

Utposten

5 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Utposten jubilerer

Den lille legen og
den vide verden

Reisebrev
Min digitale reise
Lindrands behandling

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: Eva Cathrine Rutle

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



NO - 1470

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Gledessprederen Glaukomflecken***Kjell-Arne Helgebostad***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Den lille legen og den vide verden***Linn Getz intervjuet av Njål Flem Mæland***6 Rapport fra NCGP 2022 – On the Edge***Utpostens redaksjon***8 Utposten gjennom 50 år***Jan Håkon Juul***10 LEGEMIDDELGENNOMGANG:****– Smågruppebasert forbedring i praksis***Diman Barzigar, Knut Eirik Ringheim Eliassen og Nicolas Øyane***13 Kvalitet på veiledning av spesialistkandidater i allmenntidmedisin***Olav Thorsen og Dag Husebø***17 Er du lykkelig?***Endre Osen Skjølberg***18 Konflikter og konflikthåndtering***Njål Flem Mæland***22 REISEBREV: Observasjoner fra rad 5 høyre side, plass 4***Hans-Christian Myklestul***26 Lokal helse er global helse***Frode Forland***28 Taushetsplikt – unngå at krasj blir til havari***Cato Innerdal***30 LINDRANDE BEHANDLING I SUNNHORDLAND 2021:****– Ei studie av status og forslag til endringer***Mona Yvonne Lothe og Odd Jarl Kvamme***34 Min digitale reise***Eivind A. Wik***38 Har du hørt om KOBLE?***Helene Grytli, Cathrine Kjeldby-Høie, Arna Teigen, Margrete Einen og Thomas Halvorsen***42 LESERBREV: Bomskudd***Marte Kvittum Tangen, Kirsten Toft, Ole Johan Bakke og Tom Sundar***43 Sakset fra allmenntidmedisinsk forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***44 BOKANMELDELSE:****En bok med utfordringer 'på rekke og rad'***«Kritiske perspektiver på brukermedvirkning» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Gledessprederen Glaukomflecken

Avgangsseremonien for medisinstudentene ved Yale University er en høytidelig affære. Det var mange som ble litt overrasket da det prestisjefylte oppdraget med å holde tale til studentene i år gikk til en øyelege fra Oregon. Will Flanary har selv vært pasient, og etter dette har han engasjert seg, både i likemannsarbeid blant unge kreftoverlevende og kursing i hjerte- og lungeredning. Først og fremst er han imidlertid kjent for satirevideoer han publiserer på internett under artistnavnet Dr Glaukomflecken. I videoenes fiktive helseunivers får klisjeene og karikaturene virkelig blomstre fritt, og det bugner av velformuerte vitser. Flanary spøker med medisins irrganger og absurditeter, men også med alvorlige tema som legemiddelpriser, antibiotikaresistens og utbrenthet (1).

Videoene har blitt enormt populære, også utenfor helsetjenesten. I et intervju sier Flanary at de eneste som har vært kritiske, er allmennleger som mener karikaturen kan svekke rekrutteringen (2). *Family Medicine* er en godmodig type med flekkete briller på snei som gråter litt hver morgen, sitter oppe med papirarbeid hver natt og må overtales til å ta betalt i ekte penger. I sommer dukket Flanarys versjon av Distriktlegen opp, i grønn fleecejakke. «Hva vil du gjøre mens du er her?» spør han medisinstudenten. «Ta imot en baby? Fikse et brukket bein? Legge inn sentralvenekateter? Psykisk helsehjelp?» Distriktlegen har minst tre pasienter som venter, og han fungerer selvsagt også som stedets postmann og ordfører.

Alle som er opptatt av fastlegeordningen er svært spente på høstens statsbudsjett og regjeringens nyoppnevnte ekspertutvalg. Mens vi venter, får vi huske på Per Fugellis råd om å lytte til Camille Paglia: «Vi må godta vår smerte, forandre på det vi kan og le av resten» (3). Dr Glaukomflecken kan være et fint sted å starte.

KJELL-ARNE HELGEBOSTAD

REFERANSER

1. Paul E. Sax, In Praise of Dr. Glaucomflecken, *NEJM Journal Watch*, 2022.
2. TikTok doc makes physicians laugh at themselves, (Online). Available: <https://www.washingtonpost.com/health/2022/07/11/dr-glaucomflecken-will-flanary/>
3. P. Fugelli, *Journalen*, Universitetsforlaget, 2013.



Den lille legen og

Linn Getz ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

Jeg treffer Linn i et av hennes mange rette elementer: i tredje etasje på Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Her er det utsikt mot studenter-samfunnets røde og runde hus, mot St. Olav hospital og mot et pulserende byliv. Her har Linn sitt daglige virke som professor i medisinske adferdsfag, seniorforsker, leder av fagenhet for allmennmedisin og medisinsk etikk og leder av Allmennmedisinsk forskningsenhet. Blant annet!

Mitt første møte med Linn var i papirformat. I 1992 leste jeg essayet *Den lille legen og den vide verden på 70 grader Nord*. (1) Artikkelen gjorde så sterkt inntrykk på meg, som da var student, at jeg merket meg navnet på forfatteren. Neste gang navnet dukket opp var da jeg skulle bli spesialist i allmennmedisin. Som andre spesialistkandidater gikk jeg til innkjøp av *Håndbok for spesialistutdanningen i allmennmedisin*. Det slo meg at det ikke var mange år siden jeg hadde lest artikkelen om den unge legen i nord. Det var da merkelig, tenkte jeg, at hun som nettopp hadde skrevet en artikkel om en turnuskandidats opplevelser nå var parhest med professor Westin og skrev lærebok til spesialistkandidater. Nå kan jeg, et kvart århundre senere, starte mitt intervju med å spørre hvordan det kan henge sammen!

Linn ler og går tilbake til studietiden.

– Jeg var innom tre forskjellige medisinerkull. En periode tok jeg et halvt års studie i tropemedisin, så var jeg backpacker og reiste i Sør-Amerika og i India. Disse to sidesporene førte til det tredje, nemlig en samfunnsmedisinsk oppgave basert på 313 spørreskjema utdelt fra vaksinasjonskontoret i Trondheim. Her så jeg på helseutfordringer ved utenlandsreiser (2). Jeg ble



Linn Okkenhaug Getz – den lille legen som gikk ut i den vide verden. FOTO: STYRK FJÆRTOFT

veiledet av blant annet Steinar Westin. Etter turnustiden og ett år som kommunelege på Karlsøy i Nord-Troms, ble det naturlig for meg å vende tilbake til instituttet. Der fikk jeg en halv stilling som forsker, og jobbet halvt som vikar for Anders Grimsmo i Surnadalen. Jeg forsket på trygdemedisin. Blant annet skrev jeg om det jeg den gang kalte «komplekse uførepensjonssaker» i en artikkel fra 1995. Steinar og jeg ble tett knyttet sammen i et akademisk søskenforhold der han var storebroren. Steinar skulle revidere håndboka i spesialistutdanning som han selv hadde forfattet, og jeg ble involvert i arbeidet med denne.

Mor og far

Det er noen år siden Linn jobbet som allmennlege sist, tenker jeg. Som ansatt på instituttet slår det meg likevel stadig i hvor stor grad Linn klarer å fange og å forstå

hvordan fastlegehverdagen er. Jeg tenker om Linn at hun er en form for lim – lim innad på instituttet vårt, men også lim og brobygger mellom den praktiske hverdagen som fastlege og akademiet. Linn opplevs solid plantet i begge verdener, den kaotiske og praktiske, og samtidig i den strukturerte og teoretiske.

UTPOSTEN: Du orienterte deg altså tidlig mot akademia. Du har tidligere beskrevet deg som en typisk «flink pike», og med professorfar så var kanskje ikke det så rart?

Linn blir stille, i kanskje tre kvart sekund, noe som er uvanlig lenge for henne å være.

– Det går jo tråder gjennom livet. Min mor fikk tuberkulose under krigen. Hun ble alvorlig syk, og gjennomgikk den tidens brutale behandling hvor man blant annet fjernet ribben uten bruk av narkose. Min femten år eldre søster fikk i flere år ikke møte sin mamma. Min søster manglet

den vide verden

hverken mat eller klær, men levde sine første år i et emosjonelt tomrom som senere gjorde henne sårbar på mange plan. Hun havnet som ung i psykiatrien, og jeg kan trygt si at den gjorde vondt verre. Min søster er død nå. Om jeg styres, trigges eller motiveres av dette kan jeg ikke helt si, men at det har hatt betydning for at jeg opplever det som en slags oppgave å utfordre medisinen og de etablerte sannheter, det er jeg sikker på. Hvordan kan vi være så sikre på at det vi gjør er rett? Kan det være at vi gjør mer skade enn nytte? Slike kritiske spørsmål har jeg alltid med meg.

Jeg nikker og ser litt av den rollen Linn har fått. Tankene mine går til Linn's avhandling, *Sustainable and Responsible Preventive Medicine* (3). Den er uvanlig omfangsrik til å være en avhandling, og den slutter med en rørende og personlig epilog hvor forholdet til mor og far berøres. I lys av din fagkritiske holdning er det du skriver om din far, Jan R. Getz, professor og skipsingeniør, spesielt interessant.

Linn ser på meg.

– Du tenker på det jeg skriver om Alexander Kielland-ulykken.

Hun blir stille igjen.

– Det gjorde dypt inntrykk på pappa at denne ulykken kunne skje. Han følte også skyld, selv om han objektivt ikke hadde noen skyld. Men han hadde lenge, fra sin faglige sidelinje, hatt en dårlig magefølelse knyttet til mangelfull sikkerhet i Nordsjøen. Han led fordi han aldri sa tydelig fra. Kort tid etter katastrofen ble det bestemt at plattformen skulle snues. Min pappa tok da opp blyant og papir, tegnet og regnet, og sa: «Den planen kommer ikke til å virke». Jeg husker min forvirring da jeg svarte ham: «Men pappa, planen er laget av eksperter!». Han sa: «Det kommer fortsatt ikke til å virke.» Han fikk rett. Den første planen mislyktes. Jeg lærte en viktig lekse om sunn skepsis til eksperter.

Skjebne

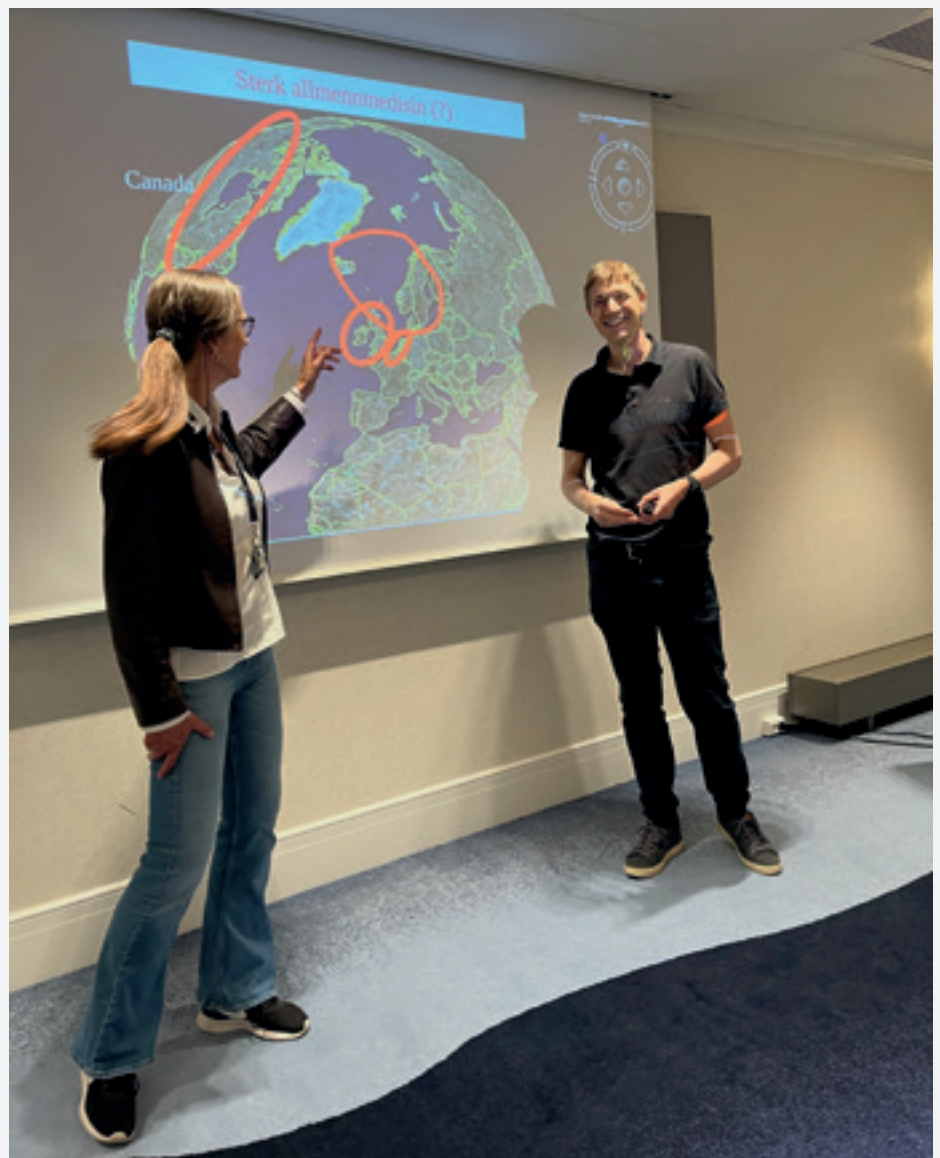
Vi snakker sammen på våren 2022, og det er noen få uker til nordisk kongress i all-

mennmedisin i Stavanger. Her skal Linn holde plenumsforedrag. Det er fjerde gangen hun gjør det. Tittelen *On the edge – jumping off and flying high* har hun valgt selv.

UTPOSTEN: Hender det Linn, at du tenker at du kunne valgt deg et enklere liv, en enklere

karriere? Du kunne ha snakket om sykdom i et organ eller ny behandling av en etablert tilstand. I stedet blander du inn fagkritikk, medisinsk historie, filosofi, livserfaringer, samfunn, alt det som er komplekst og sammensatt. Og nå igjen må du gjøre det samme, denne gangen i Sta-

Linn underviser helst sammen med praktiserende fastleger, her sammen med Bjarne Austad på Grunnkurs A i Trondheim. Få land i verden har en god allmennlegetjeneste.



vanger. Når du holder foredrag er det mer enn opprømsing av kunnskap. Det ligger en kreativ skaperprosess bak ordene.

Linn nikker.

– En av mine skjebner er at jeg som akademiker tenderer til å gå ut av det komfortable og etablerte. Ikke slik at jeg føler meg uvelkommen eller uglesett, men jeg gjør det jo slitsomt fordi jeg alltid utfordrer meg selv. I disputasen min brukte jeg musikk av Van Morrison, en sang hvor han har duett med Tom Jones «Some times we cry / Well we're gonna have to sit down and think it right through». Det er fine ord om å være til stede, å være et vitne og en ledsager, fremført av to maskuline stemmer. Jeg er opptatt av det komplekse, møtet mellom mennesker kan være slik at det er kaotisk og uforutsigbart. Men det fine med det komplekse er at det gir håp. Små ting kan føre til stor endring. Det trenger ikke å kreve så mye smarthet, kanskje bare en dyptfølt validering. Det kan handle om noe så enkelt som å sitte stille på stolen i nærvær av det menneskelige.»

Tankene til Linn hopper noen år tilbake i tid:

– I 2002 holdt jeg plenumsforedrag første gang ved nordisk kongress. Den gangen snakket jeg problematiserende om EBM (Evidence Based Medicine). Det var et foredrag på femten minutter, men jeg jobbet med det en hel sommer, for det var virkelig et motstrøms budskap den gangen. Vi kan ikke bare dele medisinen opp i biter som vi studerer hver for seg, slik EBM har en tendens til å gjøre. Så dukker spørsmålet opp:

Hva gjør vi da? Hva slags kunnskap skal vi da søke? Og hva betyr egentlig et begrep som biopsykososialt? Her har jeg sett det som min oppgave å samle kunnskap og erfaringer. Jeg er ikke fastlege selv, men jeg kan samle og formidle slik kunnskap. Tidlig på 2000-tallet var det for eksempel svært lite bevissthet om sammenhenger mellom livserfaringer og biologi. I dag vet vi at mobbing gir inflammasjon, at tunge omsorgsoppgaver gir endring i telomerfunksjon. Vi har bred delkunnskap om det helhetlige, men strever likevel med å sette kunnskapen sammen til et holistisk bilde. Er ikke det nærmest et paradoks? Fra et klinisk perspektiv er landskapet fortsatt tåkete. Og dette er viktig. – Mitt mål er ikke å åpne for noe mystisk eller uvitenskapelig. Det er ikke mystisk at traumer gir uhelse, eller å se livet helhetlig, men slike sammenhenger er og må være krevende og uforutsigbare å jobbe med. Hvis sammenhengene var forutsigelige, var jo hele livet et deterministisk prosjekt. Det er det heldigvis ikke.

Van Morrison, igjen

UTPOSTEN: Jeg blir ettertenksom, og forstår poenget til Linn. Det er et skarpt skille mellom pene fraser om helhet – grensende til det religiøse på den ene siden, og så kunnskap og bevissthet om sammenhenger i livet som går ut over det vi gir tablett for. Jeg kommer på at jeg egentlig spurte om åpningsforedraget i Stavanger...: Tittelen er *On the edge – jumping off and flying high* – det høres skummelt ut!

Sometimes we cry

UTDRAG

Sometimes we know,
Sometimes we don't
Sometimes we give,
Sometimes we won't
Sometimes we're strong,
Sometimes we're wrong
Sometimes we cry

Sometimes it's bad
When the going gets tough
And we look in the mirror
And we want to give up
Sometimes we don't even
Think we'll try
Sometimes we cry

Well we're gonna have to sit down
and think it right through
If we're only human
What more can we do
The only thing to do is
Eat humble pie
Sometimes we cry

VAN MORRISON

«Ja», svarer Linn, «og det er skummelt. Kongressen illustreres av en person som står på kanten av prekestolen, rett nok med en sekk på ryggen – en fallskjerm? Det viser utfordringen allmennmedisinen og fastlegeordningen står ovenfor. Jeg må

Deltagere på Grunnkurs A aktiviseres med gruppearbeid om de syv kjerneverdierne for allmennmedisin.





Den lille legen holder plenumforedrag ved konferansen «Preventing Overdiagnosis» ved Universitetet i Oxford. Med Van Morrison låt! Anbefales. (7)

peke på og selge inn fag og verdier som svar på utfordringene. Jeg vil bruke de syv kjerneverdiene i mitt foredrag (4). Det er disse som skal gi faget vårt det løftet og den oppdriften vi trenger. Og så må jeg finne en ny sang av Van Morrison jeg kan bruke. Det har blitt et slags varemerke for meg, det startet som nevnt ved disputasen. Jeg har gjort det ved alle de nordiske kongressene hvor jeg har innledet!

Slutten – og begynnelsen

Jeg må smile for meg selv, og igjen sukke litt over at jeg selv ikke skal være til stede ved kongressen. Dette høres lovende ut! Så kommer jeg til å tenke på at Linn har trukket det store perspektivet også inn i medisinerstudiet i Trondheim. Det illustreres tydeligst ved at hun står for både første og siste foredrag for studentene. Jeg ber henne fortelle litt om det.

– Det startet med at en student i 2006 litt beskjemet påpekte for fakultetsledelsen at siste forelesning på studiet var om «Immunosuppresjon». Han syntes det var et vel smalt og tilfeldig tema å avslutte seks års studier med. Det var alle enige! Men det var vanskelig å få noen til å ta opp hansken. Ingen ville påta seg oppgaven å lage noe nytt, så det ble til at jeg kom til å stå bak en avsluttende panelforelesning om «Livet som lege – gode råd på veien». Igjen: En ganske krevende seanse å arrangere, med mange personer involvert, men du verden så givende! Og igjen: Det ene fører til det andre. Vi oppdaget dernest selv at den første forelesningen det nye kullet får var i cellebiologi. Det fremsto også noe stusselig! Lang historie kort: I dag leder jeg studiets første forelesning med tittelen *Mennesket i medisinen*, hvor vi blant annet bruker interaktiv teknologi og berører tanker om det å skulle studere medisin. Vi lytter også til de unge studentenes tidligere livserfaringer knyttet til det å føle seg avmektig, slik pasienter ofte gjør. Vi kjører et

NOEN AV LINNS PÅGÅENDE FORSKNINGSPROSJEKTER

- Digitale konsultasjoner i framtidens allmenntidmedisin
- Livshistorier og helse – et faglig anliggende
- Palliasjon i primærhelsetjenesten
- Gravides helse, bekymringer og informasjonsinnhenting under svangerskapet
- Kompleksitetsteori i allmennpraksis (teoriutvikling)
- Psykoterapeutiske begreper- relevans i allmennpraksis
- Bidrag til ulike søknader/prosjekter med tilknytning til: sykkelig overvekt, rus og avhengighet, forskrivning av vanedannende medisiner i allmennpraksis, betydning av erfart eksistensiell trygghet for å opprettholde helse, begrepet «syndemi» – relevans for primærhelsetjenesten
- Publikasjoner fra undersøkelser i regi av «fastlegeordningen 2.0» (Trønderoppørret)
- Bærekraft på fastlegekontoret

rollespill hvor to fastleger møter en skuespillerpasient, den ene legen har en pasientsentrert stil, mens den andre er mer legesentrert. Studentene, i alle fall som gruppe, har ingen problemer med å formulere nyansene i de to legenes forskjellige væremåter. De er minst like flinke som sjetteårsstudentene ville ha vært. Det er tankevekkende.

Så med det har Linn startet og sluttet sirkelen, tenker jeg. Hun møter studentene på første og på siste dag, med en bred tilnærming til medisinen og ivaretagelse av det tenkende og følende mennesket både i pasienten og i legen selv. At man ikke selv var ung og studerte i dag, tenker jeg! Kontrasten til min studietid er stor, og Linn er en av dem som skal ha ære for det. Min første og min siste forelesning på 80- og 90-tallet er umulig å huske, trolig fordi de forsvant helt i mengden av faktabasert undervisning.

Vi kunne ha fortsatt samtalen, og gjør jo også det, på tirsdager når vi møtes på min universitetsdag. Linn har mange samtaler på gang, og mye hun brenner for. Vi har ikke snakket om familien, om barna og mannen, Islands første professor i allmenntidmedisin, Johan August Sigurdsson, eller om livet som bedriftslege på Island (5). Mest forsømt i dette intervjuet er kanskje allmenntidmedisinsk forskning. Det hører med til historien at Linn i løpet av sin karriere har høvet inn både Marie Spångberg-prisen for beste originalmanus med kvinnelig førsteforfatter og den nordiske forskningsprisen i allmenntidmedisin.

Omsorg og sinne

Som ansatt på hennes institutt vil «bladfyken» komme med noen sluttord. Å være professor er krevende: Det er en forventning om faglig toppnivå, om forskningsfront, om skarpsyn i diskusjoner og om kreativ utvikling. Linn leverer dette tilsynelatende uanstrengt. Men hun leverer også på andre plan, som mange i hennes posisjon ikke gjør: Hun er den som fikser kaffemaskinen og som tar ut av oppvaskmaskinen. Hun er den som en sliten medar-

beider eller ulykkelig student betror seg til og får støtte hos. Hun er den som husker bursdager og andre merkedager og ordner med innsamling til gave, gavekjøp og kort. Det sier mye om mennesket Linn Okkenhaug Getz, dessverre sier det vel også noe om hvor forskjellige roller menn og kvinner får i ellers like posisjoner.

– Ja, jeg vet det, sier Linn. – Her har en del menn noe å lære. Velplassert omtanke gir styrke og fremmer vekst.

Mens jeg tenker på dette, kommer Linn med sitt sluttord:

– Husk en ting da, «fyken». Jeg er ikke bare omsorgsfull. Jeg kan bli sint. Relativt sjelden på mennesker, heldigvis, det gjelder som regel fag på en eller annen måte. Og da drives jeg ofte til handling. Faglig og etisk velbegrunnet harme over urimelige eller urettferdige prosesser kan faktisk kanaliseres kreativt. I så måte var mine veiledere under doktorgraden, professorene i allmenntidmedisin Irene Hetlevik og Anna Luise Kirkengen, gode rollemodeller. Marie Spångberg-prisen jeg fikk i sin tid for en artikkel i *BMJ* der vi ved hjelp av redelig forskning knuste noen totalt urimelige kliniske retningslinjer som ville gjort livet vanskelig for enhver seriøs allmenntidmedisin. Det er krevende å forvalte slike krefter så de leder til nytte og ikke til skade – men det gir dyp mening (6). Jeg skriver om det i doktorgraden min. Den handler dypest sett om å ta ansvar.

REFERANSER

1. <https://www.ntnu.no/documents/10297/o/Getz+1992+Den+lille+lege+og+den+vide+verden.pdf/c68e98bb-86b9-4c4f-bd38-a1b35e307973>
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2218161/>
3. Linn Okkenhaug Getz NTNU Open: Sustainable and responsible preventive medicine: Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology
4. https://www.nfgp.org/files/8/core_values_and_principles_of_nordic_general_practice_nfgp_plakat.pdf
5. <https://tidsskriftet.no/2010/03/intervju/ands-menneske-med-kritisk-blikk-pa-praksis>
6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34249958/>
7. https://www.preventingoverdiagnosis.net/?page_id=855

Rapport fra NCGP 2022 – On the Edge

Etter ett års pandemiutsettelse kunne endelig 870 leger møtes i Stavanger 21.–23. juni til den 22. nordiske kongressen i allmennmedisin.

Det var lenge stor usikkerhet om arrangementet kunne gjennomføres, og organisasjonskomiteen må ha hatt en usedvanlig krevende oppgave. Smittesituasjonen bød på utfordringer både rent praktisk og ved at mange deltakere ventet til siste liten med å melde seg på. Brikkene falt til slutt på plass, og deltakere fra 17 land fikk gleden av å oppleve tre dager med tett pakket faglig program og sosialt samvær. Selv om det summet mest i nordiske språk i pause-
ne, foregikk det faglige programmet på en-

gelsk. Universitetet i Stavanger bidro med økonomisk støtte til unge kollegaer som deltok i prekongressen.

Åpningsseremonien i Stavanger konsert-
hus var en storslått affære med inspirerende taler, vakker musikk og underholdning. Leder av norsk forening for allmennmedisin Marte Kvittum Tangen ønsket velkommen, før leder av organisasjonskomiteen, Olav Thorsen, og leder av vitenskapelig komité, Gunnar Tschudi Bondevik, kom på scenen, alle i vakre bunader. Deretter fulgte hilsener fra helsedirektør Bjørn Guldvog, statsforvalter i Rogaland og tidligere helseminister Bent Høie, vert for pre-kongressen Ingvild Vatten Alsnes, Wonca World president Anna Stavdal og presidenten i Nordic Federation of General Practice Johan Sigurdsson. Sistnevnte kunne fortelle at han hadde deltatt på alle 22 nordiske kongresser i allmennmedisin!

Annie Thorkildsen imponerte med akrobatisk dans, og det gikk flere gys gjennom publikum da hun krøllet kroppen i anatomisk uforklarlige stillinger med fare for dens-luksasjon.

Deretter var det klart for hovedtalerne. Linn Getz holdt et inspirerende innlegg om allmennmedisinens kjerneverdier under temaet «Jumping off and flying high», med hjelp av kjente låter av Van Morrison. Deborah Swinglehurst diskuterte allmennmedisinens utfordringer i møte med moderne teknologi og refererte til Iona Heath når hun snakket om allmennlegens håndtering av det usikre og uforklarlige. Steinar Hunskaar avsluttet med et ønske om å verne om utdannelsen av fremtidens allmennleger, for å sikre vedvarende høy kvalitet når det er krav om effektivisering og innsparing.



Etter åpningen var det fingermat og drikke med utsikt over Stavanger. Pandemitrette leger sto tette som sardiner og traff både nye og gamle bekjente.

De neste to dagene var fulle av forelesninger, workshops og presentasjoner av relevant forskning. Innleggene var gruppet etter tema, og de parallelle sesjonene avspeilet bredden i allmennmedisin. Det var ikke mulig å rekke alt, og det ble ofte vanskelige prioriteringer mellom interessante tema. Flere ferske forskere fikk sin ilddåp ved muntlige presentasjoner av arbeidene sine, mens sterke fagpersoner fra hele Norden deltok i diskusjonspanel på workshops. Det sosiale programmet sto ikke tilbake for den faglige delen, og bød på cruise på Lysefjorden og lunsj i Jørpe-land.

