

Utposten

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

1 2023
ÅRGANG 52

Steinar Hunskår sitt akademiske engasjement:
norsk allmennmedisin

Nevrogen hoste
Fastlegeordninga
NFA og AF

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: Jan Håkon Juul

DESIGN/LAYOUT:**Morten Hernæs****Aksell**TRYKK: **aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Godt nytt år!***Inga Marthe Grønseth***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Allsidig akademisk med eitt prosjekt: norsk allmenntidisin***Steinar Hunskaar intervju av Marit Tuv og Therese Renaa***8 Utposten 50 år***Kari Thori Kogstad***10 ALLMENNTIDISINSKE UTFORDRINGER: Nevrogen hoste****- en kasuistikk om vellykket behandling med gabapentin***Kirsti Malterud og Rolf Reitan***12 Den feilbarlige legen - oppsummert på seks minutter***Njål Flem Mæland***14 Bak masken***Therese Renaa***16 FASTLEGEORDNINGA: Status presens 2022***Torleiv Robberstad***18 #Råbra! - et avvikssystem med positivt fortegn!***Marianne Nordhov***24 NFA og AF - en historiefortelling***Gisle Roksund, Jan Emil Kristoffersen og Trond Egil Hansen***27 ENDRING I LIVMORHALSPROGRAMMET: Yngre kvinner testes nå for HPV***Kjersti M. Lyche***28 Kul i testikkelen. Et kampskrift for 'fortell mer'-medisinen***Harald Sundby***30 Vegen til jobben***Frode Forland***34 Monarken***Kerosha Gonaseelan***36 NYTT PROSJEKT VED MODUM BAD: Unge med spiseforstyrrelser behandles sammen med familien***Unni Tobiassen Lie***39 FAGGRUPPER: Faggruppen kognitiv terapi***Carl Christian Norberg***40 Sakset fra allmenntidisinsk forskning***Lisbeth Nilsen***41 BOKANMELDelse: Veien videre mot mer åpenhet***«Vår vei ut» anmeldt av Kristina R. Iden***42 BOKANMELDelse: Et livsviktig budskap***«Selvmordsforebygging» anmeldt av Eli Berg***43 BOKANMELDelse: Spennende perspektiver***«En kort innføring i klinisk informatikk» anmeldt av Eli Berg***44 BOKANMELDelse: En viktig bok for oss alle***«Verden på vippepunktet» anmeldt av Eli Berg***44 BOKANMELDelse: En tankevekker***«Min tidisin» anmeldt av Eli Berg***45 FASTE SPALTER****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Godt nytt år!

Nytt år, nye muligheter – er ikke det noe vi ofte både sier og tenker? Naturlig nok ser vi på det nye året som en frisk start der alt som ikke var optimalt i fjor – eller året før, skal forbedres. Det er noe fint og forløsende ved det; at det aldri er for seint å bli perfekt, liksom.

Som mennesker er de fleste av oss stadig på jakt etter et «bedre» liv. Som leger er vi ikke særlig annerledes. Rekken av punkter med forbedringspotensial kan bli nokså endeløs. Man kan alltid trene mer, spise sunnere, jobbe raskere, rydde oftere og følge flere retningslinjer.

Det overrasker meg likevel at jeg som fastlege stadig går i denne jag-etter-perfeksjons-fella. Jeg – som bruker svært mye av min arbeidsdag på mennesker med for høye mål, nærmest uoppnåelige drømmer og altfor store krav til seg selv. Det kan være bra å ha noe å strekke seg etter, samtidig er det for meg tydelig hvor ødeleggende det er å aldri kunne være fornøyd med tingenes tilstand her og nå.

I år har jeg derfor hatt et annet fokus ved overgangen til det nye året. Hva var det som var fint med fjoråret? Hva var det som gjorde meg lykkelig, rolig og tilfreds?

Alt fra fine helger med familien, hyggelige lunsjer med kolleger, turer i fjellet,

måltider sammen med venner -eller å sitte på en stubbe i skogen og tenke dukket opp i hodet.

I år skal jeg derfor beholde de gode øyeblikkene i livet mitt slik de er, uten krav om at de må bli enda bedre – eller at det skal bli flere av dem. Blir det flere, er det i så fall en bonus.

Det er ikke bare jeg som tenker at det som allerede er bra, bør få mer oppmerksomhet. Søkelys på det som fungerer har også vist seg som et kraftig virkemiddel i «#Råbra!», et «avvikssystem med positivt fortegn». Dette er noe av det du kan lese mer om i dette nummeret av *Utposten*.

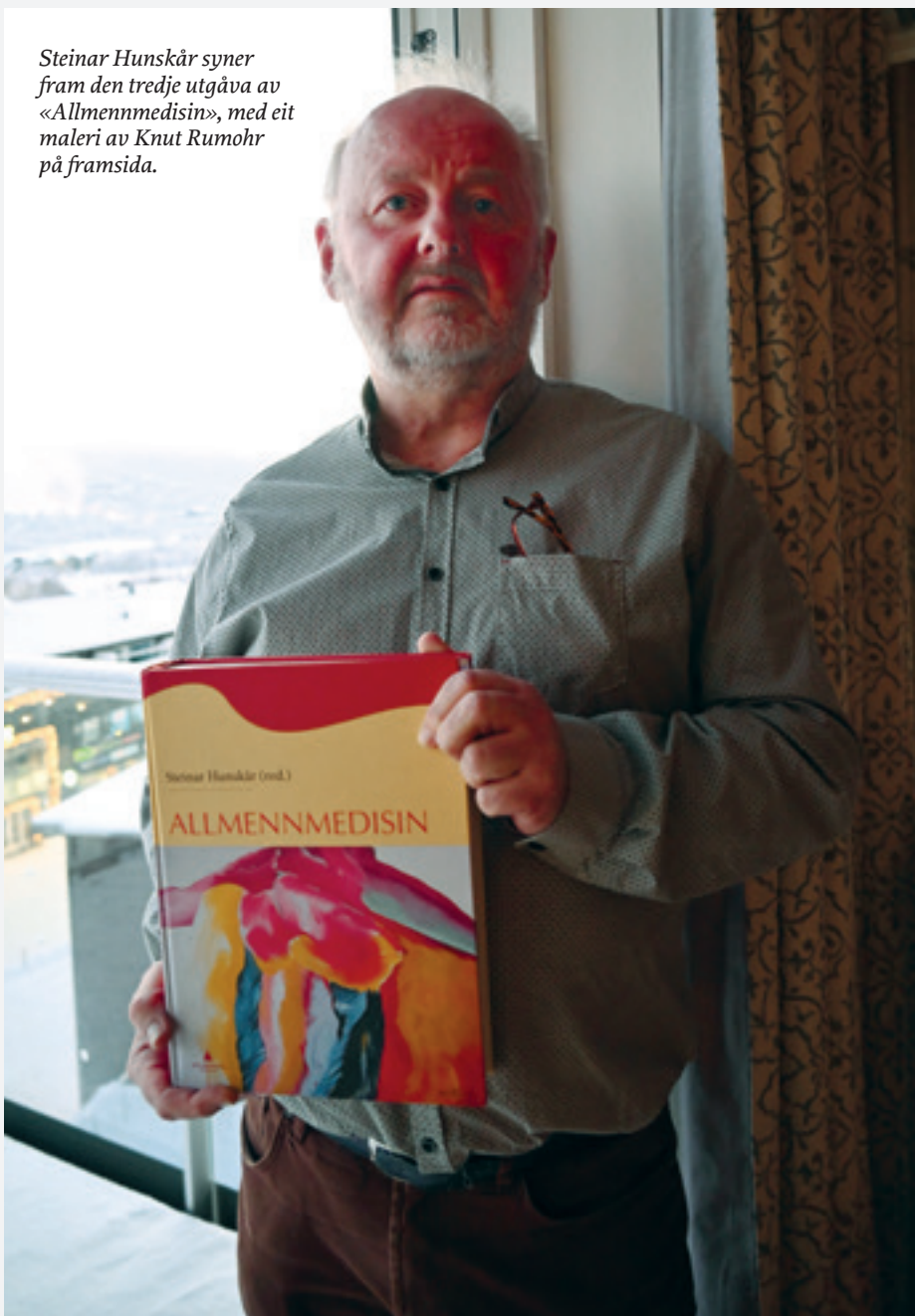
Så er ikke det å beholde det gode fra tidligere synonymt med å ikke fornye seg. Så også med *Utposten*. Vi i redaksjonen har femti år med verdifulle *Utposten*-tradisjoner å ta vare på. Det som er bra med bladet skal vi beholde. Samtidig jobber vi stadig med å fornye oss, og holde bladet relevant og interessant for gamle og nye lesere. Muligheter for digitalt abonnement, og nye spennende artikler står på trappene. Som alltid setter vi pris på alle synspunkt, både på hva vi skal beholde, og hva vi bør fornye! Med ønske om et godt 2023 og mange fine øyeblikk i året som kommer!

INGA MARTHE GRØNSETH

Allsidig akademikar med eitt norsk allmenn

Steinar Hunskår ■ INTERVJUA AV MARIT TUV OG THERESE RENAA

Steinar Hunskår syner fram den tredje utgåva av «Allmennmedisin», med eit maleri av Knut Rumohr på framsida.



Han har vore ei sentral drivkraft i utforminga av norsk allmennmedisin gjennom mange år. Steinar Hunskår kan kunsten å skrive sitt fag og han har formidla det på ypparleg vis både til medisinstudentar, kollegaer og folk flest. I fjor var det nettopp han som vart invitert til det britiske parlamentet for å greie ut om dei positive effektane av ein stabil fastlege, men på privaten er professoren lite oppteken av å snakke om eigne prestasjonar.

Denne gnistrande vinterdagen har *Utposten* sine bladfykar teke turen frå Gudbrandsdalen og Valdres over til Hallingdal, nærare bestemt den topp moderne skrivehøla til Steinar Hunskår på Geilo. Vi har med lunsj frå kafeen på hjørnet, og professoren har kaffien klar når vi kjem. Leilegheita er innreidd i varme bruntonar, og kunst av lærdølen Knut Rumohr pryder veggane.

– Vi ønskte oss ei «hytte» som var enkel å bruke, fortel han fornøgd. – Her kjem ein seg til og frå togstasjonen til fots, og ein treng verken fyre eller drive med utvendig vedlikehald. Eg brukar nok tid på slikt heime på garden utanfor Bergen.

Professoren held på med å ferdigstille den fjerde utgåva av boka *Allmennmedisin*, som etter planen skal kome i sal til våren.

Redaktøren

– Den fyrste utgåva i 1997 var eit stort språkpolitisk prosjekt, der vi la opp til eit

prosjekt: medisin

radikalt norsk fagspråk. Vi hadde ein eigen professor i lingvistikkk frå Universitetet i Oslo knytt til lærebokprosjektet. Å allmenngjere det medisinske språket var ein viktig del av det å lage ei lærebok i allmennmedisin for norske legar. Der kom mellom anna toraks utan h og med ks, fortel hovudredaktøren.

Redaksjonskomiteen ville at lesaren skulle oppleve at det var éi stemme som prata gjennom alle dei tusen sidene.

– Men ein kan ikkje krevje fagstoffet strukturert og formulert på ein viss måte, det ville vorte altfor pretensiøst, meiner Hunskår, som la ned mange arbeidstimar for å skape ein einsarta tekst.

Målforma derimot, vart ikkje redaktøren sitt føretrekte:

– Makta rår, forlaget trudde nok ikkje at det ville vere mogleg å selje boka viss ho ikkje var skrive på bokmål. Men har de lese forordet? Det er på nynorsk, humrar han.

Fagboka har selt for fleire tiltals millio- nar og har bidrege til å skape ein allmenn- medisinsk identitet ved å samle faget mel- lom to permar (1). Ho er oversett til både dansk, svensk og estisk, men innhaldet er avpassa dei nasjonale tilhøva.

– Vi hadde ein idé om ein subsaharisk versjon av læreboka og søkte Norad om midlar, men det vart med god omtale, fortel Steinar.

– Eg var tungt inne i arbeidet med å lage ei fastlegeordning og ei svær spesialist- utdanning i allmennmedisin i Sudan (2). Den er fullt på høgde med den norske, kanskje betre. Arbeidet starta i Gezira, den nest mest folkerike provinsen, og vi utdanna hundre spesialistar kvart år. Eg var bekym- ra for at opplegget kunne føre til hjerne- flukt, men møtte ingen forståing for dette i helsedepartementet i Khartoum. Helsemi- nisteren sa at dei berre har jobb til 500 av dei 4000 legane dei utdannar i året, så ein del må uansett ut av landet for å spesi-

sere seg. Men som han sa: ‘Då har vi dei i banken!’

Hunskår held fram:

– Min viktigaste samarbeidspartnar i Sudan flytta seinare til Saudi-Arabia og byrja på Universitetet i Medina. Eg ville ikkje dit, så vi hadde møta våre i Dubai. Då eg reviderte den tredje utgåva av boka, var eg mange veker der. Det gjekk fly direkte frå København, det er ikkje så langt. Men det var før vi hadde denne staden på Geilo, legg han til.

Samtala flyg lett over bordet. Alt er inter- essant og engasjerer – vi hoppar frå tema til tema så lett og springande at professoren et- ter ein dryg time spør kva temaet for dette intervjuet eigentleg er. Steinar Hunskår er flink med struktur, det lyt ein vere for å få gjort så mykje som han.

Leiar

Gjennom karrieren har han hatt mange ulike leiaroppdrag i tillegg til dette bokpro- sjektet. Han har mellom anna leia Nasjo- nalt kompetansesenter for legevaktmedi- sin (NKLM) og Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Bergen (UiB), vore pro- dekan ved Det medisinske fakultet ved UiB, leiar for forskarlinja og rettleiar for over tjue ph.d-studentar. Det er sagt at han meis- trar det å byggje lag og få folk til å levere.

– Dette handlar jo om... Hunskår tek for fyrste gong i dag ei lita tenkepause før han svarer.

– Eg er veldig oppteken av å bygge kom- plementærkompetanse. Alle skal ikkje vere som meg, nei, tvert imot. Det er viktig å ha ulike personar i ein organisasjon. Det andre gjeld dette med å delegere ansvar og ikkje

Steinar Hunskår saman med leiar i spesialitets- komiteen Hans Høvik i samband med eit besøk på eit allmennlegekontor i Sudan.



berre oppgåver, men på ein slik måte at eg som senior eller rettleiar likevel er sjefen. Eg har ikkje vore teoretisk opptatt av dette med leing – eg har vore den leiaren eg er. Eg er kjent for å vere avgjerdsdyktig, altså ikkje tvære ut prosessar. Kanskje enkelte syns det går litt for raskt i svingane av og til. Viss eg fagleg sett ikkje har trua lenger, gir eg meg ganske fort. Og så kastar eg ikkje bort meir krefter på det, fortel han.

– Meir kaffi? Steinar skjenker i krusa, og vedgår at det ikkje er alle element ved leing som fell han like naturleg:

– Mange meiner at ein leiar bør interessere seg for heile mennesket, og det har eg i grunnen ikkje gjort. Den lange pendlinga fungerer som ei dør for meg. Det som skjer inni Bergen, det skjer der. Eg fortel ikkje mykje om dette heime, og familien min er heller ikkje så interessert i kva eg driv med. I lokalmiljøet kjenner dei meg som deltidsbonden og hjortejegaren, og ikkje som professoren. Eg har pendla til Bergen i snart førti år, og eg møter framleis folk som trur eg jobbar på Haukeland.

Tobarnsfaren ser litt tankefull ut, og held fram:

– Det at eg deler lite trur eg kanskje nokon vil kunne kritisere meg for, det har jo ei motside, nemleg at eg heller ikkje interesserer meg noko særleg for privatlivet til andre. Folk kan skilje seg og få ungar utan at eg får det med meg. Av og til syns eg det kan bli litt mykje deling, det tilhøyrrer privatsfæren og har etter mitt syn liten plass i det profesjonelle. Det er mogleg eg er litt introvert på det området?

Forskaren

Om dr. Hunskaar er lite oppteken av privatliv i arbeidskvardagen, så kompenserer han dette i godt monn med ein fagentusiasme få kan matche:

– Eg er mykje meir akademikar enn klinisk, så sjølv i dag, etter alle desse åra, gler eg meg som ein unge over nye stipendiatar som får til sin fyrste multivariansanalyse eller som får antatt sin fyrste artikkel! Enkelte kollegaer orkar ikkje å byrje opp

igjen og opp igjen med nye ph.d-studentar, medan eg tykkjer det er kjempekjekt, rett og slett! Det er ei plikt, men det er ikkje ei tung plikt – det er eit enormt privilegium.

Det er ikkje vanskeleg å høyre at denne interessa er ektefølt. Steinar Hunskaar vert ofte referert til som «Noregs fremste i akademisk allmennmedisin». Han har ein imponerende vitenskapelig produksjon på meir enn 400 artiklar.

– Eg byrja i jobb på universitetet i 1984, og har hatt eit utal prosjekt, men eg plar seie at eg eigentleg har berre eitt: Det er norsk allmennmedisin. Alt det andre handlar om det, ikkje sant? Urininkontinens, som eg har forska mykje på – eg er ikkje spesielt interessert i det temaet i seg sjølv, men det er eit allmennmedisinsk emne det går an å utforske på utruleg mange måtar. No har eg faktisk hatt 12–14 kandidatar som har disputert på dette emnet – alle i eit allmennmedisinsk perspektiv.

I det internasjonale urogynkologiske miljøet er Hunskaar kjent som epidemiologiens far. Då han på 90-tallet byrja med fors-



kinga si på temaet, var epidemiologien på desse urinveglidingane veldig svak. I 2021 kom det ein biografisk artikkel om dei hundre mest siterte artiklane innanfor urogynekologien dei siste 50 åra, der ti av artiklane var Hunskår sine, mellom anna nummer ein, fire og seks på lista (3). Hausten 2022 var han hovudforelesar under ein konferanse i Wien, i regi av The International Continence Society (4).

– Gjennom dette arbeidet har eg fått reist i alle verdsdelar og delteke i topp vitenskaplege greier. Det har vore viktig næring til mitt intellekt. Eg har også bytta jobb fleire gonger og hatt sabbatsår ved andre universitet. Nye oppgåver og nye ting å bruke kreftene på gir meg påfyll. For ein må jo lade som leiar, det er litt einsamt å vere den personen i eit miljø som heile tida skal gi til andre. Akkurat no har eg eit lite sideprosjekt som handlar om framsida på fjerde utgåve av boka, det skapar energi.

Legevaktlegen

Det kan sjå ut som om den allmennmedisinske bøtta til Hunskår aldri vert full. I tillegg til alle dei akademiske oppgåvene, har han inntil for nokre år sidan vore fastlege for 400 pasientar og fast spaltist i lokalavis gjennom mange år (5).

– Eg skreiv jo bortimot tusen slike lege-spalter, fortel han. – Det var eg sjølv som kom på det, ut frå ein idé om at folk skulle forstå fastlegeordninga og allmennlegerolla. Alle tekstane skulle vere på 455 ord. Kvar dag på kontoret fekk eg to–tre idear: Ho burde ha kome før, han burde ikkje kome, det der skulle ikkje vore på legevakt, kva kan legen gjere i slike saker – det var ein skjult agenda i alle spaltene. Og så var det ikleidd ei sjukehistorie, slik at det ikkje var mogleg å kjenne att. Den klassiske avslutninga på konsultasjonane hos meg var: ‘Og no havnar eg ikkje i Strilen!’ Ja, for det hadde dei jo panikk for, humrar han.

Den siste teksten gikk i trykken for åtte år sidan, men på vakt kan han framleis møte pasientar som hugsar at det var han som hadde denne spalta. Legevakt er eit av Steinar sine hjartebarn. Nordhordland legevakt dekkjer heimkommunen Alver og fleire kringliggande kommunar, med godt over 40 000 innbyggjarar i vaktområdet. Hunskår meiner at legevakt bør vere del av det kommunale arbeidet til fastlegane, og forhandla sjølv fram den fyrste avtala om fastløn i sitt eige distrikt:

– Personalsjefen sa den gongen at dette var summar kommunen aldri før hadde høyrte om. Då gjekk vi ut på gangen og snakka litt om næringsdrift, og eg sa noko



Sjølv har Steinar Hunskår felleski, så Swix-termometeret er mest til pynt.

slikt som at ‘unnskyld at eg spør, men her i kommunen har de jo ei rammeavtale med eit advokatfirma til 3300 kr pr. time. Kva utgifter er det advokaten har som ikkje fastlegen har? Er ikkje 1100 kr litt lågare enn 3300 kr, da?’

Ein må jo hjelpe motparten til å forstå, gliser strategen, og legg til:

– Vi er kjempefornøgde med fastløn, det er ein revolusjon i tankegangen når ein er på vakt!

Steinar Hunskår og NKLM har nyleg levert evalueringa av pilot legevakt til Helse- og omsorgsdepartementet. I dette prosjektet har Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt og Molde interkommunale legevakt prøvd ut legevaktssatellittar i perifere deler av vaktområdet. Satellittane er bemanna med sjukepleiarar som kan kontakte legevaktlege på video. Målet med prosjektet har mellom anna vore å nytte tilgjengelege ressursar på ein betre måte. Evalueringa viste at satellittane vart lite brukt, sett opp mot utgiftene ved etablering og drift (6).

– Men det alvorlegaste funnet er at talet på sjukebesøk og utrykkingar fall dramatisk, det førekom knapt i utkantane. Det er jo eit eklatant brot på akuttmedisininformasjonen, konstaterer den erfarne forskaren.

Hunskår held fram: – Vi kan da altså ikkje, syns eg, akseptere at befolkninga får eit veldig mykje dårlegare akuttmedisinsk sikkerheitsnett for at fastlegane skal vere fornøgde. Vi skal sørge for eit godt og likeverdig helsetilbud for heile befolkninga, men så lagar vi nye ordningar som bryt med dette.

Professoren trur at det grunnleggjande problemet i samfunnet akkurat no er at høgt utdanna arbeidskraft ikkje vil jobbe på landet:

– Det er eit distriktsproblem, ikkje eit medisinsk problem. Enkelte har jo sett det på spissen og sagt at det er dei same førti stillingane som er ledige i dag som for femti år sidan. Kanskje vi då ikkje skulle tenke på å regulere stillingsstrukturen for 5000

legar for å rekruttere inn dei siste førti? Kanskje desse kommunane heller skulle tilby ei godt betalt spesialordning?

– Eg trur det fins legar som faktisk syns det er litt stilig å vere konge på haugen i ein utkantkommune i ein periode av livet. Men faktum no er at legar i distrikta som er spesialistar i allmennmedisin og har vore på same kontoret i mange år, opplever at dei har halve løna av det korttidsvikaren har. Det er heilt absurd kontraproduktivt! smell det frå Hunskår.

Mang ein fastlege på bygda kan nok bekrefte at store forskjellar mellom fast tilsette og vikarar når det gjeld arbeidstygnde og løn, kan freiste fleire legar ut på vikarmarknaden. Når dei aller fleste likevel held fram som fastlegar, tyder det kanskje på at andre kvalitetar ved jobben veg tungt både for oss og pasientane?

Talsmannen

Steinar Hunskår var del av forskargruppa som for eitt år sidan viste at lengda på relasjonen mellom pasient og lege påverka risikoen for å bli lagt inn på sjukehus eller døy: Dei som har hatt den same fastlegen i meir enn 15 år, har 25 prosent lågare risiko for å døy enn dei med same fastlege i eitt år eller mindre (7). Resultata vart publisert i *British Journal of General Practice*, og fanga opp av britiske politikarar. Forskargruppa frå Bergen vart inviterte til å presentere funna i det britiske parlamentet, og Steinar tok oppdraget.

– Det er heilt dramatisk og forferdeleg skuffande at vårt mekka, som vi alltid har sett opp til, har forlate det mest grunnleggjande prinsippet av alt innan allmennmedisinen; nemleg den personlege legen. I dag er det ein generasjon nye allmennlegar i Storbritannia som er i ferd med ikkje berre å gløyme dette, men dei har aldri lært det. Eg har jo vore mykje der det siste året, og det er ganske forstemmande å sjå, at unge allmennlegar ikkje er klar over at ein pasi-

ent med ein kronisk sjukdom som treng ti konsultasjonar, gjer det betre ved å ha den same legen i alle ti, enn om det er ti legar som har ein konsultasjon kvar. Når allmennlegane sjølve ikkje forstår det, då har vi verkelig ei utfordring, seier professoren ettertenksamt.

Han held fram:

– I Storbritannia er dette i ferd med å gå tapt fordi dei tidlig på 2000-tallet i praksis avskaffa fastlegeordninga i landet ved å oppheve kontrakten mellom pasient og lege, og i staden sette den mellom pasient og legekontor. Britane hadde jo lenge solopraksisar der det var ekstremt tett binding mellom pasient og lege. Og så hadde dei ein mellomperiode, omtrent slik som vi har i dag, med tre til åtte legar på dei fleste kontora. Men så gjekk dei plutselig over til enorme legekontor med 30–80 legar, 3000 pasientar på lista og rein industriproduksjon. Med 80 legar er det berre 1,6 prosent sjans for at du får den same legen neste gong.

Professoren fortel at forskning frå Bergen viser at for kronisk sjukdom ligg kontinui-

teten i Noreg på gjennomsnittleg godt over 70 prosent. Mange legar ligg høgare, på mellom 80–90 prosent (8).

– Nei, når det ligg på ræva slik som i Storbritannia no, med kontinuitet under 30 prosent, så må dei ikkje sjå til Noreg, og tru at ein ved enkle grep skal kunne kome dit. Det er heilt urealistisk. Men over ti år, ja, så tenker eg at dei må kunne stable fastlegeordninga på beina att, slik dei no har foreslege. Dei må kunne få listene ned mot 2000 pasientar, og dei må sette seg et kontinuitetskrav, som eg har sagt, på 0,6 eller 60 prosent. Viss dei klarer det, så vil dei sjå ein revolusjon i kvalitet og samfunnsnytte. Og det er det realistisk at dei kan få til, meiner Hunskår, og legg til: – Viss dei sett inn pengar på det.

Den engasjerte allmennlegen meiner ein må forske vidare på mekanismane bak effekten av kontinuitet.

– For det veit vi ikkje nok om. I Noreg, når du ikkje går til fastlegen, så går du til ein kollega av fastlegen; ein lege som du kjenner, som jobbar på same vesle legekantoret. Det er dei same medarbeidarane som

er der kvar gong, og du kjenner jo liksom ho Klara på laben og ho Eva på kontoret. Og vi tek for gitt at journalen vår er å finne der. Informasjonskontinuiteten her i landet er nær 100 prosent. At dette utgjer ein stor del av det vi har målt, det trur vi, men vi har ikkje data som kan finne ut andelen av dette, medgir Hunskår.

Han minner oss også på at dette eigentleg er ganske nytt; fyrst med fastlegeordninga i 2001 samla vi alle journalane til ein som følgde pasienten. Det er no 22 år sidan. I 1998 var det kaos, sjukehuset visste ikkje kven som skulle ha epikrisa.

– I min vesle kommune, som den gongen heitte Lindås, med fire legekantore, var det heilt vanleg at alle pasientar eg såg hadde fire journalar på fire ulike kontor som ikkje snakka saman, fortel den erfarne legen.

Men han presiserer at heller ikkje i Noreg kan vi ha krav om 100 prosent personleg kontinuitet:

– Fastlegar skal jo ha ferie, fri etter nattevakt, kurs og så vidare – vi er ikkje der heile døgn. Dette gjer at kontinuiteten fort fell 15 prosent. Så skal vi ha LIS1 som skal få lov til å ha pasientar, og studentar som kanskje skal ha nokon. Og så oppstår det jo ting i helgene, slik at veldig god kontinuitet i norsk allmennpraksis, det er viss fastlegane klarer over 70 prosent. Men då tenker eg at dei resterande 30 prosent må vere forklara av desse faktorane eg lista opp.

Steinar held fram:

– Elles er delte stillingar og Nordsjøturnus etter mi meining fine løysingar som lagar kontinuitet på ein ny måte. Mitt personlege eksempel er at eg i 40 år har vore ein dag på og fire dagar av, og hadde likevel ein kontinuitetsindeks på 0,73. ‘Korleis i all verden kan det gå til’, vart eg spurt om i det britiske parlamentet. Jo, det krev ikkje veldig mykje hjernekraft; det er legen som set opp neste time. Så enkelt! Allereie frå torsdag vurderte medarbeidarane om pasienten kunne vente til eg skulle koma på måndag.

I denne samanhengen har han ofte fortalt ei lita historie om då ein av pasientane hans skulle starte med warfarin:

– Eg sa at ‘no er det slik at du skal byrje med desse tablettane for hjarteflimmeret ditt, og då må du faktisk kome på kontroll allereie på torsdag. Då skal eg ordne med at du får koma til kollegaen min’. Og så seier han: ‘Men er du ikkje her då?’ Dette var ein mann som hadde gått til meg i ti år, og eg hadde heile tida vore der på måndagar og annankvar fredag. ‘Har du ikkje fått med deg det det?’ spurte eg. ‘Nei’, sa han, ‘du er jo alltid her når eg er her’. Tenk det.

Steinar Hunskår saman med Jeremy Hunt, som er finansminister og tidlegare lei av helsekomiteen i det britiske parlamentet.



Fagmannen

Vi tenker. Og kjem på at vi ikkje har spurt kva Hunskår tenker om oppgåvedeling i primærhelsetenesta. Han svarer:

– Det går oss dårleg, viss vi plutsleg ikkje skal sjå på barn, viss vi ikkje skal sjå psykiatri, ikkje gynekologi, ikkje skal gjere småkirurgi, ikkje sette inn spiral og heller ikkje p-stav. Viss vi byrjar på den galeien der, då kan vi bruke mindre kompetente folk til ein billegare penge for å løyse desse oppgåvene. Det unike med fastlegerolla er jo nettopp kor ekstremt effektivt det er som helseteneste når du har alle. Det at du kan gjere éin ting, eller fem, i same konsultasjon. Det at du bygger på det som du lærte førre veka, eller førre månaden eller i fjor med den same pasienten. Men arbeidet må kunne gjerast innanfor vanleg arbeidstid. Derfor treng vi det som nokon kallar latterleg korte lister i Noreg, poengterer den tidlegare fastlegen.

