

Utposten

7 2022
ÅRGANG 51

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Utposten jubilerer

**Samfunnsmedisiner
med hjerte for de svake**

Primærmedisinsk uke
Reisebrev fra Canada
Fotokonkurransen 2022

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: Tori Flaatten Halvorsen

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs****Aksell**TRYKK: **aksell**Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Vi må skrive vårt fag*Jan Håkon Juul***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Samfunnsmedisiner med hjerte for de svake***Anne Kveim Lie intervjuet av Jan Håkon Juul***6** ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Menodialogen – kommunikasjonsknep fra oldtiden***Njål Flem Mæland***10** UTPOSTEN 50 ÅR: Forskning i allmenntidmedisin*Marit Tuv***12** Smeltingedigen Primærmedisinsk uke (PMU)*Inga Marthe Grønseth***14** PMU: Poetisk åpning**15** PMU: Utposten gratulerer prisvinnere!*Hildegunn Brattvåg***16** En sykdomsvinter i vente**– barn i risikogrupperne bør få vaksine***Birgitte Klüwer, Kjersti Rydland, Karoline Bragstad,
Margrethe Greve-Isdahl og Are Stuwitz Berg***19** Raushet er gull*Endre Osen Skjølberg***20** Allmenntidmedisin – universitetsfag i Bergen 50 år.**Per Fugelli: – La ikke dette bli de selvgodes hvileskjær!***Jørund Straand***24** REISEBREV: Fra fastlege til ekspedisjonslege*Eldbjørg Lie Bergheim***30** INTERVJU: – Jeg driver på med det jeg**gjør fordi det er spennende og viktig***Ståle Onsgård Sagabråten intervjuet av Lisbeth Nilsen***34** Nasjonal behandlingstjeneste for
yrkesmedisinsk utredning av yrkesdykkere*Marit Grønning***36** Forsknings samarbeid med**Oslo legevakt har resultert i seks doktorgrader****38** MINNEORD KNUT ARNE HOLTEDAHL: En allmenntidmedisinsk pioner*Ivar J. Aaraas og May-Lill Johansen***39** 5 PÅ PMU: Hva synes du om statsbudsjettet?**40** Sommerkurs i internasjonal helse i København*Therese Renaa***41** Sakset fra allmenntidmedisinsk forskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***42** BOKANMELDelse:**En bok litt utenom det vanlige***«Håpets betydning i helsefaglig og sosialt arbeid» anmeldt av Eli Berg***43 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 43****RELIS 44****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Vi må skrive vårt fag

Velkommen til den siste ordinære utgaven av *Utposten* i jubileumsåret. De siste dagene har *Utposten*-redaksjonen tilbrakt i Oslo. *Utposten* har hatt, tradisjonen tro, sitt redaksjonsmøte knyttet til Primærmedisinsk uke (PMU.) Dette møtet har vi i redaksjonen gledet oss ekstra til.

Vi hadde gleden av å arrangere jubileumsmiddag for *Utposten* lørdag kveld. Det ble en minneverdig og lærerik aften med hele 33 av 66 redaktører i *Utposten* til stede. Som en av de ferskeste redaktørene i bladets historie, var det inspirerende å høre på tidligere redaktører. De første årene og helt frem til i dag har vi funnet tid og motivasjon til denne felles dugnaden. Det handler om en felles forståelse av nytten i et uavhengig fagtidsskrift for leger i primærmedisin. Et fagtidsskrift med høy kvalitet, men likevel med lav terskel for publisering av artikler. Et fagtidsskrift, avhengig av deg. Avhengig av at kollegiet sender oss det dere tenker dere selv ønsker å lese om. Aller mest vil jeg utfordre de som mener bladet ikke har det stoffet de ønsker å lese, til nettopp å skrive sitt fag.

På jubileumsmiddagen fortalte de første redaktørene om hvordan de klarte å rekruttere kolleger til å skrive ved å provosere eller utfordre dem i artiklene i artiklene i bladet. En slik provokasjon syns jeg spesielt Anne Kveim Lie fikk til på en glimrende måte i sitt åpningsinnlegg.

Dagens redaksjon og tre av nestorene i Utposten samlet på jubileumsmiddag: Fra venstre. Kari Thori Kogstad, Kjell-Arne Helgebostad, Kristina Riis Iden, Marit Tuv, Jan Håkon Juul, Therese Renaa, Per Wium, Harald Siem, Inga Marthe Grønseth og Aage Bjertnes. Njål Flem Mæland og Arild Iversen var ikke til stede da bildet ble tatt.

Den var provoserende fordi Anne så altfor riktig påpeker at vi beveger oss vekk fra grunntanken til Karl Evang om å sørge for likeverdige tjenester i velferdssamfunnet. Vårt norske velferdssamfunn ble etablert før oljealderen gav staten finansielle muskler. I dag er vi et av verdens rikeste land og klarer ikke prioritere viktige tjenester for de svakeste i samfunnet. Et tankekors er barnefattigdommen, som har økt med tregangen. Et velferdssamfunn som Norge klarte å etablere før oljens tid, uten de finansielle muskler staten har opparbeidet seg siden slutten av 70-tallet. Provokasjonen fra Anne om at sosialmedisin er på vei å forsvinne vil jeg tro gav oss alle vondt i magen.

Det er på tide at vi sier ifra om det vi ser. At vi presenterer rikets tilstand for de som tar beslutninger. Vi må fortelle om de krisene som teller, og gode løsninger på dem. Og krisene som teller er ikke mangel på Cosylan på apoteket, eller at noen må vinterstenge hytta fordi strømmen er for dyr.

JAN HÅKON JUUL



Samfunnsmed med hjerte for

Anne Kveim Lie ■ INTERVJUET AV JAN HÅKON JUUL



isiner de svake

Lege og idéhistoriker Anne Kveim Lie liker å reise, men kommer alltid tilbake til Ørsnes i Vågan. Hun har et hjerte for de svake, noe som kommer tydelig frem gjennom hennes engasjement som frivillig på helsesenter for migranter, som fostermor, og når hun underviser studentene om de samfunnsmedisinske aspektene ved gitte helseproblemer.

På vei til intervjuet stopper jeg for å fylle bensin, og kommer på at jeg ikke vet hvor Anne bor. Idet jeg ankommer stasjonen, ser jeg Anne tilfeldigvis foran meg, så da lar jeg bensin være bensin, og følger etter henne til hennes feriested.

Omgivelsene for intervjuet er spektakulære, spisse, høye fjell som stiger rett opp fra irrgønne, frodige enger i vakre Ørsnes, en liten bygd i Vågan kommune i Lofoten. En klynge nordlandsshus møter meg med en bakgrunn og utsikt utover Vestfjorden som må få selv den mest ihuga ateist til å tvile på sin manglende tro. Det ene av disse trehusene ble i sin tid kjøpt av hennes far, Sverre Olaf Lie. De andre husene er senere bygd i samme stil og tilhører søsknene. Her ferierer de så ofte de kan. Jeg får treffe nevnte far sammen med Annes mann i den ene boligen, før vi trekker oss tilbake til et av de andre for bladfykens intervju.

Litt senere over en kopp nytrukket kaffe, lurer jeg litt på bakgrunnen for at de har havnet her ut i havgapet. Hele familien har utpreget østlandsdialekt, og de har kjøpt et



Det er vakkert på Ørsnes.

sted på Ørsnes lenge før det ble så populært for «alle» å skulle ha feriehus i Lofoten.

– Far er oppvokst i Sulis, og han hadde en Nord-Norge-lengsel i seg. Han måtte flytte sørover for å få seg utdanning, som så mange andre, sier Anne. Denne lengselen mot nord, og ikke minst vennskapet til Kåre Espolin Johnson, resulterte i kjøpet av et gammelt nordlandshus på Ørsnes i Lofoten.

Medisinsk idéhistoriker

Anne Kveim Lie er utdannet idéhistoriker og lege. Rekkefølgen på disse to titlene er viktig. Det er først og fremst idéhistoriker hun er, medisinsk idéhistoriker vel og merke. Samtidig er Anne en dyktig lege og forsker. Hun startet universitetsstudiene på humanistisk fakultet, gikk deretter over til det medisinske fakultet og startet på kull-91 ved UiO. Så

svingte hun en tur tilbake innom det humanistiske med mellomfag i idéhistorie fra 1992. Under medisinstudiet gjorde hun et stort byks i 1994–95 til Valencia for å fortsette studiet der, før hun ble uteksaminert i 1998 fra UiO. Hun gjennomførte turnus ved Elverum sykehus og distriktsturnus i Sørreisa. I 2000 var hun kommunelegevikar i Svolvær. Hun har siden hatt en rekke gjesteopptredener ved legesenteret når hun har tilbrakt sommeren på Ørsnes.

– Både sosialt og faglig søkte jeg meg vekk fra det medisinske fakultet under studietiden. De svartkleddede på idéhistorie virket mer interessante enn mine egne kullinger, forteller Anne før hun fortsetter: Jeg har vært nysgjerrig på andre kulturer og organisering av helsevesenet i andre land. Hun søkte om utveksling og tok noen semestre ved medisinstudiet i Valencia. Her fikk hun første-hånds innblikk i det spanske helsevesen. Som bonus lærte hun seg spansk flytende. Det ble en fordel da hun senere nærmest tilfeldig kom til Cuba første gang. – Vi skulle til Ecuador og skulle egentlig bare mellomlande på Cuba. Men flyet vårt var forsinket, og neste fly til Ecuador kom ikke før om fem dager. På flyplassen fikk vi beskjed om at vi måtte bestille hotell. Vi fikk sjokk da vi så prisene. Castro hadde akkurat åpnet grensene for turister til Cuba, men hadde ikke lagt opp til backpackere, for å si det sånn. De fem dagene ville ha brukt opp hele reisebudsjettet vårt. Jeg og min reisepartner satte oss da ned og nektet å gå gjennom passkontrollen før Aeroflot, flyselskapet som hadde vært ansvarlig for forsinkelsen, betalte oppholdet for oss. De gav seg til slutt, og vi ble boende på revolusjonshotellet i Havanna. Ingen kontrollerte hvor lenge vi skulle bli. Vi ble Cuba-frelst og dro rett tilbake etter et kort opphold i Ecuador. På egne midler kunne vi ikke bo på revolusjonshotellet, så da måtte vi sove på strendene.

Møte med helsetjenesten på Cuba

Man kan ikke være på Cuba uten å besøke strendene. En dag skar hun seg på stranden og ble pasient. Dermed fikk hun et ikke helt planlagt, men svært nyttig innblikk i flere lokale helseklinikker og det gode helsevesenet Cuba hadde å by på. Siden har hun vært på Cuba en rekke ganger, og hun har et sterkt forhold til landet.

Hun bestemte seg da for å forske på de endringene som hadde skjedd i helsetjenesten på Cuba etter at Sovjetunionen sluttet å eksistere. Dette førte til at all økonomisk og praktisk støtte til landet opphørte, noe som påvirket det relativt høyteknologiske systemet de hadde hatt i



Lettere engasjert idéhistoriker og lege.



Anne Kveim Lie er nysgjerrig og vitebegjærlig. Hun har vært på Cuba en rekke ganger. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



helsevesenet. – Jeg fikk Per Fugelli som veileder – han meldte seg selv da han hørte hva jeg skulle skrive om, forteller hun med et smil.

Interessen for det internasjonale og viljen til å erfare andre lands forskningsmiljøer har stått sterkt hos Anne, som for tiden er på sabbatical i USA. Barna har blitt med på lasset hver gang familien har flyttet utenlands. De har gått på skole i Berlin og New York. Å ta med barna på utenlandsopphold har vært et bevisst valg av foreldrene, at dette mer har vært en berikelse enn en belastning for barna.

Annes nettverk internasjonalt og nasjonalt har medført en ikke ubetydelig mengde publikasjoner, fra «Kroppsvæsker som natur og kultur – om blod og melk i fortid og samtid» til «Hvorfor innreisekarantene?». Hun jobber for tiden med en bok om syfilis sin historie i Norge og en bok om den norske radesyken.

En dyktig foreleser og forsker

Hennes doktorgrad fra 2008 er nettopp om radesykens tilblivelse. Hun skrev om hvordan legenes forklaringsmodeller ble til som en konsekvens av tiden de levde i. Hun leverte ifølge tilhørerne et meget godt forsvar for sin avhandling. Prøveforelesningen om «Nyere teoretiske perspektiver og metodiske tilnærminger innenfor medisinsk historie» høstet tilsvarende applaus, og spesielt trekkes frem hennes koblinger mellom medisinsk historie og idéhistorie frem.

I 2011 ble hun førsteamanuensis i medisinsk historie og fikk ansvar for samfunnsmedisin og utdanning av leger fra utenfor EØS. Hun er nå utdanningsleder for medisinstudiets samfunnsmedisinske del ved UiO. Hennes undervisning og måten hun møter studentene på, gjorde at hun i 2018 ble kåret til en av ti fantastiske formidlere i *Morgenbladets* kåring fra 2016, og hun har fått utdanningsprisen ved UiO i 2018, samt

Olav Thon-stiftelsens pris for fremragende undervisning i 2021. Vi har hørt henne på Dagsnytt 18, og forstår godt at hun vinner priser i formidling – det er lett å forstå det hun forteller om.

Anne har hatt en rekke verv – medisinsk redaktør i *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2008–15, medlem i redaksjonen i *Nytt Norsk Tidsskrift* 2005–15, styreleder for Forum for vitenskapsteori fra 2012, og styremedlem i Senter for tverrfaglig kjønnsforskning 2012–16. Når får hun tid til å trekke pusten, tenker jeg, men utsikten fra vinduet i nordlandshuset gir på mange måter svaret på det.

– Da jeg var barn og ungdom likte jeg å stå tidlig opp, for å få alenetid og gå ut i det duggvåte gresset i hagen utenfor huset i Asker, forteller Anne. Den samme alenetiden kan man så absolutt også få på morgenturer i gresset på Ørsnes, selv om det som oftest er mer regnvått enn duggvått.

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

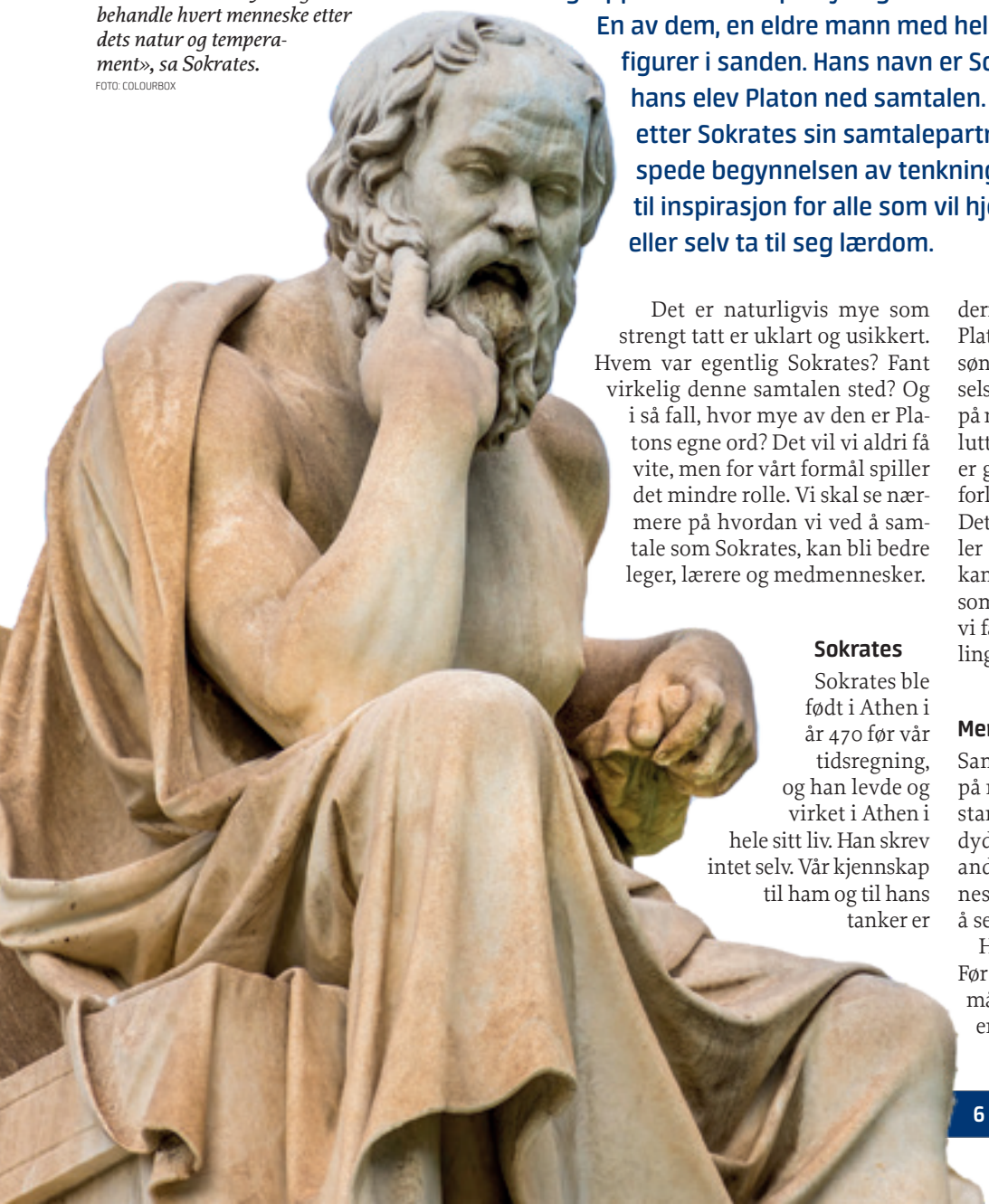
Menondialogen

– kommunikasjonsknep fra oldtiden

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

«Det er av stor betydning å behandle hvert menneske etter dets natur og tempera- ment», sa Sokrates.

FOTO: COLOURBOX



En gruppe menn står på bytorget i Athen og snakker sammen.

En av dem, en eldre mann med helskjegg, setter seg ned og tegner figurer i sanden. Hans navn er Sokrates. Noen år senere skriver hans elev Platon ned samtalen. Dialogen får navnet *Menon* etter Sokrates sin samtalepartner. Denne samtalen, fra den spede begynnelsen av tenkningens historie, tjener fortsatt til inspirasjon for alle som vil hjelpe andre, lære noe bort, eller selv ta til seg lærdom.

Det er naturligvis mye som strengt tatt er uklart og usikkert. Hvem var egentlig Sokrates? Fant virkelig denne samtalen sted? Og i så fall, hvor mye av den er Platons egne ord? Det vil vi aldri få vite, men for vårt formål spiller det mindre rolle. Vi skal se nærmere på hvordan vi ved å samtale som Sokrates, kan bli bedre leger, lærere og medmennesker.

Sokrates

Sokrates ble født i Athen i år 470 før vår tidsregning, og han levde og virket i Athen i hele sitt liv. Han skrev intet selv. Vår kjennskap til ham og til hans tanker er

derfor indirekte, gjennom det hans elever Platon og Xenophon skrev ned. Han var sønn av en jordmor, og så seg selv som fødselshjelper og forløser – for tanker. Hans syn på mennesket var optimistisk: Det fins absolutte sannheter, noe som er rett og noe som er galt. Vi har kunnskap i oss, det gjelder å forløse den. Hans mål var å vekke innsikt. Det kan gjøres ved å stille spørsmål i samtaler og ved å analysere begreper. Et problem kan deles opp i en serie av mindre spørsmål, som så hver for seg kan analyseres. Slik kan vi få kunnskap. Kunnskap kan gi rett handling, som i sin tur er det som gir lykke.

Menondialogen

Samtalen vi skal se nærmere på er utgitt på norsk med tittelen *Menon* (1). Samtalen starter med at Menon spør Sokrates om dyd, eller god handling, kan læres. Med andre ord: Kan man lære å bli et godt menneske? Sokrates utforsker spørsmålet ved å se nærmere på ordet dyd.

Hva er dyd? Hvordan skal det defineres? Før vi kan vite noe om dyd, påpeker Sokrates, må vi vite hva dyd er. Menon klarer å gi eksempler på dyd, men det er vanskelig å fin-

ne en sikker definisjon. Sokrates løser dette ved å si at sjelen har en uødélighet, som gjør at den har kunnskap i seg fra tidligere. Han ber så om å få snakke med en av Menons slaver. Sokrates får da tale med en slavegutt som Menon vet ikke har noen tidligere kunnskap om geometri. Sokrates ønsker å vise at en ulært slave ved hjelp av enkle og ikke-ledende spørsmål selv kan løse et vanskelig geometrisk problem. Det skal bevise at kunnskap er å erindre, altså å gjenkalle noe man alt har kunnet fra før. Om det er slik, kan det også forholde seg på samme måte med begrepet dyd. Vi skal se nærmere på samtalen med slaven, eller «gutten» som Platon kaller ham. Vi vet altså ikke hans navn, bare at han var Menon sin slave. Det vi skal se spesielt på er kommunikasjonsteknikkene Sokrates bruker i denne delen av Menon-dialogen.