Utposten var representert med stand, men på grunn av den høye kvaliteten på det faglige programmet, var standen ubemannet gjennom det meste av kongressen.

Kongressen var svært vellykket, både faglig og sosialt. Allerede neste år er det mulig å gjenta opplevelsen under NCGP 2023, når Turku i Finland inviterer til kongress. Vi regner med at professor Johan Sigurdsson kommer, men også andre bør benytte sjansen og unne seg faglig påfyll og trivelige møter med kollegaer.

REDAKSJONEN



Utposten var på plass ved NCGP 2022-On the Edge.



Lene Getz foredro om kjerneverdiene innen allmennmedisinen.



Anne Thorkildsen med imponerende akrobatiske ferdigheter.



Deltakere fra 17 land var til stede de tre dagene NCGP ble arrangert i juli.

Utposten gjennom 50 år

■ JAN HÅKON JUUL • Redaksjonsmedlem, Utposten

Den femte utgaven av *Utposten* ble et temanummer viet til lege- og pasienttransport. I tillegg får vi et innblikk i datidens faglige strid rundt «Nitterkuren» og et intervju om «lov om vern mot vannforurensning.»

Når vi i dagens medisinske hverdag opplever økende behov for avansert teknologi, prøvetaking og legekantorets trygge tilværelse, er det fint med et tilbakeblikk til den gangen sykebesøket var en større og mer naturlig del av allmennlegens hverdag, enn det dessverre er i dag.

I dag er det ikke ofte allmennlegen reiser i sykebesøk, og når det skjer, er det gjerne i hui og hast i en ambulanse eller legeskyssbåt. Noen ganger er fastlegen ikke med på sykebesøket engang, som er overtatt av et hypermoderne helikopter med anestesilege og mere til. Dagens effektivisering fjerner oss fra den viktige innsikten i hvordan folk lever livene sine, og ikke minst opplevelser som den Per Wium beskriver. Han skrev i den femte utgaven av *Utposten* en nydelig historie om et sykebesøk, som mest av alt handler om hvilke utfordringer man som lege kunne stå ovenfor på 70-tallet, som ikke alltid var av medisinsk karakter.

«En semidiesel tøffer ufortrødent under våre ben, og det hele virker ganske idyllisk inntil det kommer umiskjennelige mislyder fra motoren under oss. Skipperen blir lydøst ned i en luke i førerhuset og gir ordre om at jeg skal overta styringen så han får se hva dette er. Dunkene fra motoren blir sjeldnere og sjeldnere, men den går, og noe usikkert prøver jeg å styre mellom skjærene, samtidig som jeg tenker at her skjedde Rokta-forliset for en mannsalder siden.»

Legg merke til at det også den gang var spørsmål om hva legen skulle få betalt for i



Faksimile femte utgave, 5/1972.

i dag. Alternativet til legeskyssbåt var at det ved øyeblikkelig hjelp beskrives som følgende:

«Får jeg (Halvor Denstad, red.) eksempelvis en tirsdag kl. 14 beskjed om øyeblikkelig hjelp på Harøy, vil jeg være der klokken 20:15. Tilbake i Midsund vil jeg imidlertid være onsdag klokken 10. Skulle jeg derimot få beskjed mandag ettermiddag, kunne jeg først være på Harøy etter vel 1 døgn.»

Som en avsluttende kommentar til *Utpostens* femte nummer for 50 år siden, vil jeg henstille leseren til å se på artikkelen «Sykehus i Kina» der Jan

Ditler viser til boken *Away With All Pests... An English Surgeon in People's China: 1954-1969*, av dr. Joshua S. Horn.

«Lege-pasient-forholdet er selvsagt tosidig. Viktig er også pasientenes holdninger til legen og dennes behandling. Dette endrer seg også med de generelle forandringer i det kinesiske samfunnet. Særlig er dette merkbart under kulturrevolusjonens innflytelse.

Da jeg nylig besøkte en kullmine i Shansiprovinsen, fikk jeg høre at gruvearbeiderne hadde protestert mot å måtte innhente legeerklæring for å få sykepermisjon. Arbeiderne mente at dette var en foreldet regel som reflekterte manglende tillitt til arbeiderne. Etter dette ble regelen avskaffet, og det interessante er at siden har sykefraværet gått bemerkelsesverdig ned.»

Noe å tenke på med dagens legeerklæringsvelde?

Sykehus i Kina ...

Legen som har saken, gjen-
nomgår sykehistorien og de-
monstrerer symptomene. Der-
etter kan de som ønsker det
undersøke pasientene, vel og
merke dersom pasientene selv
ikke har noe imot det. Så
blir diagnose og behandling
drøftet, det vanlige er at
de yngste legene får ordet
først. Slike møter fantes
des også ved

analyse
sultate
sykdoms
annen av
oversikt
teratur.
tek inne
bøker og
mange lan
spesielt
for overse
drag av vi
Alle våre
minst ett
vanligvis
kan slik le
artikler på

Når et nytt
bygd (og mer
bare i Pekin
har vært der)
bygd opp ved
folk fra vele
hus ut fra pri
de beste folke
over-
føres (dette blir ikke all-
tid lagt merke til). Moder-
sykehuset tar gjennom leng-
re tid ansvaret for en jevn
utvikling av det nye syken-
set. Som et ledd i dette, er
det vanlig at avdelings- og

overl
klini
runde
Denne
byggi
kalle
Vårt
slike
revis
Under
vikle
praks
lands
sulta
sente
blema
med d
der h
av fo
mer enn halvparten av krop-
pens overflate, en av de
verste oppgaver en lege kan
stilles overfor. Kina manglet
erfaring på dette området,
men de var fast bestemt på å
hånde opp med problemene, og
hvis mulig overgå det mest
avanserte på området i ver-
den.

NITTERKUREN

En kommentar fra Dr. Niser



1. Utposten
2. Utposten
3. Utposten

1 Aukra
2 Midsund legedistrikter
3 Sandøy

Ona
Sandøy
Harøy
Aukra
Otrøy
Frøna
Elmesvåge
Molde

■ = legekenter



UTPOSTEN
GJENNOM 50 ÅR

Når en ser...
har disse...
tasjonene...
negative...
side sikr...
varierte erfaring...
til pasientenes dispos...
samtidig lærte vi alle av...
hverandre og lærte hverandre
å kjenne. På den annen side
var det svært tidkrevende,
videre understreket man i
for høy grad viktigheten av
teknikk og spesialisert
kunnskap. Det hendte også at
pasientens tilstand forand-
ret seg i løpet av den tiden
vi brukte til å finne et
handlingsprogram.

Gradvis ble denne arbeids-
formen lagt til side og er-
stattet av en annen og mere
verdifull form for kollektiv
arbeid. Det var å sende ut
teams bestående av leger og
pleiere som supplement til
personalet rundt om i landet.
Disse teams drog ut etter
forespørsler og de var istand
å se på et øye -
l en hvilken
landet. De-
ikke bare
kulle også
elle arbeid-
arbeidere
ge for -
ordlige
ilbragte
en måned
andlingen
er dag. Ved
drog en av
t fjernt-
å reop-
hadde
avre
tat, men
dde lev-
ende

er dette mere i
nstedts. Her skal
me inn på en
fattende konsul-
tterlot seg et
intrykk. Ved
nger var det
20-30 spesia-
ke områder for
til behan

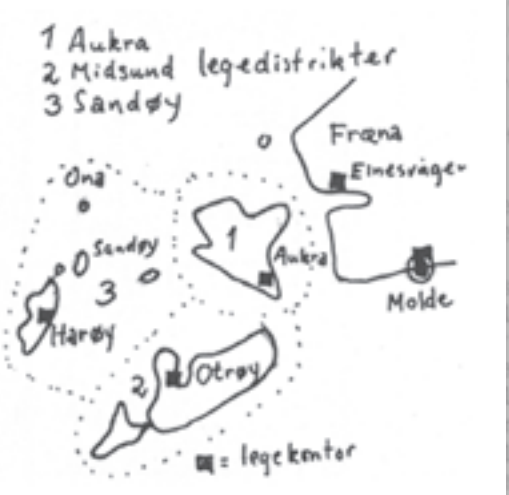
ET SYKEBESØK

PER WILHEM



Sykebesøk kan være spennende...

Skriv selv - send det til "Utposten"!



Glimt fra innholdet i utgave nr. 5/1972 av Utposten.



LEGEMIDDELGJENNOMGANG: -Smågruppebasert forbedring i praksis

■ DIMAN BARZIGAR

Medisinerstudent, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ KNUT EIRIK RINGHEIM ELIASSEN

Førsteamanuensis, institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ NICOLAS ØYANE (korresponderende forfatter)

Leder for Senter for Kvalitet i Legekontor, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

Systematisk kvalitetsarbeid er ansett som nyttig og viktig for å bidra til positive endringer i helsetjenesten. Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) har utviklet en infrastruktur for systematisk kvalitetsarbeid rettet mot allmennlegers smågrupper.

Modellen er inspirert av tidligere initiativ fra Legeforeningen og av gjennombrudds-metoden (1). Metoden er kalt kvalitetspakke og har vist seg nyttig for å oppnå endring i praksis, mest i sykehus, men også i allmennpraksis ifølge en oversiktsartikkel (2). SKILs første kvalitetspakke for allmennpraksis var legemiddelgjennomgang (LMG), både fordi dette er en viktig oppgave for pasientsikkerheten, og fordi det er betydelige forbedringspotensialer her.

LMG er en systematisk gjennomgang av pasientens legemidler, der legen blant annet gjennomgår effekt, bivirkninger, interaksjoner og pasientens preferanser knyttet til hvert legemiddel. LMG har vært utført av fastleger i lang tid, selv før begrepet ble oppfunnet. En tidligere studie har vist effekt av SKILs kvalitetspakke i LMG med økt antall LMG og redusert forskrivning av legemidler med høy bivirkningsfare til eldre (3). En annen norsk studie har vist effekt av LMG på livskvalitet (4).

Legemiddelbivirkninger er sannsynligvis den hyppigste årsaken til pasientskade i primærhelsetjenesten (5). Det mangler nøyaktige tall på pasientskader i norsk primærhelsetjeneste, men internasjonalt er anslaget at tre til seks prosent av alle sykehusinnleggelses skyldes legemiddelbivirkninger, og at eldre er spesielt utsatt (6). Tidligere studier antyder at en av fem forskrivninger for hjemmeboende eldre er

uhensiktsmessige (7). Bivirkninger kan medføre forskrivninger av ytterligere legemidler (forskrivningskaskade), og polyfarmasi gir generelt økt risiko for bivirkninger og interaksjoner (8).

En egen takst for arbeidet med LMG har vært et insentiv for at allmennlegene skal gjennomføre LMG (takst 2ld). Denne kan legen benytte tre ganger årlig for alle pasienter som bruker minst fire faste legemidler. En sterkt begrensende faktor er at den ikke kan kombineres med den bedre honorerte tidstaksten (takst 2cd). Statistikk over bruk av takst kan derfor ikke gi et reelt bilde av hvor mange LMG som utføres.

I Storbritannia synes allmennleger å mene at LMG er en mulighet til å sikre kvaliteten på legemiddelbehandlingen, men at det er utfordrende å gjennomføre LMG av høy kvalitet i det daglige (9). Det kan synes som om det er krevende å seponere uhensiktsmessige legemidler av flere grunner, blant annet manglende erkjennelse av problemet, lav forventet nytte, manglende kunnskap og gamle vaner (10).

Vi presenterer her analyserte fritekst-svar fra deltakerne på SKILs kvalitetspakke i LMG, hvor vi forsøker å svare på følgende:

- Hva ønsker leger å endre i egen praksis knyttet til LMG?
- Hvilke endringer blir gjennomførte?
- Hva fremmer og hva hindrer endring?

Materiale og metode

SKILs kvalitetspakke LMG består av tre møter som til sammen er godkjente som et meriterende klinisk emnekurs til etter- og videreutdanningen i allmennmedisin. Både leger ved et og samme legekontor og smågrupper meldte seg på. Før hvert møte tar deltakerne et e-læringskurs om tema som utfordringer hos eldre med polyfarmasi og bruk av antikoagulantia. Under møtene er det lagt opp til refleksjon over egen forskrivning, og deltakerne planlegger og følger opp endringer i egen praksis. Deltakerne i denne studien har brukt uttrekksprogrammet Medrave4 (medrave.no) for å få oversikt over praksis.

Selve gruppemøtene sentrerer rundt et elektronisk arbeidsark, som inneholder både en kjøreplan for møtet og oppgaver som må gjennomføres av deltakerne. Det er obligatorisk å fylle ut arbeidsarket for å få godkjente kurspoeng. Legene får kun presentert sine egne forskrivningsdata.

Vi analyserte fritekstbesvarelser fra to relevante oppgaver fra første møte (277 og

FØLGENDE OPPGAVER ER INKLUDERT:

Fra arbeidsarket til møte 1:

- Beskrivelse av mine egne forbedringspotensialer
- Beskrivelse av egne tiltak for å oppnå forbedringsmålene

Fra arbeidsarket til møte 2:

- Har du erfart noen positive erfaringer knyttet til LMG?
- Hva har vært begrensende for å gjøre endringer i praksis?



284 besvarelser), og to oppgaver fra andre møter (256 og 257 besvarelser). Det er cirka tre til fire måneder mellom disse møtene.

Analysene har basert seg på metoden systematisk tekstkondensering (11). Kort innebærer det at vi først gjorde oss kjent med materialet for et helhetsinntrykk, før vi grupperte data i ulike grupper som igjen ble inndelt i meningsbærende enheter. Til slutt kondenserte vi og laget en oppsummering av innholdet. Analysen var et samarbeid mellom alle tre forfattere (én medisinstudent og to spesialister i allmennmedisin med mer enn ti års erfaring som fastleger og med erfaring fra allmennmedisinsk forskning).

I en tidligere studie med samme datamateriale vurderte regional etisk komité at bruk av data til forskning ikke var framleggspliktig (REK Vest 2019/422). Alle deltakerne har ved påmelding godtatt vilkårene om at data kan benyttes i aggregert form til rapporter og forskning. Ingen data er hentet fra individuelle pasienter.

Resultater

Vi presenterer her resultatene i følgende rekkefølge: Først presenteres deltakernes hovedmålsettinger for egen praksis og ønsker om endring i starten av kvalitetspakken. Deretter beskrives de faktisk gjennomførte endringene, før vi til slutt presenterer viktige hindringer mot endring.

Hovedmål om flere og bedre LMG

Omtrent alle deltakere ønsket å gjennomføre flere LMG i egen praksis og etablere rutiner for å videre kvalitetssikring. En del tallfestet at en bestemt andel av egne pasi-

enter skulle ha fått LMG i løpet av en bestemt tidsfrist. Oppdatering av legemiddellister, seponering av unødvendige legemidler og færre dobbeltforskrivninger av e-reseptor ble også nevnt. Deltakerne ønsket å få dette til ved økt fokus på LMG og aktiv oppfølging av risikopasienter med mer enn fire medikamenter eller som brukte et legemiddel med høy bivirkningsfare. Noen ville også dokumentere bedre.

Ønske om risikovurdering rundt legemiddelbruk og bruk av verktøy

Mange ønsket i større grad å vurdere legemiddelbruk som mulig årsak til avvikende prøvesvar, som forhøyet kreatinin. Noen ville kalle inn enkelte pasienter på egne timer for LMG. Det ble nevnt å starte med utvalgte grupper, for eksempel pasienter som stod på ti eller flere legemidler. Flere risikolegemidler ble også nevnt av deltakerne som viktige, i tillegg til bruk av en sjekkliste for å gjennomføre LMG. Spesielt var deltakerne opptatte av risiko for nyresvikt og dermed bedre monitorering av nyrefunksjon.

Deltakerne ønsket elektroniske verktøy for å identifisere pasienter i journalsystemet med behov for og forventet nytte av LMG. Mange deltakere ønsket å fortsette å bruke Medrave4 for å identifisere risikopasienter.

Ønske om LMG som en naturlig del av arbeidsflyten

Deltakerne var klare på at det var nødvendig å sette av tid til LMG i arbeidshverdagen, helst på dedikerte tidspunkt eller dager. Noen rutiner hvor LMG ble utført i bestemte situasjoner ble foreslått, for eks-

empel ved årskontroll, multidosefornyelser eller ved mottak av epikriser og legemiddellister fra sykehus og andre samarbeidspartnere. Økt oppmerksomhet rundt LMG var særlig viktig ved oppstart av legemidler med høy bivirkningsprofil, noe som også kunne medføre høyere terskel for å starte opp med slike legemidler. Mange beskrev at økt oppmerksomhet også kunne medføre flere LMG også ved enkle reseptfornyelser. Flere deltakere ønsket mer samarbeid med kolleger på kontoret og hjemmesykepleien for å etablere felles praksis rundt LMG. Økt samarbeid med pasienter og pårørende ble også nevnt.

Gjennomførte endringer i form av flere LMG og redusert antall legemidler

I arbeidsarket til det andre møtet rapporterte de fleste betydelig økt hyppighet av LMG sammenlignet med tidligere. I tillegg ble det rapportert at LMG medførte redusert antall faste legemidler.

Tiltakene som ble gjort var noenlunde i samsvar med ønskede endringer: rutinemessig innføring av LMG og bruk av elektroniske verktøy for å identifisere pasienter i behov av LMG. Bedre dokumentasjon i journal ble også rapportert av noen.

De fleste deltakerne rapporterte også økt oppmerksomhet om legemiddelbehandling generelt, inkludert vurdering av indikasjoner, interaksjoner og bivirkningsfare. I tillegg var det økt fokus hos sårbare pasienter, inkludert eldre og pasienter med nyresvikt.

Flere opplevde bedre dialog med pasienter, i tillegg til at pasientene fikk mer oppdaterte legemiddellister. Imidlertid var det kun et mindretall som fikk til samarbeid



med andre helsepersonellgrupper, som for eksempel hjemmesykepleien.

Oversikt over egen forskrivning ble opplevd som et nyttig virkemiddel, og flere ønsket å øke frekvensen av LMG ytterligere.

Forbedring ble hindret av manglende tid, manglende oversikt og motstand mot endring

Nesten alle nevnte tid som den største hindringen mot å gjennomføre endring i praksis. Arbeidet som foregår under selve konsultasjonene prioriteres, mens kvalitetsarbeid, inkludert endring av praksis, krever tid til både planlegging og oppfølging. LMG ble også opplevd å være en tidkrevende affære hos pasienter med kompliserte legemiddellister. Samtidig ønsker pasienter gjerne andre tjenester enn LMG når de kommer til time.

Manglende eller dårlig oversikt i form av uoversiktlige epikriser, manglende kjennskap til indikasjon og interaksjoner var også en hindring. Motstand, manglende motivasjon og etterlevelse hos pasienter og pårørende ble rapportert av noen deltakere. Kommunikasjon med hjemmesykepleien ble også opplevd som en utfordring.

Diskusjon

Vi fant at de aller fleste deltakerne ønsket å øke hyppigheten av LMG i egen praksis og faktisk gjennomførte dette. Det var både økt oppmerksomhet på legemiddelbehandling generelt og bestemte områder for å sikre trygg legemiddelbruk. Det ble også rapportert ønske om tettere oppfølging av sårbare pasienter. Funnet er i samsvar med en annen studie på den aktuelle intervensjonen som viste økt bruk av takst for LMG og redusert forskrivning av legemidler med høy bivirkningsfare hos eldre (3).

Legene beskrev også bedre kommunikasjon med pasienter, som er viktig for å sikre best mulig etterlevelse av legemiddelbehandling. I kurset ble det også lagt vekt på pasientinvolvering, inkludert spørsmålet «hva er viktig for deg?». Dette er i samsvar med reduksjonen av antall legemidler i forbindelse med LMG, siden effektiv avmedisinering normalt krever at pasienten inkluderes i beslutningene (12).

Tiltakene var videre påvirket av deltakernes forbedringspotensialer. For eksempel ønsket legene med de minst oppdaterte legemiddellistene å gjennomføre mer samstemming, trekke tilbake dobbeltforskrivninger og seponere åpenbart unødvendige legemidler først. Leger som allerede hadde ryddige legemiddellister, ønsket å gjennomføre grundigere LMG. Dette er i tråd

med formål for kvalitetsarbeid; å innføre forbedringer med utgangspunkt i dagens praksis.

Hindringer mot kvalitetsarbeidet ble kartlagt. Det var forventet at manglende tid var en hovedårsak til manglende innføring av endringer, noe som er i tråd med en rapport av fastlegeordningen publisert for noen år siden (13). Manglende tid, begrensede rammevilkår og begrenset kunnskap er også beskrevet i tidligere studier (10). En annen utfordring i forbindelse med LMG er at mange retningslinjer er laget for enkeltsykdommer, uten at de alltid tar hensyn til multisykdom. Dette gir spesielt fare for polyfarmasi hos eldre.

Styrken i denne studien er at vi har mange deltakere, spredt både i tid og geografi. Dette har gitt mangfold i besvarelsene. Svarene var noe kortere og mer stikkordpreget enn det som er vanlig ved bruk av metoden systematisk tekstkondensering. Samtidig opplever vi at noen deltakere har svart kort, mens andre har vært mer utfyllende. Besvarelsene virket også å utfylle hverandre, og vi vurderer derfor besvarelsene som velegnet for å beskrive de faktiske omstendighetene.

Rekruttering via kurs har gitt deltakelse av både spesialister, ikke-spesialister, selvstendig næringsdrivende og fastlønnede. Samtidig kan leger som har deltatt ha mer relevant erfaring og interesse for LMG enn de som ikke har deltatt, noe som kan ha påvirket resultatene. Samtidig har ofte alle legene i en smågruppe eller et legekontor deltatt sammen, noe som reduserer seleksjonsbias.

Konklusjon

Alt i alt medførte SKILs kvalitetspakke i LMG at deltakerne fant forbedringspotensialer, planla endringer i egen praksis og at de aller fleste gjennomførte endringer i tråd med det som var planlagt.

Modellen gir en relativt enkel inngang til kvalitetsarbeidet, spesielt rettet mot smågrupper som allerede er en godt etablert del av legers etter- og videreutdanning. I 2021 ble det etablert en midlertidig refusjonsordning fra Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet som gir deltakende fastleger og vikarer refusjon av kursavgift, samt praksiskompensasjon for å delta i kurs i kvalitetsarbeid.

INTERESSEKONFLIKTER: Nicolas Øyane er daglig leder i stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester. Likevel har verken han eller noen andre av forfattere direkte økonomisk gevinst av antall deltakere som gjennomfører kvalitetspakker.

Takk til professor Edvin Schei, UiB, for veiledning i metode og kritisk gjennomlesning av manuskriptet, og til professor emerita Kirsti Malterud, UiB, for kritisk gjennomlesning av manuskriptet.

REFERANSER

1. Kilo CM. A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Qual Manag Health Care*. 1998; 6(4): 1–13.
2. Wells S, Tamir O, Gray J, Naidoo D, Bekhit M, Goldmann D. Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2018; 27(3): 226–40.
3. Øyane NME, Finckenhagen M, Ruths S, Thue G, Lindahl AK. Improving drug prescription in general practice using a novel quality improvement model. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2021: 1–10.
4. Romskaug R, Skovlund E, Straand J, Molden E, Kersten H, Pitkala KH, et al. Effect of Clinical Geriatric Assessments and Collaborative Medication Reviews by Geriatrician and Family Physician for Improving Health-Related Quality of Life in Home-Dwelling Older Patients Receiving Polypharmacy: A Cluster Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2020; 180(2): 181–9.
5. de Wet C, Bowie P. The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records. *Postgrad Med J*. 2009; 85(1002): 176–80.
6. Kongkaew C, Noyce PR, Ashcroft DM. Hospital admissions associated with adverse drug reactions: a systematic review of prospective observational studies. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(7): 1017–25.
7. Opondo D, Eslami S, Visscher S, de Rooij SE, Verheij R, Korevaar JC, et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. *PLoS One*. 2012; 7(8): e43617.
8. Thiruchelvam K, Hasan SS, Wong PS, Kairuz T. Residential Aged Care Medication Review to Improve the Quality of Medication Use: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc*. 2017; 18(1): 87 e1–e14.
9. Duncan P, Cabral C, Mccahon D, Guthrie B, Ridd MJ. Efficiency versus thoroughness in medication review: a qualitative interview study in UK primary care. *British Journal of General Practice*. 2019; 69(680): e190-e8.
10. Anderson K, Stowasser D, Freeman C, Scott I. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open*. 2014; 4(12): e006544.
11. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*. 2012; 40(8): 795–805.
12. Reeve E, To J, Hendrix I, Shakib S, Roberts MS, Wiese MD. Patient barriers to and enablers of deprescribing: a systematic review. *Drugs Aging*. 2013; 30(10): 793–807.
13. EY_Vista_analyse. Evaluering av fastlegeordningen. 2019.

■ DIMAN.BARZIGAR@STUDENT.UIB.NO
 ■ KNUT.ELIASSEN@UIB.NO
 ■ NICOLAS.OYANE@SKILNET.NO

Kvalitet på veiledning av spesialistkandidater i allmennmedisin

■ OLAV THORSEN

Spesialist i allmennmedisin. Leder for Allforsk, forskningsgruppe for allmennmedisin og samhandling

■ DAG HUSEBØ

Professor ved Divisjon for utdanning, Universitetet i Stavanger

Bakgrunn

Norske utdanningsmyndigheter har de senere årene vært særlig opptatt av kvaliteten på høyere utdanning (*Meld. St. 16 (2016–2017)*) (1). Det som særlig løftes frem, er at utdanningene må være forskningsbasert, at de må ha en sterk kobling til arbeidsliv, ha god indre sammenheng,

oppleves relevant og gjennomføres av undervisere med høy formell utdanningsfaglig kvalifisering. I tråd med stortingsmeldingen ses god veiledning og supervisjon som særdeles viktig, også ved utdanningen av nye allmennlegespesialister (ALIS).

ALIS-Vest er et pilotprosjekt for spesialistutdanning i allmennmedisin på Vest-

SAMMENDRAG

BAKGRUNN

ALIS-Vest prosjektet skal gi faglig og økonomisk støtte til utdanningsstillinger på Vestlandet for å få til en godt strukturert spesialistutdanning og sikre rekruttering og stabilitet i fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver. KVALIS studien er et samarbeid mellom Allforsk og UiS som ser på hvilke kjennetegn på kvalitet kandidater i spesialistutdanningen for allmennmedisin uttrykker om den veiledning og supervisjon de deltar i.

METODE

Kvalitativ studie basert på et digitalt spørreskjema og telefonintervju med 24 ALIS-Vest spesialistkandidater i 19 kommuner på Vestlandet.

RESULTATER

På spørsmålet om hva som var mest nyttig i spesialistutdannelsen, svarte over halvparten gruppeveiledning. Kvaliteten på individuell veiledning varierte. Dette kan knyttes til relasjonen mellom kandidat og veileder.

KONKLUSJON

Kjennetegn på kvalitet i individuell veiledning og supervisjon er stabilitet og forutsigbarhet, samt hyppig og nær tilstedeværelse og en sterk relasjon mellom kandidat og veileder i klinisk orienterte møter.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



landet, hvor det gis faglig og økonomisk støtte til utdanningsstillinger. Prosjektet har to formål: å få til en godt strukturert spesialistutdanning og sikre rekruttering og stabilitet i fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver. ALIS-Vest er initiert av Masfjorden kommune og eies av Bergen kommune. Gjennom ALIS-Vest ble det i 2017 opprettet 14 utdanningsstillinger i allmennpraksis, fordelt på ti kommuner i Hordaland og Sogn og Fjordane. Prosjektet fikk i 2018 økt sin bevilgning for å inkludere kommuner i Rogaland og Møre og Romsdal. ALIS-Vest samarbeider med søsterprosjektet i Nord-Norge (ALIS-Nord), og det er nå også opprettet ALIS-ordninger i Helse Midt, Øst og Sør.

