i 1980 og en kommunal lovpålagt tjeneste i 1984 (1). Utover 1990-tallet økte allmennlegenenes misnøye på grunn av stor vaktbelastning blant leger som deltok i legevakt. Dette gav problemer med allmennlegedekningen flere steder i landet. I 1998 foreslo Legeforeningen eta-

blering av større legevakt-distrikter som en mulig løsning. Forslaget fikk støtte på Stortinget, og dette startet prosessen med utviklingen mot interkommunale legevaktssamarbeid i Norge.

Fastlegeordningen fra 2001 knyttet befolkningen opp mot hver sin fastlege, med intensjon om å sikre bedre legetjenester på dagtid, minske ventetid for å komme til lege og redusere belastningen på legevakt-tjenesten.

I 2005 ble *Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus fra 2005* innført. Forskriften stilte få krav til legevakt-tjenesten. Det førte til en tjeneste hvor innhold og kvalitet varierte stort mellom de ulike kommunene. Først i 2015 kom ny akuttmedisinforordning (Akuttmedisinforordningen 2015), som blant annet definerte kommunens ansvar, innførte kompetansekrav til lege i vakt og krav om bakvakt i tilfeller der legevaktlege ikke oppfyller kompetansekravene.

Jeg har kartlagt legevakt-tjenestens utvikling i Nord-Trøndelag siden år 2000, og drøfter bakgrunnen for etablering av interkommunale legevaktssamarbeid. Hvorfor har de aktuelle endringene funnet sted? Hva er dagens utfordringer for legevakt-tjenesten?

Metode

Studien baserer seg på målrettede litteratursøk og intervju av nøkkelpersoner. Jeg

har gjort søk i offentlige dokumenter på regjeringens nettside, kommunale nettsider, i *Tidsskrift for Den norske legeforening* og *Trønder-Avisa*. Flere av dokumentene viser til ytterligere kilder.

Boken *Legevaktens historie: fra barberkirurg til digital vaktlege* fra 2018, av Steinar Hunskaar & Hogne Sandvik (1), har fungert som oppslagsverk i målrettede søk etter nye kilder.

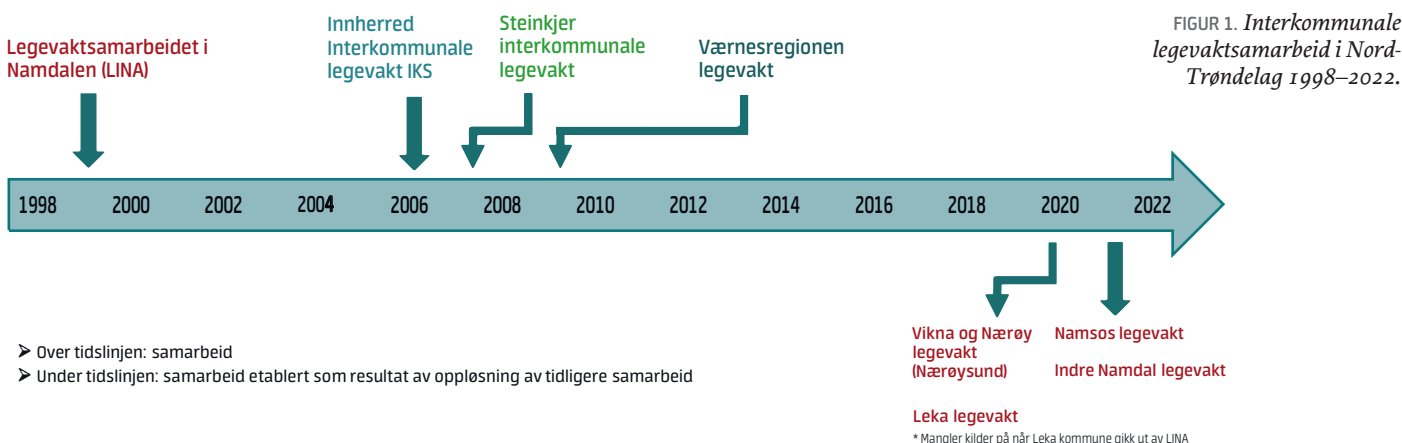
Gjennom samtaler med aktuelle informanter har jeg etterspurt og mottatt ytterligere skriftlige dokumenter.

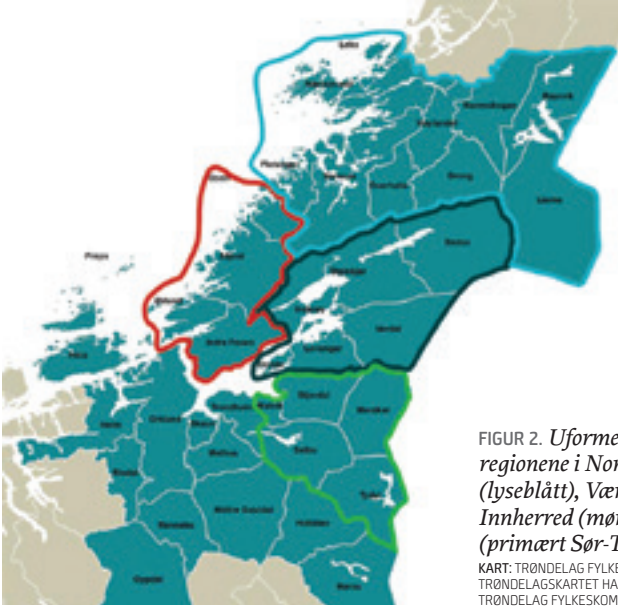
Funn

Før 1999 hadde alle 24 kommuner i daværende Nord-Trøndelag fylke kommunale legevaktordninger. I 2012 var alle kommunene med i et av fire legevaktssamarbeid. I 2022 er alle kommuner unntatt to (Leka og Nærøysund) med i et av fem legevaktssamarbeid.

Blant legevaktssamarbeidene i 2022, er Innherred interkommunale legevakt organisert som et interkommunalt selskap (IKS), mens Namsos legevakt, Indre Namdal legevakt, Steinkjer interkommunale legevakt og Værnesregionen legevakt er organisert som vertskommunesamarbeid.

Ved vertskommunesamarbeid har vertskommunen fått en delegert myndighet fra samarbeidskommunene, og vertskommunen har ansvaret for selve oppgaven. Dette





FIGUR 2. Uformell inndeling av de ulike regionene i Nord-Trøndelag: Namdalen (lyseblått), Værnesregionen (grønn), Innherred (mørkeblått), Fosen (primært Sør-Trøndelag) (rødt).

KART: TRØNDELAG FYLKE, FAKTAFREDAG - HVORDAN TRØNDELAGSKARTET HAR ENDRET SEG I ÅRENE 2017-2020. TRØNDELAG FYLKEKOMMUNE, 2020, MODIFISERT

skiller seg fra interkommunale selskap, som «rettslig og økonomisk er skilt fra eierkommunene. IKS har egen formue og inntekter og svarer selv til sine forpliktelser.» (2).

Namdalsprosjektet

Namdalskommunene i gamle Nord-Trøndelag fylke etablerte i 1999 Norges første interkommunale legevaktsamarbeid. Legevakttordningen i Namdalen (LINA) ble iverksatt som et statlig finansiert pilotprosjekt, «LINA-prosjektet», med felles legevakt på natt for 12 kommuner, lokalisert til vertskommunen Namsos. Initiativet kom fra namdalskommunene selv, preget av problemer med legerekuttering. Samarbeidet førte til en vesentlig nedgang i antall kontakter med lege på vakt og bedre behandling grunnet bedre fasiliteter ved den interkommunale legevakten. Med ny legevakttordning opplevde legene bedre nattesøvn og sjeldnere vakt (3).

Etter at LINA-prosjektet endte i juli 2000, fortsatte LINA-kommunene i henholdsvis Midtre Namdal, Ytre Namdal og Indre Namdal samarbeidet med bare små modifiseringer. Mellom 2007–2012 ble kommunene Lierne, Namdalseid, Flatanger, Leka og Osen inkludert i samarbeidet. Samarbeidet med Leka foregikk ved at legevaktsentralen i Namsos mottok henvendelsene, mens legevaktslege med hjemmevakt i Leka fulgte opp pasientene lokalt. LINA var nå et samarbeid mellom 14 kommuner (4).