Slavegutten

Sokrates starter samtalen med gutten ved å tegne et kvadrat på to fot ganger to fot (FIGUR 1). Han sier så: «Si meg, gutten min, vet du at en kvadratisk flate er sånn?». Det bekrefter gutten at han vet. Sokrates fortsetter å stille spørsmål som utdyper hva et kvadrat er, at det kan være stort eller lite, men at alle linjene alltid er like lange. Videre spør han gutten om hvor mange flater på en gang en fot den inneholder, og gutten svarer korrekt at det er fire. Underveis kommer Sokrates med oppmuntrende tilsvarende, som «Fint!». Han henvender seg også til guttens eier og sier «Ser du Menon, at jeg ikke lærer ham noe, men bare spør?»

Så gir Sokrates gutten en utfordring. Han ber ham konstruere et kvadrat som er dobbelt så stort som det Sokrates har tegnet. Gutten tror han vil klare det, og foreslår å doble lengdene på hver av sidene i kvadratet. Sokrates lar ham tegne opp et slikt kvadrat (FIGUR 2), og hjelper ham så med å telle opp størrelsen. De teller til seksten kvadrater på

en fot hver. Sokrates spør om seksten er dobbelt så mye som fire, noe gutten benekter. Han kommer da selv fram til at han har tatt feil, og at det nye kvadratet er for stort.

Sokrates foreslår en mellomting, «Vil ikke en linje som er kortere enn den, men lengre enn den gi et riktig svar?». Gutten velger da å lage et kvadrat som er midt mellom de to punktene, markert som E og F (FIGUR 3). Sammen konstruerer de så et nytt kvadrat, med nye en-fots ruter. De teller dem, og Sokrates konstaterer «Når denne linjen er tre, og denne er tre, blir da ikke så hele ruten tre ganger tre?». Gutten kommer fram til at det blir ni. «Men hvor mange skulle den dobbelt så store flaten være?», spør så Sokrates. «Åtte», svarer gutten, og kommer igjen selv fram til at det nye kvadratet er en kvadratfot for stort. Gutten gir nå opp å komme med nye forslag.

På dette punkt i samtalen setter Sokrates ord på guttens følelser, «nå føler han seg forvirret». Han skryter igjen av gutten, og forklarer for Menon at gutten nå kan mer, og er bedre stilt, for han «vet nå at han ikke vet». Sokrates diskuterer også med Menon om gutten er påført skade av forvirringen, men de blir raskt enige om at ingen skade har skjedd, snarere har gutten fått en lengsel etter å finne ut mer. Videre sier Sokrates: «Ut av denne forvirringen skal han finne ut av ting sammen med meg, selv om jeg bare spør, og ikke belærer.»

Sokrates konstruerer så en hjelpelinje i form av diagonalen fra B til D, i det opprinnelige kvadratet ABCD (FIGUR 4). Videre konstruerer han et nytt kvadrat BDGH. Han tegner de stiplede hjelpelinjene i figuren. Sammen begynner de så å telle, mens Sokrates stiller spørsmål av typen: «Hvor stor er denne flaten?», «Hvor mange slike halve flater finner du?». Gutten teller opp, og kommer til at det nå er åtte en-fots kvadrater i det nye kvadratet BDGH. Han konstaterer selv at det er dobbelt så mye som

i det opprinnelige kvadratet, og at gåten nå er løst. «Ved hjelp av hvilken linje?» spør Sokrates. Gutten peker, og Sokrates setter ord på det, «den linjen som skjærer fra hjørne til hjørne», videre «ekspertene kaller denne linjen for diagonal.»

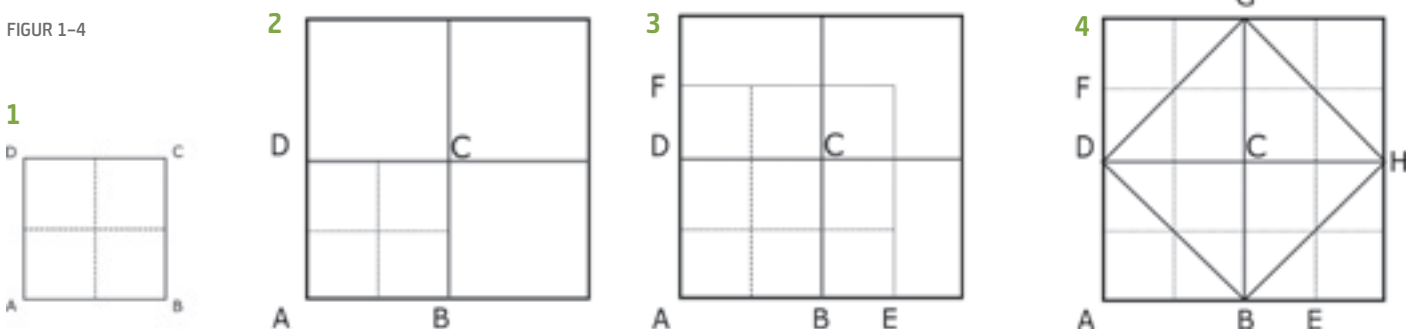
Sokrates henvender seg så igjen til Menon, skryter av gutten, fastslår at han bare ved hjelp av spørsmål selv har klart å løse en matematisk gåte, og at han har «hentet kunnskap fra seg selv.»

Slavegutten forsvinner nå ut av dialogen, og Sokrates fortsetter sin diskusjon med Menon omkring problemet dyd, og hvorvidt man kan lære å bli et godt menneske.

Sokratiske spørsmål

2400 år etter at Sokrates snakket med slavegutten er det vanskelig ikke å bli imponert! Sokrates levde i et samfunn hvor slaver var gjenstander og eiendom, uten menneskelig verdi. Romerne omtalte endog slaver som *instrumentum vocale* – talende redskaper – og holdningen var nok den samme i Athen (2). På tross av dette nærmer Sokrates seg slaven med ro, takt, rosende omtale, nysgjerrig interesse og uten å belære. Sokrates sin teknikk er å stille spørsmål som litt etter litt hjelper gutten til selv å oppdage sannheter. En slik vei mot erkjennelse gir selvtilitt, trygghet, og åpner også nye perspektiver for læreren selv. I dag vil vi kalle det «et godt læringsmiljø». Sokrates tør også å utfordre slaven og å gjøre ham forvirret på veien mot læring. Han forlater likevel ikke eleven i forvirringen. Han tar elevens følelser på alvor – ved å sette ord på følelser hjelper han eleven til å forstå seg selv, og til å få kontroll på følelser som ellers kunne ha kommet i veien for læring og utvikling. Sokrates forfølger også elevens egne forslag til løsninger, selv om han vet at eleven er på villspor. Dette viser respekt, og gir eleven mulighet til å utforske sine egne forslag.

FIGUR 1-4





Sokrates' død, Jacques-Louis David, 1787.

Sokrates sin metode er å bli kjent med den han snakker med. Samtalepartneren er svanger med en idé eller tanke, mens Sokrates selv fungerer som fødselshjelper og forløser for denne tanken. En samtale som på denne måten leder en annen til større kunnskap kalles i dag for sokratiske metode. Ikke-ledende spørsmål som hjelper til innsikt kalles sokratiske spørsmål.

Det kan diskuteres hvor åpen Sokrates egentlig er i samtalen vi har sett på. Han har en svært så lydhor samtalepartner og sitter tross alt med et fasitsvar. Det kan derfor argumenteres for at Sokrates er ganske så ledende. Det henger delvis sammen med at det som diskuteres er et matematisk problem, hvor det jo fins et fasitsvar. Sokrates har den samme tilnærmingen også i samtaler som er mer verdiladede, som å utforske definisjoner på ord, eller i dialoger om etiske problemstillinger. Her oppleves han i mindre grad ledende enn i vår samtale.

Sokrates og kommunikasjon i dag

Sokratiske metode handler for legen om å utforske pasientens perspektiv. Det må gjøres på en ikke-fordømmende måte, slik Sokrates gjorde det. Anvendt på lege-pasientsamtaler er det en innsikt vi først har fått i nyere tid. Vi kaller det pasientsentrert medisin (3). Sokrates sin ydmyke holdning og ønske om selv å lære, passer også helt

inn i våre idealer om medbestemmelse og demokrati. Også psykodynamisk tankegang understøtter en slik tilnærming.

En viktig type samtale er det motiverende intervju. Vi kan lese oppdatert om slike intervjuer på helsedirektoratet sine nettsider (4). Et slikt intervju kjennetegnes av:

- **Partnerskap** – at man sammen finner ut hva som er problemet og løsningen, uten å manipulere.
- **Aksept** – pasientens valg må alltid aksepteres.
- **Medfølelse** – evnen til å sette ord på at man forstår den andre parts synspunkter og følelser.
- **Nysgjerrighet** – at hjelperen aktivt prøver å forstå sin samtalepartner.

Det er et poeng bevisst å unngå argumentering eller overtalelse. Hjelperen skal tilby forslag som personen selv kan velge å ta til seg, eller å la være.

I samtalen med slavegutt ser vi tydelig at Sokrates følger disse prinsippene. Han går åpent inn i dialog med gutten, de skal sammen finne løsninger. Han aksepterer og forfølger guttens forslag og ideer. Han viser medfølelse for guttens forvirring. Han utforsker aktivt guttens egen tankegang og kunnskap, uten selv å argumentere eller å overtale.

Sokrates kan med andre ord hjelpe oss i samtalen med pasienter, i rollen som lærer,

eller som medmenneske. Hans dialoger har satt en standard vi 2400 år senere fortsatt strever med å oppnå.

Sokrates' død

Samtalen med Menon sin slavegutt peker fram mot Sokrates sin død. Det var ikke uten risiko å handle slik Sokrates gjorde. Han brøt med samfunnets normer, og med det truet han de mektige. Sokrates ble ført for retten i år 399 før vår tidsregning, anklaget for å ha fordervet ungdommen, og for å ha innført sine egne guder. Han ble dømt til døden. Sokrates fikk muligheten til å gå i eksil, men aksepterte dommen og drakk noen uker senere en mikstur med gift. Ved slik å avstå fra å gi avkall på sine verdier ble Sokrates den første intellektuelle martyrer.

Takk til professor Berge Solberg for nyttige kommentarer, og til Lars Christian Naterstad Lervik for hjelp med grafisk utforming av figurene.

REFERANSER

1. Platon, Menon. Oversatt av Håvard Løkke, Vidarforlaget 2005.
2. Romerrikets historie – republikkens vekst og fall, Jon W Iddeng, side 323, Dreyer forlag 2017.
3. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1989.
4. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/motiverende-intervju-mi/motiverende-intervju-som-metode#miaanden>

■ NFLEM@ONLINE.NO

UTPOSTEN GJENNOM 50 ÅR: Forskning i allmennmedisin

■ MARIT TUV • Redaktør i *Utposten*

Utposten nr. 7 i 1972 var et temanummer om forskning i allmennpraksis. For femti år siden var det liten allmennmedisinsk forskningsaktivitet – forståelig nok, ettersom det var dårlig tilgang på både økonomisk og faglig støtte.

Per Fugelli mente at mye av forklaringen bak den lave aktiviteten på feltet lå i «vrangforestillingen» om at forskning måtte skje «innenfor et institutt og helst oppi et reagensglass». Det allmennmedisinske sykdomspanoramaet er som kjent bredere enn som så. Fugelli skriver:

«Sosiale og psykiske sykdommer inntar nå en sideordnet plass i almenpraktikerens hverdag. Ikke-somatiske sykdommer og ikke-somatiske forhold ved somatiske sykdommer står i dag frem som like ressurskrevende, kanskje mer ressurskrevende enn de somatiske sykdommer per se.»

Enkelte ting forandrer seg ikke – for å kunne gi den beste helsehjelpen må allmennlegen kjenne flere sider ved pasientens liv og hvordan de ulike faktorene kan påvirke et sykdomsforløp.

Fugelli fortsetter:

«Primærmedisinen utgjør et forskningsfelt som hittil har ligget brakk og derfor byr på en rekke nye og vesentlige forskningsoppgaver. Vi finner innenfor primærmedisinen muligheter for originalitet og nybrottsarbeid – muligheter det må letes lenge etter, med lykt og elektronmikroskop, innen de tradisjonelle medisinske forskningsdisipliner. [...] I tillegg vil forskning i almen praksis gi rom for en kombinasjon av jordnær pasientmedisin og teoretisk-vitenskapelig virksomhet – en blanding mange er glad i.»

Rosenberg påpeker at allmennlegene både taper inntekt og pådrar seg utgifter ved å engasjere seg i forskning, og foreslår at forskning bør være tellende i videre- og etterutdanningen av leger.

Harald Siem understreker viktigheten



av at instituttet bidrar med faglig støtte til allmennleger som vil forske:

«Men man må være oppmerksom på at faren ved et slikt institutt er at instituttets ledere og tilknyttede spesialister i statistikk, sosiologi, osv., kan få en for sterk innflytelse på design av undersøkelsene. F. eks. er det stor fare for at en spesialist i indremedisin og bakteriologi som rådgiver for en undersøkelse av urinveisinfeksjoner i almenpraksis, nok ville forlange adskillig flere laboratorieprøver og mer inngående undersøkelse enn det som er adekvat i en almenpraksis. En risikerer da å få et bilde av pasienter og behandlingsresultater som ikke er representative for almenpraksis.»

De praktiske mulighetene for forskning i allmennpraksis har bedret seg i løpet av femti år. Gjennom PraksisNett er det lagt til rette for at forskere får mulighet til å gjennomføre gode og kvalitetssikrede studier i norsk allmennpraksis. Gledelig nok er det satt av midler til videre drift av PraksisNett i regjeringens forslag til statsbudsjett for 2023. Forskning gir tellende poeng både til spesialiseringen og til spesialistenes etterutdanning, og det er relativt enkelt å søke både faglig og økonomisk støtte. Allmennleger som har lyst til å forske, kan ta kontakt med en av de allmennmedisinske forskningsenhetene på telefon eller e-post. En uferdig prosjektidé med tema og nysgjerrige spørsmål er tilstrekkelig som en start.

Når prosjektbeskrivelsen er klar og det er gjort avtale om veiledning, kan det søkes om økonomisk støtte fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Utvalgets mandat er å forvalte og tildele stipendmidler fra Utdanningsfond II til allmenn- og samfunnsmedisinsk forskning, undervisning og fagutvikling. Det kan søkes om støtte til småskala forskningsprosjekter i inntil seks måneder. Allmennmedisinsk forskningsfond tildeler doktorgradsstipender til større prosjekter med varighet inntil 36 måneder.

Det finnes leger som tar seg tid til å forske i en travelt hverdag. Et knippe av dem presenterte nylig sine prosjekter på forskningsdagen under Primærmedisinsk uke. To forskningspriser ble tildelt forskere ved Allmennlegevakten i Oslo. Takket være bedre infrastruktur, lettere tilgjengelig faglig støtte og noe dekning av inntektstap og utgifter i forbindelse med forskning, er det enklere å forske i allmennmedisin nå enn for femti år siden. Etter at krisen i fastlegeordningen festet grepet, er det imidlertid søkt om færre stipendmåneder enn det er avsatt midler til i Utdanningsfond II. Hverdagen som allmennlege er kanskje såpass krevende for tiden at de fleste ikke har overskudd til å tenke på forskning?

Nåværende redaksjon i *Utposten* er skjønt enig med redaksjonen i 1972: Det er behov for mer forskning i allmennmedisin.

Smeltedigelen

Primærmedisinsk uke

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Redaktør i *Utposten*

Etter en lang og uønsket pandemi-dvale var det igjen mulig å møtes til Primærmedisinsk uke. At gjensynet var hjertelig viste seg i deltagere som strålte om kapp med kursprogrammet.

Det var i lys av en rik historie at allmennleger og samfunnsmedisinere igjen møttes midt i hovedstaden. PMU-eventyret startet som en lys ide hos Olav Rutle som var lærer, veileder, forsker, og nestor i allmenntidssin fram til sin altfor tidlige bortgang i 1996. Hans kone Tove Rutle ble som så ofte ellers med på prosjektet. Tove har gjennom mange år trukket i mange tråder innen primærmedisinen. Hun la siste hånd på en *Utposten*-utgave i fjor etter 30 år som redaksjonssekretær, men PMU har ikke «mor *Utposten*» klart å slippe helt enda. I år var hun invitert som gjest på PMU, og mottok PMUs første og eneste hederspris for sitt utrettelige arbeid med arrangementet.

NSAM (Norsk selskap for allmenntidssin, nå NFA) og OLL (Offentlige legers landsforening, nå NORSAM) var arrangører sammen med Hovedkomiteen for PMU i den spede begynnelsen i 1989. Etter hvert kom også Aplf med på arrangørsiden. Den grunnleggende tanken bak PMU var idealistisk, med mål om å bidra til mer fokus på primærmedisinens rolle i helsetjenesten. PMU skulle være en faglig, sosial og kulturell smelting,

der alle skulle få faglig utbytte, og alle skulle trives. Det var det første store arrangementet i Norge hvor leger og medarbeidere var sammen på kongress.

Dugnadsånd

De første utgavene av PMU hadde begrenset budsjett og høy dugnadsånd. Det var hjemmetegnet logo og program, og utsmykning med gipsballonger designet på kjøkkenet hjemme hos komiteen.

I år var det, oss bekjent, ingen hjemmelagde ballonger på PMU. Etter den spede begynnelsen har arrangementet vokst seg godt forbi proporsjoner som kan håndteres på et kjøkken, men den uformelle sfæren, fagligheten, variasjonen og de gode kulturelle innslagene utgjør fremdeles hovedstammen.

En viktig møteplass

Gjennom uken kunne man bade sin kunnskapslyst i alt fra kommunikasjon og litteratur til ultralyd og gynekologi. *Utposten*-redak-

sjonen gledet seg stort over å få holde formidlingskurs med Trond-Viggo Torgersen, Espen Nakstad og flere formidlere av rang, men vi var langt fra de eneste fornøyde arrangørene. Hele 43 grunnkurs, emnekurs og dagskurs hadde fått plass på programmet. Som små oaser i arrangementet kunne man hvile hode og kropp til nydelig musikk av blant annet Marthe Valle og Trygve Skaug, eller dikt av Anne Kristine Bergem.

PMU-komiteen, med Trygve Skonnord i spissen, hadde også sikret seg plenumsforelesninger av høy kvalitet og aktualitet. I salen var skyen av tanker og refleksjoner, men også håp, til å ta og føle på da Anne Kveim Lie gjennom historiske tilbakeblikk og sterke fortellinger stilte spørsmålet «Er helse for alle?».

Vi er inne i en turbulent og utfordrende tid på mange vis. Fremtiden er usikker, men samtidig spennende også for primærmedisinen som fag. Sjelden er det vel mer bruk for kunnskap, refleksjoner og fellesskap enn i slike tider. Historien reflekterer primærmedisinsk ukes unike rolle som en viktig møteplass. Vi gleder oss allerede til PMU 2024!



Fengende, festlig teatersport engasjerte på festmiddagen.



Engasjerte tilhørere når Magne Nylenna lærer bort presentasjonsteknikk.

Kurskomiteen og Trond Viggo Torgersen i aksjon under Utpostens jubileumsseminar.



Marthe Valle og Trygve Skaug fylte på deltakernes kulturelle konto under PMU.



Poetisk åpning

Anne Kristine Bergem er spesialist i psykiatri, fagrådgiver ved Pårørendesenteret, spesialrådgiver i Norsk psykiatrisk forening og førstelektor ved OsloMet. Hun skriver også dikt, og var offisiell PMU-poet 2022. Sammen med Vebjørn Stuksrud på fiolin åpnet hun PMU med et knippe dikt som vi har gleden av å trykke i *Utposten*.

Trøste og bære eller Vågestykke

Trøste, ja,
men skal jeg bære
må du lene deg på meg
så tungt at jeg kjenner det

og da må du
ut av balanse
og kan risikerer å falle
hvis jeg ikke tar imot,
men jeg skal det altså,
ta imot,
men det er litt kinkig, det der,
for du kan ikke vite sikkert
før du har tatt sjansen

Bære eller briste

Det får bære eller briste.
Nei,
når det brister
må noen bære,
vær så snill.

Nok nok (who's there?)

Ikke si «god nok»,
Si «god».

Det holder nå.

Livet er ikke en konkurranse
du må kvalifisere deg til.

Livet er laginnsats.
Alle er
Påmeldt.

Full stopp

Når jeg bare har
en skjør skorpe
må du ikke skrape bort
i forbifarten,
ikke bare litt engang,
for da går det hull.

Tårer og hjerteblod blir sølete
Hvis du bare har utstyrt deg med er et «Alt vel?»

Her trengs minst et
«Hvordan har du det» i null kilometer i timen,
og papirlommetørklær



Utposten gratulerer prisvinnere!

Det ble utdelt totalt fem priser under festmiddagen på PMU. Anders Forsdahls pris, to forskningspriser, medarbeiderprisen og en ærespris.



Nicolai Klem mottok prisen for beste bidrag i kategorien «Frie foredrag». Han presenterte sitt prosjekt på forskningsdagen på PMU; en studie av hvordan nye retningslinjer for behandling av akutt bronkiolitt hos barn ble etterlevet. I de nye retnings-

linjene er racemisk adrenalin tatt ut og saltvann på forstøver tatt inn. Konklusjonen var at de nye retningslinjene var vellykket implementert både i primærhelsetjenesten og på sykehus.

Ingvild Vik mottok prisen for beste doktorgradsarbeid. Hun har disputert med prosjektet «Behandling av ukomplisert nedre urinveis-



infeksjon hos voksne, ikke-gravide kvinner i primærhelsetjenesten.» Hensikten med studien var å undersøke om behandling med ibuprofen kunne være et trygt og effektivt alternativ til antibiotika. Konklusjonen ble at ibuprofen viste seg å være mindre effektiv enn pivmecillinam.