Det er viktig å se på hvordan kvalitet i veiledning kan forstås i ALIS-sammenheng. Den norske veiledningspedagogikken har sin bakgrunn og formål i å kvalifisere nybegynnere for yrkespraksis, gjennom en forlenget kobling av teoretisk og praktisk utdanning (2). Det har vært gjort og pågår stadig følgeforskningsprosjekter på ALIS-ordningen. Målet har vært å følge med på hvordan ordningen gjennomføres og virker med hensyn til rekruttering, stabilisering og gjennomføring av spesialiseringløpet. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDN) har utgitt rapporter basert på følgeforskning (3–7). Forskere ved Universitet i Bergen har videre sett på flere sider ved veiledningen i ALIS-Vest, slik som omfang, forholdet mellom planlagt og ad hoc-veiledning, forholdet mellom lokal veiledning og arbeidet i veiledningsgruppen, og hvilken betydning og nytte kandidatene mener veiledningen har (8).

Forskningsgruppen for allmennmedisin og samhandling i Stavanger (Allforsk) ble høsten 2020 bedt om å gjøre en studie på ALIS-Vest-programmet. Studien Kvaliteten på veiledning i ALIS-Vest (KVALIS) er et samarbeid mellom Allforsk og Universitetet i Stavanger (UiS), finansiert av Bergen kommune. Studien ser på hvilke kjennetegn på kvalitet kandidater i spesialistutdanningen for allmennmedisin uttrykker om den veiledning og supervisjon de deltar i.

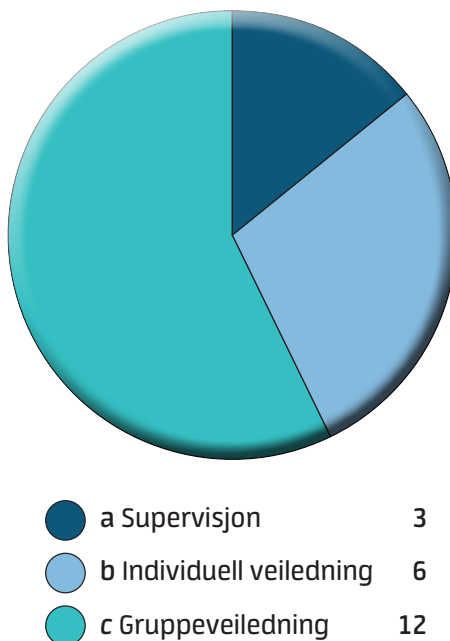
Materiale og metode

Studien bygger på et digitalt spørreskjema og telefonintervju med 24 ALIS-Vest spesialistkandidater i 19 kommuner på Vestlandet. Datainnsamlingen foregikk i mars 2021. Forut for spørreskjema og intervju, ble det sent ut informasjon om studien på e-post til kandidatene med spørsmål om å delta. Studien er godkjent av NSD (Norsk senter for databehandling) og personvern-

ombudet ved UiS, for å sikre at planlagt databehandling tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Kvantitative data er generert gjennom et digitalt spørreskjema delt som lenke i en e-post. Skjemaet inneholdt kontekstuelle faktaorienterte spørsmål om hvor langt kandidatene var kommet i spesialisering-programmet, kjønn, alder og type arbeidssted. Ut over dette vektla undersøkelsen spørsmål som kunne kvantifisere i hvilken grad de fant veiledningen og supervisjonen relevant og nyttig i læringsprosessen. Kvalitative data er generert fra individuelle telefonintervju, i tillegg til fritekst og kommentarmuligheter i spørreskjemaet. De kvantitative resultatene er sett i sammenheng med de kvalitative uttrykk for kvalitet gitt i intervju og kommentarfelt. Forfatterne har kodet og kategorisert de kvalitative uttrykkene med temakoding og verdikoding (9). Telefonintervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering med fire analysetrinn (10). Forfatterne gikk gjennom intervjudataene for å få et generelt inntrykk og finne hovedtema med spesiell oppmerksomhet på verdien av veiledning i spesialistutdanningen. Det ble deretter utviklet kodegrupper og meningsbærende enheter i teksten for hver kodegruppe som viste deltakernes erfaringer. Deretter definerte vi subgrupper for hver kodegruppe, hvor teksten ble systematisk gjennomgått og kondensert. Til sist valgte vi ut tekstdeleler som beskrev deltakernes erfaringer med veiledningen i gruppe og individuelt.

FIGUR 1. Hva var mest nyttig for deg i spesialistutdanningen?



Sammen med kodet fritekst fra spørreskjemaene, kom vi frem til de sitatene som beskriver kjennetegn ved kvalitet i veiledningen.

Resultater

Alle 24 spesialistkandidater deltok i telefonintervjuene, mens 21 besvarte det digitale spørreskjemaet. Intervjuene foregikk på ettermiddagstid og varte fra 10–20 minutter. Deltakerne var i alderen 29–55 år, de fleste i aldersgruppen 31–40 år. Det var flest kvinner (15/21). Fire jobbet i større kommuner eller by, 17 i mindre kommuner under 10 000 innbyggere. Omtrent halvparten var utdannet i Norge. De fleste (18/21) hadde hatt LIS1 tjeneste i Norge.

På spørsmålet om hva som var mest nyttig i spesialistutdanningen, svarte over halvparten gruppeveiledning. Her var det ikke anledning til å krysse av mer enn ett svar, noe som flere i kommentarfeltet sier de ville ha gjort om de kunne (FIGUR 1).

De 12 som svarte at gruppeveiledning var mest nyttig, vektla at denne ivaretok flere hensyn, både sosiale og faglige, gjennom erfaringsdeling. Begrunnelsene var *knyttet til det å møte andre unge kolleger som er kommet like langt i legelivet, utveksle erfaringer på godt og vondt i støttende og trygt fellesskap, dele erfaringer fra ulike kontor, gode veiledere, at gruppene var en fantastisk plass å få gode tips, og at her fikk de faglig påfyll i en flott arena å utvikle seg videre i*. Samtalene, møtene og erfaringsdeling med andre leger i samme situasjon, er det som løftes frem som kjennetegn på kvalitet. Gruppeveiledningen beskrives som en sosial arena å utvikle seg i, finne støtte og trygghet i, med tanke på det å håndtere legelivet generelt, og vanskelige saker spesielt.

Generell tilfredshet med veiledningsprogrammet

Telefonintervjuene, sammen med svarene i spørreskjemaet, ga tydelig inntrykk av at kandidatene var fornøyd med utdanningsprogrammet. Det å kunne diskutere pasienthistorier og ulike problemstillinger utenom en travel kontordag ble fremhevet. Da får man en grundigere drøfting av problemstillingene. Flere nevnte at det er veldig bra og betryggende å dele erfaringer med kolleger, både erfarne og uerfarne. Videre er det bra å ikke føle seg alene. Allmennlegene har mer og mer oppgaver og ansvar for pasientoppfølging i primærhelsetjenesten, og det er viktig å dele gode og dårlige erfaringer, samt få gode råd om håndtering av ulike problemstillinger. Videre er det nyttig med faste møter for faglig drøfting og veiledning. Flere sa



Alle 24 spesialistkandidater deltok i telefonintervjuene, mens 21 besvarte det digitale spørreskjemaet. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX / MONTASJE

at de kunne ønsket seg gruppeveiledning i hele spesialisingsløpet.

- Jeg er fornøyd med tjenesten. Jeg er mest fornøyd med gruppa.
- Jeg kunne godt tenkt meg gruppeveiledning i hele forløpet.

I og med at mye av veiledningen foregikk under koronapandemien, hadde flere av veiledningsgruppene digitale møter. Da var de fysiske møtene et savn.

- Ikke noe jeg har savnet i gruppen. Siste møtene var på Teams. Jeg savnet fysisk fremmøte.

En av deltakerne ønsket mer kritisk tenkning i gruppeveiledningen.

- Jeg er fornøyd med veiledningen, men savner mer kritisk tenkning i gruppeveiledningen. Litt mye evidence-base kunnskap, jeg savner forskning og mer deltakende aktivitet, diskusjonsbasert aktivitet.

Varierende kvalitet på individuell veiledning og supervisjon

Beskrivelsen av kvaliteten på individuell veiledning og supervisjon viste variasjon både i den digitale undersøkelsen og i intervjuene. Flere kandidater var usikre på hva som var forskjellen på disse to læringsarenaene, og flere var mindre tilfreds med disse veiledningsformene.

- Jeg synes det er viktig å få raske svar på spørsmål mens man har pasienter som

skal behandles på kontoret. Da lærer jeg best. Jeg liker også at jeg kan samle opp caser jeg ønsker å spørre om og vil lære mer om, slik at vi kan gå gjennom dem på veiledninga.

- Lite struktur på individuell veiledning først, bedre etter hvert.
- Jeg har hatt lite individuell veiledning, ikke avsatt egen tid til det, ikke faste tider.
- Supervisjon: greit nok, god anledning til å få hjelp der og da fra de andre på kontoret.
- Uforutsigbart pga. vakter osv. i en liten kommune.

Flere av kandidatene hadde en veileder fra en annen kommune eller et annet legekontor enn der de selv arbeidet. De savnet både å bli observert med tilbakemeldinger fra en veileder, og å se sin veileder i arbeid.

- Jeg har ikke sett veileder i praksis, det er ikke system for observasjon av egen praksis.
- Har ikke blitt observert i praksis, ikke sett min veileder i praksis.
- Ikke helt fornøyd med supervisjon i allmennpraksis – savner mer praktisk øvelse sammen med mer erfarne leger i den kliniske hverdag. Man blir som regel satt litt på selvstyr, og får lite tilbakemeldinger fra kolleger underveis på om man gjør ting riktig eller ikke.

Fremtiden som allmennlege

Vi spurte til slutt deltakerne om planene videre i yrkeskarrieren. De fleste var fornøyd med det å jobbe i allmennmedisin, og ønsket å fortsette som fastlege, enten på fast lønn eller i privatpraksis.

- Synes det er veldig bra og betryggende å dele erfaringer med kolleger, både erfarne og uerfarne.
- Synes det er bra å ikke føle seg alene som allmennlege. Allmennlegene har mer og mer oppgaver og ansvar for pasientoppfølging i primærhelsetjenesten, og det er viktig å ha noen å dele våre ulike erfaringer med, samt få gode råd om håndtering av de ulike problemstillingene.
- Jeg er fornøyd med allmennpraksis, vil fortsette som fastlege, ev. sykehjemslege.
- Jeg trives med fastlønn, vil fortsette i allmennmedisin, enten på fastlønn eller i privat praksis.

Diskusjon

Det finnes ikke noen entydig definisjon på hva som er egenskaper og kjennetegn på kvalitet i undervisnings- og veiledningsvirksomhet (11). Gruppeveiledningen løftes i KVALIS-studien frem som mest nyttig. Erfaringsdeling vektlegges, det å oppleve støtte og anerkjennelse for hva legelivet innebærer. Det åpnes i gruppeveiledning

gen opp for muligheter til aktiv deltakelse, og at kandidatenes egne erfaringer og forståelse får betydning for andre. Den sosiale læringen handler om å praktisere og oppnå kjennskap til målsettinger, forpliktelser og det faglige repertoar som eksisterer i fellesskapet.

Ansvarliggjøring og egenaktivitet er fundamentalt i all læring (12, 13). I gruppeveiledningen viser kandidatene til flere former for egenaktivitet, mens den individuelle veiledningen og supervisjonen ofte foregår i form av spørsmål og svar på aktuelle kliniske problemstillinger (14). Gjensidig observasjon i konsultasjoner med pasienter fant vi lite av. Mester-svenn læring, hvor kandidaten observerer spesialisten i arbeid, og selv blir observert i møte med pasienten (13), viser seg å være mindre brukt. En aust-ralsk studie viser at denne type klinisk veiledning, knyttet til konsultasjoner, spiller en nøkkelrolle for sikkerheten til pasienter til spesialistkandidatene, og er viktige kjennetegn på læring og faglig utvikling i legeyrket (15). Forespørsler om direkte bistand under konsultasjonene kan imidlertid by på utfordringer for veiledere, og redusere nytten av denne bistanden fra kandidatens perspektiv. Det er viktig å ha et bevisst forhold til det å forsøke å hjelpe kandidatene i kliniske situasjoner, for å forbedre både deres og veileders ferdigheter for å fremme kvalitet i konsultasjonsveiledning.

Det er i dagens situasjon viktig at kandidatene fullfører spesialiseringsprogrammet som allmennlege. En studie knyttet til forskerlinjen i medisintutdanningen fra 2019 viste at viktigheten av god veiledning har betydning for at studenter fullfører (16). Studenter som var misfornøyd med veiledningen, hadde lavere sannsynlighet for å fullføre, mens studenter som fikk regelmessig veiledning og hadde en tilgjengelig veileder i hele studieperioden, var mer fornøyd. Hunskaar et al viser at egenaktivitet, strukturert utdanning av forskere, oppfølging av veileder-student-relasjonen, og forberedelse av arenaer for presentasjoner og

tilbakemeldinger om studentenes presentasjoner, kan bidra til høyere fullføringsgrad (17). Våre funn tyder på at dette også gjelder for spesialistkandidater i allmennmedisin. Det at så mange ønsker eller har planer om å fortsette i allmennpraksis, oppfattes her som et tegn på at spesialistutdanningen fungerer i forhold til intensjonen.

Vi fant at kvaliteten på individuell veiledning varierte. Dette kan knyttes til relasjonen mellom kandidat og veileder. Det å være tettere på, være koblet til samme legekontor, og at det gis objektiv og umiddelbar tilbakemelding på hverandres arbeid, ville potensielt ha styrket kandidatens læring (18). Det å jobbe tett under veiledning, og utvikle relasjonen og et tillitsforhold mellom veiledere og kandidater, kan styrke grad av autonomi og en mer selvstendig praktisering og pragmatisk holdning, hvor usikkerhet blir sett på som noe som må håndteres (19).

Konklusjon

Analysen av kvantitative og kvalitative data i KVALIS-studien viser at kjennetegn på kvalitet ved gruppeveiledning dreier seg om at dette er en læringsarena som tilbyr kandidatene et sosialt fellesskap, som ivaretar behov som sosial støtte og aktiv læring gjennom erfaringsdeling. Kjennetegn på kvalitet i individuell veiledning og supervisjon er stabilitet og forutsigbarhet, samt hyppig og nær tilstedeværelse og en sterk relasjon mellom kandidat og veileder i klinisk orienterte møter.

REFERANSER

1. Regjeringen. Meld. St. 16 (2016–2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning. 2016: 131.
2. Lauvås P, Handal G. Veiledning og praktisk yrkest teori. Cappelen Akademiske forlag. 2000.
3. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurethsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. Hum Resour Health. 2020; 18(1): 63.
4. Gaski M, Abelsen B. Designing medical internships to improve recruitment and retention of

- doctors in rural areas. Int J Circumpolar Health. 2017; 76(1): 1314415.
5. Seppola-Edvardsen T, Brandstorp H. Utdanningsstillinger i allmennmedisin. 2018.
6. Abelsen B, Gaski M, Fosse A, Kvamme MF, Eke-land E. Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid. 2020.
7. Gaski M, Kvamme MF, Nordberg EM, Abelsen B. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 3. 2020.
8. Lea K, Ester A, Hjørleifsson S. Utvikling og gjennomføring av veiledning i ALIS-Vest. 2019.
9. Saldaña J. Coding and analysis strategies. The Oxford handbook of qualitative research 2014.
10. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health. 2012; 40(8): 795–805.
11. Kvernbekk T, Wittek L. On the Problems of Asking for a Definition of Quality in Education. Scandinavian Journal of Educational Research. (55(6)): 671–84.
12. Froberg M, Leanderson C, Flackman B, Hedman-Lagerlof E, Bjorklund K, Nilsson GH, et al. Experiences of a student-run clinic in primary care: a mixed-method study with students, patients and supervisors. Scand J Prim Health Care. 2018; 36(1): 36–46.
13. Von Below B, Haffling AC, Brorsson A, Mattsson B, Wahlqvist M. Student-centred GP ambassadors: Perceptions of experienced clinical tutors in general practice undergraduate training. Scand J Prim Health Care. 2015; 33(2): 142–9.
14. Curry L. Cognitive and learning styles in medical education. Acad Med. 1999; 74(4) 409–13.
15. Sturman N, Fitzmaurice L, Lee C, Sheldrake M, Ingham G. Good help: a model for providing in-consultation supervision of general practice trainees. Educ Prim Care. 2021; 32(2): 104–8.
16. Eskerud I, Muller KE, Stien MH, Guttormsen AB, Bjerkreim AT. Supervision of students in the Medical Student Research Programme. Tidsskr Nor Laegeforen. 2019; 139(3).
17. Hunskaar S, Breivik J, Siebke M, Tommeras K, Figenschau K, Hansen JB. Evaluation of the medical student research programme in Norwegian medical schools. A survey of students and supervisors. BMC Med Educ. 2009; 9: 43.
18. Beckman M, Forsberg L, Lindqvist H, Ghaderi A. Providing objective feedback in supervision in motivational interviewing: results from a randomized controlled trial. Behav Cogn Psychother. 2020; 48(4): 383–94.
19. Bochatay N, Bajwa NM. Learning to manage uncertainty: supervision, trust and autonomy in residency training. Sociol Health Illn. 2020; 42 Suppl 1: 145–59.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Utposten ønsker å være
 et miljøvennlig og tidsriktig blad.
 Spar både miljøet og tid, ved å sende en e-post til
 korutle@gmail.com for å motta faktura pr. e-post.

Er du lykkelig?

■ ENDRE OSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde

JEG SPØR ENKELTE GANGER pasientene mine om de kan sette terningkast på livet sitt. Hvis noen triller en femmer, så tenker jeg at tross sykdom og vansker så har de et godt liv. Det er mye vanskeligere når de svarer at livet er terningkast to. Da tenker jeg at vedkommende har behov for en ekstra liten prat med meg. Nå kan man si at det blir for enkelt å sette en karakter på livet sitt, men jeg opplever at de som får spørsmålet blir litt satt ut, før de tenker seg godt om og svarer. Jeg opplever å få ærlige svar på et oppriktig spørsmål.

HVA ER LYKKE? Er det nødvendig å streve etter lykken? Kan vi ikke bare leve helt vanlig? Det er ikke enkelt å svare på hva lykke er, det er forskjellig for hver enkelt av oss. Jeg mener at lykke er at man lykkes. Alle har et behov for å sette et lite avtrykk på jorda som ikke noen kan røre. «Dette er mitt! Dette har jeg fått til!». Er det å ha betydning for en annen lykke nok?

HVIS JEG SPØR NOEN om hva som gjør dem lykkelige, så er det vanskelig å svare. Hvis jeg spør meg selv det spørsmålet, vil jeg også ha vansker med å svare. En av de mest lykkelige personer jeg vet om, er en barndomskamerat av meg. Han er bilmekaniker, har kone og barn, tar en øl på puben med kompisene og heier på Manchester United. Han har ikke behov for noe mer, men han har det flott og stråler av lykke av det han har oppnådd. Han synes at livet er deilig, ikke noe stress, bare lykke. Han trenger ikke å dra på weekendturer til storbyer så lenge det er et bra fiskevann i nærheten. Han har ikke behov for å se de riktige filmene og lese de korrekte bøkene. Han betyr noe for de rundt seg, og det er det viktigste for ham. Jeg tror vi kan lære noe av ham.

MANGE AV OSS må springe fjell, reise på flotte turer, se og oppleve alt det flotte i livet. Vi dynges ned av bøker som «1001 ting du må gjøre før du dør!». Vi streber etter lykken, men kanskje har vi snublet oss



forbi den på veien mot noe vi tror gjør oss enda mer lykkelig? For mange er lykke ferskvare, vi må hele tiden ha nytt påfyll for å føle at livet fungerer.

JEG MØTER OGSÅ MANGE som er ensomme og som føler at de ikke lykkes. Jeg merker at disse møtene med pasientene gjør inntrykk på meg. Kanskje mest når ungdommer er ensomme. Ei jente som jeg møtte da hun gikk på ungdomsskolen telte ned dagene til hun var ferdig med skoleåret. Hun var flink på skolen og hadde gode karakterer. Ingen var ekle mot henne, ingen mobbet henne, men ingen snakket med henne heller. Seks timer hver dag uten at noen snakket med henne. Hun hadde snakket med skolen om dette, men det er vanskelig å tvinge noen til å snakke sammen. Hun hadde forsøkt mange triks. Hun hadde forsøkt å be noen hjem, være aktiv i fritida, finne nye miljø, men hun opplevde alltid at ingen brydde seg. Derfor telte hun ned dagene på ungdomsskolen, og krysset fingrene for at videregående skulle bli anderledes. Lykken for henne var noe som kunne skje en gang i fremtida.

Hvilket terningkast ville hun gitt livet sitt? For noen er det å mestre hverdagen nok, lykken får komme senere.

DET AT LYKKE har vært viktig for folk er ikke noe nytt. I romersk mytologi hadde vi til og med en egen gud for det. Fru Fortuna er lykkens gudinne. Eller? For la meg minne om OL i Sapporo i 1972. Japan hadde dekt pallen med sine egne i normalbakken, og Ingolf Mork hadde fått den sure fjerdeplassen. Nå var det storbakken som gjaldt. Det var mye vind den dagen, og de fleste hadde nok ikke tenkt at en ukjent polsk hopper skulle stikke av med seieren, men ei real vindkule hjalp ham med til bunnen av bakken slik at han vant med knappst mulig margin, 0,1 poeng foran nestemann. Hvem det var? Den polske vinneren het Fortuna.

SÅ HVILKET TERNINGKAST vil du gi ditt eget liv? Jeg gir meg selv en femmer. Må spare på sekseren til jeg blir bestefar en gang.

Retrykk fra boken *Fastlegen*
– tro, håp og kjærlighet bak en dør

Konflikter og konflikthåndtering

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Medredaktør i Utposten

I alle relasjoner mellom mennesker og grupper av mennesker oppstår det uenighet og konflikter. Om du er i tvil: Se deg litt rundt! Bla litt i en avis! Delta i et familieliv!

I legens hverdag skjer konflikter mellom lege og pasient, mellom leger, mellom legen og samarbeidspartnere, mellom lege og medarbeider, mellom veileder og student – og i alle andre relasjoner. Møter hvor flere instanser deltar har et absolutt potensial for konflikt og uenighet. Det er helt naturlig – mennesker og grupper av mennesker har ulike agendaer, interesser, roller og ideologier. I tillegg oppstår rene misforståelser («skinnuenighet» – man tror man er uenige, men har bare misforstått hverandre). Siden konflikter er uunngåelige, og kan være skadelige, så er det verd å dvele ved konflikter og konflikt-håndtering. Denne korte artikkelen er inspirert av en gammel lærebok i kommunikasjon (1) og en enda eldre dagbok skrevet av en romersk keiser (2). Ellers er den basert på egen erfaring, uten noe teori eller referanser.

Jeg vil først eksemplifisere med en konflikt jeg selv nylig opplevde. På tampen av en lang arbeidsdag skal jeg til å fornye en resept. Jeg stusser litt på fornying av 30 tabletter Imovane. «Fornyet jeg ikke den nå nylig?», tenker jeg. Joda, irri-

tert ser jeg at det bare er ti dager siden siste fornying. Jeg ser på klokken og tenker på at jeg snart *må* rekke hjem, men bestemmer meg for å ringe pasienten. I det pasienten forstår hvem som ringer, begynner hun å snakke om sin vonde hofte. Jeg lytter en stund, men avbryter så og sier at jeg ringer på grunn av forespørselen om Imovane. «Det er mye du ikke vet om meg», sier pasienten, «mannen min gjør ingenting i huset, jeg må gjøre alt, jeg må lage mat, jeg må rydde, det er jeg som vasker, han tenker bare på seg selv ...». Jeg reagerer med irritasjon og avbryter igjen: «Jeg ringer på grunn av at du ber om flere Imovane bare ti dager etter at du fikk 30 tabletter. Kan du forklare det?». Pasienten svarer: «Ja, jeg har brukt flere, men du forstår ikke hvordan det er å være meg ...». Jeg blir igjen oppgitt og avbryter: «Når du bruker mer enn vi ble enige om, så er det et brudd på en avtale. Da kan ikke jeg stole på deg. Da må vi gjøre ting på en annen måte. Kanskje jeg må be hjemmetjenesten om å ta hånd om medisinen dine?». Pasienten roper: «Takk skal du ha!» og avbryter samtalen.

I denne lille historien oppstår det affekter, i hvert fall hos meg, i form av sinne. Konflikt og uenighet kan trigge denne vik-

tige følelsen. Det er derfor på sin plass med noen refleksjoner omkring det å bli sint. Jeg må erkjenne at jeg selv og andre mennesker blir sinte. Et liv uten sinne kan neppe være sunt. Det er derfor ingen grunn til å få panikk når sinne oppstår. Sinne kan «rense luften» og gjøre at man får adressert urettferdighet. Det er likevel slik at ukontrollert sinne kan være uheldig. Sinne kan absolutt være berettiget – men det er ofte lite konstruktivt. Jeg må derfor gjenkjenne sinne hos meg selv, for så å ta kontroll over mitt eget sinne, heller enn at sinnet tar kontroll over meg. I eksempelet hadde jeg gode grunner til å bli sint, men utfallet hadde nok blitt bedre om jeg i mindre grad lot meg styre av det.

Så hvordan kan slike situasjoner håndteres? Det gir jeg råd om i tre egne rammer hvor det gis punktvis oppsummeringer: Råd om konflikthåndtering (RAMME 1), en konkret trepunkts plan for å håndtere konflikt (RAMME 2), og tips til konkrete øvelser man kan gjøre for å være bedre forberedt når konflikter oppstår (RAMME 3). Jeg vet ikke om min tilnærming er universell og gyldig for alle andre – trolig vil det i det minste tenkes forskjellig om konflikt og om sinne i ulike kulturer.

Jeg bruker begrepet «felles plattform». Med en felles plattform menes her *det man er enige om*. Når en felles plattform skal etableres er det enkleste å si noe selvsagt, som i eksemplet jeg gir i rammen («Vi er enige om at vi skal finne en løsning som er til det beste for alle ...») Det er mer effektivt om man kan være et hakk mer konkret: «Vi må finne en løsning som ikke bryter med lovverket, men som ivaretar alles behov ...» eller: «...Vi er enige om at vi skal finne noe som hjelper for angsten din, men vi har ikke helt kommet i mål med hvordan vi kan gjøre det». Det gjelder altså å sette ord på det man er enige om, så konkret som situasjonen tillater. Vi må lete



ILLUSTRASJONER: COLOURBOX

RAMME 1

Råd om hvordan man kan håndtere konflikter:

- Husk at konflikter er normalt, og endog sunt.
- Bevar roen. En konflikt dempes om man bevarer roen. En konflikt aksentueres om man mister roen.
- Aksepter andres affekter, men øv på ikke selv å miste besinnelsen.
- Husk at det er 50 prosent sjanse for at du er den som tar feil!
- Den vanskelige personen er kanskje det motsatte – den modige er den som tør å si ifra. Kanskje er det flere enn denne personen som tenker slik, kanskje også et flertall. Det kan være at du kommer til å bli denne personen takk skyldig.
- Skill innhold fra prosess. Altså: Ikke bry deg om måten det sies på, (som kan være aggressiv), bevar heller nysgjerrigheten på andre og tenk: Hva er det som ligger bak dette? Kan jeg forstå bedre hvordan den andre tenker?
- Ikke heng deg opp i hva andre sa eller ikke sa, «Det som betyr noe er ikke hva du sa, men hva du mente.»

En konkret plan ved konflikt kan være:

- Start med å gi en aksepterende respons: «Jeg skjønner at du er uenig». «Det er bra du sier ifra. Dette må vi se nærmere på.»
- Parafraiser (gjengi) den annens synspunkt: «Det du mener er at ...»
- Re-etabler en felles plattform: «Vi er enige om at vi skal finne en løsning som er til det beste for alle ...»

RAMME 2

RAMME 3

Her, som ellers i livet: Det kan være lurt å øve.

- Øv på å si: «Jeg beklager», «Jeg er lei meg for at ...», «Jeg tok feil om ...». Men: Du skal ikke beklage eller unnskyldte når du ikke har noen saklig grunn til å gjøre det!
- Øv på å si setninger som aksepterer den andres synspunkt og følelser («Jeg merker at du er sint, det har du lov til å være.» «Det er en måte å se det på, og det er interessant. Jeg vil gjerne forstå det bedre.»)
- Øv på å lytte etter at du har gitt aksept, i stedet for å si «men» – etterfulgt av ditt eget synspunkt. Du lytter ved å se åpent og interessert på den andre, uten å snakke videre selv. Du må altså øve på å si: «Det er bra du sier fra. Jeg skjønner at du er uenig, for du mener at ... har jeg forstått deg rett?» – for så å motstå fristelsen til umiddelbart å hevde ditt eget synspunkt.

etter «det største felles multiplum». Kunsten er å lage en formulering som ligger så nær som mulig opp mot det man er enige om, men ikke inn i det man er uenige om. En slik felles plattform gir mulighet for å se hverandre inn i øynene, og til å reetablere en konstruktiv prosess.