Legar som har jobba i Distrikts-Noreg veit at bak slike korte lister skjuler det seg gjerne hyppige legevakter og ein del andre kommunale oppgaver som beslaglegg ein god del av veka. Enkelte fastlegar kombinerer også forskning og andre akademiske oppgaver med ei kort liste, slik Hunskår alltid har gjort. For han er faget det viktigaste, og det burde det kanskje vore for fleire av oss fastlegar?

– Norsk akademisk medisin har lidd nokre store tap dei siste tjue åra. 66-åringen ser bekymra ut.

– Allmennmedisin er eit praktisk fag, for all del, men faget kan framstå litt uakademisk og delvis akademifiendtlig. Doktorgrad og forskingsaktivitet gir knapt nokon økonomisk uttelling. Riktig nok har vi eit lite lønspåslag gjennom 2p-taksten. Eg har spelt inn at det er eit nederlag at det ikkje ein gong er klargjort kva læringsmål i den nye spesialistutdanninga ein får godkjent ved å ta ein doktorgrad eller ha allmennpraktikarstipend. Det slår meg at mange fastlegar hevar seg over at allmennmedisin også er eit akademisk fag. Det vert ikkje vektlagt å skape ein del av kunnskapen sjølv eller å lese litteraturen på det vi driv med, påpeiker han litt oppgitt.

Ute er den blå timen i anmarsj, og det er eit godt stykke å køyre heim. Vi takkar for at han delte så raust av tida si med oss og *Utposten* sine lesarar denne sundagen. Det har vore inspirerande timar i godt selskap, med mange kloke refleksjonar frå professor Hunskår. Blant det vi kjem til å hugse aller best er orda hans om krinslauget vi er del av:

«Det er ikkje bonden som har ein gard, det er garden som har ein bonde. Garden er det bestandige, medan bøndene kjem og går. Slik er det også i vitskapen. Så om du vil faget ditt vel, sørg for at kunnskapen lever vidare etter deg.»



REFERANSAR

1. <https://www.utposten.no/asset/2015/2015-06-24-27.pdf>.
2. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2010/12/09/skal-utdanne-leger-i-sudan/>.
3. Mahamud, I., Mainwaring, A. 50 years in urinary incontinence: a bibliometric analysis of the top 100 cited articles of the last 50 years. *Int Urogynecol J* 33, 919–930 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00192-021-05039-8>.
4. <https://www.ics.org/2022/highlights/steinarhunskaar>.
5. <https://www.strilen.no/kultur/i/G9gix/gir-seg-med-legespalta>.
6. https://norceresearch.s3.amazonaws.com/file/Pilot-legevakt_evaluering_NKLM_01.12.22.-Rapport-nr-5.pdf?v=1672744751.
7. Sandvik, H. Hetlevik, O. Blinkenberg, J. Hunskaar, S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *BJGP*. 2022 Jan 27; 72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
8. Sahar Pahlavanyali, MD, Øystein Hetlevik, MD PhD, Jesper Blinkenberg, MD, Steinar Hunskaar, MD PhD, Continuity of care for patients with chronic disease: a registry-based observational study from Norway, *Family Practice*, Volume 39, Issue 4, August 2022, Pages 570–578, <https://doi.org/10.1093/fampra/cmab107>.

Utposten 50 år

■ KARI THORI KOGSTAD • Redaktør i Utposten



1973-årgangen er preget av debatter med skarpe ordskifter og høy temperatur mellom prominente leger. Det nye faget Helseøkonomi med Peter F. Hjort i spissen får bred dekning. Faget ble etablert med tilknytning til det nye medisinstudiet ved universitet i Tromsø.

Det er likevel en artikkel av medisinstudent Kirsti Malterud som hos meg vekker den aller største interessen. Vi velger derfor å trykke artikkelen igjen i sin helhet. Jeg kan ikke si annet enn at dette er oppsiktsvekkende godt observert, forstått og skrevet av en medisinstudent! Dette lyse hodet skulle ikke bare bli viktig for *Utposten* noen år seinere, men levere helt avgjørende bidrag innen kvalitativ forskning på både nasjonalt og internasjonalt nivå.

Kanskje var dette det første hun fikk på trykk? Kan det ha startet her?

Er artikkelen dagsaktuell? Hva tenker *Utpostens* lesere?

Pasienten på sykehus — individ eller patologi?

Av stud. med. Kirsti Malterud, Værøy

Helse er et begrep som mer enn noe annet engasjerer folk direkte og personlig, fordi det griper inn i dagliglivet og følelseslivet til den enkelte og utformer hverdagen og livsmønsteret hans.

Ikke bare pasienten selv vil berøres av sykdommen som rammer ham. Også hans nær - miljø tar del i det som skjer - noen ganger som andel i et årsakskompleks, men oftere rett og slett fordi det angår dem at noe skjer med en av deres nærmeste. "Målsettingen for det medisinske studium er å skaffe studentene den teoretiske innsikt og de praktiske ferdigheter som setter dem i stand til å utøve virksomhet som alment praktiserende leger - -". Så langt studieplanen for det Medisinske fakultet i Bergen.

Almenpraktikerens viktigste funksjon (og privilegium) er å få behandle hele mennesket, ikke bare de symptomer og funn som vedkommende presenterer når vi møter ham som pasient. I diagnostikk og terapi er legens mest virksomme hjelpemiddel alminnelig medmenneskelig kontakt - å snakke med pasienten på en slik måte at resultatet blir meningsfylt.

Spørsmålet blir da om studiet gjør oss kvalifisert til å klare denne viktige oppgaven. Jeg vil påstå at 6 år i universitets- og sykehusmiljø ikke bare knekker en del av den entusiasmen de fleste av oss startet studiet med, men til og med kan gjøre oss direkte uegnet til å utføre disse viktige oppgavene innen primærmedisinen.

For det første: Selve studieplanen vitner om et fragmentert og oppdelt helsebegrep. Først tilbringes 2½ år med biologiske detaljstudier uten at man overhodet møter en pasient. De siste 3½ år foregår i sykehusmiljø, med 12 terminer bestående av skarpt atskilte kliniske fag, med separat undervisning og eksamener. - Men å reformere studieplanen ligger utenfor rammen av disse betraktningene.

For det andre: De idealer, handlingsmønstre, menneskesyn og tidspress vi finner i spesialiserte sykehusavdelinger, vil prege oss fra det øyeblikk vi møter klinikken. Vi blir lært opp til å betrakte sykdommen konsentrert kun om det organet der patologien befinner seg. At vedkommende organ befinner seg i et levende menneske som befinner seg i en sosial sammenheng - det har man skjelden anledning til å ta konsekvensen av. Vår interesse for pasienten omfatter kun den tid han tilbringer mellom hvite lakener under sykehusets tak. Vi har ikke noe med hva dette har å bety for hans kone, hans lille datter, hans arbeidskamerater, hans økonomi - og ikke minst: ham selv. Interesse for detaljer og spissfindigheter premieres og belønnes med prestisje, mens det banale, alminnelige får liten eller ingen plass. Det er ikke "interessant" nok.

Noen eksempler (slett ikke de mest ekstreme!) fra hvordan dagliglivet i et utkant-distrikt møter sykehuset, skulle tydelig illustrere hva jeg mener:

Pas. 1, gutt 6 år.

Født med dobbeltsidig leppe/ganespalte. Etterhvert er følgende instanser involvert i behandlingen av gutten: plastisk kirurg, odontologisk inst., spesialskole for talehemmete, ØNH-avd. ved det regionale sykehus. Det disse instanser har til felles, er at de befinner seg langt unna hjemstedet, at de skjelden eller aldri sender epikriser eller behandlingsresultater til legen på hjemstedet, og at internt samarbeid åpenbart er umulig. Situasjonen blir uholdbar den tredje gangen gutten samtidig innkalles til instanser som ligger 500 km fra hverandre. Med innkallelsen følger beskjed om at "hvis han ikke møter fram denne gangen heller, kan han ikke lenger regne med å få ny innkallelse". Når gutten reiser hjemmefra, må han selvsagt følges av en voksen. Moren har mange mindreårige barn, og kan ikke komme fra. Faren driver Lofot-fiske. Trygdekassen dekker farens utgifter til reise og opphold hvis han følger med. Kanhende får han også en viss godtgjørelse for tapt arbeidsfortjeneste. Men faren er en del av et båtlag som er avhengig av ham. I løpet av de månedene Lofot-sesongen varer, tjenes årets inntekt. En ukes fravær vil således kunne gi et tap på flere tusen kroner. Vel fremme hos spesialisten venter faren ute mens gutten er inne i 10 min. og kommer gråtende ut igjen. Ingen beskjed til faren om hvordan det går, hvordan opplegget blir videre, eller hva som har vært gjort med gutten der inne hos legen. Far og sønn drar hjem igjen og venter på neste ordre fra en eller annen instans.

Pas. 2, 47 år gammel husmor. Siste 5 år stadige episoder med ukarakteristiske smerter i brystet, spesielt i ro, dessuten angst og hyperventilasjon. Atferd preget av nevrasteni, nevrose fiksert omkring hjertelidelse. Flere i familien død av hjertesykdom. Innlagt i sykehus en rekke ganger under mistanke om infarkt, men alltid normale funn - konklusjon: nevrosis cordis. Under siste opphold i med. avd. ble pasienten omhyggelig gjennomstrålet på kryss og tvers, og tallrike lab. prøver viste til slutt en tvilsom hyperlipoproteinemi. Tradisjonen tro overser nå indremedisineren de psykiske plagene til denne pasienten, - endelig har han funnet noe somatisk å utforske. Det nedlegges mye arbeid i videre utredning og legen på hjemstedet mottar en måned etter utskrivelsen et brev fra sykehuset. Her anbefales et stort opplegg med diett og tablettkur for å bringe lipoproteinverdiene nærmere normalen. Men det som plager vår pasient, er hennes nerveses besvær, som ytterligere vil fikseres omkring hjertet dersom spesialistens råd følges. Sykehuset har ikke tid til å snakke med pasienten når hun er der, men hennes serumbiokjemi ofres stor interesse, til tross for at man neppe har sikre holdpunkter m.h.t. effekten av en slik behandling som er beskrevet.

Pas. 3, 52 år gammel fisker.

Siste 2-3 år tiltagende kraftnedsettelse og følelseløshet i ve. hånds 1. og 2. finger. Man mistenker carpaltunnelsyndrom med medianusutfall, og sender pasienten til nevrolog, evt. med henblikk på operasjon. Nevrolog og kirurg bekrefter diagnosen, men konkluderer med at intet behøver å gjøres, for "heldigvis er det venstre hånd, og mannen er jo høyrehendt". De samme reaksjoner møter mannen hos trygdeinstanser og ved nye besøk i sykehuset senere. I sitt arbeid som fisker er han imidlertid fullstendig avhengig av god gripefunksjon i nettopp disse fingrene. Mens høyre hånd bløgger og sløyer fisken, må han holde den fast med venstre hånd. Skreien veier gjerne 4-7 kg, og det skal ikke stor kraftreduksjon til for å sette en fisker ut av spillet. Aktuelle lidelse gjør faktisk pasienten fullstendig ufer i sitt arbeid som fisker. Li-kevel møtes han av manglende innsikt og forståelse, og får ikke den hjelp han har krav på. I mellomtiden går det ut over økonomi og familie, og hans egen dyspepsi forverres betraktelig.

Disse eksempler skulle tydelig illustrere hvilken enorm avstand som ofte forekommer mellom sykehustenkning og primærmedisin. Fra sykehusmiljøet henter vi våre vaner og idealer som skal prege oss senere i vår virksomhet. Bare 5% av de pasienter som søker lege, vil komme videre til sykehus. De resterende 95% utgjør den medisinske hverdag for primærlegen - men disse pasientenes plager og vanskeligheter møter vi aldri i løpet av studiet. Kan vi som studenter være tjent med at all vår opplæring skjer i sykehus, der det er for tidkrevende å danne seg et helhetsbilde av pasienten og det miljøet han representerer?



På samme oppslag som artikkelen til Malterud ble publisert i «Utposten» 3/1973, var også denne tegningen med denne påskriften satt inn: «Dette var ikke ment som en sosialmedisinsk avdeling».

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.

Nevrogen hoste

– en kasuistikk om vellykket behandling med gabapentin

■ KIRSTI MALTERUD • Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen

■ ROLF REITAN • Danmarks plass legesenter DA, Bergen

Kronisk hoste er vanlig, plagsomt og ofte behandlingsresistent. Nevropatisk smerte forklares med sensitivering og kan behandles med antiepileptika når paracetamol, NSAID og duloksetin ikke har effekt.

Ut fra tilsvarende hypoteser om nevrogen dysfunksjon med sensitivering av hosterefleksjonen rapporterer vi et vellykket behandlingsforløp med gabapentin ved kronisk uforklart hoste.

Pasienthistorien

Pasienten er en ikke-røykende kvinne i 70-årene med behandlingsresistent periodisk tørrhoste siden 40-årsalder. Hosteperiodene starter etter øvre luftveisinfeksjoner og omfatter hostebyger av fem til ti minutter varighet inntil seks ganger daglig med varighet en til tre måneder. Hostebygene, beskrevet som «maur i halsen», utløses av tale, kjemiske irritanter eller uten noen åpenbar årsak. Pasienten klarer ikke å undertrykke hosten, selv i sosialt belastende situasjoner (som kino og konserter). Om natten blir søvnen vesentlig forstyrret. Hosten er uten ekspektorat, ingen piping, hvesing eller tung pust, og allmenntilstanden er god. Pasienten har observert en mulig sammenheng mellom hostebygene og nysebyger med serier av seks til åtte nys som heller ikke kan undertrykkes. Utenom hosteperiodene er pasienten symptomfri med

god kondisjon og kan drive løpetrening. Pasienten har over lang tid brukt paracetamol (500 mg x 2) og amitriptylin (5 mg vesp) mot degenerative muskelskjelettplager. Hun har ellers ingen kroniske sykdommer eller faste medisiner, spesielt ikke ACE-hemmer.

Omfattende utredninger (ØNH-lege og lungelege 2005 og 2020) utelukket alvorlig patologi og relevante differensialdiagnoser uten avklaring. Da pasienten også hadde episoder med moderat infeksjonsutløst astma, ble plagene initialt oppfattet som bronkial irritasjon, men beta-2-stimulator og inhalasjonssteroider hadde ingen subjektiv effekt. Forbigående kortvarige sinusitter ble vellykket sanert med saltvannsskylling uten antibiotikabehandling. Pasienten hadde prøvd antihistaminer, nesedråper med kortikosteroider samt protonpumpemere uten effekt. Det så ut til at plagene bare økte i hyppighet, varighet og intensitet over tid.

Etter noen uker i en ny, typisk hosteperiode høsten 2021 fikk pasienten prøve gabapentin opptrappet til 600 mg x 2. Allerede etter første dose var effekten på hosten frapperende, og i løpet av få dager var hosten nesten forsvunnet både dag og natt. Behandlingsforsøket var ikke lagt opp med systematisk objektiv effektregistrering som i en vitenskapelig studie, men søvnregistrering fra pasientens treningsklokke bekreftet det subjektive inntrykket av effekt. Klokken måler søvnkvalitet (få avbrudd i søvn i løpet av natten) på en skala fra null til fem. Gjennomsnittlig søvnkvalitet i ukene forut

for behandlingsstart var 3,7 men steg til 4,6 på døgndose gabapentin 1200 mg, med flere netter med søvnskår 5.0. Etter fire uker ble behandlingen nedtrappet og seponert. Pasienten var symptomfri i et par uker, hvorpå symptomene igjen begynte å melde seg. Behandling med gabapentin (døgndose opptrappet til 1200 mg, en kortere periode 1800 mg) ble da gjenopptatt, med rask symptomreduksjon. Senere har pasienten flere ganger forsøkt å trappe ned behandlingen, men først etter fjorten ukers behandling kunne medikasjonen avsluttes. Pasienten var da symptomfri inntil en ny øvre luftveisinfeksjon aktiverte hosten igjen.

Ved første gangs behandlingsstart merket pasienten et par dager med moderat tretthet. Første dag etter behandlingsstart fikk hun et utslett på trunkus (makulopapuløse ovale lettkløende elementer med skjellende rand som liknet på pityriasis rosea). Bivirkningene ble vurdert som ubetydelige sammenliknet med symptomlette av hostebygene, og utslettet forsvant etter kort tid.

Diskusjon

Kronisk tørrhoste er en vanlig kontaktårsak i allmennpraksis (1). Bronkial hyperreaktivitet, reflukssykdom eller allergi er velkjente forklaringer når alvorlig sykdom er utelukket (2). Men hos nesten halvparten av pasientene forblir hosten uforklart med dårlig behandlingsrespons etter adekvat utredning og behandlingsforsøk (3, 4).

Mange har påpekt kliniske og teoretiske fellestrekk mellom kronisk nevropatisk smer-

te og kronisk uforklart behandlingsresistent tørrhøste (engelsk: Unexplained chronic cough – UCC, chronic hypersensitivity syndrome, refractory chronic cough, laryngeal dysfunction). Det har også vært postulert at dette er en relativt ensartet gruppe av pasienter, noe som kan peke mot felles underliggende forklaringer (4, 5). Ut fra hypoteser om nevrogen dysfunksjon og sentral sensitivering har gabapentin vært forsøkt mot kronisk uforklart hoste (6–9).

Ryan og medarbeidere undersøkte effekten av gabapentin i en solid, vel gjennomført RCT. 62 voksne pasienter med kronisk uforklart tørrhøste ble randomisert til behandling med gabapentin (døgndose inntil 1800 mg) eller placebo (9). Med signifikant effekt på hosterelatert livskvalitet og beskjedne bivirkninger styrket denne studien hypotesen om nevrogene mekanismer som underliggende årsak (10). I senere studier har effekten av gabapentin, pregabalin, amitriptylin, morfin, tramadol og ketamin samt ulike reseptorantagonister og antibiotika fra kohortstudier og RCTer vært utprøvd og oppsummert (2, 6). Pregabalin og amitriptylin ser ut til å ha lavere effekt og mer bivirkninger enn gabapentin ved denne indikasjonen, og det er velkjente motforestillinger mot morfin ved behandling av kroniske, ikke-maligne tilstander. Her begrenser vi oss til å belyse og drøfte gabapentin.

Ryans studie sto sentralt for retningslinjer fra den europeiske lungelegeforeningen (engelsk: European Respiratory Society – ERS) basert på en systematisk litteraturoversikt (2). Retningslinjene sier blant annet at hypersensitivitet må oppfattes som en selvstendig patofysiologisk forklaring, og gabapentin anbefales forsøkt ved kronisk uforklart hoste hos voksne når andre relevante differensialdiagnoser er utelukket.

Vår kasuistikk var aldri ment som en effektstudie med registrering og dokumentasjon av objektive utfallsmål, men som en illustrasjon av disse kliniske og farmakologiske forholdene. Det empiriske dokumentasjonsgrunnlaget er ikke omfattende, men indikerer god effekt og begrensede bivirkninger. Amitriptylin brukes også mot depresjon og nevropatisk smerte. Vår pasient hadde lenge brukt amitriptylin i lav dose (fem mg vesp) mot smerter fra polyarrose og dårlig søvn før dette behandlingsforsøket. Hun hadde aldri observert noen effekt på hosten av dette medikamentet.

I forskningslitteraturen brukes mange ulike definisjoner av kronisk hoste. Vår pasient hadde ikke årelang sammenhengende hoste, men langvarige hosteperioder som jevnlig oversteg kriteriet på åtte uker.

I Ryans studie pågikk behandlingen i ti uker uten langtidsoppfølging. Erfaringene fra vår pasient indikerer at det kan være behov for lengre behandlingsperioder, men også at doseringen gjerne kan trappes opp eller ned avhengig av symptombelastning.

Gabapentin er et potent preparat, der permanent bruk om mulig bør unngås for andre indikasjoner enn epilepsi. Det er behov for flere effektstudier, der også dosering og behandlingsvarighet bør undersøkes nærmere. Kanskje kunne nysebygene hos pasienten i vår kasuistikk også bidra til videre utvikling av teoretiske hypoteser om årsaksdynamikk?

Begrepet nevropatisk brukes om en spesifikke skade eller sykdom i nevron, mens nevrogen viser til tilstander med opphav i nervesystemet. På norsk kan kronisk uforklart behandlingsresistent hoste ut fra dette betegnes nevrogen hoste, på linje med nevropatisk smerte.

I Norge er gabapentin i dag registrert for behandling av epilepsi og nevropatisk smerte. Til tross for anbefalingen i retningslinjen fra ERS (2) vil forskrivning av gabapentin mot nevrogen hoste være off-label forskrivning, noe som gir legen et ekstra ansvar for oppfølging og journalføring. Formålet for vår kasuistikk var ikke å identifisere en eksemplarisk pasient for et systematisk behandlingsforsøk, men å rapportere noen positive erfaringer hos en pasient der andre strategier ikke hadde nådd frem. Det er vanskelig å studere hoste i dyreforsøk. Mus og rotter hoster ikke, og marsvin har andre hostemekanismer enn mennesker. Det finnes likevel andre eksperimentelle modeller for videre utforskning av mekanismene bak nevrogen hoste (11). Vi etterlyser spesielt kliniske studier fra allmennpraksis med validerte metoder, både kvalitative og RCTer (12), som kan gi oss mer kunnskap om virkningsmekanismer, effekter og pasienterfaringer ved bruk av gabapentin mot kronisk uforklart hoste i førstelinjen.

Pasienten har gitt samtykke til at artikkelen blir publisert.

REFERANSER

1. Jin HJ, Kim CW. Understanding the impact of chronic cough on the quality of life in the general population. *Allergy, asthma & immunology research*. 2020; 12(6): 906–909.
2. Morice AH, Millqvist E, Bieksienė K, et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. *Eur Respir J*. 2020 Jan; 55(1).
3. Hull JH, Langerman H, Ul-Haq Z, et al. Burden and impact of chronic cough in UK primary care: a dataset analysis. *BMJ open*. 2021 Dec 17; 11(12): e054832.
4. Haque RA, Usmani OS, Barnes PJ. Chronic idiopathic cough: a discrete clinical entity? *Chest*. 2005 May; 127(5): 1710–3.
5. Morice AH, Faruqi S, Wright CE, et al. Cough hypersensitivity syndrome: a distinct clinical entity. *Lung*. 2011 Feb; 189(1): 73–9.
6. Ryan NM, Vertigan AE, Birring SS. An update and systematic review on drug therapies for the treatment of refractory chronic cough. *Expert Opin Pharmacother*. 2018 May; 19(7): 687–711.
7. Mintz S, Lee JK. Gabapentin in the treatment of intractable idiopathic chronic cough: case reports. *Am J Med*. 2006 May; 119(5): e13–5.
8. Lee B, Woo P. Chronic cough as a sign of laryngeal sensory neuropathy: diagnosis and treatment. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2005 Apr; 114(4): 253–7.
9. Ryan NM, Birring SS, Gibson PG. Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2012 Nov 3; 380(9853): 1583–9.
10. Chung KF. Gabapentin: a suppressant for refractory chronic cough. *Lancet*. 2012 Nov 3; 380(9853): 1540–1.
11. Mazzone SB, Cole LJ, Ando A, et al. Investigation of the neural control of cough and cough suppression in humans using functional brain imaging. *J Neurosci*. 2011 Feb 23; 31(8): 2948–58.
12. Spinou A, Birring SS. An update on measurement and monitoring of cough: what are the important study endpoints? *J Thorac Dis*. 2014 Oct; 6(Suppl 7): S728–34.

■ KIRSTI.MALTERUD@GMAIL.COM



Den feilbarlige legen

– oppsummert på seks minutter

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i *Utposten*

Den 24.–25. november 2022 hadde jeg ordet på en gigantisk Pasientsikkerhetskonferanse i The Qube på Gardermoen. Pasientsikkerhet er et viktig tema. Feil og mangelfull behandling gir store kostnader og betydelig lidelse. Globalt gir feilbehandling et helsetap på nivå med utbredte sykdommer som malaria og tuberkulose. Hva valgte så jeg, en ganske alminnelig fastlege, å formidle?

Arrangementet i The Qube (1) hadde nær to tusen fysiske deltagere, og mer enn to tusen påkoblet digitalt. De fleste deltagerne har forskjellige ledende posisjoner i helsevesenet. Helsedirektør Bjørn Guldvog ønsket velkommen. Han poengterte at vi har ganske god kunnskap om feil og uønskede hendelser i sykehus og i spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder helsetjenesten i kommunene, så har vi langt mindre kunnskap. Dette på tross av at det er der de fleste kliniske møtene skjer. Dernest fikk vi høre en modig pasient fortelle en personlig historie om hvor galt det kan gå når det skjer feil i helsetjenesten.

Selv var jeg invitert til The Qube på bakgrunn av en kronikk jeg skrev i *Adresseavisen* høsten 2021 (2). Mitt bidrag hadde form av et høyst planlagt (men tilsynelatende spontant) intervju, hvor Ida Waal Rømuld

stilte meg spørsmål foran forsamlingen. Hun jobber i avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i helsedirektoratet. Mitt mål var å få fram perspektivet til helsepersonellet som må leve med usikkerhet (3) og risiko for å gjøre feil, og for å få kritikk. Etter (på langt nær utallige, for å være ærlig: En!) oppfordring gjengis denne dialogen her i *Utposten*.

– Vi har hørt en historie om hvor galt det kan gå når helsevesenet ikke gjør sin jobb på en god måte. Med hos oss har vi også en som opplever det fra den andre siden, altså lege – som jobber med denne risikoen for å gjøre feil. Velkommen Njål Flem Mæland. Du er fastlege i Trondheim og du reagerte da du leste i avisen om en kollega som fikk kritikk og advarsel.

– Ja, det stemmer. Jeg har vært fastlege i

25 år, og i disse fastlegekrisetider vil jeg gjerne si at jeg er veldig glad i jobben min. Jeg trives med hverdagen i det jeg vil kalle et allmennmedisinsk kaos.

Men gjennom mitt liv som allmennlege, så har frykten for å gjøre feil ligget der som en vond klump i brystet. Verst de første årene, ja, men det har aldri gitt seg helt. Og ikke bare frykt – men vissheten om at jeg faktisk aldri kommer til å gjøre en perfekt jobb. Jeg kommer i situasjoner hvor folk med rette eller urette opplever at jeg kunne gjort mer, før og bedre. Jeg vil også, igjen med rette eller urette, klandre meg selv.

Vi står i usikkerhet. Det går an hvis man er trygg – om jeg selv er utrygg da er det stress. Stress er negativt for alle – også for dem vi skal hjelpe. En del av det å være trygg er at det fins en grad av toleranse for at ingen er perfekt og bare tar riktige valg.

Så i fjor høst kjente jeg at jeg måtte reagere. En kollega fikk advarsel på grunn av en hendelse på legevakt. Ambulansepersoneell konfererte med legevaktlegen om en pasient som hadde hatt brystsmertter, men som så er smertefri ved tilsyn, og som ikke selv ønsker å bli med inn på sykehus. Ambulansen undersøker uten å finne noe galt. Min kollega aksepterte at ambulansen dro derfra. Senere dør pasienten, det blir en klagesak, og legevaktlegen får advarsel.

Jeg tenkte med en gang: Det er en hard dom. Jeg vil si: Det er en urimelig dom. Det samme kunne like gjerne ha hendt meg. Det er også viktig å ta inn over seg situasjonen på legevakt. Pasienten som er 50 kilometer unna, legen som hverken ser eller undersøker pasienten, samtalen som foregår på et skurrende helsenett, kanskje mens man kjører bil med blålys og er kvalm og bilsyk, eller mens man er i et sykebesøk og egentlig har tankene et annet sted.





Det er stor forskjell på det å ta en beslutning på sekunder, sammenlignet med å saksbehandle den beslutningen i ro og mak på et kontor, mens man kan finstudere lærebøker og retningslinjer.

Derfor skrev jeg en kronikk som er som en bekjennelse: Slike feil gjør jeg og. Jeg kunne like gjerne ha vært den som endte med denne advarselen.

– Men dette er jo en alvorlig sak. En ung mann dør – et liv kunne vært reddet? Og så kjente du på at dette kunne like gjerne skjedd deg. Hva tenker du om dette alvor?

– Ja, det er det ytterste alvor – for pasienten som dør, for familien som mister en kjær – og for legen, som må leve videre med skyldfølelsen.

Det er nettopp det Alvoret som gjør at vi trenger en kultur hvor det er åpenhet. Vi må kunne se på hva som kan bli bedre – uten at frykten lammer oss. Ofte er det strukturelle ting som er problemet, ikke individet, ikke den enkelte legen, slik som forholdene jeg nevnte på legevakt.

Derneft må vi se på hvordan vi alltid kan bli bedre i jobben vår, uten at fokus er på å finne syndebugger. Dersom fokus er på å finne en syndebugg – da blir det ikke læring, men utrygghet. Siden jeg skrev min kronikk, har det jo også blitt en gledelig forandring – advarsel er erstattet med veiledning. Det er et skritt i riktig retning.

Og så mener jeg at det også er slik at det noen ganger tas valg som kunne vært klo-

kere, slik at vi unngikk en uønsket hendelse, men som likevel er «godt nok» til at vi ikke kan klandre noen. Ting kan være veldig vanskelig, rett og slett. Vi trenger en viss toleranse for at vi ikke er feilfrie.

Når det er sagt, mener jeg at det fins noen der ute som ikke bør praktisere som leger – dette er ikke en forsvarstale for dem.

– Det gir mening, og du beskriver dette på en balansert måte. Åpenhet og trygghet er nøkler for læring. Du sier selv du har gjort feil og er åpen om det. Hvilke reaksjoner har du fått på å stå fram slik?