Ståle Onsgård Sagabråten mottok Anders Forsdahls pris. Sagabråten er hallingdøl og har gjennom en mannsalder vært engasjert i både klinisk arbeid og forskning. Han brenner for at allmennleger i distrikt skal ha bred kompetanse og levere tjenester med høy kvalitet. Faglig standard på legevakt har også vært av hans hjertesaker.



Anja Holmeide ble tildelt medarbeiderprisen 2022. Hennes virke som sykepleier har vært ved Hovden legekontor i Bykle i 25 år. Her har hun hatt et bredt engasjement og hjertebarhet hennes er diabetes. Under koronapandemien spilte hun en hovedrolle i kommunens vaksineringsarbeid. Kollegene karakteriserer henne som omsorgsfull og empatisk både ovenfor pasientene og alle med sitt virke ved legekantoret. Hun trer nå inn i pensjonistenes rekke og vil bli dypt savnet av mange.

Tove Rutle er ikke bare hele *Utpostens* Tove. Hun har også i nærmere tretti år lagt ned en betydelig innsats for PMU. Her har hun gått i bresjen for en møteplass der både medarbeidere og leger gjennom fag og kultur, skal kunne tilbringe tid sammen og hente påfyll. For dette mottok hun PMUs første og eneste hederspris.



KARI THORI KOGSTAD

En sykdomsvinter i vente – barn i risikogruppene

■ **BIRGITTE KLÜWER** • Seniorrådgiver, master i folkehelsevitenskap, Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.

■ **KJERSTI RYDLAND** • Seniorrådgiver, M.Sc. i farmasi, leder for Influensavaksinasjonsprogrammet, Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.

KAROLINE BRAGSTAD • ph.d, virolog og seksjonsleder med ansvar for virologisk overvåking av influensavirus i Norge ved Avdeling for virologi, Seksjon for Influensa og andre luftveitsvirus, Folkehelseinstituttet.

MARGRETHE GREVE-ISDAHL • Spesialist i barnesykdommer, overlege og leder for barnevaksinasjonsprogrammet, Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.

ARE STUWITZ BERG • ph.d, spesialist i barnesykdommer, overlege og avdelingsdirektør, Avdeling for smittevern og vaksine, Folkehelseinstituttet.



Barn med kroniske sykdommer er mer utsatt for alvorlig influensasjukdom. Selv om alle disse anbefales influensavaksine, er vaksinasjonsdekningen svært lav. Folkehelseinstituttet oppfordrer til en felles innsats for å vaksinere flest mulig før influensaen kommer.

Etter to år uten influensasirkulasjon kom viruset kun tilbake på en kort visitt våren 2022 (1). Før årets influensas sesong er det derfor uvanlig mange, både blant barn og voksne, som har lav immunitet mot influensa. Det at flere enn vanlig nå er mottakelige for influensaviruset, omtales som «immunologisk gjeld». Denne situasjonen gjør at Folkehelseinstituttet (FHI) forventer mange influensas syke og mange influensarelaterte sykehusinnleggelser denne vinteren.

Problemstillingen med immunologisk gjeld er særlig aktuell for de aller yngste. Influensa er normalt en vanlig infeksjonssykdom blant barn – omtrent én prosent av norske barn får en influensadiagnose hos fastlegen hver vinter – og de aller fleste barn vil ha møtt flere typer influensavirus før de fyller åtte år (2, 3). Etter flere utypiske influensas sesonger på rad er dette bildet imidlertid endret, og det er nå flere immunologisk naive barn i befolkningen enn noen gang før. Videre gir virologiske data grunn til å anta at det vil være influensa A-H1N1 som kommer til å dominere denne vinteren – et influensavirus som erfaringsmessig rammer barna hardere (4, 5). Influensavaksinen har derfor en særlig viktig rolle å spille denne vinteren.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

bør få vaksine



ILLUSTRASJONSFOTO: COLUMBIX

Barn med kroniske sykdommer overrepresentert blant innlagte influensatilfeller

Selv om de fleste barn tåler sine runder med influensa, vil en del få et mer alvorlig sykdomsforløp. Grupper som over tid har vist en høyere risiko for å utvikle alvorlig influensasykdom med behov for behandling i sykehus, omtales som risikogrupper for alvorlig influensa. Disse anbefales årlig influensavaksine.

Risikogruppene er stort sett de samme for barn og voksne, og det har vært få endringer i listen siden influensapandemien i 2009. I 2021 kom det imidlertid en ny vaksineanbefaling for de aller minste, da prematurt fødte barn, særlig barn født før uke 32, nå anbefales årlig influensavaksine i alderen seks måneder til og med fire år (3). Anbefalingen er blant annet basert på norske data på influensarelaterte innleggelser blant prematurt fødte barn, som viser at

forhøyet risiko for innleggelse blant disse vedvarer gjennom de første fire leveårene (6). Risikogruppene omfatter ellers kroniske sykdommer som lunge- eller hjertesykdom, neurologisk sykdom eller skade, nedsatt immunforsvar, lever- eller nyresvikt, diabetes og svært alvorlig fedme. Legen kan også gjøre individuelle vurderinger for tilstander av annen alvorlig karakter der influensa kan utgjøre en alvorlig helserisiko, eller der omsorgssituasjonen er spesielt utfordrende.

I Norge ser man normalt rundt 500 influensarelaterte sykehusinnleggelser i alderen 0–17 år hver vinter. De fleste av disse innleggelser gjelder barn uten kjente risikofaktorer for alvorlig influensasykdom. Barn i risikogruppene er likevel overrepresentert blant sykehusinnlagte: Selv om de kun utgjør i overkant av sju prosent av barnepopulasjonen i Norge, står de for 25 prosent av de influensarelaterte innleggelserne

i denne gruppen (7). Flere internasjonale studier har funnet tilsvarende resultater også for de mest alvorlige sykdomstilfellene, altså at andelen barn med kjente risikofaktorer er høyere blant influensarelaterte intensivinnleggelser og dødsfall enn den er blant barn som legges inn på ordinær sengepost (3).

Vaksinasjonsdekningen er for lav

På bakgrunn av diagnosedata fra primær- og spesialisthelsetjenesten indikerer beredskapsregisteret Beredt C19 at omtrent 7,3 prosent av barnepopulasjonen, eller over 81 500 barn, har minst én risikofaktor for alvorlig influensasykdom (3, 8). Dette estimatet inkluderer ikke de prematurt fødte i alder seks måneder til og med fire år, men tall fra Medisinsk fødselsregister og Statistisk sentralbyrås befolkningsstatistikk viser at det utgjør omtrent 15 000 barn (9, 10).



Ettersom en del av prematurt fødte også vil tilhøre øvrige risikogrupper, vil imidlertid det totale antall barn i risikogruppen være noe mindre enn summen av de to.

Kun et fåtall av disse barna ble influensavaksinert i fjor. Ifølge Beredt C19 endte dekningsgraden blant barn i risikogruppene i alderen 0–17 på kun 8 prosent i 2021/22-sesongen – og det på tross av at vaksinen var gratis. Blant barn med leversvikt, nyresvikt eller diabetes fikk omtrent en fjerdedel vaksine; for nedsatt immunforsvar var dekningsgraden 18 prosent, for hjertesykdom 12 prosent, for nevrologisk sykdom/skade ti prosent, for kronisk lungesykdom seks prosent og for barn med diagnosen alvorlig fedme tre prosent (3).

Alle barn i risikogruppene skal ha tilbud om vaksine

Anbefalingen om influensavaksine gjelder alle barn i risikogruppene – den er altså ikke gradert etter grunnnyttens alvorlighetsgrad eller etter hvor godt den underliggende sykdommen er regulert. Barn med flere risikotilstander, mer alvorlig eller dårligere regulert sykdom har imidlertid høyest risiko for alvorlig influensa, og det er derfor særlig viktig at disse barna vaksineres.

Vi har svært god tilgang på influensavaksine denne sesongen. I tillegg til den tradisjonelle inaktiverte injeksjonsvaksinen som kan gis til alle barn fra seks måneder til 17 år, har FHI også bestilt inn mange doser levende, svekket nesensprayvaksine (FluenzTetra), som er lett å administrere og som med enkelte unntak kan gis til barn i alderen 2–17 år (11). Disse unntakene inkluderer blant annet barn med klinisk immunsvikt, ubehandlede craniofaciale misdannelser, alvorlig astma og aktivt pustebesvær. Vaksinen skal heller ikke gis til gravide.

Begge vaksinene selges i år til samme pris, 88 kroner pr. dose. Selv om vaksineprisen er subsidiert, kan vaksinetilbydere i prinsippet ta den prisen de ønsker for å vaksinere, ettersom prisen for å sette/administrere vaksinen ikke lenger er regulert. Når risikogruppene nå må betale for tjenesten etter to år med gratis vaksine og tilnærmet gratis vaksineringsoppfordrer FHI til å sette en så lav pris som mulig, slik at kostnader ikke blir en hindring for at barn blir vaksinert.

Denne teksten er en omarbeidet versjon av en artikkel som først ble publisert i *Tidsskrift for Den norske legeförening* (12).

REFERANSER

1. Bragstad K, Paulsen TH, Tønnessen R, Klüwer B, Rydland K, Aune T, et al. Influensasesongen i Norge 2020–21. 2021. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/influensa/influensaovervaking/influensasesongen-i-norge-2020-21.pdf>.
2. Hauge SH, Bakken IJ, de Blasio BF, Håberg SE. Burden of medically attended influenza in Norway 2008–2017. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2019; 13(3): 240–7.
3. Folkehelseinstituttet. Influensavaksine til barn i risikogruppene (0–17 år). (Oppdatert 18.10.2022; lest 26.10.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/kunnskapsgrunnlag/influensavaksine-til-barn-i-risikogruppene/>.
4. Hungnes O, Hauge SH, Rydland K, Waalen K, Klüwer B, Robertson AH, et al. Influensasesongen i Norge 2015–16. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/influensa/season-report-influensa-2015-16.pdf>.
5. Bragstad K, Hungnes O, Paulsen TH, Tønnessen R, Aune T, Waalen K, et al. Influensasesongen i Norge 2018–19. 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2019/influensasesongen-i-norge-2018-19/>.
6. Hauge SH, de Blasio BF, Håberg SE, Oakley L. In fluenza Hospitalizations during Childhood in Children born Preterm. *Influenza Other Respiratory Viruses* 2021.
7. Hauge SH, Bakken IJ, de Blasio BF, Håberg SE. Risk conditions in children hospitalized with influenza in Norway, 2017–2019. *BMC Infect Dis* 2020; 20(1): 769.
8. Folkehelseinstituttet. Emergency preparedness register for COVID-19 (Beredt C19). Oslo (oppdatert 12.09.2022; lest 26.10.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/en/id/infectious-diseases/coronavirus/emergency-preparedness-register-for-covid-19/>.
9. Statistisk sentralbyrå. Befolkning – tabell 07459 (oppdatert 24.02.2022; lest 26.10.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/statbank/table/07459/>.
10. Folkehelseinstituttet – Medisinsk fødselregister (MFR). Tabell F6: Svangerskapsvarighet (oppdatert 05.04.2022; lest 26.10.2022). Tilgjengelig fra: <http://statistikkbank.fhi.no/mfr/>.
11. Folkehelseinstituttet. Influensavaksine - veileder for helsepersonell (oppdatert 28.06.2022; lest 26.10.2022). Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/vaksinasjonsveilederen-for-helsepersonell/vaksiner-mot-de-enkelte-sykdommene/influensavaksinasjon/>.
12. Klüwer B, Rydland KM, Greve-Isdahl M, Bragstad K, Berg AS. Influensavaksine til barn i risikogruppene. *Tidsskrift for Den norske legeförening* 2022 (publisert 31. oktober 2022). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2022/10/debatt/flere-barn-bor-fa-influensavaksine>.

■ KJERSTIMARGRETHERYDLAND@FHI.NO

UTMÅLING AV DET INTRAOKULÆRE TRYKKET (IOP)

HÅNDHOLDTE TONOMETERE OG TILBEHØR FRA ICARE KJØPES HOS RODENSTOCK NORGE



IC200

HOME 2

IC100

Ta kontakt med oss:

Tlf.: 915 49 371
Epost: olst@rodenstock.no
UTSTYRS-AVDELINGEN.NO

R
RODENSTOCK
UTSTYRS-AVDELINGEN

Raushet er gull

■ ENDRER OSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune

JEG LIKER KONGEN VÅR. Kong Harald er en bra mann på alle vis. Jeg synes litt synd på ham også. Han har mye å holde orden på. Et helt land og en stor familie. Det er ikke lett for ham å lære seg alle navnene på barnebarna. Det må jo være litt rart under familierådene på slottet, mye tåkeprat og engler som daler i skjul og mange med behn i nesa. Men tross de utfordringene som han har, så er han en raus fyr. Han er snill med alle, uansett hvor de kommer fra, hvilken hudfarge de har og hvilken bakgrunn de har. Er vi likeause?

2015 VAR HJERNENS ÅR. Vi ble sikkert klokere gjennom dette året, som munnet ut i et ønske for 2016. Jeg ønsket meg et snillhetens år. Et helt år der vi er enda mer snille ogause med hverandre enn før. Ikke det at vi ikke var flinke i 2015, men jeg tror vi alle har litt mer å gå på.

Har dette noe med medisin å gjøre? Jo, massevis. Latter er god medisin. Noe av det beste som er funnet opp innenfor medisinsk verden. Bedre enn Dispril og Nyco faktisk. Glade mennesker lever lengre enn sure. Samt at de har det mye kjekkere mens de hopper fornøyd rundt i livet. Latter er også utrolig smittomt. Det spres bedre enn forkjølelsesvirus. Hver gang man finner humor i en vanskelig situasjon, så vinner man. Det er så mange som krangler i verden; mellom mor og far, mellom foreldre og barn og ellers i verden. Man krangler i politikk, man kjefter på nettet, vi forsøker

å finne noen svakheter hos andre for å stikke der det allerede er et sår. Men er det ikke mye kjærlighet i det å ikke krangle?

HAR DERE LYST til å høre en sann historie om vennskap? Knutsen og Ludvigsen var verdens beste venner. Suksessen hadde sin pris og de ble uvenner. Ikke litt krangling, skikkelig uvennskap oppstod mellom våre barndomshelter. De endte til og med i retten. Verden min ble ikke den samme. Kunne det virkelig være mulig? Verdens koseligste gutter kunne da ikke krangle? Det er her det magiske skjer. Gutta i DumDumBoys synes at dette ble så vondt at de valgte å spille inn Knutsen og Ludvigsen sangen *Kan det være nødvendig å være så sint?* Da Knutsen og Ludvigsen hørte sangen sin, tenkte de seg godt om og ble venner igjen. Verdens beste faktisk.

HAR VI LITT MER SNILLHET å fylle inn i de kalde desemberkroppene våre?

Mange sliter rundt oss, selv om vi bor i et rikt land og har all verdens luksus rundt oss. Det har aldri vært så mange som sliter med psykisk sykdom som nå. Det er flere som føler seg ensomme, selv om vi har all verdens hjelpemiddel for å kommunisere med hverandre. Desember er en måned for ensomhet, det er mørkt rundt oss og det er

mørkt inne i oss. Ensomhet er noe som både barn og unge opplever for mye av og det viser seg at 20-åringene er like ensomme som 80-åringene.

ER DET HÅP i desembermørket? Ikke sikkert, men hvorfor ikke prøve? Jeg tror alt hjelper! Et «god morgen» i stedet for et grynt! Et smil i stedet for et blikk mot klokka for å fortelle at møtet egentlig hadde begynt. Et klapp på skulderen og en liten prat om livet og siste fotballkamp til en kollega som har det vanskelig. Kanskje skal vi endelig ta den telefonsamtalen til kompisene? Eller hva med en kaffekopp hos den gamle tanta?

Men hvis jeg ber at vi alle skal forsøke å være snillere, må jeg vel ta det første steget selv. Til Hege-Beate: uten deg er livet mindre. Du er min morgen og kveld. Mitt kompass for alle himmelretninger. Jeg elsker deg.

TENK OM DET BLE SLIK: Neste år skal vi bli snillere! Det hadde vært kult det. Da hadde kongen vår blitt glad! Kongen skal vi høre på. Han er nesten like klok og snill som min mor.

Hva med å invitere svigermor til jul og be henne være noen dager ekstra? Det er raust det.



Allmennmedisin – universitetsfag i Bergen

PER FUGELLI: – *La ikke dette bli de selvgodes*

■ JØRUND STRAAND • Professor emeritus, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Den 21. april 2022 var det 50 år siden allmennmedisin ble eget fag ved Universitetet i Bergen. Jubileet ble behørig markert med seminar og en jubileumsbok med historien fra 1972 til i dag. Markeringen ble avsluttet med festmiddag på toppen av selveste Ulriken. Her holdt Jørund Straand en festtale som danner utgangspunkt for denne artikkelen.



50 år hvileskjær!



50-års jubileet ble også markert med en jubileumsbok.

Jeg skal hilse fra Per Fugelli – han ønsker det allmennmedisinske akademiet i Bergen hjertelig til lykke med 50-årsdagen (1, 2)! Nei, Per Fugelli (heretter: Per F) har ikke sendt oss noen ny epikrise fra himmelen (3). Forbindelsen derfra fungerer dessverre dårlig. Forklaringen er derfor en annen:

For fem år siden, den 27. april 2017, satt jeg i stua hjemme hos Per F i Urtegata på Tøyen, bydelen han selv omtalte som «Lille Pakistan». Her hadde vi en lang og god samtale (BILDE 1).

Per F var i overraskende god form, slagferdig som alltid. Dette til tross for at han nettopp hadde fått vite at det huserte ikke mindre enn fem til seks skumle kreftmetastaser i hjernen hans. Store steroiddoser holdt trykksymptomene foreløpig under kontroll. Vi var begge klar over at den åtte år lange sykehistorien med metastaserende kreft nå nærmet seg siste akt.

Grunnen til at jeg hadde bedt om dette møtet, var at året etter, høsten 2018, ville det være 50 år siden allmennmedisin ble universitetsfag i Oslo og i Norge. Dette skulle vi markere! I mine opprinnelige planer for jubileet inngikk også et bokprosjekt. Her skulle et av kapitlene bygge på et intervju med Per F. Intervjuet kunne vi ikke utsette. For verken Per selv eller vi andre, regnet med at han ville leve lenge nok til å få med seg denne 50-årsmarkeringen i Oslo. Og definitivt ikke markeringen i Bergen fire år seinere, i 2022.

I Urtegata denne aprildagen i 2017 snakket vi om allmennmedisinfagets utvikling fra nittensekstitallet og fram til i dag. Og om den tilstundende 50-årsmarkeringen for da Legeforeningen bokstavelig talt kjøpte allmennmedisin inn i akademiet ved Universitetet i Oslo (4–6). Vi snakket også en hel del om allmennpraksis og om fastlegekrisen som alt var godt merkbar i 2017. Av ulike grunner ble det ingen jubileumsbok i Oslo i 2018. Derfor er 50-årsmarkeringen for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen i 2022 en god anledning til å løfte fram noe av hva Per F hadde på hjertet denne aprildagen i 2017.

Om et drapsforsøk og om eggghoder og doere i Bergen

Da Per F kom til Bergen som nyslått professor i 1984, opplevde han det som veldig gledelig at han følte grunnen vestpå var så godt beredt. «I Oslo hadde jeg blitt advart mot det utskjulte Bergensfakultetet», fortalte han. «Verre enn Vatikanet, ble det sagt. Men det stemte jo ikke. Her var det en flott gjeng som det gikk an å snakke med. Med nesten alle», la han til. «De fleste så jo hva det var bruk for i helsetjenesten: dyktige allmennpraktikere!»

Allmennmedisinfaget måtte derfor sikres en plass i grunnutdanningen. Viktige støttespillere på Haukeland universitetssjukehus var for eksempel Claus Olav Solberg («vår mann!», sa Per F), Dagfinn Aarskog, Amund Gulsvik, og den svenske kirurgen Bo Arnsjø. Senere også Jon Lekven. Men her var også motstandere – framfor alt Torstein Bertelsen, øye-professoren. Bertelsen så ikke mening i at allmennmedisin skulle bli et eget selvstendig fag ved fakultetet. Studiet kvalifiserte jo allerede i sum til arbeid som *allment praktiserende lege* – for eksempel i Hattfjelldal!

Per F & co. utarbeidet en ambisiøs plan for å «lage gode leger – mål og plan for den allmennmedisinske grunnutdanningen» (7). Men studieplanen ved fakultetet var alt fullstappet. Skulle noe nytt inn, måtte noe gammelt ut. Scenen var med andre ord dukket for revirtenkning og dragkamper med steile fronter.

På slutten av 1980-tallet spisset det seg til: Da ble det arrangert et stort allmannamøte for alle legestudentene, der også mange fra fakultetet deltok. Tittel for møtet var «Trenger vi allmennmedisin? (underforstått: som eget fag på legestudiet)?» Innledere var Per F og Torstein Bertelsen. Store auditorium på PKI var proppfullt av forventningsfulle tilhørere. Først innledet Per F. Han argumenterte tungt om behovet for undervisning om den allmennmedisinske klinikk, undervist av leger som også arbeidet i klinikken, om behovet for delte stillinger mellom akademi og praksis, og om praksisundervisning skjøttet av egne praksislærere i allmennpraksis.

