

Utposten

6 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Utposten jubilerer

Mann med mange roller:
Hogne Sandvik

Rusmedisin
Billediagnostikk
Bivirkningsøk

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

FAGLIGE MEDARBEIDERE:**Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO: Njål Flem Mæland

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Et pauli ord*Njål Flem Mæland***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Fastlegen, forskeren, forumlederen og fiskeren***Hogne Sandvik intervjuet av Arild Iversen***6 Om 50 år er allting glemt?***Kristina R. Iden***9 Om å skrive sitt fag***Ivar Skeie***10 RUSMIDDELANALYSER: Urin, spytt, blod eller hår?***Arne Helland, Rachel Aakerøy og Hege Krabseth***13 Fastlegenes rolle i utredning og behandling av insomni***Bjørn Bjorvatn***16 Hvordan opplever ALIS-Vest veilederrollen?***Olav Thorsen og Dag Husebø***19 Bivirkningssøk ved polyfarmasi***Bente By Jansen og Alexander Wahl***22 Å pusse med stjernekluten***Endre Olsen Skjølberg***24 Miljørettet helsevern i skoler og barnehager****- behov for nasjonale diskusjoner og ordninger***Marianne Bjerkevåg***26 Besøk på et legesenter i London***Sanjay Aryal***28 Hvordan kan fastlegen bruke RELIS?***Christine Lindebø Bandlien***30 Riktigere bruk av bildediagnostikk – et samarbeid mellom private røntgeninstitutt og forskere for å bedre henvisningskvalitet***Fredrik Nomme, Gregor Kai Jarosch Von Schweder, Eivind Richter Andersen, Ingrid Øfsti Brandsæter, Elin Kjelle og Bjørn Hofmann***34 Utposten 50 år***Torgeir Gilje Lid***36 Call for action, manifestet fra Stavanger***Marte Kvittum Tangen og Olav Thorsen***37 Sakset fra allmennt medisinsk forskning***Kompilert av Lisbeth Nilsen***38 FAGGRUPPE: Faggruppe for rus- og avhengighetsmedisin (NFA)***Torgeir Gilje Lid***39–44 Bokanmeldelser****45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Du

Et pauli ord

Leger vil helst diagnostisere og behandle sykdom – ikke omstendigheter. Men sykdom oppstår hos mennesker, og alle mennesker lever i en sammenheng. «Ingen av oss lever for seg selv» (1). For noen år siden henviste jeg en kvinne med depresjon, panikkangst og et betydelig funksjonstap til DPS. Hun var i en vanskelig livssituasjon etter et voldelig samliv, med et brudd som medførte betydelige og kompliserte økonomiske belastninger. Jeg beskrev disse problemene grundig i henvisningen. Hun ble avvist, med den begrunnelse at symptomene var å oppfatte som sekundære til de sosiale vanskene. Jeg skrev en ny henvisning til et annet DPS, men fjernet all informasjon om det sosiale. Da fikk hun raskt hjelp. Den absurde lærdommen er at en dårlig og ufullstendig henvisning hjelper pasienten bedre enn en god henvisning.

Det er vanskelig å hjelpe en slik pasient uten å ta hensyn til livssituasjonen. Generelt gjelder: Leger som får fram kontekstuelle problemer, og så tar hensyn til disse, lykkes bedre i å nå behandlingsmål (2). Da blir det galt når beskrivelsen av slike problemer gjør at pasienten blir stående uten behandling. Komplekse livssituasjoner tilsier mer omfattende og bedre behandling, ikke mindre eller ingen.

I trygdemedisinen blir dette paradokset enda tydeligere. Det står eksplisitt i lovverket at sosiale og økonomiske problemer ikke gir rettigheter (3). Det medfører at disse underkommuniseres både fra pasienten og fra legen – sakens kjerne feies under teppet. Der blir det liggende, uløst. Som leger føler vi oss hjelpeløse i møtet med slike pasienter

– vi er jo leger, ikke sosionomer eller sosiologer. Et eksempel er arbeidskonflikter. Her er rettspraksis spesielt streng (4). Manglende nattesøvn, angstanfall, hjerte- bank og oppkast bare ved tanken på å møte på jobb er sekundært og gir ikke sykepenge- rett. For den gråtende pasienten oppleves det ubegripelig og sjokkerende å få en slik beskjed av legen. Legen kommer i en skvis: Enten avvise og nærmest ydmyke pasien- ten, eller følge lover og regler.

Det er opplagt at legen trenger hjelp med å håndtere slike situasjoner. Det går ut over fastlegens kompetanse, mandat og tidsressurser å megle i fastlåste arbeids- konflikter. Uten verktøy til å løse konflik- ten blir alternativet diagnose og sykelig- gjøring, uansett hvilke idealer langvarige rettsprosesser måtte konkludere med. Fastlegen har, motsatt rettsvesenet, pasientens gråtende ansikt foran seg (5), og bare noen få minutters handlingsrom før pasienten må ut av kontoret, og neste pasient må inn.

Sykdom og omstendighet er ikke to deler som kan dissekeres fra hverandre. Det er en helhet innlemmet i ett og samme menneske. Det må vi erkjenne.

NJÅL FLEM MÆLAND

REFERANSER

1. Paulus brev til Romerne, 14:7.
2. Alan Schwartz, Saul J. Weiner «listening for What Matters: Avoiding Contextual Errors in Health Care».
3. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/syk-melderveileder/sykdomsvilkar-og-funksjons-og-arbeidsevne/sykdomsvilkar-vurdere-om-folke-trygdens-sykdomsvilkar-er-oppfylt>.
4. <https://fagbladet.no/nyheter/konflikter-pa-jobben-kan-gjore-deg-syk-men-pass-pa-hva-du-sier-nar-du-kommer-til-legen-6.91.649202.1ec80c2fb7>.
5. Emmanuel Levinas Totalité et infini (1961).



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.

Fastlegen, fors forumlederen

Hogne Sandvik ■ INTERVJUET AV ARILD IVERSEN

Hogne Sandviks historie handler om oppdagelser, innovasjoner og nysgjerrighet. Hogne er dr.med., spesialist i allmenntmedisin, fastlege og forsker ved NORCE.

Han har vært spesielt aktuell i 2022, da han i januar var førsteforfatter med en forskningsartikkel (1) som vakte stor interesse i det allmenntmedisinske miljø, også utenfor landets grenser. Man fant at en relasjon til en fastlege reduserte pasienters bruk av legevakt, det reduserte forekomsten av akuttinnleggelse på sykehus og det reduserte mortaliteten. Økende varighet av forholdet mellom fastlege og pasient forsterket disse utfallene.

Utposten møter Hogne på legekantoret hans ved Morvik utenfor Bergen en tirsdag høstettermiddag. Det er et stort legesenter i norsk målestokk, med seks fastleger. Siste pasient har forlatt kontoret, og vi setter oss ned på lunsjrommet for å utforske litt hvordan det er å være allmenntlege og verdenskjent forsker. Det var i hvert fall *Utpostens* plan, men det ble mye mer spennende ...

Det første som slår *Utposten*, er at dette er en mann som stiller forberedt. Vi har gjort våre undersøkelser i forkant, men Hogne er raskt på pletten for å supplere spørsmålene og fortelle flere spennende detaljer enn det er plass til i dette intervjuet. Han har funnet fram en del dokumentasjon og i tillegg funnet fram noen bilder! Kort sagt en drømmesituasjon for enhver *Utposten*-medarbeider.

UTPOSTEN: Men da begynner vi: Hvorfor ble du lege? Hva er din historie?

– Det var litt tilfeldig. Jeg vurderte å søke på NTH eller medisin og kom inn på medi-

sinstudiet i Bergen. Da slapp jeg å tjenestegjøre full tid i forsvaret. Som medisinstudent var jeg aldri i tvil om at det var allmenntlege jeg skulle bli.

Vi starter ved begynnelsen på legelivet etter endt utdanning ved Universitetet i Trondheim (på denne tiden fullførte en tredjedel av Bergensstudentene studieførlopet i Trondheim). Arbeidsmarkedet for leger var anstrengt på starten av 80-tallet og etter mange søknader rundt om i landet, endte den nyslåtte legen opp på Radøy utenfor Bergen, en øykommune med knappe 4500 mennesker, sammenslått med Alver kommune i 2020. Der oppdaget han Helserådets møtebok fra 1858, som var brukt fram til 1970-tallet og som ble en kilde til ikke mindre enn ti artikler, blant venner «De Sandvikske Samlinger», om medisinsk historie fra Nordhordland.

Historien bringer oss videre fra fortiden Hogne oppdaget på midten av 90-tallet, til det som skulle bli framtiden. Internett har spilt en vesentlig rolle i Hognes akademiske liv, og da han i 1995 la deler av sin doktorgradsavhandling ut på internett, ble han kontaktet av mennesker fra hele verden med spørsmål om inkontinens. Etter å ha oppdaget internettets muligheter, gjennomførte Hogne en studie med en særdeles oppfinnsom metodikk: Han utga seg for å være en 63 år gammel kvinne med inkontinens og spurte om råd på ulike helserettede fora på internett. Resultatet ble publisert i *British Medical Journal* (BMJ) (2).

Hogne Sandvik på fastlegeskantoret sitt ved Morvik legekantor.

FOTO: UTPOSTEN

keren, og fiskeren





Hogne på fisketur i Sogn med båten full av brosme. FOTO: HOGNE SANDVIK

I 1995 sørger Hogne og fastlegekollega John Leer for at *Utposten* blir ett av verdens første medisinske tidsskrift som publiseres på Internett, kun slått med noen uker av *BMJ*! I juni 1996 blir Eyr lansert som et e-postbasert diskusjonsforum for allmennleger, og Hogne var ansvarlig for dette fram til det ble avsluttet i november 2017. Arbeidet med Eyr ga ham Løvetannprisen i 2002 og allmennlegeprisen i 2016.

Men det er ikke bare fra internettet at Hogne drar i land de store prisene. Han er også en habil fisker, som har trukket opp mang en brosme fra Sognefjorden. Men da det ble kjent at fisken i Sogn hadde forhøyet nivå av kvikksølv, måtte selvfølgelig dette undersøkes. Blodnivået var fem til seks ganger over øvre referansegrense og linefisket ble sporenstreks lagt på hyllen.

Oppfinnsomheten førte sommeren 1994 til at Hogne sammen med kollega Anders Bærheim ville undersøke påstanden om at hvitløk hadde beskyttende effekt mot vampyrer. Artikkelen om effekten av øl, hvitløk og rømme på appetitten til igler, ble publisert i *BMJ* i 1994 (3), og forfatterne ble tildelt Ig nobelprisen for sin vitenskapelige innsats innen dette hittil utforskede feltet. Iglene som ble eksponert for hvitløk døde for øvrig to og en halv time etter hvitløksporing. *Utposten* har ellers bitt (...) seg merke i at forsøkene var sponset av det lokale bryggeriet: «We thank (...), for supplying sufficient amounts of their precious liquid to satisfy the needs of all participants of the study.»

Om det var denne artikkelen som fanget legeforeningens interesse vites ikke, men

for 2022 er han nominert til Akademikerprisen av Legeforeningen, som skriver følgende i sin nominasjon:

«I en tid hvor fastlegeordningen er i krise og 150 000 står uten en fast lege, har Sandviks forskning og tilstedeværelse rundt debatten understreket hvor viktig det er å opprettholde en fungerende primærhelsetjeneste. Krisen i fastlegeordningen berør alle, helt ned til den enkelte pasient. Gjennom sitt virke griper derfor Sandvik inn i en dagsaktuell debatt om organiseringen av helsetjenesten med solide vitenskapelige funn.»

Forskning og allmennmedisin er altså beskrivende for Hognes liv som lege. Vi lurer derfor på hvordan han synes det står til med forskning i norsk allmennmedisin. Hogne beskriver en positiv utvikling og han husker spesielt godt temaet han fikk til prøveforelesningen til sin disputas, som

var *Nytten av forskning i allmennmedisin*. Dette tok han opp med kollegaer i inn- og utland, og det var flere som ble lettere fornærmet. Man hadde vel aldri spurt en kardiolog om noe slikt?

UTPOSTEN: Men hvordan skal man gå fram? Hvordan kommer man i gang med forskning i allmennmedisin? Har kombilegen noen gode råd til allmennlegen som har et forskningsspørsmål og en trang til å finne svaret?

– Jeg ville kontaktet det allmennmedisinske instituttet eller den allmennmedisinske forskningsenheten ved nærmeste universitet. Etterspørselen etter forskere i allmennmedisin er god og mye større enn da jeg startet. Det er i dag mange flere muligheter for finansiering enn for bare noen tiår siden. Ikke nøl med å ta kontakt!

UTPOSTEN: Samtalen går mot slutten og vi ber om noen tanker om fastlegeordningens framtid. Hva skal til for at den skal overleve?

– Det er trist å se hvordan helseministrene endrer seg fra opposisjon til posisjon, gang på gang. Skal fastlegeordningen overleve, må lovnader følges opp. Økonomien må styrkes og flere leger må komme til. I tillegg må man vurdere oppgavene som er lagt til legene. Enkelte oppgaver knyttet

til NAV som i dag utføres av fastlegene, kan kanskje overføres til andre, slik at fastlegene slipper å være byråkrater.

Plutselig var det gått nesten tre kvarter og de kloke ordene over får være de siste for nå. For *Utposten* var det som en dobbelttime hos fastlegen, som man ikke ville skulle slutte. For Hogne kan mye mer enn å prate, han lytter interessert og er engasjert. Det er ingen tvil om at han mestrer den allmennmedisinske paradegrenen det er å være den gode samtalepartneren og samtidig den gode lytteren. Og når allmennleger møtes og snakker om fastlegeordningen, kan tiden fly fra oss. Men som allmennlege lærer man også å begrense seg og vi takker derfor Hogne for samtalen (vi glemte å takke for kaffen), mens han leder oss ut gjennom korridorene på legekantoret, videre til neste nummer av *Utposten*.

REFERANSER

1. Sandvik, H. Hetlevik, O. Blinkenberg, J. Hunskaar, S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *BJGP*. 2022 Jan 27; 72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
2. Sandvik, H. Health information and interaction on the internet: a survey of female urinary incontinence. *BMJ*. 1999 Jul 3; 319(7201): 29–32.
3. Baerheim, A. Sandvik, H. Effect of ale, garlic, and soured cream on the appetite of leeches. *BMJ*. 1994 Dec 24; 309(6970): 1689. doi: 10.1136/bmj.309.6970.1689.



Karikatur fra EU-avisen «The European» som omtalte forsøket 26. januar 1995. Denne avisen gikk inn i 1998.

En av de seks iglene som fikk forsøke øl, hvitløk og rømme. FOTO: HOGNE SANDVIK



Om 50 år er allting glemt?

■ KRISTINA R. IDEN • Redaksjonsmedlem, *Utposten*

I vår jubileumsserie om historiske utgaver av *Utposten*, er turen kommet til den sjette utgaven av bladet i 1972.

Dette er et temanummer som tar for seg forebyggende medisin, og her er bidrag fra bedriftslege, skolelege og den legendariske helsedirektøren Karl Evang. Nå 50 år etter at bladet lå i postkassa til abonnentene, er en del av stoffet ikke så relevant for dagens leger. *Om hundrede år er alting glemt*, skriver Knut Hamsun i diktet fra 1904. Hva med 50 år – er nesten allting glemt?

På en av de første sidene har Per Fugelli notert med en praktisk løsning på resepter og medisintil levering til pasienter på Værøy og Røst, til inspirasjon for legekolleger som bor i Utkant-Norge. Rart å tenke på hva våre ikke helt fjerne forfedre balet med.

Nå håndterer dagens fastleger reseptene like lettvint, om de jobber *Paa den yderste, nøgne Ø* eller sentralt i de store byene, hvor reseptmodulen har et enhetlig brukergrensesnitt, gir god støtte for legemiddelsamstemming og er godt integrert i den elektroniske pasientjournalen.

Kanskje ikke så rart at tekniske løsninger har forbedret seg på 50 år. Men hva med et halvt sekel gammelt kunnskapsgrunnlag, holder det seg? Vårt medisinske fags sannheter, spesielt når det gjelder behandling, er ofte kortvarige. Der skal vi være ydmyke. Det vi prediker i dag er kanskje ikke gyldig kunnskap om noen år.

De første utgavene av *Utposten* har viet spalteplass til Nitter. Jeg ble som fersk kommunelege på 90-tallet, gjort oppmerksom på Nitter-kuren. Dette hadde jeg ikke lært om ved Universitetet i Bergen. Men virkeligheten på allmenlegekontoret var mer fargerik enn lærebøker og forelesninger. Nitters teori var at støttebehandling med blant annet B-vitaminer, gammaglobulin og anabole steroider skulle styrke kroppens immunforsvar, slik at den kunne kjempe mot kreftsykdom.

Noen pasienter med kreft ønsket denne type behandling. Den gangen var det ikke fastlegeordning, må vite, så pasientene



Faksimile
sjette utgave,
6/1972.

tiær forebygging fra ham: «UTPOSTEN har bestilt et innlegg om de begreper som er nevnt i tittelen, og selv om det var andre ting jeg hadde mer lyst til å skrive om – særlig de mange rare misforståelser omkring Stortingsmelding nr. 85 («om helsetjenesten utenfor sykehus» red. anm.) – er jeg pent nødt til å etterkomme anmodningen, særlig etter den skamros jeg gav UTPOSTEN på vårt siste distriktslegemøte.»

shoppet rundt

til de fikk napp hos en som ville forskrive. Historiene var mange, noen hadde sågar blitt helbredet. Om det virket livsforlengende, ble aldri vitenskapelig dokumentert. Populariteten varte i mange år, fram mot slutten av 90-tallet. Nitter møtte voldsom motstand fra akademisk onkologi, og etter hvert har det kommet nye, godt dokumentert lindrende cellegiftbehandling.

Nitters artikkel i *Utposten* nr. 6 handler om terminale kreftpasienter. Han eksemplifiserer stoffet med kasuistikker, hvor både årstall, kjønn og alder blir beskrevet. I en av kasuistikkene er det også stedsangivelse. Innhentet forfatteren tillatelse til å publisere dette? Hva med redaksjonen i *Utposten*? Diskuterte de om lett gjenkjennelige pasienthistorier skulle i bladet? Vi kan trygt si at på 50 år har etiske vurderinger rundt publisering blitt bedre. Og godt er det!

En annen bidragsyter til *Utposten* nr. 6, var helsedirektør Karl Evang. *Utposten* hadde bestilt en artikkel om primær, sekundær og ter-

Primary prevention (prevention of occurrence), secondary prevention (prevention of progress) and tertiary prevention (prevention of sequelae), hadde kommet fra USA og hadde etter hvert fått fotfeste i norsk sosialmedisinsk tenkning. Han legger til at det ennå ikke er fullstendig enighet om begrepenes innhold.

Screening er en sentral del av sekundær forebygging, skriver Evang. Han nevner Wasermanns reaksjon, forekomst av protein i urinen hos svangre kvinner og screening på Føllings sykdom hos nyfødte. Han nevner også at testing for å avdekke forstadier til livmorhalskreft er en mulig screeningmetode. Først 20 år etter at han skriver denne artikkelen, startet Kreftregisteret opp med nasjonal registrering av alle celleprøver fra livmorhalsen. Og først fra 1995 var det et landsdekkende tilbud for alle kvinner i alderen 25–69 år.

Den mektige helsedirektøren har supplert artikkelen sin med en illustrasjon av en lege

Primær, sekundær ...

anlegg, evner og muligheter det har. Det er særlig 3 sektorer som her er av fundamental betydning: 1) Familie- og boligmiljøet, 2) kostholdet, 3) arbeidsmiljøet.

Bortsett fra en viss overlapping med helsefremmende tiltak, står begrepet primær forebyggelse såvidt jeg kan se, noenlunde rent og selvstendig.

Secondary prevention = pre-vention of progress, kan forstås så vidt også enkelt oversettes med sekundær forebyggelse = forebyggelse av sykdommens fremadskriden eller utvikling. Her tenker man seg altså den situasjon at en sykdom, skade osv. er oppstått, idet de primært byggende tiltak ikke er tilstrekkelig.



Doktor ...
Idag får vi en syk pasient

kelig differensiert diagnose og den mest mulig aktive behandling ... ofte i ... hvert som re avklar ... reaksjon ... tuerte kurativt ... registreres. I begy ... kundær forebyggelse fester man mere oppmerksomheten ved prognosen og ved de eventuelle etterbehandlings- og etterkontrolltiltak som må settes inn. Men begrepet sekundær forebyggelse innebærer mer enn dette: Kurativ medisiner etter sitt klassiske opplegg og fremdeles i våre dager stort sett individuell innstillet. Det er det syke, skadede osv. individ som er ikke bare i fokus av intensjonen, men som så og si

TABLETTER, TID OG PENGER

Opplysningsvesenets sentrum har utgitt en utvalgt oppsummering av de viktigste forsøkene som har blitt gjennomført i Norge de siste årene. Den er utarbeidet av professor E. Fugelli ved Oslo universitetshospital.

FLERE GODE FORSLAG?

Glimt fra innholdet i utgave nr. 6/1972 av Utposten.

... dersøkelse eller "check-up" i denne sammenheng for at slik skolevekstne - inkludert elever av blodkolesterolverfunksjoner - noe tilfelle berbevisende reberettigheter parsomme reover i helseet fått adsjet og driventusiasmearene kanes å væreoliseremoosjofraftfeltom har vist seg å ha avgjørende betydning enkelte individs og flog sosialende virksere år eromsmiljøer stor av avhengighetsffer, hører medter mitt skjønnert forebyggende tiltak hvor man klart kan vise til positive resultater. Begrepet sekundær forebyggelse har overlapping med

Dr. Lorentz Nitter:
Behandling av terminale kreftpasienter
Illustrerende kasustikker

Fig 1

| ÅR | ÅR | ÅR | ÅR | ÅR | ÅR |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| I.A. 10 | I.A. 11 | I.A. 12 | I.A. 13 | I.A. 14 | I.A. 15 |
| I.A. 16 | I.A. 17 | I.A. 18 | I.A. 19 | I.A. 20 | I.A. 21 |
| I.A. 22 | I.A. 23 | I.A. 24 | I.A. 25 | I.A. 26 | I.A. 27 |
| I.A. 28 | I.A. 29 | I.A. 30 | I.A. 31 | I.A. 32 | I.A. 33 |
| I.A. 34 | I.A. 35 | I.A. 36 | I.A. 37 | I.A. 38 | I.A. 39 |
| I.A. 40 | I.A. 41 | I.A. 42 | I.A. 43 | I.A. 44 | I.A. 45 |
| I.A. 46 | I.A. 47 | I.A. 48 | I.A. 49 | I.A. 50 | I.A. 51 |
| I.A. 52 | I.A. 53 | I.A. 54 | I.A. 55 | I.A. 56 | I.A. 57 |

Fig 2

I begge tilfeller gjennomføres screeningen ofte som masseundersøkelser, enten på totalbefolkningen eller - oftere - på en bestemt "populasjon av risiko".

og en legesekretær som prater sammen. Legesekretæren sier begeistret til en overrasket doktor: «Doktor ... I dag får vi en syk pasient!» Som Evang har forklart, screening er planmessig undersøkelse av friske mennesker, for å oppdage sykdommer før symptomene viser seg. Ja, før de er blitt syke. Forebygging av ryggplager har interessert en skolelege som skriver om det i *Utposten*. Han lurer på hva han skal gjøre med skolebarnas dårlige holdning som gir elevene muskulære spenninger og smerter. «At

dette er et stort problem i skolen, behøver man ikke gå til statistikken å vise, men den sier at mellom 10-70 prosent av barna har holdningsfeil», skriver den ivrige skolelegen før han konkluderer med at «det essensielle er at dette er et markert problem og at vi må gjøre noe med det». Hvis sju av ti skolebarn har et medisinsk problem, burde noen klokker ringe. Kan det være noe med diagnostikken? Uansett, skolelegen mener «løsningen på problemet må ligge i tidlig opplæring av elevene til å bli holdningsbe-

Tertiary prevention = pre-vention of sequelae, kan oversettes med forebyggelse av følgertilstander. På lignende måte som sekundær forebyggelse har overlapping med

visste og få følelsen av å ha kroppshehelseske.»
Dagens helsemyndigheter er nok enig i dette med fysisk aktivitet. Anbefalingene er at barn og unge skal ha minst 60 minutters aktivitet i løpet av skoledagen. Dette er også en politisk sak, skolen må innpasse dette i skolehverdagen. Skolelegen i 1972 mener at «de eneste som i dag vil kunne klare denne jobben er fysioterapeuter og Mensendieck-lærerinner.» Kanskje like greit at noe er glemt på 50 år.