I april 2019 ble ny rutine for håndtering av rød respons (den mest akutte hastegrad i nødmeldetjenesten, som utløser alarm og umiddelbar hjelp) innført for regionene Indre og Ytre Namdal. Rutineendringen økte belastningen og misnøyen blant legene i Indre og Ytre Namdal. Resultatet ble at Nærøysund og kommunene Indre Namdal trakk seg ut av LINA-samarbeidet i henholdsvis 2020 og 2021.

I 2022 er tidligere LINA-kommuner fordelt på to interkommunale («Namsos legevakt» og «Indre Namdal legevakt») og to kommunale («Leka legevakt» og «Vikna og

Nærøy legevakt») legevakter. For øykommunen Leka ble samarbeid uaktuelt grunnet geografiske forhold med kun ferjeforbindelse til fastlandet. Etter rutineendringen ble belastningen på Nærøysund-legene mindre ved enkommunelegevakt sammenliknet med videre LINA-deltakelse.

Steinkjer interkommunale legevakt

I 2005 ble Steinkjer interkommunale legevakt etablert som vertskommunesamarbeid mellom Steinkjer (vertskommune), Verran og Snåsa. Tidligere enhetsleder for Steinkjer interkommunale legevakt forteller at henvendelsen om samarbeid kom fra Snåsa kommune, hvor belastningen på kommunens to fastleger var stor. Verran hadde over en tid støttet seg på å leie inn kostbare vikarer. I *Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2011–2015* fra 2011 (5) er legevaktsamarbeidet beskrevet som vel fungerende siden innføringen i 2005. *Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2016–2020* fra 2016 beskriver imidlertid et stort legefrafall, uten at den forgående perioden ble oppfattet som noe krise. Dette begrunnes med «god tilgang til gode vikarer i perioder» med betydelig belastning (6).

I *Trønder-Avisa* i november 2021 beskriver Steinkjer-fastlege Christine Agdestein en uholdbar situasjon for fastlegene, som blir beordret på jobb (7). Enhetsleder Karin Grøttum svarer med at det høsten 2021 var vanskelig å skaffe vikarer, noe som førte til en unntakssituasjon med beordring. Fastlegekrisen beskrives som hovedårsak til denne utviklingen.

Innherred interkommunale legevakt IKS

Innherred interkommunale legevakt IKS ble etablert i 2006, mellom kommunene Levanger, Frosta, Verdal og Inderøy. Mosvik ble med i selskapet i 2009, Inderøy i 2012. Hensikten var «økt stabilisering og rekruttering i/til allmennlegestillingene i området» (8).

Ifølge daglig leder er organisering i et interkommunalt selskap den største suksess-

faktoren, fordi det gir grunnlag for ryddig organisering/struktur. Gjennom interkommunalt selskap trekkes legevaktsamarbeidet «ut av» Levanger kommune, slik at alle fire eierkommuner får lik innflytelse og ansvar. Kommunestyrene beskriver legevakten i juni 2021 med følgende ordlyd: «godt omdømme og god innbyggertilfredshet», «meget god tilfredshet blant fastleger», og «god politisk og administrativ kommunikasjon, styring og kontroll.» (9).

Daglig leder Peter Daniel Aune forteller at «utfordringen fremover er fastlegekrisen i seg selv, spesielt ved frafall og sykdom blant leger i tillegg.» Ved utgangen av 2021 har legevakten god legekapasitet, men Aune frykter at fastlegekrisen vil redusere kapasiteten i fremtiden.

Værnesregionen Legevakt

Værnesregionen Legevakt ble i 2009 etablert som vertskommunesamarbeid på kveld og natt, mellom kommunene Stjørdal (vertskommune) og Meråker i Nord-Trøndelag, og Selbu og Tydal i Sør-Trøndelag, og har siden den gang blitt oppfattet som vel fungerende. Samarbeidets hensikt var å «bidra til stabilitet i fastlegeordningen i alle samarbeidskommunene.» (10).

I *Årsrapport 2018* beskrives «God dekning leger pr. i dag pga. stor tilgang på vikarer.» (11). Samme rapport beskriver utfordringer med rekruttering av leger og sykepleiere. Manglende tilgang på leger som oppfyller legehjemler og går legevakt er et økende problem. Tross utfordringer, mener enhetslederen at Værnesregionen har god tilgang på leger som går legevakt, på grunn av enkeltleger som tar særlig mange vakter. Også Værnesregionen Legevakt har benyttet beordring av leger og innleie av vikarer. Selv om legedekningen ved utgangen av 2021 ble oppfattet tilstrekkelig, er tjenesten sårbar hvis flere fastleger sier opp hjemlene eller ved manglende vikar-rekruttering.

Hvorfor interkommunale samarbeid?

Begrunnelsen for interkommunalt samarbeid har hovedsakelig vært knyttet til legestabilitet og -rekruttering. Etter ett år med LINA-prosjektet konkluderte prosjektleder Per Tvette med at interkommunalt legesamarbeid virket stabiliserende på legedekningen (12). Vi mangler imidlertid dokumentasjon på at interkommunale samarbeid gir bedre legedekning ved de andre legevaktsamarbeid i Nord-Trøndelag.

Økt krav til tjenesten, blant annet med ny akuttmedisinforskrift fra 2015, er en ytterligere motivasjon for etablering av interkommunale legevaktsamarbeid. For mange kommuner er det enklere å oppfylle kravene gjennom legevaktsamarbeid, uten at

denne trenden er entydig. Legevaktsamarbeidene i Nord-Trøndelag ble nemlig etablert før akuttmedisinforordningen fra 2015, og vi kan derfor ikke si at forskriften har hatt noen direkte innflytelse på etableringen av legevaktsamarbeidet der.

Diskusjon

På 2000-tallet fikk Nord-Trøndelag en rask reduksjon i antall legevakter gjennom etablering av interkommunale legevaktordninger. Dette samsvarer med utviklingen i hele landet der antall legevakter ble redusert fra 230 i 2007 til 167 i 2020 på grunn av interkommunalt samarbeid (13). Primærmotivasjonen var redusert vaktbelastning for fastlegene.

De senere årene har utviklingen imidlertid snudd. Mens alle kommuner i Nord-Trøndelag var med i et av fire legevaktsamarbeid i 2012, er det i 2021 fem interkommunale samarbeid og to enkommunelegevakter. Dette avspeiler også en nasjonal trend. Sentraliseringen har ikke fortsatt. Etter 2018 har det vært en økning i antall enkommunelegevakter i Norge (13).

En ekspertgrupperapport til Helse- og omsorgsdepartementet fra 2021 forklarer den siste utviklingen i legevakttjenesten med store geografiske avstander og følgende store legevaktdistrikt som medfører «dårligere tilgjengelighet og lengre utrykningstid.» (13). Øykommunen Leka er et eksempel på en kommune hvor geografien gjorde at legevaktsamarbeid ble uhenksom, fordi man uansett måtte ha bakvakt tilgjengelig. Enkommunelegevakt er muligens en bedre løsning for geografisk utliggende kommuner, selv med de økte kostandene dette medfører (13). LINA-splittelsen i 2020–21 skyldtes rutineendringer begrunnet i ny akuttmedisinforordning som ikke var tilpasset samarbeidets geografiske ramme. For Nærøysund ville videre LINA-deltakelse kreve større legeressurser sammenliknet med drift som enkommunelegevakt. Samtidig var det for resterende LINA-kommuner mer hensiktsmessig å dele seg i to interkommunale samarbeid bestående av kommuner med geografisk nærhet til hverandre. Geografiske forhold kan både være motivasjon for og til hinder for etablering av interkommunale samarbeid. Selv om økte krav trolig stimulerer til legevaktsamarbeid, er det også naturlig å tenke at akuttmedisinforordningen fra 2015 har fremskyndet prosessen mot utvikling av flere enkommunelegevakter, både i Nord-Trøndelag og i Norge ellers.