Så kom turen til Bertelsen. Han hadde forberedt seg godt. Som ledd i forarbeidet hadde han ringt til Ulriksdal legesenter: «God dag, dette er Torstein Bertelsen. Jeg skulle gjerne bestille en legetime hos professor Fugelli.»... «Hva?, sier De det? Tar ikke professor Fugelli imot pasienter?»... «Tar professor Fugelli aldri imot pasienter?»

Deretter gjentok det samme seg overfor instituttet i Oslo. Bertelsen tok telefonen til Frogner helsesenter for å bestille legetime hos professor Borchgrevink. Med samme nedslående resultat: «Tar professor Borchgrevink aldri i mot pasienter? ... «Neivel.»

Så henvendte han seg til Per F: «Professor Per Fugelli, du vil jo undervise klinisk medisin, allmennmedisin, for studentene?» Ja, Per F måtte jo medgi det. Da rettet Ber-

BILDE 1

Jørund Straand og Per Fugelli hjemme hos Per F i Urtegata den 27. april 2017. Per døde 7. september 2017, 73 år gammel.

FOTO: CHARLOTTE FUGELLI



Dr Joachim Wiesener (1843-1888). Maleriet er utført etter fotografi av Henrik Sørensen og henger i Legenes hus i Bergen. I Bergen er det i dag to svært synlige minner etter Wiesener: Nygårdssparken som han «grundede» sammen med sin kollega Klaus Hanssen (1844-1914) og Dr. Wieseners folkebad i Sandviken som ble reist til hans minne.

telsen en dirrende pekefinger mot Per F: «Men hvordan kan du undervise klinikk – du som jo ikke engang arbeider i klinikken og som ikke behandler pasienter?»

1–0 til Bertelsen! Publikum applauderte. Andre gremmet seg. I 2017 oppsummerte Per F møtet på følgende måte: «Et mordforsøk! Velforberedt, elegant og infamt!»

Allmennmedisinfaget vant nå likevel fram, litt etter litt, både i fakultetet og i studieplanen.

«Hva var det som gjorde at vi fikk det til i Bergen?» spurte Per F seg selv denne april-dagen for fem år siden. Og han gav dette svaret. «Ja vel og takk: et velvillig fakultet, tiden var moden, og studentene ville ha oss.» Sist, men ikke minst, pekte han på det laget han fikk rekruttert: «Jeg fikk med meg en praktfull blanda stamme av både egghoder og doere.»

Ifølge *Det Norske Akademis ordbok*, kan «egghode» i muntlig tale bety en intellektuell person, det vil si en teoretiker. Det var nok det Per F mente. Han fortsatte: «Det ble en sabla fin gjeng av både det ene og det andre – ingen akademisk monokultur – alle med sterk forankring i klinisk praksis». Om Steinar Hunskaar sa han: «Rett mann på rett sted til riktig tid. Et flakslodd! Utrolig dømmekraft og en jævla do'er. Et dobbeltmenneske!»

Bergen ble raskt det ledende allmennmedisinske universitetsmiljøet i Norge. Siden tidlig på nittitallet har ingen klart å gjøre dem rangen stridig. Hvorfor har Bergen lyktes så mye bedre enn hva vi andre har fått til i Tromsø, i Trondheim eller ved det største

fakultetet av alle, i Oslo? Min personlige og enkle forklaring handler om tre ting: om personer, om nærhet og om strukturer.

En kritisk masse, ja vel, men mer enn bare det. Jeg er overbevist om at *kontinuitet i akademiet* har vært avgjørende for den vedvarende, positive utviklingen i Bergen. Både *egghodene* og *do'erne* har blitt på post. De var med fra starten av da Per F omskapte instituttet og de er her fortsatt: Steinar Hunskaar, Kirsti Malterud, Anders Bærheim, Eivind Meland, etter hvert også Sverre Sandberg og Hogne Sandvik. I starten også Kjell Haug og Jon Gunnar Mæland.

Og så alle de dyktige medarbeiderne denne gjengen etter hvert trakk til seg, da! Og flere kom til (8). Jeg selv hadde gleden av å være del av dette miljøet i 12 år og hadde også Per F som veileder på min doktorgrad (9). En del av den akademiske kulturen Per F etablerte i Bergen på 1980-tallet handlet dessuten om at alle ble forventet å skulle bidra inn i fellesskapet, sosialt eller faglig, ut over det som i snever forstand gagnet egen CV.

De andre forklaringene, handler om nærhet og om strukturer. Nærhet betyr blant annet kontaktflater og innflytelse oppover i universitetsorganisasjonen, både på institutt- og fakultetsnivå. Og om respekt og forståelse den andre veien. Både formelt og uformelt. Egne erfaringer fra universitetene både i Bergen og i Oslo har lært meg at avstanden, i mer enn fysisk forstand, opp til fakultetsledelsen og dekanus er veldig mye lengre og langt mer formalisert i Oslo enn i Bergen. I perioder har dekanatet i Oslo dess-

uten opptrådt mer som en motstander enn medspiller når de av økonomiske årsaker har ønsket å legge ned mye av den allmennmedisinske praksisundervisningen.

Med *strukturer* tenker jeg på de fast oppsatte møtene for forskning, undervisning, strategi og drift. Her ble alle forventet å delta. Fordi allmennmedisin er et klart klinisk fag, var Per F tydelig på at de fleste i det allmennmedisinske akademiet også skulle ha et fotfeste i klinisk praksis. For fag og praksis er to sider av samme sak, der begge befordre hverandre.

Dette er slett ingen ny problemstilling. Bergenslegen Joachim Wiesner (1843–1888) skrev kloke ord om dette helt tilbake i 1887 (BILDE 2). I tidsskriftet *Medicinsk Revue* som han selv var medutgiver for, skrev han følgende:

«Den videnskabelige drift i os er betingelsen for vor aandelige existens som læger – savner vi den, mangler vi en saa vesentlig løftestang i vor daglige gjerning, at vi straks løber fare for at synke ned i massen av aandløse og trette slepere, for hvem ens livsgjerning kun er midlet til materiel existens. Den skillevegg som mange setter op mellom praksis og videnskabelighet er en fiktion» (10).

Juvelen i fastlegeordningen: *personal doctoring*

«Se på fastlegeordningen: seieren følger våre faner!», utbrøt Per F i begeistring under vår samtale fem år tilbake.

«En fast, personlig lege, denne gåtefulle oasen i ørkenen! Fastlegeordningen har vist seg å ha bærekraft til tross for modern times. Fordi: Det som et sykt menneske lengter etter, det er *personal doctoring*. Det er *dette* folk vil ha.»

Per F pleide ofte å krydre sine utsagn med skjønnlitterære referanser. Så også på sparket denne gangen:

«Som Sigrid Undset skrev i boken om Kong Arthur og ridderne ved det runde bord (11): 'Tidene forandrer seg og menneskene med den. De tenker annerledes om mange ting, men menneskenes hjertes forandrer seg aldeles intet i alle dage.'»

Og så la han til: «Dette gjelder ikke minst for det syke hjertet. Venner, *personal doctoring*, det er vårt våpen! Vi har noen basic instincts på vår side!».

Vi kunne ikke unngå å dvele ved fastlegekrisen som også i 2017 var tydelig. Rekrutteringssvikt, overarbeidede kolleger og et økende antall innbyggere uten en fast lege. Dette vekket minner hos Per F om krisetidene for allmennmedisinen på 1970-tallet. Da ville helsemyndighetene og den mektige helsedirektøren Karl Evang løse problemene i primærhelsetjenesten ved å erstatte den personlige legen med flerfag-

lige helse- og sosialsentre, omtrent som de svenske vårdcentralene.

Da var det at Per F grep til pennen og skrev debattboka *Tilbake til huslegen – søkelys på norsk medisin* (12). Her understreket han betydningen av at syke mennesker har et grunnleggende behov for å bli medisinsk ivaretatt av én person, sin personlige «helhetslege». «Verdien av et fasttømmret lege/pasient-forhold er umåtelig stor, både målt med menneskelige og faglig mål», skrev han.

Nylig har allmennmedisinske forskere i Bergen dokumentert at nettopp langvarig personlig kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir markert færre sykehusinnleggelses, og viktigst av alt: Det gjør at pasientene faktisk også lever lenger (13). I *Tilbake til huslegen* angrep Per F den «prinsipielle kjepphesten» i helsebyråkratiet om at bare man samlet flest mulig hjelpere under samme tak, desto mer helhetlig behandling får pasienten.

Men resultatet blir snarere det motsatte, skrev Per F. Fordi,

«...jo flere hjelpere som kobles på den enkelte pasient, desto mer oppdelt behandling får vedkommende. Det store flertall av pasienter som oppsøker almenpraktikeren, tar han seg best og utmerket av aldeles alene.»

«Dette gjelder jo også i dag», sa Per F i 2017. «I dag vil mange i byråkratiet erstatte fastlegen med primærhelseteam. Samarbeid? Ja, selvfølgelig! Men de beskjedne samarbeidsbehovene må ikke blåses opp for å begrunne forandringer som i neste omgang vil ødelegge det personlige lege/pasient-forholdet.»

Richard («Dick») Scott (1914–1983) ble verdens første professor i allmennmedisin i Edinburgh i 1963. Tilsvarende som professoratene i Oslo (1968) og Bergen (1972), ble faget kjøpt inn i akademiet med eksterne midler. I Edinburgh skjedde dette i form av en donasjon fra etterkommerne til den berømte skotske allmennlegen og hjerteforskeren, Sir James Mackenzie (1853–1925).

BILDE 3



Det gav imidlertid grunn til håp at faget tross alt står sterkere i 2017 enn på 70-tallet. Nå er det nærmest et folkekrav at vi skal ha en god fastlegeordning, og allmennmedisinen er godt etablert som fag ved alle våre medisinske læresteder.

Om å beskrive sitt fag

Vi var også innom det at allmennmedisin som fag og praksis i større byer nå utfordres av kommersielle kjeder med engangsleger som tilbyr øyeblikksmedisin for den som kan betale. Er dette allmennmedisin? Skal vi som fag og helsetjeneste møte framtiden, er det viktig at vi selv har et avklart forhold til eget fag: Hva er allmennmedisin og hva er det ikke? Hvordan definerer vi allmennmedisin som et selvstendig medisinsk fag? Hvordan formidle dette til studentene, til kolleger, til politikerne og til samfunnet for øvrig? Å svare på dette må være en viktig oppgave framover for både akademiet og Legeforeningen. Dette var vi skjønt enige om.

Så langt har jeg ikke kommet over noen som bedre enn verdens første professor i faget, Richard («Dick») Scott (BILDE 3) i Edinburgh, har definert allmennmedisin-faget. I sin James Mackenzie forelesning i 1964 sa han blant annet (14):

«...a purely functional definition of general practice (is) being that sector of medical care in which the patient enjoys direct and continuing access to his own doctor. These two factors, direct access and continuity of access, are the only essential characteristics of general practice. Unless they are preserved, general practice will disappear.»

«Ja, nettopp! Bravo! Nam, nam», var Per F sitt bifall til Scotts definisjon. «Tilgjengelighet og personlig kontinuitet, det er våre diamanter».

Tenk! Dette var vi med på å få till!

Det led ut på ettermiddagen den 27. april 2017. Per F og jeg hadde snakket oss gjennom den allmennmedisinske historien i Norge gjennom et halvt hundreår. Det ble vår yrer glede i Urtegata da vi oppsummerte de mange løfterike nye skuddene, mange i full blomst, som i årenes løp hadde vokst ut fra den allmennmedisinske stammen: allmennmedisinske forskningsenheter, kompetansesentra for antibiotikabruk, legevakts- og distriktsmedisin, nasjonal forskerskole og SKIL. For ikke å glemme allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) i Legeforeningen.

Samtidig var det i 2017 gode utsikter til et helt nytt skudd på stammen: forsknings-

nettverket PraksisNett, der søknad om pengestøtte nettopp hadde blitt sendt inn til Forskningsrådet (15). Etter dette ble Per F sittende stille en god stund. Men så kom det. Synlig stolt og nesten litt høytidelig sa han ettertenksomt: «Tenk!.. dette var vi med på å få till!»

Møtet vårt i Urtegata gikk mot slutten, Per F var etter hvert synlig trett. Det var tid for å ta farvel. Men før vi skilte lag, spurte jeg Per F om han hadde noen tanker om den framtidige femtiårsfeiringen av faget – for dette må jo markeres, mente jeg. Svaret fra Per F får bli hans hilsen til 50-årsjubilanten i Bergen: «Javel, 50 år – visst må det jubileres! Nam, nam! Slå på stortromma! Seieren følger våre faner!» Men, så la han til: «La ikke dette bli de selvgodes hvi-leskjær.»

REFERANSER

- Nilsen L. Bergensforskere feiret 50 år med akademisk allmennmedisin. *Utposten* 2022; 50: 2–5.
- Hunskår S (red.). *Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022*. Michael 2022; 19: Supplement 29. Fulltekst tilgjengelig på: <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2022-29/Michael-Supplement-29.pdf>.
- Fugelli P. Per dør. Oslo: Cappelen Damm, 2017.
- Straand J. En ektefødt sekstiått på universitetet. *Kronikk. Dagens Medisin* 8.nov 2018.
- Hafstad A. Allmennmedisinsk femtiårsfest. *Dagens Medisin* 28.nov 2018.
- Johannessen LB. Allmennmedisin – 50 år som universitetsfag. *Tidsskr Nor Legeforen* 2018; 138: 98–9.
- Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K. Å lage gode leger. Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen. Oslo: Universitetsforlaget, *Almenpraktikerbiblioteket*, 1986.
- Straand J, Malterud K, Hunskår S. *Forskningen på 1990-tallet: medgang avler medgang*. I: Hunskår S, red. *Akademisk allmennmedisin i Bergen 50 år: 1972–2022*. Michael 2022; 19: Supplement 29: 137–53.
- Straand J. To prescribe or not to prescribe. *Drug prescribing studies from general practice. The Møre & Romsdal Prescription Study II*. *Nor J Epidemiol* 1999; 7 (Supplement 2).
- Wiesner J. *Medicinsk Revue* 1887; 3.
- Undset S. Fortællinger om kong Arthur og ridderne av det runde bord. Kristiania: Aschehoug, 1915 (1. utgave).
- Fugelli P. *Tilbake til huslegen*. *Søkelys på Norsk medisin*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1975.
- 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; 72(715): e84–e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
- Scott R. *Medicine in society* (James Mackenzie lecture 1964). *J Coll Gen Pract* 1965; 9: 3–16.
- Bjorvatn B, Straand J, Halvorsen P, Wensaas KA, Bellika JG, Fors EA, Gjelstad S, Kristoffersen ES, Øxnevad-Gundersen B, Rørtveit G. *PraksisNett – et nettverk av fastlegepraksiser*. En storsatsing på forskning i allmennpraksis. *Utposten* 2018; 47 (4): 40–3.

■ JORUND.STRAAND@MEDISIN.UIO.NO

Fra fastlege til ekspedisjon

■ ELDBJØRG LIE BERGHEIM • *Spesialist i allmennmedisin*

I DESEMBER 2021 sa jeg opp min jobb som fastlege for å dra på kanoekspedisjon inn i Canadas villmark. På det tidspunktet var Nordvestterritoriene fortsatt helt stengt for turisme på grunn av covid. Først fra mars 2022 begynte man en gradvis åpning av områdene. Tross usikkerheten, satset vi på at vi ville klare å komme oss over og få gjennomført vår store drøm.

TO ÅR TIDLIGERE, sommeren 2020, hadde mannen min og jeg planlagt en 80-dagers kanotur fra Yellowknife ved Store Slavesjø til Beverly Lake. Jeg hadde funnet en vikar til fastlegepraksisen min, bestilt billetter og alt var klart da pandemien kom

mars 2020. Fire års planlegging fikk en bråstopp. Alvoret forbundet med pandemien kom brått på, og drømmen om villmarken ble både umulig og ikke så viktig akkurat da.

JEG HAR JOBBET på et lite kommunalt legekontor på bygda i snart 30 år. Mine veiledere og forbilder i allmennmedisin lærte meg KOPF-prinsippet (kontinuerlig, omfattende, personlig, forpliktende). Jeg var personlig dedikert og forpliktet overfor mine pasienter og hadde tenkt jeg skulle bli værende.

Det ble et vanskelig puslespill for meg å kombinere jobben med en tre måneders

tur til Canada. Jeg fikk innvilget permisjon fra kommunen, men måtte selv stå ansvarlig for å skaffe vikar. På grunn av covid var det ekstra vanskelig å få tak i vikarer. Jeg var redd for å bestille en erstatting, for så å komme i en situasjon der vi likevel ikke fikk reist. Omvendt kunne jeg heller ikke stå på flyplassen klar til å reise til Canada, og så likevel ikke få reist fordi vikaren meldte avbud.

JEG TENKTE MYE fram og tilbake på dette. Jeg skrev pro et contra-lister og funderte mye. Så gikk det en dag opp for meg at dilemmaet var uløselig. Hvis jeg ville reise, måtte jeg si opp jobben.

Inn i eventyret – Store Slavesjø.



nsleige



Svartbjørn som lå på teltet – Taltheilei Narrows.



Big Stone Point – Store Slavesjø.



FAKTA OM NORDVESTTERRITORIENE

STATUS: Territorium i Canada
INNBYGGERTALL: 41 070
HOVEDSTAD: Yellowknife (19 500 innb.)
GJENNOMSNTLIG LEVEALDER: 77,4 år
LANDAREAL: 1 183 085 km²
TOTALAREAL: 1 346 106 km²
INNBYGGERE PR. KM²: 0,03
OFFISIELLE SPRÅK:
Ni urfolksspråk samt engelsk, fransk
RELIGION: Protestantisk og katolsk
kristendom, ikke-religiøse

FAKTA OM CANADA

STATSFORM: Konstitusjonelt monarki
INNBYGGERTALL: 39 millioner
HOVEDSTAD: Ottawa (1 mill. innb.)
GJENNOMSNTLIG LEVEALDER: 82,1 år
URBANISERINGSGRAD: 81,8 prosent
LANDAREAL: 9 093 507 km²
TOTALAREAL: 9 984 670 km²
INNBYGGERE PR. KM²: 4,2
OFFISIELLE SPRÅK: Engelsk, fransk
RELIGION: Protestantisk og katolsk
kristendom, ikke-religiøse, islam
NASJONALDAG: 1. juli
NASJONALSANG: O Canada
STATSOVERHODE:
Charles III (konge), Mary Simon (guvernør),
Pierre Trudeau (statsminister)
VALUTA: Canadisk dollar



ILLUSTRASJONER: COLOURBOX



Solnedgang ved Summit Lake, turens høyeste punkt.

PANDEMIEN FIKK MEG til å innse at livet er av begrenset varighet og vi har ingen garantier. Både mannen min og jeg er godt voksne og hvis en av oss skulle bli syk, kunne vi ikke dra på en slik tur ut i villmarken. Det ble viktig for oss å gjennomføre turen mens det var mulig. Beslutningen ble tatt om at vi prøver alt vi kan å få gjennomført turen. Vi tåler usikkerhet og tar et steg av gangen mot målet.

VI KOM OSS PÅ TUR. Den 25. juni 2022 satte vi sammen vår 16,5 fot Allykano i Dettah ved Yellowknife, og la ut i bølgene. Etter 11 uker og 800 km, ble vi hentet ut 9. september med et lite sjøfly fra Whitefish Lake – noen kilo lettere og mange opplevelser rikere.

VI STARTET MED Å PADLE på Store Slavesjø, verdens niende største innsjø. Den er beryktet for at det plutselig kan blåse opp og gå fra stille sjø til opprørt hav på et øye-

blikk. Vi har kjempet mot store dønninger, krappe bølger og kraftig motvind. Vi hadde dager vi padlet i tett røyk fra skogbranner og sola sto rød som et trafikklys på himmelen. Andre dager var det tett tåke. Kun med kompass og GPS klarte vi å holde oss på riktig kurs.

VED EN VAKKER SANDSTRAND øst i Store Slavesjø startet vi på bæreetappen Pike Portage. Her har urbefolkningen gjennom århundrer tatt seg opp til jaktmarkene på tundraen. Senere dro pelsjegerne, blant dem Helge Ingstad (se faktaboks), den samme ruten. Etter Pike Portage ligger Artillery Lake, en stor, vakker innsjø som ligger delvis på tundraen. Vi tok etter hvert sørøstover langs Trout Creek mot Sandy Lake. Vi hadde utfordringer med varmeperioder opp mot 30 grader og lite skygge å skjerme oss i. Det var krevende å bære tungt i så sterk varme. På toppen, ved Summit Lake, slo lynet ned og startet en lyn-

FAKTA OM HELGE INGSTAD



Helge Marcus Ingstad (1899–2001) var en norsk jurist og forfatter. Han oppholdt seg noen måneder i Frankrike i 1926. Deretter reiste han til Canada for å leve som pelsjeger.

Der oppholdt han seg i fire år. Ved hjemkomsten vant han raskt berømmelse for debutboken *Pelsjegerliv blant Nord-Canadas indianere* (1931).

brann like ved oss. På slutten av turen ble vi liggende værfast på grunn av sterk vind, men heldigvis hadde vi funnet ly ved en sandrygg med noen få trær.