Som nevnt er denne artikkelen basert på egen erfaring. Disse erfaringene består stort sett i å ha håndtert konflikter dårlig, for så i ettertid å ha grublet på hvordan det kunne ha vært gjort annerledes. La det være til trøst! I eksemplet med pasienten som ber om Imovane fins det rike muligheter for å etablere en plattform ved å vise empati og partnerskap før uenigheten diskuteres. Det kunne gitt et bedre utfall enn at pasienten avslutter samtalen. Nok en trøst: Det går oftest bra. Et par uker etter hendelsen med pasienten, mens jeg fortsatt renskriver på denne artikkelen, traff jeg henne tilfeldig i butikken. Det første hun da gjør er å smile og å gi meg en klem.

REFERANSER

1. S Kurtz, J Draper, J Silverman «Teaching and Learning Communication Skills in Medicine», Radcliff Medical Press 1999 (første utgave).
2. Markus Aurelius: «Til meg selv», skrevet fram til om lag år 180.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Utvalgt sikkerhetsinformasjon⁴

- Hyppigst rapporterte bivirkninger er gastrointestinale (svært vanlige, $\geq 1/10$), inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast. De fleste episodene var milde til moderate, og forbigående (avtok innen noen få dager eller uker). Unngå væskemangel
- Gallesten og kolecystitt: Høyere frekvens observert, kan delvis forklares med vektreduksjon
- Økt hjertefrekvens observert
- Kombinasjon med SU preparater og/eller insulin kan øke risiko for hypoglykemi. Vurder dosereduksjon av SU og/eller insulin ved oppstart
- Skal ikke brukes under graviditet eller amming
- Saxenda® skal seponeres dersom tilstrekkelig effekt uteblir

	Kan benyttes uten dosejustering	Anbefales ikke
Alder	Voksne < 75 år: Ikke nødvendig med dosejustering. Barn/ungdom > 12 år: Doseopptrapping til maks. tolererte dose	Eldre ≥ 75 år Barn/ungdom under 12 år
Nyrefunksjon	Lett eller moderat nedsatt (kreatininclearance ≥ 30 ml/min)	Alvorlig nedsatt (kreatininclearance <30 ml/min) inkludert terminal nyresykdom
Hjertesvikt	NYHA klasse I-III	NYHA klasse IV
Leverfunksjon	Mild eller moderat nedsatt Bør brukes med forsiktighet	Alvorlig nedsatt

Råd til pasient om bivirkninger⁵

- Informer pasienten om at gastrointestinale bivirkninger kan forekomme i løpet av de første ukene av behandlingen og avtar vanligvis innen noen få dager eller uker med fortsatt behandling.

Ikke glem viktigheten av livsstilsendringer, kosthold og fysisk aktivitet etter oppstart med Saxenda®

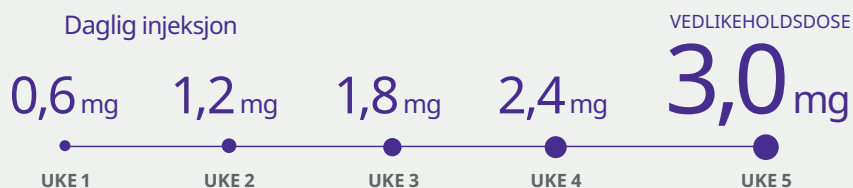
Tiltak som kan redusere forekomst av kvalme:

- Reduser måltidsstørrelsen
- Spis saktere
- Avslutt måltidet ved metthetsfølelse
- Unngå fettrike måltider



Dosering- en injeksjon uavhengig av måltid⁶

Saxenda® skal injiseres subkutant i abdomen, i låret eller i overarmen én gang daglig.



Husk å forskrive nåler til injeksjon



Reseptgruppe, refusjon og pris⁷⁻⁹

Saxenda® refunderes per i dag etter søknad til HELFO om individuell refusjon⁷ for voksne med følgende BMI, eller ungdom ≥ 12 år med BMI tilsvarende:

- ≥ 40 kg/m² (fedme grad 3) eller
- ≥ 35 kg/m² (fedme grad 2) og
 - en vektrelatert tilleggssykdom eller
 - en tillegglidelse-/sykdom som øker risikoen for alvorlig fedmerelatert sykdom

For oversikt over aktuelle diagnosekoder se vilkårene for liraglutid i fulltekst på Helsedirektoratets nettsider.

For voksne stilles det krav til at Mysimba skal være forsøkt først eller dokumentert uegnet.

Saxenda® (liraglutid) pris⁸

Kr 2971,00 per pakning a 5x3 ml. En pakning er tilstrekkelig til 30 dagers bruk ved anbefalt vedlikeholdsdose (3,0 mg/dag)



Referanser: **1.** Saxenda® SPC avsnitt 4.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). **2.** Saxenda® SPC avsnitt 5.1 (Sist oppdatert 16.12.2021). **3.** Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. N Engl J Med. 2015;373(1):11-22 and supplementary appendix. **4.** Saxenda® SPC avsnitt 4.2, 4.4, 4.8, 5.1 og 5.2 (Sist oppdatert 16.12.2021). **5.** Saxenda® SPC avsnitt 4.8 (Sist oppdatert 16.12.2021). **6.** Saxenda® SPC avsnitt 4.2 (Sist oppdatert 16.12.2021). **7.** Helsedirektoratet om Liraglutid 2 (Vedlegg til § 5-14 legemiddellisten) <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/kapittel-5-stonad-ved-helsetjenester/vedlegg-1-til-5-14-legemiddellisten/virkestoffer/liraglutid-2> (Lest 07.06.2022). **8.** HELFO sine sider om individuell refusjon <https://www.helfo.no/om-helfo/digitale-tjenester-fra-helfo/ny-losning-for-individuell-soknad-om-stonad-pa-bla-reseptfra-2020> (Lest 07.06.2022). **9.** Felleskatalogen - Saxenda® <https://www.felleskatalogen.no/medisin/saxenda-novo-nordisk-658699> (Lest 07.06.2022).

Saxenda®

GLP-1-analog til behandling av overvekt og fedme¹

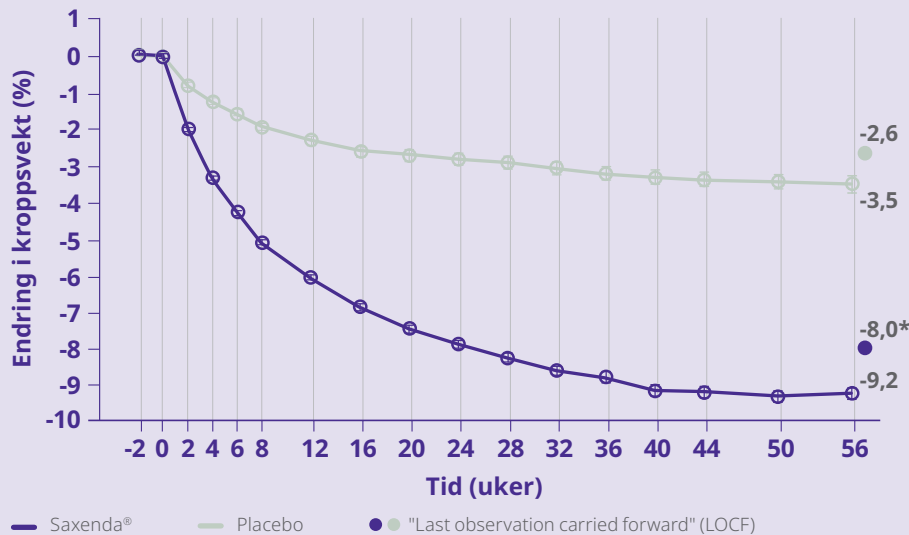
Som supplement til



diett/sunt kosthold

økt fysisk aktivitet

SCALE: Fedme og prediabetes - 9,2% endring i kroppsvekt fra baseline etter 1 år^{2,3Δ}



* p < 0,001 vs placebo²

Figuren er utarbeidet av Novo Nordisk basert på referanse 2.

^ΔI studien SCALE: Fedme og prediabetes, ble 3731 personer med fedme (BMI ≥ 30 kg/m²) eller overvekt (BMI > 27 kg/m²) og prediabetes ved screening behandlet med Saxenda® 3 mg eller placebo i ett år. Livsstilsintervensjoner i form av diett med energirestriksjoner og mosjonsveiledning var bakgrunns-behandling for alle pasientene. I Saxenda®-armen ble det observert en gjennomsnittlig vektreduksjon på (95% KI) - 8,0% og -2,6 % for placebogruppen, en differanse på -5,4% (-5,8 til -5,0). Hos pasienter som fikk Saxenda® og fullførte alle planlagte besøk (71,9%), ble det observert en vektreduksjon på (95% KI) - 9,2%, en differanse på -5,7% for placebogruppen (-6,3 til -5,1).^{2,3}



1 av 3 pasienter går ned >10 % av kroppsvekt^{2Δ}

Indikasjoner¹

Voksne:

Saxenda® er indisert som supplement til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos voksne pasienter med initial BMI (Body Mass Index) på:

- ≥30 kg/m² (fedme) eller
- ≥27 kg/m² til <30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet, som dysglykemi (prediabetes eller diabetes mellitus type 2), hypertensjon, dyslipidemi eller obstruktiv søvnapné.

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig skal seponeres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår vektreduksjon på minst 5 % av opprinnelig kroppsvekt.

Ungdom ≥12 år:

Saxenda® er indisert som supplement til et sunt kosthold og økt fysisk aktivitet for vektkontroll hos ungdom ≥12 år med **fedme (BMI tilsvarende ≥30 kg/m² som internasjonal grenseverdi hos voksne, se tabell i SPC eller på www.felleskatalogen.no) og kroppsvekt >60 kg.**

Behandling med 3,0 mg Saxenda® daglig, eller maks. tolererte dose, skal seponeres og reevalueres etter 12 uker, dersom pasienten ikke oppnår reduksjon i BMI eller BMI z-score ≥4 %.

For ytterligere informasjon se fullstendig preparatomtale eller www.felleskatalogen.no

Du kan lese mer om Saxenda® på vår nettside: www.saxenda.no



Observasjoner fra rad 5 høyre side, plass 4

■ HANS-CHRISTIAN MYKLESTUL • Fastlege i Lillestrøm og styremedlem i Allmennlegeforeningen



Dette kunne vært historien om en førstereisgutt på tur til Brussel i lag med engasjerte kolleger, men det ville ikke vært riktig overfor deg som leser. La oss likevel ha det som utgangspunkt.

For hvordan havner en fastlege på vei ned Rue Washington i dress og pene sko rett før åtte en vårvarm fredag morgen? Det å bli valgt inn i styret i Allmennlegeforeningen er en stor ære. Det gir mulighet til å kunne påvirke fastlegeordningen sentralt. Men det gir også nye utfordringer – utfordringer jeg aldri hadde sett for meg.

I et nytt styre er det mange oppgaver som skal fordeles. Én av disse er deltakelsen i Allmennlegeforeningens internasjonale møteplasser, deriblant CPME (Comité Permanent des Médecins Européens), som er en samling av alle europeiske nasjonale legeforeninger. To ganger i året samles delegasjonene. Møtene går over to dager. Dag én er et arbeidsmøte. Først rapporterer alle landene om status hjemme. Deretter samles deltakerne i arbeidsgrupper med forskjellige tema. Møtene arrangeres annenhver gang i Brussel og hos de forskjellige medlemslandene.

Bagasje på vidvanke

Enhver reise starter med å krysse dørstokken hjemme. Akkurat denne morgenen i mars betød det åtte kuldegrader og vind. Da er det helt greit med en jakke som varmer. Etter en rask spasertur venter Lillestrøm stasjon og toget til Gardermoen. Sammenliknet med returen fra Brussel lufthavn, er Oslo lufthavn en strømlinjeformet fest for oss som reiser. Etter et par trange timer, med hyggelig og pratsomt reisefølge på den ene siden og en østers på den andre, kom vi fram til et Brussel med norske sommertemperaturer. Det ble i overkant varmt for en boblejakkekledd trønder – pakkeroboten i kjelle-



Et glimt av Manneken Pis hører med til ethvert Brusselbesøk.



Maison des Associations Internationales.

ren på flyplassen hadde sendt kofferten til Avinors senter for langtidslagring i Nannestad. For reisefølget mitt ble feilsendingen en kjærkommen mulighet til fornyelse av nødvendig bekledding fra et assortert utvalg av forretninger sentralt i den belgiske hovedstaden. Å sitte på Grand-Place i 16 grader og sol fra skyfri himmel var et greit plaster på såret for min del. Etter to år med pandemi, nedstenging og reiseforbud, var det fantastisk å være vitne til møter mellom folk fra alle verdenshjørner – ispedd en blanding av moules-frites, eksos, belgiske vafler, hestebjeller og biler som tuter. Kakofonien av ulike språk var et kjærkomment gjenhør.

Torsdag ettermiddag starter med mottakelse. Over slanke glass fylt med bobler er gjensynsgleden helt åpenbar. Dresskledde menn med høye hårfester og elegante kvinner i stramme drakter lar myndige

masker falle i møtet med hverandre. I løpet av møtet har jeg lært at det tar tre år å komme inn i alle saker som løper. Da er det klart at det transnasjonale engasjementet fører til mange hyggelige møter og heftige diskusjoner. Det er trygt å kunne starte minglingen med den norske delegasjonen. De fleste viser seg, som alltid, å være engasjerte og hyggelige kolleger. For mange var gjensynet ekstra gledelig etter et par år med møter på skjerm. Det ryktes at noen hadde en lystig forlengelse av mottakelsen ute i Brussels natteliv.

Vårens vakreste eventyr

Rue Washington er kledd med magnoliaer langs fortauet. Med våren kommer blomstringen i noen hektiske dager. Vi som var her disse dagene, var heldige vitner til et av vårens vakreste eventyr. Med et blomstren-

de Brussel som bakteppe, møtes alle delegasjoner på Maison des Associations Internationales, et konferansesenter en kort spasertur fra hotellet. Møtesalen var til forveksling lik salen i Folkets Hus hjemme. Møtet starter med en statusoppdatering fra styret og deretter fra de respektive delegasjoner. Denne gangen var det den humanitære krisen i Ukraina og hvordan håndtere flyktningstrømmen som stod øverst på agendaen.

Å høre representanten fra den polske legeföreningen fortelle om forholdene i Polen var krevende. De står i et enormt press. Krakow, en by med to millioner innbyggere, har i løpet av noen få uker fått 300 000 nye innbyggere. Kvinner og barn er i flertall. De fleste traumatiserte. Gjerne med en livsledsager, eller han de kaller for pappa, igjen på den ukrainske siden av grensen, der hvor krigen er og russisk artilleri og ra-



etter rammer militære og sivile mål nådeløst. Fra den tyske delegasjonen fikk vi vite at de i Berlin daglig registrerer 15–20 000 nye ukrainske flyktninger. I tillegg er det mørketall. På grunn av krigen og den store strømmen er det åpnet for et unntak fra sentralregistrering. Med dette dystre bakteppet var det godt å få med seg at det felles initiativet fra WMA (World Medical Association), EFMA (European Forum of Medical Associations) og CPME har gitt en million euro i donasjoner fra leger og legeforeninger rundt kloden. De første lastebilene med akuttmedisinsk utstyr ble levert til et sentralt lager i Lviv i løpet av møtet. Der blir utstyret sendt videre til de som har det største behovet. Men behovet er stort. Donasjoner mottas fortsatt med takk, mest fra den ukrainske befolkningen.

Kristin Utne, leder i YLF, presenterte blåreseptsaken som en del av den norske oppdateringen. Sanksjonering mot leger og trussel om innsyn i pasientjournaler for økonomisk kontroll ble mottatt med hoderistende undring fra et samstemt kollegium. Det ble bestemt at denne saken skulle det jobbes videre med i arbeidsgruppen som omhandler arbeidsforhold for leger. Mange land strever fortsatt med motvilje mot koronavaksiner og lave vaksinasjonstall. Salen ble også introdusert for Immunion, et europeisk prosjekt for å løfte vaksinasjonsgrad. En stabil primærhelsetjeneste og kjennskap til allmennlegen ble løftet fram som viktige faktorer på vei til en bedre vaksinasjonsdekning. Med en ny sykdom og ny vaksineteknologi, er det ikke så rart at hvermannsen på tvers av Europa søker trygghet der de kan? Og hvem har vel større troverdighet enn en fastlege du har kjent over tid?

Engasjement virker

Det blir lett noe teknisk krøll på tråden når leger fra hele Europa skal samles på nett og i sal for å diskutere aktuelle saker, men hybride møter har nok kommet for å bli. Sa-

kene dreier seg om e-helse og EU-kommisjonens forslag til felles pasientjournal for hele Europa, forholdet til den farmasøytiske industrien og legers arbeidsvilkår. Det summer i forskjellige språk når kollegene samles rundt en kopp kaffe i pausene. Jeg slutter ikke å la meg imponere av våre sentraleuropeiske kolleger som elegant bytter mellom det som for en språklig svak nordmann høres ut som perfekt uttalt tysk, fransk, engelsk eller hvilke tredje og fjerde språk det briljerer i. For en kaffevant norsk fastlege er det forunderlig å se hvor lenge det er mulig å holde engasjementet oppe uten den stadige tilførselen av koffein som den norske delegasjonen til stadighet etterspør.

Etter gjennomgangen er det samling i forskjellige arbeidsgrupper. Her diskuteres forskjellige aktuelle saker som angår oss alle som leger i Europa. Skal vi ha en felles forskrivningspolitikk for antibiotika? Og hvilke antibiotika skal matvareindustrien og dyrleger få lov til å benytte seg av? Er det mulig å samle leger fra blant annet Kypros, Tyskland, Frankrike, Irland og Finland til en felles uttalelse som støtter norske legers kamp mot sanksjoner ved feil forståelse av blåreseptforskriften. Og hva mener vi som leger om framtidig bruk av kunstig intelligens i apparater, registrering av informasjon om hjerterytmene i pulsklokker eller daglige antall skritt? I denne saken er det godt å ha med seg rådgivere med både juridisk, informasjonsteknologisk og etisk-filosofisk kompetanse for å

komme med gode innspill til EU-kommisjonen. Takket være våre engelskspråklige kolleger er språkvasken gjort i møtet og presisjonen på innholdet topp. Sølvfargede manker, skarpe tanker.

Lange dager i fulle møterom med mye engasjement og lite oksygen, gjør gleden ved å komme ut til en magnoliakledt Rue Washington ekstra stor. Det å gå opp en varm gate, hodet fullt av inntrykk og refleksjoner, gjør meg ydmyk og optimistisk for framtiden. Engasjement virker. Savnet etter et par solbriller er mest deilig, og litt skarpt, å kjenne på. Men når linsene ligger i den berømte kofferten et ukjent sted på Romerike, så lar ikke behovet seg dekke. Å komme fram til hotellet og inn på et svalt rom, kippe av seg pene, lett støvete sko, slenge seg ned på sengen og finne fram telefonen for å dekke behovet for formålsløs surfing på nett og sosiale media, det kan ikke beskrives som annet enn en kjærkommen avveksling. Et slikt pust i bakken trenger i alle fall jeg som ikke har den møteutholdenheten som våre mer erfarne kolleger har. På CPME er programmet tett.

Obligatorisk østers

Gallamiddag høres heftig ut for en som trives best i den hvite pysjen eller i turtøy på fjellet. Før mitt første møte måtte jeg spørre Ole Johan Bakke, som leder den norske delegasjonen, om jeg kunne stille med dress eller om klesskapet måtte oppgraderes. Det var en lettelse at smoking og kjole

og hvitt kunne forbli i butikken. La Quincaillerie var en flott ramme for festmiddagen. Allerede før aperitiffen var det en intens summing rundt alle bord. Østers er obligatorisk i Belgia, enten som forrett på en gallamiddag eller som en dekadent ettermiddagssnack på en gaterestaurant i Ixelles etter en lang dag med møter. Resten av måltidet var en fest av lokal, kortreist sjømat. Ingen munner gikk sultne fra dette bordet. Og jeg tror alle satt rundt det beste bordet.

Lørdag samles hordene i frokostsalen på hotellet. Noen mer slitne enn andre etter gallamiddag med tilhørende engasjerte diskusjoner ut i de små timer. Hvor mange verdensproblemer som ble løst, vet ikke jeg.

Men at løsninger på krisen i Ukraina ble debattert, er jeg helt sikker på. Med frokost og en passe dose sterk kaffe gikk praten løst. Formelt i møtet, uformelt rundt frokostbordene. Halv ni er det oppbruddstemning rundt bordene. General assembly venter. Dette kan best beskrives som en blanding av årsmøte og styremøter. Etter en formell velkomst ved lederen for CPME, må leder for alle delegasjoner bekrefte at de er til stede. Deretter skal innkalling, dagsorden og sakliste gjennomgås og godkjennes. På vårmøtet skal regnskapet for 2021 godtas og budsjettet for 2022 vedtas.

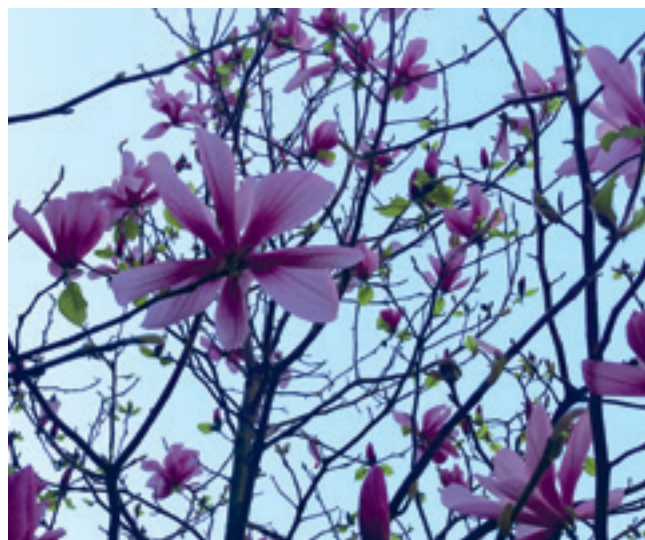
Presidenten er anestesilege fra Nederland. Han spør den hybride forsamlingen i sak etter sak, «Are there any objections?»

Etter grundig forarbeid i arbeidsgruppene, blir de fleste sakene enstemmig vedtatt. For eksempel uttalelsen som kommer fra CPME til Norges regjering og Stortinget om blåresepsaken. Av andre hendelser, så takkes tidligere medlemmer og ansatte av i møtet. Og etter to dager med intense møter, ble denne generalforsamlingen avsluttet med fastsettelse av det neste møtet.

Gradvis tømmes lokalet. En varm lørdag ettermiddag i Brussel frister, selv for denne engasjerte gjengen.

Til sist, for dere som lurte. Jeg var på mitt første CPME-møte i Oslo i november i fjor. En noe mindre fortellerverdig tur.

■ HCMYKLESTUL@HOTMAIL.COM



Lokal helse er global helse

■ FRODE FORLAND • Fagdirektør i Folkehelseinstituttet og tidlegare redaksjonsmedlem i Utposten

Koronapandemien har utvikla seg til å bli ei langvarig helse- og samfunnskrise som har påverka heile verda. Pandemien utspelar seg både lokalt og globalt, og den har arta seg ulikt i ulike land. Den har forsterka ulikskap mellom land og mellom ulike grupper i kvart land. Nasjonal og internasjonal respons har på nokre område vore imponerende (utvikling av nye vaksiner), og på andre område vore deprimerande (fordeling av vaksiner og utstyr). Under pandemien har vi både opplevd ei kunnskapskrise og ein kunnskapsrevolusjon. Mange evalueringar er alt gjennomført, og det er mykje å lære. Spørsmålet er om vi er villige til å handle i tråd med desse lærdommane?

‘Pandemien er ikkje over, før den er over for alle’. Dette har vore eit omkvede i talar frå politisk hald under ei rekkje internasjonale møter. Pandemien har vist oss at alle land er gjensidig avhengige av kvarandre, og den har vist korleis resultat av global vaksine- og helseforskning kanskje kan vere ein veg ut av pandemien (1).

Ei helseutfordring i ein del av verda kan påverke folkehelsa i ein heilt annan del av verda. Virus og bakteriar reiser saman med mat og menneske og dyr som dagleg flyr jorda rundt. Koronapandemien har for alvor understreka kor tett samanvevde helseutfordringane i verda er. På rekordtid vart det utvikla nye vaksinar mot covid-19 då ein såg at SARS-CoV-2 for alvor vart ein trussel også mot dei rike landa. Ein må spørje seg om kvifor ein enno ikkje har lukkast i ein liknande felles innsats for å utvikle og produsere vaksinar for andre store helseproblem som tuberkulose, HIV/AIDS og malaria – sjukdommar som i større grad rammar folk i låg- og mellominntektsland. Desse sjukdommane tar kvart år like mange liv som covid-19 gjorde i 2020!

Klimaendringar, matmangel, smittsame sjukdommar og antibiotikaresistens er andre grensekryssande helseutfordringar. Det same gjeld førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar som diabetes, kreft, hjarte- og karsjukdommar. I takt med at høginntektsland i aukande grad nyttar lovregulering av tiltak mot tobakk og alkohol, flyttar mektige alkohol- og tobakksselskap si aggressive marknadsføring til låg- og

mellominntektsland der ressursane og kapasiteten til å følgje opp lover og reglar er svakare.

Pandemien er ein syndemi

‘I stor grad har vi sett på årsaken til denne samfunnskrisa som ein smittsam sjukdom. Vårt fokus har vore å stoppe overføring og spreiding av virus, og med det å kontrollere pandemien’, skriv Richard Horton i ein kommentar i *The Lancet* 26. september 2020 (2).

I Noreg styrer vi etter prinsippa i smittevernlova som seier at tiltak skal vere medisinsk-fagleg grunngjeve, nødvendige for smittevernet og tenlege i eit heilskapsperspektiv. Det mykje omtalte prinsippet om ‘forholdsmessighet’ skal vere styrande.

‘Vitenskapen som har ledet regjeringer har hovedsakelig vært drevet av epidemiske modeller og spesialister på infeksjonssykdommer, som forståelig nok setter den nåværende helsekrisen inn i århundregamle termer av pest’, skriv Horton.

Han held fram at det er viktig å sjå pandemien i eit større samfunnsperspektiv. Covid-19 samspelar med ei rekkje velkjende ikkje-smittsame sjukdommar når det gjeld risikofaktorar for alvorlege utfall, som kols, hjarte- og karsjukdommar, diabetes og fedme. Dette er sjukdommar som er djupt forankra og skeivt fordelte etter sosial klasse i våre samfunn. Dei underliggende sosiale skilnadene i samfunnet forverrar dei negative effektane av alle sjukdommar, inkludert covid-19. Det er ein

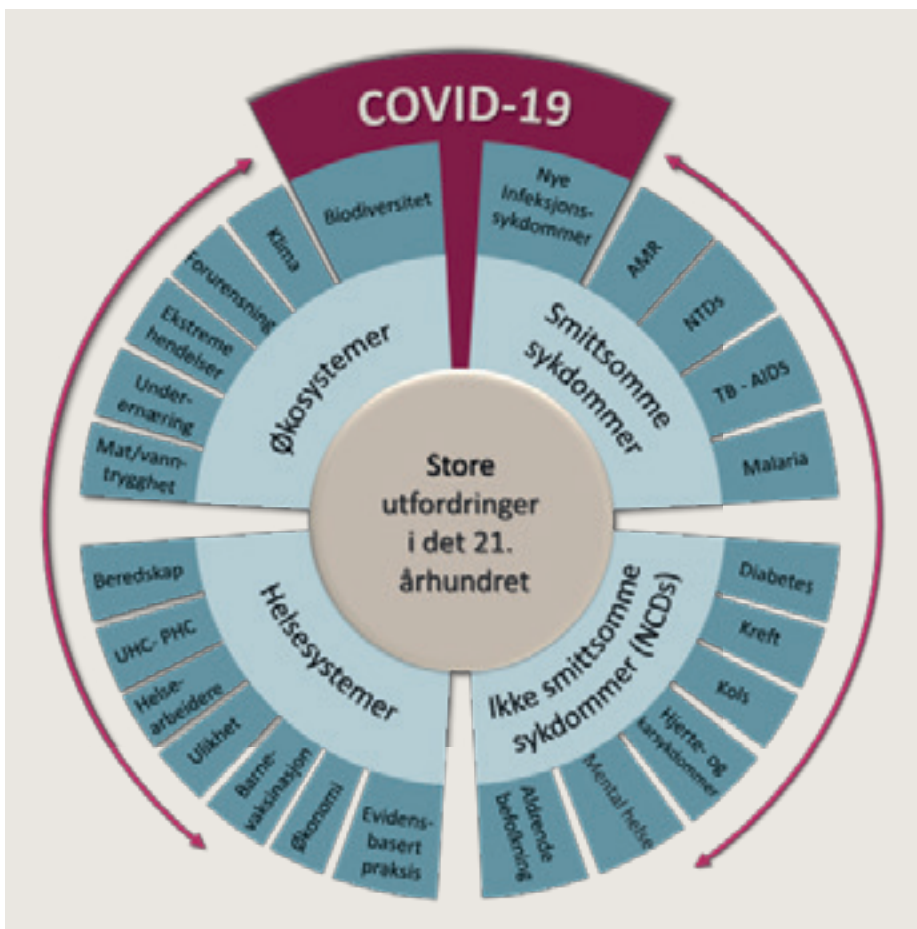
syndemi der faktorar som utdanning, etnisitet, språk, arbeid og sosial klasse spelar ei vesentleg rolle.