– Overraskende positive. Jeg fikk flere brev og mye muntlig fra pasienter, støtten de utsagn med setninger av typen: «En som tror seg feilfri vil jeg ikke ha tillitt til». Jeg tenker: Det betyr at folk forstår at jobben min er vanskelig. Mange kolleger tok kontakt, flere fortalte om hendelser som de har slitt med og som har preget deres legeliv. Og så ble jeg veldig glad da mor til den avdøde tok kontakt. Hun etterlyste bedre dialog med helsepersonell i etterkant av hendelsen. Det hadde vært et savn – at ingen tok kontakt.

– Det viser jo hvor viktig det er at vi er åpne og at vi tør å være ærlige og sårbare. Denne usikkerheten og vissheten om at feil kan skje og skjer, på et generelt plan: Hva gjør en slik opplevelse med legen?

– På et overordnet nivå: Det aller verste som kan skje er at ingen tør å gå inn i fastlegeyrket. Jeg har mye kontakt med studen-

ter, og jeg kan love: Studenter og unge leger er virkelig opptatt av dette. De vet at fastlegeyrket innebærer stor fare for feil og kritikk, og det påvirker deres valg av spesialitet. Mange tør ikke å bli fastleger, rett og slett.

På individnivå, for legen det gjelder, så vet vi at leger som får klagesaker og advarsler selv får økt forekomst av angst, depresjoner og selvmordstanker.

Og ikke nok med det: De blir også dårligere leger! Frykten for å feile gjør at man «sikrer seg» og tar for mange prøver. De blir redde for å ta beslutninger. Det både belaster helsevesenet, og er helseskadelig.

For: Dersom målet for legen er å ha egen rygg fri – så gir det dårlig pasientbehandling.

Takk til Linn Getz for oppfordringen til å publisere, samt for nyttige kommentarer!

REFERANSER

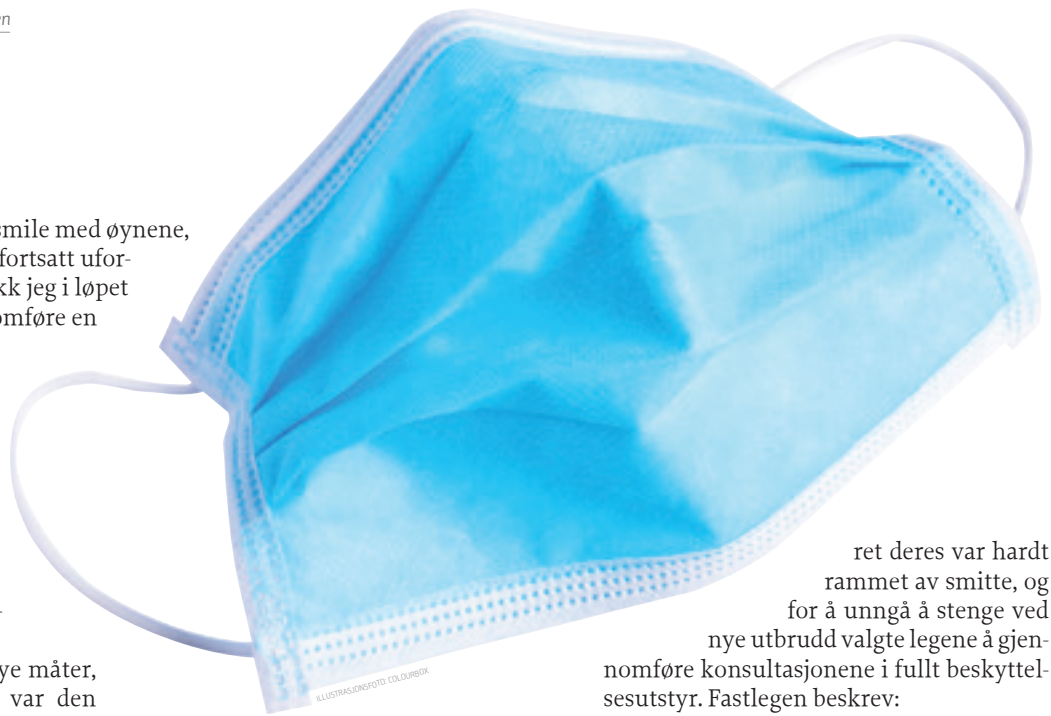
1. <https://www.itryggehender24-7.no/aktuelt/kurs-og-arrangementer/pasientsikkerhetskonsferansen/se-opptak-av-pasientsikkerhetskonsferansen-2022>.
2. Njål Flem Mæland «Legevaktlegen som gjorde feil på Støren kunne ha vært meg», Adresseavisen 8/12 2021. <https://www.adressa.no/midnorskdebatt/i/g6lgB9/fastlege-hverdagen-oppleves-som-a-svomme-i-et-hav-av-symptomer-hvor-bare-fa-av-dem-er-uttrykk-for-noe-alvorlig>.
3. K. Malterud, AD Guassora, S Reventlov, A Jutel, "Embracing uncertainty to advance diagnosis in general practice", Br J Gen Pract. 2017 Jun; 67(659): 244–245. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5442924/>.

Bak masken

■ THERESE RENAA • Redaktør i Utposten

TRE ÅR ETTER at vi lærte oss å smile med øynene, er flere erfaringer fra pandemien fortsatt ufor-døyd. Ved hjelp av AFU-midler fikk jeg i løpet av året 2020 mulighet til å gjennomføre en kvalitativ studie av fastlegers opplevelser under pandemien. Legenes fortellinger var ofte heroiske og preget av å fortsatt være i en pågående krise. Noen observasjoner kan kanskje trenge litt lengre tid for å gi mening. Når det vante skrelles bort, kan vi tydeligere se dynamikken i en pasientkonsultasjon, og det er mye å undres over. Viruset tvang oss til å jobbe på nye måter, men essensen i pasientmøtene var den samme. Hva skjer når vi ikke sitter fysisk sammen med pasientene? Hvordan kommuniserer vi med pasientene gjennom skjerm og visir? Hvor mye av legen må synes i en konsultasjon?

FASTLEGEORDNINGEN bygger på relasjoner. Det direkte møtet mellom mennesker skaper tillit og forståelse over tid. Som fastleger sitter vi helst øye mot øye med pasientene, gjerne med stolen justert slik at den kompenseres for høydeforskjellen. Allmennmedisinen tilstreber likeverdighet, selv i den skjeve maktbalansen mellom behandler og pasient i en konsultasjon. De definerte rollene skaper trygghet og struktur: én har et problem, en annen skal hjelp å løse det. Vi viser helst bare utvalgte deler av oss selv på jobben, tar ansvar for kommunikasjonen og skjærer oss og pasientene for forventninger om gjensidighet. Men når vi ser på pasienten, kan de også se oss. Det er ikke alltid behagelig for legen. Noen ganger farer livet hardhendt frem med enhver, og nattevåk, kringling og tårer setter sine spor også i fastlegers blikk. Mens vi er opptatt av å observere og registrere, blir vi samtidig observert av den andre. Behandlermasken gir dårlig kamuflasje i møtet med pasienter som har overlevd i vanskelige relasjoner og blitt eksperter på å tolke ansiktsuttrykk og stemmeleie. Det er nok mange av oss som har opplevd å bli uventet trøstet av en pasient som har sett litt for godt. For noen



er det en trøst at legen ikke alltid er så blank og nypusset, for andre kan blodskutte øyne og halvskjulte gjesp trigge uro og vanskelige følelser av avvissning.

UNDER PANDEMIEN var ikke masken lenger symbolikk, men en konkret beskyttelse. Plutselig var møtet mellom to mennesker en faresituasjon som helst burde unngås. Noen ganger måtte likevel det fysiske møtet gjennomføres, men da med den ytterste forsiktighet. Vi kledde oss opp i kjeledresser, hetter, munnbind og visir, mens svetten rant og synsfeltet skrumpet inn til en liten glugg. Aller helst løste vi problemer over telefon eller elektroniske meldinger. Plutselig blomstret videokonsultasjonene, en sjelden avart vi før hadde sett på med stor mistro. Vi så på hverandre gjennom en skjerm, og diskuterte utslett, søvnvansker og blod i urinen. Kanskje hjalp det å se at det var mulig å legge hånden bak hodet, selv om skulderen føltes stiv. Kanskje noen hadde en skjerm som var god nok til å vurdere om utslettet var makler eller papler. Nøden lærte oss å nytte de redskapene som var tilgjengelig.

MEN HVA SKJER EGENTLIG når man bare ser et lite gløtt av ansiktet til legen under samtalen? Under et av intervjuene med fastleger om deres opplevelser under covid-19-pandemien, kom en kollega med flere betraktninger rundt det. Legekonto-

ret deres var hardt rammet av smitte, og for å unngå å stenge ved nye utbrudd valgte legene å gjennomføre konsultasjonene i fullt beskyttet sesutstyr. Fastlegen beskrev:

«Du tenker jo at dette blir slitsomt, men da blir sikkert konsultasjonene kortere for det er ingen som vil prate om voldsomme ting når jeg sitter slik. Jeg trodde liksom at nå blir det ingen lett psykiatri, ingen familiekonflikter, nå kommer ikke folk til å snakke noen ting om det. Jeg følte meg jo veldig belemret i dette antrekket, men det tok ikke lang tid før pasientene ikke opplevde det belemrende. Det tok kanskje en snau uke, så var det åpenbart ikke til hinder for dype samtaler at jeg så ut som om jeg kanskje skulle til bikubene mine. Så det synes jeg var fasinerende, for tenk hvor fort vi venner oss til ting.»

JEG KJENNER IGJEN forventningen om raske konsultasjoner med målrettede problemstillinger under pandemien, den idéen om at både lege og pasient var enige om at vi var i en krisetilstand og effektivt skulle håndtere det aller nødvendigste. Men kanskje opplevde pasientene der og da at det var helt nødvendig å lette hjertet? Jeg ser for meg hvordan legen sitter stramt i kjeledressen, varm og ubekvemt bak lag på lag med beskyttelse, mens pasienten tømmer seg for bekymringer. Det er ikke uvanlig at lege og pasient går inn i konsultasjonen med ulike forventninger. Fastleger har forskjellige strategier og behov for å styre konsultasjonene. Pandemien satte det på spissen, med den vedvarende følelsen av krise og ansvaret for å ivareta pasientene selv under svært krevende arbeidsforhold. Kanskje beskyttelsesutstyret dempet noen av signalene vi bruker for å avslutte et tema?

JEG ER NYSGJERRIG på om fastlegen beskrev konsultasjoner med tidligere kjente pasienter, eller om det samme skjedde med nye pasienter. Hadde pasientene en så klar forventning om hva som skulle skje når de gikk inn i det rommet, satte seg i den stolen og hadde legen foran seg, at de knapt la merke til at noe var annerledes? Er det relasjonen eller situasjonen som er så sterk at den tåler den ekstra avstanden? Eller var det noe helt annet som skjedde?

Fastlegen fortalte videre:

«Det var veldig rart. De så jo ikke mimikken min. Jeg tenker det er mye lettere å prate ordentlig med noen hvis jeg ser hvordan du responderer på hva jeg nå sier. Men de så jo

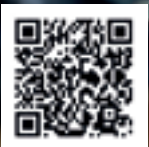
ikke det, bare øynene mine, det var veldig fascinerende at de syntes det var ok. Det kommer jeg aldri til å glemme.»

Vi har så mange forestillinger om nødvendige rammer rundt en konsultasjon. Utfordringene under pandemien viste at det kan fungere til tross for at det gjøres annerledes. Kanskje det for noen føles befriende å slippe å forholde seg til at fastlegen er et menneske som sitter midt imot og observerer og vurderer deg?

DET GIS MANGE BETROELSER i mørke rom. Katolikkene har designet biktestolene for å gi følelsen av trygghet og passende distanse til den som lytter på vegne av Gud. Noen kollegaer har beskrevet at video-

konsultasjoner passer spesielt godt til oppfølging av deprimerte menn. Ga beskyttelsesutstyret en distanse som også var til hjelp for pasienten?

DA SMITTETRYKKET LETTET forsvant videokonsultasjonene like fort som de kom, og venteværelsene fyltes igjen. Selv om mange leger fortsatt bruker mye tid på elektroniske konsultasjoner med pasienter, er det for andre typer problemstillinger enn de som løses i fysiske konsultasjoner. Kanskje er det også andre typer pasienter som foretrekker elektronisk kommunikasjon. Det må være noe vi kan lære av erfaringene fra pandemien, noe som vi kan ta med oss videre inn i hverdagen – med eller uten maske.



Lyst til å prøve deg på forskning?

Allmennmedisinsk forskningsutvalg utlyser stipend til leger som vil gå i gang med et forskningsprosjekt som er aktuelt for primærhelsetjenesten.

Er du lege i allmennmedisin eller samfunnsmedisin og har en idé du vil utforske, eller et forskningsprosjekt du ønsker å realisere, kan du søke om stipend for inntil seks måneder. Allmennlegestipendet er i hovedsak rettet mot leger i allmennmedisin og samfunnsmedisin som ikke har forsket tidligere, og stipendet skal gjøre det mulig å ta fri fra andre oppgaver for å kunne forske.

Det er nok at du har en god idé for å kunne søke, men du må ha kontaktet en veileder før du søker.

Les mer om hvordan du går frem på www.legeforeningen.no/allmennlegestipend – eller skann QR-koden nederst til venstre.

Har du spørsmål, send mail til: nfakonsultasjonsutvalg@gmail.com – eller ta kontakt med et av de allmennmedisinske universitetsmiljøene i Oslo, Bergen, Trondheim eller Tromsø.

Allmennlegestipendet fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg (tidligere kalt AFU-stipend) utlyses to ganger i året. *Neste søknadsfrist (ny dato) er 1. mai 2023.*

I tillegg utlyses ekstrastipend på gitte tema. Følg med på *Utpostens* facebook-side og på hjemmesiden til Norsk forening for allmennmedisin.

FASTLEGEORDNINGA: Status presens 2022

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

Fastlegeordninga skulle vere grunnmuren i norsk helseteneste, men no rasar den ut. Hausten 2022 hadde 214 000 nordmenn ikkje fastlege – 60 prosent auke på eitt år.

Bare kvar åttande fastlegeliste er open – ei halvering på to år. Det er fem gonger så mange fastlegeheimlar utan fast lege som for ti år sidan, og den reelle auken av fastlegar var bare 0,8 prosent i 2022. Dette er ille.

Metode

På Internett kan alle finne ajourførte opplysningar om fastlegane i alle dei 356 kommunane; om namn, alder, kjønn, vakansar, vikarar og opne lister (1, 2). Det skal hjelpe folk flest til å finne seg fastlege, så datakvaliteten er venteleg god. Denne studien ser på stoda i desember 2022, som oppfølging av ein tilsvarende i *Utposten* for eitt år sidan (3).

Funn

Fastlegedekking

I 2022 kom det i alt 178 nye fastlegeheimlar, 92 fleire vakansar og 86 fleire fastlegar, jf. tabell 1. Men folketalet auka med nesten 50 000, så reell fastlegedekking auka med bare 0,8 prosent: ca. 40 årsverk. I hausthalvåret 2022 blei det 66 færre fastlegar.

TABELL 1. Fastlegeheimlar og vikarbruk 2020–2022.

	31.12.2020	15.6.2021	5.6.2022	9.12.2022
Fastlegeheimlar	5 133	5 231	5 284	5 409
Lister utan fast lege	182	228	129	320
Alle fastlegar	4 951	5 003	5 155	5 089
Fastlegar med vikar > 50 prosent		573	604	576

TABELL 2. Prosentdel fastlegevakansar og -vikariat, i 2022, etter kommunesentralitet.

SENTRALITET	ALLE	1	2	3	4	5	6
Tal på kommunar	356	6	19	51	72	95	113
Utan fast lege	6 pst.	0,3 pst.	2 pst.	6 pst.	10 pst.	9 pst.	15 pst.
Vikariat > 50 pst.	11 pst.	17 pst.	8 pst.	8 pst.	10 pst.	11 pst.	13 pst.
Vikariat < 50 pst.	7 pst.	14 pst.	7 pst.	6 pst.	4 pst.	2 pst.	4 pst.

Merknad: Gruppe 1 er mest sentrale kommunar, og gruppe 6 minst sentrale (12).

Vakansar

Seks prosent av dei 5 409 fastlegeheimlane er no utan fast lege. Tre fjerdedelar av 2022-auken i vakansar kom i hausthalvåret. Kvar fjerde vakans er utan fast vikar. Dei minst sentrale kommunane har størst prosentdel vakansar, både totalt og av dei utan fast vikar, jf. tabell 2.

Vikarbruk

Vikarmengda var om lag som i 2021. Tidendeparten av fastlegane hadde vikar i minst 50 prosent; halvparten var for fastlegar under 40 år. Desse vikariata auka med 18 prosent i siste kvartal 2022. Det er flest vikarar i dei mest sentrale og dei minst sentrale kommunane, og i kommunar under 5000 innbyggjarar, jf. tabell 2.

Vikariat i mindre enn 50 prosent er mykje vanlegare i dei seks mest sentrale kommunane enn i resten av landet. Oslo har påfallande høg vikarbruk. Oslo har 13 prosent av innbyggjarane, 18 prosent av alle vikariat over 50 prosent, 29 prosent av mindre vikariat, og ingen lister utan fast lege.

	2020	2021	2022
Opne lister ved årsslutt	25,5	18,0	12,6
Av dette: utan fast lege		2,7	3,0
hos fastlege		15,3	9,6

TABELL 3. Prosentdel opne fastlegelister ved årsslutt 2020–2022.

Opne lister

Bare kvar åttande fastlegeheimel har open liste – ei halvering på bare to år – og fjerdedelen av dei opne listene er vakansar med fast vikar. Prosentdelen fastlegar (med eller utan vikar) med opne lister har såleis gått ned frå 15,3 prosent til 9,6 prosent i 2022, jf. tabell 3.

Tredjeparten av kommunane har ingen opne lister no, mellom desse er 43 prosent av kommunane med over 30 000 innbyggjarar (Ringerike, Hamar, Tønsberg, Larvik, Porsgrunn, Skien, Stavanger, Hauge-sund, Sandnes, Karmøy, Bergen, Molde, Trondheim, Bodø og Tromsø). Også her skil Oslo seg ut: Det er 18 prosent opne lister i Oslo.

Fastlegessvinn

13 prosent av fastlegane i juni 2021 var ikkje i same kommunen 16 månader seinare.

I dei seks mest sentrale kommunane var denne avgangen bare 8 prosent.

I dei 113 minst sentrale kommunane var avgangen i snitt 22 prosent, men likevel slik at i vel halvparten av dei var det ingen avgang av fastlegar.

Inntektsformer

SSB-data om avtalte legeårsverk til diagnose og behandling (4) er her brukt til å samanlikne kommunar med meir enn 90 prosent næringsdrivande («stykkepris») og kommunar med mindre enn 10 prosent («fastløn»), jf. tabell 4. Stykkepriskommunane er mykje større og meir sentrale, og har yngre befolkning. Fastlønskommunane har nesten fem gonger så mange vakansar, dobbelt så man-

ge store vikariat, dobbelt så stort fastlegevinn på 16 månader, 40 prosent kortare pasientlister – og fjerdeparten av dei avtalte legeårsverka er LIS1 (turnuslegar).

Drøfting

Fastlegeordninga er ein sultefora suksess. Målet med den er å gi «gode og likeverdige legetjenester til hele befolkningen – uavhengig av bosted» (1). Men slik er det ikkje no. Stadig færre opne lister, fleire vakansar og vikarar, dårleg rekruttering, og ein realvekst som ikkje er stort meir enn det som trengs for å følgje med folkeauken. Dette er ikkje bilde av ein god grunnmur for norsk helseteneste, men av ei fastlegeordning i aukande forfall – både i kapasitet og kvalitet.

Samhandlingsreforma kom i 2012, og presidenten i Den norske legeförening sa det slik i sommar: «Flere oppgaver og mer kompliserte pasienter har blitt overført til fastlegene, uten at de har blitt flere eller har blitt økonomisk kompensert for disse oppgavene» (5).

Fastlegeordninga blei innført i 2001, og då var den nærast sjølvgåande og utan ekstra kommunale utgifter (6). Men dei seinare åra har kommunane fått store meirkostnader for å rekruttere og halde på fastlegar. I 2021 subsidierte fire av fem kommunar fastlegeordninga si med 813 millionar kr: meir enn dobling frå 2017 (7). Eitt års kommunal subsidiering no svarar til halvparten av styrkingsmidlane for fire år i Handlingsplanen for allmennlegetenesta 2020–2024! Og størstedelen av dei kommunane som ikkje subsidierer enno, reknar med at dette må også dei gjere i framtida, dersom ikkje dagens økonomiske hovudmodell blir endra.

I hausthalvåret 2022 blei det færre fastlegar, fleire vikarar og fleire heimlar utan fast lege. Det er uvisst om dette er ein varig tendens eller bare sesongvariasjonar.

Dei mest sentrale kommunane ser ut til å ha god tilgang på vikarar, dei minst sentrale må betale dyrt for slike. Men femtedelen av fastlegevikarane har ikkje LIS1-te-

neste (tilsvarande den tidlegare turnus-tenesta), og fyller derfor ikkje kompetansekrava til legar i kommunehelsetenesta (1). Kvalitetsmessig er dette ei tvilsam løysing.

Korleis få fleire søkjarar til fastlegeheimlar og halde på dagens fastlegar? Dette er drøfta i evalueringa av Handlingsplanen (8). Høg arbeidsbelastning, mykje administrativt arbeid og mangel på gode sosiale ordningar og rettar er viktige årsaker til at såpass få studentar og LIS1 ønskte å bli fastlege. Dei fleste ønskte i så fall å starte som kommunalt tilsett med fast løn (helst med bonus), to av fem ønskte seg det same som ferdig spesialist, og kvinner var meir positive til fastløn enn menn.

Nokre hevdar at fastlønslagar er mindre produktive enn næringsdrivande, målt etter Normaltariffen. Denne studien viser at «fastlønnskommunane» er små og perifere. Dei har høgare fastlegebemanning for å få ei rimelegare vaktbelastning, så listelengda er bare vel halvparten så stor som i dei større «stykkpriskommunane». Likevel har dei dobbelt så stor gjennomtrekk av legar, og er heilt avhengige av LIS1-legar.

I 1987 skreiv eg masteroppgåve ved Nordiska Hälsovårdshögskolan, om allmennlegetenesta i Sandnes (9). Halvdelen av dei 22 legane var fastlønna, andre halvdelen var næringsdrivande. Analyse av 8619 pasientkontaktar viste at dei to gruppene hadde like mange direkte kontaktar per arbeidstime, og praksisrammene var jamlike. Romøren (10) meiner det er viktig å dra inn lokal kontekst i analyser av ulike praksisformer. Eg meiner at metodesvikt på dette området blir som å samanlikne eple med bananar, og har lett for å gi «unøyaktighet med stor presisjon». Dessutan er det mi meining at Normaltariffen ikkje er god nok målestokk for nytteverdien av legearbeid, særleg no når eldrebølgje og trongare økonomiske rammer bankar på døra.

Rektor Klaus Mohn ved Universitetet i Stavanger skriv kloke ord om helsesektoren:

«Ny kunnskap har avgrensa verdi om han ikkje vert teken i bruk., og det utan forsein-

king [...]. Til dette må ein tenke nytt, når det gjeld tilnærmingar, innhald og samarbeidsnormer». (11)

Eg ser fleire viktige spørsmål:

- Staten har det overordna ansvaret for at alle deler av landet har nokolunde jamgode helsetilbod. Kor langt har staten plikt til å sikre finansieringa av slikt?
- Kvar kommune har lovfesta ansvar for å fikse si fastlegeteneste. Dei som kan subsidiere nok, kan no hente fastlegar frå fattigare utkantkommunar, på tvers av den overordna målsetjinga om likeverdige tenester til folk. Kva vil staten gjere med dette etiske dilemmaet?
- Land med solide primærhelsetenester får meir helse for pengane. Derfor vil nedbygginga av fastlegetenesta bety dyrare og dårlegare helsetenester, og meir unnytta kunnskap. Korleis går dette i hop med staten si plikt til å få mest mogeleg nytte ut av kvar offentleg krone?

No er det på høg tid å få skikkelege rikspolitiske svar på desse spørsmåla.

REFERANSAR

1. Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetenesten 2020–2024. Statusrapport – 2. tertial 2022. Helsedirektoratet 1. november 2022.
2. www.helsenorge.no/ bytte fastlege. Lese 6. juni, 12. september og 9. desember 2022.
3. Robberstad T.: Fastlegeordninga: Status presens 2021. Utposten nr 2/2022.
4. ssb.no/Statistikkbanken, tabell 11996.
5. Rime A.-K.: Nå knaker det i sammenføyningene. Tidsskr Nor Legeforen nr 13,2022;142.
6. Øgar P.: Kan vi redde fastlegeordningen? Dagens medisin 18/2021, 4. november 2021.
7. IPSOS og FØA: Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Oslo, juli 2022.
8. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetenesten 2020-2024. Evalueringsrapport I. Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 11. mai 2022.
9. Robberstad T.: Allmennlegepraksis i kommunen. Oslo, 1989, ISBN 82-7242-590-4.
10. Romøren TI: En administrators blick på allmennpraksis (bokmelding av ref.9). Tidsskr Nor Lægeforen nr 3,1990;110.
11. Mohn K.: Helsebot i kunnskap. Stavanger Aftenblad 19. desember 2022.
12. ssb.no. Notater 2020/04.

■ TROBBE@LYSE.NET

TABELL 4. Fastlegeårsverk til diagnose og behandling, ordna etter inntektsform, 2021–22.

	<<STYKKPRISKOMMUNAR>>: >90 PROSENT MED NÆRINGSDRIFT	<<FASTLØNSKOMMUNAR>>: < 10 PROSENT MED NÆRINGSDRIFT
Tal på kommunar	64	101
Folketal over 5000 i prosent	69	9
Alder over 80 år i prosent	5	6,5
Gjennomsnittleg folketal pr. heimel	1 114	656
Heimlar utan fast lege i prosent	2,7	12,6
Fastlegar med > 50 prosent vikar i prosent	11	20
Fastlegesvinn på 16 månader i prosent	10	21

#Råbra!

- et avvikssystem med

■ MARIANNE NORDHOV • Spesialist i pediatri, ph.d og overlege ved Nyfødt intensiv, Barne- og ungdomsavdelingen, Universitetssykehuset i Nord-Norge

Hver eneste dag skjer det mye #Råbra! i norsk helsetjeneste. Komplekse, travle dager løses på en utmerket måte, akutsituasjoner fører til at pasienten overlever, og vanskelige budskap formidles på trygt og troverdig vis. Benytter vi mulighetene til å lære av dette, eller ser vi alt gjennom de tradisjonelle «avviksbrillene»?

#Råbra! er et enkelt system som har til hensikt å identifisere faktorer av betydning for pasientsikkerheten, basert på alt det gode arbeidet og medarbeiderskapet som skjer hver eneste dag, og bruke dette aktivt i forbedringsarbeid og for et godt arbeidsmiljø.

I Norge har vi et godt etablert avvikssystem der uheldige hendelser analyseres for læring, tilpasning og forbedring. Systemet er reaktivt – det vil si at analysen skjer når feilen eller den uheldige hendelsen har skjedd. Det er ofte en menneskelig faktor involvert og belastningen på den enkelte involverte helsearbeider kan være stor. Historisk sett har unngåelse av feil og uheldige hendelser i pasientbehandling blitt sett på som den individuelle helsearbeiders ansvar, som kan resultere i ulike former for reaksjoner fra tilsynsmyndighetene og i verste fall en dom. Dette kan bidra til underrapportering og frykt – og kommer som en tilleggsbelastning til selve hendelsen. Forskning viser også at helsearbeidere involvert i alvorlige pasienthendelser har økt risiko for å utvikle symptomer på posttraumatisk stressyndrom, depresjon og i verste fall selvmord (1, 2).

Grundige analyser av alvorlige avvik og pasienthendelser er viktig, og det skal vi selvfølgelig fortsette med. Erfaring viser



Marianne Nordhov (foran) med Mai Brit Vegge, kvalitetssjef, Lovisenberg Sykehus (til venstre) og Siri Talseth-Frilund, avdelingssjef, Medisinsk Avdeling, Helse Møre og Romsdal (til høyre).

imidlertid at et ensidig fokus på feil kan føre til at vi går glipp av alt som går bra. Erik Hollnagel har introdusert begrepet «Safety-2» (3), der man jobber ut fra et mål om at så mange hendelser som mulig skal gå bra, og en bevisst oppmerksomhet mot alle handlinger som bidrar til gode løsninger og pasientsikkerhet, noe som bidrar til større innsikt og læring enn å kun lære av feil (3).

I «Safety 2» hevder forfatterne at sikkerhetsfokuset bør være å etablere vilkår som skal gjøre det mulig å forstå og identifisere hvordan situasjonen løses tilfredsstillende på tross av mulig motstridende logikk, usikkerhet og utydelige forhold (4). Folk ses som en stor ressurs som løser komplekse situasjoner gjennom fleksibilitet, kreativitet, utmerket faglig arbeid og innova-

positivt fortegn!

sjon. Et klassisk eksempel er at pasienter overlever svært kritiske situasjoner mot alle odds. Hvordan kan det ha seg at vi ikke er mer interessert i å analysere og trekke læring ut av situasjoner som dette?

Learning from Excellence

Adrian Plunkett, barneintensivist i Birmingham, etablerte Learning from Excellence (LfE) i 2014. Bakgrunnen var personlig. Han var alvorlig syk og innlagt på sykehus. Da han ble frisk, ønsket han å takke og anerkjenne behandlingsteamet for fremragende faglig arbeid og gode menneskelige egenskaper. Han skrev et brev til direktøren ved sykehuset, men takken ble aldri formidlet videre. Dette fikk Adrian til

å spørre seg om verdsettelse og takknemlighet er undervurderte fenomener i sykehus, og hvordan man i større grad kan tilrettelegge for å lære av gode hendelser. Han initierte LfE som nå er etablert i mer enn 200 ulike helseinstitusjoner i Storbritannia (5).