NÅR DET GJELDER kommunikasjon, hadde vi en satellittelefon og hver vår Garmin Inreach. Garmin Inreach er satellittbaseret, med GPS, nødvarsler og værmelding, samt mulighet til å sende meldinger. Det var en utfordring at vi var langt unna folk og kunne risikere å komme i situasjoner der det ikke var mulig å bli hentet ut, selv om vi hadde hatt behov for det.

VI HAR HATT FÅ medisinske problemer. Det ble kun brukt seks Paracet, fire Ibux, litt Diclofenac gel og et lite plaster. Det ble ikke bruk for turniké eller avlastning av trykkpneumothorax med spesialnål. Verken bever fever eller harepest så vi snurten av. Imidlertid hadde vi grizzlybjørn i leir. Det mest skremmende var en morgen vi våknet av en svartbjørn som lå oppå teltet. Det var en rimelig effektiv vekkerklokke, kan man si. Vi møtte også store moskusflokker som virket villere enn moskusen på Dovrefjell. De var prustende, stampende og brølende, og vi holdt oss på god avstand.

DET VAR ET EVENTYR som var fantastisk. Jeg har nå begynt i en annen leigejobb som krever ny kunnskap og nye tilpasninger. Jeg har fått fornyet selvtillit og en egen indre ro. Er det bjørn eller er det ikke bjørn, er mitt nye mantra. Er det ikke bjørn, noe som oftest er tilfelle, tar jeg utfordringen med ro.

Jeg vil oppfordre alle som har en drøm eller noe de har lyst til å gjøre, til å gå for det. Ta sjansen, ta spranget. Det er verdt det.

■ ELDBERG@ONLINE.NO



Bæring langs Snowdrift River ned til Sandy Lake.

*Siste camp ved
Whitefish Lake i
september.*



– Jeg driver på med det fordi det er

Ståle Onsgård Sagabråten ■ INTERVJUET AV LISBETH NILSEN

Lokalavisen i Hallingdal omtaler han som landsbylegen. Men fastlege Ståle Sagabråtens langvarige arbeid for bedre helsetjenester i distrikt er lagt merke til langt utover Hallingdal. Nå har han fått Anders Forsdahls pris for arbeidet sitt.

Siden 2002 har fastlege Ståle Onsgård Sagabråten ved Nesbyen legesenter i Hallingdal vært opptatt av at man skal kunne gjøre mye i distrikt, og at det skal gjøres med kvalitet. Under Primærmedisinsk uke i oktober ble han overrakt Anders Forsdahls

pris 2022 for arbeidet han har nedlagt for å få bedre helsetjenester i distrikt.

Prisvinneren ble overrasket og glad – og synes det ble litt vel mye rosende omtale.

– Dette var ikke noe jeg forventet. Jeg driver på med det jeg gjør fordi jeg synes det er

spennende og viktig. Men det er utrolig stas at noen har lagt merke til innsatsen. Jeg ble litt satt ut bare av det å bli nominert. Mange av dem som har mottatt prisen før, er mine forbilder, folk jeg har sett opp til, sier Ståle Sagabråten.

Markant innsats

Prisen er en minnepris etter Anders Forsdahl, som blant annet var distriktslege i Sør-Varanger og som forsket med utgangspunkt i lokale forhold. Nasjonalt senter for dis-

Ståle Onsgård Sagabråten engasjerer ved talerstolen.



jeg gjør spennende og viktig

triktsmedisin (NSDM) opprettet prisen i 2006, samme år som Forsdahl døde. Prisen deles ut til en person som over år har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i Distrikts-Norge, i en vid betydning av begrepet.

Det var Norsk forening for allmennmedisin (NFA) som nominerte Ståle Sagabråten. Leder av NSDM, Anette Fosse, delte ut prisen. Hun er i sin tildelingstale tydelig på at Ståle Sagabråten «oppfyller samtlige kriterier for å få prisen». Ifølge kriteriene må prisvinneren vise til arbeid på flere områder, som blant annet utvikling av helsetjenestene i distrikt,

forskning og undervisning for å styrke kunnskapsgrunnlaget for praksis i utkantområder og fagpolitisk og helsepolitisk arbeid som bidrar til å sette dagsorden for viktige distriktsmedisinske problemstillinger.

Prisen ble delt ut for 16. gang i år, og er en kunstgave og et stipend på 20 000 kroner til fagutvikling.

Diplomat og brobygger

NFA fremhever Sagabråten's faglige integritet og troverdighet, og at han har jobbet

for bedre faglig standard på legevakt, samtidig som han har kjempet for rammer og arbeidsvilkår som har gjort dette mulig. Prisvinneren tok initiativ til en felles legevakt i Hallingdal i 2000 – noe som ble en realitet i 2008.

Ett år etter endt turnustjeneste ble han tillitsvalgt som medlem i daværende Allmennpraktiserende legers forening (Aplf) sitt fagutvalg. I 2006 ble Aplf og Norsk selskap for allmennmedisin sammenslått til Norsk forening for allmennmedisin. NFA mener at et av de viktigste grepene som er

Anette Fosse overrekker Anders Forsdahl-prisen til Ståle Sagabråten.



FOTO: TRYGVE SKONVORD

DETTE ER STÅLE ONGÅRD SAGABRÅTEN

- Født i 1970 og oppvokst i Nesbyen, bor i barndomshjemmet i Nesbyen
- Er gift og har tre barn og ett barnebarn
- Studerte medisin i Bergen, er spesialist i allmennmedisin og har vært fastlege i Nesbyen siden 2002
- Har også vært sykehjemslege og skole- og helsestasjonslege.
- Har vært praksislærer for medisinstudenter og veileder for LIS1 (turnusleger) i kommunehelsetjenesten
- Er tidligere nestleder i Allmennlegeforeningen og i Norsk forening for allmennmedisin, der han fortsatt er styremedlem
- Har sittet i Helsedirektoratets referansegruppe for nasjonale faglige retningslinjer for fødselsomsorgen
- Var med i trepartssamarbeidets ekspertutvalg for legevakt
- Har vært leder av Fagrådet i Allmennmedisinsk forskningsfond siden 2007
- Er leder av Fagstyret i Legeforeningen
- Er medlem av regjeringens Kvinnehelseutvalg og Abortutvalg



FOTO: NFA/STÅLE SAGABRÅTEN

gjort for å styrke allmennmedisinen som fag, var prosessene i 2006 for å slå sammen de to faglige foreningene, og viser til at Sagabråten ga betydelige bidrag i arbeidet gjennom sine diplomatiske og brobyggende evner.

Sagabråten har hatt ulike tillitsverv i NFA og i Allmennlegeforeningen. I dag er han styremedlem i NFA og leder av Fagstyret i Legeforeningen, som representerer 46 fagmedisinske foreninger.

Siden 2007 har han ledet Fagrådet i Allmennmedisinsk forskningsfond, og han var en av gründerne til Hallingforsk. Flere allmennleger husker godt åpningen av Hallingforsk:

«...hvor alt som kunne krype og gå av helsevesenets topper var til stede – med helseministeren i spissen for ekspertgruppen for samhandlingsreformen. Sjelden har det vært reklamert bedre for distriktsmedisinens

betydning. En av de kraftfulle stemmene kom fra Ståle Sagabråten iført hallingbunad».

Sagabråten har forsket og har arrangert kurs for kolleger.

«Mange allmennmedisinere har gått akuttmedisinkurs med Ståle – og noen av oss har opplevd den blandede fornøyelsen å sette eller motta en venflon i vena jugularis under Ståles kyndige veiledning liggende på gulvteppet i Soria Moria». NFA

Har lent seg på andre

Ståle Sagabråten er opptatt av at mindre kommuner som har fått til gode tjenester kan inspirere andre – og større – kommuner.

– Der hvor det kan være vanskelig å finne løsninger i de store kommunene, kan vi oftere se på de små kommunene, hvor det gjerne er enklere å finne frem til de gode

løsningene. Får vi til bra løsninger i småkommunene, har vi løst problemene for halvparten av landets kommuner. Noen ganger kan det kanskje være bra å ta tak i ting i liten skala og så oppskalere.

– Hva er mest utfordrende med å jobbe for gode helsetjenester i distrikt?

– Det er nok det å lage gode tjenester nær der pasientene er. Utfordringene er avstander og ressurstilgangen til økonomi og folk – og å få ting til å henge sammen. Det er ikke nok å ha god fastlegedekning, hvis vi mangler en sykepleier. Vi må tenke at alle er en del av en helhet. Vi blir ikke bedre enn det svakeste leddet. Folk er ofte veldig engasjerte i bygda, jeg er heldig som bor i ei bygd og i en dal som lenge har satset på gode helsetjenester. Så arbeidet jeg har gjort er ikke noe jeg har drevet med alene. Jeg har lent meg på andre og har vært heldig som har fått samarbeide med mange flinke folk.

Nå er han frikjøpt 50 prosent for å lede Fagstyret i Legeforeningen, men har fortsatt pasienter på kontoret hver uke. Og intervjuet om pristildelingen gjør han unna i bilen, på vei til Oslo og festmiddag – etter å ha kjørt fra hovedstaden og hjem til Nesbyen for å se noen pasienter.

På den mildt sagt omdiskuterte Lege-listen, der pasienter kan kommentere og gi stjerner til navngitte fastleger, skriver en av Sagabråtens pasienter: «Han er rask og effektiv, men du får likevel inntrykk av at han virkelig tar seg tid til deg som pasient. Her er det bare en ting å si: Løp og kjøp!»

– Haha, ja det var litt av en reklame.

Det tøffeste året i Hallingdal

Begeistret var også sentrale personer i trepartssamarbeidet da de valgte å reise til Nesbyen og til Ståle Sagabråten i november 2019 for å studere organisering av fastlegetjenesten i kommunen, og hvordan organiseringen bidrar til god oppfølging av pasientene.

Ifølge NFA bruker den engasjerte distriktslegen enhver mulighet til å markedsføre Nesbyen, som har vært møteplass for mange legeföreningsorganer. «Og når noen snakker varmt om primærhelseteam som nyvinning, kan Sagabråten fortelle at slik har de jobbet i mange år i Nesbyen», skriver NFA i nominasjonen og viser til at «Alle reiser begeistret fra Nesbyen, med distriktsperspektivet i bagasjen».

I år har begeistringen over å jobbe i Nesbyen ikke vært like stor for Ståle Sagabråten.

– Det siste året er kanskje det tøffeste jeg har hatt i Hallingdal. Fastlegekrisen

Ståle Onsgård Sagabråten taler ved faglandsrådet 2022.





Ståle Sagabråten beskrives som en brobygger og diplomat.

har også truffet oss. Et analysefirma hadde gjennomgått kommunens økonomi og fant overforbruk av legetjenester, sammenlignet med andre kommuner. Det førte til oppsigelse av den økonomiske samarbeidsavtalen mellom kommunen og fastlegene. Først i sommer fikk vi landet nye avtaler, og i høst har vi klart å rekruttere til en hjemmel som har stått ledig lenge. Vi advarte mot å skape usikkerhet midt i en økende fastlegekrise, men kommunen hadde ikke merket problemene, og vi hadde ikke hatt god dialog med kommunen.

Jobben som hobby

Ståle Sagabråten er født og oppvokst i Nesbyen, og har bodd i Hallingdal mesteparten av sitt 52 år lange liv.

– Det er en grunn til at jeg har forblitt i Hallingdal, jeg er først og fremst kliniker. Noen sa en gang at alle bør gi to år til verv for at foreningene skal kunne jobbe for oss. Noen av oss er litt trege med å komme oss ut av ting. Det har blitt 20 år så langt. Kanskje bør jeg slippe taket, men det er kjekt å delta. Det å veksle mellom pasienter og verv er veldig fint, jeg får energi av å drive med begge deler.

– Hva er drivkraften i det du gjør?

– I Norge har vi et veldig godt helsevesen, med en primærhelsetjeneste og en fastlegeordning som gir alle innbyggere en medisinsk ekspert som de kan rådføre seg med og som kan hjelpe dem videre. Drivkraften min ligger i å jobbe for et helsevesen som henger sammen. Og jeg tror på gode helsetjenester uavhengig av hvor stor lomdeboka di er. Det har blitt klarere og klarere for meg.

– Hvordan får du tid til pasientene, verv og andre oppgaver?

– Jeg er avhengig av et godt samarbeid med mange, og jeg har vært heldig å ha en jobb som på mange måter er hobbyen min. Jeg er veldig engasjert i å være allmennlege og distriktslege. Men jeg må ha forståelse i heimen og på legekantoret, og det har jeg hatt. Ungene mine har heldigvis ikke latt seg skremme, en av dem studerer medisin, så arbeidsgleden må ha smittet. Jeg har gode kolleger og gleder meg til å gå på jobb hver dag. Når du er engasjert, får du energi gjennom følelsen av å bidra til noe som er viktig for alle. Jeg har også hatt forståelsesfulle pasienter, ventetiden kan iblant bli lang. Jeg tar med pasientenes utfordringer i alt arbeid for å

bruke gode løsninger på systemnivå. Uten goodwill fra alle kanter, ville det vært vanskelig å jobbe.

Allmennmedisin ikke førstevalg

Det kunne fort ha blitt journalistutdanning og ikke medisinstudier på Ståle Sagabråten.

– Jeg kom inn på journalishøgskolen uka før jeg fikk på plass på medisin i Bergen. Det var få plasser på journaliststudiet, og mange av journalistvennene mine skjønte ikke hvordan jeg kunne takke nei til plassen. Jeg kom til at det var lettere å gå tilbake til journalistikken, enn til medisinstudier, om valget skulle vise seg å være feil.

– Jeg skulle bli gastrokirurg og forsket som student på kreft og genanalyser. Så fikk jeg turnusplass i Gol kommune. Der traff jeg Nils Rune Nilsen, min veileder under turnus, og Harald Lystad i Hemsedal, som lærte meg mye om skader og bruddbehandling. Jeg så arbeidsgleden de hadde, og tenkte at det å være litt bred og ha flere strenger å spille på kunne være fint. Jeg skjønte at i allmennpraksis ville jeg aldri bli utlært. Her ville det aldri bli kjedelig!

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Nasjonal behandlingstjeneste for yrkesmedisinsk utredning

■ MARIT GRØNNING • Professor, institutt for global helse og samfunnsmedisin

Yrkesdykkere gjør en viktig jobb innen ulike bransjer i hele Norge, og særlig langs kysten. De har en risikoutsatt jobb både på grunn av potensielt farlige og uventede hendelser mens de er i vannet, men også på grunn av mulige patofysiologiske effekter av å jobbe under forhøyet omgivende trykk.

Alle yrkesdykkere med mistenkte dykke-relaterte helseplager skal henvises «Nasjonal behandlingstjeneste for yrkesmedisinsk utredning av yrkesdykkere» ved Yrkesmedisinsk avdeling, Haukeland Universitets-sykehus.

Dykkemedisinsk forskning i Bergensregionen har en relativt lang historie med en rekke epidemiologiske, kliniske og eksperimentelle doktoravhandlinger. Allerede i 1985 publiserte professor Johan A Aarli et al artikkelen «Central nervous dysfunction associated with deep-sea diving». Kari Todnems senere doktorgradarbeid på 1980–90-tallet var banebrytende og viste ytterligere sammenheng mellom dykkingen offshore og negative helseeffekter på sentralnervesystemet (CNS). Tilsvarende viste psykolog Ragnar Værnes ved hjelp av nevropsykologiske tester at metningsdykking hadde negativ effekt på kognitiv funksjon hos en ikke ubetydelig andel av de samme dykkerne. Resultatene fra deres arbeider ble møtt med stor skepsis i industrien.

Seksjon for hyperbarmedisin etablert

I samme periode gjorde professor Einar Thorsen studier av lungefunksjon hos yrkesdykkere. Han viste at lungefunksjonen var svært god og over gjennomsnittet for normalpopulasjonen av samme kjønn og alder ved begynnelsen av yrkesdykkers karriere, for deretter å vise et tydelig fall ned mot og under gjennomsnittet. Sannsynligvis er høy oksygenkonsentrasjon i luftveiene under dykk er vesentlig del av årsaksmekanismen. I 2005 ble det ved NUI utført et simulert forskningsdykk til 240–

250 meter. De aktuelle dykkerne ble undersøkt før og etter dykket med full undersøkelse av lungefunksjon, klinisk nevrologisk og nevropsykologisk status, EEG, ØNH. Det viste seg at dykkernes lungefunksjon var uendret etter dykket, mens flere dykkere hadde nye nevrologiske funn som uttrykk for påvirkning av CNS.

På bakgrunn av omfattende dykkemedisinsk forskning i Bergensregionen på 1980–90-tallet ble Seksjon for hyperbarmedisin etablert ved YMA i 1994. Den har et stort trykkammer med plass til 12 personer eller intensivpasient, og seks enmannskamre. Seksjonen har Nasjonal behandlingstjeneste for elektiv og regionalt ansvar for ØH hyperbar oksygenbehandling (Helse Midt og Helse Vest). Indikasjonen for de fleste elektive pasientene er stråleskade etter kreft-behandling. Trykkfallsyke hos dykkere er vanlig årsak til ØH-behandling. I gjennomsnitt ble tre yrkesdykkere og ti sportsdykkere årlig behandlet for trykkfallsyke i perioden 2009–2021. Hovedsymptom var hos de fleste vurdert som nevrologisk.

Fra 1999 til 2012 ble 240 av 365 tidligere Nordsjødykkere utredet ved avdelingen. Resultater fra arbeidet har resultert i flere artikler som har fått internasjonal oppmerksomhet. Det ble vist at tidligere Nordsjødykkere har lavere livskvalitet enn normalbefolkningen målt ved SF-36 og at det i stor grad var relatert til gjennomgått trykkfallsyke. En MR-artikkel viste at yrkesdykkerne i noen områder av hjernen hadde nedsatt blodgjennomstrømming og diffusjon sammenlignet med normale kontroller. Det er imidlertid ut fra dette ikke mulig å konkludere hvilke hjernefunksjoner som

er mest utsatt. I vår siste artikkel fra 2022 er det vist at yrkesdykkere som rapporterer trykkfallsyke med symptomer kun fra ledd og hud, også har funn ved nevrofysiologiske målinger i hjernen. En sannsynlig tolkning er at intravaskulære bobler ved trykkfallsyke kan strømme til alle deler av kroppen og også påvirke hjernen selv om en i akutfasen ikke identifiserte nevrologiske symptomer.

Helsetester av dykkerne ble viktig

Arbeidstilsynets sertifikatdatabase for yrkesdykkere 1982–2010 var grunnlaget for en spørreundersøkelse til alle registrerte yrkesdykkere i denne perioden og registerstudier. Det ser ut til at yrkesdykkere har noe mer hjerte-karproblematikk enn normalbefolkningen, særlig om de ikke har hatt en dykkefriday i løpet av en arbeidsuke. De har mer plager fra muskel-skjelett-systemet. Yrkesdykkere innen kai- og anleggsbransjen og offshore rapporterte totalt flere helseplager enn andre yrkesdykkere. Kvinner hadde kortere karriere som yrkesdykker, rapporterte færre og grunnere dykk, og valgte jobber som var mindre fysisk krevende enn sine mannlige kolleger. Videre er det gjort registerbaserte studier av bl.a. mortalitet, kreft og kjønnsfordeling av avkom som indirekte mål på sædpåvirkning av dykking. Kort oppsummert ser det ut til at dykkere har økt risiko for død på grunn av plutselig og voldsom hendelse (for eksempel suicid eller ulykker), men ikke av sykdom. Det var noe økt risiko for kreft i blod/lymfe. Fordeling av kjønn hos avkom var som i normalbefolkningen, og støtter altså ikke hypotesen om at yrkesdykking påvirker sædkvalitet.

Fra 2010 har avdelingen hatt «Nasjonal behandlingstjeneste for yrkesmedisinsk utredning av yrkesdykkere». Denne er begrunnet i kompetanse som bygger på tidligere dykkemedisinsk forskningsaktivitet som nevnt og stadig behov for kompetent utredning av dykkerrelaterte helseplager. Tje-

este for av yrkesdykkere



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABOR

	HELSE NOR	HELSE MIDT	HELSE SØR-ØST	HELSE VEST	ALLE REGIONER
2012–2021	11	31	30	56	128

TABELL. Antall utredede yrkesdykkere pr. helseregion og år 2012–2021.

nesten ivaretas av en tverrfaglig gruppe primært med spesialister i lungemedisin, nevrologi, nevropsykologi og ØNH.

De senere årene er en stadig større andel av de henviste yrkesdykkerne til behandlingstjenesten fra innenskjærs virksomhet fra bransjene kai- og anlegg, fiskeoppdrett, skjellsanking, redningstjenesten med mer. Yrkesdykking i Nordsjøen er i betydelig grad dominert av engelske dykkere også på norsk side. Det er relativt få norske yrkesdykkere innen offshorenæringene.

Antall henviste og utredede yrkesdykkere varierer fra år til år. Et generelt trekk

er at de fleste har vært henvist fra helse-regionene Midt og Vest. Dette kan tolkes som at aktiviteten yrkesdykking er høyest utenfor vest- og midt-Norge. Vi kan imidlertid ikke se bort ifra at kommune- og spesialisthelsetjenesten i store deler av Norge bør gjøres bedre kjent med tilbudet.