Om å skrive sitt fag

■ IVAR SKEIE • Spesialist i allmennmedisin og rus- og avhengighetsmedisin, ph.d • Utposten-redaktør 2003–2007

Det er snart 40 år siden Per Fugelli kom med oppfordringen «Du skal skrive ditt fag», om viktigheten av å utvikle allmennmedisinen som fag og bygge den allmennmedisinske vitenskapen. Oppfordringen har i stor grad blitt fulgt og den vitenskapelige produksjonen er blitt betydelig.



Utposten har spilt en viktig rolle i utviklingen av allmennmedisinen som fag, ikke som vitenskapelig tidsskrift, men som en arena der erfaringer og tanker fra den særegne allmennmedisinske hverdagen kunne bringes fram og drøftes. Dette er en annen form for «å skrive sitt fag», men ikke desto mindre en svært viktig del av fagutviklingen. Slik faglig fordypning har stor verdi i seg selv og kan også ligge under og utgjøre et utgangspunkt for forskning og «vitenskapeliggjøring».

Jeg var med i redaksjonen i Utposten 2003–2007. Blant mine viktigste bidrag var å skrive om rus og avhengighet i allmennmedisinsk perspektiv. Lite var skrevet om dette i Norge tidligere. Men det var like fullt et felt som mange allmennleger opplevde som vanskelig og «farlig». Å ha mulighet til å skrive ut vanedannende legemidler kunne være vanskelig, og en del leger hadde blitt «brent» av manipulering og trakk seg helt vekk fra denne problematikken. Men for tjue år siden skjedde det ting som gjorde at dette ble mer og mer vik-

tig. Fastlegereformen ga alle (også folk med rusproblemer) rett til en fast lege. Innføringen av legemiddellassistert rehabilitering ved opioidavhengighet (LAR) fra 1998 og fastlegenes sentrale rolle i den norske LAR-modellen, gjorde at de aller fleste allmennleger ville få en rolle i behandlingen av folk med rusproblemer.

Jeg hadde i 2003 allerede mye erfaring med LAR og annen rusbehandling som allmennlege, men jeg opplevde en «uro» over at det jeg erfarte som riktig og «god» behandling av denne pasientgruppa, ikke var helt i tråd med det en del andre i LAR-feltet og annen rusbehandling mente. Jeg hadde en følelse av at noe «skurret», men mine tanker var uklare og uferdige.

Og da nærmer jeg meg det som er mitt hovedpoeng i denne teksten. «Å skrive sitt fag» kan også bety at selve skriveprosessen er en måte og en metode til å klargjøre, først for seg selv og så kanskje for andre, hva det er som «skurrer» og hvordan kursen kan korrigeres. For selve skriveprosessen, ikke minst når temaet er så sammensatt, kom-

plekst og fylt av dilemmaer som her, kan være en metode for å rydde i egne tanker. Dersom andre skal oppfatte og forstå hva jeg mener, må jeg først forstå det selv og så formulere det på en måte som er forståelig for andre. «Det uklart sagte (eller skrevne) er det uklart tenkte». Og det er nettopp prosessen med å formulere mine tanker og standpunkter (skriftlig) på en måte som gjør dem forståelige for andre, som driver fram en utvikling og avklaring i min egne tenkning.

Jeg var kanskje ikke selv fullt klar over denne egenskapen ved å skrive fag da jeg skrev min første artikkel i Utposten 1/2003: «Stoffmisbruk(ere) – en utfordring for fastlegen». Men det ble starten på en artikkelserie om rusbehandling og allmennmedisin, og etter hvert flere artikler om rus som helseproblem, ikke bare fra meg, men også andre. Og for meg ble det et utgangspunkt for rusmedisinsk forskning, med særlig vekt på effekter av LAR på sykkelighet og dødelighet blant opioidavhengige.

Når jeg nå ser tilbake på denne første artikkelen, slår det meg at min egen utvikling i synet på pasienter med ruslidelser og hvordan jeg omtaler dem, også er synlig. Overskriften «Stoffmisbruk(ere) ...» definerer en gruppe pasienter (eller folk) ut fra deres lidelse, hvor lidelsen blir det som karakteriserer dem. Dette er problematisk, ikke minst når lidelsen har vært så stigmatiserende og opphav til så mye avvisning og utstøting som ruslidelser har vært. Det er forskjell på å være «rusmisbruker» og «hypertoniker». I dag ville jeg skrevet noe slikt som «Pasienter med rusproblemer (eller kanskje ruslidelser) – en utfordring for fastlegen». Dette gjenspeiler en utvikling i min egen tenkning og ville være i tråd med «person first language». Og det viser at artikkelen fra 2003 var et tidlig steg i en prosess som varer så lenge man tenker (og skriver).



Ivar Skeies første artikkel om rus i Utposten 1/2003.

■ IVAR.SKEIE@GMAIL.COM

Urin, spytt, blod eller hår?

■ ARNE HELLAND | RACHEL AAKERØY | HEGE KRABSETH • Overleger ved avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital, Trondheim

Rusmiddeltesting er ofte aktuelt i allmennpraksis, for eksempel ved utredning og oppfølging av pasienter med ruslidelser, oppfølging av LAR-behandling eller vurdering av helsekrav til førerkort. Vår erfaring er at rekvirenter av rusmiddelanalyser ofte er usikre på hva som er et hensiktsmessig testregime. Vi gir her en kort oversikt over rusmiddeltesting i ulike prøvematerialer, med hovedvekt på spyttanalyser, som er et nytt tilbud ved vår avdeling.

Generelle krav til rusmiddeltesting, enten det er i medisinsk eller sanksjonær hensikt, er beskrevet i Helsedirektoratets veileder IS-2231 Prosedyrer for rusmiddeltesting (1), og utdypet av Norsk forening for klinisk farmakologi (NFKF) i en rettleiding for rekvirenter av rusmiddeltesting (2). NFKF står bak Farmakologiportalen (www.farmakologiportalen.no), hvor det er enkelt å få oversikt over rusmiddelanalysetilbudet ulike steder i landet. Videre har NFKF laget tre «kort forklart»-videoer om rusmiddeltesting, herunder valg av prøvematerialer, som også er tilgjengelige på farmakologiportalen (3). Nettsidene til Avdeling for klinisk farmakologi ved St. Olavs hospital (www.stolav.no/farma) inneholder også mye nyttig fagstoff om rusmiddeltesting.

URINPRØVER har tradisjonelt vært det foretrukne mediet for å påvise rusmiddelinntak. Mange rusmidler kan gjenfinnes i urinen relativt lenge etter inntak, enten i seg selv eller i form av metabolitter. Urin er enkelt å samle og håndtere, egner seg godt for analyse, og det fins lang erfaring med fortolkningen av prøveresultatene, herunder om to påfølgende positive prøver representerer separate inntak eller samme inntak. Prøvetaking to (til tre) ganger per uke anses vanligvis tilstrekkelig for å kunne utelukke bruk av vanlige rusmidler med rimelig grad av sikkerhet.

Ulempene ved urin er først og fremst knyttet til selve prøvetakingssituasjonen, siden urinprøven enkelt kan manipuleres – for eksempel ved fortykning med vann, eller levering av en annens urin. For at en urinprøve skal ha noen verdi, er det en forutsetning at prøvetakeren har kontrollrutiner som hindrer prøvemanipulasjon. I praksis innebærer dette at vannlatingen

gjøres under påsyn. Både pasienter og prøvetakere kan oppleve dette som ubehagelig. Enkelte har også vansker med å late vannet under observasjon.

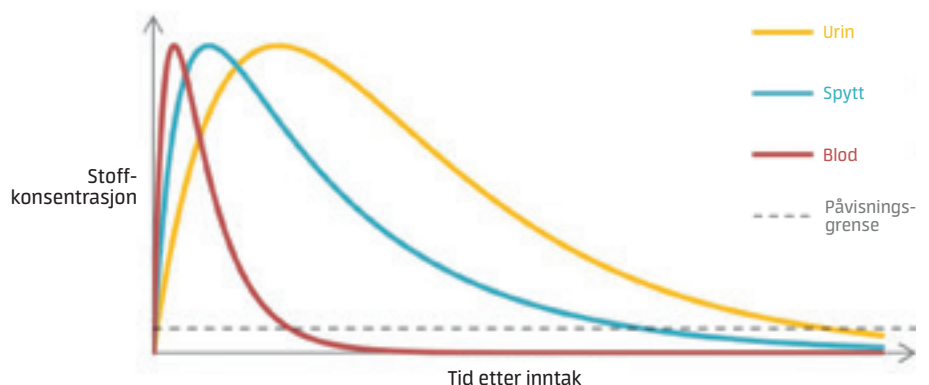
SPYTTPRØVER kan være et godt alternativ til urinprøver hvis forholdene ikke ligger til rette for å gjennomføre observert vannlating, eller pasienten motsetter seg eller har problemer med å gjennomføre dette. Rusanalyser i spytt er nå tilgjengelig for alle rekvirenter ved St. Olavs hospital. Prøvetaking av spytt er enkelt og lite belastende for den som avgir prøven. I motsetning til urinprøver er spyttprøver vanskelige å manipulere (4). Spyttprøvetakingen skjer med egne prøvetakingssett, og det er viktig å kontakte det aktuelle laboratoriet for å få tilsendt riktig prøvetakingsutstyr.

Hovedgrunnen til at rusmidler kan påvises i spytt, er at de diffunderer passivt over i spyttet fra blodbanen. Sure stoffer og stoffer som i høy grad er bundet til plasmapro-

teiner, som f.eks. benzodiazepiner, vil ha vanskelig for å passere biologiske membraner, og dermed foreligge i lavere konsentrasjoner i spytt enn i blod. Basiske stoffer, som f.eks. amfetamin, kokain og mange opioider, vil derimot foreligge i høyere konsentrasjoner i spytt enn i blod. Årsaken er at slike stoffer ioniseres når de kommer over i spyttets lavere pH, og dermed «fanges» i spyttet (4).

Noen stoffer kan påvises i spytt som følge av direkte kontaminasjon av munnslimhinnen under inntak av stoffet (4). Dette gjelder spesielt stoffer som røykes (cannabis) eller inntas som sublingualtabletter (buprenorfin i form av Subutex/Suboxone). Kort tid etter inntak av buprenorfin som sublingualtablett vil konsentrasjonen i spytt være så høy at det kan skape problemer for analyseinstrumentene. Av den grunn skal man vente minst to timer etter siste inntak før spyttprøven avgis. Når buprenorfin derimot benyttes i form av depotinjeksjoner (Buvi-

FIGUR 1. Prinsippskisse som illustrerer forventet påvisningstid av rusmidler i ulike prøvematerialer. Legg merke til at påvisningsgrensen for analysemetoden vil ha stor betydning for påvisningstiden, som også vil variere fra stoff til stoff. Figuren er reproduisert med tillatelse fra Oslo universitetssykehus, avd. for rettsmedisinske fag (<https://oslo-universitetssykehus.no>).





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

dal), er det vanlig at stoffet ikke påvises i spyttet i det hele tatt, siden buprenorfin er et av de stoffene som i liten grad passerer fra blodbanen og over i spytt.

Det foreligger etter hvert en god del forskning som viser at spytt er et egnet medium for rusmiddel påvisning. Generelt vil de fleste rusmidler ha kortere påvisningstid i spytt enn i urin (FIGUR 1). Bildet er imidlertid ikke entydig, og påvisningstiden vil variere fra stoff til stoff (SE TABELL 1 PÅ SIDE 12). Sentralstimulerende stoffer som amfetamin, MDMA og kokain, og de fleste misbrukte opioider slik som morfin, heroin og oksykodon, skilles lett ut i spytt og vil ha en påvisningstid i spytt som er sammenlignbar med den i urin. For enkelte stoffer, som heroinmetabolitten 6-MAM og sovemiddelet zopiklon, er påvisningstiden i spytt vist å være betydelig lengre enn i urin. På den annen

side skilles cannabis, benzodiazepiner og buprenorfin dårligere ut i spytt, og vil ha kortere påvisningstid enn i urin.

I Norge har avdeling for rettsmedisinske fag ved Oslo universitetssykehus i flere år tilbudt rusmiddeltesting i spytt til et begrenset antall rekvirenter, og har også utført studier som viser godt samsvar mellom rusmiddelfunn i urin og i spytt hos LAR-pasienter og hos førere stanset på mistanke om ruspåvirket kjøring (5,6). I disse studiene ble det brukt analysemetoder med lave påvisningsgrenser, noe som er avgjørende for å oppnå tilstrekkelig påvisningstid. Den nye analysemetoden ved St. Olavs hospital benytter tilsvarende lave eller lavere påvisningsgrenser.

En ulempe med spyttprøver er at analysepertoret ikke omfatter markører på alkoholinntak. Det er også begrenset doku-

mentasjon for hvor lenge et rusmiddel kan påvises i spytt, og med dagens kunnskap kan det være vanskelig å vurdere hvorvidt påvisninger i to påfølgende prøver representerer to separate inntak, eller om begge kan skyldes ett og samme rusmiddelinntak. En slik vurdering gjøres derfor ikke rutinemessig i spyttprøver. Det skal også nevnes at spyttanalyser med dagens takstsystem er ca. 75 prosent dyrere enn analyse av tilsvarende stoffer i urin. Analysetaksten forventes imidlertid å reduseres i takt med at rusanalyser i spytt blir vanligere.

Et spørsmål vi ofte har fått, er hvorvidt spyttprøver kan erstatte urinprøver i vurderinger av helsekrav til førerkort. Helsedirektoratets førerkortveileder (7) stiller krav til bruk av «egne prøver». Spyttprøver er foreløpig ikke spesifisert som et alternativ, noe som sannsynligvis skyldes at et slikt analysetilbud tidligere ikke har vært allment tilgjengelig. Faglig sett mener vi at spyttprøver eger seg til dette formålet, og i stor grad kan sidestilles med urinprøver. Generelt er påvisningstiden god nok til at man kan anbefale spytttesting to til tre ganger i uken for å utelukke inntak av de fleste rusmidler med rimelig grad av sikkerhet. Et slikt prøveopplegg vil ikke kunne utelukke at enkeltinntak av rusmidler i noen tilfeller ikke vil oppdages, men slik vil det også være for urin. På samme måte som for urin kan man benytte stikkprøver, spesielt dersom den faste prøvetakingen er sjeldnere enn denne anbefalingen.

BLODPRØVER, vanligvis i form av serum, anbefales dersom man ønsker en vurdering av påvirkning på prøvetakingstidspunktet. Fordelen med rusmiddeltesting i blodprøver er at rusmiddelkonsentrasjonen i blod gjenspeiler den man har i hjernen. For å kunne vurdere hvor stor dose som er inntatt er det

FIGUR 2. Analysepertoe for rusmidler i ulike prøvematerialer ved avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital. Faksimile fra avdelingens rekvisisjon.

| Urin (10 ml) | | Serum/blod (min. 1 ml per knytt) | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Basispakke (alle under) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alkoholmarkør (EtG) <input type="checkbox"/> Cannabis (THC-syre) <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner <input type="checkbox"/> Z-hypnotika <input type="checkbox"/> Opioider <input type="checkbox"/> Sentralstimulerende midler <input type="checkbox"/> Kettamin <input type="checkbox"/> Pregabalin | <input type="checkbox"/> Øvrige urinanalyser <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alkoholmarkører (EtG+EtS) <input type="checkbox"/> Alkohol (etanol) <input type="checkbox"/> Barbiturater <input type="checkbox"/> GHB <input type="checkbox"/> Khat <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Nye psykoaktive substanser (NPS) | <input type="checkbox"/> Alkoholmarkører (EtG+EtS) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Alkohol (etanol) <input type="checkbox"/> Cannabis (THC) (1,5 ml) <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner <input type="checkbox"/> Z-hypnotika <input type="checkbox"/> Opioider <input type="checkbox"/> Sentralstimulerende midler <input type="checkbox"/> Pregabalin, gabapentin <input type="checkbox"/> GHB | <input type="checkbox"/> PNH (fosfatilytano) NBT EDTA-blod <input type="checkbox"/> Annet: _____ (se www.stolav.no/farma) |
| <input type="checkbox"/> Annet: _____ (se www.stolav.no/farma) | <input type="checkbox"/> Annet: _____ (se www.stolav.no/farma) | <input type="checkbox"/> Annet: _____ (se www.stolav.no/farma) | <input type="checkbox"/> Annet: _____ (se www.stolav.no/farma) |
| Hår | | Spytt | |
| Kontakt avdelingen for prøvetakingstutyr <input type="checkbox"/> Basispakke (alle under) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner og zopiklon <input type="checkbox"/> Opioider <input type="checkbox"/> Sentralstimulerende midler | | Kontakt avdelingen for prøvetakingstutyr <input type="checkbox"/> Basispakke (alle under) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Cannabis (THC) <input type="checkbox"/> Benzodiazepiner <input type="checkbox"/> Z-hypnotika <input type="checkbox"/> Opioider <input type="checkbox"/> Sentralstimulerende midler <input type="checkbox"/> LSD <input type="checkbox"/> Syntetiske cannabinoider | |
| Hvor langt tilbake ønskes prøven analysert? _____ måneder (1 cm = 1 mnd) Hvis ikke angitt, analyseres max 12 cm Innsendt materiale: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hodehår <input type="checkbox"/> Annen type hår, angitt: _____ | | Hårbehandling: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Farging <input type="checkbox"/> Bleking <input type="checkbox"/> Permanent | |

| RUSMIDDEL* | MAKSIMAL PÅVISNINGSTID ETTER OPPHØR AV BRUK** | |
|---|---|----------------------------|
| | SPYTT | URIN |
| Sentralstimulerende/hallusinogener | | |
| Amfetamin/metamfetamin | 7 døgn | 7 døgn |
| MDMA («ecstasy») | 3 døgn | 5 døgn |
| Kokain | 2-3 døgn | 3 døgn |
| Metylfenidat | Ukjent | 3 døgn |
| LSD | Ukjent | 3 døgn |
| Opioider | | |
| Heroin (6-MAM) | 8 døgn | <1 døgn (få timer) |
| Kodein | 2-3 døgn | 5 døgn |
| Morfin | 3-7 døgn | 5 døgn |
| Etylmorfin | Ukjent | 3 døgn |
| Buprenorfin | Ukjent | 10 døgn |
| Fentanyl | Ukjent | 3 døgn |
| Ketobemidon | Ukjent | 3 døgn |
| Metadon | 14 døgn (eller mer) | 12 døgn |
| Oksykodon | 2-3 døgn | 5 døgn |
| Tapentadol | Ukjent | 3 døgn |
| Tramadol | Ukjent | 4 døgn |
| Benzodiazepiner | | |
| Alprazolam | 2-3 døgn | 7 døgn |
| Diazepam | 14 døgn (eller mer) | 30 døgn |
| Flunitrazepam | Ukjent | 10 døgn |
| Klonazepam | 10 døgn | 14 døgn |
| Lorazepam | Ukjent | 7-14 døgn |
| Nitrazepam | 7 døgn | 14 døgn |
| Oksazepam | 4 døgn | 5 døgn |
| Z-hypnotika | | |
| Zolpidem | Ukjent | 3 døgn |
| Zopiklon | 7 døgn (eller mer) | 3 døgn |
| Cannabinoider | | |
| THC (Hasj, marihuana) | 7 døgn (kronisk bruk) | 2-3 måneder (kronisk bruk) |
| Syntetiske cannabinoider | Ukjent | Ukjent |

*Kun morsubstansen er angitt i tabellen. Det presiseres ikke her om det er morsubstans, metabolitt(ler) eller en kombinasjon av disse som analyseres.

**Påvisningstidene oppgitt i tabellen gjelder for de påvisningsgrensene som benyttes ved St. Olavs hospital, og er ikke nødvendigvis overførbare til analysemetoder som benyttes ved andre laboratorier.

også nødvendig med en blodprøve. Ulempen med blodprøver, foruten invasiv prøvetaking, er at tidsvinduet for påvisning er kort.

HÅRPRØVER kan avdekke stoffbruk i flere måneder og i enkelte tilfeller år etter inntak. Legemidler og rusmidler tas opp i hårroten fra blodet og bindes til håret etter hvert som det vokser. Håret på hodet vokser ca. 1 cm per måned, og segmentering (oppklipping) av hårprøven for analyse kan gi informasjon om omtrentlig tidsperiode for stoffinntak. Det er viktig å være klar over at enkeltinntak kan være vanskelig å spore i hår, slik

at en negativ håranalyse ikke kan utelukke sporadisk bruk. Håranalyser er egnet i tilfeller hvor det ønskes å øke tidsvinduet for påvisning. Ved etablering av et kontrollregime med urintesting kan en håranalyse i starten av kontrollperioden være nyttig for å kartlegge hvilke stoff som har vært misbrukt i tiden forut. Håranalyser kan benyttes som et supplement til en rusanamnese, f.eks. hos pasienter som vurderes for LAR-behandling eller behandling med sentralstimulerende midler. Håranalyser kan også benyttes til å bekrefte jevnlig inntak av forskrevne medikamenter. En feilkilde er at kjemisk hårbe-

TABELL 1. *Stoffer som inngår i analysemetoden for rusmidler i spytt ved St. Olavs hospital, og forventet maksimal påvisningstid sammenlignet med analyse i urin. Vær oppmerksom på at ved enkeltinntak/sporadisk bruk kan påvisningstiden være vesentlig kortere.*

handling kan redusere stoffmengden som lagres i hår og/eller interferere med analyse og gi falskt negative analyseresultat.

Konklusjon

- **Urin** foretrekkes vanligvis til rusmiddelanalyser. Prøveavgivelsen må overvåkes for å unngå manipulasjon. Ved påfølgende positive prøver kan det gjøres sikre vurderinger av om prøvesvaret representerer nytt inntak.
- **Spytt** benyttes i økende grad til rusmiddelanalyser, gir enklere prøvetaking og mindre risiko for manipulasjon enn i urin. Påvisningstiden er kortere enn i urin for noen stoffer, spesielt cannabis og benzodiazepiner.
- **Serum/blod** gir kortere påvisningstid og mer invasiv prøvetaking, og anbefales vanligvis bare dersom det er aktuelt å vurdere om prøvegiveren er akutt ruspåvirket. Serumkonsentrasjoner kan også benyttes til å vurdere om pasienten holder seg til forskrevet dose av vanedannende stoffer.
- **Hår** er aktuelt når det er ønskelig å spore rusmiddelinntak langt bakover i tid. Vær oppmerksom på at analyserepertoaret er mer begrenset, og sporadisk bruk gir vanligvis ikke utslag.

REFERANSER

1. Prosedyrer for rusmiddeltesting, Veileder IS-2231. Oslo: Helsedirektoratet 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rusmiddeltesting>.
2. Rusmiddeltesting, en rettleiding til rekvirenter. Norsk forening for klinisk farmakologi (sist oppdatert 3.2.2020). Tilgjengelig fra: <https://farmakologiportalen.no/content/10124/Rusmiddeltesting>.
3. Rusmiddeltesting – kort forklart. Norsk forening for klinisk farmakologi 2020. Tilgjengelig fra: <https://farmakologiportalen.no/kortforklart/>.
4. Desrosiers NA, Huestis MA. Oral fluid drug testing: Analytical approaches, issues and interpretation of results. *J Anal Toxicol.* 2019; 43: 415-43.
5. Vindenes V, Lund HM, Andresen W, Gjerde H, Ik-dahl SE, Christophersen AS, et al. Detection of drugs of abuse in simultaneously collected oral fluid, urine and blood from Norwegian drug drivers. *Forensic Sci Int.* 2012; 219: 165-71.
6. Vindenes V, Yttredal B, Øiestad EL, Waal H, Bernard JP, Mørland JG, et al. Oral fluid is a viable alternative for monitoring drug abuse: detection of drugs in oral fluid by liquid chromatography-tandem mass spectrometry and comparison to the results from urine samples from patients treated with methadone or buprenorphine. *J Anal Toxicol.* 2011; 35: 32-9.
7. Førerkortveilederen. Oslo: Helsedirektoratet 2020 (sist faglig oppdatert 7.4.2021). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerkortveileder>.