Systemet er enkelt og likner vårt vanlige avvikssystem i tilnærming og saksbehandling. Metodikken har som målsetting å skape bedre klinisk praksis etter en systematisk evaluering av positive hendelser i en personalgruppe. LfE har mange likhetstrekk med «Safety-2»-tilnærmingen, men benytter i tillegg spontane tilbakemeldinger mellom ansatte som et virkemiddel. Gjennom å stimulere ansatte til å være årvåke overfor gode løsninger i ulike situa-

sjoner og rapportere disse, oppdages løsninger som kan være verd å evaluere, med endring og implementering som mål.

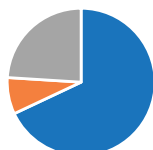
Ansatte som ser eller erfarer noe de selv definerer som «excellent», melder dette inn via et enkelt rapporteringssystem. Man identifiserer personen eller teamet som får anerkjennelse, slik at det er mulig å innhente mer opplysninger om det som skjedde. Innholdet i tildelingen analyseres, og man trekker ut læringspunkter som brukes til å gi positiv feedback og til forbedrings- og kvalitetsarbeid. Metoden er etter hvert godt dokumentert, og har blant annet bidratt til signifikant mer korrekt antibiotikaforskrivning (6) og bedre arbeidsmiljø (7). I England heter avvikssystemet «Datix» – det positive avvikssystemet har derfor på



25 #Råbra!-tildelinger siden februar!

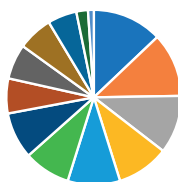
- ✓ Nyfødt Intensiv: 17
- ✓ BUS: 2
- ✓ Andre: 6

5 ulike profesjoner og en gruppe har fått tildelt kort



■ Nyfødt intensiv ■ BUS ■ Andre

Nøkkelord #Råbra!



- Innstilling
- Lagspill
- Kommunikasjon
- Forbilde
- Tverrfaglig samarbeid
- Medarbeiderskap
- Pasientsikkerhet
- Initiativ
- Opplæring
- Støtte, omsorg personale
- Faglig arbeid
- Organisering
- Brukerinvolvering

Denne oversikten viser status pr. 21.mai 2021 i #Råbra!

Fortjener ros fordi hun alltid gjør det lille ekstra i avdelingen, baker, lager mat og det skaper både god trivsel og et godt miljø!
Hva kan vi lære? Å ta vare på ALLE som jobber i seksjonen.

Blodprøvetakingen gikk Råbra! Min kollega var rolig og veiledende, og oppmuntret verbalt fremfor å overta prosedyren. **Hva kan vi lære?** La nye sykepleierne få prøve seg med god veiledning – gir økt mestring, og det oppleves trygt og godt.

På en rolig nattevakt tok hun seg tid til å trene på asfyksibordet med meg, ny sykepleier. Senere samme natt gikk asfyksialarmen og da var alt friskt i minne på hva vi skulle gjøre. **Hva kan vi lære?** Å trene med nye sykepleiere øker tryggheten til alle involverte, og dermed kan sykepleierne bistå barnesykepleierne dersom det er behov for dette og arbeidsoppgavene blir mer varierte.

Organiserte fremskyndet kur av biologisk legemiddel i helg. Løsningsorientert, smidig og imøtekomende. Strekker seg ekstra langt for god pasientbehandling! Blandet selv ut kur da apoteket var stengt. **Hva kan vi lære?** Samarbeid og god kultur. Ikke redd for å gjøre jobben som kreves.



mange sykehus fått navnet «GREATix». Mer om dette kan leses på nettsiden www.learningfromexcellence.com.

#Råbra! – en norsk avlegger

Ideen om en norsk avlegger av LfE lå i dvale i noen år, men ble tatt opp da en av mine gode kollegaer på nyfødt intensiv kom inn en morgen og sa: «Dæven – i går hadde vi et utrolig bra mottak!» Lene og teamet som var på jobb denne søndagen hadde tatt imot et ekstremt prematurt barn, og alt hadde fungert veldig bra tross en utfordrende situasjon. Hva førte til at mottaket ble så bra? Kan vi andre lære noe av dette? Bør vi vurdere å endre på noen rutiner dersom det de gjorde var smart og bra for den lille pasienten?

Hovedmålsettingen med #Råbra! er helt i tråd med LfE – å samle inn alt det gode arbeidet som gjøres og utnytte dette både inn mot kvalitetsforbedringsarbeid og arbeidsmiljø. Prosjektet startet som et lite forbedringsprosjekt på Nyfødt intensiv i Barne- og

ungdomsavdelingen på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) i 2021, men har nå spredt seg til flere avdelinger på UNN, samt til mange andre helseforetak i hele landet. Det har også blitt tatt i bruk utenfor helsetjenesten, som i NAV og Brann- og redningstjenesten. Systemet er medarbeiderdrevet og frivillig (akkurat som det vanlige avvikssystemet), og tildelingene sendes elektronisk. Alle ansatte, uavhengig av stilling eller profesjon, kan tildele et #Råbra! basert på det de opplevde som bra.

Spørsmålene den ansatte svarer på er enkle:

1. Hvem gjorde noe #Råbra!?
2. Hva var #Råbra! og hvorfor?
3. Hva kan vi lære av dette?
4. Hvilke endringer kan vi gjøre for at dette skal skje oftere?

Den som tildeles et #Råbra! får en personlig gratulasjonsmail med innholdet og adressant, og tildeler får et takkekort. Det er helt vesentlig å takke medarbeidere for å se og anerkjenne sine kollegaers gode arbeid. I det siste spørsmålet på tildelingen

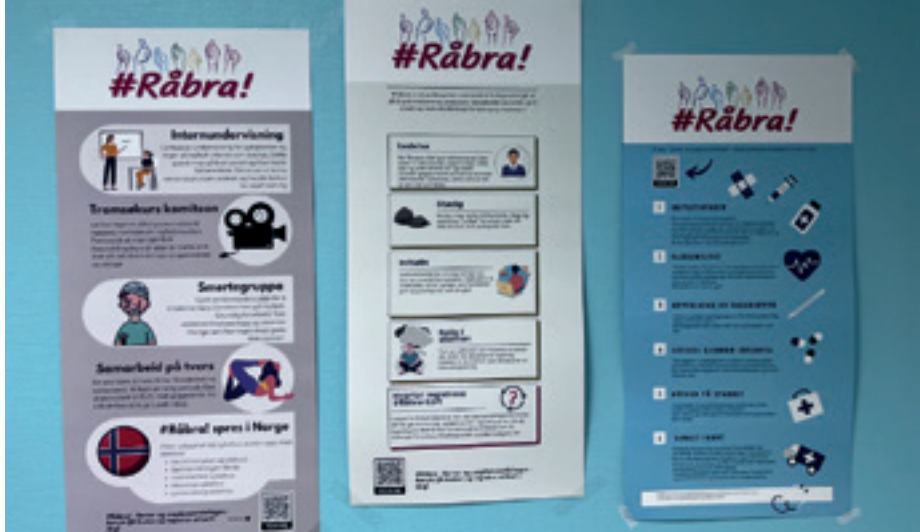
ber vi den ansatte om råd for hvordan de gode løsningene kan skje oftere. Et viktig moment er å ta en kort samtale med tildeler og mottaker med oppmerksomhet mot hva det var som gikk bra og hvordan dette kan benyttes i det videre arbeidet.

Tilnærmingen i denne samtalen er basert på samme metodikk som motiverende intervju, og vi har valgt å kalle det «den gode samtalen». I etterarbeidet gjøres det en enkel hendelsesanalyse for å trekke ut læringspunkter, på samme måte som i avvikshåndtering. Innholdet i tildelingene kan benyttes på ulike måter – i prosedyrearbeid og nyhetsbrev, på personalmøter og ledermøter, i kvalitetsutvalg og gjennom anonymiserte oppslag. For eksempel har ledelsen ved Lovisenberg sykehus #Råbra!-tildelinger som et fast punkt på direktørens pasientsikkerhetsvisitt, det har kommet inn i sykehusets styringsdokumenter, og på sommerfesten for ansatte deles det ut en pris til årets #Råbra!

Tildelingene kan kategoriseres og på samme måte som i LfE er det fem kategorier:

Eksempler som illustrerer de ulike kategoriene (fra Simonsen og Augustinussen 2022).

#RÅBRA!	HVA GIKK #RÅBRA OG HVORFOR?	HVA KAN VI LÆRE AV DETTE?	HVA SKAL TIL FOR AT DETTE SKJER OFTERE?
Faglig arbeid	«Blodprøvetakingen gikk Råbra! X var rolig og veiledende, og oppmuntret verbalt fremfor å overta prosedyren.»	«Ved å la nye sykepleierne få prøve seg med god veiledning så blir det økt mestring for den nye sykepleieren og det oppleves trygt og godt.»	«Ved å la nye sykepleiere få prøve under kontrollerte og rolige situasjoner, og at den erfarne sykepleieren veileder verbalt og ikke stresser opp situasjonen.»
Initiativ / innovasjon	Tok initiativ til scenariotrening med sykepleierstudenter og fersk LIS. Kjørte et avansert prematurmottak to dager på rad med samme gruppe – noe som gav god læring for alle involverte. Det var rolig i avdelingen og liten tilgang på intensivpasienter og mottak.	«Bruke tiden man er på jobb i praksis godt og kreativt. Sporty at folk bare tar initiativet selv i rolige tider. Dette bør vi gjøre mye mer av!»	«Kjøre scenario to ganger øker læringseffekten.»
Kommunikasjon	NN har et helseperspektiv som han på en fin måte deler med oss andre. Han minner oss på at vi alle er her for å gi pasientene et best mulig tilbud, og han kommuniserer dette på en både tydelig og fin måte... Han er flink til å dele av kunnskapen sin slik at nye får tilegnet seg den, og oppleves som trygge å ha med å gjøre.	Huske hvem vi er her for, ha en god dialog sammen – på tvers av seksjoner og avdelinger. Å kommunisere på en vennlig og imøtekommende måte gjør det lettere å skape god dialog og godt samarbeid. At den som er erfaren kan brukes som «veiledere» for nye, noen trygge å spørre. Være åpne for å ta imot forslag og gode råd.	Anerkjenne hvor viktig kommunikasjon og kommunikasjonsevner er for å ha god dialog og godt samarbeid. Ivareta faste daglige møtepunkt. Psykologisk trygghet gjør det lettere å spørre/be om råd – være åpne og på tilbudssida når en har erfaring og kunnskap om gode løsninger.
Ledelse	X er en ekte leder og forbilde for mange – hun leder med hjerte og hjerne. Hun tenker helhetlig, kommer med løsningsforslag og er villig til å tenke nytt. X har en fin balanse mellom ansattomsorg og å sette forventninger til ansatte og de rundt seg – dette fører til utvikling.	Ledelse er krevende å stå i, og i tillegg til å være leder greier x å vise mange sider ved sin ledelse som er unikt både for de ansatte og andre ledere rundt henne. Hun bidrar til at andre får økt sin lederkompetanse, får nye ideer og at ansatte får tenke «fritt» – støtter ideer og innovative tanker. X deler villig av sin erfaring.	Gode ledere må få tilbakemeldinger på hva de gjør som er bra – det er viktig at ansatte kan se sin leder. I tillegg må ledernivået over se seksjonsledere, løfte de frem og heie på de når de gjør noe bra!
Medarbeiderskap	Det Råbra! på seksjon xx er at alle ansatte er ekstremt flinke til å hjelpe hverandre. Her er det aldri noen som ikke får hjelp. Ikke alltid en trenger å spørre en gang – et skikkelig team!	At det å hjelpe skal være en selvfølge – ikke alle har like god tid hver vakt – og da er det ekstra godt å ha kjekke kollegaer som hjelper til!	Å ha en god leder skaper ofte et godt miljø, som igjen skaper trygghet hos alle ansatte. Det er også viktig at vi behandler hverandre slik vi vil bli behandlet selv.



Bildet til høyre: Avdelingsoverlege Tore Knudsen, Avdeling for endokrin, urologi og plastikkirurgi, UNN (til venstre) og pasientkoordinator Kenneth Johansen, Avdeling for endokrin, urologi og plastikkirurgi, UNN (til høyre).

- Faglig arbeid:** Godt faglig arbeid ut fra systemets ønsker og forventninger.
 - Initiativ/innovasjon:** Nytenkning og/eller handlinger som bidrar til gode løsninger og som ikke er predefinert av rutiner eller prosedyrer.
 - Kommunikasjon:** Når en person eller et team, ofte under utfordrende omstendigheter, har forsikret seg om at kollegaer eller pasienter ser og forstår situasjonen, slik at man i fellesskap kan jobbe for et best mulig resultat.
 - Ledelse:** Tildelinger der en medarbeider eller leder har vist spesielt god dømmekraft og inspirert andre til å jobbe mot et predefinert mål.
 - Medarbeiderskap:** Tildelinger som beskriver positiv samhandling mellom to parter, der for eksempel én avhjelper arbeidsbyrden til en annen, eller i situasjoner der en medarbeider bidrar til en hyggelig og positiv arbeidshverdag.
- Simonsen og Augustinussen (7) analyserte 197 tildelinger fra tre ulike helseforetak i sin masteroppgave. De fant at 21,8 prosent av tildelingene hadde potensial for systemendringer. Som leder får man også råd om hva som skal til for at det **#Råbra!** skal skje oftere. Gode innspill og forslag til løsninger befinner seg ofte «i rommet» – og utenfor eget hode. Medvirkning er en sentral faktor i dette arbeidet.

Erfaringer så langt

I tillegg til å lære av feil, skjer det en dreining mot også å lære av det som går godt i Norge. Senest på den nasjonale pasientsikkerhetskonferansen i 2022 var dette et tema. Knappt to år etter oppstart har interessen for å starte med **#Råbra!** overgått vår forventning. Samlet har det kommet mange hundre tildelinger over hele landet, der godt arbeid har blitt løftet frem, anerkjent og benyttet til å endre måten å jobbe på. Vår erfaring er at ansatte som får en **#Råbra!**-tildeling blir veldig glade, og mange har kommentert at de aldri har fått en konkret positiv tilbakemelding i ar-

beidslivet tidligere, bortsett fra et klapp på skuldra eller «bra jobba!».

Tildelingene gis på kryss og tvers, uavhengig av stilling, seksjon/avdeling og klinikker. Det har også kommet tildelinger fra pasienter til personale og fra sykehusavdeling til samarbeidende kommune. Per i dag er **#Råbra!** et av få verktøy i Norge som understøtter «Safety-2»-tilnærmingen. Det er enkelt å ta i bruk, men forutsetter at man har satt seg grundig inn i bakgrunnen, samt har organisert et system for å sikre oppfølging av tildelingene.

#Råbra! er en svært effektiv metode for å få fatt i de små, gode hendelsene som sjelden blir nevnt på ledermøte, morgenmøter og rapporter. Lederne, som oftest mottar de negative avvikene, klagene og personalsakene med friksjon og dårlig oppførsel, får gjennom dette arbeidet et helt annet innblikk i virksomheten, og det er svært motiverende. Noen oppfatter dette som et «kose-» eller «smiskeysystem». Det er det ikke! Tildelingene er knyttet til en person, men metodikken skal fange opp handlingene bak.

Det er også et godt virkemiddel for å anerkjenne alle de flinke folkene som jobber i det stille, og som sjelden roper høyt eller stikker seg frem. Å skrive avvik krever høy grad av psykologisk trygghet. Det å motta og dele med kollegaene at man har fått en **#Råbra!**-tildeling krever faktisk også psykologisk trygghet, da det forutsetter at vi unner hverandre anerkjennelsen. I den forberedende fasen i vår avdeling kom det godt frem at det oppleves ubehagelig også å stikke seg frem positivt. Janteloven er nok dypere forankret i oss enn vi liker å tro.

Redselen for ikke å få et **#Råbra!**-kort er også sterk; «-dette er jo bra – men hva med dem (les meg) som aldri får en tildeling?». Tenker vi sånn om avvik? «-det er godt vi har et avvikssystem – men hva med dem (les meg?) dersom jeg aldri får et avvik?» Nepp. **#Råbra!** utfordrer misunnelse og jantelov. Det at en person eller et team får en **#Råbra!**-tildeling betyr ikke at ingen andre er like gode eller gjør det samme. Hå-

pet er at vi sammen kan la oss inspirere og motivere gjennom kollegaers gode arbeid. Det gir også en mulighet til å både adressere og reflektere rundt negative kulturtrekk med det formål å gjøre noe med dem.

Spre ordet!

Dette er «shareware» og målet er å inspirere andre til å ta dette i bruk. For de av dere som er på Twitter og er interessert i dette, anbefaler jeg å følge «Learning from excellence» og hashtaggen #Greatix, samt å ta en titt på Idébanken til NAV (8). Du kan også høre om **#Råbra!** i podkasten «Ytringsklima» (9). For fremtiden er håpet at dette skal la seg implementere i våre elektroniske systemer for å forenkle «saksbehandlingen» og sikre elektronisk dokumentasjon på systemnivå.

Ha en **#Råbra!** dag videre – kanskje med litt nye briller?

REFERANSER

- Scott SD, Hirschinger LE, Cox KR, et al. The natural history of recovery for the health care provider «second victim» after adverse patient events. *QualSaf Health Care* 2009; 18: 325–30.
- Kronman AC, Paasche-Orlow M, Orlander JD. Factors associated with disclosure of medical errors by housestaff. *BMJ Qual Saf* 2012; 21: 271–8.
- A Tale of Two Safeties.pdf (erikhollnagel.com)
- Hollnagel E., Wears R.L. and Braithwaite J. From Safety-I to Safety-II: A White Paper. The Resilient Health Care Net. Published simultaneously by the University of Southern Denmark, University of Florida, USA, and Macquarie University, Australia.
- Kelly N, Blake S, Plunkett A. Learning from excellence in healthcare: a new approach to incident reporting. *Arch Dis Child*. 2016; 101: 788–791.
- Jones AS, Isaac RE, Price KL, Plunkett AC. Impact of Positive Feedback on Antimicrobial Stewardship in a Paediatric Intensive Care Unit: A Quality Improvement Project. *Pediatr Qual Saf* 2019; 5: e206.
- Simonsen OB & Augustinussen T. #Råbra! – Et tiltak for å lære av gode hendelser i helsevesenet. *NORD universitet* 2022.
- <https://www.idebanken.org/kloke-grep/artikler/rabra-en-metode-for-positive-tilbakemeldinger-og-bedre-tjenester>.
- https://open.spotify.com/episode/3gsPN8XrmLmC7rORUvW95L?si=d_nFE7nRTfChA-j8aEMrbw.

■ MARIANNE.NORDHOV@UNN.NO

NFA og AF

– en historiefortelling

■ GISLE ROKSUND | JAN EMIL KRISTOFFERSEN | TROND EGIL HANSEN



Det begynner å bli noen år siden, og det begynner å gå i glemmeboka: Det var en grundig prosess som førte til nåværende organisering med AF og NFA.

Alment praktiserende lægers forening (Aplf) ble dannet så tidlig som i 1938 for å fremme alment praktiserende legers interesser. Samtidig opprettet Aplf et eget fagutvalg som skulle fremme og utvikle faget almenmedisin (begrepet almenmedisin ble skrevet med én l og én n på den tida).

Akademiseringen av faget skjøt fart spesielt på 70-tallet med opprettelse av institutter og professorater i allmenmedisin ved alle universitetene. Inspirert av både England og Danmark ble Norsk Selskap for Almenmedisin (NSAM) stiftet i 1983. Det var en stor debatt i forkant, både om behovet for en egen faglig forening (vi hadde jo Fagutvalget) og om NSAM skulle være en del av Den norske lægeforening eller om foreningen skulle være et helt frittstående faglig selskap på linje med collegene i andre land. Med knappst mulig flertall på stiftelsesmøtet i Det norske medisinske Selskaps lokaler ved Drammensveien i Oslo, ble det vedtatt at NSAM skulle være en spesialforening innenfor Legeforeningen.

To foreninger som skulle utvikle og fremme faget

Dermed hadde vi to foreninger som hadde til formål å utvikle og fremme faget allmenmedisin: Fagutvalget som et underutvalg under styret i Aplf og NSAM som en ren spesialforening. Dette la selvfølgelig grunnlaget for en kompetansestrid: Hvilken av de to foreningene skulle egentlig representere faget? Fagutvalget var en del av

den store yrkesforeningen Aplf og hadde på en måte alle allmennleger «bak» seg. NSAM på sin side var en spesialforening med frivillig medlemskap. På det meste hadde NSAM ca. 1200 betalende medlemmer.

En rekke dedikerte kolleger har vært medlemmer av Fagutvalget opp gjennom tidene. Fagutvalget var en viktig faglig premissleverandør for yrkesforeningen Aplf. De fremmet faglige premisser for forhandlinger, etablerte kurskomiteer og skrev faglige veiledere. Fagutvalget ga viktige bidrag til Aplfs debattskrift, blant annet om samhandling og prioritering. Fordelen til Fagutvalget var at det var kort vei fra fagutvikling til implementering gjennom Aplf. Ulempen var at man kunne kritisere Fagutvalget for å drive fagutvikling under for sterk påvirkning av yrkesforeningsinteresser. Formelt sett var Fagutvalget et underutvalg av styret, men det la erfaringsmessig i stor grad selv premisene for sitt arbeid. I praksis ble ikke Fagutvalgets faglige vurderinger overprøvd av styret, selv om det lå i styrets myndighet å kunne gjøre det. Sammen med kurskomiteene for kursene hadde Fagutvalget gode rammer og kapasitet for å gjøre jobben. De gode resultatene for rammene i fastlegeordningen ville neppe vært mulig å oppnå uten et dyktig og engasjert fagutvalg. Fagutvalget hadde en sterk rolle i foreningen og leverte godt. Aplf var stolt av sitt fagutvalg.

NSAM ble drevet fram av engasjerte kolleger både i academia og blant «vanlige» allmennleger. Det ble etablert fire faste underutvalg: AFU (allmenmedisinsk forskningsutvalg), PU (Publiseringsutvalget), KUP (kvalitetsutvalget) og Klassifikasjonsutvalget. AFU etablerte og forvaltet forskningsstipend. PU bidro til over 20 fagbøker i Almenpraktiker-serien. I mange år hadde *Utposten* en observatør i NSAM, deltok på styremøtene og refererte fra disse. KUP la ned et stort arbeid med kvalitetsutvikling av allmennelegetjenesten,

og Klassifikasjonsutvalget hadde et stort internasjonalt nettverk hva gjaldt utvikling av kodeverket ICPC. I tillegg etablerte NSAM en rekke referansegrupper hvor interesserte kolleger kunne utvikle deler av faget. På det meste var det over 20 slike referansegrupper. Disse ble videreført som faggrupper etter at NFA ble dannet (1). NSAM opprettet Løvetannprisen og tegnet kollektivt medlemskap for *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (SJPHC). NSAM etablerte raskt kontakt internasjonalt med andre nordiske foreninger og deltok som medarrangør i nordiske kongresser i allmenmedisin.

NSAM arrangerte i mange år de såkalte Kongsvoldseminarene, senere egne NSAM-seminarer. Her møttes forskere og engasjerte allmennleger for å diskutere forskning og fagutvikling, og for å stake ut kursen for drift av foreningen. Spesielt var foreningen stadig mer kritisk til en medisinsk utvikling med økende medikalisering og medisinsk behandling av friske personer for å forebygge fremtidig sykdom. NSAM, under ledelse av Anna Stavdal og nestleder Tor Carlsen, initierte på slutten av 90-tallet en såkalt «tenkedugnad» som endte opp med 7 teser for allmenmedisin (2), samt boka *Diagnose: Risiko* (3). Dette er tanker og produkter som står seg godt den dag i dag.

Arbeid for å samle og styrke fagmiljøet

Kompetansestriden og konfliktnivået mellom NSAM og Aplf ble etter hvert umulig å leve med. Legeforeningen og sentrale helsemyndigheter fikk ofte sprikende synspunkter og råd fra det allmenmedisinske miljøet. Kolleger måtte velge «side» for å kunne bidra til utvikling av faget. Konflikten kulminerte med oppslag i sentrale medier og etter hvert et giftig forhold mellom de to foreningene.



Bilde til venstre og i midten: De tre lederne kommer i mc. Jan Emil Kristoffersen i føreraset, med Gisle Roksund på baksjermen og Trond Egil Hansen i sidevognen. FOTO GUNHILD ASTING/LEGEFORENINGEN



Ankommet for oppskoke: «De tre musketerer» viser fram det ferske NFA-brygget som skulle prøvesmakes på møtet.

I 2002 ble Gisle Roksund kontaktet av leder i valgkomiteen i NSAM, Bjørn Gjelsvik, med spørsmål om å stille til valg som leder i NSAM på årsmøtet i 2003. Oppdraget var entydig: å bidra til å samle og styrke det allmennmedisinske fagmiljøet, samt å bidra til å bilegge konflikten mellom NSAM og Aplf. Roksund ble valgt blant annet fordi han hadde vært aktiv i NSAM-miljøet uten å ha vært styremedlem på noe tidspunkt. Han kunne derfor inneha tillit i begge leire, både NSAM og Aplf.

I forkant av dette hadde Aplf valgt Kjell Maartmann-Moe som leder i 2001. Han hadde gått til valg på å samle de allmennmedisinske miljøene. Trond Egil Hansen ble valgt til leder i Fagutvalget i 2002.

Det var stor enighet om at konflikten måtte bilegges, men det var sterkt sprikende meninger om hvordan dette skulle gjøres. Mange i Aplf mente at NSAM burde bli en del av Aplf, og mange i NSAM mente at Fagutvalget burde legges ned. Begge disse alternativene var i utgangspunktet en umulighet i «den andre» leiren. Aplf kunne ikke klare seg uten sitt fagutvalg hvis vi ikke fant en ny løsning som videreførte Fagutvalgets oppgaver, ikke minst oppgavene med å levere faglige premisser for forhandlingene. Samtidig var det gode argumenter for at arbeidet med allmennmedisinsk fagutvikling burde skje i større distanse fra yrkesforeningsinteressene. NSAM ville aldri kunne bli en del av Aplf.

På denne tida la Legeforeningen planer om en omorganisering av moderforeningen med etablering av medisinske foreninger og et fagstyre som skulle ta seg av fagutvikling i de ulike spesialitetene. NSAMs styre ga i 2003 sin tilslutning til organisasjonsutvalgets innstilling med egne fagmedisinske foreninger. Aplf var mer skeptisk, og ønsket å samle fagutvikling og fagforensarbeid i én felles forening.

Gisle Roksund ble valgt til ny leder i NSAM på årsmøtet i Ålesund i 2003. To medlemmer av Fagutvalget, Marte Walstad og Trond Egil Hansen ble valgt til styremedlemmer i NSAM for å bidra til bedre samarbeid. Gisle Roksund dro så sammen med et styremedlem til Aplfs generalforsamling i Kirkenes i juni 2003. Her la den nyvalgte NSAM-lederen fram en programerklæring om at vi burde satse på to likestilte foreninger: en ren yrkesforening (union) og en faglig forening (colleague), med ansvar for fagets innhold, forskning, fagutvikling og innhold i spesialiteten. Representantene fra NSAM overrakte under middagen en rose malt ølbolle fra Telemark til daværende Aplf-leder Kjell Maartmann-Moe. Lederne utbrakte en symbolsk fredsskål, striden skulle bilegges. Utover kvelden og natta fikk NSAM-lederen klare signaler fra fremstående Aplf-medlemmer om å arbeide videre langs denne linjen.

Under Nordisk kongress i Helsinki i august 2003 hadde de tre lederne Roksund, Maartmann-Moe og Hansen uformelle samtaler og ble raskt enige om å legge denne modellen til grunn i det videre arbeidet.

De første felles styremøtene

Styrene i NSAM og Aplf samt Fagutvalget hadde sitt første felles møte på Haraldsvangen nord for Gardermoen i februar 2004. Stemningen var ved starten meget anstrengt, utryggheten på hverandre var stor. Hadde noen en skjult agenda? Ville NSAM bli slukt av det mye større Aplf? Burde egentlig Fagutvalget være med på prosessen i det hele tatt? Var ikke dette formelt en sak kun mellom de to styrene?

Vi hadde innledende bli kjent-øvelser, rant på kjelke sammen og hygget oss. Så sjekket vi ut hverandre med faglige spørsmål: Var det egentlig noe som skilte oss i

synet på hvordan vi ønsket å praktisere faget? Vi fant selvfølgelig ingen forskjeller, vi var alle allmennleger. Tryggheten på at vi alle ville hverandre og faget vel, økte.

Utover i 2004 arbeidet de to styrene pluss Fagutvalget intenst med forslag til prinsipper og ansvarsdeling mellom to fremtidige foreninger. Forslag til organisering, ansvars- og oppgavefordeling og forpliktelse til gjensidig samarbeid ble sendt Legeforeningens sentralstyre i oktober 2004. Årsmøtet i NSAM på Sommarøy i mars 2005, og Aplfs generalforsamling i Fredrikstad i august 2005 ga begge sin tilslutning til forslaget.

Parallelt arbeidet Legeforeningen videre med omorganisering av moderforeningen. Det ble vedtatt å opprette fagmedisinske foreninger med obligatorisk medlemskap for alle medlemmer av Legeforeningen. Dermed ville en ny allmennmedisinsk forening kunne bli like stor og med omtrent de samme medlemmene som Aplf. Andre spesialiteter arbeidet for at bare spesialister i faget kunne bli medlemmer i de fagmedisinske foreningene. Med en slik bestemmelse kunne de 40 prosent av allmennlegene som ikke var spesialister bli stående utenfor den fagmedisinske foreningen. Etter forslag fra Trond Egil Hansen vedtok så Legeforeningens landsstyre i 2005 en tilleggsbestemmelse om obligatorisk medlemskap for alle fastleger.