De vanligste diagnosene blant de som er utredet ved behandlingstjenesten er sekvele etter trykkfallsyke, uspesifisert obstruktiv lungesykdom, tinnitus/vertigo, muskelskjelettplager, encephalopati, barotraume i bihuler og hånd-arm-vibrasjonssyndrom (HAVS).

Konklusjon

Konklusjonen er som anført innledningsvis at alle yrkesdykkere som har helseproblemer som på noen måte kan settes i forbindelse med dykkeaktiviteten, skal henvises «Nasjonal behandlingstjeneste for yrkesmedisinsk utredning av yrkesdykkere» for utredning og vurdering. Ytterligere informasjon om behandlingstjenesten finnes på vår hjemmeside.

Publikasjonsliste kan fås på forespørsel.

■ MARIT.GRONNING@HELSE-BERGEN.NO

Forsknings samarbeid med har resultert i seks doktorg

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

Mange års samarbeid mellom Allmennlegevakten i Oslo og Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo har ført til 20 forskningsprosjekter og seks disputaser. Legeskiftleder Odd Martin Vallersnes mener fem faktorer har vært avgjørende.

På nasjonalt universitetsmøte i allmennmedisin i Bergen i september, var forsknings samarbeidet mellom Allmennlegevakten på Legevakten i Oslo og Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo (UiO) ett av temaene. Som en tett sammensveiset duo stod Mette Brekke stort sett for spørsmålene og Odd Martin Vallersnes for svarene.

– Dette er en vinn-vinn-situasjon ikke bare for Universitetet i Oslo, men også for legevakta. Når vi forsker på det vi holder mye på med, blir vi bedre. Vi har nasjonal ekspertise innen det vi forsker på i eget hus, og det gjør det mye morsommere å jobbe her, og bidrar til at forskerne blir lengre på legevakta. Og når noen blir der lenge, blir det flere som forblir, sier Odd Martin Vallersnes.

Han er legeskiftleder ved Allmennlegevakten på Legevakten i Oslo (Storgata) og førsteamanuensis ved UiO, Avdeling for allmennmedisin.

«Knirkefritt og ubyråkratisk»

Med få unntak har forskningsprosjektene ved Legevakta i Oslo vært forankret ved Avdeling for allmennmedisin. Avdelingsleder og professor Mette Brekke snakker begeistret om samarbeidet.

– Odd Martin er vår mann på legevakta. Det har nesten blitt en selvfølge at vi har dette samarbeidet, og det fungerer helt knirkefritt og ubyråkratisk. Jeg har ikke brukt et minutt på administrasjon eller en krone på noe som helst, sier hun.

Som doktorgradsstipendiat ble Brekke invitert til legevakta i Oslo for å snakke til legene om hvordan det var å forske.

– Den gang sa daværende leder Anne Kathrine Nore: «Vi skulle hatt forskning her og helst en egen professor». Nå er Odd Martin førsteamanuensis, så kanskje får legevakta snart en professor også.

20 forskningsprosjekt

Forskningen startet ifølge Odd Martin Vallersnes i det små på 1980-tallet med Helle Nesvold, daværende overlege ved overgrepsmottaket på legevakta. Siden den gang kan legevakta skilte med 20 ulike avsluttede og pågående forskningsprosjekter i samarbeid med Avdeling for allmennmedisin ved Institutt for helse og samfunn, UiO.

– Helle Nesvold var en pionér for forskning på Allmennlegevakten. Fra rundt 2010, da Nesvold disputerte, ble vi flere. Vi fikk forskning på migrasjonshelse, på antibiotikabehandling, særlig ved urinveisinfeksjon, på rusmiddelforgiftning og etter hvert også diagnostikk av brystmerter. Senere fikk vi mer forskning fra overgrepsmottaket, mer antibiotika, mer rus og mer migrasjon og mer av annet. Vi har publisert snaut 70 artikler siden 2010. Og vi har hatt fem doktordisputaser – den sjette kommer i november.

Roser lederne

Mette Brekke spør Odd Martin Vallersnes om hva som er hemmeligheten med det legevakta har fått til av forskning. Vallersnes lister opp fem faktorer:

- Entusiastisk og positiv ledelse ved Allmennlegevakten
- Åpen dør ved Avdeling for allmennmedisin, UiO
- Lokal forankring av forskningsprosjekter
- Fleksibilitet for kliniske deltidsløsninger
- Forskerkontor i Storgata 40

– Noe av hemmeligheten er at fra starten av var det en entusiastisk og positiv ledelse ved legevakta – først ved Anne Kathrine Nore og Endre Sandvik. De ville ha forskning hit og også bidra til undervisning av

studenter. Når vi etter hvert fikk ideer, møtte vi en åpen dør ved Avdeling for allmennmedisin, som stilte med veiledere, masse gode råd og pekte oss i retning av mulige finansieringskilder. Det har vært et helt ukomplisert samarbeid hele veien, poengterer Vallersnes.

Lokal forankring er en annen viktig faktor.

– Vi har forsket på tema som angår folk som jobber her, og det har vært vår forskning og våre folk som har forsket. Jeg tror det er helt avgjørende at vi forsker på det som angår oss og at vi har et eierskap til det. Det betyr at vi kan minne hverandre på prosjektene. Litt konkurranse og premiering er også ok.

Legeskiftlederen gir et eksempel på hvordan alle involveres.

– Da vi forsket på rusmiddelforgiftning, var det til hjelp om sykepleierne minnet legene på at de skulle inkludere pasienter. For å få til det, hadde jeg undervisning om rus et kvarter hver torsdag morgen for sykepleierne gjennom det året. Alle synes de lærte noe, og de husket å gjøre det de skulle gjøre. Den typen grep har vi brukt i mange andre prosjekter også, og det er noe av nøkkelen.

Vaktliste-puslespill

Pr. oktober er 15 personer tilknyttet forskergruppen ved Allmennlegevakten. Vallersnes tror de som ikke forsker selv, også føler seg som en del av et forskende miljø.

– Og noen av dem som jobber deltid hver tredje helg er stipendiater på helt andre fagområder. Vi prøver å få dem med en time en onsdag for å snakke om prosjektet sitt – uansett hva de forsker på, om det er reseptorer eller epidemiologi – fordi det handler om å vise hvor kunnskapen vår kommer fra.

Mette Brekke lurer på om volumet av forskningsprosjektet blir for stort, om det finnes en grense og om Vallersnes – som er involvert i mange av prosjektene – trenger flere folk?

– Jeg trenger flere folk opp ved siden av meg, og vi trenger enda flere som er lokale,

Oslo Legevakt rader



Odd Martin
Vallernes



Mette
Brekke

som forsker og som blir her, svarer Vallernes.

Mange av forskerne ved legevakta jobber også klinisk. Det betyr utfordrende arbeid med vaktlistene.

– Det er litt av et puslespill å få til vaktlistene når vi har en døgnkontinuerlig turnus å jobbe med. Stort sett er vi ti til elleve personer på dagtid, åtte til ti på kveldsvakt og fire til fem på nattevakt – kanskje seks i helgene. Noen på legevakta bruker tid på dette og sørger for at det er alltid er noen på vakt til enhver tid – når de som forsker ikke er på vakt. Som forskere vet vi at når vi blir møtt fleksibelt av avdelingen, så må vi også stille fleksibelt opp.



Pasientlaboratorium

Tilbake i Oslo møtes de to legevaktforskere igjen – denne gang til fotografering for *Utposten*. Vallernes og Brekke er enige om at det trengs mer forskning i primærhelsetjenesten.

– Prevalensen av sykdommer og plager er annerledes enn på sykehus. I tillegg trengs det forskning som tar inn kompleksiteten i at mange pasienter har flere sykdommer samtidig. Kommunene bør legge til rette for dette, men er avhengig av at de får midler avsatt, som helseforetakene, sier Vallernes.

Mette Brekke beskriver legevakta som et unikt pasientlaboratorium for Avdeling for allmennmedisin på universitetet.

– Med det mener jeg et sted der et stort antall pasienter befinner seg til enhver tid. Dette muliggjør klinisk forskning, og det er det vi gjerne vil drive med. Forskning utenfor sykehus er helt essensielt – det er her de fleste pasientene blir behandlet, understreker hun.

– **Hvilke temaer er dere på legevakta spesielt interessert i å forske på?**

– Vi er åpne for alle legevakt-temaer, men forskning på infeksjoner og antibiotikabruk, diagnostikk ved brystsmarter, migrasjonshelse og rusmiddelforgiftninger er mer eller mindre etablerte spesialfelt, svarer Vallernes.

Eget forskerkontor

Noen av ideene til forskningsprosjekt har kommet fra ledelsen, mens andre har kommet fra enkeltklinikere.

– Ledelsen peker retning i den forstand at ideer må kunne begrunnes, legger Odd Martin Vallernes til.

I tredje etasje på legevakta i Oslo har forskerne base med et eget forskerkontor. I korridoren utenfor kontoret henger flere postere fra prosjektene.

– Forskerkontoret har seks arbeidsstasjoner, og det varierer hvem av oss som er til stede. Hvis noen lurar på noe det forskes på, eller går med tanker om å forske, så kan de slenge innom der. Denne tilstedeværelsen av forskere gjør også en forskjell ved at det har blitt et forskermiljø.

Fire av de fullførte doktorarbeidene etter Helle Nesvold sitt, har vært helt eller delvis finansiert av Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF). Vallernes mener muligheten til å søke AMFF-midler har hatt avgjørende betydning for forskningen. – Og det er flere prosjekter på gang som er finansiert med AMFF-midler, sier Odd Martin Vallernes.

Prisbelønt

Mye av forskningen ved legevakta er gjort på sårbare pasienter. Odd Martin Vallernes



disputerte med en avhandling om legevaktspasienter med rusmiddelforgiftning. Han er prisbelønt for arbeidet han har gjort innen allmennmedisin og fikk i år Legeforeningens løvetannpris for 2021. Prisen, som deles ut av Norsk forening for allmennmedisin, går til en allmennlege som har gjort en stor innsats for faget.

«Det er ikke nødvendigvis høystatus pasientgrupper dere har forsket på», konstaterte Mette Brekke på universitetsmøtet i Bergen. «Har forskningen bidratt til å høyne statusen disse pasientene har på legevakta?» spurte hun.

– Ja, det tror jeg. Det handler om at vi nå vet mer om hva vi bør gjøre. Da blir vi mindre avmektige, og det er fint for pasientene også, svarer Odd Martin Vallernes.

Disse har disputert med forskning utgått fra Oslo legevakt/UiO (finansiering i parentes):
Tonje R. Johannessen i 2022 (AMFF, AFU, Legeforeningens kvalitetssikringsfond)
Ingvild Vik i 2021 (Forskningsrådet, AMFF, NKLM, ASP, FHI, AFU)
Marianne Bollestad Tjørhom i 2019 (Forskningsrådet, NKLM, ASP, FHI, AFU)
Sven Eirik Ruud i 2018 (AMFF, Helse Sør-Øst, Oslo kommune, AFU)
Odd Martin Vallernes i 2017 (AMFF)
Helle Nesvold i 2010 (Extrastiftelsen, Norske kvinners sanitetsforening)

KNUT ARNE HOLTEDAHL:

En allmennmedisinsk

■ IVAR J. AARAAS • MAY-LILL JOHANSEN



Allmennpraktiker og professor Knut Arne Holtedahl døde på en reise til Frankrike 15. juli 2022. To av oss som har hatt gleden av å være hans nære kolleger i Tromsø, både i allmennpraksis og på universitetet, ønsker i denne artikkelen å dele våre minner om ham med *Utpostens* lesere.

Knut vil bli husket både som lege, forsker og som det kunnskapsrike, gode mennesket han var. I allmennmedisinsk forskning var han en pioner, både i Norge og verden. Artikkelen har to deler: (1) Minneordet, som tidligere er publisert i *Aftenposten*, *Nordlys*, *iTromsø*, *Bergens Tidende* og *Tidsskrift for Den norske legeförening*, og (2) en fortelling om Knuts livsprosjekt som forsker.

MINNEORDET

Knut Arne Holtedahl døde 15. juli 2022 på sykehus i Frankrike etter å ha blitt rammet

av en kreftsykdom som utviklet seg raskt. Han ble 78 år.

Knut vokste opp i Bergen. Etter gymnaset startet han på medisinstudiet, først to år i Bergen, deretter i Oslo, hvor han avsluttet studiet i 1969. Via turnustjeneste gikk veien til Tromsø, der Knuts karriere som allmennlege og professor i allmennmedisin falt sammen med etableringen av det nye universitetet. Det ble en lykke for et livslangt arbeids- og familieliv i Tromsø da Knuts Lisbet fant sin plass i nord og ble professor i sosialantropologi.

FORSKNINGEN

På 1970-tallet da Knut var distriktslege i Tromsø opplevde han at to av pasientene hans fikk stilt diagnosen kreft med lang forsinkelse. Han begynte å lure på hvordan han og andre allmennleger kunne gjøre dette bedre. Han skrev til Kreftregisteret for å få en liste over alle i Tromsø som i 1976 hadde fått en kreftdiagnose, og så skrev han til de andre allmennlegene i byen og til sykehuset for å få innsyn i journalene til disse pasientene. Ikke for å se hvem som var dårlige leger, men hvordan ting kunne forbedres. Bare en fjerdedel hadde, etter Knuts vurdering, ikke fått forsinket diagnose. Hos resten hadde enten både lege og pasient, eller en av dem, bidratt til forsinkelsen. Dette var helt ny kunnskap, presentert på en måte som var lett å huske.

Det viktige for Knut var å lære av hva som kunne vært gjort bedre fra allmennlegens side: Kortere ventetid, bedre sykehistorie, bedre klinisk undersøkelse, bedre prøvetaking og raskere henvisning til sykehus. Altså godt legehåndverk, som Knut mente kunne forbedres gjennom videre- og etterutdanning av allmennleger. Denne første studien om tidlig diagnostikk av kreft ble publisert i to artikler i *Tidsskrift for Den norske legeförening* i 1980 (1). På denne tiden hang det plakater om «De syv alarmsymptomene på kreft» på legekantorene sine venterom. Det neste

Knut interesserte seg for var: Hvor hyppig er disse alarmsymptomene blant pasienter som oppsøker allmennlegen? Knut fikk allmennlegene i Tromsø til å registrere alarmsymptomer i hver eneste konsultasjon i et halvt år – til sammen over 11 000 konsultasjoner! Han fant at i cirka fem prosent, eller 1/20 av alle konsultasjoner ble det presentert et eller flere alarmsymptom. Det betød at allmennlegen måtte tenke på muligheten for kreft minst en gang i løpet av en arbeidsdag. Dette var også ny kunnskap.

Men hvor vanlig var slike alarmsymptom i befolkningen generelt? Og gikk folk til legen med dem, slik plakaten oppfordret til? For å finne ut av dette fikk Knut medisinstudenter til å ringe på dørene i to av Tromsøs bydeler, etter at lokalavisene hadde informert om aksjonen. Studentene satte seg også på legekantorenes venterom og intervjuet pasientene som kom ut fra legen om hvilke symptomer de hadde presentert, og dette ble sammenlignet med legenes registreringer. Også denne studien fikk fram ny kunnskap, f.eks. at de som hadde alarmsymptomer gikk mer til lege enn de som ikke hadde det. Knut regnet ut at bare 3,7 pst. av pasientene med alarmsymptomer fikk kreft. Men allmennlegen kjenner pasientens alder, kjønn, yrke, undersøkelser, prøvesvar, tidligere sykdommer og livshistorie. Slik kan allmennlegen metodisk øke eller svekke sannsynligheten for kreft og

vurdere behovet for henvisning. Dette skrev Knut om i en liten håndbok på engelsk for allmennleger, som kom ut i 1990 (2).

Fram til 1989 var Knut allmennpraktiker på heltid, med korte forskningspermisjoner. Deretter begynte han i en full universitetsstilling, men fortsatte som allmennlege på Kvaløysletta en dag i uka og tok legevakter. I 1991 leverte han inn sin doktoravhandling ved UiT (3). Det er verdt å merke seg at Knut i denne tiden forsket alene. Han var eneforfatter på alle artiklene, og hadde ingen veiledere, slik det er vanlig i dag. Men han viste artikkelutkastene til kolleger og fikk nyttige innspill.

På nittitallet kunne Knut kjenne seg ensom og alene som forsker innen tidlig diagnostikk av kreft, og det var vanskelig å få penger til prosjekter. Han begynte å forske på andre tema, som urinlekkasje, glaukom og hiv. Men utover 2000-tallet begynte allmennmedisinske forskere i flere land å publisere studier om kreftdiagnostikk. I 2008 var Knut med på å stifte et internasjonalt nettverk for forskning om kreft i allmennpraksis. Der ble han beundret som en grand old man i forskningen om tidlig diagnostikk, og ble etter hvert æresmedlem. Knut brukte nettverket til et prosjekt i seks land, finansiert av Forskningsrådet, der allmennleger igjen registrerte symptomer som pasientene presenterte.

trodde var bagatellmessige. Utfordringen for helseopplysningen må derfor være å oppmuntre personer i sykdoms-isjelliet til å søke lege, samtidig som man ikke oppmuntrer til øket unødige legesøkning. Det kan være interessant å merke seg at Hannay ved å gi hver enkelt av sine pasienter poeng etter en «nevrotikerscore», fant at høy nevrotikerscore var en viktig prediktor for tilhørighet i isjellgruppen, men ikke i trivialisitetsgruppen.

Denne syv kreftføresignaler (tab 1) må utpasses målet som føresignaler for å være nyttige som føresignaler for å oppmuntre personer i sykdoms-isjelliet til å søke lege, samtidig som man ikke oppmuntrer til øket unødige legesøkning. Det kan være interessant å merke seg at Hannay ved å gi hver enkelt av sine pasienter poeng etter en «nevrotikerscore», fant at høy nevrotikerscore var en viktig prediktor for tilhørighet i isjellgruppen, men ikke i trivialisitetsgruppen.

Denne syv kreftføresignaler (tab 1) må utpasses målet som føresignaler for å være nyttige som føresignaler for å oppmuntre personer i sykdoms-isjelliet til å søke lege, samtidig som man ikke oppmuntrer til øket unødige legesøkning. Det kan være interessant å merke seg at Hannay ved å gi hver enkelt av sine pasienter poeng etter en «nevrotikerscore», fant at høy nevrotikerscore var en viktig prediktor for tilhørighet i isjellgruppen, men ikke i trivialisitetsgruppen.

Tabell 1 Kreftsykdommens vanligste føresignaler ifølge Landsforeningen mot Kreft

Ethvert sår som ikke vil gro
Knuter eller klumper hvor som helst i legemet, spesielt i brystene, og selv om de er smertefrie
Unormale blødninger fra naturlige legemsåpninger
Forandringer i farge eller størrelse på vorter og føflekker
Dårlig fordøyelse eller uregelmessigheter med avføringen, hvis det ikke går fort over
Heshet eller hoste uten tydelig årsak
Vekttap uten tydelig årsak

pioner

Faksimile av deler av artikkelen
«Kreftdiagnostikk i almenpraksis VI.
Innholdet i kreftfasesignale».

PUBLISERT I TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING NR. 12, 1984.

ville at allmennmedisinen skulle ha stillinger der klinikk og forskning kunne kombineres på samme måte som i spesialistfagene på sykehus.

Gjennom handling og tale har Knut etterlatt seg et viktig budskap om et høyaktuelt virkemiddel for å sikre rekruttering, stabilitet og kvalitet i en truet fastlegeordning.

Knut var omtentksom og kunnskapsrik, hadde inngående kunnskaper innen historie, kunst, litteratur og musikk og et sterkt engasjement for fred. Han brukte sine siste krefter på å reise til Frankrike. Der sovnet han inn med sine kjære omkring seg i det landet han elsket. Vi deler familiens sorg over tapet av en kjær bestefar, far og ektefelle og lyser fred over Knut Arne Høltedahls minne.

Knut oppsummerte forskningen sin om tidlig diagnostikk (4, 5) med at selv om bare halvparten av pasientene som får kreft presenterer et alarmsymtom i konsultasjonen, kan kunnskapen om pasienten sammen med klinisk undersøkelse og prøvesvar gjøre allmennlegen i stand til å mistenke kreft riktig i fire av fem tilfeller, kort tid etter at pasienten har vært til konsultasjon. Nytt og verdien som Knut sin forskning har hatt, både for pasienter, leger og andre forskere, er helt uvurderlig og svært inspirerende for oss som har lært av han og sett opp til ham. Vi er heldige som har hatt en slik kollega, og vi minnes han med stolthet og beundring.

REFERANSER

- Høltedahl KA. Diagnosis of cancer in general practice. II. What can the general practitioner improve? Case reports as a teaching aid. Tidsskr Nor Laegeforen 1980; 100: 1224-1226.
- Høltedahl KA. Early diagnosis of cancer in general practice. A manual. Berlin: Springer Verlag; 1990.
- Høltedahl KA. Diagnosis of cancer in general practice. A study of delay problems and warning signals of cancer. (Thesis) University of Tromsø, Norway: ISM skriftserie nr. 16, 1991.
- Høltedahl K. Research and practice combined - ideas for a life in general practice. Fam Pract. 2008; 25(2): 132-6.
- Høltedahl K. Forty Years of Arctic Primary Care Research on the Early Diagnosis of Cancer. DOI: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.98580>.