■ ARNE.HELLAND@STOLAV.NO

Fastlegenes rolle i utredning og behandling av insomni

■ BJØRN BJORVATN • *Forskningsgruppe for allmennmedisin, Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen*
Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer, Haukeland universitetssjukehus

Artikkelen setter søkelys på utredning og behandling av insomni i allmennpraksis. Ettersom insomni ofte er komorbid med psykiske og somatiske lidelser, er forekomsten av insomni blant pasienter som oppsøker fastlegen svært høy. Det er usikkert om fastlegene er klar over hvor vanlig slike plager er, og mange fastleger kjenner ikke til prinsippene for kognitiv atferdsterapi for insomni – den anbefalte behandlingen.

Rundt 70 prosent av alle voksne er hos fastlegen årlig. Fastlegen har ofte en langvarig relasjon til hver enkelt pasient, og kjenner til pasientens tidligere og nåværende psykiatriske og somatiske sykehistorie. Fastlegene er derfor spesielt egnet til å vurdere, diagnostisere og behandle pasienter med alle typer lidelser og sykdommer, inkludert søvnproblemer.

Forekomst av insomni i allmennpraksis

Er fastlegene klar over hvor vanlig insomni er blant pasienter som oppsøker legekontoret? I en norsk studie estimerte fastlegene prevalensen av søvnproblemer blant pasientene til å være 11 prosent (1), noe som samsvarer med prevalensen i epidemiologiske studier. Men siden insomni ofte sees komorbid til psykiske og somatiske tilstander, er forekomsten av insomni langt hyppigere blant pasienter som oppsøker fastlegen. Dette synliggjøres i en norsk studie blant uselekterte pasienter som satt på venterommet hos fastlegen, hvor prevalensen av kronisk insomni basert på DSM-IV-kriterier var så høy som 53,6 prosent, og 16,2 prosent av pasientene brukte hypnotika (2). En tysk studie viste at allmennleger ikke visste at deres pasienter led av kronisk insomni i mer enn halvparten av tilfellene, og få spurte om symptomer på insomni (3). Norske tall viser at færre enn åtte prosent av fastlegene vurderte søvnproblemer med søvndagbøker eller søvnskjemaer (1), selv om

dette er de anbefalte vurderingsverktøyene (4). Prevalensstudier i den generelle befolkningen kan muligens føre til at fastleger undervurderer sannsynligheten for insomni blant sine pasienter. Dette er uheldig, da pasienter med insomni har dobbelt så mange innleggelser på sykehus, og flere besøk hos (+14 prosent) og telefonsamtaler med (+8 prosent) fastlegen, sammenlignet med pasienter uten insomni (5).

Kognitiv atferdsterapi

Den anbefalte behandlingen av kronisk insomni er kognitiv atferdsterapi (såkalt CBTi), der søvnrestriksjon og stimuluskontroll utgjør de mest effektive komponentene (4). Søvnrestriksjon er en atferdsterapi der tiden i sengen begrenses til den faktiske tiden pasienten sover, basert på estimater fra søvndagbøker. Pasienter med kronisk insomni tilbringer ofte åtte til ti timer i sengen hver natt, men rapporterer gjerne kun fem til seks eller færre timer med søvn. Initialt i behandlingen instrueres pasienten om å bare ligge i sengen i denne estimerte søvnlengden (kalt søvnvinduet). Det anbefales ikke å starte behandlingen med et søvnvindu under fem timer – selv om pasienten rapporterer mindre enn fem timer med søvn. Justeringer i dette søvnvinduet gjøres vanligvis på ukentlig basis, avhengig av framgangen. I allmennpraksis vil jeg anbefale å øke søvnvinduet med 15 minutter når søvneffektiviteten (total søvnlengde

delt på tid i sengen x 100 prosent) er 80 prosent eller høyere. Stimuluskontroll refererer til et sett med atferdsinstruksjoner der pasienten anbefales å ikke bli i sengen hvis søvnen uteblir. Dette betyr at pasienten blir bedt om å gå ut av sengen når han/hun ikke får sove, og holde seg oppe til man igjen blir søvning. Sengen skal kun brukes til søvn (og sex), og ikke til jobb, TV-titting eller bruk av elektroniske medier. Stimuluskontroll tar sikte på å knytte sengen og soverommet til søvn, og å reetablere et godt søvn-våkenhetsmønster. Søvnrestriksjon og stimuluskontroll kan gjerne kombineres. I tillegg til atferdsterapien inkluderer CBTi også kognitive strategier for å identifisere, utfordre og endre feilaktige oppfatninger og misforståelser om søvn og insomni (4). Slik kognitiv terapi kan være vanskeligere og mer tidkrevende for fastleger å håndtere, sammenlignet med rådene om søvnrestriksjon og stimuluskontroll, og regnes også som mindre effektiv. Andre behandlingskomponenter som kan inkluderes i CBTi er søvnhygiene, som er grunnleggende råd (f.eks. ikke drikke kaffe om kvelden) om hvordan man kan fremme søvn, og ulike avspenningsteknikker for å motvirke fysiologisk, emosjonell og kognitiv aktivering. Men det er ikke dokumentasjon på at f.eks. søvnhygieneråd gitt alene er effektiv behandling ved kronisk insomni.

Dessverre er CBTi ofte ikke tilgjengelig for pasienter med kronisk insomni, og de fleste pasienter mottar fortsatt behandling



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

med medisiner og/eller generelle søvnhygieneråd (6, 7). Dette gjelder ikke minst i primærhelsetjenesten (1, 6). Faktisk viste en studie blant sveitsiske fastleger at bare én prosent av pasientene med kronisk insomni hadde fått CBTi (8). Selv om hypnotika kan være effektive på kort sikt, er det mangel på evidens for effektivitet og sikkerhet utover noen få uker med daglig bruk (9). I tillegg er hypnotika kjent for å være assosiert med uønskede effekter som sedasjon, fall, ulykker, hukommelsestap, toleranse, avhengighet og misbruk, og forskning viser også at slik bruk kan øke risikoen for infeksjoner og død (10). En norsk studie viste at blant pasienter som bruker hypnotika, rapporterte 80 prosent at de vil foretrekke ikke-medikamentell behandling sammenlignet med medisiner. Studien viste imidlertid at færre enn ti prosent av disse pasientene hadde blitt tilbudt noe annet enn farmakologisk behandling (11). Det er derfor åpenbart et behov for lett implementerbare terapier i primærhelsetjenesten. Flere randomiserte kontrollerte studier viser at CBTi via Internett (12) eller gjennom selvhjelpsbøker (13) er effektive. Etter mitt syn er det imidlertid store fordeler ved å involvere fastlegene i behandlingen av insomni. Mange pasienter med insomni lider av komorbide tilstander som trenger vurdering og behandling av fastlegen. Min bekymring er at hvis vi kun stoler på selvhjelpsterapier, vil mange pasienter få suboptimal vurdering og behandling av sine søvnproblemer og komorbide tilstander.

CBTi på fastlegekontoret

Selv om få studier er publisert, er CBTi, eller komponenter av CBTi, også effektive når de gis i allmennpraksis (7, 14). I en studie fra allmennpraksis på New Zealand, ga søvnrestriksjon forbedret søvn blant pasienter med kronisk insomni sammenlignet med søvnhygieneråd (14). Blant faktorene som ofte nevnes som noe som vanskeliggjør tilgang til CBTi hos fastleger, er den begrensede konsultasjonstiden i allmennpraksis. Fastlegene har imidlertid allerede

omfattende kunnskap om sine pasienter, og lang konsultasjonstid er sannsynligvis ikke nødvendig. Hypnotika helbreder dessuten sjelden pasientene, og fastlegene bruker derfor også tid på å skrive ut slike legemidler hos pasienter som ikke blir bedre. Å behandle pasienter med CBTi vil derfor ikke nødvendigvis ta lengre tid i det lange løp. Jeg vil anbefale fastleger å fokusere på søvnrestriksjon som en enkelt behandlingsform. Det kan være vanskelig å gi full CBTi på grunn av begrensningene som finnes i allmennpraksis, men søvnrestriksjon alene vil sannsynligvis forbedre søvnproblemene hos de fleste av pasientene. Rasjonalt bak søvnrestriksjon som behandling er lett å formidle. Jeg tror at opplæring om hvordan ulike behandlingsformer påvirker insomni er viktig for å overbevise klinikere om å bruke denne typen terapi. Min oppfatning er at fastleger vil implementere søvnrestriksjon blant sine pasienter med insomni hvis de får gode forklaringer på hvorfor slik behandling er å foretrekke. Det er derfor viktig å tilby fastleger formell opplæring i CBTi, f.eks. gjennom kurs i videre- og etterutdanningen.

Søvnrestriksjon (og andre komponenter i CBTi) kan forårsake økt søvnighet på dagtid de første dagene av behandlingen. Alle klinikere som håndterer insomni bør være forsiktige når de behandler pasienter der økt søvnighet kan utgjøre en risiko, for eksempel blant yrkessjåfører. Pasienter kan i slike tilfeller anbefales å være sykmeldt de første dagene/ukene med CBTi. Noen pasienter synes det er vanskelig å følge rådet om søvnrestriksjon. I slike tilfeller bør fastlegene motivere pasientene. Selv om søvnrestriksjon er krevende for pasientene, og kan initialt føre til økt søvnighet og tretthet, kommer bedring vanligvis i løpet av en til to uker.

Insomni og komorbiditet

Min anbefaling er at alle pasienter med søvnproblemer gjennomgår en grundig vurdering hos fastlegen. Komorbide tilstander som psykiske eller somatiske lidelser bør diagnostiseres og håndteres – i tillegg til

søvnproblemet. Blodprøver bør vurderes, da f.eks. hypotyreose og flere andre lidelser og sykdommer er assosiert med søvnproblemer. Studier viser tydelig at insomni er assosiert med en rekke helseproblemer, som angst, depresjon, selvmordstanker, overvekt, hjerte- og karsykdommer, kreft og demens (4). Videre kan pasienter med alvorlig insomni ha behov for sykemelding. Ofte kan det være vanskelig å avklare om insomniplagene *forårsaker* eller *skyldes* komorbide lidelser, og det er derfor internasjonal enighet i dag om å anbefale behandling av kronisk insomni med CBTi selv om pasienten har komorbide lidelser (4).

Det er videre viktig å merke seg at pasienter med insomnisymptomer faktisk kan lide av andre søvnlidelser enn insomni. Pasienter med for eksempel obstruktiv søvnapné (OSA) og døgnrytmelidelser kan ha symptomer eller plager som minner om insomni, men hvor anbefalt behandling er vesentlig forskjellig fra CBTi. Det er viktig å understreke at de diagnostiske kriteriene for insomni spesifiserer at diagnosen kun skal brukes når symptomene ikke er bedre forklart av en annen søvnlidelse. Noen ganger er det vanskelig å avgjøre om pasienten har insomni eller om symptomene skyldes en annen søvnforstyrrelse. Det er derfor behov for opplæring for å kunne skille mellom ulike søvnlidelser. Noen pasienter kan lide av både insomni og en annen søvnlidelse med insomnisymptomer. Det er for eksempel ikke uvanlig at pasienter med OSA også har insomni, det vil si komorbid insomni og OSA (såkalt COMISA) (15). Derfor er grundig klinisk vurdering og diagnostikk av stor betydning, da endelige diagnose(r) har behandlingsimplikasjoner. CBTi er veldig effektivt hos pasienter med kronisk insomni, men ikke anbefalt hvis symptomene utelukkende skyldes en annen søvnlidelse. I tråd med dette, frarådes CBTi og spesielt søvnrestriksjon hos pasienter med f.eks. OSA eller forsinket søvnfaselidelse, fordi CBTi kan forårsake uønskede effekter, som økt søvnighet på dagtid. Hvis pasienten lider av OSA, og det virker sannsynlig at apnéene og hypopnéene forårsaker insomnisymptomene, vil behandling med CPAP sannsynlig-

vis redusere insomni (16). Tilsvarende, hvis insomnisymptomene skyldes forsinket søvnfaselidelse, vil lysbehandling og/eller melatonin være anbefalt behandling.

Som nevnt er det noen ganger vanskelig å avgjøre om pasienten lider av insomni eller av insomnisymptomer på grunn av en annen søvnlidelse, eller om pasienten faktisk lider av komorbiditet, det vil si både insomni og en annen søvnlidelse. I tråd med dette viser studier at behandling med CBTi reduserer insomniplagene hos pasienter med COMISA (komorbid insomni og OSA) (15). Ved komorbide tilstander er den anbefalte behandlingen derfor å fokusere på begge lidelsene.

Selv om CBTi kanskje ikke er indisert i tilfeller der insomnisymptomer synes å være sekundære til en annen tilstand, bør fastleger være klar over at symptomene på insomni kan vedvare (f.eks. på grunn av inadekvat kompenserende atferd og negativ kondisjonering) etter vellykket behandling av hovedlidelsen/sykdommen. I slike tilfeller bør fastlegen vurdere å fokusere på insomni, og starte behandling med for eksempel søvnrestriksjon.

Insomni – en heterogen lidelse

Insomni er en heterogen lidelse med mange under typer. For eksempel klager noen pasienter hovedsakelig over innsovningsproblemer, mens andre pasienter klager over nattlige oppvåkninger. De fleste pasienter med insomni klager imidlertid over både vansker med innsovning og oppvåkninger fra søvn (17). I klinisk praksis kan slike under typer reagere ulikt på behandling (4). For eksempel kan CBTi være mer effektiv hos pasienter med innsovnings-

vansker enn hos pasienter med kun tidlig morgenoppvåkning.

Hvis behandling med søvnrestriksjon ikke er effektiv, bør det vurderes å legge til andre CBTi-komponenter som stimuluskontroll og kognitiv terapi. For mislykkede tilfeller kan fastlegen henvise pasienten til selvhjelpsterapier som digital CBTi eller selvhjelpsbøker, eller henvise til søvnspesialister.

REFERANSER

1. Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B, Pallesen S. Sleep problems in general practice: a national survey of assessment and treatment routines of general practitioners in Norway. *J Sleep Res.* 2010;19 (1 Pt 1): 36–41.
2. Bjorvatn B, Meland E, Flo E, Mildestvedt T. High prevalence of insomnia and hypnotic use in patients visiting their general practitioner. *Fam Pract.* 2017; 34(1): 20–4.
3. Hohagen F, Rink K, Kappler C, Schramm E, Riemann D, Weyerer S, et al. Prevalence and treatment of insomnia in general practice. A longitudinal study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1993; 242(6): 329–36.
4. Riemann D, Baglioni C, Bassetti C, Bjorvatn B, Dolenc Groselj L, Ellis JG, et al. European guideline for the diagnosis and treatment of insomnia. *J Sleep Res.* 2017; 26(6): 675–700.
5. Terzano MG, Parrino L, Cirignotta F, Ferini-Strambi L, Gigli G, Rudelli G, et al. Studio Morfeo: insomnia in primary care, a survey conducted on the Italian population. *Sleep Med.* 2004; 5(1): 67–75.
6. Everitt H, McDermott L, Leydon G, Yules H, Baldwin D, Little P. GPs' management strategies for patients with insomnia: a survey and qualitative interview study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners.* 2014; 64(619): e112–9.
7. Cheung JMY, Jarrin DC, Ballot O, Bharwani AA, Morin CM. A systematic review of cognitive behavioral therapy for insomnia implemented in primary care and community settings. *Sleep Med Rev.* 2019; 44: 23–36.
8. Maire M, Linder S, Dvorak C, Merlo C, Essig S, Tal K, et al. Prevalence and management of chronic

insomnia in Swiss primary care: Cross-sectional data from the «Sentinella» practice-based research network. *J Sleep Res.* 2020; 29(5): e13121.

9. Rios P, Cardoso R, Morra D, Nincic V, Goodarzi Z, Farah B, et al. Comparative effectiveness and safety of pharmacological and non-pharmacological interventions for insomnia: an overview of reviews. *Syst Rev.* 2019; 8(1): 281.
10. Parsaik AK, Mascarenhas SS, Khosh-Chashm D, Hashmi A, John V, Okusaga O, et al. Mortality associated with anxiolytic and hypnotic drugs-A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2016; 50(6): 520–33.
11. Omvik S, Pallesen S, Bjorvatn B, Sivertsen B, Havik OE, Nordhus IH. Patient characteristics and predictors of sleep medication use. *Int Clin Psychopharmacol.* 2010; 25(2): 91–100.
12. Espie CA, Kyle SD, Williams C, Ong JC, Douglas NJ, Hames P, et al. A randomized, placebo-controlled trial of online cognitive behavioral therapy for chronic insomnia disorder delivered via an automated media-rich web application. *Sleep.* 2012; 35(6): 769–81.
13. Bjorvatn B, Fiske E, Pallesen S. A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: a randomized controlled comparative study. *Scandinavian journal of psychology.* 2011; 52(6): 580–5.
14. Falloon K, Elley CR, Fernando A, 3rd, Lee AC, Arroll B. Simplified sleep restriction for insomnia in general practice: a randomised controlled trial. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners.* 2015; 65(637): e508–15.
15. Sweetman A, Lack L, Bastien C. Co-Morbid Insomnia and Sleep Apnea (COMISA): Prevalence, Consequences, Methodological Considerations, and Recent Randomized Controlled Trials. *Brain Sci.* 2019; 9(12).
16. Bjornsdottir E, Janson C, Sigurdsson JF, Gehrman P, Perlis M, Juliusson S, et al. Symptoms of insomnia among patients with obstructive sleep apnea before and after two years of positive airway pressure treatment. *Sleep.* 2013; 36(12): 1901–9.
17. Bjoroy I, Jorgensen VA, Pallesen S, Bjorvatn B. The Prevalence of Insomnia Subtypes in Relation to Demographic Characteristics, Anxiety, Depression, Alcohol Consumption and Use of Hypnotics. *Front Psychol.* 2020; 11: 527.

■ BJORN.BJORVATN@IGS.UIB.NO

FORENKLEDE RETNINGSLINJER FOR UTREDNING OG BEHANDLING AV INSOMNI HOS FASTLEGER

1. Oppfyller pasienten kriteriene for kronisk insomni?
 - a. Problemer med å sove om natten med konsekvenser på dagtid minst tre dager i uken i minst tre måneder
 - b. Insomnisymptomene er ikke bedre forklart av en annen søvnlidelse
 - i. Vurder obstruktiv søvnapné
 - ii. Vurder døgnrytmelidelse
 - iii. Vurder restless legs syndrom
2. Vurder om pasienten har komorbide lidelser som også trenger behandling
3. Bruk søvndagbok i en til to uker for å vurdere insomnisymptomene
4. Start behandling med søvnrestriksjon – det vil si å begrense tiden i sengen til den estimerte søvnlengden beregnet fra søvndagboken (men ikke begrense tiden til under fem timer i sengen)
5. Oppfølging etter en uke: Øk tiden i sengen med 15 minutter hvis søvneffektiviteten er økt til 80 prosent eller høyere. Hvis søvneffektiviteten er under 80 prosent, fortsett uendret
6. Oppfølginger med intervaller på en til to uker: Øk tid i sengen fra uke til uke basert på punkt 5. Bruk søvndagbøker for vurdering
7. Hvis ingen forbedring innen få uker, vurder å legge til stimuluskontroll og/eller kognitiv terapi, eller henvisning til søvnspesialist
8. Hvis pasienten bruker hypnotika, anbefaler jeg å starte med søvnrestriksjon uten å endre dosen. Når pasientens søvn forbedres, kan dosen på hypnotika gradvis trappes ned over flere uker



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABORX

Hvordan opplever ALIS-Vest veilederrollen?

■ OLAV THORSEN

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

■ DAG HUSEBØ

Professor ved Divisjon for utdanning, Universitetet i Stavanger

Bakgrunn

Høsten 2020 ble forskningsgruppen for allmennmedisin og samhandling i Stavanger (Allforsk) bedt av ALIS-Vest om å gjøre en studie på veiledningsprogrammet. ALIS-Vest er et pilotprosjekt for spesialistutdanning i allmennmedisin på Vestlandet, hvor det gis faglig og økonomisk støtte til utdanningsstillinger. Prosjektet har to formål: å få til en godt strukturert spesialistut-

danning og å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegehjemlene og andre allmennmedisinske oppgaver. ALIS-Vest er initiert av Rolf Martin Tande, kommuneoverlege i Masfjorden kommune, og har vertskap i 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). I 2020 ble det opprettet regionale ALIS-kontor i alle de fem helseregionene, som et av tiltakene i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020–2024. Dette er permanente kontorer som vil videreføre nasjonalt det arbeidet som er satt i gang i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

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 kjennetegn på kvalitet i spesialistutdanningen i allmennmedisin i ALIS-Vest-programmet.

METODE

Kvalitativ studie basert på et digitalt spørreskjema og telefonintervju med 13 ALIS-Vest-veiledere i kommuner på Vestlandet.

RESULTATER

Veilederne har positive erfaringer med det å veilede, men har ikke nok tid avsatt, og arbeidet er for lavt honorert. Det foreslås forbedringer av digitale verktøy, flere kompetansehevingsskurs og ønske om en godkjenningsordning for veiledere. Strukturert veiledning kombinert med supervisjon, anses som en fordel. Felleskonsultasjoner med mester-svennlæring gir bedre forutsetninger for læring.

KONKLUSJON

Veiledere av spesialistkandidater i allmennmedisin ønsker bedre arbeidsbetingelser. Det er en fordel at de arbeider på samme senter som kandidatene, og felleskonsultasjoner med mester-svennlæring bør inngå i undervisningsopplegget.

I forrige utgave av Utposten ble første del av KVALIS-studien omtalt. I artikkelen ble spesialistkandidatenes opplevelse av kvalitet og nytte av veiledningsprogrammet evaluert.



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 og deres veiledere uttrykker om den veiledning og supervisjon de deltar i.

I første del av KVALIS-studien så vi på spesialistkandidatenes opplevelse av kvalitet og nytte av veiledningsprogrammet. I den fant vi at gruppeveiledning rangerte høyest hos de fleste kandidatene. Kvaliteten på individuell veiledning var avhengig av forutsigbarhet, tid til refleksjon og en god kjemi mellom veileder og kandidat (1).

I denne delstudien ser vi nærmere på veiledernes opplevelser av det å veilede. Vi ønsket å vite mer om hva som oppfattes som god og nyttig veiledning av veilederne selv, og hva som kan sies å hindre god veiledning.

Materiale og metode

Studien bygger på et digitalt spørreskjema som ble sendt til i alt 22 veiledere. Av disse fikk vi svar fra 13 veiledere, som vi senere gjennomførte telefonintervju med. Intervjuene ble foretatt i tiden 12.04.-21.05.21. 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 personvernombudet ved UiS, for å sikre at planlagt databehandling tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Kvantitative data er generert gjennom det digitale spørreskjemaet som ble delt som lenke i en e-post. Skjemaet inneholdt kontekstuelle faktoorienterte spørsmål om alder, kjønn, kommunestørrelse og utdanningssted (Norge eller utland). Kvalitative data er generert fra individuelle telefonintervju, i tillegg til fritekst og kommentarmu-

ligheter i spørreskjemaet. De kvantitative resultatene er sett i sammenheng med de kvalitative, uttrykk for hva veilederrollen innebar, gitt i intervju og kommentarfelt. Forfatterne har kodet og kategorisert de kvalitative uttrykkene med temakoding og verdikoding. Telefonintervjuene ble transkribert og analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering med fire analysestrinn (2). 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 veiledernes opplevelser i veiledningsprogrammet. Deretter definerte vi subgrupper for hver kodegruppe, hvor teksten ble systematisk gjennomgått og kondensert. Til sist valgte vi ut tekstdeler som beskrev deltakernes erfaringer med veiledningen. Sammen med kodet fritekst fra spørreskjemaene, kom vi frem til de sitatene som beskriver kjennetegn ved veiledningen.