Dermed lå veien åpen for to allmennmedisinske foreninger med omtrent samme medlemsmasse, men to ulike oppdrag. Fortsatt var mange skeptiske, spesielt var det en del medlemmer i NSAM som var redd for at den spydspissen NSAM hadde vært for fagutvikling, ville bli utvannet av at alle ble medlemmer, ikke bare de faglige engasjerte. Likedan var det mange medlemmer i Aplf som ikke kunne skjønne at det var behov for to foreninger når medlemsmassen var omtrent den samme.

Men kursen til styrene var klar: Det skulle bli en stor fagmedisinsk forening (college) med ansvar for faget, og en sterk fagforening (union) med ansvar for allmennlegenes arbeidsbetingelser.

Plan for omorganisering

Styrene arbeidet intenst med en plan om å få til en omorganisering i 2006 med virkning fra 1. januar 2007. En komité bestående av gammel og ny leder i Aplf, Kjell Maartmann-Moe og Jan Emil Kristoffersen, Fagutvalgets leder Trond Egil Hansen og NSAMs leder Gisle Roksund utarbeidet forslag til vedtekter, som også måtte samordnes med Legeforeningens nye lover. Strukturen for den nye fagmedisinske foreningen var i stor grad tuftet på NSAMs struktur. Men løsningen ga samtidig trygghet for at fagutvalgets oppgaver ville bli ivaretatt også etter at det ble nedlagt.

I mai 2006 skulle så det hele skje på Soria Moria. Vi kalte arrangementet for uppskoke, en vestlandsk betegnelse på seremonien og samlingen når det ferske hjemmebrygga ølet skulle smakes på.

NSAM hadde årsmøte 4. mai og vedtok her at NSAM skulle oppløses dagen etterpå med sikte på å overføre oppgaver og ansvar til den nye allmennmedisinske fagmedisinske foreningen. Årsmøtet krevde skriftlig avstemming. 57 stemte for oppløsning, tre stemte blankt.

Senere samme dag hadde Aplf generalforsamling hvor det forelå forslag om å legge ned Fagutvalget og overføre oppgaver og ansvar til den nye fagmedisinske foreningen, samt at Aplf skulle skifte navn til Allmennlegeforeningen (AF). Begge forslagene ble vedtatt.

Stiftelsesmøte

Stiftelsesmøtet for den nye fagmedisinske foreningen ble avholdt dagen etter, 5. mai på Soria Moria. Tre hundre forventningsfulle allmennleger var møtt fram. Møtet var nøye planlagt. «De tre musketerer» hadde på forhånd spilt inn en liten videospinn hvor Jan Emil Kristoffersen, Trond Egil Hansen og Gisle Roksund ankom Soria Moria på en 1922-modell Harley-Davidson med sidevogn, akkompagnert av Dueling Banjos fra filmen *Deliverance*, på norsk *Picnic med døden* (4). I det de tre på videoen, som ble vist på storskjerm, nådde døra til Store Sal på Soria Moria, stormet de inn i salen til stor jubel.

Elisabeth Swensen fremmet som leder i valgkomiteen forslag til det første styret i foreningen som fikk navnet Norsk forening for Allmennmedisin (NFA). Følgende styre ble valgt med akklamasjon og til stor

applaus: Gisle Roksund (leder) og Trond Egil Hansen (nestleder), samt styremedlemmene Trine Bjørner, Marit Hermansen, Helen Brandstorp, Ståle Onsgård Sagabråten og Karsten Kehlet. Arbeidende varamedlemmer ble Marte Kvittum Tangen, Morten Laudal og Arnfinn Seim. Mange vil dra kjensel på senere ledere av NFA, AF, moderforening og nåværende Fagstyre i Legeforeningen i dette første styret til NFA.

Det var mange taletrengte denne dagen. NSAMere poengterte at man måtte ta med seg det beste fra NSAM, passe på å holde høvelig avstand til AF og dyrke ulikhetene. Fra Aplfere ble det poengtert at fag og fagforening henger nøye sammen og bør utvikles i samarbeid med og i respekt for hverandre.

Vedtektene for NFA og AF ble konfirmert på Legeforeningens landsstyremøte senere i 2006.

Høsten 2006 avholdt det avtroppende NSAM-styret og det påtroppende NFA-styret en rekke felles møter for å få til en best mulig overgang og sikre driften. I starten hadde ikke NFA noe eget sekretariat eller lokaler. Lederen fant seg en ledig pult å sitte ved på «Huset», og Tove Rutle hjalp oss med bistand den første perioden. Senere har NFA fått sin rettmessige plass og sekretariat i Legenes hus.

NFA – den største fagmedisinske foreningen

NFA har vokst seg til å bli den største fagmedisinske foreningen i Legeforeningen. For oss som frontet denne prosessen har det vært en udelt glede å se at styrene i så vel NFA som AF samarbeider godt og tilfyllt. NFA har vist stor styrke og trygghet i å formidle gode allmennmedisinske betraktninger innad i foreningen, til myndigheter, publikum og medlemmer.

I dag er NFA er det tredje største av alle Legeforeningens ledd (etter Overlegeforeningen og Yngre legers forening) og den desidert største fagmedisinske foreningen, med 8657 ordinære og 94 assosierte medlemmer, inkludert pensjonerte allmennleger. NFA er en meget viktig aktør internt i Legeforeningen. Foreningen nyter stor respekt for sin evne til å forstå hele helsetjenesten i et løpsperspektiv, og derved bringe ulike spesialiteter nærmere i en felles forståelse av hvordan vi bygger fremtidens helsetjeneste på beste kunnskap. Eksternt har NFA et meget omfattende engasjement med betydelig påvirkningskraft overfor sentral helseforvaltning, KS, pasient- og brukerorganisasjoner m.m.

I vår fortvilelse over krisen i fastlegeordningen er det viktig å se hvordan allmennmedisinens omdømme har blitt kraftig styrket. Så venter vi fortsatt på at skiftende

regjeringer sørger for ressurser som igjen gjør rammebetingelsene gode nok «to recruit and retain». Her har NFA og AF gjort en svær jobb, oftest under radaren og ikke alltid så synlig for medlemmene.

Felles og koordinert innsats

Da Norge ble stengt ned 12. mars 2020 etablerte styrene i AF og NFA umiddelbart en felles innsatsgruppe mot covid-19 (5), bestående av styrene i AF og NFA. Det var daglige videomøter med alle styremedlemmer kl. 07.30, og det ble hver dag sendt ut oppdatert info til medlemmene, i tett dialog med Helsedirektoratet og FHI. Gruppen tok imot mange innspill fra medlemmene hver eneste dag, og ble en unik kanal for sanntids forståelse av utfordringer og behov ute i helsetjenesten, som så umiddelbart kunne kommuniseres til sentrale helsemyndigheter.

Fokuset var fag og fagutøvelse: hvordan tilby befolkningen – med eller uten covid-19 – faglig god hjelp lengst mulig på fastlegekontorene, på legevakt og på sykehjem i kommunene, og å hjelpe helsemyndighetene og kommunene i å se både mulighetene og begrensningene for legeressursene i kommunene.

Det må være lov å si at denne koordinerte innsatsen fra «college» og «union» ble en stor suksess. Sammen med innsatsen som også de samfunnsmedisinske foreningene stod for, er vi sikre på at dette medvirket til redusert sykkelighet og dødelighet av covid-19, og i stor grad avlastet sykehusene fordi så mange syke ble fulgt godt opp ute i kommunene.

Videokonsultasjoner ble realisert av fastlegene i rakettfart. Pandemien viste hvor fleksibel og tilpassningsdyktig en desentral, legestyrte fastlegeordning er når den opptrer koordinert og basert på et solid kunnskapsgrunnlag i lynrask endring.

Vi er stolte og takknemlige over å ha fått være med på denne omorganiseringen til det vi mener har vært til det beste for fag, folk og medlemmer.

REFERANSER

1. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/faggrupper/>. (Lest 04.01.23).
2. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacafc4/7-teser-for-allmennmedisin.pdf> (Lest 04.01.23).
3. Swensen E. Diagnose: Risiko. Universitetsforlaget, 2000.
4. <https://tidsskriftet.no/2006/06/aktuelt-i-foreningen/til-uppskoke-pa-harley> (Lest 04.01.23).
5. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/nyheter/allmennlegenes-innsatsgruppe-covid-19/> (Lest 04.01.23).

■ GISLE.ROKSUND@GMAIL.COM

ENDRING I LIVMORHALSPROGRAMMET: **Yngre kvinner testes nå for HPV**

■ KJERSTI M. LYCHE • Spesialkonsulent Livmorhalsprogrammet

HPV-test har nå erstattet cytologi som primær screeningtest for alle kvinner mellom 30 og 69 år. Fra 1. juli 2023 vil dette også gjelde kvinner fra 25 til 29 år. Testen skal gjennomføres hvert femte år i stedet for hvert tredje år, som er anbefalt tidsintervall for cytologibasert screening.

HPV (humant papillomavirus) er en viktig faktor for utvikling av de aller fleste tilfeller av livmorhalskreft. En HPV-test er mer følsom enn cytologi for å oppdage alvorlige celleforandringer. Det er like trygt å vente fem år ved normal HPV-test som tre år ved normal celleprøve.

Styringsgruppen for screeningprogrammene bestemte i november 2022 at HPV-test skal være primær screeningtest for alle kvinner i alderen 25 til 69 år som deltar i Livmorhalsprogrammet. HPV-screening har potensial til å forebygge enda flere livmorhalskrefttilfeller og redusere dødeligheten av sykdommen, sammenlignet med cytologiscreening.

Innføringen er allerede gjort for kvinner i alderen 34 til 69 år. Fra 1. januar 2023 vil endringen også gjelde kvinner mellom 30 og 33 år, og fra 1. juli 2023 for kvinner mellom 25 og 29 år.

Endringen av screeningtest for de yngre kvinnene blir gjort gradvis for å sikre at spesialisthelsetjenesten får nok tid til å omstille seg for å håndtere nye algoritmer. Laboratoriene må ha tid til å tilpasse seg nye rutiner og økt antall HPV-analyser. Gynekologer og patologer må ha kapasitet til å ta imot kvinnene som henvises til videre oppfølging.

– Det er viktig at fastlegene informerer kvinnene om at de etter en negativ HPV-test kan ta ny prøve om fem år, i stedet for etter tre år, sier leder for Livmorhalsprogrammet, Ameli Tropé. Vi har også mer informasjon som kvinnene kan lese på sjekkdeg.no. Livmorhalsprogrammet har lagt ut oppdatert flytskjema for væskebaserte livmorhalsprøver i forkant av endringene på kreftregisteret.no. På hjemmesidene eller via NEL finner man også brevmalen for hvordan man kan informere kvinner om prøvesvar.

Økende kreftforekomst blant uvaksinerte

Hvert år deltar rundt 400 000 kvinner i Livmorhalsprogrammet. Av disse er 96 500 kvinner i aldersgruppen 25 til 33 år (1). I 2021 var aldersjustert insidensrate av livmorhalskreft i Norge 9,6 pr. 100 000 personår, med verden som standard. Dette tilsvarer 345 kvinner diagnostisert med livmorhalskreft (1). WHO har laget et globalt initiativ for å eliminere livmorhalskreft som et folkehelseproblem, der målet er å redusere forekomsten av livmorhalskreft til under fire pr. 100 000 personår.

Det har vært en økende forekomst av livmorhalskreft blant uvaksinerte kvinner etter 2010. Dette kan forklares med at det over tid har vært dårlig oppmøte til screening og at det har vært en kraftig økning av HPV-smitte i samfunnet. I tillegg ser vi en økning i antall kvinner som har kjertelepitelkreft i livmorhalsen. Cytologiscreening har dårligere forebyggende effekt på kjertelepitelkreft i forhold til plateepitelkreft i livmorhalsen (2–4).

Fordeler og ulemper med endringen i screeningprogrammet

Innføring av HPV-screening for de yngste kvinnene forventes å redusere antall krefttilfeller. Et grovt overslag er at det blant uvaksinerte kvinner kan bli opp til 44 færre som rammes av livmorhalskreft årlig. En annen gevinst er at screeningprogrammet er kostnadseffektivt.

Ulempene med HPV-testing for de yngste kvinnene er belastningen ved et positivt prøvesvar.

– Her er det viktig at kvinnene får god informasjon fra fastlegen om at det er vanlig å ha en HPV-infeksjon, og at de færreste som har en positiv HPV-test vil utvikle kreft, sier Tropé.

Arbeidsgruppen som utarbeidet forslaget, vurderte at en forbedret kreftforebyg-



Ameli Tropé, leder for Livmorhalsprogrammet

gende effekt veier opp ulempene ved å innføre HPV-screening for yngre kvinner. Behandling av alvorlige celleforandringer kan gi noe økt risiko for premature fødsler. Overbehandling vil forekomme i et screeningprogram, da vi i dag ikke vet hvilke alvorlige celleforandringer som ville ha gått i spontan regress uten behandling. For å redusere denne ulempen ved HPV-screening, kan et bedre tilpasset oppfølgingsløp med bruk av genotyping av viruset redusere antall henvisninger til kolposkopi, og dermed mindre overbehandling.

De yngste kvinnene med HPV-positiv test som har normal cytologiprøve og er negative for høyrisikovariantene HPV16/HPV18, anbefales derfor ny prøve om tre år i stedet for etter to år. Dette begrunnes med at risikoen for å utvikle kreft er meget lav hos denne gruppen. Det vil bli lagt ut et oppdatert flytskjema for vurdering av væskebaserte livmorhalsprøver for denne gruppen i juli 2023.

For videre lesing, se rapporten om HPV-primær-screening av yngre kvinner utarbeidet av Livmorhalsprogrammet på kreftregisteret.no.

REFERANSER

- Engesaeter, B., et al., Årsrapport 2021 – Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet. 2022, Kreftregisteret.
- Mitchell H, Medley G, Gordon I, et al. Cervical cytology reported as negative and risk of adenocarcinoma of the cervix: no strong evidence of benefit. *Br J Cancer* 1995; 71: 894–7.
- Andrae B, Kemetli L, Sparen P, et al. Screeningpreventable cervical cancer risks: evidence from a nationwide audit in Sweden. *J Natl Cancer Inst* 2008; 100:622–9.
- Lonnberg S, Anttila A, Luostarinen T, et al. Age-specific effectiveness of the Finnish cervical cancer screening programme. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2012; 21: 1354–61.

■ LIVMORHALS@KREFTREGISTERET.NO

Kul i testikkelen

Et kampskrift for 'fortell mer'-medisinen

■ HARALD SUNDBY • Fastlege Kalvskinnets legesenter

Jeg hadde forleden en ganske god dag på jobben. Jeg lå bare to minutter etter skjema. Det var tid for hastetimen. Pasienten hadde et kinesisklydende navn: Nian Zhen, 31 år. I timeplanen sto det: «Kul i testikkel».

Når pasienten er utenlandsk, har jeg et lite, enkelt og konkret grep for å sette velkommenstemning.

FASTLEGEN: «Hei, Nian. Det var et spennende navn. Hvor er du fra?»

NIAN: «Excuse me, do you speak English?»
«Yes, of course. No problem. You have a nice name. From where are you?»

Noen mener det er litt respektløst å spørre om hvor folk kommer fra, sånn med en gang. Det er ikke min erfaring. Som fastlege er det dessuten helt nødvendig å kjenne pasientenes nasjonalitet. Så bare spør i vei.

«I'm Chinese, sir. But actually, from Singapore.»

«So how do you say 'welcome' in Chinese?»

«We say 'huanying'. But when you are from Singapore, you normally say 'welcome'.»

«Ok, Nian. So then I say huanying and welcome.»

Vi må ikke gjøre ting for vanskelig. Ikke overraskende kan slike grep faktisk skape en opplevelse av å være velkommen. På turbo-måten. Det blir smil av det, og en humorfylt innlæring av rett uttale til det sitter.

«I checked with my computer. It seems like we never met before?»

«Well, we have met, six years ago. I remember that you asked about the same welcome issue then. I remember it very well. But you seem to forget things?» Kinesisk smilefjes med blink i øyet.

Ironi og humor er gjerne et tegn på tillit. Vi var i gang. Trygg nok atmosfære til at vi strengt tatt kunne gått rett på sak nå: testi-

klene. Genitalia oppleves ofte som et litt kleint tema for unge menn. Men jeg hadde som sagt god tid, og merket at jeg gjerne først kunne tenke meg å vite mer om hva som foregår i Singapore for tiden.

«Well, as you might have noticed, I'm a curious man. We don't see or hear much from Singapore. So what's going on there?»

Igen: Er dette respektfullt? Å spørre ut om hjemlandet, når temaet sannsynligvis er testikler? Jeg kaller det respektfull nysgjerrighet, og dessuten anamnese.

Og det fungerte. Han smilte opp i fortellerlyst, og jeg lærte interessante ting om den rare øystaten. Det er bare å google. Oppfølgingsspørsmålene kom litt av seg selv.

«So, what about you. Do you live alone here?»

«Yes, now I do. But my parents used to live in Bergen.»

«Used to?»

«Yes. They both died.»

Jeg hadde vett nok til å holde munn. En åpen hånd; fortell mer. Selv om samtalen hadde kommet litt på andre veier. Jeg tenkte: ikke nødvendigvis på avveier.

Jeg gir dere kortversjonen: Nian Zhen var dataingeniør, og jobbet i et prosjekt der de utviklet nye metoder for å overvåke og sammenlikne insektlivet både i urskog og i kultivert skog. Han var enebarn. Far døde av covid på Haukeland våren 2021. Enken måtte dra til Singapore for å ordne opp i papirer og formalia. Det var ikke enkelt i en tid med covidrestriksjoner. Hun fikk en obligatorisk boostervaksine der, og døde to dager etterpå. Nian var blitt foreldreløs. Han måtte ordne alt som skulle administreres etter dødsfall i nær familie. Han fikk ikke tillatelse til å reise til Singapore. Begravelse ble det ikke. Han viste meg et bilde fra et sykehus der. I bakgrunnen lå to pasienter i det som så ut som intensivsen-ger. I forgrunnen lå det åtte til ti likpøser. Intensivavdeling og likhus i samme rom og likene var i flertall. Han fikk ikke vite hva de gjorde med mor. Han ba om informasjon og dokumentasjon, men fikk ikke svar. Han fornemmet at noen kanskje var

redd for søksmål. Han følte at han ikke kom noen vei.

«These are heavy losses, Nian. And a big drama. My condolences. And I'm sorry if I pressed some really painful buttons here.»

Det var tårer nå i øynene hans, men jeg fornemmet også en liten lettelse. Det kan ha vært fordi tyngden av sorgen ble delt for en stund.

Det heter «veiskilting» når legen bevisst viser at samtalen og fokuset tar en ny retning. Og det burde den jo etter hvert.

«Thank you for telling me this, Nian. But I guess it's about time I ask you: what is it you want to address today?»

Han hadde merket seg en kul nedentil. Ikke i testiklene, men på selve pungen. Sånt er ganske konkret og lett å sjekke ut. Inn på undersøkelsesrommet, buksa ned. Det han bekymret seg for, var en ørliten, hard knute i huden på størrelse med et knappenålshode. Det var en retinert talgkjertel.

«In my experience, Nian, almost everybody think and worry about cancer when it comes to tumors. Small or big, and anywhere.»

Han nikket. Jeg så han følte seg forstått. Og så formidling av det gode budskap, uten fnugg av reservasjon:

«In this case, fortunately, I can guarantee that this is nothing dangerous. 100 per cent!»

Det er ikke alltid vi kan gå så høyt ut, men noen ganger kan vi det. Å eradicere bekymringer er noe jeg liker aller best i fastlegejobben. Det er konkret. Pasienten er usikker og bekymret, og jeg føler meg helt sikker i min sak. Faren over.

Bør hastetimer være ti, femten eller tyve minutter? En avveining. På vårt senter setter vi vanligvis av 20 minutter. Noen ganger trengs selvsagt bare fem, men vi erfarer at overraskende mange andre ganger er mer tid helt vesentlig for å få oversikt. Bekymringer bør med fordel utforskes, helst hver gang. Så går tida. Sånn er det bare. Det dreier seg om kvalitet.

Nian og jeg hadde bare snakket sammen i 17 minutter hittil. Vi hadde vært effektive

og hadde vært igjennom mye. «Kul i testiklene» hadde vært litt misvisende for hva dette dreide seg om: sorg. Det var faktisk ikke så vanskelig for han å henge med her. Kontaktårsaken i timeboka kan være mer villedende enn veiledende. Det er gammelt nytt for fastleger. Kan vi kalle det en allmenn erfaring?

«Nian, I experience that after tragedies and disasters like you have gone through, all kinds of worries will appear, and grow. No wonder. In a way, it is a sort of 'What's next to happen?' preparedness. In a way you may consider it as a part of a grief process. I think I can sense a little bit of that dynamic here?»

Derav oppsto bevisstgjøring, lettelse, tårer, faktisk takknemlighet. Kanskje et nytt lite stykke sorgprosess. Det oppsto også galgenhumor:

«So what you mean, doctor Harald, is that small tumor on my scrotum a symptom of grief?»

«Well, that's your words. And I totally agree.»

Nå dukket det opp både smil og tårer i ansiktet hans. Jeg tror det var en tåremiks. Lettelse, sorg, galgenhumor, fellesskap. For det kom noen tårer fra meg også. Mine barn er på hans alder. Min godhet for denne nå helt forlatte Singapore-kineseren på 31 år var blitt veldig levende. Den slags medfølelse opplever jeg som dypt meningsfull, og det er dessuten virksomt. Det er ekte saker. Jeg slipper det ut når det oppstår.

«So, to conclude, Nian, I am 100 per cent sure about **two** things. First: Do not worry whatsoever about that tumor. Second: I am one hundred per cent sure that your parents were very proud of you, and still would have been.»

To minutter til med lommetørkle, en hånd på armen, blikkontakt. Allmennmedisin. I dette tilfellet både typisk og håndterbart. Det dreide seg om alt annet enn testikler.

Vi fastleger lærer av livet at det er sånn.

Er det vår yrkeshemmelighet?

Skal vi kalle det allmenn klokskap?

Det den tredje tingen jeg er 100 prosent sikker på, er at slik praksis er virksomt og bedrer helsen. Det er ekte saker.

Skummelt ærend?

Så hva er egentlig allmennmedisin? Vi er prisgitt hva befolkningen selv definerer som allmennmedisin. Det gjør de når de bestiller time. Fastlegeordningen er ment som et lavterskeltilbud. Det er både uheldig og faglig feil å definere seg ut av den rollen. Hver pasient forventer og trenger å bli tatt på alvor. Det er ingen urimelig forventning. Det snakkes og skrives mye om at «folk kontakter for alt mulig, og tror vi kan fikse alt.» Underforstått: «Det er mye tøv og tull. De burde egentlig ikke vært her». En av vårt fags tydeligste stemmer er Jørgen Skavlan, som ofte er talsmann for en slik analyse. Jeg er uenig. Jeg kjenner meg ikke igjen. Joda, folk kontakter for alt mulig. Det heter allmennmedisin. Ja, noen ganger er forventningene for høye og krevende å forholde seg til på en onsdag. Men er det et slikt hovedbudskap vi ønsker å formidle? Mange vegrer seg for å be om helsehjelp. Det er det vanligste. Snakker vi pasientene våre ned, blir terskelen betydelig høyere. Årelang oppmerksomhet på krisen i fastlegeordningen bidrar også. Da har kanskje lavterskeltilbudet blitt et litt skummelt sted å melde sine anliggender. Har jeg et «gyldig ærend»? Vil legen synes jeg er helt idiot?

Det ligger alltid en risiko for avvising når man ber om hjelp. Den risikoen oppleves rimeligvis størst for de sårbare og skamfulle. Det må vi ta inn over oss. Vårt samfunnsoppdrag er å rig-

ge lavterskeltilbud. Avvisning i forskjellige former er ofte en litt ubevisst dynamikk for både lege og pasient. Fastleger må være bevisst på å kommunisere et «velkommen med hva det skal være» heller enn «hva gjør du egentlig her...?». Den evige tidsknipa er en driver for at avvising oppstår. Vi fastleger står i nær permanent overbelastning.

Gjør døren høy

Hva er det allmennmedisinske *hovedbudskapet* vi må formidle til våre studenter og unge leger? Ikke respektløse påstander om at befolkningen har skrullede forventninger. Vi må lære dem en åpen beredskap for avdekking – også kalt utredning. Så får forventningsavklaringen komme litt lenger ned på lista. Skavlan forteller ofte at travle fastleger i en konsultasjon aldri må introdusere spørsmålet «hva ellers?». I tusenvis av mine konsultasjoner har jeg erfart at det spørsmålet var forløsende og helt sentralt i utredningen. Eller kanskje heller en reformulert utgave: «Fortell mer».

Oppfølgingsbehov

Mens jeg skriver har jeg tenkt på en nødvendig oppfølgingsplan. Neste uke ringer jeg Nian og spør om hvordan det går. Jeg vet det vil gjøre godt for helsen hans å merke at noen bryr seg. Det tar trolig fem minutter og er garantert helsefremmende.

Det er noe jeg lenge har hatt behov for å formidle til kolleger som ytrer seg både i riksmidier og når kolleger møtes: Jeg erfarer at det ikke er så mye tull og tøys der ute som dere forteller verden.

Igjen: Jeg tror tidsknipa er en årsak til at vi formidler et slikt uheldig «hva gjør de her?»-budskap. Noe jeg lenge har vært med på å formidle til helsepolitikere, er at fastleger må få tid og armslag til å kunne være i «og ellers»-beredskap.. Det er kvalitetssikring. Noen løfterike signaler har vi fått, men her trengs også en oppfølgingsplan. Fortsett å ruste opp fastlegeordningen.

Nylig hørte jeg et slagord: «Be kind, for everybody out there is fighting a hard battle.» Kanskje kan dette være vår retningslinje nummer én?

Pasienten har gitt samtykke til publisering. Alle personidentifiserbare opplysninger er endret, slik at gjenkjenning ikke er mulig. Personen på illustrasjonsfoto har ingen tilknytning til saken.

■ HAR-SU2@ONLINE.NO



Vegen til jobben

– reisebrev frå Etiopia

■ FRODE FORLAND • Sekondert rådgjevar til Africa CDC

Motivasjonen til å gå denne vegen har ligge der lenge. Eg arbeidde to år som distriktslege i Zimbabwe frå 1991 til 1993, og skreiv om det i artikkelen «Frå Vest-Telemark til Aust-Mashonaland» i *Utposten*. Sidan den gongen har eg arbeidd med global helse litt til og frå i ulike organisasjonar: i Helse-direktoratet, i det europeiske smitteverninstituttet ECDC, ved det hollandske tropeinstituttet og seinast med utgangspunkt i mitt arbeid som fagdirektør for smittevern og global helse på Folkehelseinstituttet.

No er eg sekondert frå Folkehelseinstituttet (FHI), med midlar frå Norad til å jobbe for Africa CDC, under eit program for å styrke folkehelseinstitusjonar. Korleis hamnar ein der, har folk spurt meg. Kva skal du gjere? Kvifor tar du ut i ein alder der du heller kunne trappe ned?

For om lag tre år sidan hadde eg eit første møte med Mahlet frå Africa CDC og byrja

samtalen om mogleg sekondering. For eitt år sidan møtte eg leiargruppa ved Africa CDC som var i Tyskland for å skrive under ein avtale med det tyske folkehelseinstituttet. I juni i 2022 skreiv FHI under avtalen som eg no arbeider under.

Kvar dag går eg vegen frå leilegheita der eg bur til jobben. Det er ikkje langt, om lag 2,5 kilometer, men eg ser mykje på vegen

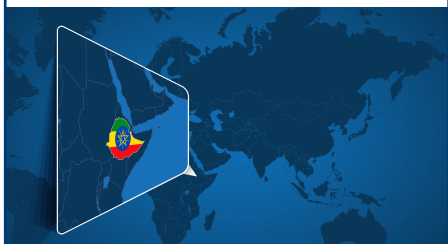
som fortel noko om denne byen og dette landet. Kvifor går du når du kan køyre bil, spør folk. Kvifor lagar du mat sjølv når du har råd til å ha kokk?

Det første som møter meg er synet av ein stor byggeplass. Dei svingar seg i stillasa. Plantar stolpar så dei blir stø. Unge karar klatrar, spikrar, sagar og bind fast med tau, høge reisverk, utan sikring. Ein flokk på



FAKTA OM ETIOPIA

STATSFORM: Republikk
INNBYGGERTALL: 122 millioner
HOVEDSTAD: Addis Abeba
URBANISERINGSGRAD: 21 prosent
LANDAREAL: 1 000 000 km²
TOTALAREAL: 1 104 300 km²
INNBYGGERE PR. KM²: 122
OFFISIELT/OFFISIELLE SPRÅK: Amharisk
RELIGION: Etiopisk ortodoks kristendom, protestantisk kristendom, islam, lokale religioner
NASJONALDAG: 28. mai
STATSOVERHODE: Sahle-Work Zewde (president fra 2018. Første kvinne i posisjonen)
STATSMINISTER: Abiy Ahmed (fra 2. april 2018)
MYNT: Birr à 100 cents



KILDE: SNL.NO / WORLDOMETERS.INFO OG WIKIPEDIA.ORG. ILLUSTRASJONER: COLOURBOX

Luftforureining i Etiopias hovedstad Addis Abeba, som lokalt vert omtalt som Addis.





20–30 mann dirigert av kinesiske oppsynsmenn. Kina støttar mange land i Afrika. Kvar provins i Kina har sitt helseteam som er på plass i nær alle land i Afrika. Her i Etiopia er det eit team på 15–20 personar som jobbar på sjukehus. Det er legar, sjukepleiarar, logistikkfolk og kokkar. Og Kina si utviklingshjelp (China Aid) byggjer og støttar statar og organisasjonar. No byggjer dei nye lokale for Africa CDC som skal stå ferdige på nyåret. Dei bygde òg heile det store komplekset til Den afrikanske union på 2,5 år.