I flere tiår har det vært en politisk vind for sentralisering av offentlige tjenester. I 2021 så vi imidlertid aksjoner for oppde-

ling av sammenslåtte kommuner og fylker som eksempler på at vinden er i ferd med å snu. I tillegg er Nord-Trøndelag et typisk arbeider- og senterpartifylke, med et flatt innbyggere som er mot videre sentralisering. Kanskje har vi sett en pendel svinge; først fra lokale, kommunale legevakter til store, sentraliserte ordninger, og deretter tilbake til en mellomløsning med kombinasjoner som ivaretar både nærhet og overkommelig reisevei for brukerne og en bærekraftig vaktbelastning for legene.

Tross en stor økning i antall legevaktsamarbeid over 20 år og velbegrunnet kunnskap om at «interkommunalt legevakt, gir lavere vaktbelastning for den enkelte lege, samt en stabil og robust tjeneste.» (13), ses fortsatt rekrutteringsutfordringer i primærhelsetjenesten. Hvorfor har ikke legevaktsamarbeid gjennom 20 år løst problemene?

Dagens fastlegekrise er legevakttjenestens største utfordring, også i flere sentrale kommuner. Med færre fastleger tilgjengelig til legevaktjobbing og flere ubesatte fastlegelister forskyves fastlegeoppgaver over på legevakten (13). Ifølge Helsenorge er det pr. 13. januar 2022 totalt fem legeløse lister og åtte fastleger med vikarer i kommunene som utgjør Nord-Trøndelag. 21 fastleger er over 60 år, med rett til fritak fra legevakttjeneste. Ytterligere 22 er i alderen 50–59 år (14). Totalen blir en ytterligere belastning for gjenværende fastleger som går legevakt, med økt fare for legefravall.

«Det økte kompetansekravet og bemanningskravet i akuttmedisinforordningen forsterker kommunenes utfordringer med å ha tilstrekkelig antall leger til å dekke opp vakter.» (13). Med økte kompetansekrav og krav om bakvakt i tilfeller der vaktavende lege ikke oppfyller kompetansekrav, øker belastningen på legene som oppfyller kompetansekravet. Faren er økt arbeidspress på vaktkompetente leger og ytterligere rekrutteringsproblemer.

I denne studien ser vi hvordan legevaktorganisering gjennomgående er bestemt av legerperspektivet og økonomi, mens brukerperspektivet er dårlig representert eller totalt manglende. I Helse- og omsorgsdepartementet er det «stor enighet om at brukererfaringer bør legges til grunn når det skal gjøres omorganisering av tjenestetilbud (...).» (15). Uten systematiske data er det vanskelig å si noe om brukertilfredsheten før og etter omorganisering av legevakttjenesten i Nord-Trøndelag. Økt kunnskap om brukererfaringer er utvilsomt en nødvendighet. En svakhet ved denne studien er manglende brukererfaringer, som i hovedsak skyldes mangel på kilder som kan fortelle noe om den lokale tilfredsheten.

Artikkelen bygger på en prosjektoppgave ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Jeg takker veileder, professor Magne Nylenna, for hjelp underveis.

REFERANSER

1. Hunskaar S, Sandvik H. Legevaktens historie: fra barberkirurg til digital vaktlege. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. 2018.
2. Kittelsen TK. Hva er ulemper og fordeler med organisering av kommunale oppgaver i egenregi og i interkommunalt samarbeid (IKS)? Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag. 2017. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/10642/5292/Kittelsen.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
3. Grimsmo A. Legevaktsordningen i Namdalen: En evaluering av et forsøk med felles og sentralisert legevakt mellom kl. 23 og 8 på natt. Trondheim: Samfunnsmedisinsk forskningscenter Surnadal. 2000.
4. Langset M, Vinsand G. Revidert status for interkommunalt samarbeid i Nord-Trøndelag. Oslo: NIVI; 2012. NIVI-rapport 2012:2. http://www.nivianalyse.no/wp-content/uploads/2021/02/NIVI_rapport_2012_2_Revidert_status_for_interkommunalt_samarbeid_i_Nord_Trondelag.pdf
5. Steinkjer kommune. Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2011–2015. Steinkjer. 2011.
6. Steinkjer kommune. Plan for legetjenester i Steinkjer kommune 2016–2020. Steinkjer. 2016. <https://www.steinkjer.kommune.no/getfile.php/3629597.1003.awysxxftaq/Plan+for+legetjenester+i+Steinkjer+kommune+2016-2020.pdf>
7. Westrum-Rein J. Sliter med å fylle opp legevaktene – fastleger blir beordret på jobb. – Helt uholdbart. Trønder-Avisa. 15.11.2021:6.
8. Bjørnøy OH, Fjerdinger T, Myrvang H. Rapport – legevakt i Innherred samkommune. Legevakt i Innherred samkommune. 2003. <https://docplayer.me/amp/14160651-Rapport-legevakt-i-innherred-samkommune-1-bakgrunn-2-prosjektet.html>
9. Aune PD, Olsen PA. Tema: Legevakt – status & utfordringer. Kommunestyresalen Verdal: Innherred interkommunale legevakt IKS. 2021. <https://docplayer.me/213241248-Informasjonsmote-tema-legevakt-status-utfordringer-kommunestyret-i-deltagerkommunene-innherred-interkommunale-legevakt-iks.html>
10. Regionrådet for kommunene Tydal, Selbu, Meråker og Stjørdal. Vertskommuneavtale om Værnesregionen Legevakt. Værnesregionen. 2012.
11. Røkke U. Årsrapport 2018. Værnesregionen Legevakt. 2018.
12. Tvette P. Evalueringsrapport: LINA Legevaktordningen i Namdalen. 2000.
13. Iversen et al. Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. 2021. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertergruppe-legevakt.pdf>
14. Helsenorge. Bytte fastlege. 2022. <https://tjenester.helsenorge.no/bytte-fastlege/>
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Meld. St. 11 (2015–2016): 2015.

■ MARIAMONA@HOTMAIL.NO

**FRYKT FOR HJERTESYKDOM****God effekt av
kognitiv terapi på nett**

Internettbasert kognitiv atferdsterapi hadde god effekt på personer med brystmerter som ikke skyldes hjertesykdom. Det viser norske forskere. De 161 deltagerne ble randomisert til enten vanlig oppfølging eller til intervensjonsgruppen med seks uker med nettbasert kognitiv atferdsterapi og kort telefonoppfølging ukentlig fra en kliniker. Mellom terapitimene deltok intervensjonsgruppen i et persontilpasset opplegg for fysisk aktivitet. Symptomer på depresjon var redusert i intervensjonsgruppen ved oppfølging etter tre måneder, men ikke ved ettårs-oppfølgning. Helse relatert livskvalitet var signifikant bedre ved oppfølging etter 12 måneder. Seksueropplegget bidro også til signifikant økt fysisk aktivitet i intervensjonsgruppen. Nær 85 prosent av deltagerne i intervensjonsgruppen fullførte minst fem av seks økter.

● Journal of Medical Internet Research (T. Thesen et al), januar 2022, doi: 10.2196/33631

UDIAGNOSTISERT DIABETES**Liten andel – men
ugunstig risikoprofil**

Forekomsten av diabetes i materiale fra HUNT4-undersøkelsen (2017–2019) var 6,0 prosent – hvorav 11,1 prosent var tidligere udiagnostisert. Prediabetes ble avdekket hos 6,4 prosent. Blant dem med udiagnostisert diabetes hadde 58 prosent HbA1c på 48–53 mmol/mol. Bare 14 prosent hadde et blodsukkernivå på over 64 mmol/mol. Sammenlignet med personer med normal HbA1c-nivå, hadde de med udiagnostisert diabetes eller prediabetes høyere verdier på kroppsmasseindeks, midjemål, systolisk blodtrykk, triglyserider og CRP, men lavere nivå av LDL-kolesterol. For hver av de målte risikofaktorene for hjerte- og karsykdom, hadde de med udiagnostisert diabetes et mindre gunstig nivå enn dem med diagnostisert diabetes.

● Diabetic Medicine (Vik Bjarkø et al), mars 2022

**RØYKING OG HJERTEINFARKT****Kvinner oftere akuttinnlagt**

Det er kjent at røyking er forbundet med høyere risiko for sykdom og død etter et hjerteinfarkt, men det er begrenset med dokumentasjon på effekten av røyking hos eldre med gjennomgått hjerteinfarkt med påfølgende hjertesvikt med nedsatt venstre ventrikkelfunksjon (høyrisikopasienter). Det har blant andre norske forskere gjort noe med. I en metaanalyse av fire store internasjonale randomiserte legemiddelstudier, har de sett på data fra 28 735 høyrisiko infarkt pasienter.