Resultater

Til sammen 13 av totalt 22 veiledere deltok i telefonintervjuene og svarte på spørreskjemaene utsendt på e-post. De fleste (8/13) jobbet i mindre kommuner. Fem var godkjente veiledere i Legeforeningens utdanningsprogram. To hadde gruppeveiledning i tillegg til individuell veiledning. Fem av de spurte bekreftet at de kjente til kandidatens behov for veiledning og supervisjon. De fleste (10/13) hadde laget

konkrete planer for veiledning og supervisjon, og tiden avsatt til veiledning varierte fra tre timer pr. uke til tre timer i måneden. Innholdet i veiledningstidene ble beskrevet som:

- Ethiske dilemmaer, prioritering, algoritmer for utredning, diagnostikk og behandling, helserett.
- Vi går i praksis gjennom alle læringsmål for utdanning i allmennmedisin.
- Samarbeidsproblemer i kommunen, allmennmedisinske problemstillinger, private forhold.
- Teoretiske og praktiske problemstillinger.
- Hva de ønsker vi skal ta opp.
- Ulike kasus. Utredning/oppfølging av ulike sykdommer. Henvisningsrutiner. Og ellers det som er aktuelt eller relevant for problemstillinger som har dukka opp.

Alle vi spurte var fornøyd med rollen som veileder. Tiden som ble brukt varierte, og flere opplevde antallet timer som utilstrekkelig. Flere nevnte egen læring i det å veilede som positivt.

- «Mission impossible» å klare alt!

Flere av deltakerne nevnte at veiledningen tok mye tid, og at det nye opplegget med registrering av oppnådde læringsmål (Dossier) var blitt mer krevende. Det å dekke alle læringsmålene og registrere dette i Dossier opplevdes som tungt. Dossier var vanskelig å lære, og ble oppfattet som lite brukervennlig. Mange klaget over stort tidspress, og at veiledning tok mye tid.

- Veiledningen tar mye tid.
- Veiledningen oppleves mer krevende nå, enn den var før.



ILLUSTRASJONSFOTO: SCANDIANAVIAN STOCKPHOTO

Flere hadde deltatt på møter for veiledere sammen med ALIS-Vest-koordinator, og fremholdt nytteverdien av å samles en gang eller to i året.

- Det burde vært opplæring av individuelle veiledere: obligatoriske kurs og årlige møter!

Innholdet i møtene med kandidatene besto for det meste i generelle tema og pasienthistorier. Noen hadde faste tidspunkt for møtene, mens andre avtalte møtene litt etter behov. Behovet for individuell veiledning kunne variere, alt etter hvor faglig trygg og erfaren den enkelte kandidat var.

Av konkrete savn og mangler nevnte noen digitale verktøy, andre mer veiledning av veilederne. Flere nevnte kurs og møter for veilederne, gjerne med råd om godkjenning av spesialistkandidatene og hva man skulle gjøre når man var i tvil. En mer formell skolering og godkjenning av veilederne ble også nevnt, med konkrete krav til kompetanse. Flere av veilederne hadde ikke daglig kontakt med spesialist-

kandidatene, fordi de jobbet på et annet kontor, oftest i en nabokommune. Dette ble ikke beskrevet som noen ønskelig situasjon. Det å kombinere veiledning med supervisjon, gjerne med felles konsultasjoner (mester-svenn-læring) ble av mange sett på som ønskelig. Flere av deltakerne hadde ikke observert kandidaten i klinisk arbeid, og heller ikke hatt kandidatene som observatør i egne konsultasjoner. Dette ytret mange et ønske om.

Flere nevnte konkrete problemer de hadde til kommunene, som manglende honorar for supervisjon, for lav betaling for veiledningstidene og oppfølging av, og praktisk tilrettelegging for veiledning. Flere steder måtte kommunene hente veileder fra nabokommunen, fordi det manglet spesialister med veiledningskompetanse i egen kommune.

Diskusjon

I Helsedirektoratets veiledning om spesialistutdanning (3) finner vi følgende definisjoner:

Veileder – Kompetent lege som skal fremme refleksjon, gi råd, følge opp faglig progresjon i henhold til utdanningsplan og bidra i vurderingen av LIS (både fagspesifikke læringsmål og felles kompetansemål). Med kompetent menes at veileder i utdanningens første del skal være en lege med nødvendig erfaring. Veileder i utdanningens andre del skal være en spesialist i et av fagene som omfattes av del to. Veileder i utdanningens tredje del skal være spesialist i det aktuelle faget (spesialistforskriften §25). I tillegg til medisinsk faglig kompetanse er det viktig at veileder kan bruke veiledningsmetodikk og metoder for kompetansevurdering, og har tilstrekkelige kommunikasjonsferdigheter. Videre har en kompetent veileder god innsikt i relevante læringsmål, og veileders ansvar og oppgaver i spesialistutdanningen.

Veiledning – Refleksjon, råd og oppfølging av faglig progresjon under spesialiseringen og bidrag i vurderingen av LIS. Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige møter mellom LIS og veileder. Møtene skal være skjermet fra andre arbeidsoppgaver.

Selv om våre intervjuobjekter var generelt godt tilfreds med rollen som veileder, hadde de samtidig flere forslag til forbedringer av ordningen. Andre studier har vist lignende funn. En studie av Brown fra 2018 konkluderte med at for at veiledere og kandidater skal oppnå det pedagogiske potensialet i veiledermøtene, kreves det fleksibilitet (4). Dette betyr å forstå sjangeren i møtet, agendaene som er på spill, mulighetene de har for å engasjere seg og ha ferdighetene til å utnytte disse alternativene. En studie fra 2021 konkluderte med at regelmessige møter innenfor beskyttet tid er gode forutset-

ninger for vellykket veiledning (5). Videre ble det pekt på gjensidig tillit og en positiv relasjon, en felles kulturell forståelse mellom veileder og kandidat, og en delt forståelse av hensikten med veiledning basert på individuelle behov, fokusert på å forbedre kunnskap og ferdigheter. Barrierer inkluderte mangel på tid, plass og tillit. Mangel på felles forståelse for formålet med veiledningen, og mangel på kontinuerlig støtte og engasjement fra ledelse og organisasjoner ble også funnet å være barrierer for effektiv klinisk veiledning. Å finne tid til debriefing, refleksjon og effektive tilbakemeldingssamtaler kan være utfordrende, og muligheter for en kandidat til å gi tilbakemelding til sine veiledere kan være begrensede (6). Andre studier har pekt på viktigheten av at veileder bidrar til at spesialistkandidaten opparbeider tillit hos sine pasienter (7).

Konklusjon

Veilederne i denne KVALIS-delstudien uttrykker positive erfaringer med det å veilede, men poengterer at de ikke har nok tid satt av til veiledning, og at arbeidet er for lavt honorert. Flere veiledere uttrykker flere konkrete forslag til endringer, som forbedringer av digitale verktøy og flere kompetansehevingsskurs. Noen ønsket en godkjenningsordning for veiledere. Det å kombinere strukturert veiledning med supervisjon, hvor kandidaten er på samme senter, anses som en ubetinget fordel. Muligheten til å gjennomføre felleskonsultasjoner med mester-svenn-læring i sentrum, antas å gi bedre forutsetninger for læring. Det å jobbe på samme senter kan gi bedre grunnlag for vurderingen av å godkjenne kandidaten for videre yrkeskarriere.

REFERANSER

1. Utposten nr. 5, 2022.
2. Malterud K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012; 40(8): 795–805.
3. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/veiledning-av-leger-i-spesialisering/definisjoner>
4. Brown J, Nestel D, Clement T, Goldszmidt M. The supervisory encounter and the senior GP trainee: managing for, through and with. *Med Educ.* 2018; 52(2): 192–205.
5. Rothwell C, Kehoe A, Farook SF, Illing J. Enablers and barriers to effective clinical supervision in the workplace: a rapid evidence review. *BMJ Open.* 2021; 11(9): e052929.
6. Sturman N, Fitzmaurice L, Ingham G, Lee C, Shelldrake M. Getting good help: a guide for reflection, debriefing and feedback conversations about in-consultation supervision. *Educ Prim Care.* 2021; 32(2): 118–22.
7. Sturman N, Parker M, Jorm C. Clinical supervision in general practice training: the interweaving of supervisor, trainee and patient entrustment with clinical oversight, patient safety and trainee learning. *Adv Health Sci Educ Theory Pract.* 2021; 26(1): 297–311.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Det hadde vært som en drøm som gikk i oppfyllelse om vi fikk dette integrert i EPJ. – LEGE

Bivirkningsøk ved polyfarmasi

■ BENTE BY JANSEN • Cand. pharm., redaktør Felleskatalogen

■ ALEXANDER WAHL • Spesialist i allmennmedisin, redaktør primærhelsetjeneste, Helsebiblioteket

Jeg brukte 5 minutter på å sjekke det vs. en halvtime. Det var lett å se tidsbesparelsen når jeg jobbet. – LEGE



Polyfarmasi øker risikoen for bivirkninger og interaksjoner. I journal-systemene varsles forskriver om mulige interaksjoner, basert på Lege-middelverkets interaksjonsdata. Bivirkningsøket gjør det nå mulig i tillegg å få god oversikt over legemidlenes bivirkningsprofil.

Helsebiblioteket og Felleskatalogen har i samarbeid utviklet et bivirkningsøk med formål å hjelpe helsepersonell, pasienter og pårørende med å undersøke eventuell sammenheng mellom bivirkninger og legemidler i bruk. Med bakgrunn i søkeresultatet kan legen i samråd med pasienten vurdere dosereduksjon, prøveseponering eller bytte av legemiddel. Helsepersonell som deltok i testingen av Bivirkningsøket før lanseringen i februar, beskrev søket som effektivt, tidsbesparende, oversiktlig og brukervennlig. Samtlige av de som deltok i testingen identifiserte flere legemidler aktuelle for intervensjon med bruk av Bivirkningsøket, enn de gjorde ved manuelt oppslag i hver enkelt felleskatalogtekst. Med andre ord, Bivirkningsøket sikrer at legen har et komplett bilde over kjente bivirkninger, før intervensjon eventuelt iverksettes. De foreløpige tilbakemeldingene etter lansering viser at søket er godt tilpasset helsepersonells behov, mens pasienter, ikke overraskende, finner søket vanskeligere i bruk. Det må vurderes om søket bedre kan tilpasses pasientenes behov, men helsepersonell er den primære målgruppen.

Bivirkningsøket har to søkefelt – ett for bivirkninger og ett for legemidler i bruk. Ved å kombinere én eller flere mulige bivirkninger med pasientens legemiddelliste, vil søket returnere en oversikt over de legemidler som mulig kan gi valgte bivirkninger, sortert etter

frekvens (trefflisten). Det søkes på alle synonymer og relaterte bivirkninger. Ett eksempel: Ved valg av bivirkningen hypertensjon, søkes det også på synonymet høyt blodtrykk samt relaterte bivirkningstermer som blodtrykkssvingninger, økt blodtrykk og systolisk hypertensjon. Bivirkningsøket henter informasjon om registrerte bivirkninger fra felleskatalogtekstene, som igjen er basert på den myndighetsgodkjente preparatomtalen (SPC). Bivirkninger fra SPC er som regel angitt samlet for flere legemiddelstyrker, hvilket betyr at det som oftest ikke er mulig å skille på lav- og høydosebehandling. Dette bør tas med i vurderingen av søkeresultatet.

Ved vurdering av bivirkninger er det viktig at legen bruker godt skjønn. Om pasienten har fått nyoppståtte symptomer, bør man klarlegge om pasienten nylig har begynt med et nytt legemiddel. Om det er tilfelle, er det logisk å sjekke bivirkningene til dette legemiddelet først. Et nytt legemiddel kan av og til øke serumkonsentrasjonen til et annet legemiddel i bruk, og denne interaksjonen kan da gi en bivirkning fra et legemiddel som tidligere var godt tolerert. I andre tilfeller kan det hende at pasienten har begynt på flere legemidler samtidig, eller at legen ikke er kjent med en nylig introduksjon av et legemiddel. Bivirkningsøket kan da gi grunnlag for en logisk seponeringsstrategi.

Som supplement til interaksjonsvarsling i EPJ ved polyfarmasi, og for ytterlige-

re tidsbesparelse, bør bivirkningsøket integreres i journal-systemene opp mot pasientens legemidler i bruk. Bivirkningsøket er fritt tilgjengelig for enkel integrasjon via Felleskatalogens URL-grensesnitt, og DIPS har allerede inkludert bivirkningsøket i ny versjon av Arena Medikasjon, som rulles ut i Helse Nord i løpet av høsten 2022. I resolusjonen vedtatt i Legeforeningens faglandsråd 28. april 2022 (1), pekes det nettopp på behovet for enkel tilgang til gode verktøy knyttet til legemiddelbehandling, bivirkninger, interaksjoner, polyfarmasi, overbehandling og avmedisinering, og med spesifikk henvisning til bivirkningsøket. Enkel tilgang i EPJ er helt avgjørende for at bivirkningsøket skal tas i bruk, og antall søk uten noen form for integrasjon ligger i dag på beskjedne 1000 søk pr. uke. For selv om søket i seg selv er tidsbesparende sammenlignet med oppslag i hver enkelt felleskatalogtekst, så er det likevel tidkrevende og omstendelig å legge inn legemidler manuelt i søket ved polyfarmasi. Integrasjon mot LIB i Sentral forskrivningsmodul (SFM) og Helseplattformen står derfor høyt på agendaen i tiden fremover.

På landsstyremøtet i slutten av mai mottok Bivirkningsøket Legeforeningens kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten 2021 (2). Prisen ble tildelt Alexander Wahl, for hans idé og initiativ til utvikling av bivirkningsøket. Kvalitetsprisen er en anerkjennelse til hele teamet som har jobbet med søket, i Felleskatalogen og i Helsebiblioteket, og gir oss håp om at søket kan være et viktig bidrag til økt kvalitet i legemiddelbehandlingen i årene fremover.

Søket er tilgjengelig på www.bivirkningsok.no

REFERANSER

- <https://www.legeforeningen.no/contentassets/96966b18ff6f43349b343f3812b1e70c/resolusjon-faglandsradet-2022.pdf>
- <https://www.legeforeningen.no/fag/aktuelt/kvalitetspris-for-spesialisthelsetjenesten/>

■ BENTE.JANSEN@FELLESKATALOGEN.NO

FAKTA OM BIVIRKNINGSSØKET

- 5000 norske bivirkningstermer med synonymer, inkludert engelske termer
- 50 000 lenker mellom relaterte bivirkningstermer
- 110 000 lenker mellom bivirkningstermene og felleskatalogtekstene
- Mer enn 20 000 arbeidstimer investert i prosjektet over fem år

Jeg håper virkelig at bivirkningsøket vil endre forskrivningen! Dette verktøyet vil øke pasientsikkerheten. – LEGE

Å pusse med stjernekluten

■ ENDRE OLSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde

DETTE ER EN HISTORIE om å være 14 år og ha hele verden foran seg. Det er også en fortelling om hvor viktige de voksne er i utformingen av et ungt liv. Hvor viktig det er med en støttende hånd i ryggen når de unge forsøker å trå noen steg videre i livet. I tillegg er det en takk til noen som har hjulpet meg til å tro på meg selv og gi meg en følelse av å være verdt noe i dette livet. Bli med litt bakover i tid til Smøla.

ALLE I DEN LILLE KLASSEN på åtte sjeler skjønte at gymtimen ville bli et herlig mareritt av blåflekker og sprukne lepper når lærer Leif stilte i T-skjorta med inskripsjonen 'Hærens fallskjermjegerskole' og erklærte med grov stemme: – Det er amerikansk rugby i gymmen i dag – med Smøla-regler! Det betydde egentlig at man ikke hadde noen regler. Jentene i klassen fikk samtidig spontan menstruasjon og måtte hvile vonde mager på det varme jentegarderobegulvet. Det gjorde ingenting for soldat Leif; her skulle de unge håpefulle herdes.

JEG ER USIKKER på om vi hadde en ball med i spillet, men det var uansett av underordnet betydning. Dette var batalje, en frydefull krig. Det var fem menige mot en general. Vi fem hadde en dårlig start, Leif hadde tatt en av oss, brukte han som slagvåpen og deljet løs på oss andre. Vi overhørte en ru, brummende latter fra infanterisoldaten og ble enige om en ny taktikk. Kåre angrep bakfra med hodegrep og vi andre tok hver vår fot og arm. Nå skulle fallskjermjegeren få kjørt seg, men han bare ristet oss av som en våt hund. Gjennom hele gymtimen ble angrepene parert med gjespende letthet fra læreren. – Dere må bare begynne å angripe altså? Da skoleklokka ringte lå vi utslått og lykkelig på gymsalgulvet klar for resten av dagen

med matematiske likninger og diktanalyse. Vi elsket lærer Leif og ville når som helst vært med han i livets skyttergrav.

JEG HADDE PRØVD. Jeg fikk det bare ikke til. De andre gutta i klassen hadde fusket og fått hjelp av mødre. Jentene hadde fått taket på det, men jeg svettet og slet og maktet ikke å få det til. Strikking var helt åpenbart ikke noe for meg. Oppgaven som lærer Brynhild hadde gitt oss var å strikke et pannebånd. De andre i klassen hadde gjort ferdig sitt med glans; det satt faktisk rundt hodet, men hos meg gav det bare hodepine. Jeg var kommet halvveis og hadde mistet masker og mot gjennom flere uker. Når jeg kikket på det halve pannebåndet, så det ut som et omriss av Sverige og det var ikke mulig å redde inn oppdraget. Jeg husker ennå den kvelden jeg tok avgjørelsen og saksa i hånda. Jeg kapitulerte og erklærte unionsoppløsning og klippet Sverige i tusen ullbiter. Jeg hadde aldri gjort noe så forferdelig i hele mitt liv, jeg hadde vært snilleste gutten i to altfor store sko. Jeg var villig til å stå skolerett dagen etter og ta imot den fortjente kjeften. Kanskje måtte jeg på rektors kontor? Ville mor og far bli innkalt til foreldresamtale? Ville jeg bli utvist? Jeg sov ikke den natta.

DAGEN ETTER måtte jeg innrømme til Brynhild at jeg hadde ødelagt pannebåndet mitt. Flere ukers fortvilt jobbing lå nå som aske i vedovnen. Jeg holdt pusten, lukket øynene og ventet på skyllebøtta. Det er nå det magiske skjer. For som om Brynhild skjønte alvoret i situasjonen og fortvilelsen min over å ikke få til pannebåndet. Hun bare strøk meg over håret og hvisket: – Det er helt greit, Endre. Det ble ikke noen straff, ikke rektors kontor, ikke brev hjem til foreldre. Bare en aksept på at håndarbeid ikke helt var min greie. Jeg hadde er-

klært krig mot Sverige og vunnet! Som voksen kan jeg si at lærer Brynhild utførte mesterlig lærerhåndverk over mitt elendige håndarbeid. Det er vel en slags ironi i at jeg senere i livet jobber mye med nål og tråd i hendene. Jeg tror Brynhild smiler lunt fra sin gjeve plass i himmelen.

PÅ SISTE ÅRET på ungdomsskolen fikk vi ei ung og fager vikarlærer fra Molde. Anne Britt var som en varm vårvind i en grå høstverden på forblåste Smøla. Hun hadde vært på fest med artisten Falco og hadde historier om en verden som vi aldri hadde hørt om. Hun skulle lære oss tysk og volleyball. Volleyball medførte nok en gang synkrone menstruasjonsplager blant jentene som aldri kom ut av garderoben. Men Anne Britt skulle lære oss gutter volleyballens mysterier. Denne timen skulle vi lære å fiske. Det betyr å hindre ballen fra å treffe gulvet ved å stupe fremover og slå ballen opp i lufta. Vikarlæreren måtte vise oss. Det gikk et sus gjennom forsamlingen på fem våryre ungdommer hver gang den lange slanke kroppen seilte gjennom lufta og reddet alle baller som hun fikk servert. – Har dere skjont det nå? Spurte hun andpusten. Kåre svarte med et fåret smil: – Jeg er litt usikker, kan du ikke vise det en ti til tolv ganger til? Hvis du spør meg nå – vi hadde skjønt det meste etter den timen, selv om vi ikke kunne det døyt mer om volleyball.

SÅ TAKK TIL LÆRER LEIF som var mitt store idol gjennom oppveksten min og takk til lærer Brynhild som viste at klokskap og snillhet er store egenskaper å bære. Takk til Anne Britt som viste meg en verden utenfor Smøla.

TAKK FOR at dere brukte stjernekluten som alle lærere har i baklomma og pusset forsiktig på oss.

Miljørettet helsevern i skole- - behov for nasjonale disk

■ MARIANNE BJERKEVÅG • *Kommuneoverlege, Sula kommune*



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Barna våre tilbringer mye tid i skoler og barnehager, og idealet er at miljøet skal fremme helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdom og skade. Oppfølging av regelverket, tilsyn og veiledning er kommunenes ansvar. Dersom hver enkelt kommune skal gjøre godt nok arbeid, trenger vi tydeligere nasjonale rammer.

Forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager (1) stiller krav om at virksomheter som er omfattet av forskriften, skal være godkjente. Veilederne *Miljø og helse i skolen* og *Miljø og helse i barnehagen* utdyper godt de forskjellige punktene i forskriften. I tillegg angir veilederne (2,3) forutsetninger for god praksis. Likevel er det grunn til å tro at godkjenning og tilsyn praktiseres på forskjellige måter i de ulike kommunene, da det er lite å finne om hvordan dette bør gjennomføres i praksis. Å få en samlet diskusjon nasjonalt om hvordan dette praktiseres vil være gunstig for å sikre oppvekst- og læringsmiljøet for barn i våre skoler og barnehager. Vi kan lære mye av hverandre. Kanskje er det riktig at det er ulik praksis i store versus små kommuner?

Erfaringer med lokale tilsyn i Sula

I kommunen vår, med litt i underkant av 10 000 innbyggere, har man over tid bygget opp en rutine for å ivareta de forskriftsfestede kravene som er lagt til kommunen. Som ledd i dette, er det utarbeidet et skjema for søknad om godkjenning av skoler og barnehager. Skjemaet er tenkt brukt både ved søknad om godkjenning og ved eventuelle tilsyn i etterkant. Skjemaet er utformet med utgangspunkt i forskriften og tar for seg samtlige paragrafer.

Skoler og barnehager Funksjoner og ordninger

Underspørsmål til hver paragraf er hentet fra teksten i veilederne. For eksempel er det under § 9 blant annet spørsmål om tilrettelegging for funksjonshemmede og om utforming og innredning for å sikre enkelt renhold og vedlikehold. Under § 13 er det spørsmål om renholdsplan, vedlikeholdsplan etc. Ved å bruke dette skjemaet ved søknad om godkjenning, vil dermed dokumentasjonskravet jf. forskriftens § 6 være oppfylt. Søknad om godkjenning, skal nemlig ifølge forskriftens § 6 inneholde dokumentasjon som viser hvordan virksomhetens eier vil sikre at virksomheten planlegges, etableres, drives og videreutvikles i samsvar med forskriftens bestemmelser.

Skjemaet ligger tilgjengelig på kommunens nettside og fylles ut digitalt av skolens eller barnehagens leder. Kommuneoverlegen mottar skjemaet i saksbehandlingssystemet. Når dette er gjennomgått av relevante aktører, avtales tid for et stedlig tilsyn før en skole eller barnehage godkjennes.

Videre er det i kommunen laget en plan for tilsynsarbeidet for å sikre at dette blir fulgt opp, samt å gi forutsigbarhet for den enkelte virksomhet. Kommuneoverlegen kaller inn til et årlig møte med kommunalsjef kultur og oppvekst, rådgiver for barnehager, representant fra skolehelsetjenesten og representant fra eiendomsavdelingen i kommunen. Agenda for møtet er en rask gjennomgang av skoler og barnehager i kommunen, både private og kommunale. Om det fremkommer bekymringer om tilstand på bygg, inneklime, støynivå eller annet relevant, vil et tilsyn kunne fremskyndes. Tilsyn er i utgangspunktet planlagt utført hvert fjerde år etter godkjenning, men kan være hyppigere ved eldre bygg, tidligere bemerkninger ved tilsyn, foreldreklager, rapporter fra skolehelsetjeneste, barnehageundersøkelser eller lignende.

Tilsyn er viktige for å ivareta forskriftens formål. Det er tross alt flere eldre skoler og barnehager enn de helt nye, renoverte eller ombygde som venter på godkjenning. Tilsyn kan være stedlige eller skriftlige. Det

kan tenkes at noe kan ivaretas ved å be om dokumentasjon på rutiner, målinger og planer. Stedlige tilsyn vil imidlertid være viktige for å gi et fullstendig bilde. Man får ved stedlig tilsyn også mulighet til å ivareta veiledningsplikten i miljørettet helsevern.