Ein syndemi, som definert av Merrill Singer, er ein tilstand der biologiske og sosiale interaksjonar mellom tilstandar gjer ein person meir utsett for eit forverra helseutfall (3).

Norsk smittevern er kommunalt forankra. Kommunelegane står i ein brei samfunnsmedisinsk fagtradisjon. Mange er spesialistar i samfunnsmedisin. Norsk koronahandtering har i stor grad vore gjennomført på kommunenivå, men i eit dynamisk samspel med nasjonale aktørar som FHI og HelseDirektoratet, og med god koordinering frå statsforvaltarane. Ja, endåtil helseføretaka har under denne pandemien vore i jamlege møter om samhandling med kommunane. Det er nesten så ein kunne tru at vi har ei helsesteneste i landet!

Den sterke kommunale innsatsen med breidde i forståing av førebygging og tiltak har etter mitt syn vore ein suksessfaktor i norsk pandemihandtering. I stor grad vil eg hevde at den kommunale innsatsen i Noreg har hatt ei syndemisk tilnærming. Dette gjev ei anna orientering til klinisk medisin og folkehelse gjennom ei integrert tilnærming – å handtere ein pandemi er langt meir enn å kontrollere smittespreiding og behandle individuelle pasientar.

Det beste bolverk mot pandemiar og helsekriser lokalt, nasjonalt og globalt er sterke helse-system med godt utdanna helsepersonell som er i stand til å kunne handtere alle helseutfordringar. Korleis skal ein



Også ved handtering av covid-19 heng det meste saman. ILLUSTRASJON: MOHAMED GAWAD OG ERNST KRISTIAN RØDLAND, FHI

kunne handtere ei krise om ein ikkje har ressursar og folk til å ivareta dei daglege utfordringane i primær- og spesialisthelsetenesta? Svake helsesystem og mangelfull beredskap påverkar ikkje berre handteringa av pandemien, men òg evne til å tilby andre nødvendige helsetenester (4).

Også i global samanheng er det viktig å sjå risiko, helse og samfunn som del av eit større heile. Som første land i verda, la Noreg i 2019 fram ein strategi for å bruke norsk utviklingspolitikk til å styrke førebygging av ikkje-smittsame sjukdommar i låginntektsland: 'Better Health, Better Lives' (5).

Vaksinenasjonalisme

Internasjonal vaksinenasjonalisme er eit av dei største nederlaga vi har sett under denne pandemien. Covax-samarbeidet, som Noreg og Sør-Afrika har leia, skulle sikre rettferdig produksjon og fordeling av vaksinar i verda – etter behov og ikkje betalingssevne. Dette samarbeidet har ikkje lukkast. Å satse på velgerd og gode intensjonar har vist seg å vere nyttelaust i kampen om det knappe godet som vaksinar hittil har vore. Pandemien har forsterka ulikskap i samfunnet og sett arbeidet med å nå berekraftsmåla tilbake.

Ei rekkje rapportar er alt skrivne for å evaluere pandemien. Det kan verke som om det er lettare å skriving rapportar som tar sikte på å hindre framtidige pandemiar heller enn å gjennomføre tiltak og politikk som kan stoppe den pågåande. Koronapandemien er ikkje over, og vil heller ikkje vere det før alle har fått tilbod om effektive vaksinar i alle verdas land. Dei mest optimistiske trur at det kan skje innan utgangen av dette året. Dette handlar om storpolitikk, økonomisk makt, og ikkje minst om omfordeling og global solidaritet. Samtidig handlar det om å hjelpe seg sjølv gjennom å hjelpe andre.

Per mars 2022 har nær 80 prosent fått tilbod om ein vaksinedose i høginntektsland, og berre ti prosent i låginntektsland. Det er framleis mogleg å gjere noko for å rette på denne situasjonen ved å overføre teknologi og produksjonskapasitet til fattige land, ved å oppheve patentrettar og gjennom å finansiere og distribuere rettferdig dei vaksinane som er produserte (6).

FHI har utfordra leiarane for fleire av dei internasjonale panela som har evaluert pandemien så langt og spurt om korleis ein kan kome frå fine ord i rapportane til handling, og kva eit land som Noreg kan bidra med i denne prosessen (7).

Ingen var godt nok førebudde

Den norske koronakommisjonen skriv at Noreg ikkje var godt nok førebudd på ein pandemi som denne. Det same gjeld internasjonalt. Dette skjer trass i at fleire tidlegare rapportar har peika på det same. «Global Preparedness Monitoring Board» (GPMB) som var leia av Gro Harlem Brundtland åttåvåra så seint som i 2019 om at verda sto overfor ein stor risiko ved eit pandemiutbrot i rapporten *A world at risk* (8). Også panelet som vurderte responsen etter ebolapandemien i 2015 kom med ei rekkje tilrådingar som ikkje er innfridde (9).

Rapportane understrekar kor viktig det er å forstå sårbarheita i verda som eit felles globalt ansvar. Å bygge betre beredskap for



FHI deltar i internasjonalt samarbeid med WHO. FOTO: COLOURBOX

å hindre ein framtidig pandemi er å styrke alle land sitt forsvar i møte med ulike truslar mot liv, folkehelse og miljø. Ein slik beredskap er eit globalt felles gode som ingen kan eige åleine, men som alle land må bidra til å etablere.

Eitt av dei kritiske spørsmåla er om land vil gje frå seg eigen sjølvråderett for å styrke helsetryggleiken i verda. Kanskje kan USA igjen gå frå å vere eit hinder til å bli ei drivkraft i kampen for sterkare globalt samarbeid for rettferdig vaksineproduksjon og distribusjon (10).

Folkehelse og politikk

Det meste heng saman med det meste i tilhøvet mellom fag og politikk. Dersom vi held fram som før, så fører dette oss mest sannsynleg inn i neste pandemi! Det er tid for dristige og skarpe tiltak for å endre den globale helsearkitekturen. Korleis skal ein kome frå kortsiktig velgjerd til eit system som bidrar til rettferd, og med det også betre lokal og global helsetryggleik?

FHI støttar den norske regjeringa og deltar i internasjonalt samarbeid med WHO for å samle relevant kunnskap om kva for tiltak som fungerer og ikkje fungerer i møte med ein pandemi. Det er oppretta eit nytt WHO-senter ved FHI som ser på effekten av samfunnsmessige smitteverntiltak gjennom forskning og kunnskapsopsummeringar. I samarbeid med Norad støttar FHI arbeidet med helseberedskap og smittevern i ei rekkje land (11).

Effektiv pandemiførebygging og -handtering krev kunnskap på eit anna nivå enn det vi har i dag. Vi må styrke både helsesystem, kunnskapssystem og den breie helse-

beredskapen før, under og mellom kriser. Vi treng kunnskap og samarbeid frå mange disiplinær for å forstå korleis dette best kan skje.

Folkehelse og politikk heng nøye saman. Mange folkehelseiltak krev politisk handling. Pandemien har skapt større politisk interesse for global helse. Det er viktig å utnytte dette momentet. Som ein sentral aktør i global helse, kan Noreg ta modige og naudsynete skritt for å få dette til å skje – gjennom å påverke i Sikkerhetsrådet i FN, ved å bidra til å styrke WHO, og gjennom eigne initiativ i partnerskap med låg- og mellominntektsland for å styrke både lokal og global helseberedskap.

REFERANSER

1. <https://www.dagsavisen.no/debatt/2021/04/20/global-helse-er-lokal-helse/>
2. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)
3. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28271845/>
4. <https://www.unicef.org/press-releases/disruptions-health-services-due-covid-19-may-have-contributed-additional-239000>
5. https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/ud/vedlegg/utvikling/better-health_summary.pdf
6. <https://www.bmj.com/content/376/bmj-2022-070650>
7. <https://www.dagbladet.no/meninger/hvordan-forhindre-en-ny-pandemi/73919805>
8. https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_annualreport_2019.pdf
9. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_21-en.pdf
10. <https://www.dagbladet.no/meninger/usa-fradrivkraft-til-hinder/72824665>
11. <https://www.fhi.no/en/qk/global-health-collaboration/global-health/international-collaboration/building-stronger-public-health-institutions-and-systems-bis/>

■ FRODE.FORLAND@FHI.NO

– unngå

Den som ønsker tilgang til journalopplysninger, må vise til gyldig unntak fra taushetsplikten. Når man navigerer i komplisert juridisk farvann, kan det være lurt å spørre om råd før man utleverer opplysninger.

Som helsepersonell vet vi at taushetsplikten er en bærebjelke i vårt arbeid. Taushetsplikten er en forutsetning for tilliten befolkningen har til oss som helsepersonell. En tillit som er avgjørende for at enkeltpersoner oppsøker hjelp uten bekymring for at uvedkommende skal få tilgang til personlige opplysninger om dem. Og ikke minst at de uten frykt skal kunne gi oss best mulig grunnlag for å gi dem riktig helsehjelp.

Derfor er også utgangspunktet at taushetsplikten er til hinder for at helsepersonell kan utlevere opplysninger om pasienten videre til andre uten pasientens tillatelse. Dette enten det er pasientens familie, andre helsepersonell eller etater. Uansett hvor gode intensjonene er.

Men hva skjer når taushetsplikten involveres i en krasj? En fastlege et eller annet sted i landet fikk et brev fra Statens havarikommisjon. Havarikommisjonen ba om oversendelse av journalen til en av fastlegens pasienter. Denne pasienten hadde omkommet i ei ulykke som ble undersøkt av havarikommisjonen. Journalen var, som de fleste andre journaler, full av sensitive opplysninger. Fastlegen var følgelig veldig usikker på hvorvidt han hadde lov til å utlevere journalen, selv om havarikommisjonen skriftlig og på en overøsende måte ramset opp den ene paragrafen etter den andre.

Men hva er egentlig fastlegens handlingsrom i dette møtet med havarikommisjonen?

Havarikommisjonen gjorde et poeng av at pasienten var omkommet, og at det

Taushetsplikt at krasj blir til havari

te var et argument for utlevering av journalen. Ja, det er et argument. Men likevel er det viktig å huske at taushetsplikten også omfatter opplysninger om avdøde pasienter. Følgelig må det foreligge et lovgrunnlag for at taushetsplikten kan fravikes, også etter pasientens død.

Et slikt unntak kan være helsepersonelloven § 23 nr. 6 som lyder:

«Taushetsplikt etter § 21 er ikke til hinder for: [...]

6. at opplysningene gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde.»

Helsepersonelloven § 23 er en bestemmelse som regulerer unntak fra taushetsplikten. Formuleringen «ikke til hinder for» understreker imidlertid

at dette unntaket gir helsepersonellet en opplysningsrett, altså at helsepersonellet selv kan avgjøre om de vil gi opplysningene eller ikke. Dette sto i motsetning til det havarikommisjonen skrev i brevet til fastlegen. I brevet var de tydelige

på at fastlegen hadde en *opplysningsplikt* etter denne «opplysningsrettsbestemmelsen».

Jeg tok meg derfor den frihet å bruke hjelpemidlet «skriv til en venn», dvs. juristene i Helsedirektoratet. Svaret fra direktoratet var klart og tydelig: Ja, bestemmelsen som gir opplysningsrett kan i noen tilfeller faktisk også gi opplysningsplikt!

En forutsetning for en slik *opplysningsplikt* er at det i lov eller forskrift uttrykkelig er fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde. Om du fortsatt henger med, så er det nå lov å slutte lesingen. Resten er for nerder.

Lovgrunnlaget som gjør at fastlegen hadde plikt til å utlevere journalopplysningene til havarikommisjonen, er den såkalte artikkel 11 nr. 2 i EU-forordning 2010/996, også omtalt som «undersøkelsesforordningen».

EU-forordninger er å betrakte som norsk lov, og gir dermed havarikommisjonen lovgrunnlag for å innhente opplysninger uten hensyn til taushetsplikt fastsatt i nasjonal lovgivning. For ultranerder av den kverulantiske sorten kan det nevnes at forordningen i tillegg er gjort til norsk rett gjennom inkorporasjonsbestemmelsen i luftfartsloven § 12-6

For å trekke oss alle ytterligere ut på de nerdete viddene, så er egentlig artikkel 11 nr. 2 en regel om forklaringsplikt for vitner. Likevel gir den altså grunnlag for

å «innkalle og utspørre vitner og kreve at de avgir eller fremskaffer opplysninger eller bevis

av betydning for sikkerhetsundersøkelsen». Direktoratet skriver i sitt svar til meg at:

«Bestemmelsen er relativt vidtrekkende ved at det omfatter opplysninger av betydning for sikkerhetsundersøkelsen, som finnes eller lar seg fremskaffe. Det er de som har eller kan fremskaffe slike opplysninger som faller inn under kategorien vitner. Helsepersonell vil etter bestemmelsen kunne være vitner, og kan anmodes både om å utlevere journalopplysninger og bli bedt om å forklare seg muntlig.»

Direktoratet har videre i sitt svar understreket viktigheten av å skille mellom myndighetsutøvelsen til Statens havarikommisjon og politiet. Opplysninger som blir utlevert med grunnlag i undersøkelsesforordningen kan kun brukes av havarikommisjonen. Dette betyr at havarikommisjonen ikke kan utlevere slike opplysninger til politiet, og at politiet selv eventuelt vil måtte skaffe opplysningene på en lovlig måte. Det kan også nevnes at statens havarikommisjon av hensyn til pasientens personvern er ilagt strengere taushetspliktregler enn det som ellers gjelder etter forvaltningsloven.

For politiets del finnes det ikke tilsvarende lovgrunnlag for å kunne innhente pasientopplysninger. Statens havarikommisjon og politiets adgang til å få utlevert taushetsbelagte opplysninger kan derfor ikke sammenlignes. Dette er greit å vite til neste gang noen uniformerte samarbeidspartnere eventuelt skulle henvende seg i luka.

Og ja: Våre venner i direktoratet oppdaterte tidligere i år kommentarutgaven til helsepersonelloven på dette punktet. Jeg anbefaler å legge denne kommentarutgaven som en snarvei i nettleseren, til bruk på gråværsdager. For den er virkelig et godt arbeidsverktøy når vi blir utfordret på tema som vi kanskje ikke føler oss fjellstø på! Bedre å sjekke før man krasjer.

■ CATO.INNERDAL@MOLDE.KOMMUNE.NO

LINDRANDE BEHANDLING I SUNNHORDLAND 2021: Ei studie av status og for

■ MONA YVONNE LOTHE • Sjukepleiar og leiar Sunnhordland interkommunale legevakt

■ ODD JARL KVAMME • Fastlege på Stord, dr. med.

“ – Å følge folk til døden må
ikkje bli ein spesialkompetanse.

FASTLEGE I STORD KOMMUNE

SAMANDRAG

BAKGRUNN

Målet for prosjektet «lindrande behandling i Sunnhordland» var å betra kvaliteten av behandling, omsorg og samarbeid innan palliasjon. Me undersøkte status i fem kommunar og eitt lokalsjukehus for å etablere ei basislinje som utgangspunkt for endringar. Deretter innførte me endringar.

METODE

Metoden var spørjeundersøking, fokusgruppeintervju, enkeltintervju og observasjon og intervju med helsepersonell i kommunane og lokalsjukehuset. Me formidlar stemmene til helsepersonell, pasientar, pårørande og etterletne.

RESULTAT

Resultat: Undersøkinga påviste vesentlege manglar ved medisinsk behandling, omsorg, informasjon og kommunikasjon, samarbeid og organisering og ivaretaking av helsepersonell. Den viste og behov for å betra pasientflyt mellom første- og andrelinja.

KONKLUSJON

Det var ingen samlande strategi eller felles retningslinjer for palliasjon i kommunehelsetenesta eller i lokalsjukehuset. Hovedkritikken frå pasientar og pårørande var mangel på koordinert helsehjelp og kommunikasjon, mest retta mot sjukehus generelt og store sjukehus spesielt. Helsepersonell vekta behovet for fagleg oppdatering.

Palliasjon, også kalla lindrande behandling og omsorg, er eit nasjonalt satsingsområde (1, 2). Gode helsetenester i avslutningsfasen av livet krev høg kompetanse, tverrfagleg samarbeid og store ressursar. Det meste skjer i kommunehelsetenesta, og med hjelp frå sjukehus når kommunale ressursar og kompetanse ikkje strekk til.

Den interkommunale døgnavdelinga (IDA) er ein KAD-avdeling (kommunale akutte døgnplassar) som er eigd og drifta av kommunane Bømlø, Fitjar og Stord. Slike avdelingar vart oppretta etter samhandlingsreforma for å ta hand om pasientar som treng innlegging, men ikkje behandling i sjukehus. Avdelinga har sidan opninga i 2017 hatt over 100 pasientar i terminal sjukdomsfase, og har potensiale til å vere eit knutepunkt for lindrande behandling i regionen.

Materiale og metode

Materialet var fem kommunar i Sunnhordland med til saman 50 000 innbyggjarar og eitt lokalsjukehus (Stord sjukehus, del av Helse Fonna). Me besøkte KAD-avdelingar i Trondheim, Tromsø og Karmøy og lindrande eining i Askøy for å innhente referansemateriale (3).

Metoden var elektronisk spørjeskjema til 480 helsearbeidarar, fem fokusgruppeintervju (4, 5), tre besøk med intervju i sjukeheimar, to besøk i Stord sjukehus, tre enkeltintervju med helsearbeidarar i kommunar og intervju med palliativt team i Helse Fonna.



Intervjua var med fastlegar, kreftkoordinatorar, pasientar og pårørande, etterletne etter kreftpasientar, personell i IDA og med legar, seksjonsleiarar og direktør ved Stord sjukehus og samhandlingsavdelinga i Helse Fonna. Forfattarane gjennomførte intervjua saman, der ein leia tematisk og den andre noterte. Etter kvart intervju analyserte og kategoriserte me informasjonen.

slag til endringar



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABORIX

Proessen førte til fem hovедtema for kvalitetsbetring av palliative tenester:

- medisinsk behandling
- omsorg
- informasjon og kommunikasjon
- samarbeid og organisering
- ivaretaking av helsepersonell

Spørjeskjema for questback vart bygt på informasjon frå intervju, og spørsmåla

vart organisert under dei same hovедtema. Resultata er summen av informasjon frå intervju og spørjeundersøking.

Resultat

Medisinsk behandling

Pasientar, pårørande, etterletne, fastlegar og helsepersonell i kommunane meldte

om mangelfull smertelindring ved utskrivning frå sjukehuset. Det var lang ventetid i akuttmottaket ved bruk av open retur. Sjukehuset kontinuerte ofte aktiv behandling av grunnsjukdom langt inn i terminal sjukdomsfase. Fastlegane viste varierende engasjement, var fráværande i delar av pasientforløpa, men oftast aktive i terminalfase.

Blant legane fann me varierende kunnskapar og engasjement ved terminal sjukdom. Sjukepleiarar og helsefagarbeidarar i kommunane sakna kunnskapar.

Omsorg

Pasientar og pårørande er ei sårbar gruppe. Pårørande meinte at dei var ein stor og undervurdert ressurs i behandling og omsorg ved terminal sjukdom.

«Me må vere påkopla heile tida og fungere som koordinator og advokat i kontakt med helsetenesta. Det er slitsamt, aldri pausar».

Kjensla av tryggleik var høgt vurdert av pasientar og pårørande. Brukargruppene opplevde det utrygt og tomt å koma heim etter behandlingsperiodar i sjukehus. Dei ønska at fastlegen tok kontakt snart etter utskrivning. Familiemedlemmer hadde eit udekt behov for omsorg og råd. Det var òg behov for betre tilbod innan psykisk helsevern, sosiale problem og åndelege spørsmål. Fleire pårørande opplevde at det var mange personar involverte i heimen, og dei vurderte kontinuitet hjå helsepersonell som viktig.

Informasjon og kommunikasjon

Pårørande i fokusgruppe:

«Årsaker til feil, sammel og rot i tenestene er mange personar og ledd som kommuniserer for dårleg seg imellom».

Pårørande ville høyrast og sjåast av helsepersonell. Dei vart som regel lytta til av helsepersonell i førstelinja, men kjende seg ofte neglisjerte i sjukehusmiljøa, og opplevde at kommunikasjon mellom legar i sjukehus og pasient og pårørande om forløpsavklaring ofte var mangelfull. Fastlegane kjente seg som regel «avkopla» i fasar der pasienten var i kontakt med sjukehus for behandling og oppfølging.

Mangelfull kommunikasjon og informasjon forvanska overføringar som innlegging og utskrivning i sjukehus og mellom kommunale tenester. Legar i Stord sjukehus sa at det ikkje var nok tid til samtalar i travle arbeidsdagar.

Samarbeid og organisering

Alle partar var samstemte i at det er eit mål for palliasjon å hindre unødvendig akuttinnlegging og kontrollar i sjukehus og sikre meir heimetid. Store sjukehus hadde god fagleg ekspertise, men klarte ikkje å koordinere pasientoppfølging mellom eigne avdelingar, med mange og slitsame reiser som resultat. Innhaldet i open retur til sjukehus var dårleg definert for pasientane, der ønskje om akuttinnlegging kunne bli avvist med: «Du har ikkje open retur for dette helseproblemet».

Fastlegane omtalte kreftkoordinator som «edderkoppen» i tverrfaglege team, med oppgåver som igangsetjar og koordinator. Samarbeidet mellom kommunar og sjukehus var ifølgje fastlegane ikkje likeverdig, fordi sjukehuset hadde definisjonsmakta på behandling og når pasienten var utskrivingsklar. Dei kom med klare meldingar om manglande samhandling i overføring mellom tenesteniåa.

Palliativt team i Helse Fonna hadde ambulans og rådgjevande funksjon, men var underbemanna og brukte mest ressursar internt i Haugesund sjukehus. Telefonrådgjeving til førstelinja var ein viktig og verdsett del av arbeidet. Teamet vart sjeldan brukt av legar i Stord sjukehus.

Ivaretaking av helsepersonell

Alt helsepersonell sa at arbeid med palliasjon er gjevande, men krevjande arbeid. Ingen kommunar hadde ordningar for rådgjeving og støtte til dei, som regel brukte dei kollegastøtte på eige initiativ.

Diskusjon

Metode

I kvalitative studiar vil det alltid vere eit problem med tolking av informasjon, der intervjuaren si tolking kan gje eit anna meiningsinnhald enn respondentane sitt. Tolking og vektlegging av informasjonen vil vere påverka av intervjuaren sine erfaringar og synspunkt. Me var to intervjuarar med ulik fagleg bakgrunn og erfaringar som gjennomgjekk notat og utskrifter kort tid etter intervju. Det er ei motvekt til tolkingfeil, men kan ikkje utelukka feil.

Fokusgruppeintervjua (4, 5) vart gjort i utvalde grupper som hadde samanliknbare erfaringar. Styrken i slike fokusgrupper er at det kan skapast ein gruppedynamikk der utveksling av tankar og erfaringar kan resultere i nye innspel og refleksjonar (6, 7). Me erfarte at gruppene opna for ærlege og emosjonelle meiningsutvekslingar. Bortsett frå fastlegegruppa var dei ikkje etablert gruppetenking og einsretting.

Innhenting av materialet vart gjort i ein fredeleg fase av koronapandemien, der me kunne samle grupper og møte informantar. Strengare tiltak seinare i pandemifasen skapte vanskar med å utfylle eller verifisere informasjon, det måtte skje ved e-post eller telefon.

Metodar, respondentutval og -omfang meiner me å ha søkt så breitt og djupt at feltet palliasjon i Sunnhordland er kritisk vurdert frå relevante synsvinklar.

Diskusjon av erfaringane

«Behandlingsval er ein vanskeleg balanse mellom verknad og biverknader, realitetsorientering og håp». FRÅ FOKUSGRUPPE FASTLEGAR

Lokalsjukehuset

Undersøkinga avdekkja kvalitetsproblem innan behandling, omsorg, kommunikasjon og overføring av pasientar mellom primærhelseteneste og sjukehus. Primærhelseteneste og brukarar var samstemte om at pasientar ikkje var godt symptombehandla ved utskrivning, noko sjukehusoverlegane ikkje var klar over. Det var eit problem for dei at sjukehuset ikkje hadde nok kapasitet til nødvendig ressursbruk for å oppnå god symptomlindring. Dei måtte derfor overlate oppfølging til fastlegane. Stord sjukehus brukte sjeldan palliativt team i Helse Fonna, uvisst av kva grunn. Overlegar såg ut til å legge mykje av ansvaret for palliasjon på LIS-legar. Dei hevda at deira LIS-legar hadde gode kunnskapar og hadde overlegar i ryggen ved behov.

Eit forslag frå pasientar, pårørande og etterletne var å forlenge sjukehusopphald inntil symptomlindringa var stabilisert. Sidan smerte er påverka av mange faktorar, vil lengre liggetider ikkje garantere for eit betre resultat.

Lang liggetid i akuttmottaket ved open retur (8) var ei belastning for pasient og pårørande. Praksis ved andre sjukehus i same helseforetak var innlegging direkte i avdeling. Legane forklarte det med at triagering og journalopptak måtte skje i akuttmottaket, men pasientar, fastlegar og kreftkoordinatorar kritiserte rutineane.

Legane i sjukehuset hadde ulike meiningar om kor langt inn i terminalfasen ein skal behandle grunnsjukdom, og dei mangla ofte epikrise som grunnlag for revisjon når pasientar kom frå andre sjukehus. Det kan delvis forklare mangelen på behandlingsstrategi og samtalar med pasienten og pårørande. Likevel, sjølv om epikriser frå avleverande sjukehus ikkje er signert, vil mottakande sjukehus ha tilgang til journalnotat og pre-epikrise.

Erfarne overlegar tok dei vanskelege samtalan med pasientar og/eller pårørande under opphaldet når dei såg det som nødvendig, men LIS-legar fekk oftast ansvaret for utskrivning og epikriser. Det kan vere ei medverkande årsak til at forløpsavklaring ikkje var fullstendig, og at pasienten stod på aktiv behandling av grunnsjukdomen ved utskrivning.

Personale i IDA diskuterte utryggleik hos legar som årsak til overbehandling i terminal sjukdomsfase. Det var ikkje uvan-

leg at epikriser frå sjukehus omtala pasienten som terminal, men medisinske liste viste aktiv behandling. Ei anna delforklaring kan vere at moderne helsevesen har fokus på diagnostikk og behandling av sjukdom, medan palliasjon krev endra merksemd; total livskvalitet og død (9).

For å betra kvaliteten på palliasjon trengst det tettare samarbeid mellom kommunane og lokalsjukehuset, og retningslinjer for behandling og pasientforløp. Ein felles strategi for kommunane og sjukehuset kan betra tenestene og skape betre pasientflyt. Dei påviste kvalitetsproblema ved Stord sjukehus vert diskutert vidare med sjukehuset, der me engasjerer praksiskonsulentane.