Røyking/tidligere røyking var forbundet med opptil 24 prosent økt risiko for sykehusinnleggelse hos kvinner med gjennomgått hjerteinfarkt og påfølgende hjertesvikt eller nedsatt pumpefunksjon (høyrisikopasienter) – mot ti prosent for menn. Forskjellen var statistisk signifikant. Det var derimot ingen kjønns- eller aldersforskjeller når det gjaldt røyking som en prediktiv faktor for totaldødelighet. Artikkelforfatterne mener funnene underbygger et behov for enda bedre forebyggende behandling for kvinner i denne pasientgruppen.

● Journal of Womens Health (T Sundby Hall et al), mars 2022, doi:10.1089/jwh.2021.0326

**AKUTTINNLEGGELSER****En av fem var legemiddelrelatert**

Gjennomsnittlig alder på pasientene i studien var 67 år, og i gjennomsnitt hadde de fire faste legemidler. Snaut 20 prosent av akuttinnleggelsene ved Diakonhjemmet sykehus fra april 2017 til mai 2018 gjaldt legemiddelrelatert problemstilling – ofte forbundet med bruk av blodfortynnende medisiner eller immundepressive medikamenter. 72,2 prosent av de legemiddelrelaterte innleggelsene ble relatert til medisinsviktninger, mens 16,5 prosent var forbundet med ikke å ha tatt medisin som forskrevet. Bare 11,4 prosent av de legemiddelrelaterte akuttinnleggelsene ble dokumentert av lege i løpet av sykehusoppholdet. Den retrospektive kohortstudien er en substudie til randomisert studie på legemiddelgjennomgang, og 402 pasienter i intervensjonsgruppen inngår i substudien.

● Internal and Emergency Medicine (Nymoen et al), februar 2022, doi: 10.1007/s11739-022-02935-9

LAV SOSIAL AKSEPT**Øker risikoen for
smerter hos unge**

Hvor stor rolle har liten sosial aksept for utvikling av muskel- og skjelettsmerter hos ungdomsskoleelever, og påvirkes smerter av psykisk stress? Det var utgangspunktet for en studie med data fra Tromsøstudien *Fit Futures*. Av 775 deltagere, hvorav drøyt halvparten var jenter, hadde nær 72 prosent ikke smerter ved studiestart. Sannsynligheten for vedvarende muskelskjelettsmerter etter to år var 1,8 ganger høyere for unge som opplevde liten sosial aksept fra jevnagmler. Psykisk stress så ikke ut til ha betydning for smerter ved toårsoppfølging.

● BMC Musculoskeletal Disorders (H. Jahre et al), januar 2022, doi: 10.1186/s12891-022-04995-6



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening

Velkommen til kollegahjørnet, **Christina Eliassen**, styreleder i Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening

Christina Eliassen
Styremedlem i norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening



Hvor mange medlemmer har foreningen deres?

Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (NBUPF) har 695 medlemmer. Vi mener at andelen leger i BUP er for lav, og behovet for flere er stort. Tall fra 2020 viste at på landsbasis utgjorde spesialister i barne- og ungdomspsykiatri 11 prosent, og leger i spesialisering 8 prosent av alle behandlere i BUP poliklinikk. Dette betyr at det på ingen måte er sånn at alle barn og unge som er pasienter i BUP møter en lege. Fastlegens somatiske vurdering før henvisning blir derfor ekstra viktig.

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

I den senere tid har nyhetene mest vært organisatoriske. Barne- og ungdomspsykiatrien har fått pakkeforløp, som inkluderer samhandling med førstelinjetjenesten. Pakkeforløp i BUP innebærer basisutredning i løpet av seks uker, inkludert en tilbakemelding og plan videre. Hvis det er behov for videre utredning, betyr det ytterligere seks uker til diagnose skal være fastsatt. Dette har trolig både vært positivt og negativt for tjenesten. Det er positivt at man får utredet raskt og kommet i gang med behandling, men negativt at tidspresset kan gjøre at vi går glipp av viktig informasjon. Det trengs ofte tid for at den unge pasienten skal bli kjent og trygg, og for å kunne fortelle om vanskelige opplevelser. Pakkeforløp innebærer mye ikke-pasientrelatert arbeid, noe vi ser går ut over tiden som burde bli brukt på pasienten og familien.

Barne- og ungdomspsykiatri er et spennende fagfelt, men de store endringene skjer langsomt. Det er et fag der man møter mange forskjellige problemstillinger og utfordringer til barna og deres familier, og der behandlingen kan være rask, men som oftest tar tid. Det er et stort ønske om god faglig kvalitet, og som forening jobber vi med å holde dette høyt. Som barne- og ungdomspsykiater møter man blant annet barn med autisme og ADHD, men også barn med depresjon, angst og traumer, barn med dårlige omsorgsvilkår, tilknytningsproblematikk og spiseforstyrrelser.

En barne- og ungdomspsykiater har en rolle i mange pasientsaker, både i utredning og behandling. Dette gjelder både ved medikamentell, men også ikke-medikamentell behandling, som for eksempel samtalerterapi. Utredningen og behandlingen inkluderer ofte møter med både pasient, foresatte og skole. I noen tilfeller deltar også fastlegen, skolehelsetjenesten, PPT og barneverntjenesten. Som lege i BUP er vi innom de fleste problemstillingene som håndteres i BUP, og er ofte den siste instansen hvis det stopper opp.

Barne- og ungdomspsykiatrien var før pandemien en tjeneste under press. Pandemien forsterket dette ytterligere. Vi ser at det er økt forekomst av barn og unge med psykisk uhelse i samfunnet, og dermed også en økning av henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Betydningen av denne økningen for en tjeneste som hadde lite kapasitet i utgangspunktet, får ringvirkninger for fastlegene og resten av førstelinjetjenesten, som vi vet at også er svært presset. Det trengs utvilsomt et ressursløft i begge tjenester for å møte behovet.

Det er opprettet et nasjonalt nettverk for psykofarmaka til barn og unge, underlagt Helsedirektoratet. Målet er *riktigere forskrivning* av psykofarmaka til barn og unge. Målgruppen er alle som forskriver psykofarmaka til denne aldersgruppe, fastleger inkludert. Nettverket samarbeider med NBUPF for å revidere medikamentdelen av veilederen i barne- og ungdomspsykiatri. Denne vil vi gjøre tilgjengelig også for fastlegene når den er klar. Vi vil også nevne

Koble (www.koble.info), kunnskapsbasert oppslagsverk for barns legemidler, som anbefales som et nyttig verktøy.

Har dere diskutert samhandling mellom barne- og ungdomspsykiatri og fastleger?

Det har alltid vært fokus på samhandling med fastlegene, da dette er en svært viktig samarbeidspartner. I 2020 fikk vi en god påminner om dette gjennom rapporten *Ungdom med uavklart tilstand. Samhandling mellom kommunale tjenester, og kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten* fra Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten (UKOM rapport 3, 2020). Rapporten formidlet at samhandlingen trenger et løft. Relevant informasjonsflyt mellom instansene er svært viktig for å kunne sørge for best mulig oppfølging og behandling.

Det er rekrutteringsvansker av både barne- og ungdomspsykiatere og psykologer til spesialisthelsetjenesten. Dette påvirker trolig fastlegene, ettersom noen oppgaver som burde vært ivaretatt i spesialisthelsetjenesten i stedet må ivaretas av fastlegen. Oppfølging av medikamentell behandling kan være en sånn oppgave. Målet fra NBUPF sin side, er at når et barn skal ha medikamentell behandling for en psykisk lidelse, skal dette initieres i spesialisthelsetjenesten og følges der lengst mulig, for å sikre en helhetlig behandling. Hvis medikamentell behandling må overføres til fastlegen, anser vi det som viktig at det er en tett dialog med fastlegen, og at man er enige om planen for videre behandling og oppfølging.

Vi opplever generelt et ønske om godt samarbeid mellom tjenestene, både for pasientene og familiene, men også fordi at vi ser at vi alle sammen gir bedre hjelp når vi samarbeider.