Hvem har ansvar for hva?

I forskriften er både godkjenningsansvar og tilsynsansvar lagt til kommunen. I veilederen foreligger en kort drøfting rundt tilsynsansvaret, da kommunen, naturlig nok, også i mange tilfeller både er eier av og har driftsansvar for de samme virksomhetene som de skal ha tilsyn med. Kommunestyret kan delegere myndigheten etter bestemmelsene i kommuneloven til det kommunale organ som skal løse oppgaven. I tillegg gir folkehelseloven § 9 kommunen hjemmel til å delegere myndigheten til et interkommunalt selskap.

I enkelte kommuner er det trolig avtaler med egne selskaper som ivaretar tilsynsplikten, men i mange kommuner er ansvaret delegert til kommuneoverlegen. Det er uansett viktig at det sikres en uavhengighet ved at den med godkjennings- og tilsynsansvar ikke har linjeansvar for de kommunale virksomhetene. Drift av de fleste skoler er kommunal virksomhet. I følge SSB er det noen flere private barnehager enn kommunale (2901 private og 2624 offentlige per 2021). Å sørge for tilstrekke-

lig uavhengighet er kanskje særlig viktig her, både for å sikre lik behandling, men også for å ivareta tillit til kommunen som tilsynsmyndighet.

Veilederne gir godt innsyn i forutsetninger for god praksis, men i hovedsak rettet mot drift av virksomhetene i seg selv. Det savnes noe mer konkret rettet til kommunene som godkjennings- og tilsynsmyndighet. I vår kommune har man ved å lage det tidligere omtalte skjemaet, forsøkt å ivareta forskriftskrav for både skoler, barnehager og kommunen selv som tilsynsmyndighet, men dette arbeidet kunne med mange fordeler vært utført fra sentralt hold.

Et nasjonalt, standardisert skjema som kan benyttes som søknad om godkjenning og ved tilsyn vil bidra til at flere kommuner, skoler og barnehager fyller kravene til godkjenning når prosessen skal gjennomføres. Et slikt skjema vil også bidra til veiledning av skoler og barnehager – i form av at de blir gjort kjent med kravene i forskrift om miljørettet helsevern i skoler og barnehager og rådene i tilhørende veiledere.

REFERANSER

1. FOR-1995-12-01-928 Forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler m.v. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1995-12-01-928>.
2. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/miljo-og-helse-i-skolen>.
3. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/miljo-og-helse-i-barnehagen>.

■ BJERKEVAAG@HOTMAIL.COM

Besøk på et legesenter i London

■ SANJAY ARYAL • Fastlege, Øygarden

MED STOR GLEDE og interesse for å lære mer om den engelske allmennmedisinske modellen, sitter jeg på venterommet i første-etasje ved Chatfield Medical Centre, like ved Themsen i det sentrale London. Før jeg møter hovedpersonen på dette senteret, må jeg først lette litt på blæretrykktet. Når jeg kommer ut av toalettet for å vaske hendene, møter jeg det som vises på bildet til høyre i dette artikkeloppslaget. Springvannet som renner ut i vasken er veldig veldig varmt, opp mot 60 grader, og før såpen er ordentlig skylt av hendene, må jeg skynde meg for å tørke av såpen med papir. Hvorfor i all verden er vannet så varmt?

Resepsjonisten geleider meg så til andre etasje for å møte dr. Waqaar Shah, etablere- ren av dette legesenteret. Med 20 års erfaring som allmennpraktiker i England (General Physician, eller GP, som britene foretrekker å kalle det), er han for veteran å regne. Jeg hadde faktisk rukket å søke ham opp på Google før jeg kom, og funnet ut at han sitter i komitéen som er ansvarlig for NICE guidelines i Storbritannia – retningslinjer som faktisk også mange av oss leger i Norge følger, blant annet for behandling av hypertensjon og hjerte-/karsykdom. Slettes ikke verst. Klokken er snart halv ti, og han hilser pent og tar meg inn til sitt legekontor. På grunn av mitt besøk, har han med vilje satt opp litt dødtid mellom pasientene for å kunne forklare hvordan dette legesenteret driftes.

PASIENTGRUNNLAGET er på ca. 11 000. Legesenteret får driftstilskudd fra National Health Service (heretter kalt NHS, tilsvarende helsedirektoratet/HELFO i Norge) på ca. 30 millioner kroner i året. I tillegg til denne rammefinansieringen, er det også en aktivitetsbasert inntekt som strømmer fra NHS, avhengig av hva slags tjenester og aktiviteter som utføres. Dessuten kommer en liten andel av inntekten også avhengig av hvilke mål man oppnår. Dersom færre pasienter oppnår sine kolesterol-, HbA1c-

og blodtrykksmål, blir det mindre inntekter. Alle disse aktivitetene og målene på aktuelle pasienter må nemlig dokumenteres godt med koding for å kunne fremsette inntektskravet til NHS.

Antall ansatte på dette senteret er hele 35 (!), fordelt på kontorer over fire etasjer, med hver etasje på ca. 100–150 kvadratmeter. Antall leger på huset er ikke mindre enn ti, hvorav tre er GP partners – fastleger som eier senteret og påtar seg investeringen og risikoen ved å drifte et slikt senter (og dr. Shah er blant disse tre). De kan fordele den gjenstående kaken først når alle regninger er betalt og alle ansatte har fått sin lønn. Når året er godt, kan de fort ende med to millioner kroner i året, mens på et dårlig år blir det kanskje bare én million kroner pr. GP-partner. De resterende sju leger er såkalt «salaried GPs» som er ansatt på senteret og jobber tre til fire dager i uken, stort sett fra kl. 8 til 18, med fastlønn på ca. 600–700 000 kroner i året.

BLANT DE ANDRE ANSATTE er det flere «physician assistants», en femårig bachelor + masterutdannelse innen helse, men de går ikke så dypt inn i anatomen og patofysiologien som på den ordentlige doktorskolen. De er likevel nesten like gode som fastleger i klinikken, men mangler forskrivningsrett. I tillegg kommer både resepsjonister/sekretærer (som tar imot pasienter, telefoner, sender epikriser og prøvesvar som strømmer inn til senteret fra sykehusene rundt omkring London til riktige mottakere/leger), sykepleiere (for blodprøvetaking, o.l.), og «health assistants» (tilsvarende helsefagarbeider i Norge). Som de overordnede i ledelsen, har de tre GP partners ansatt to personer for å kunne ta seg av mesteparten av det administrative arbeidet: en «manager» og en «deputy manager». Dette kan dreie seg om alt fra innkjøp av medisinsk teknisk utstyr, forhandling av leie med husverten, kommunikasjon med helsemyndighetene (NHS),

intern kontroll av rutiner, oversikt over rapportering til NHS og lignende.

Dr. Shah ser litt trøtt ut, som småbarnsfar er han en travel mann. Han ble dessverre oppringt av vaktentralen kl. 04 i natt, da det brøt ut en innbruddsalarm. Heldigvis var det bare litt ekstra vind som blåste på et åpent vindu. Han begynte dagen sin kl. 09 og angir at han først har tenkt å komme seg hjem rundt kl. 21–22 (!) i kveld. Slik er det tre dager i uken. De gjenstående to dagene jobber han fra kl. 09 til 17 – én dag i NICE-komitéen, og den siste dagen gjør han noe helt annet. Det er først i helgene han har kapasitet til å tilbringe kvalitetstid med barna sine.

PASIENTENE er satt opp med 15 minutters mellomrom på en vanlig kurativ dag, og på grunn av økende antall covid-tilfeller i England den siste uken, er 50 prosent av konsultasjonene telefoniske. Han har ikke sin egen pasientliste, slik vi er vant med i Norge, men de 11 000 pasientene fordeles mellom de ulike legene og physician assistants, slik at en pasient kan havne hos én lege den første gangen, og en annen lege ved en senere anledning. Den siste pasientkonsultasjonen i timeboken i dag er satt opp kl. 15.30, og etter dette venter det uendelige og kjedelige papirarbeidet. Da skal han gå gjennom titalls epikriser fra sykehusene.

Han ergrer seg over at det er så mye overføring av oppgaver fra sykehuset til primærhelsetjenesten, slik vi også har erfart i Norge. En nefrolog kan gjerne skrive en nyresyk pasient ut etter et sykehusopphold i London, be fastlegen kontrollere kreatinin uken etter, for deretter å be fastlegen om å sende resultatet over til sykehuset for en kontrolltime med nefrologen. Eller hvis en pasient på en ortopedisk avdeling har et hudproblem, kan det stå i epikrisen at fastlegen bes ta seg av hudproblemet og at pasienten ønsker å bli henvist til hudavdeling. Denne dumpingene av oppga-

ver er uendelig og øker med hvert år som går i England, slik vi også er blitt vant med i Norge.

EN TITT PÅ TIMEBOKEN viser at han stort sett har 10–15 minutters konsultasjoner. Etter et par telefonkonsultasjoner kommer den første fysiske pasienten inn på konsultasjonsrommet – en renholdsarbeider i sekstiårene med afrikansk bakgrunn med noen måneders sykehistorie med høyresidige skuldersmerter. Hun gikk med skuldersmerter i fire måneder, og måtte klare seg med Paracet og antiflogistika før Dr. Shah henviste henne til ultralyd av skulder. Fysioterapi har ikke vært til hjelp så langt. Ultralyd er nå omsider blitt gjort, dette er en oppfølgningstime for å gå gjennom svaret.

Radiologen anser bildene forenlig med en kombinasjon av subakromial subdeltoid bursitt og supraspinatus tendinopati. Pasienten har hatt behov for smertelindring med Tramadol de siste ukene, og spør pent om å få den fornyet. Dessuten ber hun

også dr. Shah om en injeksjon i skulder for å redusere smertene. Dr. Shah har dessverre ingen opplæring i dette, da opplæringsprosessen er ganske komplisert. Man må ikke bare melde seg på relevante kurs i injeksjoner, noe som er svært tidkrevende for en travel GP, men man må også bli observert av en ekspert når man gjør en slik undersøkelse på egen hånd for å kunne få et medisinsk diplom for å kunne drive med injeksjoner. Og hva er ventetiden hos ortoped i NHS for å kunne få en slik injeksjon i bursa? To–tre måneder hvis pasienten er heldig!

HVILKE PROSEDYRER gjør da dr. Shah som en vanlig allmennpraktiker i Norge mestrer på egen hånd: Kryoterapi, celleprøve, småkirurgi, abscessdrenasje, ultralyd, spiralinnsetting, Aclasta-infusjoner? Svaret er ingen av delene. Det er kun én person på hele senteret som tar celleprøver, og det er en physician assistant. For å kunne ta celleprøve på egen hånd, må man på et todagers-

kurs, deretter observere 20 celleprøver tatt av en spesialist, og etter dette må man utføre 20 nye prøver på egen hånd under observasjon av samme spesialist. Først når dette er gjort, kan man søke NHS om lisens for celleprøvetaking. Alt dette innebærer såpass mye tid og innsats at han har gitt det opp. Lignende lisenser kreves for å kunne drive med kryoterapi og småkirurgi.

Så hvorfor alt dette byråkratiet? Dr. Shah forteller om en hendelse for noen år siden der en lege drev med aktiv dødsbistand og ga unødvendig mye morfin til eldre pasienter. Etter dette har NHS endret systemet for å få standardisert alle prosedyrer en fastlege kan gjøre, med den hensikt å øke kvaliteten på den tjenesten som tilbys. Imidlertid ser dette ut til kun å øke frustrasjonen hos GPs i England, med mange henvisninger frem og tilbake, og dessuten økt ventetid for pasientene.

ETTER ET PAR KONSULTASJONER er det plutselig blitt lunsjpause, og jeg tilbringer ettermiddagen sammen med deputy manager som sitter i fjerde etasje. Han forteller meg om en hendelse fra forrige uke. Da fikk nemlig legesenteret et uanmeldt besøk av NHS for generell kvalitetssikring av rutiner. NHS-representanten oppdaget at det lå papirresepter (fastleger i England rekvirerer hovedsakelig elektroniske resepter, men en del også i papirformat) i en skuff i skriveren, men skuffen var ikke låst. NHS stilte noen kritiske spørsmål til deputy manager som han ikke hadde svar på: Hvordan sikrer legesenteret at uvedkommende ikke får tilgang til papirreseptene som ligger i denne skrivekuffen og tar den med seg ut? Deputy manageren svarte pent at det alltid er noen ansatte i denne etasjen, og etasjen og rommet er låst utenom. Men hva med renholdspersonalet som også har tilgang til dette rommet? Hva hindrer dem å stjele papirreseptene, spør NHS. Dette hadde ikke deputy manager noe svar på...

PÅ SLUTTEN AV DAGEN tenker jeg tilbake på min hverdag i Norge. Alt dette byråkratiet slipper vi norske fastleger! Jeg tror hovedforskjellen er at normaltariffen i Norge er basert på tillit – HELFO har tillit til at vi fastleger tar ansvar selv og utfører en faglig god jobb. Jeg føler meg heldig som får utøve min virksomhet i Norge og ikke i Storbritannia.

Og til slutt, formålet med det varme vannet er å redusere spredningen av Legionella, noe som skal ha forårsaket mye problemer for briter en del år tilbake. NHS kom derfor med kravet om at alle fastlegesentre skal ha vann over 60 grader i springen!

■ SANJAY.ARYAL@OUTLOOK.COM



Hvordan kan fastlegen bruke RELIS?

■ CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

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

Har du hatt en pasient på kontoret der du ikke har funnet tid og rom til å gå i dybden på spørsmål om legemiddelbruk og graviditet, amming, eldre, barn, bivirkninger eller interaksjoner? Eller har pasienten nyre- eller kanskje leversvikt? RELIS kan avlaste legen i en arbeidshverdag der legemiddelspørsmålene blir krevende å finne svar på før neste kontrolltime.

Regionale legemiddelinformasjonsentre (RELIS) sin nettside, www.relis.no, inneholder blant annet mer enn 44 000 spørsmål og svar fra RELIS Database, og mer enn 1500 nettartikler samt informasjon om kurs og fagseminar. Hvis man ikke finner svar på sitt legemiddelspørsmål ved bruk av «Søk etter svar hos RELIS», kan man stille spørsmål til RELIS via nettsiden. RELIS gjør da et

dyddykk i medisinsk litteratur, noe som kan avhjelpe fastlegen og gi kvalitetssikrede svar i en hektisk fastlegehverdag.

Søke etter svar hos RELIS

RELIS Database inneholder saker fra både Norge og Sverige, nye og eldre, og man kan filtrere på ulike tema i søket og dermed til-

passe søket etter aktuell problemstilling. Eksempler på filtre er graviditet, amming, eldre, barn, bivirkninger, interaksjoner og produkttegenskaper. Ved å bruke disse kan man knytte aktuell legemiddelbruk opp mot ønsket kategori. RELIS svarer hovedsakelig på pasientspesifikke spørsmål, men også på legemiddelspørsmål av mer generell karakter.





Haster det med svar, kan man kontakte RELIS for å få avtalt at saken prioriteres. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Stille spørsmål til RELIS

Hvis man ikke finner svar på legemiddelspørsmålet ved bruk av «Søk etter svar hos RELIS», eller man ønsker et oppdatert svar, kan man også stille spørsmål selv. RELIS tar imot legemiddelrelaterte spørsmål fra fastleger, og i en travel fastlegehverdag går det fint om spørsmålet formuleres kort, slik at man rekker å få det unna mens problemstillingen fortsatt er aktuell. Det er mulig å angi ønsket svarfrist slik at svaret mottas i tide før neste kontroll av pasienten. For at vi skal kunne svare best mulig, er det nyttig å vite pasientens alder, aktuell diagnose, aktuelt legemiddel med dosering og navnet på øvrige legemidler i bruk. Vi ønsker også informasjon om aktuell komorbiditet og hva som er problemstillingen. I tilfeller hvor legens spørsmål er noe uklart, tar vi gjerne kontakt for å få tydeliggjort dette. Som nevnt er det mulig å ønske svartid i skjemaet, hvor man kan angi «ikke viktig», «2–4 dager», «1 uke», «1–2 uker» eller «over 2 uker» som alternativ.

Kan man nå RELIS pr. telefon?

Hvis det haster med å finne svar på legemiddelrelaterte spørsmål, kan du ringe oss og diskutere problemstillingen, men vi vil da registrere spørsmålet på samme måte som om det kommer inn via spørsmålsskjemaet på nettsiden til RELIS. Det mest tidseffektive for legen er nok som oftest å gå rett på spørsmålsskjemaet uten å ringe først. RELIS svarer som oftest ikke ut spørsmålet direkte på telefonen, men mottar det og avtaler å sende ut et skriftlig, evidensbasert svar eller ringe legen tilbake. Som regel tar det tid å svare ut spørsmål knyttet

til legemiddelbruk, men vi prioriterer saker som haster.

Sensitive, identifiserbare personopplysninger skal man ikke legge inn i spørsmålsskjemaet. RELIS omformulerer likevel spørsmålet før det legges tilgjengelig på våre nettsider, for å sikre at det er anonymisert og ikke gjenkjennbart.

Hva slags spørsmål kan man stille?

Man kan stille alle typer legemiddelspørsmål som er aktuelle i pasientbehandling. Det kan gjelde bruk av prevensjonsmidler hos en pasient med migrene, smertestilende til eldre eller legemiddelbruk ved graviditet og amming. Det kan også omhandle problemstillinger som interaksjoner mellom legemidler eller det kan være bruk av legemidler ved nyresvikt. RELIS har ressurser og god kompetanse i å søke i medisinsk litteratur og vurdere den dokumentasjonen som foreligger.

Hvordan jobber vi med et legemiddelrelatert spørsmål?

I arbeid med spørsmål gjør vi søk i medisinske litteraturdatabaser og innhenter evidensbasert informasjon fra andre medisinske oppslagsverk og databaser. Vi har tilgang til oppslagsverk som øvrig helsepersonell ikke har, for eksempel når det gjelder graviditet og amming. Basert på dette skriver vi utredninger etter oppslag i og vurdering av kilder som medisinsk faglitteratur, monografidatabaser som for eksempel *Micromedex* og *Natural Medicines*, ulike interaksjonsdatabaser, oppslagsverk som for eksempel *British Medical Journal* (BMJ) og *UpToDate*. Vi søker også etter

evidens i medisinske litteraturdatabaser som *PubMed* og *Embase*. Dokumentasjonsgrunnlaget vurderes og sammenfattes i et svar som sendes til spørsmålsstiller, som oftest pr. e-post, men noen ganger via telefon.

Andre RELIS-oppgaver

Utover spørsmål- og svartjenesten drifter vi publikumstjenesten Trygg Mammamedisin (TMM), tar imot bivirkningsmeldinger fra helsepersonell, skriver artikler til RELIS sin nettside og til medisinske tidskrift, foreleser om legemidler, arrangerer RELIS fagseminar og er ute i allmennpraksis med kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP). Denne høsten og vinteren er migrenemidler tema for KUPP-kampanjen.

Fastleger kan med trygghet oppfordre pasienter til å stille sine spørsmål om legemiddelbruk under graviditet og amming via nettsiden til TMM, www.tryggmammamedisin.no. Der besvarer vi pasientspørsmål om sikkerheten ved bruk av de aktuelle legemidler under graviditet og amming, og gjør rede for dokumentasjonsgrunnlaget for bruken. Dersom spørsmålet omfatter vurdering av selve behandlingen, viser vi pasienten tilbake til forskrivende lege. Det samme gjelder konkrete spørsmål om oppstart, seponering, opp- eller nedtrapping av legemidler. TMM ber alltid pasienten om å få slike vurderinger gjort av behandlende lege, men vi vil kunne være et supplement til den informasjonen som pasienten har fått hos legen om legemiddelbruken, dersom pasienten har et utvidet informasjonsbehov. Dersom behandlende lege har tilsvarende spørsmål selv, kan disse sendes til spørsmål- og svartjenesten som omtalt ovenfor.

Bivirkningsmeldinger fra helsepersonell tas imot via webskjema på melde.no. Det er meldeplikt på bivirkninger som mistenkes som dødelige eller livstruende, de som er mistenkt for å ha gitt alvorlige følger eller uventede og nye bivirkninger som ikke er omtalt i legemidlets godkjente norske preparatomtale (SPC). Dette omfatter også mistenkte bivirkninger som har gitt vedvarende, betydelig nedsatt funksjonsevne/funksjonskapasitet. Det er videre ønskelig at helsepersonell melder bivirkninger av legemidler merket med svart trekant, samt bivirkninger som har ført til sykehusinnleggelse. Det skal meldes ved mistanke om en mulig sammenheng mellom legemiddelbruk og en pasients symptom. Det er ikke et krav at en slik sammenheng er bevist.

■ CHRISTINE.BANDLIEN@RELIS.NO

Riktigere bruk av bildediagnostikk

– et samarbeid mellom private røntgeninstitutt og forskere for å bedre henvisningskvalitet

■ **FREDRIK NOMME** • Radiolog, medisinsk direktør, Unilabs | **GREGOR KAI JAROSCH VON SCHWEDER** • Radiolog, medisinsk sjef, Evidia
EIVIND RICHTER ANDERSEN • Radiograf, Master of Science, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik | **INGRID ØFSTI BRANDSÆTER** • Radiograf, Master of Science, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik | **ELIN KJELLE** • Radiograf, ph.d, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik
BJØRN HOFMANN • Professor, Institutt for helsevitenskap, NTNU, Gjøvik

Store variasjoner i bruk av helsetjenester kan tyde på over- eller underforbruk av tjenester.

Riksrevisjonens rapport fra 2017 (1) og en forsker studie (2) dokumenterer en betydelig variasjon i bruk av radiologiske tjenester i Norge. Internasjonal litteratur har anslått at 20–50 prosent av radiologiske tjenester kan representere lavverditjenester (3,4), definert som tjenester som gir lite eller intet utbytte for pasienter, eller der risiko for skade overstiger sannsynlige fordeler (5). Både under- og overforbruk av undersøkelser, inklusive undersøkelser av lav verdi, er en utfordring for den enkelte pasient, for fagfolk og for helsetjenesten.

Den internasjonale Choosing Wisely (CW)-bevegelsen er en internasjonal kampanje som har til hensikt å redusere overdiagnostikk og overforbruk av helsetjenester ved hjelp av anbefalinger gitt av det enkelte lands fagsammenslutninger (6). Oppsummert er det identifisert 103 unike radiologiske undersøkelser eller prosedyrer som én eller flere sammenslutninger anbefaler at man bør unngå (7). I den norske versjonen av CW, Gjør kloke valg-kampanjen, har Norsk radiologisk forening gitt følgende seks anbefalinger:

- Unngå bildediagnostikk ved korsryggsmerter uten varselssymptomer av kortere varighet (fire til seks uker).
- Unngå bildediagnostikk ved ukomplisert hodepine uten varselssymptomer.
- Unngå avansert bildediagnostikk ved fremre knesmerter dersom pasienten

ikke har hydrops, låsning eller har forsøkt fysikalsk behandling uten bedring.

- Unngå å anbefale utredning eller kontroll av tilfeldig påviste ovarialcyster ved bildediagnostikk dersom kriteriene for dette ikke er oppfylt.
- Unngå bruk av CT ved mistanke om akutt appendicitt hos barn før ultralyd har vært vurdert som et alternativ.
- Unngå rutinemessig CT-undersøkelse av voksne ved lette og minimale hodeskader.

Økt press på helsetjenester kan føre til at pasienter som har et stort behov for tjenester må vente unødvendig lenge som følge av stor pågang og lange køer. I *Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk* beskriver Helsedirektoratet reduksjon i uberettigede undersøkelser, reduksjon i regional variasjon i bruk av radiologiske tjenester, og å unngå overdiagnostikk som viktige mål for fremtiden (8). I forskningsprosjektet «Improving Radiological Services (IROS)» i regi av NTNU vil man forsøke å imøtekomme disse målene.