Kommunane

Palliasjon var ulikt organisert i dei tre kommunane. Størst forskjell var det mellom kommunale sjukeheimar, og mindre i korleis heimebaserte tenester og kreftkoordinatorar arbeidde. Fastlegane var tydelege på at palliasjon er ei allmennterapeutisk oppgave, og at terminalomsorg er eit fagområde for helsepersonell både i primærhelseteneste og i sjukehus.

Me lanserte forslag til sjekkliste ved overføring av pasient mellom nivå/einingar:

- Open kontakt med IDA og/eller open retur til sjukehus er avtala
- Kreftkoordinator er aktivert
- Samarbeidsmøte er gjennomført for ressurskrevjande pasientar
- ESAS-r/VAS er i bruk
- HLR-status er avklart
- Førhandsamtalar om status og framtidssikter er gjennomført
- Informasjon til pasient og pårørende er gitt, og dei har forstått den
- Legemiddelgjennomgang er utført
- Reseptar er sendt, også søknader om legemiddel under §3a
- Søknader om medisinske-tekniske hjelpemiddel er sendt, og behov for hjelpemiddel til bruk i heimen er meldt

Eit gjennomgåande tema blant kommunalt personell var behovet for kunnskap, også innan lindrande behandling. Dei fleste av oss opplever for lite tid og små budsjett til fagleg oppdatering. Helsetenester er kunnskapsintensive, helsepersonell er generelt kunnskapstørste og må halde seg oppdatert på mange felt for i meiste oppgåvene sine. I helsefag må ein utøve kunnskapsbasert praksis, den bygger på forskning, erfaring og kunnskap om brukar og brukarmedverknad (10). Me starta eit interkommunalt nettverk for læring og erfaringsutveksling for sjukepleiarar og helsefagarbeidarar med månadlege samlingar, som supplement til dei etablerte ressusnettverka for sjukepleia-

rar med oppgaver i lindrande behandling.

Terminalomsorg gjeld mange andre grupper enn kreftpasientar, og det er på tide at innhald og organisering av kreftkoordinatorstillingane vert redefinert og gitt nytt namn, som til dømes «koordinator for alvorleg sjuke».

Personell i alt klinisk arbeid med ulike pasientgrupper vil oppleve situasjonar med lidelse og sorg, og ha kjensle av å ikkje kunne hjelpe nok. Eit organisert støtteapparat lokalt som hjelper hjelparen med debrief og støttesamtalar kan hindre utbrenning og sjukmeldingar. Ingen av kommunane hadde opplegg for ivaretaking av helsepersonell som kom i emosjonelt vanskelege situasjonar. Det tyder på at det ikkje var nok merksemd på ivaretaking av helsepersonell med emosjonelt og psykisk stress. Det tverrfagleg teamet i IDA vart supplert med diakon og kreftkoordinator og kan tilby støttesamtalar.

Me besøkte alle fastlegekontora i Bømlo, Fitjar og Stord, der me la fram våre funn og minna om å halde regelmessig kontakt med pasientane og deira familie. I 2022 vert det i vår regi gjennomført klinisk emnekurs i palliasjon for legar der 25 av 60 fastlegar er påmeldt. Det vert òg oppretta ei ressursgruppe som skal bestå av fastlegar, sjukeheimslegar og sjukehuslegar.

Interkommunalt

Tre av kommunane hadde samarbeid om palliasjon ved IDA. Implementering av interkommunale retningslinjer og felles ressurs- og læringsnettverk for helsepersonell er i gang.

IDA sine funksjonar

Kommunale døgnavdelingar er oppretta for behandling, observasjon eller pleie for pasientar som ikkje treng innlegging i sjukehus. Behovet for palliative tilbod på dette «halvanna-linje-nivået» har vist seg å vere stort, både for sengeplassar og råd og rettleiing til helsepersonell. I tråd med Stortingsmelding 24 har IDA oppretta ordninga «open kontakt» for heimebuande pasientar (1). Målet er å auke heimetid og unngå unødige innleggingar. Forsøk med eit interkommunalt palliativt team med base i IDA er planlagt i 2022.

Konklusjonar

Strategi og retningslinjer

Det finst gode nasjonale retningslinjer for lindrande behandling (2). Dei må tilpassast lokalt og vere felles for førstelinja og andrelinja. Som styringsdokument for lokal implementering treng me ein strategiplan for

palliasjon i Sunnhordlandsregionen som forpliktar kommunane og Stord sjukehus/ Helse Fonna.

Nettverk

Palliasjon er lagarbeid. Gode nettverk kan gje fagleg påfyll, minske variasjonar, auke ferdigheiter i kommunikasjon, skape relasjonar mellom samarbeidande partar og vere eit miljø for ivaretaking av helsepersonell.

Kommunikasjon

Pasientar, pårørende, etterletne og helsepersonell påpeika at kommunikasjonen mellom helsepersonell og med pasientar og pårørende bør bli betre. Dette er eit kjent behov som krev kontinuerleg kvalitetsbetring. Eit grunnprinsipp er at pasientar og pårørende vert sett, høyrte og forstått av helsepersonell. God kommunikasjon mellom helsepersonell sikrar pasientforløpa.

Pasientforløp

Pasientforløpa var oppstykk, særleg under behandling i store sjukehus. Haukeland sjukehus med sine spesialiserte avdelingar hadde problem med å koordinere intern diagnostikk, behandling og oppfølging. Det kan reduserast med god planlegging mellom avdelingar i sjukehus og arbeidsdeling mellom universitetssjukehus og lokalsjukehus. Videokonsultasjonar kunne ha spart pasientar for unødige reiser, men var ikkje i bruk.

Studien fekk støtte frå Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

REFERANSAR

1. Meld. St. 24 (2019–2020): Lindrende behandling og omsorg — Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.
2. Helsedirektoratet, IS 2800: Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.
3. Prosjektrapport «Lindrende enhet» Askøy, Fjell, Sund og Øygarden. Årsrapport 2012–2013.
4. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag, Oslo, Universitetsforlaget, 2012.
5. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2018.
6. Gittel, JH, Hoffer, J: Relational Coordination: Guidelines for Theory, Measurement and Analysis.
7. Okoli, C, Pawlowski, SD: The Delphi method as a research tool: an example, design considerations and applications. Information & management 2004; 42,15–29.
8. NOU 1999: 2. Livshjelp. Behandling, pleie og omsorg for uhelbredelig syke og døende.
9. Meld. St. 34 (2015–2016). Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering.
10. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>

■ ODD.KVAMME@KNETT.NO

Min digitale reise

■ EIVIND A. WIK • Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, seniorrådgiver i Direktoratet for e-helse

Høsten 2018 begynte jeg i Direktoratet for e-helse som «Lege til Én innbygger – én journal». Utlysningen fristet med «å utvikle og innføre nye og bedre løsninger for kommunale helse- og omsorgstjenester» for «deg som ønsker å påvirke fremtidens helsetjenester».

Direktoratet ville forenkle helsetjenesten og skape bedre sammenheng i pasientforløp (1). Opplevelser fra mange års praksis strømmet på: Kreftpasienter med egne permer for å holde styr på informasjonen fra sine mange kontakter – siden helsetjenesten ikke klarte det, legevaktkonsultasjoner hvor det framkom at det forelå mye utilgjengelig informasjon lagret om pasienten andre steder, evige runder med samstemning av legemiddellister som likevel forble usikre, og lignende erfaringer.

Direktoratet for e-helse ble skilt ut fra Helsedirektoratet i 2016 og opprettet som et fag- og myndighetsorgan (2) på grunn av behov for sterkere nasjonal styring og bedre organisering av IKT-feltet i helse- og omsorgssektoren. Nasjonale e-helseløsninger som Helsenorge, kjernejournal, e-resept og meldingsutveksling er utviklet i direktoratene. Direktoratet for e-helse har en normerende og retningsgivende rolle, og

Norsk helsenett SF har ansvaret for videre utvikling og drift av de nasjonale e-helseløsningene ((3). Se figur 1 nederst på siden.

Som lege har jeg opplevd utviklingen fra mitt første møte med EPJ som arbeidsverktøy høsten 1994, da jeg var turnuskandidat i Salangen kommune. Den høsten var det mye stive skuldre for en som for første gang både skulle vurdere og behandle pasienter i en åpen uselektert praksis, lære seg journalsystemet og skriftliggjøre det viktigste, alt med «non-touchmetoden»: det vil si bruk av én til to fingre på hver hånd.

Senere fikk jeg erfaring både med anskaffelser og bruk av en rekke ulike journalsystemer, spesielt i allmenn/fastlege-praksis, men også i andre deler av den kommunale helsetjenesten. I ettertid er det lett å se at vårt legesenters bestillerkompetanse i anskaffelsesprosessen var begrenset. Da DIPS ble innført på Aker sykehus, hadde jeg mitt sykehusår på Gaustad (som da lå under

Aker), og fikk oppleve innføring av et nytt journalsystem også på sykehus.

Journalsystemene har utviklet seg fra å erstatte papirjournaler til å være ett av helsepersonellens viktigste arbeidsverktøy. Gradvis har digitalisering gitt bedre muligheter for å yte helsehjelp. Ettersom helsevesenet har blitt stadig mer komplisert, med økende behov for samhandling mellom helsepersonell på ulike nivåer og med pasienter, har imidlertid journalsystemenes begrensninger blitt tydeligere. Journalsystemene synes å ha blitt hengende etter, ikke minst hvis man sammenligner med utviklingen på andre samfunnsområder som bestilling av reiser, nettbank og det meste som har med skatt å gjøre.

En rivende utvikling

Overgangen fra næringsdrift som fastlege til offentlig administrasjon i statlig regi, var

FIGUR 1. Én innbygger – én journal og mål definert av Stortingsmelding 9 (2012–2013). FIGUR: DIREKTORATET FOR E-HELSE



Helsepersonell skal ha enkel og sikker tilgang til helseopplysninger

Innbyggerne skal ha tilgang på enkle og sikre digitale tjenester

Data skal være tilgjengelig for kvalitetsforbedring, helseovervåking, styring og forskning



stor. Selv om jeg som samfunnsmedisiner hadde erfaring som bydelsoverlege og avdelingssjef i kommunal administrativ tjeneste, var det mye å sette seg inn i og få oversikt over. Strategier, prosesser, planer, programmer, prosjekter, styring og organisering var i stor grad ukjent. Krydret med teknologispråk og mange forkortelser opplevdes læringskurven bratt. Da jeg hadde satt meg inn i mer av arbeidet i direktoratet, fikk jeg imidlertid assosiasjonen av at det var som å oppdage en brann som var i ferd med å utvikle seg, men hvor de som ville påvirkes av det i liten grad var forberedt eller klar over det. Hvorfor denne assosiasjonen? Jo, de ambisiøse planene om mer deling av dokumenter og data, mye mer aktiv involvering av pasienter med innsynsmuligheter og egenaktivitet, samt konkrete planer om nye journalsystemer, var i liten grad kjent blant helsepersonell. Ett eksempel er Helseplattformen som da var på et planleggingsstadium og i begrenset grad kjent utenfor prosjektmiljøet, selv om det skulle utvikles for og tilbys både til spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, inkludert fastlegene (4).

Pandemien fikk stor betydning for utviklingen i helsetjenestens bruk av digitale verktøy. «Brannen» som jeg mente å se i 2018 er synlig for flere i dag. Det var en god opplevelse å observere hvor raskt fastlegene snudde seg rundt i mars 2020 og tok i bruk videokonsultasjoner (5). Arbeidet med TISK bidro til utvikling og tilgjengeliggjøring av nye digitale løsninger, til hjelp for hardt prøvede samfunnsmedisinere i kommunene. Samarbeidet TISK IKT ble tildelt Dataforeningens e-helsepris for 2021 og her var både Direktoratet for e-helse og Legeforeningen blant de ti prisvinnerne (6).

Det er inspirerende som ansatt i direktoratet å arbeide i grenselandet mellom helsefag og teknologi, i tett samarbeid med ansatte med annen helsebakgrunn, juris-

ter, teknologer, arkitekter, samfunnsvitere og samfunnsøkonomer. Viktige organisatoriske grep er tatt for å være tettere på brukernes behov, det vil si helsepersonell, pasienter og deres pårørende, og det er en økende erkjennelse av viktigheten av å ha ansatte med bred helsefaglig erfaring (7). Antallet leger i direktoratet er stigende, og nærmer seg tyve. Tilliten til direktoratet er avhengig av, forutsetter at de benytter denne kompetansen godt. Det innebærer å aktivt benytte kunnskapen til de som kjenner utfordringene, oppgavene og helse-tjenesten som organisasjon. Direktoratet søkte i 2021 også om registrering som utdanningsvirksomhet i samfunnsmedisin og vil bidra til å utdanne nye spesialister i årene framover. Det er grunn til å tro at samfunnsmedisinere med digital kompetanse vil bli etterspurt i ulike deler av helsetjenesten.

Leger må bidra med sin erfaring

Hvis jeg fortsatt arbeidet som fastlege eller samfunnsmedisiner i kommunen, skulle jeg gjerne vært mer oppmerksom på hvor viktig det er å engasjere seg når kommunen etterspør leger som kan bidra med opplysninger eller representanter til arbeid som inkluderer digitalisering. I utvikling og forbedring av EPJ-systemer trengs leger på ulike nivåer. Det er en del kunnskapsrike kolleger som gjør en viktig jobb både lokalt og nasjonalt med utgangspunkt blant annet i EPJ-løftet (se faktaboks), NFAs faggruppe (tidligere referansegruppe) for EPJ og elektronisk samhandling, samt i Legeforeningens IT-utvalg. Det trengs flere; i kommunene, i prosesser som involverer sykehusene, samt andre som kan bidra i regionale og nasjonale prosjekter. Leger har nyttig erfaring fra pandemien om fordeler og begrensninger ved bruk av digitale verktøy (8). Dette er kunnskap som kan bidra til forbedring!

Hvordan oppleves de nye portalene? Hvilke konsekvenser får økt mulighet for, og ønske om e-konsultasjoner og annen digital dialog for din arbeidssituasjon? Hva kunne gjort samhandlingen med andre bedre? Hvordan er det digitale tilbudet på eget legekontor, eller i egen kommune? Hva tilbyr andre vi kan sammenligne oss med? Se ramme 1.

Tidligere var kontakten mellom et legekontor og en pasient eller annet helsepersonell begrenset til følgende: Sende brev, komme innom i resepsjonen, telefonkontakt, fysisk konsultasjon, eller eventuelt hjemmebesøk. Det var ganske likt tilbud for alle pasienter. Digitaliseringen har gitt de fleste legekontor hjemmeside med informasjon, og økende mulighet for digital dialog med pasienter, annet helsepersonell, samt samarbeidspartnere utenfor helsetjenesten. Årsakene til fastlegenes økende arbeidsbelastning er sammensatt og

RAMME 1

EPJ-LØFTET

EPJ-løftet skal heve kvaliteten på fastlegers og privatpraktiserende spesialisters EPJ-system og dermed gjøre hverdagen enklere for både pasienter og helsepersonell. EPJ-løftet skal levere ny og nyttig EPJ-funksjonalitet som gjør behandlingen tryggere for pasienten og hverdagen enklere for alle leger og avtalespesialister. Direktoratet for e-helse leder styringsgruppen og ivaretar sekretariatsfunksjoner. EPJ-løftet er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Den norske legeforening og EPJ-leverandører. EPJ-løftet finansieres av midler fra takstforhandlingene for fastleger og avtalespesialister, samt fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det er partene i forhandlinger som beslutter prosjektporteføljen.

omfatter blant annet: Forventninger og krav om tilgjengelighet i ulike digitale kanaler, flere og mer kompliserte problemstillinger som medfører økt behov for samhandling med annet helsepersonell og at det som skulle gi en bedre arbeidshverdag medfører det motsatte. Noen ganger skyldes det dårlig tilpassede løsninger, andre ganger manglende løsninger. Digitalisering er ment å gi bedre kvalitet og mer effektivt arbeid, men det krever et bevisst forhold til endring av arbeidsprosessene. Hva gjør de som har lyktes med å strukturere dagene sine og likevel tilbyr pasientene et variert digitalt tilbud? Har hjemmesiden god, oppdatert og entydig informasjon som inkluderer hvordan de ulike formene for digital dialog skal benyttes? Mange har fått gode rutiner og erfaringer, mens andre opplever dette tyngre. Kan deler av denne diskusjonen løftes til Allmennlegeutvalget (ALU) og Samarbeidsutvalget (SU)? I en del bydeler og kommuner har man utarbeidet kjørerregler for kontakt, som også omfatter digital dialog.

Sette brukerne i sentrum

Vi er som leger vant til å snakke om uønsket klinisk variasjon. En del av variasjonen man ser i tilbudet til pasienter og pårørende innen digitalisering, er kanskje også en uønsket variasjon? Mange har gode erfaringer med brukerundersøkelser blant pasientene, og kanskje får man noen overraskelser slik at både pasienter og pårørende med og uten god digital kompetanse kan oppleve et bedre og mer målrettet tilbud. Det er ikke ønskelig at morgendagens pasienter blir kunder som selv «bestiller» utredning og behandling, men forventningene til involvering og medvirkning fra pasienter og pårørende øker stadig. Dette er også et sentralt helsepolitisk mål (9). En godt informert pasient, eller pårørende, som ut fra sine forutsetninger aktivt involveres, vil kunne føle seg tryggere, følge opp behandlingen bedre og bli en ressurs. For fastleger er dette en sentral del av verdigrunnlaget. Å gjøre en ny vurdering av egen tilnærming gitt mulighetene digitaliseringen åpner for, kan føre til forbedringer.

Hvis jeg hadde truffet meg selv før jeg begynte i direktoratet, ville jeg informert om kommende planer for digital samhandling og hvorfor de er viktige å kjenne til. Eksempler er veikart for nasjonale e-helseløsninger (10), program pasientens legemiddelliste (11) og program digital samhandling (12), som blant annet omfatter dokumentdeling, kritisk informasjon

og mulighet for helsepersonell til å få innsyn i prøvesvar og radiologiske undersøkelser som er rekvirert og besvart av andre enn en selv.

Pasientens legemiddelliste er under utprøving av fastleger i Bergen, samt ved Haraldsplass Diagonale Sykehus og Mottaksklinikken ved Haukeland Universitetssjukehus. Den skal gi alle som behandler pasienten, eller har behov for å se hva pasienten bruker av legemidler, en helhetlig og oppdatert liste. Mye usikkerhet omkring medikasjon kan bli redusert, forespørsler unødige og forhåpentligvis kan en del pasientskader unngås.

Dokumentdeling via kjernejournal fra sykehus har vært under utprøving i Bodø kommune og i Oslo-regionen (13, 14). Dette innebærer at helsepersonell på andre sykehus, kommunale tjenester som legevakt og fastleger, skal kunne se utvalgte dokumenter fra sykehus der pasienten har vært til utredning og behandling. Erfaring har vist at det både gir raskere tilgang til relevant informasjon, bedrer samhandlingen og øker pasientsikkerheten. Planen er å se på muligheter for at også andre tjenester etter hvert kan dele noen av sine dokumenter. Hvis du står i mottak på et sykehus eller har legevakt en kveld, natt eller helg, og det kommer inn en pasient akutt uten innleggesskriv, henvisning eller informasjon fra tidligere; Ville det ikke da i en del tilfeller kunne vært nyttig å ha tilgang til andres legevaktnotater, nylige utskrivelsesnotater fra ØHD/KAD, fra kommunal rehabilitering eller epikriser fra avtalespesialister eller andre behandlere?

Pasientens prøvesvar (tidligere kjent som NILAR) skal sørge for en tilsvarende mulighet når det gjelder tilgang til tidligere prøvesvar og beskrivelser av radiologiske undersøkelser (13). Selvsagt er det kun de med tjenstlig behov som skal ha tilgang. Det arbeides mye på ulike nivåer med hvordan tilgangsstyring skal forvaltes (16).

Når det gjelder kritisk informasjon er det en ulempe i dag at man må logge inn i kjernejournal for å se om noe er notert og hvis man skal føre inn slik informasjon selv, må man dobbeltføre både i egen EPJ og i kjernejournal. Det er grunn til å tro at dette bidrar til at færre får notert ned kritisk informasjon enn de som burde. Innføring av et API* som medfører at man slipper dobbeltføring, antas å bedre situasjonen (17). Se ramme 2.

Under arbeidet i direktoratet oppdaget jeg for øvrig at jeg som fastlege hadde hatt mangelfull oversikt over enkelte kategorier kritisk informasjon i kjernejournal. Test deg selv og se om du har oversikt! Følg med på nyheter på ehelse.no og nhn.no!

Vær nysgjerrig på begrepet digital transformasjon (18). Det er ikke et høytflyvende begrep uten relevans for allmennleger eller samfunnsmedisinere. Det er i ferd med å treffe våre tjenester og vil få økende konsekvenser for oppgavefordeling og organisering av arbeidet. Digital transformasjon handler om å sette brukerne i sentrum, hvor deres behov og opplevelse styrer utforming av tjenesten. Hvordan hadde man organisert helsetjenesten i dag med de digitale mulighetene som finnes og er i ferd med å utvikles, hvis pasientens behov var utgangspunktet for organiseringen? Mye spennende litteratur finnes tilgjengelig om dette fra Norge, men ikke minst internasjonalt (19).

Ifølge Regjeringen handler digitalisering om «å bruke teknologi til å fornye, forenkle og forbedre. Det handler om å tilby nye og bedre tjenester, som er enkle å bruke, effektive, og pålitelige» (20). Videre digitalisering av helsesektoren må handle like mye om forenkling og forbedring, som innføring av nye løsninger. Målet med digitalisering i helsesektoren er først og fremst kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet. Økt effektivitet er også viktig, men ikke all digitalisering fører til det. Ofte vil nytten tilfalle andre enn de som gjør jobben. Kunnskap om hva dette innebærer på det enkelte arbeidssted, eller for de enkelte arbeidsprosessene, er det viktig at mange bidrar med fra ulike posisjoner og roller. Samtidig må vi ikke glemme de som ikke er digitale. Denne oppfordringen går vel så mye til oss som arbeider med digitalisering på systemnivå.

Etter snart fire år ville jeg anbefalt andre å søke en lignende jobb? Ja, erfaringen som fastlege og samfunnsmedisiner etterspørres i økende grad i direktoratet, og med stadig større forståelse for den tekniske delen av digitaliseringen og de prosesser som styrer utviklingen, blir jeg med videre med et felles mål om å «forenkle helsetjenesten» og ikke minst «skape bedre sammenheng i pasientforløp.»

RAMME 2

API

API er en forkortelse for «Application Programming Interface». Et API er et teknisk grensesnitt hvor man kan hente ut eller oppdatere data fra et system og integrere disse dataene mot et annet system. API er verktøyet som muliggjør at ulik programvare kan «snakke sammen».

REFERANSER

1. En innbygger – én journal, tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/strategi/en-innbygger-en-journal> (lest 15.05.2022).
2. Om Direktoratet for e-helse, tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/om-direktoratet-for-e-helse> – e-helse.no (lest 15.05.2022).
3. Nasjonale e-helseløsninger – Norsk helsenett, tilgjengelig på <https://www.nhn.no/nasjonale-e-helseløsninger> (lest 15.05.2022).
4. Forside – Helseplattformen.no, tilgjengelig på <https://helseplattformen.no> (lest 15.05.2022).
5. Ryvarden E. Kraftig økning i bruk av videokonsultasjoner. Tidsskr Nor Legeforen 19 mars 2020
6. Dataforeningens eHelsepris utdelt – Dataforeningen, tilgjengelig på <https://www.dataforeningen.no/dataforeningens-ehelsepris-2/> (lest 15.05.2022).
7. Åtte helsepersonell om å jobbe i Direktoratet for e-helse – ehelse.no tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/aktuelt/atte-helsepersonell-om-a-jobbe-i-direktoratet-for-e-helse> (lest 15.05.2022).
8. Helsepersonellundersøkelsen om e-helse – ehelse.no tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/publikasjoner/helsepersonellundersokelsen-om-e-helse> (lest 15.05.2022).
9. Meld. St. 18 (2018–2019) – regjeringen.no tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20192019/id2639253/?ch=2> (lest 15.05.2022).
10. Veikart for nasjonale e-helseløsninger tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/publikasjoner/veikart-for-nasjonale-e-helseløsninger-2021-2025> (lest 15.05.2022).
11. Utprøving av pasientens legemiddelliste – ehelse.no tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/programmer/prosjekt/pasientens-legemiddelliste-pll> (lest 15.05.2022).
12. Program digital samhandling – ehelse.no tilgjengelig på <https://www.ehelse.no/programmer/samhandling> (lest 15.05.2022).
13. Ett år med dokumentdeling – slik har det gått tilgjengelig på <https://helse-nord.no/digitale-pasienttjenster/et-ar-med-dokumentdeling-slik-har-det-gatt> (lest 15.05.2022).
14. God erfaring med dokumentdeling i kjernejournal – Norsk helsenett tilgjengelig på <https://www.nhn.no/nyheter/god-erfaring-med-dokumentdeling-i-kjernejournal> (lest 15.05.2022).
15. Om Pasientens prøvesvar – Norsk helsenett tilgjengelig på <https://www.nhn.no/samhandlingsplattform/nilar/om-nilar> (lest 15.05.2022)
16. Prinsipp for tilgangsstyring tilgjengelig på <https://admininfo.helsesorost.no/regionalt/Documents/1%20Prinsipp%20for%20tilgangsstyring.pdf> (lest 15.05.2022).
17. Larsen B.A. Kritisk informasjon er viktig Tidsskr Nor Legeforen 14 august 2019.
18. Hva er digital transformasjon? Digdir.no tilgjengelig på <https://www.digdir.no/innovasjon/hva-er-digital-transformasjon/1589> (lest 15.05.2022)
19. Digital Transformation and Innovation in Healthcare. Gartner tilgjengelig på (lest 15.05.2022).
20. Digitalisering i offentlig sektor – regjeringen.no tilgjengelig på <https://regjeringen.no/no/tema/statlig-forvaltningen-i-offentlig-sektor/id2340245/> (lest 15.05.2022).

Heimesnekra klinisk emnekurs. Gjer det sjølv!

Odd Jarl Kvamme, fastlege, dr. med.

Mona Yvonne Lothe, sjukepleiar, leiar av Sunnhordaland interkommunale legevakt

Med utgangspunkt i ei interkommunal akutt døgnavdeling (KAD) arbeider me med å betra fagleg og organisatorisk kvalitet av lindrande behandling i Sunnhordland. I kartleggingsfasen av arbeidet vart det klart at for å lukkast med palliasjon lokalt, må fastlegane aktiverast.

Me besøkte derfor alle fastlegekontora i kommunane Bømlo, Stord og Fitjar for å få råd om kva me burde arbeide med. Samtalane viste at dei fleste fastlegane kjente på at kunnskapane deira var «rustne», og dei hadde ønskje om fagleg oppdatering.

På det grunnlaget laga me klinisk emnekurs i palliasjon på 15 timar og fekk det godkjent i spesialitetskomiteen for allmenntmedisin. Gode råd frå kurskomiteen i Vestland gjorde søknadsprosessen enkel.

For at kurset ikkje skulle ta verdifull praksistid, delte me det opp i fem kveldssamlingar på tre timar i løpet av 2022, og la samlingane til trafikkknutepunktet Leirvik på Stord. Kurset var i prinsippet ope for alle fastlegar, sjukeheimslegar og kommuneoverlegar, men på grunn av utforminga med fem samlingar, var det best tilgjengeleg for fastlegar i dei fem Sunnhordlandskommunane.

Tema i kurset vart vald ut frå dei behova for kunnskap som fastlegane melde: eitt hovudtema for kvar samling, og med rom for diskusjon og erfaringsutveksling:

- ▶ Fasar og utvikling i palliative forløp
- ▶ Medikamentbruk og teknisk utstyr
- ▶ «Kloke valg» i behandling av døyande; over- og underbehandling
- ▶ Kommunikasjon: Dei nødvendige samtalane med pasient og pårørende
- ▶ Koordinering av team og samarbeid

I tillegg til lokale krefter, henta me føredragshaldarar frå Palliativt team Helse Fonna og kommunalt palliativt team Stavanger.

Responen på utlysinga var overveldande: av 62 aktuelle legar i regionen melde 30 seg på. Det tyder på at me har møtt behov for fagleg påfyll og kurspoeng.

Eit klinisk emnekurs er ein start, men ikkje nok. Ny kunnskap vil også ruste om den ikkje er i bruk, og det kan gå år mellom kvar gong ein fastlege tek del i eit palliativt forløp.