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

NBUPF arbeider med forslag til kampanjen. Planen er å få ferdig et forslag i løpet av 2022.

■ NBUPF@NBUPF.LEGEFORENINGEN

Jens Olai Jenssen,
Elisabeth Lønnå
Katti Anker Møller

En biografi
238 sider
Pax forlag
Oslo 2021

ISBN 978-82-530-4284-8

For ei dame!

Hvorfor anmelde en biografi i *Utposten*? Etter å ha lest denne svært godt gjennomarbeidede og engasjerende utgivelsen om liv og samfunnsforhold fra slutten av 1800-tallet og framover, er det nærmest et privilegium å få muligheten til å holde denne boken i hånden, en utgivelse som beskriver et usedvanlig menneske og hva hun evnet å få til i livet.

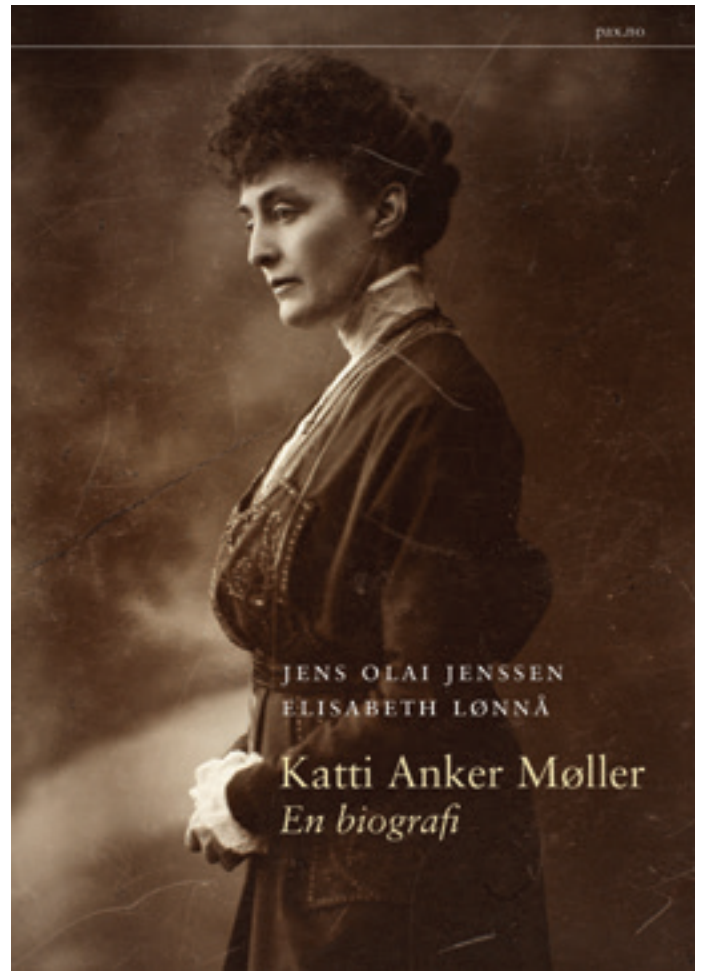
Fra bokens baksidetekst:

«Katti Anker Møller var en pioner i norsk historie, medvirkende bl.a. til de Castbergske barnelovene og ledende i arbeidet for kvinners makt over egen kropp og barns livsbetingelser. Hun levde i en tid der normene satte dødelige grenser for kvinners liv, særlig hvis man tilhørte de nedre sosiale lag. Katti Anker Møller kom selv fra en privilegert overklasse, men så både hvordan morens ti barnefødsler slet henne ut, og hvordan tjenestepikenes skjebne var avhengig av hvorvidt de unngikk uønskede graviditeter...

...Hun ble den første i Norge som tok til orde for selvbestemt abort. Hun startet mødre hjem og hun dro på foredragsturneer. Skildringen av Katti Anker Møllers liv og virke er en levende fortelling om livsvilkår som i dag nesten er glemt, der tragedier truet enhver ung kvinne på terskelen til livet. Katti Anker Møllers kamp for å bedre disse kvinners situasjon har satt varige spor.»

Boken bygger på nær 200 kilder, som brev, dagboksnotater, uttalelser fra kulturpersoner i samtiden, dette i tillegg til litterære referanser og opplysninger fra en rekke arkiver. Dette gjør at boken kommer nær på både Katti Anker Møller selv som person og hennes engasjement, tanker, strev og utrolige resultater for å bedre andre menneskers liv – både nasjonalt, men faktisk også internasjonalt. Hun pleiet kontakt med en rekke foregangspersoner – også i andre land. Hvordan var det mulig på den tiden med de kommunikasjonsmulighetene som den gang fantes?

Katti Anker Møller levde fra 1868 til 1945, altså i en brytningstid for Norge og Europa. Indirekte får vi gjennom denne utgivel-



sen et intenst møte med hva unionen med Sverige, krig og fred i Europa, kort sagt hva alt dette betydde av påkjenninger i vårt lands historie. Desto mer imponerende er det da hvordan Katti Anker Møller – midt i den urolige tiden – likevel evnet å stå på for mennesker som sosialt sett sto langt fra hennes egen bakgrunn og livsvilkår – og på en så uegennyttig måte. Hennes virke peker mot det vi i dag tar som en selvfølge i vår velferdsstat.

Boken anbefales.

ELI BERG

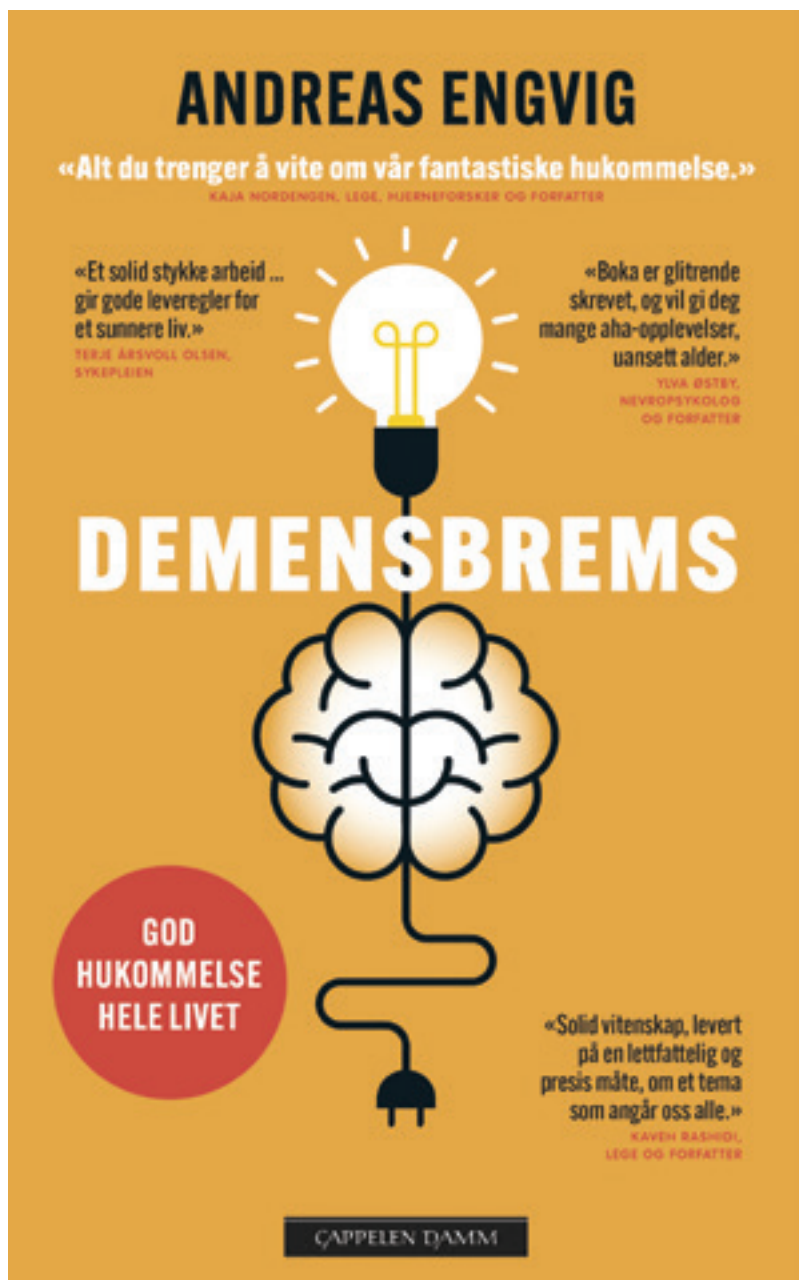
Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Hukommelse

– hva er nå det?