Samarbeid mellom forskere og private røntgeninstitutt

IROS har til hensikt å redusere bruk av radiologiske lavverditjenester for å frigjøre ressurser til undersøkelser og prosedyrer med høy nytteverdi for pasientene. Denne målsettingen er også svært viktig for de to største private tjenestetilbyderne av røntgentjenester i Norge, Unilabs Norge og Evidia. Radiologiske tjenester utført ved private røntgeninstitutt utgjør om lag 25 prosent av all bildediagnostikk i Norge, og 60 prosent av disse undersøkelsene er CT og MR (8).

SAMMENDRAG

Det er dokumentert både nasjonalt og internasjonalt at det er til dels store variasjoner i bruk av bildediagnostikk, og at en betydelig andel av undersøkelsene er av lav verdi, det vil si at de ikke endrer pasientforløpet eller bedrer helsen til pasienten. I tråd med Gjør kloke valg-kampanjen innfører private røntgeninstitutt i samarbeid med forskere tiltak for å bedre henvisningskvaliteten og for å øke verdien av bildediagnostikken i Norge.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUJURBOX

I IROS vil prosjektgruppen ved NTNU, i samarbeid med Unilabs Norge og Evidia, innføre et konkret tiltak rettet mot et utvalg av undersøkelser beskrevet i Gjør kloke valg-kampanjen: Innholdet i henvisningene til de aktuelle undersøkelsene vil bli vurdert opp mot de anbefalte faglige kriteriene som fremkommer i kampanjen. Fra 1. mai 2022 har henvisninger som ikke er vurdert som berettiget opp mot de faglige kriteriene eller som har manglet tilstrekkelig informasjon til å kunne avgjøre berettigelsen, blitt returnert ved røntgensentre i deler av landet. Dette utvides til å bli en landsdekkende ordning fra 1. september 2022.

I retursvaret vil henviser få en begrunnelse for returen, og i tillegg bli anmodet om å sende ny henvisning med tilleggsinformasjon dersom det skulle foreligge ny klinisk informasjon eller symptomutvikling/varighet som tilsier at kriteriene til berettigelse likevel er oppfylt.

Retur av henvisninger i seg selv er selvfølgelig ingen ny praksis – det nye tiltaket er at vurderingen av berettigelse knyttes direkte opp mot Gjør kloke valg-kampanjens konkrete kriterier for undersøkelsene listet i tabellen nedenfor.

Støtte til henvisere

Det overordnede målet for prosjektet er å øke kvaliteten på helsetjenester som tilbys i Norge. Intensjonen er ikke «å rette pekefinger» mot enkeltaktører som henviser til undersøkelser med lav verdi, men gjennom informasjon kunne bidra til en reduksjon av undersøkelser som ikke er berettigede. Retur av henvisninger forventes å fungere som en metode for faglig bevisstgjøring og påminnelse hos henviser. De konkrete henvisningskriteriene kan benyttes av henviser

ved tvil om en undersøkelse bør gjennomføres og som støtte i møte med pasienter som «krever» å få utført undersøkelser som ikke anses indiserte.

Krav til henvisningenes innhold

Henvisninger som ikke inneholder tilstrekkelig informasjon til å kunne avgjøre om de faglige kriteriene er tilfredsstillt, vil også bli returnert. De som er involvert i prosjektet har forståelse og respekt for at mange henvisere har en krevende arbeidssituasjon, men det er likevel behov for å poengtere betydningen av henvisningskvalitet, da «henvisninger av dårlig kvalitet fører til at ressursene i helsetjenesten ikke utnyttes på en måte som gir best nytte for pasientene» (8).

Generelt må en henvisning inneholde nok informasjon til at radiologene kan gjøre en god faglig vurdering av indikasjon og best egnet undersøkelse. God informasjon i henvisningene er også viktig for å kunne gi en god og målrettet beskrivelse av bildene, og reduserer risikoen for at patologi i bildene overses. En god henvisning vil kunne hindre misforståelser og unødvendige returer. Henvisninger bør inneholde en tentativ diagnose og tydelig formulert problemstilling, samt informasjon om følgende:

- Relevant sykehistorie inkludert symptomer.
- Ved skade: Når skjedde skaden? Skademekaniske dersom kjent, alternativt påpeke «ukjent skademekanisme».
- Ved smerter: varighet? karakteristikk?
- Aktuelle funn ved klinisk undersøkelse.
- Ved tumor: spesifiser lokalisasjon, varighet og karakteristika inkl. størrelsesangivelse.

- Tidligere undersøkelser/annen relevant diagnostikk med steds- og tidsangivelse.
- Tidligere operative inngrep.
- Familieanamnese dersom arvelige faktorer kan tenkes å være av betydning.
- Navn på den som eventuelt har anbefalt den aktuelle undersøkelsen (spesialist, manuellterapeut etc.).

Vanskelig og viktig

Vurdering av indikasjon, berettigelse og valg av best egnet bildeundersøkelse er ofte krevende, og retur av henvisninger kan oppfattes som faglig overprøving og irettesettelse. Det er viktig for tiltaket at alle involverte ser at målet er kvalitetsforbedring gjennom riktige bruk av bildediagnostikk.

REFERANSER

1. Riksrevisjonen. Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av polikliniske bildediagnostikk. Oslo 2017.
2. Hofmann BM, Gransjøen AM. Geographical variations in the use of outpatient diagnostic imaging in Norway 2019. *Acta Radiologica Open*. 2022; 11(2): 20584601221074561.
3. Hendee WR, Becker GJ, Borgstede JP, Bosma J, Casarella WJ, Erickson BA, et al. Addressing overutilization in medical imaging. *Radiology*. 2010; 257(1):240–5.
4. Rao VM, Levin DC. The overuse of diagnostic imaging and the Choosing Wisely initiative. *Ann Intern Med*. 2012; 157(8): 574–6.
5. Scott IA, Duckett SJ. In search of professional consensus in defining and reducing low-value care. *Med J Aust*. 2015; 203(4): 179–81.
6. Levinson W, Kallewaard M, Bhatia RS, Wolfson D, Shortt S, Kerr EA, et al. 'Choosing Wisely': a growing international campaign. *BMJ Qual Saf*. 2015; 24(2): 167–74.
7. Levin DC, Rao VM. Reducing Inappropriate Use of Diagnostic Imaging Through the Choosing Wisely Initiative. *J Am Coll Radiol*. 2017; 14(9): 1245–52.
8. Helsedirektoratet. Strategi for rasjonell bruk av bildediagnostikk. 2019.

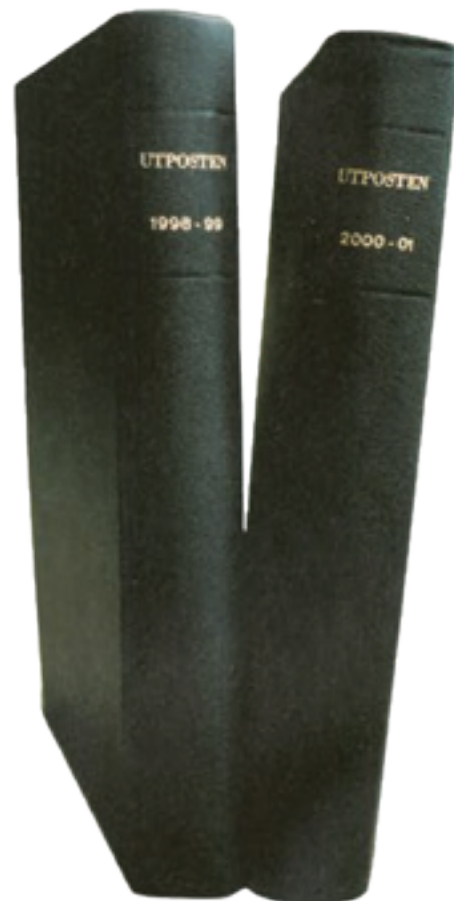
■ FREDRIK.NOMME@UNILABS.COM

TABELL. Henvisninger vurdert etter faglige kriterier.

| UNDERSØKELSE | PROBLEMSTILLING | BERETTIGET HVIS: | VARSELSYMTOMER |
|------------------------------|-------------------|--|---|
| MR lumbal/lumbosacralcolumna | Korsryggmerter | <ul style="list-style-type: none"> • Konservativ behandling er forsøkt og kirurgi overveies • Varighet < 4–6 uker med varselsymptomer ELLER • Varighet > 4–6 uker | <ul style="list-style-type: none"> • Feber • Andre infeksjonstegn • Historie på skade • Nylig spinalpunksjon • Ledsagende allmennsymptomer • Tilkommet vannlatingsvansker • Andre alvorlige eller økende nerveutfall |
| MR caput | Hodepine | Hodepine med varselsymptomer | <ul style="list-style-type: none"> • Akutt debut • Raskt økende frekvens og alvorlighet • Hodepine som vekker pasienten • Svimmelhet • Tap av koordinasjon • Nytilkommet nerveutfall • Sykehistorie med cancer eller immunsvikt • Parestesier |
| MR kne | Fremre knesmerter | <ul style="list-style-type: none"> • Forsøkt fysikalsk behandling uten bedring • Hydrops • Låsning/klikking i leddet | |

Utposten 50 år

■ TORGEIR GILJE LID • Koordinerende redaktør for årgangene 1998–2002 • Forskningsleder, Regionalt kompetansesenter for rusmiddelforskning (KORFOR) • Førsteamanuensis II, Helsevitenskapelig fakultet, Universitetet i Stavanger



Våren 1997 fikk jeg en forespørsel fra Geir Sverre Braut, en av redaktørene i *Utposten* og fylkeslege i Rogaland. Han lurte på om jeg kunne tenke meg å være med i *Utposten*-redaksjonen.

Jeg hadde abonnert siden studietiden og drømte om praksis i distrikt, selv om jeg bodde i Stavanger. Og Geir Sverre hadde vært en viktig mentor for meg da jeg jobbet med å få realisert 'Bilder fra klinisk praksis', et prosjekt med dokumentarfoto fra allmennpraksis sammen med fotografen Rune Eraker. Jeg ble både interessert og smigret av forespørselen, og takket ja til utfordringen.

Det ble raskt klart at jeg ikke bare hadde sagt ja til å være med i redaksjonen, jeg hadde sagt ja til å sette sammen en helt ny redaksjon. Den avtroppende redaksjonen mente det var viktig å starte med blanke

ark, og ønsket å gi minst mulig føringer. Men de hadde satt sammen en liste over allmennleger som både hadde mye å bidra med, og som de trodde kunne være interessert i å være med i *Utposten*. Bak hvert navn sto det en liten beskrivelse.

Jeg var ganske ung, midt i spesialiseringen, med tre barn og relativt nyinnflyttet i et stort oppussingsprosjekt. Oppgaven føltes overveldende. Jeg leste gjennom listen flere ganger, satte kryss ved de jeg ble mest interessert i, og begynte å ringe. Jeg kjente til noen av navnene, men jeg kjente ikke menneskene bak, og ingen av dem kjente meg.

De to første jeg ringte til var Elisabeth Swensen og Frode Forland. Begge sa til min overraskelse ja, og begge stilte som betingelse at de fikk lov til å ta med en til. Elisa-

Artikkelforfatteren er her avbildet som nr. to fra høyre sammen med *Utpostens* øvrige redaksjon og sekretariat 1998–2002:

F.v. Elisabeth Swensen, Gunnar Strøno, Tone Skjerven, Erik Jesman Pedersen, Tove Rutle, Jannike Reymert, Torgeir Gilje Lid og Frode Forland.



På biblioteket i Alexandria overrakte redaksjonen skinninnbundne utgaver av de fire første årgangene de hadde redaktøransvaret for *Utposten* (1998–2001) til ledelsen i biblioteket.



Bortest til venstre faksimile av den første utgaven av *Utposten* som Torgeir Gisle Lid og hans medredaktører hadde ansvaret for. Året etter fikk bladet helt ny layout.



beth fikk med Gunnar Strøno, og Frode fikk med Tone Skjerven. Oppgaven virket plutselig mer overkommelig. Jeg spurte også John Nessa om råd, og han foreslo å spørre Jannike Reymert. Hun sa ja, og redaksjonen var komplett da også min nabo Erik Jesman Pedersen sa ja til å være med.

Arkene var fortsatt blanke, men nå var vi sju om å fylle dem med farger og mening. Vi forsto fort at vi var avhengige av å få med Tove Rutle videre som redaksjonssekretær, og som framtidsrettede leger gikk vi over fra faksmaskin som kommunikasjonskanal til å bruke e-post.

Men hva slags tidsskrift ville vi *Utposten* skulle være de neste fem årene? Vi ønsket å sette dagsorden og påvirke utviklingen i allmennmedisin. Hvert nummer skulle være et temanummer med bestilte tekster og tekster fra redaksjonen, i tillegg til gode tekster som leserne hadde sendt inn selv. Vi ønsket også å løfte fram kliniske utfordringer på nye måter, og *Utposten* var sannsynligvis blant de første i Norge som viste hvordan det som den gang ble kalt virus på balansenerven kunne behandles (Dix-Hallpikes manøver), med illustrasjoner av kunstneren Per Dybvig.

Temanumrene varierte fra lokalsykehus, krisen i primærlegetjenesten (ja, den gang

også!), klagesaker, sosial ulikhet i helse (Rød respons!), til et forsøk på å flytte fokus fra krisefortellinger ('den allmennmedisinske bøtten er full') til en positiv beskrivelse av det faglige innholdet i allmennpraksis ('den allmennmedisinske karaffelen'). Den allmennmedisinske karaffelen ble en rød tråd gjennom første halvår 2001, fram til fastlegeordningens fødsel 1.juni. Vi innførte også et fast julenummer (nr. 8), med lengre fortellinger og større kunstneriske bidrag.

Men form er også viktig, både i seg selv og for å få innholdet best mulig fram. Vi ønsket å bruke kunstneriske bidrag, og redaksjonen samarbeidet gjennom disse årene med flere kunstnere og fotografer. De som bidro mest var Per Dybvig, Anne Christine Rød og Rune Eraker. Vi visste også at vi ville ha en helt annen layout, men ikke hvordan den skulle være. Men vi ble enige om å bruke det første året på å finne ut av hvordan vi ville ha det. Den helt nye layouten fikk sin debut i første utgave i vår andre årgang, nr. 1 i 1999. Fra da av følte vi at hele bladet, både innholdet, illustrasjonene og helhetsinntrykket, var fullt og helt vårt eget.

Som koordinerende redaktør var det mitt ansvar å holde trådene samlet og ha kontroll på rutiner og prosesser, slik at alt var ferdig til

trykking i riktig tid. Men *Utposten* var først og fremst et stort fellesprosjekt, hvor alle eide både ansvaret, arbeidet og resultatet. Allmennpraksis er på mange måter et ensomt fag, det aller meste skjer uten andre leger til stede, og uten andre å dele ansvaret med. *Utposten* representerte en helt annen måte å jobbe på, men med de samme temaene. Opplevelsen av felles ansvar og et stort felles prosjekt, hvor både detaljene, helhetsinntrykket og innholdet var viktig, betydde svært mye for min faglige og personlige utvikling i årene etter. Etter 25 år i allmennpraksis jobber jeg nå mest med forskning, fagutvikling og formidling, med erfaringene fra tiden i *Utposten* som et viktig grunnlag.

Alt godt tar slutt en gang, og for *Utposten* har det sannsynligvis vært helt essensielt at det har vært en stafett. Vi avsluttet våre fem år som redaktører med en reise til det nyåpnede biblioteket i Alexandria, med god støtte i et anbefalingsbrev fra utdannings- og forskningsminister Kristin Clemet. På biblioteket i Alexandria overrakte vi skinninnbundne utgaver av våre fire første årganger til ledelsen i en høytidelig seremoni. Det var et verdig punktum, som på høvelig vis pekte både framover og bakover.

■ GILJELID@GMAIL.COM

Call for action, manifestet fra Stavanger

■ MARTE KVITTUM TANGEN • Leder, Norsk forening for allmennmedisin

■ OLAV THORSEN • Leder for Nordisk kongress i allmennmedisin 2022

I juni 2022 ble Nordisk kongress i allmennmedisin (NCGP) arrangert i Stavanger med over 870 deltagere fra 17 land.

Under åpningen i Stavanger konserthus la president i Nordic Federation of General Practice (NFGP), Johann Sigurdsson, frem et «call for action» for allmennmedisin. På avslutningen ble resolusjonen vedtatt som et opprop og et varsko fra deltagerne.

Allmennmedisin er truet i mange land. Selv om vi har en fastlegekrise i Norge og svenske allmennleger fortsatt kjemper for en ordning med en fast lege for innbyggerne, er vi i Norden nå i frontlinjen for allmennmedisin. England med sitt NHS har stadig større problemer og klarer ikke lenger å levere de allmennmedisinske helsetjenestene befolkningen har behov for. Våre nordiske kjerneverdier får stadig større utbredelse, og de nordiske core values (1) har nylig blitt implementert som Wonca Europe sine core values (2).

Verdens helseorganisasjon definerer primærhelsetjenesten som en hjørnestein i kostnadseffektive og bærekraftige helsesystemer. Allmennleger er sentrale medisinske leverandører innenfor primærhelsetjenesten. I allmennmedisin definerer vi kontinuitet i omsorgen som et langvarig forhold mellom en pasient og en lege etter pasientens valg, støttet av et team av andre helsepersonell. Kontinuitet i omsorgen er et vesentlig element i allmennpraksis av høy kvalitet. Det er god evidens og økende internasjonal konsensus for at kontinuitet innebærer betydelige helsegevinster både for pasienter og helsetjenesten (3). Det øker pasienttilfredsheten, gir bedre effekt av forebyggende tiltak og bedre etterlevelse av behandlingsanbefalinger. Kontinuitet i lege-pasient-forholdet reduserer bruken av legevakt, behovet for akutte sykehusinnleggelse, er assosiert med lavere dødelighet og gir mer fornøyde leger.



President i Nordic Federation of General Practice, Johann Sigurdsson, legger frem et «call for action» under Nordisk kongress i allmennmedisin i Stavanger.

Oppropet fra Stavanger avsluttes med følgende melding til alle beslutningstakere:

«The 22nd Nordic Congress of General Practice, held in Stavanger 21st–23rd of June 2022, encourages politicians and all other stakeholders of the health care service to support and facilitate sustainable health systems that promote relational continuity. This implies that all patients should have access to a General Practitioner/Family Physician of their own choice who knows them and their circumstances.»

REFERANSER

1. Carlsen, T. Tangen, M.K. Mål og visjoner for allmennmedisin-tilbakeblikk og frampek. Utposten 1, 2022.
2. <https://www.woncaeurope.org/page/our-core-values>.
3. Sandvik, H. Hetlevik, Ø. Blinkenberg, J. Hunskaar, S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022 Jan 27; 72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340. Print 2022 Feb.

■ MARTE.KVITTUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO ■ OTHORSEN@LYSE.NET

**PALLIATIV OMSORG****Ulikt syn på egen rolle**

Fastlegenes brede medisinske kunnskap, deres rolle som koordinator av helsetjenester og det langvarige pasientforholdet over tid, gjør fastlegene godt rustet til å bidra i palliativ omsorg. Men det var ingen konsensus blant fastlegene når det gjaldt deres egen rolle, ifølge forskerne bak en kvalitativ studie. I alt 25 fastleger, fordelt på fire fokusgrupper, er intervjuet. Flere faktorer påvirker hvordan fastlegene ser på sin egen rolle og i hvilken grad de er involvert i palliativ omsorg. Generelt har de en positiv innstilling til å delta, men har ulike syn på sin formelle rolle. Fastlegene kunne deles i tre kategorier: De som var mye involvert, de som i liten grad var involvert og de som ikke var involvert i palliativ omsorg.

● BMC Palliative Care (Anne Fasting et al), juli 2022, doi: 10.1186/s12904-022-01015-1

48 %

av fastlegepasienter mente selv de hadde dårlig helse. Det viser en studie blant 866 pasienter ved 47 fastlegekontorer. Sannsynligheten for å ha rapportert dårlig helse siste uke, økte ved økende antall symptomer – og var delvis uavhengig av fastlegens diagnose. Resultatene samsvarer med forskernes tidligere studier som viste en sterk sammenheng mellom antall symptomer, funksjon og helse. Dårlig selvrappert helse forekom oftere hos kvinner, hos middelaldrende pasienter, hos mottagere av trygd, blant pasienter diagnostisert med asteni, korsryggsmerter og depresjon og angst og hos pasienter med belastende livshendelser og medisinsk uforklarte tilstander. I multivariate analyser var dårlig selvrappert helse bare forbundet med spesielt antallet symptomer, samt det å motta trygd eller være pensjonist.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, (Mona Kjeldsberg et al), juni 2022, doi.org/10.1080/0281.3432.2021.2022341

SYKEHJEMSPASIENTER**Mindre psykose med smertebehandling**

Det er en sammenheng mellom smerter og psykosesymptomer hos sykehjemspasienter, ifølge en ny doktoravhandling. Det viser en klyngerandomisert studie blant 723 sykehjemspasienter ved i alt 67 sykehjemsavdelinger i Norge. En annen randomisert studie blant 352 pasienter fra 60 sykehjemsavdelinger, viser at smertebehandling kan redusere psykosesymptomer.

● Doktoravhandling, Torstein Frugård Habiger, disputas Universitetet i Bergen 17. juni 2022

LUFTVEISINFEKSJONER**Over ti prosent av fastlegekonsultasjonene**

Luftveisinfeksjoner utgjorde 11,6 prosent av alle konsultasjoner i primærhelsetjenesten i tiårsperioden 2006 til 2015, ifølge norsk forskning. Andelen per tusen innbyggere ble redusert i perioden, samtidig som antallet konsultasjoner, uavhengig av årsak, økte. Over åtte av ti konsultasjoner på grunn av luftveisinfeksjon ble tatt hånd om i allmennpraksis. Men, mens denne typen konsultasjoner stod for drøyt ti prosent av alle fastlegekonsultasjoner, utgjorde de over 21 prosent av konsultasjonene på legevakt. Ved over halvparten av alle konsultasjonene for luftveisinfeksjon ble det tatt en CRP-test, og bruken av CRP var høyere i slutten av studieperioden. Nær 32 prosent av konsultasjonene blant pasienter i arbeidsfør alder, resulterte i en sykmelding.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care, (Leo Larsen et al), april 2022, doi.org/10.1080/0281.3432.2022.2069711

**SKRØPELIGHET HOS ELDERE****Så effekt av tilstrekkelig proteininntak**

Inntak av proteiner målt i gram pr. kilo kroppsvekt hos middelaldrende og senere i livet har sammenheng med preskrøpelig og skrøpelig i eldre alder. Sannsynligheten for å være preskrøpelig/skrøpelig, ble redusert med 57 prosent ved inntak av ett ekstra gram av protein i kosten pr. kilo kroppsvekt. Det viser en studie med data fra den 7. Tromsøundersøkelsen. Artikkelforfatterne mener studien viser viktigheten av et stabilt høyt proteininntak over tid. Resultatene er basert på data fra 1906 kvinner og 1820 menn som i 1994 var 45 år eller eldre og som hadde deltatt i både Tromsø 4- og Tromsø 7-undersøkelsen. Skrøpelig ble klassifisert ut ifra epidemiologen Linda Fried's definisjon, hvor preskrøpelighet krever at én til to av fem kriterier er oppfylt, mens tre eller flere definerer skrøpelig. De fem kriteriene/karakteristikkene er: utilsikket vekttnap, redusert ganghastighet, redusert gripestyrke, lavt aktivitetsnivå og utmattelse. Daglig inntak av proteiner ble estimert ut ifra selvrappert kosthold.

● The Journal of Frailty & Aging (D.M. Kongelvoll et al), mars 2022, doi: 10.14283/jfa.2022.16.

**PALLIATIV OMSORG****Savner bedre kommunikasjon**

Mangel på kommunikasjon, både lokalt og mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, var en nøkkelfaktor når fastleger og annet helsepersonell (distriktsykepleiere, kreftsykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter) fortalte om vanskelige pasientsituasjoner knyttet til palliativ omsorg. Det fremgår av en kvalitativ studie gjennomført blant 52 helsepersonell i distrikt i Nord-Norge. Sykepleierne og fastlegene hadde ofte samme opplevelse av de tyngste situasjonene, som å bli tilkalt akutt til en syk pasient etter arbeidstid og mangle informasjon om pasienten, for eksempel fordi epikrisene var mangelfulle. Samlokalisering av de lokale tjenestene ble trukket frem som viktig for å få til godt samarbeid, samt gjensidig støtte og kunnskap om hverandres kompetanse og arbeid.