I løpet av kursperioden håper me derfor at det kan dannast ei ressursgruppe i palliasjon for legar i området, og me vil invitere legar i lokal-sjukehuset med. Ei slik ressursgruppe kan vidareføre fagutvikling i palliasjon, søkje om godkjenning av møteserie og skaffe legane kurspoeng.

Har du hørt om KOBLE?

■ På vegne av KOBLE-redaksjonen ■ HELENE GRYTLI • Farmasøyt, Norsk legemiddelhåndbok og leder for KOBLE

CATHRINE KJELDBY-HØIE • Klinisk farmasøyt, Sykehusapoteket Oslo, Rikshospitalet | ARNA TEIGEN • Klinisk farmasøyt, Sykehusapoteket Stavanger

MARGRETE EINEN • Klinisk farmasøyt, webredaktør for Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

THOMAS HALVORSEN • Professor i pediatri og leder for Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

For snart ett år siden ble det lansert et nytt oppslagsverk for dosering av legemidler til barn i Norge. Oppslagsverket har fått navnet KOBLE: Kunnskapsbasert Oppslagsverk om Barns Legemidler. KOBLE er en norsk versjon av nederlandske *Kinderformularium*, og ble satt i gang etter initiativ fra Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn og Norsk barnelegeforening.

Barn bruker mange legemidler som ikke nødvendigvis har myndighetsgodkjenning for deres aldersgruppe; såkalt *off-label* bruk.

Slår man opp et tilfeldig legemiddel i Felleskatalogen, er det ikke sjelden at man finner følgende tekst: «Barn og ungdom: Sikkerhet

og effekt er ikke fastslått / Ingen tilgjengelige data / Ingen erfaring med bruk / Anbefales ikke». Ofte må slike legemidler likevel bru-

KOBLE

Søk etter generisk navn eller handelsnavn ...

Legemidler

- Abakavir
Ziagen
- Abakavir og lamivudin
Abacavir / Lamivudin Mylan, Kinexa
- Abatacept
Orencia
- Acenokumarol
Sintrom
- Acetazolamid
Acetazolamid, Diamox, Diamox SR, Diamox amidgharn, Diamox specific
- Acetylcystein
Acetylcystein Sandoz, Bronkyl, Bronkyl forte, Granon, Mucosyst, N-Acetyl Cysteine biosera, N-acetyl-L-cysteine douglas
- Acetylsalicylsyre
Acetylsalicylsyre Actavis, Albyl-E, Aspirin, Aspirin asper, Aspirin beritad, Hjertemagnyl
- Aciklovir dermal
Aciklovir Norfii, Antic, Zovirax
- Aciklovir, oral og parenteral
Aciklovir Actavis, Aciklovir Pfizer, Zovirax
- Aciklovir øyemidler
Acholon, Virupos, Korax
- Acrivastin
Sempres
- Adalimumab
Humira, Hyrimoz, Invektid
- Adapalen
Differin
- Adapalen og benzoylperoksid
Epiduo
- Adrenalin

Legemiddelgrupper

Vis nylig

Favoritter

Hjem Opplysninger Nyheter Om KOBLE Brukerveiledning Fagstoff Ansvarserklæring Legemidler som mangler i KOBLE

KOBLE
Kunnskapsbasert oppslagsverk om barns legemidler

KOBLE inneholder evidensbasert informasjon om dosering og bruk av legemidler til barn, og finansieres av Helse- og omsorgsdepartementet.

For en rask innføring i bruk av KOBLE:

Introduksjon til KOBLE

Se den på YouTube

Før nettsidene tas i bruk anbefales det også å lese:

- Brukerveiledningen: Viktig informasjon om korrekt tolkning av doseringsanbefalingene
- Ansvarserklæring
- Pågående forbedringer

KOBLE oppfordrer alle brukere til å melde innspill eller eventuelle feil [her](#).

Bruk Nyheter Kontakt

Nyheter

1 JUN Legemidler ikke ennå tilgjengelig i KOBLE: Lenker til doseringsinfo

9 NOV Finner du ikke det du leter etter?

kes til barn, fordi det mangler alternativer. Når det da ikke finnes informasjon i myndighetsgodkjente preparatmtaler om hvordan legemidlet kan og bør brukes, er det tvingende nødvendig at behandlere har tilgang til annen god, kvalitetssikret informasjon.

Norske myndigheter har anerkjent dette behovet, og i 2021 ble det lansert et norsk-språklig oppslagsverk om dosering til barn: KOBLE – Kunnskapsbasert Oppslagsverk om Barns Legemidler.

KOBLE er fritt tilgjengelig for alle på www.koble.info (FIGUR 1). Målgruppen er hovedsakelig helsepersonell, og da spesielt de som forskriver, utleverer og administrerer legemidler til barn.

En tilpasset versjon av nederlandske Kinderformularium

KOBLE er en oversatt versjon av det nederlandske oppslagsverket *kinderformularium.nl*, med en rekke norske tilpasninger.

Tyskland og Østerrike har tilsvarende nasjonale utgaver, og det felles oppslagsverket driftes nå som et samarbeid mellom redaksjonene i de fire landene. På norsk side finansieres KOBLE av Helse- og omsorgsdepartementet, og er et samarbeid mellom Norsk kompetansenettverk for legemidler til barn, Norsk barnelegeforening (NBF), Statens legemiddelverk, og Norsk legemiddelhåndbok som har det redaksjonelle ansvaret.

Kinderformularium er et non-profit og industriuavhengig oppslagsverk som finansieres av nederlandske myndigheter. Det ble påbegynt i 2008, og var da en samling doseringsanbefalinger hentet fra pediatrike retningslinjer i Nederland. Målet var å utvikle et evidensbasert oppslagsverk, hovedsakelig basert på vitenskapelig litteratur og godkjente preparatmtaler, om tilgjengelig. Dette har Kinderformularium langt på vei

oppnådd, blant annet ved bruk av en systematisk metode for utarbeidelse av doseringsanbefalinger (1) og et redaksjonsutvalg bestående av over 30 representanter med spesialkompetanse på barn innenfor alle medisinske terapiområder, inkludert allmennmedisin. Foreløpig er alle faste representanter i dette redaksjonsutvalget fra Nederland, men det er et uttalt ønske å involvere internasjonale samarbeidspartnere, slik at også det norske fagmiljøet vil bli fast representert.

Innholdet i KOBLE

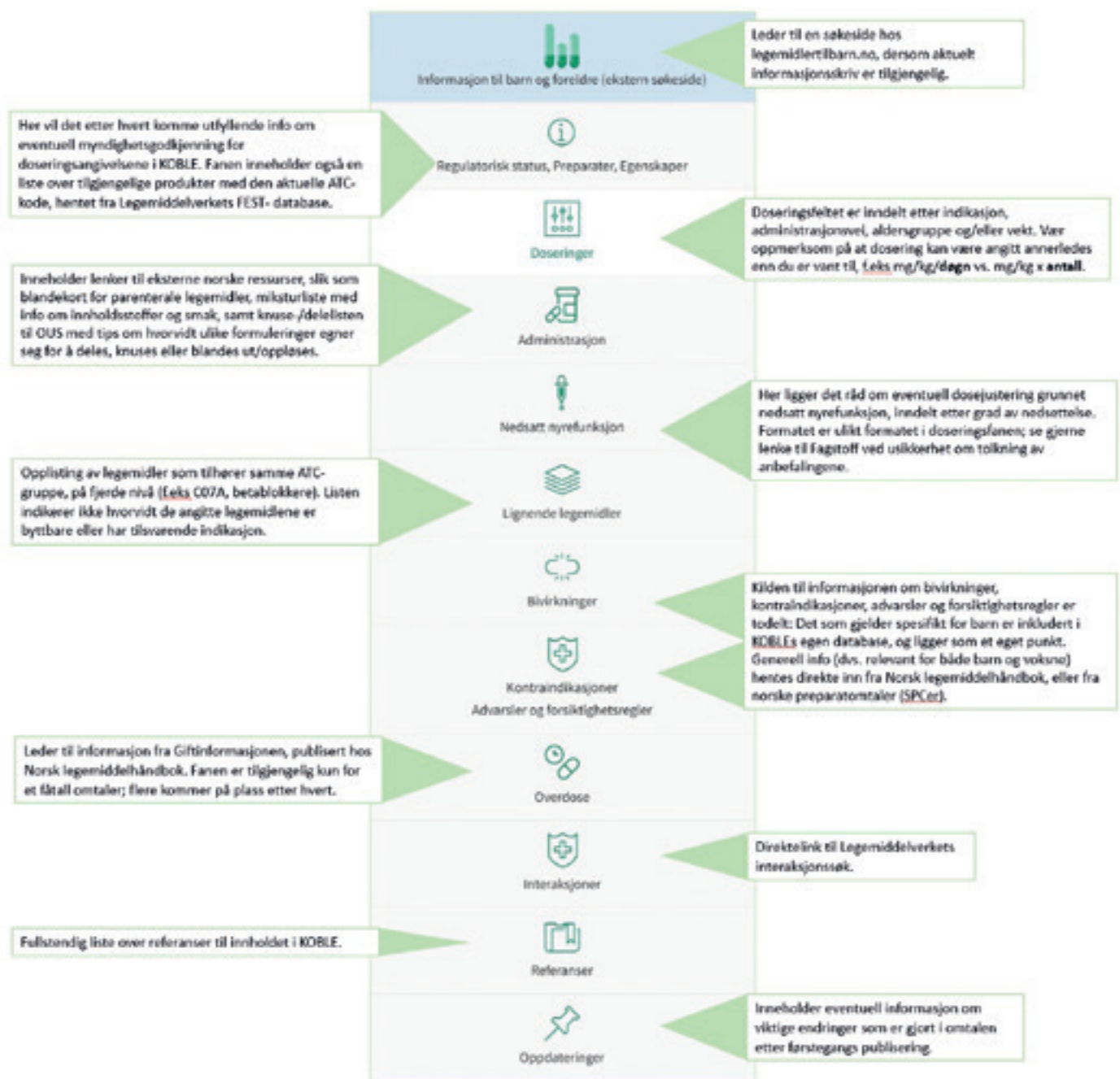
Nettsiden inneholder nærmere 700 legemiddelomtaler med informasjon om dosering og annet som er spesielt relevant ved bruk til barn, se figur 2 på side 40.

KOBLE er hovedsakelig et doseringsverktøy, og inneholder ikke informasjon om terapivalg. Slik informasjon må finnes i andre kilder, som Norsk barnelegeforenings (NBF) pediatriveileder, nasjonale retningslinjer eller ulike legehåndbøker. Årsaken er hovedsakelig variasjoner mellom land og regioner, som gjør det tilnærmet umulig å harmonisere prioriteringer av legemidler som første-, andre- og tredjelinjebehandling. Innholdet i KOBLE er derfor lagt opp slik at man må søke etter et bestemt legemiddel, enten virkestoff eller preparat. Man kan også klikke seg frem via venstremenyen, der legemidlene er kategorisert i tråd med ATC-kodesystemet.

Vær obs på hvordan doseringene angis

Dersom man ønsker å benytte KOBLE som oppslagsverk for doseringer, er det viktig å først ta seg fem minutter til å se gjennom introduksjonsvideoen og klikke seg innom brukerveiledningen. Dette er nødvendig for å redusere risikoen for å feiltolke noe av innholdet, spesielt doseringsinformasjonen. Blant annet angis doseringene oftest på et format som kan være noe uvant for norske klinikere; der vi er vant til å se enkeltdose ganget med antall administrasjoner per dag, angir KOBLE stort sett en døgn-dose med antall administrasjoner denne skal fordeles på. Dette lar seg dessverre ikke endre, da doseringsinformasjonen er strukturert i en felles, internasjonal database som automatisk er identisk for alle land i samarbeidet. Slik kommer enhver oppdatering og utvidelse alle til gode, noe som gir en tydelig synergieffekt og bidrar til å holde KOBLE på et høyt kvalitativt nivå. På den annen side medfører det at doseringsanbefalingene innimellom får en litt «krøkkete» semantikk, grunnet manglende rom for fri setningsformulering. For å sikre faglig forsvarlighet har den norske arbeidsgrup-

FIGUR 1. KOBLEs forside, www.koble.info



FIGUR 2. Oversikt over tilgjengelig informasjon i KOBLEs legemiddelomtaler.

pen gått gjennom alle omtalene med kritisk blikk, for å best mulig forhindre rom for misforståelser forårsaket av dette.

Annen informasjon som er nyttig å kjenne til i KOBLE

Foruten doseringsanbefalinger inneholder nettsiden også generell informasjon om legemiddelbruk til barn som kan være nyttig. I toppmenyen finnes, i tillegg til utfyllende informasjon om KOBLEs arbeidsprosess og organisasjonsstruktur, ulike faglige ressur-

ser samlet under tittelen «Fagstoff». Se figur 3 øverst på motstående side.

Innholdet her anbefales for alle som ønsker en liten oppfriskning, både om man selv skal gi et barn medisin, eller for å ha en liten verktøykasse med tips man kan gi til barnas omsorgspersoner.

Lansering i to trinn

Samarbeidet mellom Norge og Kinderformularium startet for fullt i 2019/20. Den norske redaksjonen har hovedsakelig be-

stått av kliniske farmasøyter med delte stillinger på norske barneavdelinger, og det har hele veien vært samarbeidet tett med NBF og Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn. De ulike interessegruppene i NBF har siden oppstarten blitt oppfordret til å se gjennom doseringsanbefalingene innenfor sitt spesialfelt, og melde tilbake om det er noe de mener ikke er i overensstemmelse med norsk praksis eller som eventuelt bør oppdateres.

KOBLE ble først lansert som en slags beta-versjon direkte til barneavdelinger på nor-

FIGUR 3. Innholdet under menypunktet «Fagstoff».



ske sykehus fra 1. januar 2021, og har siden fungert som deres primære oppslagsverk for doseringsforslag. KOBLE var så i full bruk på barneavdelingene i flere måneder, før det ble offisielt og nasjonalt lansert i november 2021. Hele tiden har alle brukere av nettsiden hatt rask og enkel tilgang til å melde inn spørsmål og innspill til redaksjonen. På denne måten har oppslagsverket gått gjennom en ekstra kvalitetssikring, slik at primærhelsetjenesten og andre spesialisttrykter kan ta KOBLE i bruk.

Også nyttig for primærhelsetjenesten

Ved behandling av barn i primærhelsetjenesten klarer man seg ofte med legemidler som har myndighetsgodkjenning, og hvor aktuell dosering er angitt i Felleskatalogen. Behovet for doseringsinformasjonen i KOBLE er derfor størst for spesialisthelsetjenesten. Likevel kan det være relevant å slå opp i KOBLE for å se hva som utheves av informasjon om bruk til barn basert på grundige litteratursøk og/eller gjennomgang av SPC (godkjent pre-

paratomtale). I tillegg kan de øvrige feltene i KOBLE være nyttige, som f.eks. lenker til informasjonsskriv tilpasset folk uten medisinsk bakgrunn. Det vil dessuten ofte være slik at sykehusleger har skrevet ut behandling som skal følges opp av fastlegen, og i slike tilfeller er det viktig at primærhelsetjenesten har fri tilgang til det samme oppslagsverket som sykehusene bruker. Felleskatalogen jobber nå med en løsning for å legge inn direktelenker til legemiddelomtaler i KOBLE, slik at informasjonen i KOBLE blir enkelt tilgjengelig også derfra i løpet av kort tid.

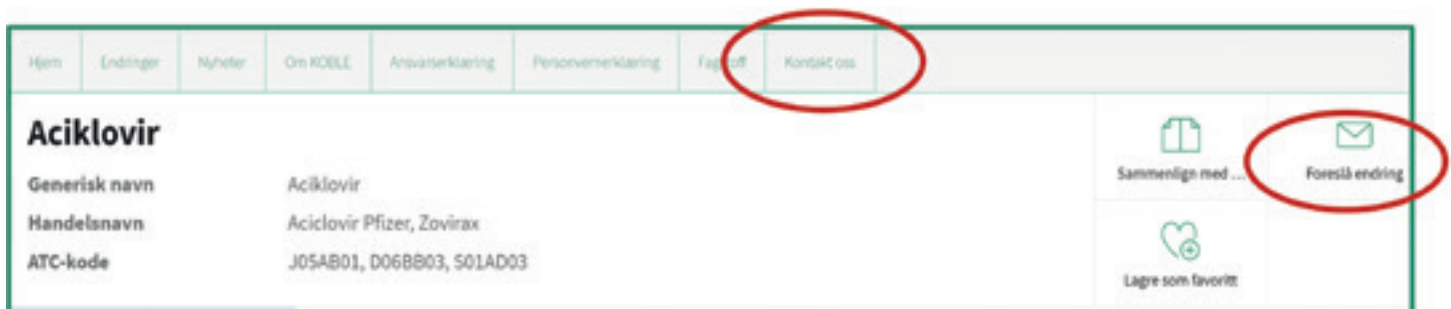
KOBLE ønsker innspill fra fagmiljøene

Selv om oppslagsverket nå er gjennomgått av flere redaksjoner, vil det kunne være forhold som ikke er tilstrekkelig oppdatert, eller som kan gi utilsiktet rom for tolkning. Der som man kommer over slike tilfeller på nettsiden, setter KOBLE-redaksjonen stor pris på innspill både av faglig og språklig art (FIGUR 4). KOBLE skal være et levende oppslagsverk, og redaksjonen har som mål at alle brukere skal være fornøyde – i samarbeid med brukere vil KOBLE bli et best mulig oppslagsverk.

REFERANSE

1. Van der Zanden TM, de Wildt SN, Liem Y, Offringa M, de Hoog M; Dutch Paediatric Pharmacotherapy Expertise Network NKFK (Nederlands Kenniscentrum voor Farmacotherapie bij Kinderen). Developing a paediatric drug formulary for the Netherlands. Arch Dis Child. 2017 Apr; 102(4): 357–361. doi: 10.1136/archdischild-2016-311674.

■ HELENE.GRYTLI@LEGEMIDDELHANDBOKA.NO



FIGUR 4. Utheving av muligheter for å gi tilbakemeldinger på innholdet i KOBLE, enten generelle (via «Kontakt oss» i toppmenyen) eller angående spesifikke omtaler («Foreslå endring» inn på den enkelte omtale).

UTPOSTEN
– meldinger om og fra
den gode **primærmedisin**

Bomskudd

– tilsvar på tidligere artikkel



I en artikkel i *Utposten* nr. 3 i anledning bladets 50-årsjubileum retter en av bladets tidligere redaktører, Petter Øgar, kraftig kritikk mot utviklingen innen allmennmedisinen og samfunnsmedisinen de siste ti-årene.

Øgar hevder det er vanskelig å få øye på faglighet og fagideologi i dagens allmennmedisin. Samfunnsmedisinerne omtales nærmest som en legeflokk i evig motgang og ørkenvandring. Legeforeningen karakteriseres som et drivanker i diskusjonen rundt primærhelseteam og en fremtidsrettet primærhelsetjeneste.

Kritikken virker urimelig og virkelig-hetsfjern. Bare se på samhandlingsreformen og blåreseptsaken. Samhandlingsreformen har demonstrert at fastlegene er kapable til å overta en rekke av sykehus-spesialistenes oppgaver. Dette til tross for at reformens intensjoner om 2000 nye fastleger aldri er blitt oppfylt. Ved å påta seg nye, store oppgaver som har medført betydelig økt arbeidstid, har fastlegene vært tro mot sitt ideal om ikke å la pasientene lide for myndighetenes manglende gjennomføringsevne for å ruste opp fastlegeordningen. Blåreseptsaken nylig avdekket at legene gjennom mange år har påtatt seg å forvalte samfunnets ressurser til beste for pasientene og folketrygden. Først når myndighetene truet legene med store bøter for å trække feil i forståelsen og forvaltningen av et komplisert regelverk, sa legene at «nok er nok».

Hogne Sandviks nylig publiserte artikkel i *British Journal of General Practice* viste med all tydelighet at allmennmedisinen i Norge står sterkt som fag. Kontinuitet som tilbys med fastlegeordningen gir bedre samarbeid mellom lege og pasient, med større opplevd tilfredshet for begge parter. Kontinuitet gir bedre forebygging og behandling, mindre dobbeltbehandling, samt redusert dødelighet blant eldre pasienter. Kontinuitet reduserer spesialistbesøk, sykehusinnleggelse, legevaktbesøk og bruk av alternative behandlere.

Legeforeningen er svært opptatt av fremtidens fastlegetjeneste og har stilt betimelige og kritiske spørsmål ved visse sider ved organiseringen og finansieringen av primærhelseteam. Vi har stilt spørsmål ved tolkningen av evalueringen som har kommet så langt. Det er en realitet at om en hadde benyttet like mye offentlige ressurser på

alle fastlegekontorer som en har gjort i piloteringen av primærhelseteam, ville vi trolig ikke hatt en fastlegekrise.

Legeforeningen har aldri ment at det å være fastlege handler om å ha eneansvar for pasientene – uten samhandling med andre yrkesgrupper, noe Øgar prøver å skape inntrykk av. Vi ønsker at kommunene skal ta større ansvar for ledelse og kvalitet i allmennelegetjenesten. Vi støtter tverrfaglige initiativ og vil aktivt medvirke til gode løsninger for å få til dette. Det er ingen motsetning mellom allmennmedisins ideal om det personlige lege-pasient-forholdet og det å finne frem til modeller for samarbeid rundt pasientene.

Det trengs flere ressurser for å gi bedre tjenester til dem som trenger det mest. Fastleger deltar allerede i dag i ulike typer team og fora og støtter opp om tverrfaglig samarbeid. Samtidig er det et viktig prinsipp for Legeforeningen at det fortsatt er fastlegen som har faglig ansvar og at kontinuiteten mellom lege og pasient må være i fokus – også ved endret organisering og oppgavedeling. Oppgaver skal ikke overføres til andre yrkesgrupper uten at det gir nytteverdi for pasienten, og man må sikre at oppgavefordeling ikke utløser dobbeltarbeid. En av de største utfordringene for fastlegeordningen de siste årene har vært en ukontrollert oppgavevekst parallelt med manglende ressurstilførsel. Det er en feilvurdering å se for seg at kapasitetsutfordringene kan løses ved å bruke annet personell. Oppgavene i kommunal sektor vil fortsette å øke. Det vil være et nærmest umettelig behov for «alle typer» samarbeidende helsepersonell, men disse må komplementere hverandre og tilby tjenester på de områdene hvor de har sin kompetanse. Dette vil øke kvaliteten på pasientoppfølgingen.

Faget allmennmedisin er i endring. Kunnskapsgrunnlaget endrer seg, likeledes behandlingsmuligheter og metoder for oppfølging. Forventninger etableres gjennom politiske beslutninger og samfunnsmessige endringer. Kjerneoppgavene i allmennmedisinen er fortsatt diagnostikk og behandling innenfor rammen av det personlige møtet mellom lege og pasient. Fastlegene er også de viktigste prioriteringsaktørene i helsetjenesten.

Øgar referer til en rapport fra 2008 (1) om utvikling av kommunelegefunksjonen. Det

er riktig at 1990-årene og begynnelsen av 2000-tallet var krevende for samfunnsmedisinen, spesielt i kommunene. Siden har vi sett klare tegn til at flere leger ønsker seg inn i slike stillinger. Langt flere leger utdanner seg til spesialister i samfunnsmedisin nå enn tidligere. Kommunene ser i økende grad nytten av deres kompetanse. De samfunnsmedisinske foreningene LSA (Leger i samfunnsmedisinsk arbeid) og Norsam (Norsk samfunnsmedisinsk forening) arbeider tett sammen for å styrke faget og vilkårene for fagutøvelse i kommunene. Legeforeningen laget en egen rapport om medisinsk-faglig ledelse i kommunene i 2016. KS gjorde et tilsvarende arbeid på samme tid, med sammenfallende konklusjoner om bruk av samfunnsmedisinsk kompetanse i kommunenes ledelse. Det må også nevnes at Landsstyremøtet 2022 har vedtatt en resolusjon om å tydeliggjøre kommunelegenes rolle i fremtidens helsetjeneste.

De fleste samfunnsmedisinere jobber i kommunene, ofte i en noe tilbaketrukket rolle. Imidlertid har pandemien vist at de trer frem når det trengs. I små og mellomstore kommuner har de stått for store deler av pandemiberedskapen, TISK- og vaksineringsarbeidet – ledelse, plan- og informasjonsarbeid inkludert. I mange kommuner skjedde dette på tross av svake ressurser og en uhensiktsmessig organisatorisk plassering. Vi deler Petter Øgars håp om at pandemien vil styrke kommuneoverlegenes rolle og arbeidsvilkår. En beskrivelse av nåtiden fortjener for øvrig positiv oppmerksomhet mot de mange, ofte unge, legene og kommunene, som gjør et solid arbeid for folkehelsen.

MARTE KVITNUM TANGEN

leder av Norsk forening for allmennmedisin (NFA)

KIRSTEN TOFT

leder av Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)

OLE JOHAN BAKKE

styremedlem i LSA

TOM SUNDAR

leder av Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam)

REFERANSE

1. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg and Steinar Hunskaar *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715): e84–e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340> <https://bjgp.org/content/72/715/e84.long>



INSOMNI

Forbundet med økt risiko for infeksjon

Norske forskere har undersøkt sammenhengen mellom insomni, søvnvarighet og infeksjoner. Studien omfatter 1848 uselekterte pasienter som var hos fastlegen våren eller høsten 2020. Drøyt 85 prosent svarte på et ensides spørreskjema mens de satt på venterommet. Drøyt 48 prosent ble klassifisert til å ha insomni, og infeksjon ble rapportert av nær 54 prosent. Risikoen for infeksjon var 15 prosent høyere hos dem med søvnløshet, etter å ha justert for årstid for data-innsamling, kjønn, alder, utdanningsnivå og hjemmeboende barn. Sammenlignet med dem som sov 7-8 timer, hadde personer som sov mindre enn 6 timer eller over 9 timer, henholdsvis 25 prosent og 43 prosent høyere risiko for å ha hatt en eller annen form for infeksjon siste tre måneder.

● Ingeborg Forthun et al, abstrakt 119, Nordisk kongress i allmennmedisin, juni 2022

83,7%

av hjemmeboende eldre hadde ingen symptomer på angst eller depresjon, ifølge en norsk studie med data fra et representativt utvalg av 1.069 personer over 60 år i Trondheim. Milde symptomer ble rapportert av 12 prosent, 2,7 prosent hadde moderate symptomer, og 1,5 prosent hadde alvorlige tegn på depresjon eller angst. Nesten én av fem eldre – 18,4 prosent – var plaget med søvnproblemer, og snaut seks av ti oppga at de hadde smerter/ubehag.

● Frontiers in Psychology (LE Ottesen Kennair et al), april 2022, doi: 10.3389/fpsyg.2022.811082

DÅRLIG HELSE

Rapportert av nær halvparten

Dårlig selvrappertert helse den siste uken ble rapportert av 48 prosent av 866 fastlegepasienter – og oftere hos kvinner, middelaldrende, mottakere av trygdeytelser, pasienter diagnostisert med asteni, korsryggsmerter eller depresjon/angst samt for pasienter med uforklarte tilstander og stress i hverdagen. Det var en nesten lineær sammenheng mellom antall symptomer og sannsynligheten for dårlig selvrappertert helse, og antallet symptomer var den sterkeste prediktoren for egenrapportert dårlig helse, ifølge den norske studien.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, (Mona Kjeldsberg et al), mai 2022, doi: 10.1080/02813432.2021.2022341



SLUTTEN AV LIVET

Ni av ti fikk 'uheldige' legemidler

En mindre observasjonsstudie fra Danmark har sett på medisineringen av sykehjemsbeboere ved slutten av livet. Av de 67 beboerne som døde på sykehjem, fikk 21 av de ti ulike legemidler fra sykehjemslegen. De 46 beboerne som hadde sin vanlige fastlege stod på sju medikamenter. Hele ni av ti pasienter fikk såkalt «uheldig medisinerings» de siste tre levemånedene. Nær en av fire sykehjemspasienter med sykehjemslege døde på sykehus, mens det samme gjaldt 17 prosent av dem som hadde sin egen fastlege.