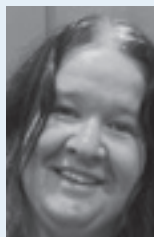
■ IVAR.AARAAS@GMAIL.COM



Christian Wirsching

fastlege ved Gjerdrum legesenter

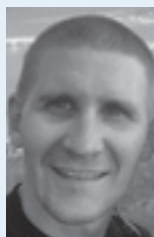
«Gitt de rammene som var for dette statsbudsjettet, synes jeg det er vanskelig å være misfornøyd. Jeg vil trekke fram satsingen på økt basistilskudd som særlig bra. Det gjør det mulig for fastleger å redusere listelengden og med det, arbeidsmengden. Satsingen på ALIS-ordningen, men ikke på antallet LIS1-plasser, framstår litt selvmotsigende for meg.»



Kristin Håggøy

kommunelege i Modalen

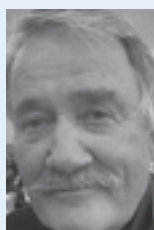
«Eg er skeptisk til at støtta til skogvern og bostøtta til funksjonshemma vert kraftig redusert. Samstundes er det framma forslag om å redusere antal lis-stillingar i Norge og redusere støtta til medisinstudentar i utlandet. Og når i tillegg fastlegeordninga har fått så lite ekstra meiner eg samla at dette statsbudsjettet er lite gunstig for folkehelsa.»



Lars Andreas Dahl

fastlege ved Legetorget legesenter i Svolvær

«690 millioner kroner vil nok ikke redde fastlegeordningen, men det kan være et håp for de som vurderer å gi opp nå. Det vil fortsatt være svært attraktivt å ta vikariater med langt bedre betingelser og mindre ansvar. Dette vil nok heller ikke hjelpe de 200 000 nordmenn som står uten fastlege. Jeg tror fastlegerollen må gjøres skikkelig attraktiv igjen med knallgode betingelser for å løse floken. Legetjenesten er en grunnstein i samfunnet som er nødt til å ivaretas.»



Jørund Straand

professor emeritus, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, UiO

«Det er gledelig at PraksisNett fikk tildelt ti millioner kroner, men ellers er statsbudsjettet en devaluering av grunnforskningen. Forskningsmidlene er uendret siden 2015, noe som i praksis betyr en betydelig reduksjon. Bortfall av gaveforsterkningsordningen gjør det mindre attraktivt for eksterne å finansiere forskning. Allmennmedisinsk Forskningsenhet i Oslo får tre millioner mindre pr. år enn tidligere.»

Ivar Halvorsen

fastlege ved Kølher legesenter i Stavanger

«Det er gledelig at helseministeren har vunnet fram, og klart å finne midler til et litt større steg enn for-gjengeren. Det har vært svært skadelig at reparasjonen av fastlegeordningen har tatt så lang tid. Tempo er viktig. Fastlegene må få tillit til at ordningen vil bli tatt vare på. Her svikter det - igjen. Varslingen om at knekkpunkt skal bort og at det blir en ny runde om prioritering av 'tunge lister' er svært trist. Vi hadde virkelig trengt å snart kunne heise flagget - for flaggskipet i helsetjenesten. Mitt henger enda et godt stykke fra toppen.»



Ivar sammen med Oline Tessem Tuv.

Sommerkurs i internasjonal helse i København

■ THERESE RENAA • Redaktør i Utposten

København Universitet arrangerer et tre ukers kurs i internasjonal helse hver sommer i begynnelsen av august. Kurset fyller kravene til kunnskaper i tropemedisin for de som ønsker å jobbe for Leger uten grenser.

Sommerkurset i internasjonal helse er rettet mot universitetets egne legestudenter som har valgt fordypning i internasjonal helse. Kurset forbereder studentene på utplassering ved klinikker i ulike deler av Tanzania. I tillegg tilbys noen av plassene til eksterne deltakere. Etter to pandemiår tok København Universitet igjen imot eksterne deltakere sommeren 2022. Sykepleiere, jordmødre og leger fra Danmark, Norge, Sverige, Finland, Tyskland og Australia deltok i tre intensive kursuker.

København er en nydelig sommerby, og nærheten til havet gir gode muligheter for bading og øl på stranden etter lange kursdager. Det Sundhetsvidenskapelige fakultet har lokaler over hele byen, men kurset i internasjonal helse holdes i Panum, like ved Rigshospitalet. Det er et moderne og høyteknologisk bygg, med vakre og velfungerende undervisningsrom. Som nordmann blir man spesielt fascinert av særdanske arkitektoniske løsninger, som rampe rett inn til sykkelparkeringen i kjelleren.

Kurset gir en innføring i tropemedisin. Undervisningen er en blanding av forelesninger, gruppearbeid og praktiske simuleringsøvelser. Det er svært dyktige og inspirerende forelesere som har stor kompetanse og lang erfaring innen sine fagområder.

Sommerkurset er innom mange tema. Malaria og andre vektorbårne sykdommer har stor plass, men også andre klassiske tropesykdommer som kolera og schistosomiasis. Det er forelesninger om parasittsykdommer og giftige slanger og edderkopper, tuberku-

lose, hiv/aids, sepsis hos barn og underernæring, samt kvinnehelse og fødselshjelp i områder med små ressurser. I tillegg er kurset innom tema som demografi og folkehelse, psykisk helse, kreftsykdommer og ikke-smittsomme sykdommer i utviklingsland. Det var også forelesninger om arktisk helse, da mange danske leger jobber i perioder på Grønland. Helseutfordringene på Grønland hadde flere likheter med forholdene i lavinntektsland i varmere strøk.

To dager var satt av til praktiske simuleringsøvelser. Kursdeltakerne måtte løse dramatiske scenarioer med begrensede ressurser, og det var høy temperatur og tempo når gruppene lette gjennom simuleringsavdelingen for å finne utstyr og medisiner. En av de siste dagene ble deltagerne delt inn i grupper og fikk oppgaven å organisere og prioritere oppgavene i en flyktningeleir. Øvelsen var laget for å være vanskelig, og deltagerne fikk kjenne på frustrasjonen ved å løse store problemer med små midler og ofte håpløse prioriteringer. Det er ingen skjønning av arbeidsforholdene som helsearbeider i utviklingsland, tvert imot forteller erfarne feltarbeidere om en hard og krevende hverdag, der man er forpliktet til å følge organisasjonens regler.

Mange av kursdeltakerne hadde konkrete planer om å jobbe for ulike organisasjoner i lavinntektsland, mens andre var mest nysgjerrige og tidlig i prosessen med å vurdere å søke seg til internasjonale oppdrag. Kurset kan være til nytte også for de som har ansvar for smittevern og flyktningehelse i kommunene.



ALLE FOTO: THERESE RENAA

■ THERESERENAA@GMAIL.COM

Påmelding via hjemmesiden

til København Universitet åpnes i midten av januar og stenges 1. april. Det legges ved et motivasjonsbrev i søknaden som begrunner hvorfor man trenger kurset. Undervisningen foregår på engelsk. Kursavgiften er på 5000 danske kroner for deltakere fra Norge. Kurset i internasjonal helse gir 5 ECTS.



HUNT-DATA

Økt dødelighet hos uføre

Blant over 30 000 deltagere i alderen 25–44 år som deltok i HUNT1 på midten av 1980-tallet, rapporterte 16,9 om nedsatt funksjonsevne knyttet til syn, hørsel, motorisk evne, fysisk sykdom eller psykiske lidelser. I løpet av en periode på 35 år, døde 21,1 prosent i gruppen med nedsatt funksjonsevne, mot 12,4 prosent i gruppen uten uførhet. Justert for alder og kjønn, hadde personer med nedsatt funksjonsevne høyere dødelighet, og høyest risiko for død var knyttet til alvorlig nedsatt fysisk/motorisk funksjon og til alvorlige mentale helseproblemer.

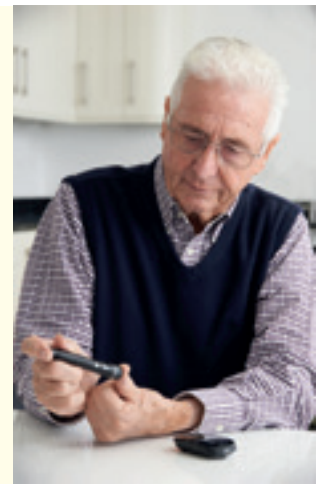
● The Lancet Regular Health Europe (E.M. Langballe et al), august 2022, doi: 10.1016/j.lanep.2022.100482

TYPE 2-DIABETES

Færre komplikasjoner hos høyutdannede

Norske forskere har sett på sammenhengen mellom utdanningsnivå og vaskulære komplikasjoner hos allmennpraksispasienter med type 2-diabetes. 34 prosent av deltagerne i studien hadde kun folkeskole, snaut halvparten hadde videregående utdanning og 17 prosent hadde høyere utdanning. Sannsynligheten for komplikasjoner som hjerte- og karsykdom var 41 prosent lavere for dem med høy utdanning enn for dem med lav utdanning og 25 prosent lavere for nyresykdom. Mens forekomsten av hjerte- og karsykdom var 25,9 prosent hos dem med lavest utdanning, var forekomsten 16,9 prosent hos dem med høyest utdanning. Dataene fra 8192 pasienter er fra perioden 2012–2014. Det ble korrigert for alder, kjønn, HbA1c, LDL-kolesterol, systolisk blodtrykk, røyking og diabetesvarighet.

● BMJ Open Diabetes Research & Care (K.B. Slåtve et al), september 2022, doi: 10.1136/bmjdr-2022-002867



48 %

av norske fastlegepasienter har kroniske søvnproblemer, ifølge selvrapportering og basert på Bergen Insomni Skala (BIS). Det viser en spørreundersøkelse gjennomført blant pasienter på fastlegeventerom. I alt 17,8 prosent av pasientene sa at de brukte sovemedisin. Mest utsatt for kroniske søvnplager og bruk av medisin var kvinner, personer med lavere utdanning og personer som hadde under åtte timers søvn. Drøyt én av fem sov mindre enn seks timer hver natt, og bare to prosent rapporterte om søvnvarighet på over ni timer. Eldre rapporterte i mindre grad enn yngre om kronisk insomni, men brukte i langt større grad sovemidler. Studien omfatter data fra 1875 pasienter. Medisinstudenter i praksis hos fastleger stod for utdeling og innsamling av spørreskjemaene våren og høsten 2020, og svarresponsen fra pasientene var på 85,2 prosent.

● Family Practice (Sunniva Torsvik et al), september 2022, doi: 10.1093/fampra/cm103

KONTINUITET

Så forskjeller blant etniske grupper

Pasienter tilhørende følgende etniske minoritetsgrupper hadde lavere kontinuitet, sammenlignet med etnisk britiske pasienter: Bangladesh, Pakistan, Afrika og Karibia. Lavere kontinuitet i allmennpraksis ble også sett for pasienter som bodde i områder med lav sosioøkonomisk status. Det fremgår av en studie med data fra 381 474 pasienter i England fra 2016 til 2020. Kontinuitet omfattet fysiske konsultasjoner, telefonkonsultasjoner og nettkonsultasjoner og inkluderte pasienter som hadde vært hos allmennlegen sin tre ganger eller mer. Forskjellene i kontinuitet ble korrigert ut ifra blant annet antall konsultasjoner, oppfølgingstid, alder og kjønn.

● British Journal of General Practice (M. Stafford et al), september 2022, doi: 10.3399/bjgp.2022.0271



FASTLEGE-UNDERSØKELSE

Mer utfordrende for uerfarne leger

Hva er en fastleges daglige oppgaver, og hvordan opplever fastlegene arbeidssituasjonen sin? Det har norske forskere sett på i en nettbasert spørreundersøkelse sendt til alle de 4784 fastlegene i Norge i 2018. Forskerne fikk svar fra 1032 av dem, hvorav tre av ti hadde liten fastlegeerfaring. Både erfarne og ganske uerfarne leger hadde omtrent samme antall konsultasjoner og kliniske problemstillinger i løpet av en arbeidsdag, men uerfarne leger oppga en høyere andel konsultasjoner som de synes var utfordrende eller konfliktfylte. Denne andelen utgjorde 5,7 prosent og 3,1 prosent for henholdsvis uerfarne og erfarne fastleger ved spørsmål om potensielt vane-dannende medisiner, 4,1 prosent versus 2,4 prosent ved sykemeldings-problematikk og 8,1 prosent versus 5,6 prosent ved henvisning til medisinske undersøkelser på svak klinisk indikasjon.

● BMC Primary Care (T.M. Johnsen et al), august 2022, doi: 10.1186/s12875-022-01810-y



HØYEMPATI-LEGER

Forskrev færre antibiotikaresepter

En dansk studie indikerer at fastleger med høy grad av empati har en praksis for antibiotikaforskriving som på gruppenivå varierer i mindre grad enn på gruppenivå hos fastleger med lav empati. Fastleger som har en personsentrert tilnærming og høy empati ser ut til å ha gjennomsnittlig lavere forskrivning av antibiotika enn fastleger med lav empati. Høyempati-legene forskrev 19 prosent færre resepter på antibiotika enn lavempati-legene – en statistisk signifikant forskjell. Blant fastleger med høyest skår på empati, var 61 prosent av disse kvinner. Leger som skåret høyest på empati rapporterte i høyere grad enn leger med lavest empati, at følgende var viktige for tilfredshet med jobben: Pasient-legeforholdet, interaksjon med kolleger og intellektuell stimulering. Spørreskjema ble sendt til 1196 fastleger, og ble besvart av nær 39 prosent av disse. Jefferson Scale of Empathy for Health Professionals (JSE-HP) ble brukt for å kartlegge empati.

● BMC Primary Care (T. Kristensen et al), september 2022, doi: 10.1186/s12875-022-01847-z

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

En bok litt utenom det vanlige



Knut Tore Sælo
Rose-Marie Bank

Håpets betydning i helsefaglig og sosialt arbeid

Ei lita bok om noe av det største i verden
142 sider

Cappelen Damm Akademisk
Oslo 2022
ISBN 978-82-02-72012-4

Sitat fra forordet:

«Boka tar utgangspunkt i erfaringer fra vår praksis i helsefeltet, ulike utdanninger, et doktorgradsprosjekt og ikke minst det som kan kalles erfaringer fra levde liv.»

Begge forfatterne har hatt sin kliniske virksomhet innenfor rus/psykiatri-feltet, i til-

legg til at de er tilknyttet Senter for psykisk helse og rus ved Universitetet i Sørøst-Norge.

Denne boken kjennes litt uvanlig på flere måter. Først og fremst tar forfatterne opp et tema som sjelden tematiseres eksplisitt i våre norske medisinske tidsskrifter – altså fenomenet håp. Eller som de selv skriver i forordet til boken:

«Vår ambisjon er å bidra til refleksjon over et fenomen som av ulike grunner ser ut til å bli stemoderlig behandlet, på tross av at veldig mange vil være enige om at det er noe av det viktigste som finnes.»

Videre er formen på utgivelsen preget av en uvanlig nærhet, respekt og varme for pasienter som kanskje mangler nettopp et håp for fremtiden. Leseren føres med andre ord til kjernen av hva et håp kan bety, og hvor essensielt det er for hver og en av oss mennesker.

Mange begreper omtales fra internasjonal forskning på feltet, inklusive hva vi f. eks. mener med begrepet håp, med optimisme, reasonable hope, og hva med recovery og håp? Det virkelig utfordrende og overbevisende med bokens tematikk er den solide gjennomgangen av hvordan «vi

kan gjøre håp – sammen.» Her kommer nok et sentralt fenomen inn: tillit. Videre presiserer forfatterne at boken – som doktorgradsprosjektet til Sælo – begrenser seg til rus/psykiatri-feltet for ikke å bli for omfattende. Og forskningen som ligger i bunnen her dreier seg om erfaringer fra kommunale helse- og sosialtjenester.

Stoffet som presenteres i boken er både teoretisk interessant og utfordrende. Og teksten blir ekstra opplysende gjennom en rik presentasjon med sitater fra både pasienter og fagpersoner som ble intervjuet i håps-prosjektet til Sælo nevnt ovenfor.

En av forfatternes konklusjoner:

«Vi påstår at det alltid er håp – men at det er nødvendig å utforske hva dette håpet handler om, og hvordan vi kan ivareta det, samt forsøke å finne måter å nå mål på veien på – sammen.»

Og videre: «Det som ser ut til å bidra til folks håp, viser seg å henge sammen med at vi har noen rundt oss som har troen på oss.»

Utgivelsen har en solid referanseliste.

Boken anbefales.

ELI BERG

Nytt om abonnement i Utposten

Utposten er et dugnadsprodukt. Vi er organisert som en stiftelse uten inntekt som formål, men for å kunne drifte og utgi Utposten er vi helt avhengige av abonnementsinntekter fra dere lesere.

Fra 2023 endrer vi våre rutiner slik at faktura sendes ut i januar til alle våre abonnenter.

Har utposten din e-postadresse?

Vi sender fremdeles ut papirfaktura til de som ønsker det, men vi vil i størst mulig grad gå over til faktura-utsendelse på e-post. Send derfor inn din e-postadresse til korutle@gmail.com eller på sms til 971 44 063.

Tidligere redaktører får livsvarig abonnement. De som ønsker flere enn ett eksemplar av bladet kan ta kontakt med vår redaksjonssekretær.

Kristin Olavsdotter Rutle  korutle@gmail.com  971 44 063

Hilsen Utpostenredaksjonen

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..?

Inger Johanne Ravn?



Jeg har alltid likt å lese bøker, men jeg ser ikke på meg selv som noen bokorm, selv om jeg gjerne skulle påberope meg den tittelen. I travle perioder får jeg ikke prioritert tiden min godt nok til at jeg får lest den skjønnlitteraturen jeg ønsker. Da blir det dessverre mest rask oppdatering på faglige emner og altfor mye scrolling i sosiale medier som Facebook og Twitter, og korte nyhetsoppdateringer som plinger inn på mobiltelefonen. Jeg jobber kontinuerlig med å finne roen til å få hjernen med på «langlesing» igjen. Ingenting er bedre enn når man «forsvinner» inn i en bok. Det er absolutt den beste avkoblingen. Og når jeg leser bok skal det være på ekte, gammeldags papir. Jeg har ikke gått over til å lese bøker på nettbrett eller lignende og tror ikke at jeg kommer til å gjøre det heller. Jeg liker kontakten mellom fingertupper og papir! Bla frem eller bla tilbake fordi det stod noe fint på forrige side som må leses igjen og dvelles litt ved.

Jeg leser som oftest på sengekanten før jeg sovner eller når jeg er på reise.

Hva leser jeg akkurat nå?

Jeg synes den pågående krigen i Ukraina og den ustabile verdenssituasjonen kalte på litt oppmerksomhet i retning av mine litt rustne

historiekunnskaper. Derfor leser jeg akkurat nå boken *Om tyranni* av Timothy Snyder. Den gir et raskt innblikk i den politiske historien vi har glemt, og hvordan vi kan og bør lære av tidligere tider.

Den siste boken jeg leste var faktisk en ungdomsbok, *Barsakh* av Simon Stranger. Dette er første del av en trilogi der *Verdensredderne* og *De som ikke finnes* er påfølgende bøker.

Jeg havnet borti denne boken fordi jeg ville motivere sønnen min på femten år til å lese en bok, som motvekt til litt for mye FIFA-spilling på PlayStation. Hvis jeg skulle kunne motivere og kanskje diskutere boken med ham etterpå, ja da var det på sin plass å lese det ungdommen leser. «*Barsakh*» beskriver et gripende møte og vennskap mellom en norsk jente på femten år og en ung gutt fra Ghana. Han er båtflyktning som har tatt den farefulle ferden fra Afrika til Europa. Han driver bokstavelig talt i land i en båt på den stranden på Gran Canaria der den 15 år gamle Emilie ferierer. Boken gir en rå og ærlig beskrivelse av landet flyktningene kommer fra, og hva de utsetter seg for på ferden mot et bedre liv.

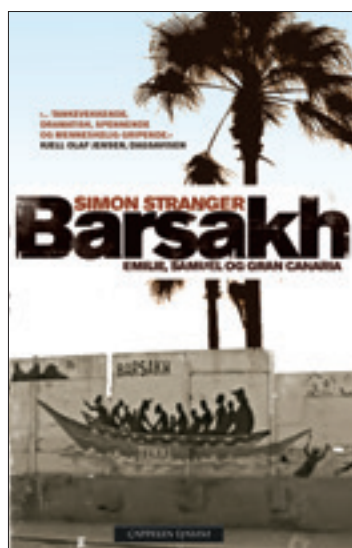
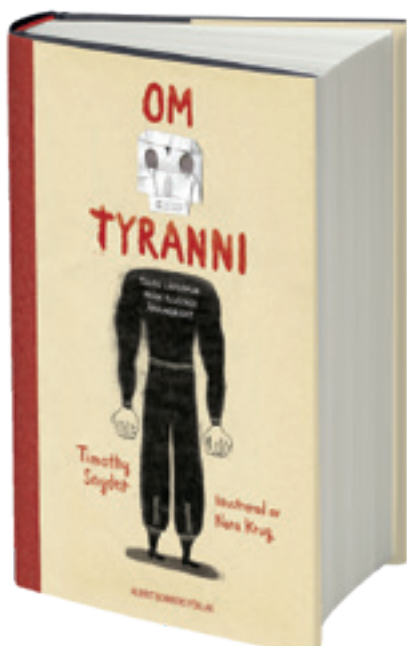
Det er ingenting i veien for å lese litt ungdomslitteratur selv om man ikke er ungdom lenger.