Andreas Engvik
Demensbrems
317 sider

Cappelen Damm
Oslo 2020
ISBN 978-82-02-70525-1



Det har vært en sann fryd å lese denne boken.

Baksideteksten inneholder uforbeholden honnør til forfatteren fra nasjonale og internasjonale spesialister bl.a. fra psykologi og medisin. Og på forsiden kan vi lese ikke mindre anerkjennende uttalelser: «Boka er glitrende skrevet, og vil gi deg mange aha-opplevelser uansett alder». Og videre: «Solid vitenskap, levert på en lettfattelig og presis måte, om et tema som angår oss alle».

Andreas Engvik er lege og hjerneforsker med doktorgrad innen hukommelse og aldring. Han er dessuten internasjonalt kjent som den første i verden som har vist at MR kan brukes til å måle effekter av hukommelsestrening på aldrende hjernestrukturer – som faktisk ble «yngre» med den beskrevne treningen.

Allerede i forordet kan leseren inspireres av forfatterens refleksjoner over livsløpets betydning for hukommelsen. Talende episoder fra eget og hans families liv setter «tonen» for den jordnære tilnærmingen til bokens tematikk.

Overskriftene i innholdsfortegnelsen antyder dagens kunnskapsnivå og hva det kan bety for vår tids mennesker:

- Hva er hukommelse?
- Hvordan lager hjernen minner?
- Nervecellenes støtteapparat
- Hukommelsen gjennom livet: går det nedover med alle?
- Hva er demens?
- Prinsipper for god hukommelse hele livet
- De tre levevanene for god hukommelse:
 - Søk positiv stimulans
 - Hold blodårene friske
 - Fysisk aktivitet
- En helhetlig tilnærming til god hukommelse

Andreas Engvik avslutter boken med

- Råd for god hukommelse hele livet, og
- Ti råd til myndighetene.

Ikke overraskende har forfatteren til slutt i boken en solid liste over nasjonale og internasjonale referanser relatert til hvert hovedkapittel. Dessuten peker han på nyttige nettsider, både når det gjelder tester og hjerne-
treningprogrammer.

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... Torgeir Gilje Lid?

Hva leser du nå?

Det er egentlig et litt vanskelig spørsmål. Jeg har nesten alltid en bok jeg holder på med, men 'holde på med' kan iblant være en svært langtrukken prosess. I tillegg har jeg alltid to–tre bøker som jeg *egentlig* holder på med. Det er bøker jeg nettopp har kjøpt, og som står høyt oppe på min kortliste (som egentlig er en svært lang liste) over bøker jeg ønsker å lese. Jeg leser mye anmeldelser, både av bøker, musikk og film. Det er min form for virtual reality, alt det jeg har lest *om*, men enda ikke lest selv eller opplevd selv.

Iblant kjøper jeg altså bøker fra denne listen, med ambisjon om å lese dem. Og boken jeg for tiden leser, samt de to–tre bøkene jeg i prinsippet er i gang med å lese, men i realiteten ikke har startet på enda, blir med meg i bagen når vi drar inn til småbruket i helgene.

Men tilbake til hva jeg leser nå; det er *Familieleksikon*, av Natalia Ginzburg. I tillegg har jeg med meg den siste boken til Jan Grue, *Hvis jeg faller*, og Roy Jacobsen sin oppfølger til Barrøy-trilogien, *Bare en mor*.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Natalia Ginzburg (1916–1991) var etter sigende en av de største italienske forfatterne og et forbilde for Elena Ferrante. Jeg leste et par panegyriske anmeldelser om boka *Familieleksikon*. Siden jeg aldri har kommet i gang med Ferrante sine bøker, og Ginzburg hadde vært et forbilde for Ferrante, kunne

jeg gjøre opp for denne unnlattesssynden ved å lese Ginzburg. Forfatteren skriver om sin egen familie, og etter eget utsagn uten å dikte, hun forteller det bare slik det var. Og det var kaotisk, hissig, varmt, krangle og krevende, og med Italia før, under og etter krigen som bakteppe.

Roy Jacobsen sin *Bare en mor* har jeg med fordi han er en forfatter jeg er glad i, og særlig fordi jeg siste året har lest Barrøy-trilogien, som denne boka er en oppfølger til. Roy Jacobsen skriver her om sine egne forfedre og deres liv i flere generasjoner på ei karrig øy i Nord-Norge. Jan Grue sin siste bok *Hvis jeg faller* er med fordi jeg før jul leste hans forrige bok *Jeg lever et liv som ligner deres*. Det er en sterk fortelling om hans eget liv med alvorlig funksjonshemming. Han skriver slik at det gir ny forståelse for det å leve et liv som ligner Jan Grues liv, og samtidig ny forståelse for alle vanlige uvanlige liv.

Hvor leser du?

Når det kommer til stykket, blir det mest lesing på småbruket på Gilja. Hvis vi ikke er midt i en god serie, eller enda ikke har fått lest alle avisene.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Her må jeg tilbake til den tidligere nevnte listen. Når jeg leser gode anmeldelser og kjenner at det er en bok jeg ønsker å lese, skriver jeg den inn i min liste på mobilen. Onenote kan fortelle meg at listen ble påbegynt 4. desember 2015. Nå består den av

godt over 100 bøker (litt færre oppføringer enn det er i musikklisten og filmlisten min). Hvis jeg skal velge noe fra listen nå, må det bli Rachel Cusk *Second Place* og Rune Christiansen *Saken med den tapte tidens innfall*. Jeg velger disse fordi jeg har lest tidligere bøker av begge to, bøker som jeg fortsatt kan kjenne på følelsen av. Men først må jeg altså lese de to ekstra bøkene jeg drar med meg i bagen min.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

Her har jeg to anbefalinger. Den ene er boka Roy Jacobsen skrev sammen med sin kone Anneliese Pitz. Tittelen er *Mannen om elsket Sibir*. En sommerfuglsamlers erindringer fra Øst-Sibir. Boka er en fantastisk fortelling fra et liv og en verden vi knapt kan forestille oss, men bokas tilblivelse er en fortelling i seg selv. Den bygger på Fritz Dörries egne erindringer, håndskrevet med illustrasjoner i tre eksemplarer, ett til hver av hans tre døtre. Roy Jacobsen fikk boka av et av Dörries oldebarn, men verken oldebarnet eller Roy Jacobsen kunne lese den, siden den var skrevet med en gotisk skrifttype som ingen lenger behersket. Bortsett fra Roy Jacobsens kone Anneliese Pitz.

Den andre anbefalingen er *Vakre nederlag* av Jess Walters. Det er banalt nok en stor fortelling om kjærlighet, nederlag og skjønnhet, med utgangspunkt i Italia i 1962 og med en grande finale i USA i nåtid. Og Richard Burton (de som er født etter 1970 må google) er en viktig bifigur i fortellingen.



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 produsentuaavhengig 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.

Kan brystkreftpasienter få lokalbehandling med østrogen?

Pasienter med aktiv eller tidligere brystkreft kan ikke få systemisk østrogenbehandling ved behov for menopausal hormonterapi (MHT) fordi det øker risikoen for forverring eller residiv av brystkreften, særlig i kombinasjon med gestagen. Mange av pasientene kan tilbys lokalbehandling med østrogen ved urogenitale plager, men det må vurderes i hvert enkelt tilfelle i samråd med onkolog. Kvinner som får behandling med aromatasehemmer skal ikke ha lokalbehandling med østrogen.

Postmenopausale kvinner har generelt sett økt risiko for urogenital og seksuell dysfunksjon grunnet slimhinneatrofi (1). Lokalbehandling med østrogen er førstevalg hos disse kvinnene. Dette har svært god effekt ved menopauselatert tørrhet, svie, kløe og irritasjon i underlivet. Det har også effekt ved dyspareuni og bedrer lubrikasjon. Lokale østrogen kan ha effekt ved overaktiv blære, dysuri og samtidig urogenital atrofi, og ved residiverende urinveisinfeksjoner (2, 3). Vulvovaginal atrofi er ofte underdiagnostisert og ubehandlet selv med riktig diagnose (4).