● Kristine Høgsberg et al, abstrakt 44, Nordisk kongress i allmennmedisin, juni 2022

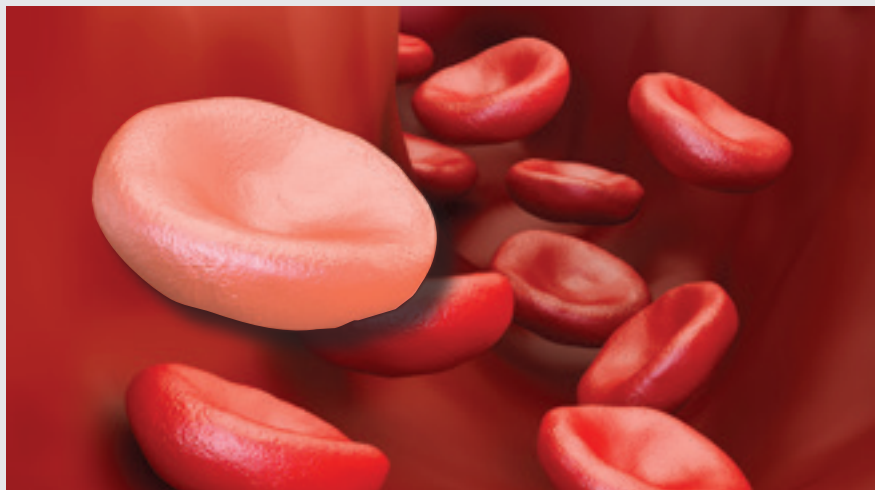


SEKUNDÆR ANEMI

En av fem utviklet kreft

Ifølge forfatterne av en dansk studie, har tidligere forskning vist at nyoppstått anemi ved kronisk sykdom (sekundær anemi) hos pasienter i allmennpraksis er forbundet med 15-18 prosent risiko for kreftsykdom innen ett år. Den danske observasjonsstudien inkluderte 2640 personer med nyoppstått anemi med median alder 71 år, uten tidligere kreft og hvor drøyt fire av ti hadde tilleggssykdom. Etter 12 måneder hadde 20,8 prosent av dem uten andre sykdommer fått en kreftdiagnose, mens forekomsten av kreft var 11,7 prosent ved komorbiditet. Høyest risiko for kreft hadde personer med diabetes, og lavest forekomst ble sett hos pasienter med psykisk sykdom.

● Astrid Boenelykke et al, abstrakt nr. 70, Nordisk kongress i allmennmedisin, juni 2022



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

HELSE-COACH

Ingen effekt av én time

Svenske forskere ville se om én enkelt konsultasjon med helse-coach hadde positiv effekt på selvopplevd livskvalitet. Deltagerne ble tilfeldig rekruttert blant de 50 år gamle innbyggerne i byen Alingsås. De 105 som deltok, ble randomisert, og halvparten fikk en enkelttime med helse-coach rett etter første utfylling av SF-36 skjemaet ShortForm (SF-36) Health Survey Questionnaire, versjon 1. Den andre halvparten var kontrollgruppe. Utfallsmål var opplevd livskvalitet de følgende 12 månedene. Resultatene viste at en time med helse-coach ikke hadde noen effekt – tvert imot skåret kontrollgruppen høyere på flere av parameterne knyttet til livskvalitet.

● Sofia Ryd et al, abstrakt 57, Nordisk kongress i allmennmedisin, juni 2022

En bok med utfordringer 'på rekke og rad'



Eskil Skjeldal (red.)
**Kritiske perspektiver
 på brukermedvirkning**
 186 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-15-04730-0

Bokens redaktør er seniorrådgiver ved Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse og har en doktorgrad i etikk. Øvrige bidragsytere i denne utgivelsen dekker synspunkter og forskning fra sosiologi, medisin, etikk, filosofi, sykepleie, fysioterapi, samfunnsøkonomi og psykologi, nevnt i uprioritert rekkefølge. I tillegg er det en viktig stemme fra en erfaringskonsulent som velger å være anonym – av gode grunner.

Brukermedvirkning er «opplest og vedtatt» som et gode innenfor flere samfunnsområder – er det ikke det? Noe vi tar for gitt i våre dager, vil kanskje de fleste som jobber innenfor helse- og sosialfeltet mene i alle fall. Et pluss både for tjenesteutøverne og ikke minst for pasienter og pårørende. Denne boken synliggjør at det kanskje ikke er fullt så enkelt, om vi skal tro forfatterne av denne utgivelsen.

Brukermedvirkning er lovpålagt, og skal gjenfinnes ikke bare i tjenestene for befolkningen, men også innenfor forskningen i velferdstjenestene våre. For flere prosjekter gjennom de siste årene har det vært et krav for økonomisk støtte at forskerne skulle kunne vise til at brukermedvirkning har funnet sted – i noen tilfeller både i planleggingen og i selve gjennomføringen av forskningen.

Hva er så de klart positive sidene ved å involvere personer «som har skoen på og derfor vet hvor den trykker»? En ting er å lytte til hva brukerorganisasjoner og enkeltpersoner med erfaringer fra tjenestene kan bidra med av refleksjoner og direkte råd – noe vel svært mange vil mene kan være konstruktivt for praksis. Men hva så når det ansettes såkalte erfaringskonsulenter – altså

brukere som har fått kurs for å kunne få lønnet stilling f.eks. i psykiatri eller rusbehandling – hvilken rolle blir de tildelt i teamene rundt pasienter og pårørende?

Ovennevnte momenter er kun summarisk og overfladisk presentert som antydninger til hvilke refleksjoner forfatterne gjør, og som dermed bidrar til at dette kan vise seg å være en bok det er vanskelig å legge fra seg. For her utfordres vi virkelig, både som yrkesutøvere og som mennesker. Og viktig å presisere: Eskil Skjeldal er klar på at hans intensjon med tematikken i denne boken er å løfte fram betydningen av stadige forbedringer i tjenestene – og at begrepet kritikk er positivt ment. Men uten dermed å lukke øynene for de dilemmaene som både profesjonelle yrkesutøvere og brukerrepresentanter kan komme opp i under spesifikke situasjoner i tjenestene.

Ikke uventet er også følgene av tenkningen bak New Public Management for helsetjenesten og såkalte pakkeforløp innenfor psykiatri- og rusbehandling tematisert på en innsiktsfull måte.

Her er det mye stoff som utfordrer – og ikke minst beriker!

Boken anbefales.

ELI BERG

Utposten inviterer til kurs under Primærmedisinsk uke 24.10–25.10.22

Bli en formidler du også! En rekke formidlere av rang, blant andre Espen Nakstad og Trond-Viggo Torgersen, kommer til PMU for å inspirere og lære oss leger hvordan vi kan uttrykke oss i tekst og tale – fra journal til media og SoMe.

Kurset arrangeres i anledning bursdagsfeiring for *Utposten*, bladet for allmenntidning og samfunnsmedisin som (i likhet med bamsefar i lia) fyller 50 år omtrent på denne tida!

Vi satser på en interaktiv feiring to dager til ende der deltakerne serveres foredrag om selve skrivehåndverket, det klare språket, kronikken, den effektive og presise journalskrivningen, den gode attesten og det å håndtere presse og sosiale medier.

■ Les mer på www.pmu2022.no

Velkommen!

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 Morten Munkvik?



Hva leser du nå?

Jeg leser ofte flere bøker samtidig. Noen bøker bruker jeg lang tid på, slik at jeg leser ut flere andre bøker mens jeg holder på med denne ene. Jeg har lurt på om dette er en dårlig måte å lese bøker på. Det hender jeg blander sammen historielinjer og persongalleri, litt på samme måte som da jeg i studietiden blandet sammen forskjellige huskeregleregler og endte opp med 15 hjernenerver. Nå har jeg som regel én fysisk bok, én på Kindle og én lydbok gående parallelt. Det er lettere å holde dem fra hverandre når bøkene er på hvert sitt medium.

Den fysiske boken jeg leser er svenske Thomas Eriksons *Omgitt av idioter*. På lydbok er jeg beskjedent i gang med *Wheel of Time*-serien til avdøde Robert Jordan. Akkurat nå holder jeg på med bok tre av 14: *The Dragon Reborn*. Dette er eventyr-litteratur som antagelig hadde fortsatt i all evighet om ikke amerikanske Jordan hadde dødd i 2007. En annen forfatter avsluttet historien. Visstnok er det tre–fire bøker i serien hvor absolutt ingenting skjer, men enn så lenge er det spennende framdrift.

På Kindle leser jeg *Stoner*. Denne boken ble skrevet av John Williams (John Edward Williams, ikke John Towner Williams, som har 45 Oscar-nominasjoner som komponist) og utgitt i 1965. Da fikk den lite oppmerksomhet og solgte bare et par tusen eksemplarer. Så ble boken relansert på 2000-tallet og er senere solgt i hundretusenvís, og kanskje kommer en film basert på boken også. Williams døde i 1994, og har ikke fått

med seg alt oppstyret rundt boken han ga ut for snaut 60 år siden. (Williams med filmmusikken er fortsatt i live, 90 år gammel.)

Hvorfor leser du disse bøkene?

Omgitt av idioter har jeg blitt anbefalt av mange. Jeg synes det er litt skummelt med bøker som «alle liker», men underlinjen «hvordan forstå dem det ikke går an å forstå» pirret min nysgjerrighet nok til at jeg ville få med meg hva denne boken dreier seg om. Da min datter så boken, spurte hun: «Er det sånn du føler det, pappa?» Jeg himlet med øynene til svar. Heldigvis kjenner min datter meg, og smilte, men sannheten er at jeg av og til møter mennesker det kan være vanskelig å forstå. Antagelig kan jeg lære noe av denne boken. Akkurat det er ofte intensjonen når jeg leser, men jeg kan ikke bare tenke fag og læring når jeg leser. Det er grunnen til at jeg leser eventyret *Wheel of time*. Det er et annet univers: En verden å rømme bort i. Jeg blir sugd inn i en virkelighet hvor ingenting av det jeg har i livet mitt til vanlig lenger eksisterer. Jeg vil ikke kalle det en virkelighetsflukt, men en pauseknapp? Jeg trenger noen ganger en pauseknapp, og finner det ofte i litteraturen.

Stoner har jeg også fått anbefalt for flere år siden. Jeg har hatt lyst til å lese den lenge, men andre bøker har kommet i veien. *Stoner* pirrer meg litt fordi det er en «campusroman» (en roman hvor handlingen er lagt til universitetsmiljøet), men mest vekker den min interesse fordi den handler om verdien av et liv som kan synes mislykket. Boken er nydelig skrevet og «ekte» på en måte som jeg ikke ofte leser: Dersom vi er alene med oss selv, klarer vi å se sannheten i hvitøyet? Tør vi? Jeg er ikke ferdig med boken, men det er vanskelig å legge den fra seg. Den drar meg videre.

Hvor leser du?

Jeg nevnte pauseknappen tidligere. Lydbok hører jeg ofte på mens jeg trener. Trening er en pauseknapp for meg. Da gjør jeg det (og hører på lydbok) og lite annet. For meg er ikke det vanlig. Jeg gjør meg stort sett opp-

tatt med et eller annet der jeg kanskje skulle roet ned litt i stedet. Derfor jobber jeg med hvor jeg leser. Fysisk bok og Kindle leser jeg oftest på ferie, på fly eller på sengen. Jeg prøver å bli bedre på å bare sette meg ned i en stol og lese. Selv om jeg kan føle at jeg da kaster bort verdifull, produktiv tid. Bare tull selvfølgelig, men sånn kan det føles. Jeg får kalle det leseterapi.

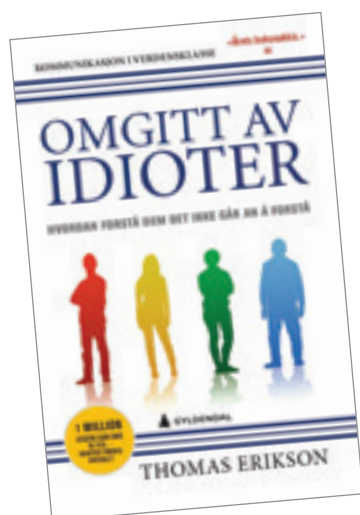
Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg er ganske altetende og leser mye forskjellig. Jeg kan heller si hva jeg helst ikke vil lese, og det er en bok som ikke er så bra. Ikke så rart ønske, men problemet mitt er at jeg leser ut boken uansett. Er det på Kindle eller en fysisk bok, kan det ta noe tid.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Det er flere bøker jeg henter fram og leser igjen. Noen ganger på grunn av innholdet, eller rett og slett fordi språket er så godt. *Stoner* jeg skrev om over kan fort bli en bok i andre kategori her. En bok som har begge deler er *A Little Life* fra 2015 av Hanya Yanagihara. Dette er en fantastisk historie om hvordan livet kan bryte ned et menneske. Det er imponerende hvor levende forfatteren skriver om så vanskelige tema som denne boken berører. Yanagihara er født i Los Angeles i 1975. Hun var altså 40 år da boken kom ut, men det hun skriver om er mye, mye eldre enn 40 år. Det var en mektig leseopplevelse. Jeg tror kanskje jeg ser mennesker på en ny måte etter at jeg leste den. Jeg kan selvfølgelig ikke love at det samme skjer for alle lesere, men jeg vil uansett anbefale den til alle som fra tid til annen snakker med mennesker som sliter med mørke tanker.

Kanskje denne spalten skulle bygges ut med «Hvilke bøker anbefaler du dine pasienter?» I så fall er mitt forslag *Empire of Pain: The Secret History of the Sackler Dynasty* av Patrick Radden Keefe.



RELIS

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

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

Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) – Ny kampanje høsten 2022

KUPP – kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter lanserer nå sin sjette kampanje: Riktigere bruk av legemidler mot migrene. KUPP har gjennomført omtrent 5800 besøk hos norske fastleger med sine fem første kampanjer, og interessen er økende.

Meld interesse for besøk ved å gå inn på www.legemidler.no

Hvorfor bør du motta KUPP-besøk?

- Det er gratis
- Du får en kjapp produsentuavhengig faglig oppdatering
- KUPP-besøket foregår i din kontortid, på ditt kontor eller digitalt
- Du får svar på dine spørsmål, og mulighet til å diskutere med en farmasøyt eller lege som er oppdatert på den nyeste kunnskapen på området

Hva er KUPP?

Kort forklart er kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) en undervisningsform som går ut på at en farmasøyt eller lege fra RELIS eller klinisk farmakologi har en faglig gjennomgang av et terapiområde én-til-én på fastlegens kontor eller som et digitalt «besøk». En kortfattet brosjyre brukes som utgangspunkt for samtalen, og denne får legen beholde.

Besøket tar 20–30 minutter, og gjennomføres i fastlegens kontortid.

Det er viktig for oss at besøket ikke blir en forelesning, men en dialog mellom KUPP-representant og fastlege som skaper rom for at den enkelte fastlege får svar på sine spørsmål rundt temaet.

KUPP i Norge

Det hele startet i Trondheim i 2015 med Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital som initiativtaker. I dag drives KUPP som et samarbeid mellom RELIS og de kliniske farmakologiske enhetene ved universitetssykehusene i Trondheim, Bergen, Tromsø og Oslo.

Informasjonsmaterialet for kampanjene utarbeides av representanter fra KUPP, samt spesialister i allmennmedisin og i relevant sykehusspesialitet. Tema for kampanjene velges med grunnlag i forslag fra blant annet fastlegene og Norsk forening for allmennmedisin.

Gjennomførte kampanjer

Frem til sommeren 2022 har vi gjennomført rundt 5800 besøk hos fastleger over hele landet, fordelt på fem ulike kampanjer.

Hver kampanje har fire til fem hovedbudskap, som er de viktigste poengene vi presenterer til fastlegen. Hovedbudskapene i fire av våre fem kampanjer presenteres i de grønne rammene i denne artikkelen.

Fullstendig kampanjemateriale for alle kampanjene finnes på KUPP sin nettside www.legemidler.no.

Riktigere bruk av NSAIDs

- Hvis mulig; unngå selektive COX-2-hemmere og diklofenak, bruk naproxen i kortest mulig tid, eventuelt under dekke av en protonpumpehemmer.
- Eldre og de med hjerte/kar risiko, nedsatt nyrefunksjon og de som bruker ACE-hemmere, AII-blokkere og diuretika er spesielt utsatt.
- Ved overflatiske bløtdelsskader eller smerter i hudnære ledd som hender, knær og ankler vil NSAID-gel være et godt alternativ.
- Mange vil alene eller i tillegg ha god nytte av paracetamol.

NSAIDs-kampanjen var et pilotprosjekt som foregikk i Tromsø og Trondheim i 2015. Det ble gjennomført KUPP-besøk hos 213 fastleger. Data fra Reseptregistret viste i etterkant en 16–18 prosent reduksjon i antall brukere av diklofenak i Tromsø og Trondheim, sammenlignet med resten av Norge.

Riktigere bruk av antibiotika

- Et lavt totalforbruk av antibiotika forebygger resistensutvikling.
- Luftveisinfeksjoner er vanligvis selvbegrensende. De fleste skyldes virus. Symptomatisk behandling er ofte tilstrekkelig.
- Penicillin er førstevalg ved de fleste bakterielle infeksjoner.
- Makrolider og ciprofloksacin er meget resistensdrivende. De bør bare brukes på spesifikk indikasjon.

Riktigere bruk av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter

- Nytt av opioider ved langvarige ikke-maligne smerter er ikke dokumentert.
- Ikke-farmakologiske tiltak er helt sentrale ved langvarige ikke-maligne smerter.
- Forsøk ikke-opioider først ved legemiddelbehandling av langvarige ikke-maligne smerter.
- Unngå kombinasjon med andre sentraldempende midler.
- Behandling med opioider bør alltid følge en plan og evalueres jevnlig.

Riktigere bruk av menopausal hormonterapi (MHT)

- MHT er den mest effektive behandlingen av vasomotoriske symptomer (VMS), men nytten av behandling nå må balanseres mot fremtidig risiko for bivirkninger.
- Ved fravær av kontraindikasjoner er nytte/risiko-forholdet fordelaktig ved MHT for de fleste kvinner, dersom behandling starter i tilslutning til menopause.
- Kvinner med tidlig menopause (før 45 år) skal tilbys MHT til forventet menopausealder forutsatt at det menopause ikke foreligger kontraindikasjoner.
- Bruk lavest mulig effektive dose og kortest mulig behandlingstid.

Litt om historikk og bakgrunn

KUPP – Kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter er det norske navnet på undervisningsmetoden Academic detailing, som ble utviklet av legen Jerry Avorn ved Harvard Medical School i Boston i 1983. Metoden har senere blitt utbredt i USA, Australia og Canada.

Avorns idé var enkelt sagt å bruke metodene som legemiddelindustrien benytter for å selge sine produkter, men i stedet for å selge enkeltprodukter fokusere på uavhengig faglig basert oppdatering til forskriverne om anbefalt behandling.

Academic detailing baserer seg på at en arbeidsgruppe bestående av spesialister innen et fagområde destillerer en retningslinje og/eller oppdatert kunnskapsbasert informasjon innen et fagområde eller terapiområde til et minimum (fire til seks A4-sider). Spesieltrente fasilitatorer gjør en-til-en-avtaler med leger for en oppdateringsvisitt på ca. 20 minutter med dette materialet.

KUPP har blitt godt mottatt hos fastlegene

Over 95 prosent av de som besvarer evalueringen etter mottatt besøk angir at de oppfatter KUPP som en egnet metode for praksisnær legemiddelinformasjon og at de ønsker å motta besøk ved nye KUPP-kampanjer.

Ny kampanje kommer høsten 2022 – *Riktigere bruk av legemidler mot migrene*.

I denne kampanjen vil KUPP formidle oppdatert kunnskap om både anfallsbehandling og forebyggende behandling av

migrene. I tillegg formidle nytt om medikamentoverforbrukshodepine og spesielle forhold ved migrene hos kvinner og hos barn.

Meld interesse for besøk ved å gå inn på www.legemidler.no eller ta kontakt med KUPP i din helseregion:

SØR-ØST: kupp.sorost@legemidler.no
VEST: kupp.vest@legemidler.no
MIDT-NORGE: kupp.midt@legemidler.no
NORD-NORGE: kupp.nord@legemidler.no

SIGRID GRØTTEBØ HELLEM

Master i farmasi og rådgiver, RELIS Vest

KETIL ARNE ESPNES

Spesialist i allmenntilleggsmedisin og spesialist i klinisk farmakologi. Overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og Medisinsk faglig rådgiver i KUPP

Tilbakemeldinger

- KUPP har vært til stor nytte. Jeg synes det er luksus at KUPP kommer på besøk til meg. Kristin Lamvik Kjørholt, Spesialist i allmenntilleggsmedisin, Fastlege Nardosletta legesenter
- KUPP tar utgangspunkt i den praktiske, kliniske hverdagen for oss allmennleger og presenterer konkrete forslag til medikamentvalg. Det er nyttig. Jørgen Urnes, Spesialist allmenntilleggsmedisin, Fastlege Edda legesenter
- Jeg har endret min forskrivningspraksis etter besøk av KUPP. Hanna Helgetun Krogh, Spesialist allmenntilleggsmedisin, Fastlege Kalvskinn legesenter

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

Velkommen og lykke till! 🏠 Tove Rutle – lagleder

Livet i nord

Rolf Jacobsen er en av de norske forfatterne som har flest nominasjoner til Nordisk råds litteraturpris. Han ble nominert hele fire ganger, sist i 1985 for samlingen *Natt-åpent*.

Nord

Se oftere mot nord.

Gå mot vinden, du får rødere kinn.

Finn den ulendte stien. Hold den.

Den er kortere.

Nord er best.

Vinterens flammehimmel, sommer-
nattens solmirakel.

Gå mot vinden. Klyv berg.

Se mot nord.

Oftere.

Det er langt dette landet.

Det meste er nord.

Jeg er ingen stor diktleser. Jeg er ikke godt kjent i poesiens verden. Jeg har lest mye annet, men dikt har jeg lest mindre av. Likevel setter diktet spor i meg når jeg flere ganger har tenkt gjennom dette diktet.

Jeg er en Fredrikstadgutt, vokst opp midt i byen. Jeg gleder meg over byen, over Østfold, skjærgården, somrene og våren der. Jeg synes Gamlebyen og byen der er flott, spesielt om sommeren. Jeg stortrives i skogen og ser skjønnheten i blinkende vann og elver der. En dag ved Missingene er drømmen på jord når vannet viser 22 grader og sola skinner.

Likevel ble livet mitt i nord. Snart 50 år har jeg levd her i Nord-Norge. Jeg studerte i Tromsø på 70-tallet, og har gjennom hele mitt yrkesaktive liv arbeidet som samfunnsmedisiner og allmennmedisiner i Nord-Norge, først i Moskenes, så i Vågan i Lofoten. Livet mitt ble i nord, blir i nord og kommer til å ende i nord, forhåpentlig om mange år.

Her har jeg gått mot vinden, bokstavelig og overført. Jeg har valgt å ta noen kamper, noen strider, og mine kinn har blitt røde.

Jeg har ikke gått den brede vei. Jeg har gått stiene, både i arbeidslivet og i livet ellers. Jeg har sett mye midnattssol og tatt mange stormer. Nordlyset har skint over mine veier, både til pasienter og til annet.

Jeg har klyvnet tinder, både i Lofotens fjellverden og i medisinenes verden. Mitt liv i Nord-Norge har vært langt og jeg har aldri angret. Det meste i mitt liv har vært her nord, det meste er nord.

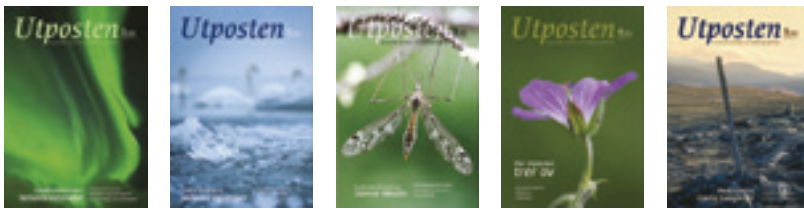
Rolf Jacobsens dikt gir meg erkjennelse om at det meste og det beste er i nord.

Jeg håper derfor den erkjennelse jeg har gitt, kan være til inspirasjon for unge fastleger i fremtiden. Det meste er her nord. Det er her mulighetene finnes.

Jeg utfordrer Jarl Gaasvær, en ung fastlege ved Svolvær legesenter.

Hilsen fra
MORTEN BAIN





Utposten

annonseinfo 2022

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

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

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

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

Annonsene vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode er fra utleggingsdato for utgave av Utposten og to måneder onlinetid): 4500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papirutgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 13.12.2021: 8-2021
- 28.1.2022: 7-2021
- 8.4: 1-2022
- 13.5: 2-2022
- 17.6: 3-2022
- 5.8: 4-2022
- 11.11: 5-2022
- 2.12: 6-2022
- 12.12: 8-2022
- 27.1.2023: 7-2022

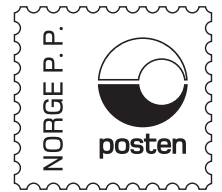
WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

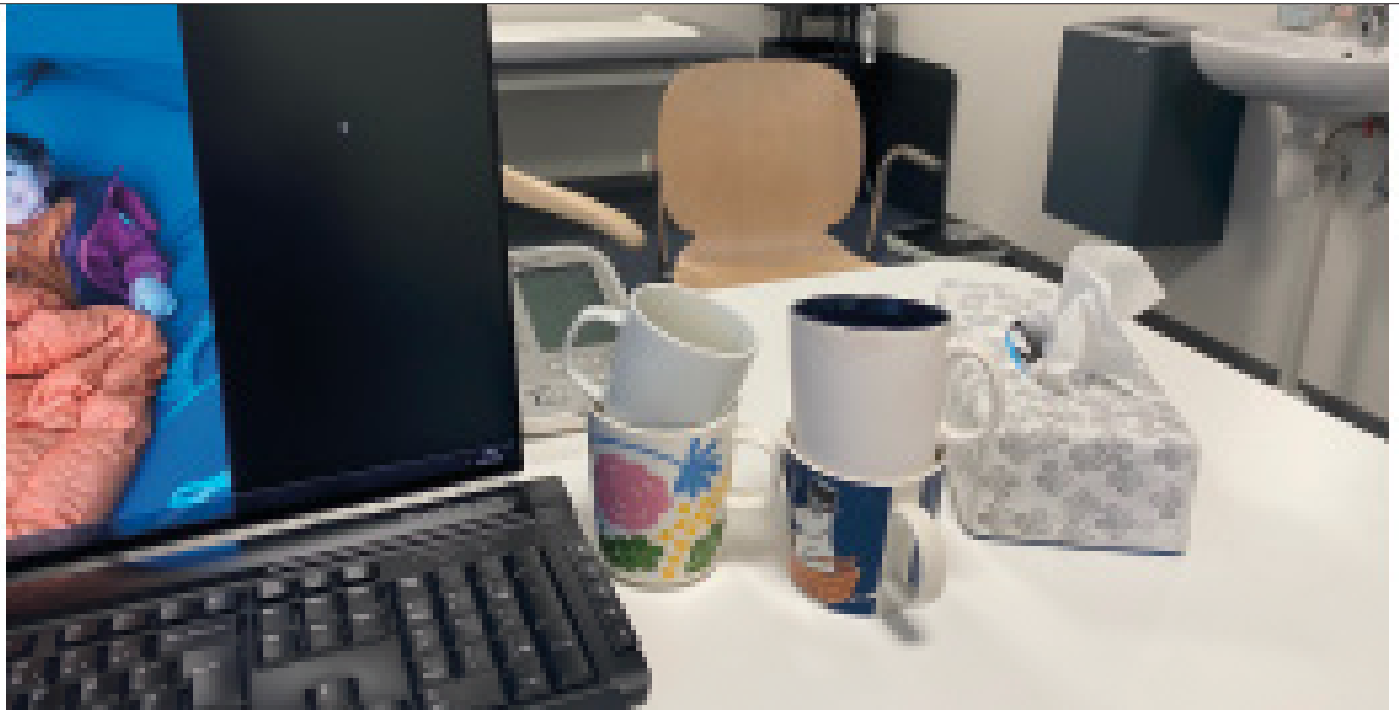
☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



LEGELIVET

FOTOKONKURRANSE

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

Tematet «Legelivet» favner bredt og gir rom for foto fra ditt nydeligste legekontor, det vel- eller uorganiserte laboratoriet, fra hverdagen på faste gjenkallet eller i samarbeidsdiagnose tjeneste. Bildene må gjerne fortellere til refleksjon eller illustrere aspekter som man kan ta med seg videre i legegjerningen.

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

Husk sannhøye dersom ditt foto inneholder gjenkjennbare personer.

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