Arbeidsmiljølov er ikkje første prioritet. Aldri såg eg ein by med så mange byggeprosjekt. Frå kontoret kan eg telje ca. 15 høghus som er under oppføring. Høgt opp og langt ned med opne frakteheisar utan sikring. Frå vindauget på jobben ser eg dei står i 20. etasje på kanten og murar og pusar utan sikring.

Kvar dag på veg til jobben står det ein flokk unge menn kledde for arbeid og ventar på ein dagsjobb ved inngangen til dei ulike byggeplassane. Dagsløn kanskje 30–50 kroner. Han som no er byggherre bak der eg bur, er Etiopias rikaste mann. Ein ny bydel skal det bli.

Ute av døra møter eg dei blide vaktene som er på jobb heile døgnet for å passe på folk og eigedom. Alltid uniformerte. Det er både kvinner og menn som har denne jobben. Eg helsar og slår av ein prat med dei få glosene eg kan på amharisk, smil og handtrykk og ønskje om ein god dag vert utveksla.

Vaksineproduksjon i Afrika?

Ute i trafikken, som durar forbi i høgt tempo, står dei første gateseljarane. I dag ein som sel hundekvalpar, held dei opp, ein på kvar arm, ikkje eit pip frå kvalpane, fine vakhundar til sals! Slik ser eg det òg med geiter og sauer, høner og kyr som passerer gåande, eller som står bundne, eller er stappa oppå ein pickup på veg til slaktaren.

Fine vakhundar til sals.

Glade jenter på veg til skulen.



Ikkje ein lyd frå dyra. Stokkeslag vankar om dei skjer ut. Ferdig kua.

På vegen passerer eg mange laushundar. I starten var eg litt uroleg for alle desse dyra som vaka rundt og prøvde å gå litt utanom. Dei er neppe vaksinerte mot rabies. Det er ingen som eig dei, ifølgje min etiopiske ven. Dei lever av søpla dei finn på gata. Mange går i flokk og dei kryssar trafikken med stor presisjon. Dei snusar på ein og går vidare. Nokre ligg på faste stader. Dei ser bra ut. 'Far mista tre kyr av rabies etter eit hundebitt', fortalde min ven, også han vart alvorleg sjuk, men han kom seg gjennom. Det skal jo ikkje vere mogleg, sa eg. Han istemmer – og legg til at han ikkje har likt hundar etter det. Det er lite rabies i storbyen, legg han til. Produksjon av egne vaksinar er eit viktig tema for Africa CDC, og det er mange som vil hjelpe no i ettertid av pandemien! Opplegget frå rike land og globale organisasjonar, som ACT-A og Covax var ikkje i stand til å fordele vaksinar rettferdig når det var knapp tilgang på dette godet. Vaksinasjonalisme var det vi såg. Produksjon av rabiesvaksine er noko av det dei ønskjer å starte opp med her i Etiopia.

Addis er blitt ein stor by. Det er formelt litt over fem millionar innbyggjarar her et-

ter siste folketeljing, men kanskje er det så mange som ti millionar no. Byen er eit virvar av nytt og gammalt, stygt og pent, høghus, moderne forretningsbygg og bankar som vitnar om stor rikdom hjå nokre. Men på ein kvar open stad er det hytter og bølgeblekkskur, fortauskaféar og små forretningslokale der dei sel alt mogeleg som ein treng. Ulike gater har litt ulikt utval. Nokre driv med jernvare og bilar, dekk, smjern og byggevarer, andre stader er det frukt og grønt, klede og sko, og overalt heng ferskt kjøtt frå nyslakta dyr. Å ete rått kjøtt er ein delikatesse, og det som gjeld til høgtider og fest.

Årsaker til sjukdom

Kvar dag møter eg kanskje ti tigarar på vegen til jobben, eg passerer åtte skopussarar, sju som sel frukt frå trillebåre i gata, det er bananar, avokado og appelsin det går i no. Dei lurar meg til å kjøpe meir enn eg har tenkt kvar gong! Det sit barn som skulle ha vore på skule med badeveker for å tilby ei teneste mot nokre få birr, andre går rundt og sel pairlommelommetørkle, sigarettar og tyggis. Ammande mødrer, halte og blinde, nokre løyner andletet. Barn leikar på fortauet mellom bilar og hundar og folk som hurtig

passerer. Fattigdom og rikdom er ulikt fordelt. Det sosiale systemet fangar ikkje opp dei som fell utanfor. Korleis gje alle tilbod om basis helsetenester er eitt av dei store spørsmåla for Africa CDC. Å styrke alle ledd i kjeden er nødvendig også for helsestryggleiken for alle land og folk. Å bygge beredskap er eit arbeid som må gjerast i fredstid. Det beste bolverket mot framtidige epidemiar og pandemiar er gode helse-system med kapasitet til å førebygge, oppdage og handtere alle slags sjukdommar.

Trafikken kveler på mange måtar byen. Det er stort sett berre diesel- og bensinbilar. Bilane blir fiksa igjen og igjen, og går og går utruleg lenge. Her er det mest Toyota som gjeld, men òg Lada og Nissan blant taxiane. Toyota Corolla og Datsun Cherry frå 70-tallet går som taxiar i byen. Minibussane er overfylte, folk hoppar av og på i fart, og svart røyk osar ut frå eksosen. Det er nokre bussar i rushtida, og det er oppretta ei elektrisk trikkelinje gjennom byen. Trafikken står i stampe, og forureininga i gatene er plagsam for ein som går, det svir i auga og rispar i hal-sen. Dei første 14 dagane her kunne eg ikkje sjå fjella bak byen på grunn av smog.

Forureining inne og ute, og ulukker på veg og arbeidsplassar er av dei viktige årsakene til kroniske sjukdommar, skader og

Mellom høghus, også låge hytter og hus.



uhelse i Afrika. Dette er tema som Africa CDC jobbar med i sin plan og strategi mot ikkje-smittsame sjukdommar.

Klima, miljø og ulikskap

Så går eg forbi ei elv. Vatnet skummar og det luktar piss. Tilgang til reint drikkevatt er kanskje den viktigaste faktoren i det førebyggjande helsearbeidet. For tida er det ebolautbrot i Uganda (som no skal kallast Sudan virus-utbrot ifølgje WHO), kolerautbrot i Kongo, og meslingar og hepatitt i fleire land. Vatn og avløp er det viktigaste for å hindre spreiding av smittsame sjukdommar. I Pakistan stod om lag 30 prosent av landet under vatn under den store monsunflaumen i år. Klimaendringane er ikkje noko som kjem, men noko som er, og som igjen rammar hardast dei som frå før er svakast stilt. Slik også med covid-19, det er ein syndemi av samverke mellom ulike risikofaktorar som gjer at smittsame sjukdommar, kroniske sjukdommar, miljøfaktorar og sosial ulikskap må arbeidast med langt utanom helsetenesta. Innsatsen må skje tverrsektorielt og tverrfagleg, og ein må tørre å utfordre politikken og pengemakta for å få ei likeverdig fordeling av helse som eit felles gode i verda.

Så passerer eg EU-delegasjonen og den finske ambassaden. Der står det vakter med ladde gevær. Eg såg aldri nokon som gjekk korkje ut eller inn av den stengde porten bak sikkerheitsbarrikadane.

Ved ein liten fortauskafé har dei sett opp ein provisorisk vask for kundane. Enno står det skilt om bruk av munnbind mange stader. Mange går med munnbind i gatene, sikkert nyttig mot luftforureining òg.

Den ortodokse St. Michael-kyrkja ligg òg ved veggen. Der ljomar det kvar morgon frå kyrkjetårnet med song akkompagnert av djupe basstonar og strengeinstrument. I lunsj-



Den ortodokse St. Michael-kyrkja.

pausen er det minareten i nabolaget som held meg med selskap. Ein kollega med teppe under armen går gjerne forbi der eg sit på ein kant med brødkive og te. Etiopia er eit multireligiøst samfunn der dei lever side om side med si tru. Men det er andre skiljer som har ført til konflikt mellom folkegruppene. Det har vore krig i nord mot Tigray-provinsen i to år, men i skrivande stund er det kome godt nytt om ein fredsavtale. Det er uro i sør mot Somalia, i vest mot Sør-Sudan og i nordaust mot Eritrea. Krig og konflikt er ei av dei viktigaste årsakene til sjukdom, svolt, nød og skader. Også i Afrika står dette på dagsorden som ei helseutfordring.

Dei fleste som jobbar ute arbeider klinisk, med undervisning eller med nødhjelp, utbrot og katastrofar. Mi rolle blir å finne ut korleis FHI og eg kan vere til nytte i ein ung,

men lovande organisasjon som Africa CDC. Det er tre område som peikar seg ut for vårt samarbeid framover: Ikkje-smittsame sjukdommar, inkludert psykisk helse og skader, kunnskapshandtering og støtte til å etablere og styrke folkehelseinstitusjonar.

Når eg kjem fram, kjenner eg at dette er ein rett stad å vere no. Vårt mål er å vere solidarisk og likeverdig til stades. FHI har breidde i sin kunnskap og sine nettverk. Bruk dette til beste for vår organisasjon, var oppdraget direktøren ga meg då eg kom.

REFERANSAR

1. <https://www.utposten.no/asset/1993/1993-nr-1.pdf>.
2. <https://www.fhi.no/en/qk/global-health-collaboration/global-health/global/>.

■ FRODE.FORLAND@FHI.NO

Kun for helsepersonell

TrioBe®

B₁₂ / B₆ / folsyre

TRIO-2022-0014-12/22


VIATRIS

Monarken

■ KEROSHA GONASEELAN • Allmennlege i spesialisering

HØSTSOLEN VARMER septemberdagen idet jeg rusler den korte veien til jobben. Det er en fin dag, jeg er heldig, luksus å bo like ved jobben. Sju minutters gangavstand. Arbeidstedet er det tredje i min korte karriere som fastlegevikar. Jeg har jobbet der i fem måneder nå. Det forrige stedet jeg jobbet, var et rent mareritt, intet mindre. Konflikter mellom leger, forsinkelser, sinte pasienter, inkompetent legesekretær, utstyr som ikke fantes, kontrakt som krevde førti tusen til husleie, arbeidsdager preget av angst og bekymring.

Det var derfor en stor glede og lettelse da det dukket opp en annonse om stilling rett i nærheten av der jeg bor, og jeg kastet meg over telefonen og fikk til et møte. Nå har jeg jobbet på det nye stedet i fem måneder, det er ikke veldig nytt lenger, det er godt. Det er trygt tross travle dager, en liste på to tusen pasienter, og innboks som aldri blir tømt, men man trøstes av blide kollegaer og dyktige sekretærer. Syv minutters gange, det går fort. Det sitter noen pasienter i venterommet når jeg kommer, de andre legene begynner litt før meg. Det er en fordel med fastlegeyrket, man kan bestemme litt selv. Inne på kontoret slår jeg på PC-en, åpner timeboken, den er stappfull, øyeblikkelig hjelp-timene er fylt opp. Meldinger fra sekretærene som må besvares, sykemeldinger, resepter og NAV-forespørsler. Trettifem e-konsultasjoner venter. Nitten pasienter på dagens program.

Dessuten må jeg sende masse informasjon til bydelen i dag, endelig er det inngått ALIS kontrakt, endelig. Men det skal søkes tilskudd, jeg må finne kvitteringer på kurs, jeg må få attester, jeg må skanne, jeg må sende, alt må gjøres i dag, fristen er allerede i morgen. Jeg må få attest fra veileder, han må sende liste over alle veiledningstimer, jeg må sjekke om Dossier fungerer.

Jeg skifter, henter en kaffe og roper inn min første pasient. Enkel problemstilling, vondt i et øre, otoskop, grålig bulende trommehinne, mellomørbetennelse, antibiotika og Ibox. Ti minutter. Ferdig.

DAGEN SKLIR FREMOVER, fra ørevondt, til vorte, til gynekologisk undersøkelse, til samtale, til henvisning, snart lunsj.

Det banker på døren, og sekretæren kommer inn, forsiktig sier hun at det er en pasient i telefonen som er sint. Pasienten ønsker sykemelding, hun er forkjølet, covid-negativ. Hun har vært borte fra jobb i ti dager, og har brukt opp egenmeldingene sine, og vil nå ha sykemelding for de siste fem dager pluss noen dager til for å komme seg. Jeg spør om det er første gang hun tar kontakt? Ja, svarer sekretæren. Da blir det vanskelig å tilbakedatere sykemelding, hun må nesten komme innom og ta noen prøver.

Sekretæren nikker, går ut. Tilbake til e-konsultasjonen jeg holdt på med. Det banker på døren igjen, sekretæren kommer tilbake. Hun ser nå litt blek ut i ansiktet. «Hun skriker i telefonen, sier at hun bor langt unna og kan ikke komme til time i dag, hun må ha sykemelding.» Jeg rister på hodet. Vi deler et blikk, helt taust trøster vi hverandre.

«Jeg kan henvise til feberpoliklinikken. Nå må jeg ta neste.»

Venteværelse, «Merete», sier jeg.

EN UNG KVINNE REISER SEG, slenger den brune skinnvesken over skulderen og går mot meg. Håret er lyst, velstelt, midtskille som fremhever den høye pannen. Sminken er delikat. Hun beveger seg med tunge skritt, og man hører lyden av spisse hæler som tramper i gulvet idet hun smetter inn på kontoret mitt.

Jeg strekker ut hånden, litt usikker, det er uvant, vi har glemt hvordan vi håndhilser. Vi er redde for smitte. Et lett håndtrykk før hun trekker seg tilbake og setter seg på stolen ved siden av skrivebordet mitt. Blikket faller spontant ned i gulvet. Hendene hviler mellom lårene, kroppen er gjemt under den store grønne genseren.

Jeg åpner journalen, tjuefire år gammel. «Hva kan jeg hjelpe deg med i dag?»

Hun løfter blikket, men ser ikke på meg, ser ut i rommet, mot veggen, det er ingen bilder der, alt er tomt. Stillheten skriker gjennom rommet, vi ser ikke rett på hverandre ennå. Blikk kan være påtrengende. Jeg venter ... lyden av varmeovnen er alt-opplukende. Hun kremter, tørker en tåre, tårene triller.

Jeg reiser meg. Tørkepapiret henger ved siden av døren. Hun tørker tårene, pusten er rask, pulsen likeså. Hun tørker, stemmen hulker, jeg sitter i stolen, ansiktet vendt mot hennes.

«Uff, jeg beklager.» Vinduet bak henne slipper ikke lyset inn, glasset er matt.

«Det går fint, her inne er alt tillatt, nesten alt da ...» Sier jeg, hun ler, snyter nesene og lener seg litt tilbake i stolen, skuldrene faller bitte litt ned, ryggen rettes litt opp, blikket vendes mot meg. Et rom åpnes sakte, et rom mellom to mennesker. Legen og pasienten, den ene middelaldrende, den andre ung.

«Vil du fortelle?» spør jeg med lav stemme, retter meg og bøyer meg mot henne, haken min hviler i min høyrehånd, skjermen har gått i hvilemodus, og vinduet stenger ut alle lyder, ikke bare lyset.

«Jeg er sliten, jeg orker ikke, jeg klarer ingenting mer, jeg sover ikke, jeg klarer ikke å fokusere, jeg...» Pause. Stillhet. Tårer.

«Trekk pusten dypt inn og ut». Vi puster, puster sammen. Luften i rommet er blitt varm, jeg slår av varmeovnen. Stillheten svulmer, angsten renner over, Merete puster inn, og ut, inn og ut.

«Hva gjør du til vanlig? Studerer du?»

«Jeg ble akkurat ferdig med jusstudiet før sommeren og jobber i et stort firma nå. Jeg har vært der siden august.»

«Wow,» sier jeg, «så imponerende, fikk du jobb med en gang?». Hun smiler. «Ja, jeg var veldig heldig.»

«Heldig, du er vel ganske flink, tenker jeg.»

«Takk» ... stille, vente, observere, la rommet bli større ... Hun legger papiret i skinnvesken, gråten forlater oss.

«Men jeg er helt utslitt, jeg har angst hele tiden for ikke å få det til og jeg klarer ikke å slå av mobilen. Jeg sitter på kontoret til klokken ni hver dag.»

«Men du har jo fått det til, har du ikke ... ikke alle klarer det du har klart. Er du ikke litt stolt?»

«Jeg har ikke tenkt på det slik, jeg er bare redd for å ikke få det til.»

«Du er tjuefire år gammel, du er ferdig med studiet og har begynt i et stort firma, de som ansatte deg må vel tro at du kan få det til?»

«Ja, men jeg er redd for å skuffe dem, hva om jeg ikke får det til?»

«Hva tror du skjer da?»

«Vet ikke ... kanskje jeg mister jobben.»

«Får du følelsen av at de er misfornøyde?»

«Nei, de er veldig fornøyde, men jeg er redd for at det ikke skal holde.»

Merete fortsetter, hun forteller om en mor som stadig tar side med eldstebroren

som ikke har fått til noe, som misbruker stoffer. Hun forteller om en far som er langt unna og som ikke liker å snakke om følelser. Jeg lytter. Hun forteller om kjæresten som er bekymret, hun forteller om matlysten som har blitt borte. Luften i rommet er lun nå, ikke kald, ikke varm, rommet er åpent, ingen av oss ser den nakne veggen, ingen av oss ser undersøkelsesbenken. Den unge advokaten lar ordene strømme, og legen lar ørene ta imot. Hva nå?

Jeg gjenar: «Du har klart så utrolig mye, til tross for at det har vært vanskelig hjemme.»

Den unge juristen ser bort på meg, pulsen er rolig og pulsen likeså, øynene søkende. Legen tar til orde, Merete, pasienten, juristen, det unge mennesket, vender ørene mot legen.

«Jeg er imponert over at du har kommet så langt, på så kort tid, hva om du hadde bare tatt det helt med ro i noen dager, ikke gjort noen ting, bare sovet, spist og sett på en film? Kanskje noen dager fri fra jobben?»

Kroppen hennes er nå foroverbøyd, rettet mot meg, øynene er mindre blanke.

«Jeg vet ikke hvordan jeg skal snu på det, jeg tenker at det er noe galt med meg, at jeg bare ikke duger.»

«Men du vet også at det er feil, at kanskje tankene har låst seg fordi du bare er sliten. Det er lov å være sliten. Det er normalt, det er ikke galt. Og det gjør deg ikke til et dårlig menneske.»

NÅ SER VI PÅ HVERANDRE, blikket kan også trøste. Temperaturen i rommet er synkronisert med lyden av to stemmer som snakker sammen. Hun bøyer hodet bakover, løfter ansiktet, slik at øynene for

første gang ser taket. Det er høyt under taket, hun trekker inn pusten. Hun venter. Jeg venter. Hun ser spørrende på meg.

«Kanskje jeg burde snakke med en psykolog?» sier hun.

«Kanskje det, men først vil jeg at du skal prøve å snakke med deg selv, snakke høyt med deg selv, skryte av deg selv til deg selv, lage noen planer som handler om deg, ikke jobb, ikke sjefen, ikke skuffelser, men om alt det du har fått til. Så kan vi snakke sammen igjen i neste uke. Hva synes du om det?»

«Ja, det vil jeg. Hvor lenge blir du her?» Spør hun smilende. De blanke øynene er borte, og jeg kjenner at skuldrene mine har senket seg noe.

«Jeg blir her en stund.», sier jeg og smiler.

«Takk,» sier hun.

VI SETTER OPP NY TIME om en uke. Tårene er borte for nå, et lite rom mellom to mennesker har åpnet seg og utenfor vinduet henger høstsolen lavt på himmelen, og Merete skal kjøpe seg en kaffe og skrive noe hyggelig til seg selv. Det har hun lovet før hun smyer seg ut døren og trykket fra hælene som forlater kontoret er noe lettere. Tjuve minutter ble til førti minutter, og tiden sto stille mens samtalen våknet. Men nå er jeg forsinket.

Hast, hast, hast, nå er jeg plutselig veldig forsinket, nå må jeg ta neste, fort, pust, inn på kontoret, undersøke et kne, ut av kontoret. Ringe en som har kontakten flere ganger angående henvisning. Lunsjen er snart over. Rekker en rask sandwich. Signere resepter.

Magevondt, øresmerter. Henvisning til psykolog, fornyelse av førerkort, BT-måling og seks ukers kontroll.

Siste pasienten, jeg tar en slurk kaffe. Det er Ida. Ida kjenner jeg godt. Hun er en av de som har fulgt meg fra sted til sted. Ida har slitt med mange ting, men vi har snakket regelmessig, snakket gjennom utfordringer.

Hun kommer gående inn med et stort smil, bærende på en blomsterbukett. Idet hun går inn døren, sier hun: «Disse er til deg.» Jeg kjenner at jeg blir dypt rørt, jeg tar meg sammen og takker. «Så koselig, det er ikke ofte. Tusen takk.» Hun setter seg ned; «Det er leit, du burde få blomster fra alle pasientene». Jeg ler. «I dag er det P-stav, men hvordan går det ellers, da?»

«Veldig bra. Har snakket ordentlig med sjefen, og ting har virkelig løst seg, men jeg har tenkt mye på det vi har snakket om gjennom disse ukene og jeg vil gjerne henvises til psykolog, det er mange ting fra barndommen som jeg tror jeg må jobbe litt med.»

«Så fint at du tenker det, det skal vi få til. Da tar vi P-staven nå.»

Femten minutter senere, en klem og Ida og P-staven forsvinner ut døren. Blomsterpakken ligger på bordet. Jeg smiler. Klokkeren er kvart over tre, da gjenstår bare femten e-konsultasjoner, et par PLO-meldinger, noen resepter og en forsikringssak. Posten må vente. Jeg henter en ny kaffe, blir vel på kontoret til klokken sju i kveld, minst, setter meg til ved bordet, blomstene, de ligger der, tankene vandrer:

Vakre, unge, gamle, middelaldrende, barn og babyer, mødre, og alle som tillitsfullt bestiller time.

Der man sitter alene på kontoret sitt, der man sitter og lytter, undersøker, forklarer, hører, henviser, trøster. Der man er sammen, der man ikke bare er lege, men medmenneske. Det fortrolige rommet, de fortrolige tjuve minuttene, hemmelighetene, gråten, latteren, smil og sinne. Frustrasjonen over manglende behandling. Lettelsen over at behandlingen virket. Mannen som har en kreftsyk kone, og gråter. Kvinnen som tror at mannen hennes er utro. Maleren som ikke kommer seg etter pandemien. Samtalene, trøsten og medmenneskeligheten. Jeg lytter, jeg vet mye om mange, jeg sier ikke alltid så mye, men av og til gjør jeg det, jeg veileder, jeg rettleder, jeg henviser, jeg lytter, i dag, i neste uke, uken etter og uken etter. Stabiliteten, overblikket, fastlegen. Fastlegen er ikke politiker, fastlegen er følgesvennen, fastlegen ivaretar pasientens beste som foreldre ivaretar barnets beste. Fastlegen er fast, bestandig, evig, gjennom alt som er.

Hudleger, øyeleger, kirurger, alle er uvurderlig, gynekologer og ortopedier, urologer og indremedisinere, alle trenger vi. Men fastlegen er og vil forbli monarken i medisinen.

■ KEROSG@HOTMAIL.COM



NYTT PROSJEKT VED MODUM BAD: **Unge med spise behandles sammen med**

■ UNNI TOBIASSEN LIE • Kommunikasjonssjef, Modum Bad

Modum Bad behandler alvorlige spiseforstyrrelser og tilbyr døgntilrettelagt behandling med høy kvalitet. – Vår behandling er evidensbasert. For å møte behovene i samfunnet har vi nå økt kapasiteten vår og utvidet pasientgruppen til også å gjelde unge med familier, sier administrerende direktør Kari-Jussie Lønning.

Spiseforstyrrelser hos barn og unge er et betydelig problem. Studier etter covid-19 viser at isolasjonstiltak og bortfall av daglige rutiner med skole, venner og fritidsaktiviteter har ført til en dramatisk økt forekomst av barn og ungdom med spiseforstyrrelser. Samtidig skjer det en nedbygging av behandlingstilbudet.

– Eksisterende behandlingstilbud finnes i hovedsak innen barne- og ungdomspsykia-

trien (BUP), hvor det er mest aktuelt med poliklinisk behandling, sier Kari-Jussie Lønning.

– Dette innebærer vanligvis at den unge møter opp med sin familie til behandling ved BUP for samtaler, uten innleggelse.

Stort foreldreansvar

Det siste halve året er hele familier tatt inn til behandling ved Modum Bad når en av de unge har utviklet spiseforstyrrelse. Spi-

seforstyrrelser hos barn er svært alvorlig for barnet selv, og har ofte konsekvenser langt inn i voksenlivet. Det er også en svært stor belastning for barnets familie.

– Håndtering og oppfølging av et barn med spiseforstyrrelse er krevende. Det påvirker foreldres evne og mulighet til å ivareta barnet på andre områder, samt å ta vare på søsken. Det påvirker også foreldres evne til å ta vare på seg selv og familiens samhandling, sier leder og lege Johan Dahl i Avdeling for spiseforstyrrelser.

Ringvirkningene av sykdommen er langtreckende. Svært ofte blir det også foreldrenes ansvar å følge opp barnet etter endt behandling.

– Å ruste foreldre til å håndtere denne utfordringen er svært viktig – både for foreldrene, for barnet og for søsken, sier Johan Dahl.



KARI-JUSSIE LØNNING

FOTO: UNNI TOBIASSEN LIE



forstyrrelser familien



FOTO: JONN TORGENSEN LIT

JOHAN DAHL



Intensiv terapi

Noen familier erfarer at eksisterende tilbud med BUP poliklinikk og innleggelse i somatisk sykehus ikke er tilstrekkelig for å oppnå bedring.

– Faglig sett er intensiv familierapi med innleggelse da å anbefale, sier Dahl.

Han understreker at dette gir bedre behandlingsmuligheter for barnet eller ungdommen som har lidelsen.

– Når hele familien er innlagt, gir det langt bedre muligheter for å gjøre tiltak i familiedynamikken. Dette er avgjørende for å hindre at uheldig familiedynamikk opprettholder spiseforstyrrelsen. Behandlingen ruster også foreldre og barn til å ta vare på både barnet med spiseforstyrrelse og familien.

Det finnes noen få behandlingstilbud med innleggelse av hele familien i Norge i dag, men behandlingstiden er svært kort, og langt kortere enn hva som forventes nødvendig dersom behandlingen skal gi bedring og varige resultater.

Avtale med Helse Nord

Modum Bad har behandlet spiseforstyrrelser i en årrekke, og har i dag 22 behandlingssplasser for voksne med alvorlige spiseforstyrrelser. Vårt behandlingstilbud følges nøye med forskning med tanke på behandlingsutfall, og behandlingsresultatene er gode. Pasientene vi møter har lidd under sine spiseforstyrrelser gjennom år, og har tidligere mottatt spesialisert utredning og behandling for spiseforstyrrelsen.

– I tillegg ble behandling av unge med spiseforstyrrelser startet i 2022, opplyser Dahl.

Som ledd i å styrke fagutvikling av tilbudet til barn og unge med alvorlige spiseforstyrrelser, ville Helse Nord pilotere den behandlingen som forskningsfronten

beskriver som den beste på feltet. En behandling hvor hele familien blir lagt inn, og hvor foreldres fungering og evne til å følge opp, er sentral. Modum Bad vant anbudet om familiebehandling for barn mellom 16–18 år med spiseforstyrrelse i mars 2022. Avtalen har en varighet på ett år med eventuell forlengelse.

– Vi er svært godt rustet til å håndtere en slik pilot fordi vi gjennom en årrekke har utviklet spesialisert behandling for spiseforstyrrelser. Vi har også en spesialisert enhet for familierapi, begge med svært gode effekter og et omfattende forskningsbelegg, sier fagdirektør Pål Ulvenes.

– I 2023 vil tilbudet vårt innen spiseforstyrrelser bli utvidet til også å gjelde pasienter ned til 15 år i Helse Sør Øst-regionen, opplyser Ulvenes.

God erfaring

Piloten som blir muliggjort i samarbeid med Helse Nord, innebærer dermed et samarbeid mellom Familieavdelingen og Avdeling for spiseforstyrrelser. Regional avdeling for spiseforstyrrelser har også blitt konsultert i utviklingen av piloten, og har kommentert at Modum Bad er bedre tilrettelagt og rustet til å utføre behandlingen enn noe annet sted i Norge.

De første familiene ble innlagt i august 2022. Behandlingslengde er ti uker. Også i behandlingen av unge brukes evidensbasert psykoterapi.



PÅL ULVENES

FAKTA OM MODUM BAD

Modum Bad er en ideell, diakonal stiftelse organisert med et styre som øverste organ. Formålet er å fremme psykisk helse og livskvalitet gjennom behandling, forebygging, sjelesorg, forskning og fagutvikling. Virksomheten ble opprettet av psykiater Gordon Johnsen i 1957. I dag har Modum Bad 300 ansatte fordelt på 225 årsverk og er den tredje største arbeidsplassen i Modum kommune. Modum Bads visjon er: «En kilde til liv». Les mer på: <https://www.modum-bad.no>

Kliniske tilbud ved Modum Bad

ANGSTLIDELSER: Benytter kognitiv og metakognitiv terapi. Trening på å overvinne urimelig frykt står sentralt. Behandlingen foregår uten medikamenter.

DEPRESJON: Avdelingen benytter intensiv korttidsdynamisk psykoterapi (ISTDP). I denne modellen vektlegges økt grad av følelsesbevissthet, utfordring av etablerte forsvar, samt bevisstgjøring av mønstre som har utviklet seg over tid.

PAR- OG FAMILIEBEHANDLING: Behandler ulike psykiske lidelser og tilleggsbelastninger, der problemene vurderes å være knyttet til fastlåste og destruktive prosesser i par- og familiesamspillet.