I Norge er østradiol vaginaltabletter (Vagifem, Vagidonna), østriol

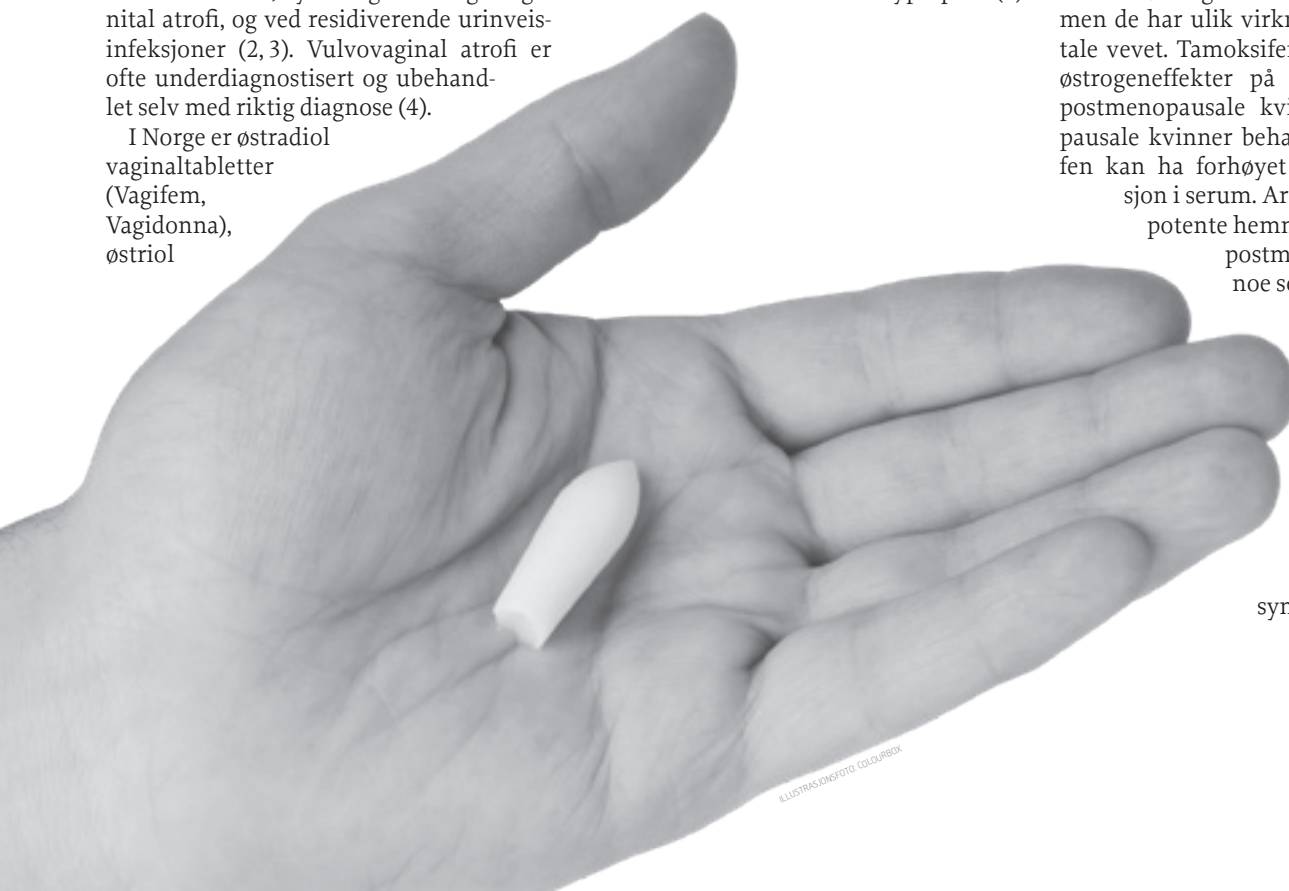
vagitorier (Ovesterin), østriol vaginalkrem (Ovesterin) og østriol vaginalgel (Gelisse) markedsført til lokalbehandling. Østriol er mindre potent enn østradiol. Begge er naturlige østrogen med god absorpsjon ved vaginal tilførsel. Østradiol metaboliseres delvis til østriol (5). Ved lokalbehandling med østrogen er det ikke nødvendig med gestagentilskudd som beskyttelse mot endometriehyperplasi (2).

Brystkreftbehandling og urogenitale plager

Endokrin behandling av brystkreft med tamoksifen og/eller aromatasehemmer inducerer ofte lokale symptomer sekundært til urogenital og vulvovaginal atrofi. Disse symptomene kan ha betydelig innvirkning på livskvaliteten.

Både tamoksifen og aromatasehemmere har antiøstrogen virkning på brystvevet, men de har ulik virkning på det urogenitale vevet. Tamoksifen har svaktvirkende østrogeneffekter på vaginalepitelet hos postmenopausale kvinner, og premenopausale kvinner behandlet med tamoksifen kan ha forhøyet østrogenkonsentrasjon i serum. Aromatasehemmere er potente hemmere av østrogen hos postmenopausale kvinner, noe som resulterer i svært lave sirkulerende østrogennivåer.

En slik uttalt hypoøstrogen tilstand gjør at brystkreftpasienter behandlet med aromatasehemmer opplever mer vulvovaginale symptomer enn de som er behandlet med tamoksifen (4).



Absorpsjon av østrogener ved lokalbehandling

Studier av friske postmenopausale kvinner viser at lokalbehandling med østrogen i lav dose gir sirkulerende østrogenkonsentrasjoner tilsvarende det man kan se hos postmenopausale kvinner som ikke får slik behandling (6, 7). Noen kliniske studier hos brystkreftpasienter har imidlertid påvist en målbar systemisk absorpsjon etter lokalbehandling med østrogen (8, 9). Det er omdiskutert om denne absorpsjonen avtar etter hvert som slimhinnene normaliseres som en effekt av den lokale østrogeneksponeringen (10, 11). Det er uklart om den lille, og muligens tidsbegrensede, økningen i østrogennivå vil kunne ha noen innvirkning på risikoen for brystkreft eller for tilbakefall av tidligere brystkreft.

Risikoøkning for residiv ved lokalbehandling?

En retrospektiv kohortstudie som inkluderer over 13 000 brystkreftpasienter, hvorav nesten 11 000 fikk tamoksifen, 2600 fikk aromatasehemmer og 270 fikk lokal østrogenbehandling med vaginal krem eller tabletter, viste ingen økt risiko for brystkreftresidiv ved lokal østrogenbehandling (12). Resultatet gjelder imidlertid i prinsipp kun for tamoksifen, da gruppen med aromatasehemmere var for liten til å kunne gi konklusive resultater. Gjennomsnittlig oppfølgingstid var på over fire år og det ble justert for flere konfunderende faktorer.

En nyere litteraturgjennomgang (13) viser til en studie som sammenligner peroral og lokal østrogenbehandling av brystkreftpasienter (14), der man fant færre tilbakefall i gruppen med lokal østrogenbehandling enn i gruppen med peroral behandling. En studie som sammenlignet vaginal østrogenbruk med ingen bruk av østrogener hos brystkreftpasienter, fant færre tilbakefall av brystkreft blant de som brukte østrogen vaginalt enn hos de som ikke brukte slik behandling (15).

Det er verdt å merke seg at det ikke finnes randomiserte studier på området, og at observasjonsstudier som de over alltid vil være beheftet med usikkerhet, blant annet med tanke på seleksjon av hvilke kvinner som fikk lokalbehandling, hvilke kvinner som fikk peroral behandling og hvilke kvinner som ikke fikk østrogenbehandling i det hele tatt. Inntil det foreligger randomiserte og placebokontrollerte studier er det derfor ikke mulig å gi konklusiv informasjon om hvorvidt behandling med lokale østrogener øker risikoen for brystkreftresidiv eller ikke (16).