Stranger skriver litteratur for både barn, ungdom og voksne. Jeg skal nå lese resten av trilogien og har fått lyst til å bli bedre kjent med bøkene til denne forfatteren.

Min bokanbefaling til Utpostens lesere

Hvis man som meg finner glede i et litt sarkastisk skråsyn på livets mange utfordringer, er Svend Brinkmann mannen å lese. Han er dansk og professor i psykologi på Aalborg Universitet og ved Universitetet i Bergen. Boken hans *Stå imot: si nei til selvutviklingen* tar et skikkelig oppgjør med trenden der alt tilsynelatende kan og skal løses ved hjelp av selvutviklingskurs og coaching. Noen ganger er livet bare slitensomt og vanskelig, og det må vi faktisk bare omfavne. Jeg bruker eksemplene hans i samtale med utvalgte pasienter. Brinkmann faller ikke i smak hos alle. Han setter det helt på spissen og jeg liker det godt.

God leselest!



RELIS

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

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

Bruk av ADHD-medisiner hos gravide og ammende

Kan gravide fortsette med ADHD-medisiner? Og hva med amming?
 I denne teksten oppsummerer vi kunnskapen som finnes.

I 2017 publiserte RELIS en tekst i *Utposten* om ADHD-legemidler til gravide og ammende (1). Siden den gang har det kommet ny forskning om temaet.

Økende bruk blant gravide

Flere studier viser at bruk av ADHD-medisiner øker kraftig hos kvinner i fertil alder og hos gravide. RELIS er også godt kjent med at norske behandlere og kvinner relativt hyppig står i dilemmaet mellom å fortsette ADHD-behandlingen eller å risikere nedsatt funksjonsnivå og forverring av mental helse under graviditet og ammeperiode. Den nasjonale retningslinjen for ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse (2) sier dessverre ingenting om behandling av gravide og ammende.

Fortsette med ADHD-medisiner?

Omfattende data tyder på at kvinner med psykiske lidelser har økt risiko for tilbakefall under graviditet. Likevel finnes det svært begrenset informasjon om forløpet av ADHD under svangerskapet. Det er derfor vanskelig å gi klare råd om hvorvidt kvinner med ADHD bør fortsette å bruke legemidlene sine under svangerskapet eller ikke. En liten studie tyder imidlertid på at seponering av sentralstimulerende midler hos gravide ikke er risikofritt (3).

Som kjent er det en stor variasjon i sykdomstrykket hos kvinner med ADHD, fra lette til alvorlige symptomer. Generelt ser det ut til at mange med lettere ADHD-symp-

tomer kan ta pause fra sentralstimulerende under svangerskapet. For enkelte andre kan derimot seponering av ADHD-medisiner medføre betydelig funksjonsnedsettelse og innebære en reell risiko, også for barnet, som det må tas hensyn til. I slike tilfeller kan den beste løsningen alt i alt være å fortsette med ADHD-behandlingen. Mange kvinner med ADHD har dessuten psykiatrisk komorbiditet. Det er derfor svært viktig at klinikere vurderer det totale kliniske bildet og situasjonen når beslutninger om behandling av ADHD under graviditet tas sammen med kvinnen. Det må med andre ord i hvert enkelt tilfelle foretas en individuell vurdering. Dersom gravide skal fortsette med ADHD-legemidler, er det anbefalt å benytte lavest effektive dose, på samme måte som ved annen legemiddelbehandling. I en liten studie så forskerne dessuten at bruk av sentralstimulerende ved behov kunne være egnet for noen. En slik strategi kan redusere fosterets eksponering samtidig som mors behandlingsbehov og følelse av kontroll blir ivaretatt (3).

Ikke grunn til å bytte medisin

Tidligere har metylfenidat vært det foretrukne behandlingsvalget ved ADHD hos voksne. Nå er derimot de ulike sentralstimulerende legemidlene metylfenidat, deksamfetamin og lisdeksamfetamin likestilte førstevalg i den nasjonale behandlingsretningslinjen (2). Vår vurdering er at det heller ikke er faglig grunnlag for å bytte fra ett sentralstimulerende til et annet hos en gra-

HOVEDBUDSKAP

- Gravide kan bruke sentralstimulerende ADHD-medisiner dersom dette er nødvendig for god fungering og psykisk helse.
- Hva som er riktig å gjøre hos den enkelte gravide, må imidlertid vurderes individuelt, ut fra sykdommens alvorlighetsgrad, totalsituasjonen og en grundig risiko/nytte-vurdering.
- Sikkerhetsdataene til sentralstimulerende hos gravide og ammende er overveiende betryggende, selv om bruk av metylfenidat i første trimester trolig er forbundet med litt økt sjanse for hjertefeil hos barnet. Dette bør likevel ikke være styrende ved valg av ADHD-medisin hos gravide.
- Begrenset dokumentasjon tyder på at kvinner som bruker metylfenidat eller amfetaminer i terapeutiske doser i utgangspunktet kan amme som vanlig. Av disse går metylfenidat i minst grad over i morsmelk.

vid eller ammende kvinne på grunnlag av sikkerhetsprofilen. Valg av legemiddel bør derfor først og fremst avhenge av kvinnens tidligere behandlingshistorie og hvilket legemiddel som anses som det beste alternativet for hennes ADHD-sykdom og totalsituasjon.

Ikke to streker under svarene

Dokumentasjonen som finnes om bruk av sentralstimulerende legemidler hos gravide og ammende er, etter vår vurdering, overveiende betryggende. Men som vanlig er studiene for små til å ha tilstrekkelig statistisk styrke, og studieresultatene spriker.



Vi er derfor langt fra å kunne sette to streker under svarene. Ikke minst er det vanskelig å skille effekter av mors ADHD-sykdom fra effektene av legemidlene. Det er også et problem at ulike ADHD-legemidler er analysert sammen som én enkelt gruppe, til tross for ulik farmakologisk profil. I studiene brukte også kvinnene ofte flere andre legemidler i tillegg, spesielt andre legemidler mot psykisk sykdom.

Metylfenidat ved graviditet

Lav absolutt risiko for fosterskader

Det nåværende publiserte datagrunnlaget består av rundt 4000–5000 tilfeller der kvinner har brukt metylfenidat under svangerskapet (1, 4, 5). I to metaanalyser konkluderte forfatterne med at eksponering for metylfenidat var forbundet med litt økt risiko for hjertemisdannelse sammenliknet med ingen eksponering (6, 7). Det er viktig å få frem at det ikke var noen dramatisk økning i hjertefeil. Tallene tilsier at det uten bruk av metylfenidat ville bli født rundt ti av tusen barn med hjertefeil fra naturens side, mens ved bruk av metylfenidat under svangerskapet ville 13–16 av tusen barn bli født med hjertefeil. Anderson og medarbeidere fant riktignok økt risiko for de to bukvegsdefektene gastroschise og omphalocele samt såkalt «*transverse limb deficiency*» etter eksponering for ADHD-medisiner som gruppe, men dette funnet krever verifisering i andre studier (8). I studiene med metylfenidat er det ikke

sett økt samlet risiko for alvorlige misdannelser, selv om det er for tidlig å utelukke dette helt.

Annen mulig risiko

Det er mulig at bruk av metylfenidat kanskje kan øke sjansen for prematur fødsel, preeklampsi og komplikasjoner hos barnet etter fødsel, inkludert innleggelse på nyfødtintensiv (9, 10). Det finnes også enkelte studier hvor det er sett økt forekomst av spontanaborter hos kvinner som brukte metylfenidat under svangerskapet (1), men det er fremdeles usikkert om denne økningen skyldes legemiddelet eller kan ha andre årsaker. På samme måte som for andre CNS-legemidler er det nærliggende å tenke at metylfenidat kan medføre abstinenssymptomer hos nyfødte etter fødselen, men dette er ikke dokumentert.

Det finnes også noen andre ubesvarte spørsmål knyttet til bruk av metylfenidat under svangerskapet. Et spørsmål har vært om bruk av metylfenidat under graviditeten kan påvirke barnet på lang sikt. Det finnes dessverre ingen god forskning på dette. Det er likevel ingen konkret mistanke om negative effekter. Samlet sett kan det oppsummeres med at alle disse beskrevne effektene ikke er så bekymringsfulle at gravide med et klart behandlingsbehov bør gå ubehandlet.

Amfetaminer ved graviditet

Tilsynelatende er terapeutisk bruk av amfetaminer ved ADHD ikke forbundet med økt risiko for misdannelser. I den stør-

ste studien (4) med til sammen rundt 5500 førstetrimester eksponeringer for amfetaminer mot ADHD, ble det verken sett økt risiko for hjertefeil eller økt risiko for alvorlige misdannelser samlet sett. Dette er betryggende. Vi vil likevel påpeke at datagrunnlaget ikke tilsier at det er faglig grunnlag for bytte fra metylfenidat til amfetaminer hos gravide. Vi har altså ikke grunnlag for å si at amfetaminer er tryggere enn metylfenidat eller visa versa. Tilsvarende som for metylfenidat ser det ut til å være en liten økning i ulike perinatale komplikasjoner (SE TABELL 1 SIDE 46) (9–11). Når det gjelder langtidseffekter hos barn er de fleste studiene utført med mødre som var avhengige av amfetamin, og barna ble derfor ble utsatt for høye nivåer av legemiddelet/stoffet (11). Disse dataene kan likevel anses som betryggende da det ikke er sett dramatiske effekter selv ved misbruk.

Atomoksetin ved graviditet

Atomoksetin er en selektiv hemmer av presynaptisk noradrenalin transportprotein. Legemiddelet har trolig ikke noe misbrukspotensial og kan dermed være et viktig alternativ hos personer med risiko for misbruk.

Til nå er det publisert svært lite informasjon om atomoksetin under graviditet, og særlig i tidlig graviditet. Det er derfor ikke mulig å gjøre noen kunnskapsbasert vurdering av sikkerheten til legemiddelet med tanke på fosterskadelig potensiale. Det bør derfor utvises forsiktighet med bruk av atomoksetin under graviditet. Det kan imidlertid finnes unntakstilfeller der det likevel kan være aktuelt å bruke atomoksetin hos en kvinne som planlegger graviditet. I slike tilfeller bør helsepersonell ha en særskilt årsak til å velge nettopp atomoksetin fremfor andre ADHD-medisiner som det finnes mer dokumentasjon om hos gravide. Vi vil også nevne at enkelte utenlandske kilder nevner bupropion som et annet ikke-sentralstimulerende middel som mot ADHD hos gravide, spesielt ved komorbid depresjon (11).

ADHD-medisiner ved amming (12–16)

I utgangspunktet kan kvinner som bruker vanlig anbefalte doser metylfenidat, deksamfetamin eller lisdeksamfetamin amme som vanlig. Atomoksetin bør derimot helst unngås inntil det finnes mer dokumentasjon. Metylfenidat går i svært liten grad over i morsmelk, mens målinger av deksamfetamin i morsmelken tyder på klart høyere overgang (SE TABELL 1). Selv om deksamfetamin/lisdeksamfetamin trolig er forenlig med amming, vil vi legge til at en av de publiserte målingene av legemiddel i morsmelk

	GRAVIDITET		AMMING	
Legemiddel	Sikkerhet graviditet	Råd graviditet	Sikkerhet amming	Råd amming
Metylfenidat	Overveiende betryggende datagrunnlag Fosterskader: Trolig litt økt risiko for hjertefeil Svangerskapskomplikasjoner: Mulig økt risiko for spontanaborter, prematur fødsel, preeklampsi, og komplikasjoner/abstinenser hos nyfødte Langtidseffekter: Veldig begrenset data, men ingen konkrete holdepunkter/mistanke	Kan brukes ved klart behandlingsbehov Lav absolutt risiko	Lav overgang til morsmelk, men begrenset dokumentasjon (Barnets relative dose: 0,2–0,4 %)	Kan vanligvis amme som normalt For sikkerhets skyld må foreldrene følge med på barnet
Amfetaminer Deksamfetamin Lisdeksamfetamin	Overveiende betryggende datagrunnlag Fosterskader: ingen kjent økt risiko Svangerskapskomplikasjoner: *Mulig økt risiko for prematur fødsel, preeklampsi, komplikasjoner/abstinenser hos nyfødte Langtidseffekter: Negative data ved amfetaminmisbruk, men svært usikkert om disse dataene kan ekstrapoleres til å gjelde terapeutisk bruk ved ADHD	Kan brukes ved klart behandlingsbehov Lav absolutt risiko	Begrenset dokumentasjon. Målinger tyder på moderat overgang til morsmelk (Barnets relative dose (median): 5,7 %**)	Trolig forenlig med amming i de fleste tilfeller Foreldrene må følge med på barnet
Atomoksetin	Fosterskader: Utilstrekkelig datagrunnlag, men ingen konkret mistanke Svangerskapskomplikasjoner: Ikke kjent Langtidseffekter: Ingen studier	Utilstrekkelig datagrunnlag tilsier bruk kun i helt spesielle tilfeller	Data mangler	Inntil mer data foreligger, bør atomoksetin helst unngås ved amming

TABELL 1. *Generelle råd og overordnet effekt av ADHD-medisiner hos gravide og ammende.*

* Vi har ikke funnet noen studier som ser på risiko for spontanaborter ved bruk av deksamfetamin og lisdeksamfetamin
**En av målingene avvok betydelig, se omtale i teksten og referanse 16.

lå betydelig høyere enn de øvrige. Vi har tidligere skrevet en mer utfyllende artikkel om deksamfetamin og amming som fremdeles er gyldig og som også gjelder for lisdeksamfetamin. For mer informasjon henviser vi til denne artikkelen.

Det er foreløpig ikke kjent at terapeutisk bruk av verken metylfenidat eller amfetaminer har gitt bivirkninger hos spedbarn via melken. Samtidig må det tas høyde for at det til nå finnes en begrenset mengde dokumentasjon for bruk av disse legemidlene ved amming. For atomoksetin foreligger det så langt ingen målinger av legemiddelet i morsmelk, og i de fleste tilfeller bør derfor atomoksetin ikke brukes hos ammende.

Det er stilt spørsmål ved om sentralstimulerende legemidler kanskje kan redusere melkeproduksjonen, spesielt like etter fødsel når melkeproduksjonen ikke er ordentlig etablert ennå. Det er imidlertid uklart om, og i så fall i hvilken grad, dette er av betydning.

Må følge med på barnet

Selv om det til nå ikke er kjent at de sentralstimulerende legemidlene har gitt bivirkninger, anbefales det at foreldre er oppmerksomme på om barnet får symptomer/viser tegn til endringer som kan være en bivirkning av legemidlene. Foreldre/foresatte og helsepersonell må være oppmerksomme på symptomer som irritabilitet/uro, søvnproblemer, nedsatt appetitt og dårlig vektoppgang. Dette gjelder spesielt spedbarn som er født prematurt, er syke eller er under tre måneder gamle.

Barnets relative dose (RD)

Barnets relative dose (RD) er et mål på hvor mye legemiddel barnet eksponeres for via morsmelk. RD er den teoretiske dosen barnet får i seg per kilo kroppsvekt i forhold til mors dose pr. kilo kroppsvekt. Som en tommefingerregel regnes gjerne legemidler med RD < 10 % som trygge for brystbarnet, men dette avhenger også av type legemiddel. Tabell 1 oppgir RD-verdier for legemidler som brukes ved ADHD.

REFERANSER

- Havnen GC, Lindland HT. ADHD hos gravide og ammende. *Utposten* 2017; 46(3): 46–7.
- Helsedirektoratet. Behandling og oppfølging av ADHD/ Hyperkinetisk forstyrrelse. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/> (Sist faglig oppdatert: 4. mai 2022).
- Baker AS, Wales R et al. The course of ADHD during pregnancy. *J Atten Disord.* 2022; 26(2): 143–148.
- Huybrechts KF, Bröms G et al. Association between methylphenidate and amphetamine use in pregnancy and risk of congenital malformations: A cohort study from the international pregnancy safety study consortium. *JAMA Psychiatry* 2018; 75(2): 167–175.
- Kolding L, Ehrenstein V et al. Associations between ADHD medication use in pregnancy and severe malformations based on prenatal and postnatal diagnoses: A Danish registry-based study. *J Clin Psychiatry* 2021; 82(1): 20m13458.
- Koren G, Barer Y et al. Fetal safety of methylphenidate – A scoping review and meta analysis. *Reprod Toxicol* 2020; 93: 230–234.
- Jiang HY, Zhang X et al. Maternal and neonatal outcomes after exposure to ADHD medication during pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2019; 28(3): 288–295.
- Anderson KN, Dutton AC et al. ADHD medication use during pregnancy and risk for selected birth defects: National birth defects prevention study, 1998–2011. *J Atten Disord* 2020; 24(3): 479–489.
- Nörby U, Winbladh B et al. Perinatal outcomes after treatment with ADHD medication during pregnancy. *Pediatrics* 2017; 140(6): e20170747.
- Cohen JM, Hernández-Díaz S et al. Placental complications associated with psychostimulant use in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2017; 130(6): 1192–1201.
- Ornøy A, Koren G. The effects of drugs used for the treatment of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) on pregnancy outcome and breast-feeding: A critical review. *Curr Neuropharmacol* 2021; 19(11): 1794–1804.
- Drugs and Lactation database (LactMed). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> (Søk: september 2022).
- Hale TW, Rowe HE, editors. Medications and mothers milk 2021; 19th ed.
- E-lactancia. www.e-lactancia.org (Søk: september 2022).
- Janusmed amning. Karolinska universitetssjukhuset. <https://janusmed.se/fosterpaverkan> (Søk: september 2022).
- Lindland HT, Havnen GC. Bør kvinner som bruker deksamfetamin delamme? www.relis.no (Publisert: 26 september 2017).

GRO C. HAVNEN
RELIS Sør-Øst

HELLE T. LINDLAND
RELIS Sør-Øst

ANNE KATRINE EEK
RELIS Sør-Øst

Fotokonkurranse 2022

Legelivet

Tusen takk for alle fine bidrag til vår fotokonkurranse! Det var tett i tetsjiktet, men det var til slutt Torild Rødseth Brede som dro i land seieren med bildet nedenfor.

Da Hallset legesenter flyttet i 2018 måtte legebarna en periode gå for lut og kaldt vann, men det spiller ingen rolle når kon-

toret er fullt av multifunksjonelle leker.

Dialogen til bildet er ukjent, vi overlater derfor til leserne å spekulere. Gratulerer til Torild Rødseth Brede og jentene hennes!

Vi ønsker å bruke et utvalg av bildene vi har mottatt i kommende Utposten-utgaver. Dersom vi ønsker å trykke ditt bilde vil

vi ta kontakt med deg og du vil motta en liten oppmerksomhet i posten.

Vi fortsetter vår fotokonkurranse med tema «Legelivet i 2023». Her er et utvalg av årets bidrag, så la deg inspirere og send inn ditt bidrag til korutle@gmail.com.

Lykke til!



Nyoppusset kontor – Sanjay Aryal.



Mist aldri håpet – Benthe Øseth.



Vaksine naturlig medisin – Benthe Øseth.

Flere bilder vil bli vist i nettutgaven av bladet.

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

Korte menneskemøter

Konsultasjonene våre er korte menneskemøter. Så korte at de tidvis kan virke betydningsløse. Det var derfor en vekker da en pasient fortalte at vår samtale på 25 minutter var det lengste vedkommende hadde snakket med et annet menneske på flere uker. Da tror jeg vår samtale betyr noe, og at vår relasjon er viktig. Det inspirerer til å forsøke å hjelpe, men ansvaret kan også tyngre.

Mitt utvalgte dikt handler om en person som lik min pasient har vært utenfor samfunnet lenge, men som til slutt klarer å finne rytme i hverdagen. Han finner en ny balanse i tilværelsen, i takt med seg selv, slik jeg håper min pasient også kan. Diktet er skrevet av ålesunderen Nils-Øivind Haagen- sen og utgitt i diktsamlingen *Haruki og jeg* fra 2010. Samlingen er skrevet som en rekke

fiktive dialoger mellom dikteren Haagen- sen og forfatteren Haruki Murakami.

Jeg har utfordret Anne Mathilde Hanstad til neste utgave av stafetten. Hun er en god venn og kollega som blant annet har vært min bakvakt på mitt første vaktgående år, og nylig loset meg og seks andre trygt gjennom to år med veiledningsgruppe.

Hilsen fra
TORSTEIN THEMSLAND

vi snakker om å leve enkelt

jeg liker å legge meg tidlig
og jeg liker å stå opp tidlig
(sier Haruki)
og jeg liker å leve det du kaller
et ganske beskjedent liv
jeg treffer ikke venner ofte
jeg har kanskje ikke så mange venner
jeg går ikke ut så ofte heller
jeg vet stort sett på forhånd
hvordan dagene mine blir

i syv år
var jeg våken når andre sov
og sov når andre var våkne
litt som du?
så gjorde jeg noen forandringer
jeg flytta til et rolig strøk
jeg fant noen rutiner
jeg bestemte meg for hvordan verden ikke lenger
skulle være
men ikke fordi jeg hadde fått nok av den
jeg trenger verden jeg
som alle andre
men jeg trenger ikke at verden
skal trenge meg
skjønner du?



Tradisjonelt japansk soveværelseinteriør. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Haruki
Murakami.
FOTO: WIKIMEDIA
COMMONS