SPISEFORSTYRRELSER: Døgnbehandling for personer som har spiseforstyrrelse med hoveddiagnose anorexia eller bulimia.

TRAUMER: Avdelingen behandler kompleks posttraumatisk stresslidelse (PTSD) som følge av alvorlige relasjonstraumer i oppvekst. Modum Bad har også to poliklinikker; i Vikersund og en traumepoliklinikk i Oslo.

Du finner mer om våre behandlingstilbud her: <https://www.modum-bad.no/behandling>

– Behandlingen er i tråd med faglige retningslinjer. Samtidig bruker vi store ressurser på å forske, dokumentere og utvikle behandlingen, understreker fagdirektøren.

Tilbudet gjelder foreløpig kun for pasienter fra Helse Nord. Erfaringene med behandlingen er så god at Modum Bad ønsker å etablere et prosjekt og utvidet tilbud. Slik kan også pasienter fra øvrige regioner, og da særlig lokalt, få tilgang til behandlingen.

Tilbakemeldingssystemer

Modum Bad har i en årrekke hatt spesialiserte behandlingstilbud for spiseforstyrrelser. Forskning og tilbakemelding fra pasientene er viktig for videreutvikling av behandlingstilbudene. Som ledd i kvalitetssikring brukes tilbakemeldingssystemer og monitorering av kvaliteten i behandlingen. Tilbakemeldingssystemene hjelper terapeutene å våke over behandlingsforløpene, å fokusere behandlingen og tilpasse den til pasientens status og utvikling. Tilbakemeldingsverktøyene legger opp til et tett samarbeid mellom pasient og terapeut.

Erfarings- og forskningsbasert

– Det gis erfarings- og forskningsbasert behandling utviklet i nært samarbeid med sentrale forskningsmiljøer nasjonalt og internasjonalt, sier forskningsleder KariAnne Vrabel, som selv har en doktorgrad i spiseforstyrrelser.

– Vår egen forskning har vist at pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser oppnår bedring på lang sikt når vi følger dem opp mot 17 år etter behandling. Det er imidlertid en subgruppe med pasienter som strever. Disse pasientene er det viktig å identifisere og tilby skreddersydd behandling.

På denne bakgrunn tilbyr Modum Bad nå både kognitiv terapi for pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser og medfølelsesfokusert terapi (CFT) for pasienter med spiseforstyrrelser og traumeproblematikk.

– Sentralt i begge terapiformene er systematisk eksponering for mat og måltider, og faktorer som er med på å opprettholde spiseforstyrrelsesproblematikken, sier Vrabel.

Behandling

Selv om Modum Bad har noen skreddersyde behandlingsprogrammer for unge, har de fleste pasientene som får behandlingsplass innenfor et av de kliniske tilbudene, strevet i mange år. De har vært syke i gjennomsnittlig 14–15 år og mottatt behandling, for eksempel ved lokale distriktpsikiatriske sentre i gjennomsnittlig syv år, uten å oppnå tilstrekkelig bedring. Gjennomsnittsalderen hos pasientene ligger på rundt 35–40 år.

– Vi tilhører spesialisthelsetjenesten og behandler alvorlige psykiske lidelser ved



Familieavdelingen, Modum Bad

døgninnleggelse, opplyser direktør Kari-Jussie Lønning.

De 108 pasientplassene er fordelt på fem kliniske avdelinger som behandler angst, traumer, depresjon, spiseforstyrrelser og alvorlige samlivsproblemer.

– Vi behandler alvorlige psykiske lidelser, men har ikke tvangsbehandling, opplyser Lønning.

De fleste behandlingsprogrammene har innleggelse på rundt tre måneder.

Avtale med Helse Sør-Øst

Modum Bad har avtale for behandling av pasienter hjemmehørende i Helse Sør-Øst RHF. Behandlingen er innenfor spesialisthelsetjenesten og er kostnadsfri for pasienten.

– Vi er en voksenpsykiatrisk institusjon og tar inn pasienter fra 18 år og oppover, sier fagdirektør Pål Ulvenes.

I Familieavdelingen legges imidlertid hele familien inn, når en eller begge de voksne er i behandling. Barna får barnehage- og skoletilbud i avdelingen.

Innsøking

– Hvordan kan pasienter søke seg til behandlingstilbudene?

– Pasienter kan søkes til oss via fastlege, psykolog, psykiater eller spesialisthelsetjenesten, DPS eller tilsvarende. De fleste av pasientene som henvises til oss har prøvd behandling lokalt først. Tilbudet vårt viser særlig god effekt for pasienter i denne situasjonen, fremholder Ulvenes.

Det vurderes fortløpende om det er kapasitet til å ta imot pasienter fra andre helse-regioner enn Helse Sør-Øst.

Ventetider?

– Hvor lang er ventetiden til de enkelte tilbudene?

– Ventetiden varierer på de ulike avdelingene. For tiden har vi imidlertid kortere ventetid til behandling av spiseforstyrrelser og behandlingstilbudet i familieavdelingen, sier Ulvenes.

– Hva vil kort ventetid si?

– Det betyr fra to uker til noen måneder.

26 doktorgrader

Modum Bad har i nærmere 40 år gjennomført forskning på behandlingen som institusjonen gir innenfor psykiske lidelser.



KARIANNE VRABEL

Virksomhetens overordnede målsetting er behandlingsforskning med sikte på å utvikle og forbedre institusjonens behandlingssopplegg.

– For tiden har vi 12 doktorgradsprosjekter i gang, opplyser forskningsleder Kari Anne Vrabel.

Siden Forskningsinstituttets start i 1985 har 26 doktorgrader blitt fullført.

– Vi ønsker gjennom vår forskning å gi impulser til fagområdet nasjonalt innen tilbudet til de pasientgruppene vi behandler, sier Vrabel.

Poliklinikker

Modum Bads virksomhet omfatter i tillegg to poliklinikker: En i Vikersund som betjener Modum, Sigdal og Krødsherad kommuner, og en traumepoliklinikk i Oslo som har spesialisert seg på traumer og dissociative lidelser.

Forebygging

I tillegg til behandling av alvorlige psykiske lidelser, har virksomheten tilbud innenfor det forebyggende området. Ved Modum Bad kurs- og kompetansesenter (MBKK) tilbys kurs og seminarer innenfor flere fagområder.

– Vi har blant annet en egen avdeling for arbeidshelse, hvor Villa Sana inngår, sier direktør Lønning.

Kurscenteret har også forebyggende tilbud innen familie- og samlivsfeltet, blant annet det kjente samlivsprogrammet PREP. Institutt for Sjelesorg ble fusjonert med Modum Bad i 2015. Ved Instituttet finnes utdanningstilbud, kurs, samtalemuligheter og tilbud om rekreasjonsopphold som mange mennesker har behov for og benytter seg av. Instituttet gir ut Nordens eneste fagtidsskrift for sjelesorg på skandinaviske språk.

■ UNNITOBIASSEN.LIE@MODUM-BAD.NO

Faggruppen kognitiv terapi

Målsettingen for faggruppen er å bidra til å utdanne allmennleger innen kognitiv atferdsterapi (KAT).

Vi er en engasjert gjeng med fastlegekolleger som prøver å møtes fysisk et par ganger i året, i tillegg til digitale møter omtrent annenhver måned. De fleste av oss har tatt årskurs for allmennleger i regi av Norsk forening for kognitiv terapi. Andre har tatt toårig kurs for leger og psykologer. Noen har gått videre, og lært seg ACT (acceptance and commitment therapy) og MCT (metakognitiv terapi). Alle tre terapiformer er nær beslektede og viser seg svært nyttige i vår allmennmedisinske hverdag.

Kognitiv terapi retter seg mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom tenkning, handlinger og følelser. Et viktig mål er å bryte selvforsterkende, onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer. Det gjøres ved kartlegging av vanskelige situasjoner, utforming av aktiviteter som gir selvtilitt og energi, utforsking og eventuelt endring av negative tankemønstre, stimulering til økt sosial kontakt og forebygging av tilbakefall.

Terapiformen er tuftet på en definert struktur, hvor vi lager en problemliste og tar tak i det viktigste først. Deretter bruker vi sokratiske utspørring, hvor man forsøker å få tak i automatiske tanker, synliggjøre dem i en ABCD-modell (1) og videre utfordre pasientene med hjemmeoppgaver, i det mye av terapien foregår mellom avtalene. Vi synliggjør den kognitive diamant, som viser tett sammenheng mellom tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner/handlinger. Vi utfordrer og synliggjør tankefeller og oppsummerer både underveis og til slutt i samtalen. På denne måten tar pasientene selv ansvar for egen helingsprosess.

Kolleger i gruppen har laget hefter som er lett tilgjengelige. Bente Aschim og kolleger står for et inspirasjonshefte om sykmelding av pasienter med vanlige psykiske lidelser. Utgangspunktet er jobbfokus, som er en terapeutisk teknikk som kan brukes uavhengig av om man kan kognitiv terapi, men det er nok enklere hvis man kjenner til kognitive verktøy (2). Kari Ermland har skrevet et lite hefte kalt *Kognitiv verktøykasse for fastleger* (3). Ole Rikard Haavet og kolleger har skrevet en lett tilgjengelig og overkommelig bok innenfor grunnleggende kognitiv terapi (4). Ragnar Sundby har en egen video-serie på YouTube om bruk av kognitiv terapi i møte med pasienter (5).

Hovedkurset vårt holdes hvert år. Det er kalt «Innføringskurs i kognitiv terapi» og går over ett år, med fire samlinger som varer i to dager. Årets kurs ble avsluttet i november 2022, og neste årskurs starter på Modum i april 2023, med Kari Ermland som kursleder. De øvrige samlingene blir sannsynligvis i Oslo. Det er i tillegg fire samlinger med veiledning i grupper på fire til fem deltakere. Det er lagt opp til stor egenaktivitet under utdanningen. Kurset avsluttes med en mindre eksamen. En studie av allmennleger som har deltatt på årskurset viste at nye ferdigheter innen kognitiv terapi førte til varig endret samtalepraksis både i konsultasjoner med mentale og med kroppslige symptomer (6).

I april 2023 gjenopplives det årlige booster kurset på Jeløy Radio. Denne gangen satser vi på krefter fra egen faggruppe, som vil ta oss gjennom ulike intervensjoner i KAT, ACT og MCT relatert til samme pasientkasus. Det vil også bli mulighet for å ta opp egne utfordringer under en veiledningssesjon. Cathrine Abrahamsen har ellers laget kurs i bruk av det strukturerte samtaleverktøyet ICIT (7), som mange fastleger allerede har deltatt på. Følg med i Kurskatalogen på Legeforeningens nettsider og på sidene til Norsk forening for kognitiv terapi.

Nylig deltok en av oss på Likestillings- og diskrimineringsombudets seminar om gutter og menn, og deres manglende bruk av tjenestetilbudet for psykisk helse. Seminaret er streamet og ligger tilgjengelig på YouTube (8).

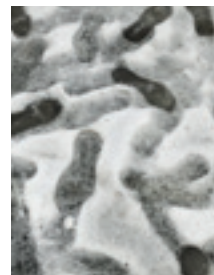
Det er givende å se hvordan strukturerte samtaler kan bidra til at pasientene mestrer å ta ansvar for eget liv. På grunnutdanningen i medisin lærer man lite om dette – man utdannes i større grad til å «finne veien» for pasientene. Vi mener at det burde vært et femte grunnkurs i videreutdanningen i allmennmedisin, nettopp i kognitiv terapi.

Gruppen har i dag 11 medlemmer: Carl Christian Norberg (leder), Cathrine Abrahamsen, Kari Ermland, Bente Aschim, Ingunn Leber, Asbjørn Ernø, Ragnar Sundby, Andres Borkamo, Elin Hoel, Jonas Carsten Jeppesen, Ole Rikard Haavet og Kim Dysthe. Til slutt ønsker vi å rette en stor takk til gode kolleger som har holdt faggruppen oppe i mange år. En spesiell takk til Bente Aschim, Sverre Lundevall og Ole Richard Haavet. Skulle du ønske å delta i faggruppen, så tar vi gjerne imot nye medlemmer.

REFERANSER

1. Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse. Pedagogiske verktøy (Internett). Oslo: NK LMH; 2. oktober 2018 (oppdatert 21. april 2021; hentet 30. desember 2022). Tilgjengelig fra: <https://mestring.no/helsepedagogikk/verktoy/>.
2. Aschim B et al. Inspirasjonshefte – Sykmelding ved vanlige psykiske plager (Internett). Oslo: Diakonhjemmet; 2022 (hentet 30. desember 2022). Tilgjengelig fra: <https://diakonhjemmetsykehus.no/Documents/VPA/Sykmelding%20-%20veileder/Inspirasjonshefte%20om%20sykmelding%20for%20fastleger%20Diakonhjemmet%20sykehus%2011%20sept%20%202022.pdf>.
3. Ermland K. Kognitiv verktøykasse for fastleger. Stavanger: Hertervig forlag; 2021.
4. Haavet OR et al. ABC i kognitiv terapi – startbok for helsearbeidere. Oslo: Fagbokforlaget; 2021.
5. Sandefjord kommune. Mange ønsker råd om livsmestring (Internett). Sandefjord. 25. februar 2022. (Oppdatert 12. desember 2022; hentet 30. desember 2022). Tilgjengelig fra: <https://www.sandefjord.kommune.no/Aktuelt/mange-onsker-rad-om-livsmestring/>.
6. Aschim B, Lundevall S, Martinsen EW, Frich JC. General practitioners' experiences using cognitive behavioural therapy in general practice: a qualitative study. *Scand J Prim Health Care*. 2011; 29 (3): 176–80. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21861599>.
7. Kongsvik L. Et nytt samtaleverktøy skal hjelpe legerne å snakke bedre med pasientene sine. *Tidsskriftet* 14. februar 2022. (Hentet 30. desember 2022). Tilgjengelig fra: <https://tidsskriftet.no/2022/02/aktuelt-i-foreningen/et-nytt-samtaleverktoy-skal-hjelpe-legerne-til-snakke-bedre-med>.
8. Likestillings- og diskrimineringsombudet. Hvordan få gutter og menn som sliter til å søke hjelp? Oslo 21. september 2022. (Hentet 30. desember 2022). Tilgjengelig fra: <https://www.ldo.no/ombudet-og-samfunnet/arrangement/hvordan-fa-gutter-og-menn-som-sliter-psykisk-til-a-soke-hjelp/>.

CARL CHRISTIAN NORBERG
Leder ■ CCNORBERG57@YAHOO.NO





ALKOHOLMISBRUK HOS ELDRE

Stor belastning for familien

Hvordan påvirkes familiemedlemmer til eldre med alkohol- eller andre rusproblemer? Det har norske forskere forsøkt å finne ut gjennom 17 individuelle intervjuer med ektefeller og voksne barn til eldre med rusproblemer. To hovedtema gikk igjen: Belastningen ved å leve med psykologisk stress over tid og belastningen over tid på familierelasjoner og hvordan familien fungerer. Intervjuene avdekket at utfordringene til de ektefellene og barna til en rusmisbruker økte over tid og hadde signifikant negative konsekvenser for de pårørendes helse og livssituasjon.

● International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (A Johannessen et al), desember 2022 doi: 10.1080/17482631.2022.2094059



MEDISINERING

Behov for bedre pasientinfo

Medisinbrukere over 40 år uttrykker behov for mer informasjon om legemiddelbruk. Slik konkluderer forfatterne av en studie med data fra 9194 legemiddelbrukere som deltok i Tromsø-studien. De fleste medisinbrukerne oppga at de stort sett hadde fått informasjon fra fastlegen, og ikke fra apoteket. 16 prosent ga uttrykk for at de trengte mer informasjon om medisinene de tok. De som svarte benektende på at de var informert om bivirkninger, og de som var bekymret for medisinbruk, var henholdsvis 2,2 og fem ganger mer tilbøyelig til å svare ja på spørsmålet om behov for mer informasjon. De med lav utdanning og de som aldri søker helse råd på nettet, oppga i mindre grad behov for bedre informasjon om medisinbruk.

● BMC Public Health (MJ Wahlquist et al), november 2022, doi: 10.1186/s12889-022-14573-z

DEPRESJONSBEHANDLING

Ulik praksis i Norge og Nederland

Norske forskere har sammenlignet behandling av depresjon hos fastleger i Norge og i allmennpraksis i Nederland, hvor pasienter møter fastlege eller psykiatrisk sykepleier som inngår i et team. Pasienter i Nederland hadde mindre sannsynlighet for å bli fulgt opp av fastlegen enn norske pasienter, og særlig gjaldt det pasienter i alderen 18-39 år og 40-59 år. Når konsultasjon med psykiatrisk sykepleier ble inkludert, var det derimot ingen forskjeller mellom landene. Nederlandske pasienter over 60 år ble i større grad enn jevngamle norske fulgt opp i allmennpraksis. Nederlandske pasienter hadde 32 prosent høyere sannsynlighet for å få forskrevet antidepressiva enn pasientene i Norge. De norske dataene gjelder samtlige fastlegekonsultasjoner for depresjon i perioden 2011-2015.

● BMC Health Services Research (A Borge Hansen et al), desember 2022, doi: 10.1186/s12913-022-08793-7



83,7 pst.

av allmennpraksispasienter som fikk intensiv oppfølging og støtte for røykeslutt, klarte å stumpe røyken. Til sammenligning var andelen som sluttet å røyke 36,5 prosent i gruppen som fikk vanlig oppfølging hos allmennlege. Forskjellen var ikke statistisk signifikant. Deltagerne i studien fra Israel ble tilfeldig utvalgt

blant personer som hadde fått resept på vareniklin. Sannsynligheten for røykeslutt var størst blant dem med høy sosioøkonomisk status og hos dem som hadde brukt vareniklin i en lengre periode. Alder, kjønn og antall år med røyking hadde ingen signifikant effekt på røykesluttraten.

● BMC Primary Care (I Yehoshua et al), desember 2022, doi:10.1186/s12875-022-01953-y

SOSIØKONOMISKE FAKTORER

Påvirker deltagelse på diabeteskurs

I alt 18 prosent av en kohort på over 28 000 personer som fikk en type 2-diabetes i Norge i perioden 2008-2019, hadde deltatt på diabeteskurs. Personer med innvandringsbakgrunn og de med lav utdanning hadde henholdsvis 29 prosent og 23 prosent mindre sannsynlighet for å delta på opplæringskurs, sammenlignet med etnisk norske og personer med høyere utdanning. Artikkelforfatterne mener det må jobbes mer for å få flere med type 2-diabetes til å delta på startkurs.

● Patient Education and Counseling (RB Strandberg et al), februar 2023, doi: 10.1016/j.pec.2022.107577

TYPE 2-DIABETES

Høy fastlegekontinuitet – mindre spesialistbruk

To av tre med type 2-diabetes hadde hatt alle fastlegekonsultasjoner hos sin egen fastlege det siste året (høy kontinuitet), og blant disse hadde drøyt 48 prosent også vært minst én gang hos en eller annen lege i spesialisthelsetjenesten/ på sykehuspoliklinikk. Til sammenligning var det 65,2 prosent av de uten såkalt høy kontinuitet som hadde vært hos en legespesialist/poliklinikk. Det var ingen sammenheng mellom fastlegevarighet og sannsynligheten for å ha vært hos en lege i spesialisthelsetjenesten. Det fremgår av en spørreundersøkelse blant medlemmer av Diabetesforbundet i 2018. Studien inkluderer svar fra 494 personer med type 2-diabetes som hadde minst én konsultasjon hos fastlege siste året. Resultatene er korrigert for kjønn, alder, utdanning, selvrappørt helse og diabetesvarighet.

● LoS One (AH Hansen og ML Johansen), oktober 2022, doi: 10.1371/journal.pone.0276054



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Veien videre mot mer åpenhet



Kari Løvendahl Mogstad
Selma Løvendahl Mogstad Leraand
Vår vei ut
Cappelen Damm
2022
272 sider
Innbundet, bokmål
ISBN/EAN: 978820273618

Åpenhet er det grunnleggende tema i to stykk Mogstads sakprosa-bok *Vår vei ut*.

Boka er skrevet av den profilerte fastlegen, forfatteren, bloggeren og samfunnsdebattanten Kari Løvendahl Mogstad og hennes 19 år gamle datter Selma Løvendahl Mogstad Leraand. De har delt på å skrive tekst om da Selma ble syk av anoreksi, om opp- og nedturen, behandlingen og til slutt tilfriskningsprosessen. Kari forteller først sin historie, deretter forteller Selma den samme historien, men sett fra hennes synsvinkel. Siste del av boka er viet kunnskapsgrunnlag rundt spisefor-

styrrelser generelt og refleksjoner rundt samfunnet vi lever i med kroppsfixerte medier. Helt til slutt er det en fylldig oversikt over kilder, nettsider, interesseorganisasjoner og oversikt over behandlingssteder for spiseforstyrrelser.

Selma skriver at hovedhensikten med boka er å snakke om spiseforstyrrelser. Hun skriver:

«Jeg tror ikke folk forstår hvor vanskelig det er å snakke om en usynlig sykdom. Det er nok mange som kjenner meg som tenker 'hvorfor sa ikke Selma noe?' når de hører eller leser denne boken. Jeg beklager. Men jeg har ikke klart å si det.»

De er tøffe som makter å skrive denne boka. Det må ha kostet mye, og de skriver at de tenkte seg om flere ganger før de bestemte seg for skriveprosjektet.

Det er veldig sterkt å lese mor Karis tekst om skam. Hun velger å møte den og ikke la seg knekke av den. Hun skriver:

«På en måte koker det hele ned til: er det så farlig? Er det så farlig å være ærlig, å vise sårbarhet, mangler, problemer, ja, at vi alle har ting i bagasjen.»

Og mor Kari pynter så vidt ikke på. Hun beskriver hvor frustrert både hun og Selmas far kunne bli, hvor mye kamp det kunne være rundt å drikke opp et glass melk. At de på ingen måte rose-maler, gir historien troverdighet og teksten får en nerve. Mor Kari har viet et helt kapittel til egne vanskelige følelser hun måtte bale med under datterens sykdomsperiode: avmakt, skam, redsel, sinne, men også håp og optimisme.

Djevelen ligger i detaljene, skriver Kari. Et eksempel på det er Selmas største fear-

food, nøtter. At det var mandler i juledeserten Ris à la Mande, vippet alt for Selma:

«Tårene presser på. Jeg føler meg helt jævlig og fullstendig lammet. Jeg kan ikke spise noe mer av giften i skåla, og jeg klarer ikke røre på meg. Tårene strømmer nedover kinene mine, og det renner snørr ut av nesa. Jeg er skamfull, tenk at jeg klarte å ødelegge den mest verdifulle og fine kvelden i året for hele familien.»

Datterens tekst er av naturlige årsaker forskjellig fra mors tekst. Det er en videregående elev som møter en erfaren skribent og forfatter til tekstlig samarbeid. Det fungerer bra likevel, da kapitlene er organisert slik at vi vet hvem sin stemme som snakker.

Nyttig er kapittelet om ulike typer spiseforstyrrelser. Her har Kari også tatt med overspisingslidelse, en spiseforstyrrelse hun mener det har vært skrevet og forsket for lite på. Kanskje fordi overvekt i seg selv innebærer så mye skam i dagens SoMe-glansede virkelighet.

Da jeg fikk boka fra forlaget for å anmelder den, tenkte jeg at den skulle jeg kjapt skumlese før anmeldelsen. Men veldig raskt tok mor Karis sterke og ærlige tekst meg. Det ble ikke skumlesing, men saktelesing side opp og side ned. Jeg ble rørt og jeg lo, jeg slo opp referanser og fikk mange assosiasjoner til kliniske situasjoner. Dette er en bok som bør leses av alle som jobber med barn og ungdom, fastleger, skoleleger, helsestasjonsleger, helsesykepleiere og lærere. Men også besteforeldre, foreldre, søsken og venner kan ha nytte av å lese denne sterke boka.

KRISTINA R. IDEN

Et livsviktig budskap



Heidi Hjelmeland
Selvmordsforebygging
 For å kunne forebygge selvmord
 må vi forstå hva suicidalitet handler om
 432 sider
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-02-60665-7

Heidi Hjelmeland er professor ved Institutt for psykisk helse, NTNU. Hun har forsket på suicidalitet siden 1992.

Sakset fra bokens bakside: «Etter et kvart århundre med nasjonale handlingsplaner for selvmordsforebygging har ikke selvmordsraten gått ned.» I denne utgivelsen «utfordres det rådende «sannhetsregimet» der kun kvantitativ forskning aksepteres, og suicidalitet hovedsakelig forstås innenfor rammen av individuell psykopatologi.» (F.eks. angst, depresjon, personlighetsforstyrrelser osv.)

Forfatteren nevner at gjennom årene har det vært publisert et vell av forskningslitteratur som bygger på *kvantitative* studier, både nasjonalt og internasjonalt. I den senere tid har imidlertid *kvalitativ* forskning seilt opp som helt vesentlig blant noen forskere – og da med tanke på hvordan man bedre skal kunne hjelpe personer som sliter med tanken på å leve videre. Og hva finner de?

Det er *ikke* psykiske lidelser per se som framstår som de rådende «årsakene» til selvmord. Forfatteren går igjennom en rekke kvalitative forskningsstudier – utført

både blant personer som har forsøkt å ta sitt liv, men også avskjedsbrev og forskningssamtaler med pårørende og nære personer til mennesker som har endt opp i å «lykkes» med å avslutte livet sitt.

Som forfatteren skriver:

«Basert på den kvalitative forskningen vi har sett på i denne boken, vil det ikke være urimelig å hevde at det trengs et paradigmeskifte i selvmordsforebyggingen i psykisk helsevern (og utenfor). Kritikken mot den rådende biomedisinske tilnærmingen til suicidalitet er massiv og kommer fra forskere, klinikere og personer med levdt erfaring, nasjonalt og internasjonalt.»

De ovennevnte stemmene kommer til orde i rikelig monn gjennom denne publikasjonen – overbevisende og til stor ettertanke. Personer som har et ønske om å avslutte livet har ofte svært negative livserfaringer. Dette ligger for de fleste som et bakteppe for at tanken på selvmord kjennes som den eneste løsningen. Å, for eksempel, ikke ha blitt sett og verdsatt som den personen man er – kanskje helt fra barnsben av – det å ikke ha erfart omsorg og støtte i livet, men i stedet opplevd f.eks. vold eller overgrep – det er slike forhold som dominerer materialet i de kvalitative studiene boken omhandler. Stikkord: *kontekst*.

Det er mange historier og forståelige de-

taljer som gjør sterkt inntrykk – og som nok ikke er fremmede for mang en allmennpraktikers erfaringer med pasienter, vil jeg tro. Men her er det satt i system – her er det noe vi alle kan bidra med for å forebygge at noen liv blir helt meningsløse for barn, ungdommer, voksne og eldre.

Og viktig: De nasjonale handlingsplanene slik de så langt har vært formulert, kan i noen tilfeller dessuten være bokstavelig talt livsfarlige for selvmords-truede personer – at det de møter i helsevesenet forsterker ønsket om selvmord. Og kolleger som arbeider i psykiatrien har blitt pålagt et utredningsregime som både kan kjennes uhensiktsmessig for terapeutene selv, og som også kan bidra til offentlig uthengning av psykiatriske institusjoner som erfarer at personer tar sitt liv under opphold i institusjonen eller like etter utskrivning.

Forfatteren hevder til slutt i boken at vi alle – også utenfor helsevesenet – faktisk kan bidra til å hjelpe personer som strever – ved å lytte – *virkelig* lytte – vise respekt, omtanke, omsorg og nærhet til mennesker omkring oss. Og ikke mindre viktig: At helsevesenet nettopp kan ha disse kvalitetene i møte med pasienter som ikke lenger finner mening i livet – i stedet for å fylle ut for eksempel kartleggingsskjemaer.

Boken anbefales.

ELI BERG



Faksimile
 fra oppslag i
 «Selvmords-
 forebygging».

Spennende perspektiver



Petter Hurlen
En kort innføring i klinisk informatikk
 278 sider
 Cappellen Damm Akademisk
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-02-70269-4

Petter Hurlen har arbeidet i grenselandet mellom helse og IKT i over 40 år, både nasjonalt og internasjonalt. For tiden er han overlege i klinisk informatikk på Ahus. Denne boken kan oppleves både svært interessant, men også krevende i den forstand at for mange av leserne vil jeg tro at denne avanserte data-verdenen ikke er daglig kost. Samtidig får vi innblikk i man-

ge og viktige framtidsvyer både for leger og befolkningen. Boken tar utgangspunkt i en pasienthistorie: Agate holder leseren «på bakken».

I forordet presenterer forfatteren viktige milepæler i utviklingen av IKT i helsevesenet. «Mange av løsningene har vært gode og bidratt både til kvalitetsforbedring og effektivisering av sektoren. Men ikke alt har vært like vellykket.» Stikkord: Ressurs-sløsing, mislykkede prosjekter, teknologi som setter pasientsikkerheten i fare. «Noen ganger passer ikke pasienten til teknologien.»

Videre kan vi lese at boken er skrevet «med håp om at det vil være lettere å finne gode løsninger, litt enklere å etablere konstruktivt samarbeid mellom forskjellige faggrupper og profesjoner, og litt lettere å tilpasse teknologien til pasientens behov». Hurlen har en god pedagogisk tilnærming til stoffet for at vi som lesere skal kunne få en solid forståelse av betydningen IKT har hatt, og ikke minst vil få i fremtiden. Faguttrykk blir fortløpende forklart, noe som letter tilgangen til dette store fagfeltet.

Boken avsluttes med «Noen refleksjoner», et kapittel som oppsummerer hvor vi står i dag med hensyn til bruk av IKT i helsesektoren. Dette kapittelet avrunder essensen i bokens presentasjoner av muligheter og begrensninger. Forfatteren poengterer det som

kan være en overskrift over alt arbeidet som gjøres for pasienter som trenger helsehjelp – og da snakker vi om god helsehjelp. Moderne IKT er midler, ikke mål i seg selv, noe som var aktuelle spørsmål for helsepersonell i de første årene hvor IKT ble innført. Flere var – med rette – redd for at teknologien skulle komme i veien for den gode relasjonen til pasienten. Og det er fortsatt viktig at teknologien ikke skal stå i fokus på bekostning av de som søker helsehjelp.