Praktiske råd

Urogenitale plager er et viktig problem for brystkreftpasienter, og spesielt ved behandling med aromatasehemmer. Inntil 20 prosent av brystkreftpasientene rapporterte i en undersøkelse at de vurderte å slutte med kreftbehandlingen på grunn av urogenitale symptomer (16). Nedsatt livskvalitet som følge av slike symptomer øker risikoen for redusert etterlevelse og seponering av kreftbehandlingen, slik at man bør ta symptomene på alvor og gi god informasjon om hvordan de urogenitale plagene kan håndteres.

Førstevalg ved vaginal atrofi hos kvinner med historikk på brystkreft er fuktighetsgivende middel/vaginale mykgjørere (brukes fast to til tre ganger ukentlig, ikke under samleie) og glidemiddel (brukes kun under seksuell aktivitet). Dersom dette har vært prøvd uten tilstrekkelig effekt kan lavdoserte lokale østrogentilskudd vurderes hos kvinner med lav risiko for tilbakefall av brystkreft (3, 9).

Før oppstart med lokal østrogenbehandling, nevner mange kilder at det bør gjøres en grundig og individuell nytte-/risikovurdering, blant annet basert på risikoen for tilbakefall av brystkreft, og at man bør konferere om dette med pasientens onkolog (3, 10). Dette samsvarer med anbefalingene i veilederen i gynekologi som Norsk gynekologisk forening publiserte i 2021. Den eneste absolutte kontraindikasjonen som angis mot lokal østrogenbehandling er samtidig behandling med aromatasehemmer (2). Årsaken til dette er at serumøstrogennivået da må holdes på null (6, 16) siden disse pasientene kan ha økt følsomhet for østrogenpåvirkning av brystkreftcellene på grunn av mulig oppregulering av østrogenreseptorer etter en lengre periode med total østrogendeprivasjon (16, 17).

Konklusjon

Lokalt østrogentilskudd kan være et aktuelt behandlingsalternativ ved hormonbehandling ved brystkreft. En viss systemisk effekt kan ikke helt utelukkes, men vi har ikke funnet dokumentasjon på noen økt risiko for forverring av brystkreft eller for tilbakefall av tidligere brystkreft. Likevel tilsier en føre var-holdning at man må vurdere bruken av lokale østrogener på individuell basis. Lokal bruk av østrogen hos kvinner som får behandling med aromatasehemmer er kontraindisert.

Forfatterens bindinger:
Ingen

REFERANSER

- Smith T, Sahni S et al. Postmenopausal Hormone Therapy-Local and Systemic: A Pharmacologic Perspective. *J Clin Pharmacol.* 2020; 60(2): 74–85.
- Øverlie I. et al. Overgangsalder (menopause). Norsk gynekologisk forening Veileder i gynekologi (2021). ePub. ISBN 978-82-692382-1-1. [hentet 25. april 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/> (publisert 26. mars 2021).
- Norsk elektronisk legehåndbok. Klimakteriet. <https://legehåndboka.no/> (Sist endret: 2022).
- Pruthi S, Simon JA, Early AP. Current overview of the management of urogenital atrophy in women with breast cancer. *Breast J.* 2011; 17(4): 403–8.
- Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Østrogener. <http://legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 13. september 2016).
- Santen RJ. Vaginal administration of estradiol: effects of dose, preparation and timing on plasma estradiol levels. *Climacteric.* 2015; 18(2): 121–34.
- Bachmann G, Lobo RA, et al. Efficacy of Low-Dose Estradiol Vaginal Tablets in the Treatment of Atrophic Vaginitis. *Obstetrics & Gynecology* 2008; 111(1): 67–76
- Kendall A. Caution: vaginal estradiol appears to be contraindicated in postmenopausal women on adjuvant aromatase inhibitors. *Ann Oncol.* 2006; 17: 584–7.
- Wills S, Ravipati A et al. Effects of vaginal estrogens on serum estradiol levels in postmenopausal breast cancer survivors and women at risk of breast cancer taking an aromatase inhibitor or a selective estrogen receptor modulator. *J Oncol Pract.* 2012; 8(3): 144–8.
- Bachmann G, Pinkerton JV. Genitourinary syndrome of menopause (vulvovaginal atrophy): Treatment. Versjon 69.0. In: UpToDate. <https://helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 15. april 2022).
- Memorial Sloan-Kettering Cancer Center Clinical Trial. Serum Estradiol Levels In Postmenopausal Women With Breast Cancer Receiving Adjuvant Aromatase Inhibitors and Vaginal Estrogen. <http://www.ClinicalTrials.gov> (Sist oppdatert: 19. oktober 2021).
- Le Ray I, Dell'Aniello S et al. Local estrogen therapy and risk of breast cancer recurrence among hormone-treated patients: a nested case-control study. *Breast Cancer Res Treat.* 2012; 135(2): 603–9.
- Deli T, Orosz M et al. Hormone Replacement Therapy in Cancer Survivors – Review of the Literature. *Pathol Oncol Res.* 2020; 26(1): 63–78.
- Fahlén M, Fornander T et al. Hormone replacement therapy after breast cancer: 10 year follow up of the Stockholm randomised trial. *Eur J Cancer* 2013; 49(1): 52–9.
- Durna EM, Wren BG et al. Hormone replacement therapy after a diagnosis of breast cancer: cancer recurrence and mortality. *Med J Aust.* 2002; 177(7): 347–51.
- Biglia N, Bounous VE et al. Vaginal Atrophy in breast cancer survivors: attitude and approaches among oncologists. *Clin Breast Cancer* 2017; 17(8): 611–7.
- Santen RJ, Stuenkel CA et al. Managing Menopausal Symptoms and Associated Clinical Issues in Breast Cancer Survivors. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102(10): 3647–61.

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

Overlege, spes. klinisk farmakologi og allmennmedisin, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital HF

OLAV SPIGSET

Overlege, professor dr.med., Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital HF

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydd noe for dem, enten i arbeidet eller i livet ellers. Den som skriver får i oppdrag å utfordre en etterfølger. Slik kan mange kolleger få anledning til å ytre seg i lyrikkspalten.

Velkommen og lykke till! 🍷 Tove Rutle – lagleder

Døden i en koronatid

Sykehjemmet har vært et fast arbeidssted en dag i uka siden jeg begynte i allmennpraksis for over 20 år siden. Noen timer hver tirsdag er jeg på plass, og jeg er tilgjengelig på telefon hver ukedag. Det har medført en kontinuitet som både personalet og pasientene setter pris på. En sjelden gang en utrykning, dog er legevakta «bakvakt» ved helt akutte ting. Det at jeg er tilgjengelig på telefon hele uka gir noen timer «avspasering» til forefallende ærender på tirsdag ettermiddag.

Koronatiden har vært tung for sykehjemmets pasienter og ikke minst pårørende. Det så vi godt da døden begynte å nærme seg. Pårørende var pakket inn i all verdens «beskyttelse og hansker» da de skulle ta farvel med en ektefelle eller mor eller far. Det var nesten umenneskelig for pårørende. Media viste oss stadige eksempler på dette fra forskjellige institusjoner rundt om i Norge.

En dikter som har skrevet om døden er Rolf Jacobsen. I hans siste diktsamling

Nattåpent fra 1985 skriver han om møtet med sin kjære kone Petra som akkurat var død, dog uten «korona».

Jeg var nylig på kurs i Lofoten og traff Morten Bain. Han er fastlege og tidligere kommunelege i Moskenes og Svolvær, og har sagt seg villig til å ta neste etappe.

Hilsen fra
ØYVIND B. GAUPEN

Rom 301

Ja, nå kan De få komme inn.
De hadde kledd deg i hvitt.
Jeg tok den unge hånden din i min en stund.
Den svarte ikke. Aldri mer.
Den som strøk meg så ofte over håret,
nå siden sommeren. Helt fra pannen
ned i nakken. Som om du søkte
etter noe eller visste noe.
Visste du?

(Hånden din, lille hånden din)
Den andre har de lagt på brystet ditt
bøyet om en rose. Rødt mot hvitt. En brud
men ikke min.
Så er tiden ute. Noen venter.
(Ansiktet, pannen, hendene)
Jeg går mot døren, nordlyset, stjernevrimmelen,
ta imot.

Hånden på dørhåndtaket.
Det lille kneppet tilslutt.
Skrittene i korridoren. Klipp – klapp
klipp – klapp. Slik
ender et liv.

ROLF JACOBSEN