● BMC Health Services Research (May-Lill Johansen og Bente Ervik), mars 2022, doi: 10.1186/s12913-022-07713-z



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Faggruppe for rus- og avhengighetsmedisin (NFA)

MEDLEMMER I 2022: Torgeir Gilje Lid (leder), Pernille Willersrud, Krister Mostrøm, Camilla Holter Huseby og Christian Steinfeldt-Foss.

Pasienter med helseproblemer knyttet til rusmiddelbruk og pasienter med avhengighetslidelser trenger fastleger som kan bruke hele den allmennmedisinske verktøykassen. Forebygging er viktig, både for de voksne og eldre pasientene med litt uheldige alkoholvaner, for ungdom med utprøving, og for barna som vokser opp i familier med alvorlige rusproblemer. Disse barna blir ofte sårbare voksne, og mangler gjerne ballasten som trygge familierelasjoner, gode måltidsvaner og fellesskap gir. God helse er viktig for alle, og mange med litt for høyt alkoholforbruk mangler kunnskap om hvordan det kan virke inn på for eksempel blodtrykk, søvn, psykiske plager, hudlidelser, atrieflimmer, svimmelhet og de nære omgivelser. En god del pasienter utvikler også avhengighetsproblemer knyttet til behandling for smerter, angst eller andre plager. For pasienter med alvorlige og langvarige rusproblemer, ofte komplisert av psykiske lidelser såkalte ROP-pasienter, er det ekstra mange muligheter for å bidra til bedre helse. Dette er en pasientgruppe som ikke har tatt del i de store livsstilsendringene som resten av befolkningen har opplevd. Røyke-

andelen er ca. ti ganger større blant ROP-pasienter og pasienter under annen langvarig rusbehandling, som i LAR. De blir også tidligere syke av for eksempel hjerte-/karlidelser og KOLS enn resten av befolkningen, og får mindre tilgang til basale helsetjenester som utredning, forebyggende tiltak og behandling.

Faggruppe rus- og avhengighetsmedisin har vært opptatt av alle disse utfordringene, og forsøkt å bidra til økt kunnskap blant fastleger og bedre helsetjenester generelt for alle disse pasientgruppene. Faggruppen har jobbet langs tre linjer:

Den første og viktigste har vært kurs for fastleger. I ti år, fram til PMU 2018, hadde vi et klinisk emnekurs hvert år, på PMU og Nidaroskongressen. Det var nye tema hver gang, men med hovedfokus på enten den legale rusen (alkohol og medikamenter) eller den illegale rusen. Faggruppen har også bidratt i arbeidet med nettkurs om legemiddelavhengighet. Etter pause på Nidaroskongressen i 2019 og pandemi de neste to årene, er det i år duket for kurs på PMU om sosial ulikhet i helse, sammen med faggruppen for sosial ulikhet i helse.

Den andre linjen har vært bidrag i utvikling av veiledere og retningslinjer. Her har gruppas medlemmer deltatt i mange arbeidsgrupper, hvor de siste har vært Helse-

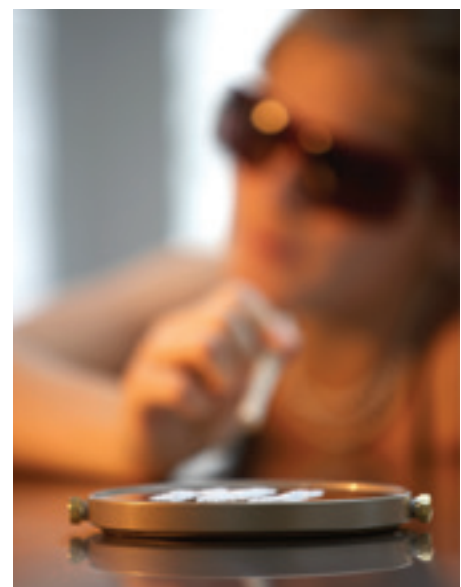
direktoratets arbeidsgruppe for pakkeforløp for ROP-pasienter og Dnlf sin arbeidsgruppe for bedre fysisk helse for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og/eller ruslidelser (sluttføres oktober 2022).

Den tredje linjen har vært bidrag i høringsprosesser. Her har gruppas medlemmer deltatt i mange høringsprosesser. En av de siste var høringsprosessen knyttet til nye LAR-retningslinjer.

Utfordringene er mange og store, og mulighetene for fastlegen til å bidra til at en pasient får bedre helse og et bedre liv likeså. Samtidig er den pågående krisen i fastlegeordningen særlig alvorlig for disse pasientgruppene. I spesialisthelsetjenesten er rus- og avhengighetsmedisin en ung spesialitet, men faglig spennende. Dette er også en delforklaring på hvorfor flere av denne faggruppens medlemmer etter hvert har endt opp som spesialister i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og som forskere på feltet. Gruppen trenger derfor nye medlemmer! Vi kan by på spennende oppgaver innenfor et allmennmedisinsk kjerneområde, gode kolleger og mulighet til å lage gode kurs!

TORGEIR GILJE LID
Leder, Faggruppe for rus- og avhengighetsmedisin

■ GILJELID@GMAIL.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAUNBOX

Til glede og refleksjon

Knut Arve Omdal
Å berøre stjerner
 279 sider
 Kolofon Forlag 2021
 ISBN 978-82-300-2219-1

Her velger jeg å la en liten del av forlagskonsulentens vurdering sette «tonen» for denne anmeldelsen: «Som ung legestudent i Danmark møter han henne. Hun har hestehale, fregner og smilehull. Sammen opplever de å finne det vi alle leter etter- den store kjærligheten. I boken får vi følge dem gjennom hverdager og festdager, gjennom familieførøkelse, gleder og utfordringer. Vi får også ta del i livet som lege. Vi får se hvor vanskelig og tøft det til tider kan være, men også hvor verdifullt og givende det er å kunne hjelpe andre. Dette er en historie om å bry seg. Om å se det store i det små. Men mest av alt er dette en sann historie om å elske – høyt, dypt og inderlig – og om å bli elsket tilbake.»

Boken lener seg på to viktige kilder: brevvekslinger innad i familien og nær slekt, samt dagboksnotater. I kursiv kan vi fortløpende lese forfatterens refleksjoner i nåtid over det livet han og familien har hatt gjennom årene. Varme og sterke bånd innad blant de nærmeste står i grell kontrast til holdninger og handlinger fra noen slektninger litt utenfor den innerste sirkelen. Til tider er stoffet både sterkt og medrivende – ikke uten anstrøk av fortvilelse hos forfatter – og leser.

Legelivets mange fasetter beskrives levende – både når det gjelder forfatterens arbeid på sykehus og ikke minst i allmennpraksis. Her vil nok mang en leser kjenne seg igjen i både store utfordringer og gleder i arbeidshverdagen – og til tider følelsen av å stå i spagaten: ett bein i familien og ett annet i jobben som lege.



Vi har her en utgivelse utenom det vanlige blant våre kolleger, for å si det forsiktig. Det står stor respekt av dette å vise «innsiden» i livet sitt på denne måten. Forfatteren fortjener stor takk for å gi oss denne perlen av en beretning.

Knut Arve Omdal antyder i avslutningen av boken at denne er nummer 1, og at han arbeider med bok nummer 2.

Boken anbefales.

ELI BERG

En bok som kan gi håp



Kari Lossius (red.)
Håndbok i rusbehandling
 3. utgave
 508 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-54503-8

Hele 19 forfattere har her gitt sine lesevverdige bidrag til en stor bok, både i bokstavelig forstand (vekt ca. én kilo) og innholdsmessig.

Over lengre tid har vi i Norge hatt diskusjoner om en rusreform. I den anledning har mange drømt om et langt bedre tilbud til både rusavhengige og personer i faresonen for å kunne bli innlemmet i nettopp denne gruppen. Om tenkningen og tiltakene som beskrives i denne boken kunne bli virkelighet i hele vårt langstrakte land, så ville nok mange liv bli spart og mye lidelse forhindres/avhjelpes. Forfatterne har lang erfaring og overbevisende refleksjoner over hva som kan være essensielt for å lykkes i arbeidet med å hindre all den nøden som rus kan avstedkomme, både for yngre og eldre mennesker og for deres pårørende.

Boken er stor, og bruken av den vil sikkert variere med hvor i helsetjenesten man arbeider og med hvilke pasienter. Noen vil sikkert finne at utgivelsen egner seg ypperlig som et oppslagsverk, mens andre vil fanges inn av tematikken, noe som gjør at boken vil bli lest fra perm til perm. For spennende er den, og faglig svært solid. Leseren får virkelig kjenne både på rusfeltets mange sider, og ikke minst hvilke store muligheter ulike yrkesutøvere har funnet fram til for å kunne bistå mennesker som ønsker seg ut av rusavhengighet – her og nå eller etter hvert i møter med engasjerte, faglig sterke hjelpere.

Fra baksideteksten kan saks: «Hvordan kan vi forstå rusmiddelavhengighet? Hva

kan være gode behandlingstilbud og – metoder for mennesker med moderate til alvorlige ruslidelser? Og hva kreves det av terapeuter og andre på feltet for å få til tverrfaglig spesialisert rusbehandling?»

I innledningen poengteres det at «mange mennesker har ... altfor lenge hatt et negativt syn på om behandling nytter, og ment at uansett hva man gjør, vil få ha nytte av intervensjonene. Dette er en misforståelse! Flere forskjellige terapier har vist gode resultater, og mange av dem beskrives i denne boken ... så forskjellige emner som avrusning, musikkterapi, kognitiv adferdsterapi, treningsterapi, mentaliseringsbasert terapi, motiverende samtale, miljøterapi, legemiddelassistert rehabilitering og gruppebehandling.»

Det er naturligvis ikke tanken at fastlegene skal kunne bistå i hele dette omfattende feltet. Men boken gir innblikk i mulighetene som i dag foreligger for hjelp til enkeltpersonene i denne pasientgruppen. Hvilke muligheter finnes lokalt? Hvor kan legen henvise og til hva? Dette og mye mer gir denne boken innsikt i.

Og ikke minst viktig: den dype respekten for enkeltmenneskene som sliter – og hva det igjen betyr for relasjonen mellom pasient og terapeut – gjennomsyrrer hele denne utgivelsen.

Boken anbefales.

ELI BERG

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Saklig og aktuelt om barnevern



Barnevern- og helsenemnda
- en lærebok
194 s
Fagbokforlaget, Bergen 2022
ISBN 978-82-45-03485-1

Når den nye Barnevernsløven trer i kraft 1. januar 2023 vil Fylkesnemnda ha skiftet navn til Barnevern- og helsenemnda (BV&HN). Andersland har skrevet en interessant lærebok, mest siktet mot lesere som ikke er jurister. Læreboka er aktuell for allmennleger og ikke minst for samfunnsmedisinere.

Andersland er jurist med bred erfaring som politiker, som fylkesnemnd-leder i

mange år, som direktør i BUFetat Vest og som medvirkende til diverse offentlige utredninger. Sist var han med i Barnelovskommisjonen som leverte sin innstilling i 2020. Han er en uredd og fritt-talende person som ikke går av veien for å utfordre myndighetspersoner eller den politiske korrekthet.

Boka er inndelt i 12 kapitler. Ett av kapitlene er skrevet av to psykologer som har bred erfaring som retts-sakkyndige. En far som i flere år var fratatt sitt barn, og som fikk foreldreretten tilbake, har skrevet et fint introduksjonsavsnitt om hvordan han og kona ble møtt i Fylkesnemnda.

Andersland legger stor vekt på å gjengi og begrunne hvorfor barnevernstjenesten er tjent med åpen og saklig kritikk. Han refererer til slik kritikk fra mange kilder, blant annet fra FNs Barnekomisjon, fra Helsedirektoratet og fra statsforvaltere. En tjeneste som forvalter stor makt, er tjent med åpenhet og kritisk interesse.

Forfatteren legger vekt på at saker som forberedes og avgjøres i et rettsliknende forvaltningsorgan, ikke kan gi rettferdighet til partene. Det er sjelden fakta hugget i stein som presenteres, hverken fra barnevern eller privat part i sakene. Derfor er dialogen og rettssikkerhet med kontradiksjonsmuligheter så viktig. Andersland legger stor vekt på det nye tiltaket i BV&HN som kalles «samtaleprosess». Han omtaler også barnevernsmetoden Familieråd. Denne omtalen er litt overfladisk, og vi får ikke vite i hvilken grad dette tiltaket støttes politisk eller av myndighetene (les Bufdir).

Som allmennlege med et (selv)kritisk fokus på medisinen, merker jeg meg at juristen og de sakkyndige forfatterne har stor tro på medisinsk og psykiatrisk sakkyndighet og diagnostikk. Når diagnoser med sviktende validitet brukes på autoritære måter i rettspleien og forvaltningen, har vi et problem. Dette kunne med fordel vært bedre belyst. Til bokas forsvar gjengir imidlertid Andersland kritikken fra FNs Barnekomisjon om nettopp dette.

Våren 2020 avsa Høyesterett tre dommer for å stake ut en korrigert kurs for retts- og forvaltningspleien på dette området. I boka viser Andersland til at de «toer sine hender» for å ta ansvar for at norsk rettspraksis kom i konflikt med Den Europeiske Menneskerettsdomstol (EMD). Det er med befriende åpenhet at Andersland påpeker at norsk Høyesterett har seg selv å takke for en restriktiv samværspraksis med biologiske foreldre ved en dom fra 2012, som fikk sterk presedens i landet. Det er denne samværspraksis som EMD mener bryter med Menneskerettskonvensjonens krav om respekt for familieliv.

Boka er en svært saklig og interessant fremstilling med stor relevans for vårt fagfelt. Myndighetsorganer, som for eksempel BUFdir, har hatt en lei tendens til å krysse ned i skyttergraver når det rettes offentlig kritikk mot barnevernstjenesten. Det må bli et ansvar for politikere og helse- og sosialmyndighetene å ta saklig kritikk på alvor. Anderslands lærebok vil være til stor hjelp.

EIVIND MELAND

En sterk samtale



Erik Nakkerud
Min psykotiske mamma
 119 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-15-04771-3

Unggutten Erik på 15 år fikk plutselig et ansvar ingen tenåring kan forventes å ta. Moren ble akutt innlagt på sykehus med psykose, og sønnen ble den som måtte ta ansvar for moren både før og etter innleggelsen.

«I min verden fantes på denne tiden bare glede, mørkeredsel, sorg når noen døde, og litt sinne de gangene jeg følte meg urettferdig behandlet på fotballbanen. Jeg kjente ikke til noe annet. Nå kan jeg derimot se at perioden rundt din første innleggelse også er mitt første tydelige møte med de mer sammensatte og kompliserte følelsene: skyld og skam. Det jeg vil frem til her, er altså at det jeg trengte å snakke om da du ble syk, var ting jeg ennå ikke visste hva var.» (FRA BOKENS BAKSIDE-TEKST)

To akutt-innleggelses på åtte år og tiden mellom er hovedtema i denne uvanlige og nære beskrivelsen av en ungdoms alene-gang med et altfor stort ansvar.

Som godt voksen har omsider Erik og moren kunnet snakke sammen om de tøffe årene i livet deres, og da med lydbånd som har fanget opp det som ble sagt dem imellom gjennom en rekke samtaler. De var enige om å skrive en bok sammen. Men i stedet for å benytte store deler av utskriftene direkte, har Erik valgt å skrive denne boken mer som en refleksjon over tematikken, og da med adresse til moren, som han jevnlig henvender seg til i teksten.

Det er hjerteskjærende å få innblikk i hvordan moren ble gradvis mer og mer syk i løpet av et halvår før hun omsider ble innlagt «uten at vi skjønnte hva det var eller visste hva vi skulle gjøre. Etterpå skjønnte vi heller ikke hvordan vi skulle snakke om det og bearbeide det, eller om det i det hele tatt var noe vi trengte å gjøre.» - Moren var for øvrig alene med Erik og hans to år eldre bror i disse tøffe årene for hele storfamilien deres.

Boken har flere foto av forfatteren, hans mor og bror.



I lys av at vi omsider for få år siden fikk lover og regler for hvordan vi i hjelpeapparatet bør bistå «barn som pårørende», skulle vi kanskje tro at mye var gjort her til lands for ivaretagelse av nettopp en gutt som Erik. Men har vi kunnskapen som trengs for å kunne komme i kontakt med barn og ungdom som kanskje mangler både ord og begreper for hva de står midt oppe i? Som leger kjenner vel flere av oss til mange familiesituasjoner hvor utenforstående kanskje slo seg til ro med at «det så da ut som barna greide seg bra» midt oppe i dramatikken og utfordringene i familien.

Boken er viktig. Den er lettlest, den har et språk som gjør at sidene glir av gårde. Og innimellom er det vakre fargefotos av mor og de to sønnene. Dette er en bok for både lek og lærd, ja, ikke minst for oss i helsevesenet.

Boken anbefales.

ELI BERG

Til undring og stor nytte

Runar Bakken
I løvens gap
 Om aldring og alderdom
 nå og i årene som kommer
 206 sider
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-02-71644-8

Forfatteren innleder med at

«...tittelen *I løvens gap* er hentet fra en historie om zoologen som hele livet studerte løver, og som en dag befant seg i løvens gap. Å være en aldersforsker som begynner å bli gammel, er litt som å være denne zoologen.»

Runar Bakken er gerontolog, sykepleier, dosent emeritus, har etablert et senter for omsorgsforskning og har de siste årene arbeidet med problemstillinger innen gerontologi. Han skriver i innledningen at hensikten med denne utgivelsen er å øke «studenters, politikeres, beslutningstageres, pårørendes og velgeres *forestillingsevne*», kort sagt «hva det innebærer en dag å bli løftet ut av de gatene vi ferdes i, for til slutt å befinne oss i overgangen mellom liv og død i eget hjem eller sykehjem.»

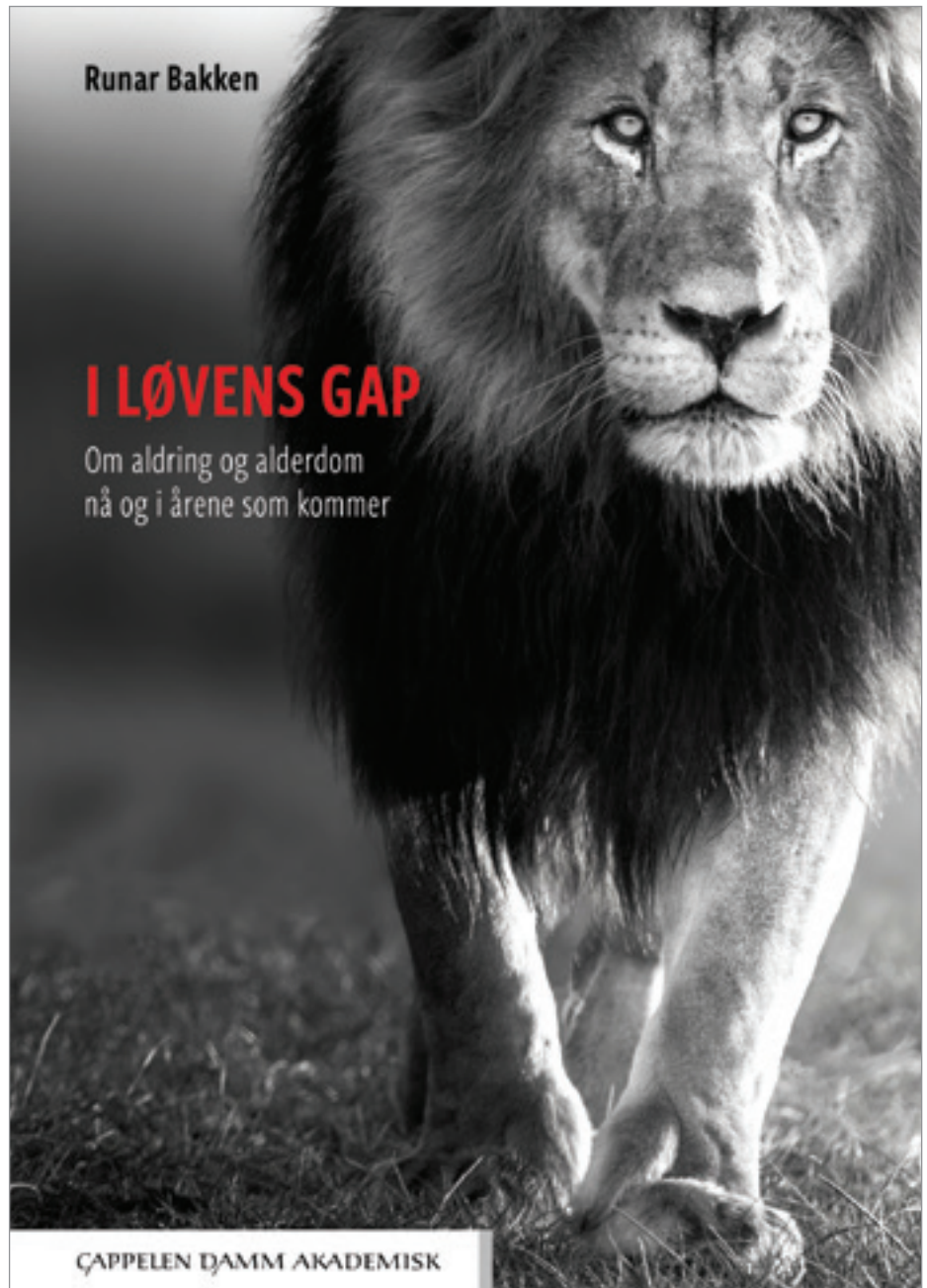
Gjennom følgende hovedkapitler evner han i rikelig monn å engasjere, skape undring og ikke minst utfordre til å filosofere over livets betingelser:

- Om aldring og helseulikhet
- Om å kle alderdommen i sykdomsklær
- Om forskjellen på lamper og gamle mennesker (NPM)
- Om forslag til prioriteringskriterier
- Om å tjene penger på gamle mennesker eller ikke
- Om å skaffe mange nok med kompetanse
- Om å skape tillit
- Om pårørende i en verden av kvinner
- Om å titte inn i glasskula
- Om selvbestemt død
- Om transhumanisme og alderdom

Vi står altså overfor en forfatter som brer ut et stort kart, hvor han plasserer det slik:

«Det å la sine egne livserfaringer og erfaringer fra praksis inngå som en del av danningen som profesjonsutøver, er en forutsetning for å ende opp med en *personlig kompetanse*.»

Han gir solid liv til teksten ved å hente inn både kliniske eksempler og tenkere fra ulike



ke tidsepoker, noe som gjør boken direkte spennende både for lek og lærd – og ikke minst utfordrende.

Både gjennomgangen av hvor vi står i dag når det gjelder spørsmålet om selvbestemt død, og gjennomgangen av hvor holdninger og teknologi befinner seg med tanke på å

oppheve døden (transhumanisme) – ja, mer utfordrende kan det knapt bli.

Dette er en velskrevet og «levende» bok som gir mye. Og den vil utvilsomt kunne egne seg både for den erfarne kollegaen og for dem som nylig er trådt inn i legekollegiet.

Boken anbefales.

ELI BERG

Et viktig – og omfattende – perspektiv i helsetjenesten



Karina Aase
Pasientsikkerhet
 309 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-15-05488-9

Forfatteren er professor og har arbeidet med pasientsikkerhet i en årrekke. Sakset fra bokens baksidetekst:

«*Pasientsikkerhet* er skrevet for alle som er del av helsetjenesten, og alle som er interessert i hvordan ivareta sikkerheten for pasienter som mottar helsetjenester. Boka bygger på forskning gjennomført de siste 15 årene innen fagfeltet, og presenterer både teori og praksis innen ulike deler av helsetjenesten.»

Pasientsikkerhet defineres ofte som fravær av pasientskade forårsaket av helsevesenet. Og de vanligste forholdene som det har vært fokus på, er så langt legemiddelrelaterte skader, infeksjoner, komplikasjoner etter kirurgi, fall og underernæring. Dette blir grundig gjennomgått i denne boken, både illustrert med pasienthistorier, men også belyst både gjennom teorier og systemforståelse. I tillegg vektlegges hvordan mulighetene for sikre helsetjenester også hviler på både det enkelte helsepersonell, men også pasientene selv og deres pårørende.