I en kort omtale av denne rike og omfattende boken er det ikke plass til alle temaene som forfatteren formidler. Ett vesentlig punkt som neppe er samtaletema i kaffepausene rundt omkring blant helsepersonell er f.eks. hvordan IKT faktisk kan komme i skade for å videreføre diskriminerende holdninger hentet fra folks hverdag. Som Hurlen belegger fra forskning internasjonalt, er vi kanskje vel kjent med hvordan hvite menn er «gullstandarden» i f.eks. forskning og formidling innenfor faget medisin. Kan fordommer overfor fargede, røykere, folk med fedme, skeive og fattige f.eks. «snike seg» inn i algoritmer? Forskning fra den andre siden av Atlanterhavet kan faktisk tyde på det.

Boken til Hurlen er vel verdt å lese. Den anbefales.

ELI BERG

Faksimiler fra sider i «En kort innføring i klinisk informatikk».



En viktig bok for oss alle



Dag O. Hessen
Verden på vippepunktet
 Hvor ille kan det bli?
 297 sider
 Res Publica
 Oslo 2022, ISBN 978-82-82-26201-9

Dette er en utgivelse som angår og som bør berøre oss alle. Og den er hverken moralistisk eller full av skremmelspropaganda, om noen skulle tro det ut fra bokens tittel. I stedet møter vi en grundig folkeopplysning på en nøktern og lærerik måte, både om hvor vi står i dag når det gjelder klodens framtid, men også hva vi kan gjøre i vår tid som enkeltmennesker og samfunn for å hindre tilbakekoblings-scenarioer som kan forsterke en negativ bane for klima og natur – og dermed livet på kloden vår.

Fra baksideteksten kan vi lese:

«For 70 000 år siden fantes det en art, bestående av spredte bestander på noen hundre individer, som stort sett levde fredelig i et hjørne av Afrika. I dag teller arten ni milliarder, og er i ferd med å forandre planeten fundamentalt. Arten det er snakk om er oss.»

Dag O. Hessen er professor i biologi ved UiO. Han er bl.a. opptatt av evolusjon, klima, økologi og biologiens betydning for

forståelsen av mennesket. Antakelig er han velkjent blant *Utpostens* lesere som en prisbelønnet skribent innen nevnte fagfelt. Hans helt spesielle formidlingsevne bidrar til at vi som lesere dras inn i stoffet på en måte som fenger og fanger oss inn i en oppmerksomhet og et engasjement på en sympatisk og ærlig måte. I dette 8. opplaget av boken avslutter han med et nytt etterord hvor han inkluderer refleksjoner omkring koronapandemien.

Kapitteloverskriftene kan antyde hovedinnholdet i boken og forhåpentligvis stimulere *Utposten*-lesernes nysgjerrighet:

- Som man roper i skogen
- Over evne
- Klima
- Trollmenn og profeter
- Under evighetens perspektiv
- Korona som vippepunkt

Dag O. Hessen avslutter boken med å fortelle om en veggplakat han så i Bergen for kort tid siden: «Den største trusselen mot planeten er troen på at det er noen andre som skal redde den», altså redde kloden.

Boken anbefales.

ELI BERG

En tankevekker



Gunhild Stordalen,
 Kjersti Kvam
Min medisin
 Fem pilarer til bedre helse og et godt liv
 168 sider
 J.M. Stenersens Forlag
 Oslo 2023
 ISBN 978-82-7201-787-2

Denne boken har skapt en svært negativ debatt i visse medier i forbindelse med ut-

givelsen på nyåret 2023. Skal lure på hva det kan handle om?

Men det hun saklig og personlig forteller om i denne boken er neppe noe å misunne henne. Et ærlig alvor av sjelden kaliber, en innsatsvilje til å bidra konstruktivt for menneskers framtid, samt en hudløs avdekning av hvordan hun som person har betalt en svært høy helsemessig pris for sitt engasjement – det er til å ta hatten av for.

Fra bokens bakside:

«I *Min medisin* forteller Gunhild Stordalen om de fem pilarene som holder henne oppe i hverdagen: Søvn, mat, trening, hvile og nærhet, og om det friske, gode livet hun lever i dag.

Hun deler raust og personlig om den vinglete veien fra en tvangspreget og misforstått sunn livsstil, via livstruende sykdom, til sin nye helseforståelse ... Gjennom hennes beretning blir vi inspirert til å leve sunnere og mer i takt med naturen, tenke i større sammenhenger og bli uendelig mye snillere med oss selv – til beste både for oss og for verden.»

Leseren kan neppe unngå å bli mektig imponert over hvilken kraft denne kollegaen

besitter. Og hvilket engasjement hun viser for menneskeheten og alt som lever på kloden. Hun beskriver det krevende programmet hun har hatt for eget liv for å nå disse faglige målene.

De fem pilarene for å oppnå så god helse som mulig – altså søvn, mat, trening, hvile og nærhet – de blir levende og grundig behandlet i et språk og i en form som vil kunne leses med stort utbytte for de fleste. Og gjennom hele boken er hun ydmyk og ærlig når det gjelder hvordan hun selv har levd – og kanskje misforstått hva hver av disse elementene betyr for oss mennesker.

Jordnære og solide gjennomganger av hvilke veier hun selv har måttet streve seg gjennom løftes fram med stor honnør til hjelpere underveis i egne livsendringer.

Boken har et stort alvor over seg, er fascinerende i den gode fortellerstemmen og kan være vanskelig å legge fra seg.

All ære til vår kollega Gunhild Stordalen som har våget å gi oss en så personlig bok – en utgivelse til stor ettertanke.

Boken anbefales.

ELI BERG

Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER..

Per Stensland



- All god litteratur er jo mørk og dystert, sa naboen som er litteraturkyndig.
- Vi trenger å spenne en himmel over avgrunnene, sier min venn Jone som er menneskekyndig.

Det får være mitt utgangspunkt for å fortelle om hva jeg leser. Menneskelig ondskap i og utenfor krig holder seg ubehagelig aktuell. Dette gjelder både Ukrainakrigen og vårt forhold til det som er annerledes. Holocaust er fortalt igjen og igjen på nye måter. På et tidspunkt kom jeg over *De velvillige* av Jonathan Littell (2006) og Svetlana Aleksijevitsjs *Krigen har intet kvinnelig ansikt* (2014). To sjokk. Om jeg ikke hadde det klart for meg før, ble det tydelig at iveren etter aktivt å delta i folkemordet var til stede hos langt flere enn SS-soldatene på Østfronten. Etter den tid har jeg prøvd å holde meg med litteratur om menneskelig ondskap, mer eller mindre forkledd. Nå leser jeg *Ved avgrunnen*, intervjuer med leirkommandanten ved Treblinka – om systematisert og banal djevleskap.

I vår kom jeg over en melding om at finnene skærer som verdens lykkeligste folk,

samtidig som de har hatt borgerkrig, krig mot Russland og vanskelig økonomi. Hvordan kan vi forstå dette, spurte jeg finlandskyndige Morten Jentoft. Les om det finske folket hos Väinö Linna! skrev han. Så jeg leste *Nordstjernetrilogien* og fikk et inntrykk av den sterke sisuen hos vårt grannfolk. Respekt! Samtidig leste jeg Jentofts bøker om den underkommuniserte krigen i Finnmark – og oppgjøret etter den. Det er flere enn gutta på skauen som fortjener lys på sin innsats.

Men jeg leser heldigvis også lysere ting. Jeg liker å lese bøker om og fra steder jeg har lyst å reise til. Abdulrazak Gurnah (Tanzania) fikk Nobelprisen i litteratur i 2021 og jeg startet med *Paradis* (2021) og *Ved sjøen* (2021). Her forteller han nært og godt om det tradisjonelle samfunnet i omstilling og om livet som asylsøker i Europa. Av samme reiseglade grunn leste jeg Mor-

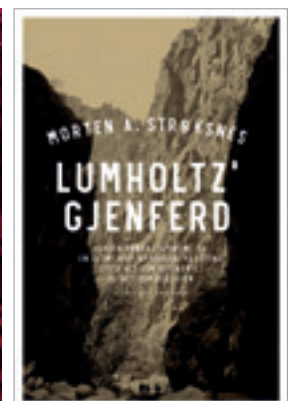
ten Strøksnes' store, nye *Lumholtz' gjenferd* om farefulle og ville reiser blant kannibaler i Australia, apacher i Sierra Madre i Mexico og hodejegere på Borneo. Intet mindre. Morten Strøksnes er en favoritt som har underfundige artikler om både reiser og om opprettsnæringens forurensende bragder i *Dag og Tid* (som er et strålende tidsskrift).

Per Petterson, Helga Flatland og et utvalg andre norske får jeg med meg når det kommer noe nytt. I det siste har jeg hørt *Mitt Abruzzo* og *Etterklang* som lydbok.

Skald forlag på Leikanger gir ut en klassikerserie som ikke bare er taktilt god å holde i handa, men som også er nyoversatt til nynorsk. I vår leste jeg Virginia Woolfs *Til fyret*, oversatt av Berit Bildøen. Sterkt av et lite kvalitetsforlag! Sjekk nettsida.

Faglitteratur? Det er ikke så ofte jeg tenner på fagbøker, men nå vurderer jeg *Lek og læring i et nevroperspektiv* av Charlotte Lunde og Per Brodal.

Jeg er så heldig å ha mange barnebarn. Asbjørnsen og Moe leser jeg høyt for barn i alle aldre.



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 produsentavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøytter og kliniske farmakologer og besvarer spørsmål fra helsepersonell om legemiddelbruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Lipidsenkende PCSK9-hemmere

– tilgjengelig for flere pasienter fra nyttår

Hyperlipidemi er et begrep som omfatter alle former for økt nivå av blodlipider, og er til stede hos fem prosent av den norske befolkning (1). Det kausale forhold mellom forhøyet low density lipoprotein (LDL)-kolesterol og utviklingen av aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom er veletablert i medisinsk litteratur (2). En gunstig lipidprofil, med spesiell vekt på redusert nivå av LDL, er derfor viktig for pasienter som primær- og sekundærforebygging av hjerte- og karsykdom. Pasienter med familiær hyperkolesterolemi utgjør en særlig utsatt gruppe. De kan ha behov for lipidsenkende legemidler i store deler av livet allerede fra barneårene. Flere ulike lipidsenkende legemidler er tilgjengelige på det norske markedet og godt kjent blant fastleger. Statiner er vanligvis første trinn, med tillegg av kolesterolopptakshemmeren ezetimib ved utilstrekkelig effekt (1). Noen pasienter tolererer ikke statiner, eller kommer ikke i mål med sin lipidsenkende behandling. Proprotein konvertase subtilisin/kexin type 9-hemmere (PCSK9-hemmere) representerer en ny gruppe legemidler i behandlingen av hyperkolesterolemi, og blir nå tilgjengelig som tilleggsbehandling for flere pasienter fra nyttår.

Hva er en PCSK9-hemmer?

Alirokumab (Praluent) og evolokumab (Repatha) er PCSK9-hemmere som har vært markedsført i Norge siden 2015, mens inkilisiran (Leqvio) først kom i 2020 (3). Alirokumab og evolokumab er monoklonale antistoffer som inaktiverer PCSK9 i blod, mens inkilisiran er et interfererende RNA-molekyl som etter opptak i leverceller hemmer produksjonen av PCSK9 (4, 5).

Grunnet høye kostnader har det vært begrensninger med tanke på refusjon for, og dermed bruk av, disse legemidlene. De som til nå har fått behandling på blå resept er pasienter med familiær hyperkolesterolemi for primærforebygging ved hjerte og kar-

sykdom med LDL \geq fem mmol/l, og pasienter med etablert aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom med LDL \geq fire mmol/l på tross av optimal behandling med statiner/ezetimib (6).

Legemiddelverket, Helsedirektoratet og Sykehusinnkjøp har gjennomført en anbudspilot på PCSK9-hemmere for å prøve ut bruk av anbud for legemidler på blå resept. Anbudspiloten har ført til lavere pris på PCSK9-hemmere. Fra 1. januar 2023 får PCSK9-hemmeren alirokumab forhåndsgodkjent refusjon og kan forskrives på blå resept for flere pasienter enn i dag. De to andre PCSK9-hemmerne, evolokumab og inkilisiran, vil fortsatt være tilgjengelige via individuell stønad, men kun for de som har forsøkt alirokumab først. Pasienter som allerede har fått innvilget vedtak om individuell stønad til behandling med en PCSK9-hemmer kan fortsette å bruke samme legemiddel som før (6, 7).

Gjennom anbudspiloten er muligheten forhåpentligvis lagt til rette for at noen tusen ekstra pasienter kan behandles med PCSK9-hemmere i årene som kommer (8). Fastlegen kan kontinuere forskrivning av PCSK9-hemmere på blå resept etter at en spesialist i indremedisin, hjertemedisin, endokrinologi, geriatri, nevrologi, barnesykdommer eller en lege fra et offentlig sykehus, har startet behandlingen (7).

Hva er indikasjonene?

I den godkjente norske preparatomtalen (SPC) til alirokumab er legemiddelet indisert til voksne med primær hyperkolesterolemi (heterozygot familiær og ikke-familiær) eller blandet dyslipidemi, som tilleggsbehandling til diett. Det er indisert i kombinasjon med et statin eller med annen lipidmodifiserende behandling hos pasienter som ikke oppnår behandlingsmålet med høyeste tolererte dose av et statin. Det er indisert alene eller i kombinasjon med annen lipidmodifiserende be-

handling, hos pasienter som er statintolerante eller der et statin er kontraindisert (9A). Et eksempel på kontraindikasjon for bruk av atorvastatin er aktiv leversykdom (9B).

Evolokumab er i tillegg indisert hos voksne og barn \geq ti år med hetero- og homozygot familiær hyperkolesterolemi, i kombinasjon med annen lipidsenkende behandling (9C).

Alirokumab og evolokumab har også godkjenning i Norge for etablert aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom (hjerteinfarkt, slag eller perifer arteriesykdom) (9A, 9C).

De nasjonalfaglige retningslinjene for forebygging av hjerte- og karsykdom angir at ved familiære hyperlipidemier kan slike legemidler være aktuelle ved manglende lipidkontroll på høyeste tolererte dose statin og ezetimib (10). Ved sekundærforebygging angis også PCSK9-hemmere som et alternativ når LDL blir liggende vesentlig over behandlingsmål når maksimalt tolererte statinbehandling er gitt i kombinasjon med ezetimib. Oppstart av behandling med PCSK9-hemmere kan også vurderes hos pasienter med gjentatte koronare hendelser tross maksimal øvrig lipidsenkende behandling (11).

Hvordan virker de?

PCSK9-hemmere har en annen virkningsmekanisme enn statiner og ezetimib, som henholdsvis reduserer leverens syntese og intestinalt opptak av kolesterol. PCSK9-hemmere øker leverens kapasitet til å absorbere LDL fra blodbanen, ved å hemme nedbrytingen av LDL-reseptorer på hepatocytene. I tillegg har PCSK9-hemmere en gunstig effekt ved å øke high-density lipoprotein (HDL), samt å redusere triglyserider og lipoprotein A (12).

Hva er effekten?

Virkningsmekanismen til PCSK9-hemmere tilsier at alle pasienter som kan presen-

tere LDL-reseptorer på hepatocytene, kan ha en effekt av legemidlene. Disse legemidlene vil derfor kunne ha en effekt hos de fleste av pasientene, inkludert pasienter med hereditær familiær hyperkolesterolemi (HeFH). Pasienter med homozygot familiær hyperkolesterolemi (HoFH) med redusert mengde LDL-reseptorer kan respondere dårligere på behandlingen (12).

Flere kilder angir at alirokumab og evolokumab, alene eller i kombinasjon med statiner eller annen lipidsenkende behandling, reduserer LDL nivå med i gjennomsnitt 60 prosent (2, 12). I kombinasjon med høyintensitets-behandling eller maksimalt tolerert dose av statiner, reduserte alirokumab og evolokumab LDL 46–73 prosent mer enn placebo, og 30 prosent mer enn ezetimib (12). En nyere metaanalyse viser til liknende resultater for både alirokumab, evolokumab og inklisiran, med LDL-reduksjoner mellom 50–63 prosent (13). Høyintensitet-behandling med statiner er definert som den dosen statin som i gjennomsnitt reduserer LDL med ≥ 50 prosent (2). Et eksempel på dette er 40 mg atorvastatin som er anbefalt som sekundærprofylakse hos personer med kjent aterosklerotisk hjerte- og karsykdom (11, 14).

En metaanalyse fra Cochrane angir at det et sterkt evidensgrunnlag for at PCSK9-hemmere (alirokumab og evolokumab) som primær- og sekundærprofylakse, reduserer risikoen for kardiovaskulær sykdom, hjerteinfarkt, slag og mortalitet sammenlignet med placebo. Studiepopulasjonen besto hovedsakelig av pasienter med kardiovaskulær sykdom eller i høyriskogruppen for å utvikle dette, og dermed er evidensgrunnlaget for bruk av PCSK9-hemmere for pasienter med lavere risiko usikker. Evidensgrunnlaget for sammenlikning av PCSK9-hemmere med statiner og ezetimib er svakere (15).

En dobbeltblindet, randomisert, placebokontrollert studie fulgte 18 924 pasienter med tidligere akutt koronar hendelse i gjennomsnitt tre år. Disse pasientene ble behandlet med høydose-statiner, primært med atorvastatin 40 eller 80 mg, samt enten alirokumab eller placebo. Forekomsten av dødsfall grunnet koronarsykdom eller ikke-fatal akutt koronarhendelse, var lavere blant pasientene som fikk aliroku-

mab sammenliknet med placebo. I alirokumab-gruppa var det 903 pasienter mot 1052 i gruppen som fikk placebo (16).

Hva er mulige bivirkninger og interaksjoner?

Ifølge SPC til alirokumab er de vanligste bivirkningene ved anbefalt dose lokale reaksjoner på injeksjonsstedet (6,1 prosent), tegn og symptomer fra de øvre luftveiene (to prosent) og kløe (1,1 prosent). Tegn og symptomer fra de øvre luftveiene inkluderer hovedsakelig smerter i munnhule og svelg, rennende nese og nysing (9A).

Fordi alirokumab er et biologisk legemiddel, forventes ingen farmakokinetisk påvirkning på andre legemidler og heller ingen påvirkning på cytokrom P450-enzymene (9A).

I tillegg til at statiner reduserer syntesen av kolesterol, øker de levercellenes produksjon av PCSK9, som er målproteinene til alirokumab og evolokumab. Samtidig bruk av statin og PCSK9-hemmer vil derfor gi en additiv effekt på LDL-reduksjonen. Samtidig bruk av statiner fører til en lett økt eliminering (ca. 20 prosent) av PCSK9-hemmere blant annet via økt konsentrasjon av PCSK9, men dosejustering er ikke nødvendig (4).

En potensiell utfordring ved langvarig behandling med monoklonale antistoffer, er utvikling av autoantistoffer. En kilde angir at det er rapportert få tilfeller av antistoffdannelse, og ingen effekt på LDL-reduksjonen (12). Det er begrenset informasjon om effekt- og sikkerhetsprofilen til PCSK9-hemmere ved langvarig behandling, noe som taler for forsiktighet ved bruk og vurdering av andre lipidsenkende tiltak og legemidler før PCSK9-hemmere forskrives (16).

Oppsummering

- PCSK9-hemmere er en ny gruppe legemidler mot hyperkolesterolemi, tilgjengelig for flere pasienter fra januar 2023
- PCSK9-hemmere er effektive i å redusere LDL-nivå, både alene og sammen med annen lipidsenkende behandling.
- PCSK9-hemmere kan være et alternativ for de pasienter som ikke tolererer eller

kommer i mål med andre tiltak / lipidsenkende legemidler .

- Begrenset informasjon om effekt- og sikkerhetsprofilen til PCSK9-hemmere ved langvarig behandling taler for forsiktighet ved bruk og vurdering av andre lipidsenkende tiltak og legemidler før PCSK9-hemmere forskrives.

REFERANSER

1. Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell. Hyperlipidemi. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 14. mars 2022).
2. Visseren FLJ, Mach F et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2021; 7; 42(34): 3227–3337.
3. Statens legemiddelverk. Markedsførte legemidler a) Praluent b) Repatha c) Leqvio <https://www.legemiddelverk.no/> (Lest: 9. desember 2022).
4. Legemiddelhåndboka. L8.15.4.1 PCSK9-hemmere. <http://legemiddelhandboka.no/> (Lest: 9. desember 2022).
5. Legemiddelhåndboka. L8.15.4.2.1 Inklisiran. <http://legemiddelhandboka.no/> (Lest: 9. desember 2022).
6. Statens legemiddelverk. Flere pasienter får kolesterolsenkende PCSK9-hemmere på blå resept. <https://legemiddelverket.no/legemidelmangel/> (Publisert 11. november 2022).
7. HELFO. Individuell stønad til kolesterolsenkende legemidler (PCSK9-hemmere). <https://www.helfo.no/> (Sist oppdatert: 21. november)
8. Personlig meddelelse. Statens legemiddelverk v/ Hallstein Husbyn. 14. desember 2022.
9. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Praluent b) Lipitor c) Repatha <https://www.legemiddelverk.no/> (Sist oppdatert a) 6. september 2022 b) 25. februar 2022 c) 19. august 2022).
10. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Forebygging av hjerte- og karsykdom. Bruk av statiner og andre lipidsenkende medikamenter ved primærforebygging av aterosklerotisk hjerte- og karsykdom. (Sist oppdatert: 5. mars 2018).
11. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje. Forebygging av hjerte- og karsykdom. Bruk av statiner og andre lipidsenkende medikamenter ved sekundærforebygging av aterosklerotisk hjerte- og karsykdom. (Sist oppdatert: 5. mars 2018).
12. Mach F, Baigent C et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: Lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J* 2020; 1; 41(1): 111–188.
13. Huang YT, Ho LT et al. Efficacy and safety of proprotein convertase subtilisin/kexin type 9 inhibitors as adjuvant treatments for patients with hypercholesterolemia treated with statin: A systematic review and network meta-analysis. *Front Pharmacol* 2022; 4; 13: 832614.
14. Grundy SM, Stone NJ et al. 2018 AHA/ACC guideline on the management of blood cholesterol: a report of the American college of cardiology/American heart association task force on clinical practice guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2018; 25; 73(24): e285–e350.
15. Schmidt AF, Carter JL et al. PCSK9 monoclonal antibodies for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2020; 20; 10 (10): CD011748.
16. Schwartz GG, Steg PG et al. ODYSSEY OUTCOMES Committees and Investigators. Alirocumab and cardiovascular outcomes after acute coronary syndrome. *N Engl J Med* 2018; 29; 379(22): 2097–2107.

Pasientgrupper som vil få tilbud om PCSK9-hemmere på blå resept fra 1. januar (6):

- Familiær hyperkolesterolemi primærforebygging: LDL >3,6 mmol/l
- Familiær hyperkolesterolemi sekundærforebygging: LDL >2,6 mmol/l
- Aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom uten tilleggsrisiko: LDL >3,6 mmol/l
- Diabetes mellitus og aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom: LDL >2,6 mmol/l
- Aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom med tilbakevendende kardiovaskulære hendelser: LDL >2,6 mmol/l
- Aterosklerotisk kardiovaskulær sykdom med tidligere hjerteinfarkt: LDL >2,6 mmol/l

Grenseverdiene for LDL-kolesterol angir konsentrasjonen etter optimal bruk av statiner/ezetimib.

HELENE ÅSHEIM
Lege i spesialisering,
RELIS Midt-Norge,
Avdeling for klinisk farmakologi,
St. Olavs hospital

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

FRODE EDVARDSEN
Spesialist i allmennmedisin,
Konstituert overlege og lege i spesialisering,
Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

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

Velkommen og lykke till! ➡ Tove Rutle – lagleder

Om å ta vare på og løfte – Pasientene og hverandre

Jeg har gått på en spennende vei i allmennmedisinen; fra spesialiteten ble til – og inn i fastlegeordningen. Jeg har vært lege for de samme pasientene og skiftende generasjoner i distriktet i førti år. I refleksjonene på veien gjennom eget legeliv, og i lyset av de sterke menneskemøtene som har vært i tusenvis av samtaler gjennom dette legelivet, er den gjensidige tilliten mellom lege og pasient en rikdom og en gave. Som lege er det en øvelse å lære å se at det ofte skal lite til for å «løfte dem som sliter». I fastlegehverdagen er det nødvendig å respektere at ikke alle er like sterke. De svakeste har mest bruk for oss. De har mest bruk for det lille ordet på vei til laboratoriet; den ekstra setningen om hverdagen «der ute» og «hvordan det går». Dette holder KOPF-prinsippet levende uten at vi selv sliter oss

ut, og gjennom KOPF også lære oss å ta vare på hverandre i travelheten. Trygt felleskap og delt begeistring på og i fastlegejobben er en god profylakse for å kunne bli i faget lenge. Det er noe vi har bruk for nå.

Jeg har valgt et dikt av en av mine favorittpoeter: Gunnar Roalkvam. Det har et eget budskap til fastlegen og til kollegene, om å «lyfta» – pasientene og hverandre i hverdagen gjennom åpenhet og fagfellesskap i den samme hverdagen.

Gunnar Roalkvam er ekte siddis (=født og oppvokst i Stavanger). Han er historiker/samfunnsviter og har skrevet fem diktsamlinger. Mange vil kjenne tekstene hans fra sangtekster framført av Svein Tang Wa, Sigvart Dagsland, Reidar Larsen, Per Inge Torkelsen, Ryfylke, Rønnaug Foss Alsvik m.fl.

Diktene hans er gitt ut separat, men «de beste» finnes også i *Samlede dikt 1981–2021*, utgitt på forlaget Wigestrands.

Roalkvam treffer med korte linjer eller mange vers, livets virkelige innhold, utfordringer, og er ikke fri for politiske innspill som treffer tanken og refleksjonen.

Jeg har utfordret min kollega Elisabeth Swensen fra Flatdal, som også har lang fartstid i distrikt. Elisabeth har en skarp penn og har alltid hatt et stort engasjement for allmennmedisinen; og hun har mot til å heve røsten for de aller svakeste – med kritiske innspill, for eksempel da Lov om psykisk helsevern ble endret for i overkant av et tiår siden.

Hilsen fra

ANNE MATHILDE HANSTAD

Når me lyfte kverandre

Der e någen som må beras gjønå livet,
Det betyr at någen andre må gjør det,
Det e ganske enkelt sånn som livet e.
Det e ingen grunn te klaga,
Viss du ikkje har ei plaga,
Må du vera glad for at du får det te.

Der e mange som må leias gjønå livet,
Det betyr at någen andre må gjør det,
Det e ganske enkelt sånn som livet e.
Det e ingen grunn te grina,
Når ikkje solå plent vil skina,
Må du vera glad for at du sjøl kan se.

Der e mange som må pleias heila tidå,
Det betyr at någen andre må gjør det,
Det e ganske enkelt sånn som livet e.
Det e ingen grunn te syta,
Om någen ber deg om å yta,
Må du vera glad for at du kan gjør det.

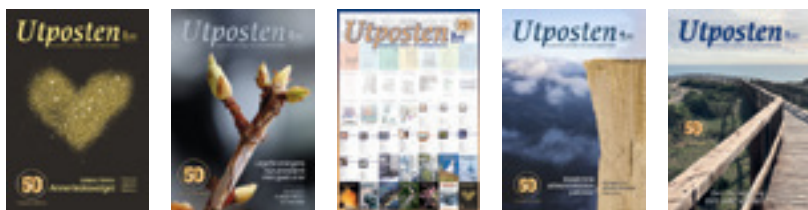
Der e mange som ikkje finne meining,
Ein gode grunn for å leva livet her,
Det e ikkje enkelt sånn som livet e.
Men de ska'kje leida lenge,
Før de ser ka någen trenge,
Då kan de finna meiningen i det.

Hvis de som føle seg sterke,
Vil gå te verket
Og bera de som slide,
Leia de som har det stritt,
Vil me se at så bitte lide
Ska der te for at adle får sitt.
Når me lyfte kverandre.

GUNNAR ROALKVAM



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Utposten

annonseinfo 2023

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

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: Aksell, Aurveien 14, 1930 Aurskog. www.aksell.no

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@aksell.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	13. januar	25. januar	6. februar
②	25. februar	8. mars	20. mars
③	5. april	26. april	8. mai
④	22. mai	7. juni	19. juni
⑤	16. august	30. august	11. september
⑥	27. september	11. oktober	23. oktober
⑦/⑧	8. november	29. november	11. desember

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 14.12.2022: 8-2022
- 27.1: 7-2022
- 31.3: 1-2023
- 5.6: 2-2023
- 30.6: 3-2023
- 11.8: 4-2023
- 3.11: 5-2023
- 1.12: 6-2023
- 15.12: 8-2023
- 27.1.2024: 7-2023

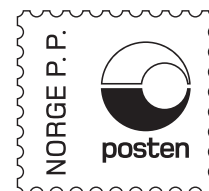
WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim



LEGELIVET

FOTOKONKURRANSE

Vi fortsetter fotokonkurransen i 2023! Vi fikk inn mange flotte, inspirerende og morsomme bilder i fjor, og ønsker å se enda flere glimt av deres «Legeliv».

Temaet «Legelivet» favner bredt og gir rom for foto fra ditt nydekorerte legekontor, det vel- eller uorganiserte laboratoriet, fra hverdagen på fastlegekontoret eller i samfunnsmedisinens tjeneste. Bildene må gjerne invitere til refleksjon eller illustrere aspekter som man kan ta med seg videre i legegjerningen.

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

Husk samtykke dersom ditt foto inneholder gjenkjennbare personer.
Foto kan sendes på epost til: korutle@gmail.com