Mange «sårbare» situasjoner blir presentert – som f.eks. hvilke sikkerhetsutfordringer som ligger i overgangene mellom *nivåer* i helsetjenesten – og spesielt når det gjelder utskrivninger til pasientenes hjem. Her kan utfordringene være store med tanke på pasientsikkerheten. Denne tematikken blir ekstra solid gjennomgått i boken. Sentralt er involveringen av pasienter og pårørende i disse prosessene – og naturligvis fastlegene.

Forfatteren har et eget kapittel om psykisk helsehjelp. Hun påpeker at pasientsikkerhet når det gjelder denne tjenesten tradisjonelt har vektlagt «vold, tvangstiltak, risiko for selvmord og selvskadning». I denne delen av boken får hun fram hvor stor betydning pasienters og pårørendes erfaringer er med tjenestene, hvor vesentlige de mellommenneskelige og sosiale forholdene er. Forskning viser imidlertid at for helsepersonell er det de *kliniske* forholdene som er viktigst.

Boken tar en «solid sving» innom sjekklister som nå er mye brukt i kirurgi, lister inspirert av luftfarten. Litt overraskende er det kanskje at nyere forskning viser at disse såkalte trygg kirurgi-sjekklister «har

liten verdi som enkelttiltak, men bør inngå i tiltakspakker og krever organisatorisk tilrettelegging.»

Til slutt i boken beskrives pasientsikkerheten i de prehospitalene tjenestene. Forfatteren nevner at forskningen på dette feltet har vært begrenset til uønskede hendelser, hendelsesrapportering og trening. Men også denne delen av helsetjenesten har store utfordringer på flere områder av virksomheten, som «oppgaveledelse, teamarbeid, situasjonsforståelse og beslutningstaking». Ikke minst refleksjonsaktivitet, mellommenneskelige prosesser og team-trening av helt sentrale elementer for en velfungerende prehospital tjeneste. Jr. kollega Helen Brandstorps arbeid med nettopp team-trening i akuttmedisin i primærhelsetjenesten, bl.a. presentert i *Utposten* nr. 5 i 2016 («Med tro på sommerfugleeffekten»).

Uansett nivå i helsetjenesten er ledelse helt sentralt – ikke uventet. For hva skjer i dag når det gjelder f.eks. struktur, kultur, eksterne krav, politikk, engasjement, opplæring og fysiske/teknologiske forhold i de ulike delene av helsetjenesten vår? Er det etablert systematiske læringssystemer innad i tjenestene hvor dialog og refleksjon bidrar til læring når noe har gått galt? Dette utdypes i detalj i teksten. Som forfatteren skriver: «En god sikkerhetskultur består av en informert, rapporterende, lærende, fleksibel og rettferdig kultur.»

Alt i alt: Dette er en svært viktig bok for oss alle – både for helsepersonell, pasienter og pårørende, men også for helsemyndigheter og politikere lokalt og sentralt.

Boken anbefales.

ELI BERG

UTPOSTEN
 – meldinger om og fra
 den gode primærmedisin

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..

Katrine Sæves?



Hva leser du nå?

Jeg har akkurat begynt på boka *Drømmen om et tre* av Maja Lunde. Dette er den fjerde og siste boka i hennes romanprosjekt om klima- og naturkrisen. Klimakvartetten startet med *Bienes historie* i 2015, etterfulgt av *Blå* og *Przewalskis hest*. Bøkene er en knyttneve mot menneskenes vanskjøselse, rovdrift og misbruk av kloden.

Drømmen om et tre omhandler forhold mellom foreldre og barn, om bånd mellom mennesker og ikke minst om kjærligheten vi har til naturen. Kan den reddes? Finnes det håp?

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg **elsker** å lese bøker! Lesing gir meg inspirasjon og stimulerer fantasien. Jeg leser også for underholdningen og spenningens skyld.

Jeg opplever mer og mer at lesing reduserer stress. Alt av gjøremål som burde vært gjort, forsvinner idet jeg entrer bokas verden. Det er en fantastisk avkobling!

Hvor leser du?

Jeg leser overalt! Jeg leser på senga, på hytta, i passasjeretet, på ferie eller mens

middagen putrer seg ferdig i stekeovnen. Jeg kan til og med lese mens jeg pusser tenner (da er boka som regel veldig spennende). Jeg har alltid med meg ei bok i veska, i tilfelle jeg får en ledig stund til overs.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Selv om jeg har lest mest romaner de siste årene, er det ikke noe som slår ei spennende krimbok!

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

I sommer leste jeg boka *Shuggie Bain* av Douglas Stuart. *Shuggie Bain* er en sterk fortelling der handlingen er hentet fra et fattig lokalsamfunn i Glasgow i perioden 1981–1992. Det er en skildring om sosial elendighet og økende arbeidsledighet, der arbeiderklassen kjemper for å overleve. I sentrum av fortellingen finner vi lille Shuggie, en gutt med en betingelsesløs kjærlighet for sin alkoholiserte mor. Shuggie Bain er en kraftsalve av ei bok. Den pynter ikke på sannheten, og den skildrer enkeltpersoner på en levende måte. Historien er hjerteskjærende og tragisk, og den setter dype spor i leseren! Anbefales på det varmeste!

Den andre boka jeg leste i sommer er

romanen *Dei vaksnes løgnaktige liv* av Elena Ferrante. Elena Ferrante er et pseudonym for forfatteren som blir omtalt som den mest kjente ukjente forfatteren i Italia. Hun er kanskje mest kjent for de fire bøkene i Napoli-kvartetten, der den første boka, *Mi briljante venninne*, nå er en populær serie på HBO.

Dei vaksnes løgnaktige liv er oversatt fra italiensk til nynorsk av Kristin Sørdsdal. Språket flyter så fint og er så lettlest, at du glemmer at du leser nynorsk.

I *Dei vaksnes løgnaktige liv* er handlingen lagt til et middelklassemiljø i Napoli i 1990-årene. Vi følger ungjenta Giovanna gjennom fire år av oppveksten hennes. Boka skildrer et stort og rikt familiedrama om oppvekst, identitet og klasse, om seksualitet og utroskap, om relasjoner og generasjoner og om kunsten å balansere sannhet og løgn. Boka er nydelig skrevet og får leseren til å reflektere over hva det vil si å være menneske.



Biologisk legemidler

– en kort innføring

Biologiske legemidler er legemidler som er fremstilt av biologisk materiale. De er gjerne store molekyler, som (poly)peptider, proteiner eller mukopolysakkarider (f.eks. heparin).

Eksempler på biologiske legemidler er immunglobuliner (for eksempel monoklonale antistoffer), vaksiner, allergener, koagulasjonsfaktorer, vekstfaktorer og peptidhormoner (1).

Biologiske legemidler har vært brukt i over hundre år, og vaksiner, insulin og veksthormoner er eksempler på de som først ble tatt i bruk. Med ny kunnskap om sykdomsprosesser og subcellulære kaskader har det de senere årene vært en rask og omfattende utvikling av biologiske legemidler, og de brukes for stadig flere sykdommer og med økende presisjon.

Når patentet på eksisterende biologiske legemidler går ut, kan andre firmaer lage legemidler som ligner på originalpreparatet. Disse kalles biotilsvarende legemidler. Ettersom biologiske legemidler er store og komplekse molekyler med en avansert fremstillingsmetode, vil det ikke være mulig å lage eksakte kopier av de originale legemidlene. Likevel skal den biologiske og kliniske effekten være lik originalpreparatets. Dette skiller et biotilsvarende legemiddel fra et generisk legemiddel, som er syntetiske, småmolekylære legemidler identiske med originalpreparatet.

Fremstilling

Legemidler fremstilt av biologisk materiale har vært brukt lenge. Tradisjonelt har disse blitt fremstilt ved utvinning og opprensning av biologisk materiale fra dyr eller mennesker. Eksempler er vaksiner utvunnet fra immuniserte dyr, insulin fra svinepankreas og veksthormon fra hypofyse til avdøde mennesker (1).

Bruk av materiale fra dyr eller mennesker har vært forbundet med flere problemer, blant annet vansker med ekstraksjon og ofte skuffende utbytte, overføring av smittsomme agens og stor grad av allergiske reaksjoner og immunisering (utvikling av sirkulerende antistoffer som nøytraliserer legemiddel-antistoffet) (1). Tidlig på 1900-tallet døde 13 barn i Missouri, USA, etter å ha blitt smittet med stivkrampe fra en difterivaksine fremstilt fra en stivkrampeinfisert hest (2). På 70- og 80-tallet så man at pasienter som hadde blitt behandlet med veksthormon fra hypofyser til avdøde mennesker ble smittet med prioner og utviklet Creutzfeldt-Jakobs sykdom (1). Det har dermed vært et stort behov for å gjøre fremstillingsprosessen mer effektiv og tryggere.

Det er fortsatt noen legemidler som fremstilles ved utvinning fra dyr eller mennesker, som gonadotropiner fra urin fra postmenopausale kvinner og heparin fra svinetarmmukosa. Det overordnede bildet er likevel at rekombinant teknologi i stor grad har tatt over for «ren» biologisk fremstilling (1).

Rekombinant teknologi innebærer at DNA som koder for ønsket legemiddelemolekyl innsettes i en vertscelle som så uttrykker proteinet. Vertsceller kan være gjær, bakterier eller pattedyrceller (spesielt kinesiske hamsterovarieceller = CHO-celler). Andre ekspresjonssystemer som insektlarver og planter er under utvikling (1). Fordelelene er at disse systemene tillater produksjon av store mengder legemidler av mer ensartet kvalitet, mindre risiko for overføring av smittsomme agens og mindre risiko for immunisering/allergiske reaksjoner.

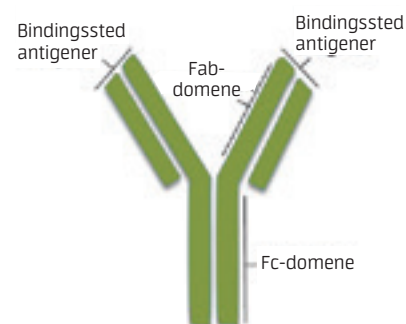
Monoklonale antistoffer

Antistoffer er proteiner som skal binde seg til et mål for å stimulere immunrespons mot målet. Vi har fem forskjellige hovedklasser av antistoffer; IgM, IgD, IgE, IgA og IgG. Et antistoff består av et Fc-domene og et Fab-domene (FIGUR). Fc står for «fragment crystallizable», er forskjellig for de ulike immunglobulinklassene og mobiliserer ulike deler av immunforsvaret. Fab står for «fragment antigen binding» og er delen av antistoffer som bindes til et spesifikt antigen (3). Hittil har monoklonale antistoffer som brukes som legemidler i hovedsak vært av typen IgG.

I 1986 anvendte man for første gang et monoklonalt antistoff i medisinsk behandling (1). Muromonab var rettet mot lymfocytens CD3-reseptor, og ble brukt for å forbygge reaksjon av transplanterte organer. Muromonab var et «murint» antistoff fremstilt i mus. Man så at murine antistoffer medførte en betydelig risiko for immunisering og allergiske reaksjoner. For å minimere risikoen, fokuserte videre fremstilling av monoklonale antistoffer på å gjøre legemidlene humane i større grad.

Det første «kimære» antistoffet kom på markedet i 1996. Kimære antistoff er i

FIGUR. Antistoff med Fc-domene og Fab-domene.



prinsippet murine, men Fc-domenet er byttet ut med en human versjon. Det første «humaniserte» antistoffet, hvor både Fc-domenet og store deler av Fab-domenet besto av humane komponenter, ble tatt i bruk i 1999. Adalimumab var det første fullt ut «humane» antistoffet som kom på markedet i 2003 (1).

Navngivning

Monoklonale antistoffer navngis basert på en retningslinje utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (WHO) (3). Denne retningslinjen har blitt revidert flere ganger, sist i november 2021 (4).

Frem til 2017 skulle navnet til et monoklonalt antistoff bestå av fire deler: prefiks + målbeskrivelse + opphavsbeskrivelse + suffiks. I 2017 bestemte WHO å fjerne opphavsbeskrivelsen, slik at navnet nå skal bestå av tre deler: prefiks + målbeskrivelse + suffiks (5).

Prefikset bærer ingen spesifikk betydning. Det skal være unikt for hvert legemiddel og består gjerne av to til seks bokstaver (5).

Målbeskrivelsen refererer til medisinske mål (5). Eksempler på mål kan være tumor, organsystemer (f.eks. skjelett og det kardiovaskulære systemet), eller infeksiose agens (f.eks. bakterier og virus). Virkningsmekanismene og målene til monoklonale antistoffer er komplekse, og de kan være ulike ved forskjellige indikasjoner. Dette er dessuten ikke alltid fullt ut forstått under utviklingen av legemidlene. Derfor får legemidlene bokstavgruppe basert på foreslått virkningsmekanisme og mål ved tidspunktet for søknad om navn (4).

Opphavsbeskrivelsen angir dyret legemiddelet stammer fra, eller om legemiddelet er for eksempel kimært, humanisert eller humant (5).

Frem til 2021 var suffikset til de fleste monoklonale antistoffene -mab, for monoklonale antistoffer (monoclonal antibodies). Etter 2021 skal legemidlene deles inn i fire grupper: Første gruppe har fått suffikset -tug (unmodified immunoglobins), og består av monospesifikke, hele immunglobuliner av alle klasser. Andre gruppe ender med -bart (antibody artificial), som omfatter monospesifikke, hele immunglobuliner som har gjennomgått en endring. Tredje gruppe ender med -mig (multi-immunglobulin), og er bi- og multispesifikke immunglobuliner. Fjerde gruppe har fått suffikset -ment (fragment), og består av monospesifikke domener/fragmenter som stammer fra et immunglobulins Fab-domene, men ikke har et Fc-domene (4).

Navngivningen illustreres ved legemiddelet infliximab. Her er prefikset inf-, som

ikke sier noe om legemiddelet, men er et unikt prefiks. Deretter kommer -li, som representerer legemiddelets mål, som er immunmodulering. Neste del av navnet, opphavsbeskrivelsen, er -xi (norsk: ksi), som betyr at legemiddelet er kimært. Navnet avsluttes med -mab, suffikset som før 2021 ble gitt alle monoklonale antistoffer. Antistoffer som allerede er navngitt, beholder navnet sitt til tross for revideringer i WHO's retningslinje. Hadde infliximab kommet på markedet i 2022 hadde det fått et helt annet navn.

Virkemåte

Monoklonale antistoffer er mest kjent for sin rolle i behandlingen av kreft og autoimmune sykdommer. Det finnes også monoklonale antistoffer som brukes ved behandling av astma, hyperkolesterolemi, osteoporose, transplantasjonsreaksjon, infeksjoner og reversering av andre legemidler (antidot) (5). Det er i tillegg stor interesse for å utvikle monoklonale antistoffer ved andre terapiområder. For eksempel ble legemiddelet aducanumab i 2021 godkjent for behandling av Alzheimers sykdom i USA, en omstridt beslutning som ble kommentert i *Tidsskrift for Den norske legeføring* (6).

Flere legemiddelklasser tilhører gruppen biologiske legemidler, som TNF-alfa-hemmere, interleukinhemmere, B-cellehemmere og T-cellehemmere. Virkningsmekanismene er svært varierte, men kan deles inn i fire hovedkategorier (3):

1. Immunotoksisitet

Antistoffet brukes for å endre farmakokinetikken og farmakodynamikken til løselige ligander, som andre legemidler og cytokiner. Stort sett vil antistoffet redusere liganders ubundne fraksjon i plasma, redusere distribusjonsvolumet og øke halveringstiden til liganden. Eksempler er adalimumab og infliximab, som binder til og nøytraliserer TNF-alfa, et proinflammatorisk cytokin.

2. Eliminering av målceller

Rituksimab og trastuzumab er eksempler på legemidler som har som virkningsmekanisme å eliminere målceller. Disse legemidlene binder seg til cellens overflateproteiner for å mediere destruksjon av cellen, enten ved å indusere apoptose eller ved å fremprovosere fagocytose av cellen.

3. Endring av cellefunksjon for eksempel via reseptorblokkering

Et eksempel er abciximab, som har vært brukt som antikoagulasjon i forbindelse med PCI-behandling av pasienter med iske-

misk hjertesykdom. Abciximab binder seg til glykoprotein2b/3a-reseptoren på blodplater. Binding inhiberer blodplatens binding til fibrinogen og von Willebrand faktor, og hemmer dermed plateaggregering.

4. Måltrettet legemiddellevering

Disse legemidlene utnytter antistoffenes spesifikke affinitet, og er modifisert til å levere et toksin, en radioisotop, et cytokin eller et annet aktivt konjugat til spesifikke målceller. Legemidlene i denne gruppen har hittil vært brukt hovedsakelig i kreftbehandling, men det er også interesse for å utvikle antistoff-legemiddel-konjugater for behandling av andre sykdommer.

Et eksempel er gemtuzumab ozogamicin ved behandling av akutt myeloid leukemi. Immunglobulinet gemtuzumab binder spesifikt til CD33 antigenet som finnes på overflaten av leukemiske blastceller og umodne normale celler i myelomonocytlinjen, men i mindre grad på modne celler. Gemtuzumab er bundet til det cytotoxiske middelet ozogamicin. Etter komplekset internaliseres i cellene med CD33-antigen på overflaten, frigjøres ozogamicin intracellulært og fører til celledød.

Farmakokinetikk

Det er umulig å snakke om farmakokinetikken til monoklonale antistoffer som om det var en homogen gruppe. Likevel er det visse karakteristika som går igjen, og som skiller dem fra mer konvensjonelle legemidler (1).

Absorpsjon

Monoklonale antistoffer kan ikke gis peroralt. Dette skyldes både at størrelsen vanskeliggjør opptak via tarmepitelet, og at antistoffene brytes av proteolytiske enzymer i tarm. De fleste monoklonale antistoffene administreres derfor subkutant eller intravaskulært. Antistoffene absorberes videre til systemisk sirkulasjon via lymfen eller ved diffusjon. Det tar lang tid før disse store molekylene absorberes, og Tmax ligger ofte rundt to til åtte dager. Biotilgjengeligheten varierer, og påvirkes av presystemisk katabolisme og systemisk absorpsjon.

Distribusjon

Monoklonale antistoffer er stort sett hydrofile og har vanskelig for å entre cellene i kroppen. Den viktigste mekanismen for distribusjon er transcytose, som betyr at molekyler tas opp i cellen ved endocytose i en liten blære dannet av overflatemembranen, og uttømmes ved eksocytose. Diffusjon spiller en mindre rolle for distribusjonen. Monoklonale antistoffer har ofte en

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

Jeg har vært fastlege i redusert stilling i Vågan kommune i Lofoten i snart tre år, og trives i faget. Dette for å kunne klatre Lofotfjell, ha en bijobb i annen næring, male, ha en flokk med geiter og leve et enkelt Lofotliv forøvrig. Det er likevel for meg ironisk at vi unge trenger reduserte stillinger for å tiltrekkes fastlegeyrket. Som fabrikkens piker i mitt utvalgte dikt, får vi unge raskt nok merke utømmelige oppgaver, tidsklemme, overtid, legevakt med mer. Få av oss ønsker dette jaget. Til gjengjeld ønsker vi oss i det minste fri og helst med renter. Lar ikke dette

seg ordne, søker vi annen jobb og rekrutteringen til faget blir lav.

Rudolf Nilsens dikt «Arbeids-slutt» tegner et bilde av de unge pikenes forhold til både arbeid og voksenliv. Her finner jeg paralleller til unge fastleger, samt medisinstudenter som kunne ha blitt fastleger. Vår redsel er vissheten om det uunngåelige: At vi som pikene ender med «bitterhetens smil og slitets farve i de unge øyne». Ved arbeids-slutt skal både unge og eldre fastleger ha tilstrekkelig fri og med renter. Vi må også kunne gå hjem når sirenene skjelver ved

Beierbrua. «Fabrikkjentene», laget av billedhugger Ellen Jacobsen. Desember 1986.



endt arbeidsdag, ikke mange timer senere. Jeg håper vi sammen finner nye veier for fastlegene til å bli værende i yrket, uten å bli sittende på kontoret til langt på kveld. Sistnevnte gidder i hvert fall ikke jeg.

Jeg utfordrer Torstein Tjemsland som er fastlege på Jørpeland og har sans for lyrikk.

Hilsen fra
JARL GÅSVÆR

Arbeids-slutt

Sirenen skjelver i et frydeskrik!
En arbeidsdag er gått, og hvilen venter.
Den store porten svinger op, og lik
en flokk av kalver tumler unge jenter
med blanke øyer ut i dagens lys.
Nu skal de ta seg fri og det med renter!
De skotter til fabrikkens med et gys:
– Den er det snart på tide pokkern henter!
For det er vår, ja det er vår i by!
Det synes tydelig på gatens bjerker,
som står og bruser modige og kry
i sine fine, lysegrønne serker.
At de er spinkle, så man skjelner hvert et ben,
det er det ingen av dem selv som merker.
For nye safter suser i hver gren,
og selv i by gjør våren underverker!

Fabrikkens piker har det også sånn
at de må bruse litt i vårens kvelder.
– Se henne der hvor hun er sped og blond
og blå i øynene som blåe bjeller!
Se hennes smil imot den unge slusk
som står og venter! – Er de ektefeller?
De har nok leilighet i hver en busk
i Grefsenåsen, nu når dagen heller!
De unge kvinner! Å, jeg unner dem
en ungdom vill og glad som denne våren!
For tidnok får de unger, mann og hjem
her borti gaten i den store gården.
Og tidnok får de bitterhetens smil
og slitets farve i de unge øyne ...
– Sirenen tier. Det er arbeidshvil.
De muntre jenter er for lenge siden fløyne!

liten grad av distribusjon, og tilsynelatende distribusjonsvolum ligger ofte rundt to til tre liter, tilsvarende plasmavolumet.

Eliminasjon

Monoklonale antistoffer elimineres ikke, eller i svært liten grad, uomdannet renalt eller i gallen. Hovedveien for eliminasjon er reseptormediert endocytose og intracellulær katabolisme til aminosyrebestanddel. Dette skjer stort sett etter at den antigenbindende delen av antistoffet binder seg til målet. Grad av måleक्सpresjon kan derfor være en begrensende faktor for eliminasjonen. I noen tilfeller kan kroppen ha utviklet antistoffer som binder til legemiddelet (immunisering). I disse tilfellene vil sirkulerende antistoffer bidra til økt eliminasjon av legemiddelet og dermed redusert effekt.

Kort oppsummering

Biologiske legemidler er en heterogen gruppe legemidler med et bredt terapiområde. Legemidlene skiller seg på mange måter fra andre, konvensjonelle legemidler, eksempelvis når det gjelder farmakodynamikk og farmakokinetikk. Historien om biologiske legemidlers utvikling av både fremstillingsprosess, sikkerhet og virkning er omfattende og feltet er under rask utvikling. Spørsmål rundt bruken av biologiske legemidler vil stort sett kreve søk etter oppdatert kunnskap.

KJERSTI EGELAND FJELLSTAD
LIS-lege, RELIS Sør-Øst, Oslo universitetssykehus

STONE WESTERGREN
Seksjonsleder, cand.pharm. ph.d., RELIS Sør-Øst,
Oslo universitetssykehus

REFERANSER

1. Brøsen K, Simonsen U et al. Basal og klinisk farmakologi 2019; 6. utg.
2. The St. Louis Tragedy and Enactment of the 1902 Biologics Control Act. U.S. Food and Drug Administration. <https://www.fda.gov/about-fda/histories-product-regulation/science-and-regulation-biological-products#TheSt.LouisTragedyandEnactmentofthe1902BiologicsControlAct> (Sett: 8. april 2022).
3. Rowland M, Tozer T. Clinical pharmacokinetics and pharmacodynamics 2011; 4th. ed.
4. New INN monoclonal antibody (mAb) nomenclature scheme. World Health Organization 2021. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/international-nonproprietary-names-\(inn\)/new_mab_-_nomenclature_2021.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/international-nonproprietary-names-(inn)/new_mab_-_nomenclature_2021.pdf) (Sett: 8. april 2022).
5. Manis JP, Furst DE et al. Overview of therapeutic monoclonal antibodies. Version 40.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 14. mars 2022).
6. Hegrand M, Pahnke J. Godkjenning først, forskning etterpå? Tidsskr Nor Legeforen 2021; 141 (13): 1251–2.