

Utposten

2 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Velkommen til
dr. Sundbys verden

Medisin og litteratur
Livmorhalsprogrammet
Reisebrev fra Malawi

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: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK: **aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Neste krise er allerede på vei – er vi forberedt?

Arild Iversen

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Velkommen til dr. Sundbys verden

Harald Sundby intervjuet av Njål Flem Mæland

7 DIKT: Pasientsentrert metode

Harald Sundby

8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Trenger vi behandle blærekatarr med antibiotika?

Snorre B. Sæveraas, Tobias Dahlgren og Sigurd Høy

10 Å lese mennesket

Hos fastlegen kommer novellene inn hvert 20. minutt

Kari Thori Kogstad

14 Barn og legemiddelbehandling, en særlig utfordring
– om Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

Henrik Underthun Irgens, Margrete Einen og Inga Marthe Grønseth

16 SKRIVEKURS: Legeerklæring som sjanger

Njål Flem Mæland

18 Inspirasjonshefte for sykmeldingsarbeid

Bente Aschim og Eli Ringstad Skeid

20 Pasienter med mild og moderat kne- og
hoftelddsartrose skal behandles i primærhelsetjenesten

Inger Holm

22 ANDRE REISEBREV FRA MALAWI:
Helsesystemer og beredskap – to sider av samme sak

Trude Arnesen

26 Klinisk forskning på fastlegekontorene og bruk av PraksisNett

Guro Fossum

27 Stor interesse for å bruke fastlegedata fra PraksisNett

Lisbeth Nilsen

29 I begynnelsen var kontoret

Endre Osen Skjølberg

30 Primær HPV-testing til alle, men cytologi er fortsatt viktig

Ameli Tropé, Birgit Engesæter og Kjersti Marie Lyche

32 Kvalitetsindikatorer på legevakt

Tone Morken, Merete Allertsen og Janne Kristin Kjøllesdal

35 Sakset fra allmenntedisinsk forskning

Kompilert av Lisbeth Nilsen

36 KOLLEGAHJØRNET: Norsk Onkologisk faggruppe

Daniel Henrich og Inger Marie Sandvik

37 FAGGRUPPER: Faggruppe legevakt

Eldbjørn Furnes

38 Utposten får oppdatert nettside

Redaksjonen

39 BOKANMELDELSE: Høyaktuell bok

«Dumme pasienter og troll til pleiere» anmeldt av Eli Berg

40 FASTE SPALTERDu HVA LESER LEGEN **40**RELIS **41**LYRIKKSTAFETTEN **44**

Neste krise er allerede på vei – er vi forberedt?

I mange år har vi visst at helseøkonomien vil bli trangere og at prioriteringene derfor blir vanskeligere (1). Knapphet på personell og begrensede muligheter for å øke helsevesenets andel av nasjonale utgifter, presser fram endringer av hvordan vi skal drive framtidens helsetjenester. En nær framtid med et nærmest umettelig behov for helsehjelp gjør at 2023 blir et år i utredningenes, kommisjonenes og utvalgenes tegn. Helsepersonellkommisjonen, ekspertutvalget for gjennomgang av allmennhelsetjenesten, sykehusutvalget, tannhelseutvalget og apoteklovutvalget skal alle levere på sine oppdrag i løpet av året. I tillegg ligger en ny prioriteringsmelding i støpeskjeen, men detaljene er foreløpig ukjente.

Skal vi klare å ivareta en offentlig helsetjeneste, må vi sikre at både helsearbeiderne og brukerne av helsevesenet har realistiske forventninger til hva systemet kan levere. Helseminister Kjerkol gir i disse dager uttrykk for at det er begrensninger for hva helsetjenesten kan yte. Selv om det kan være smertefullt å høre at man ikke kan forvente samme nivå på helsetjenestene som vi har i dag, kan en slik forventningsavklaring bidra til å bevare den legitimiteten som er nødvendig for å opprettholde et offentlig helsevesen.

Endringene vil komme, og vi må innrette oss slik at våre stemmer fra allmennmedisinen og samfunnsmedisinen høres. Situasjonen i dag er at spesialisthelsetjenesten har en overveldende faglig dominans når det gjelder forskning og utvikling. Det er særdeles få forskningsprosjekter som foregår i regi av kommunehelsetjenesten sammenlignet med spesialisthelsetjenesten, og det er få doktorgrader som gjennomføres av leger i kommunehelsetjenesten. Sykehuseier og lovgiver (Stortinget) har gjennom spesialisthelsetjenesteloven § 3-8 pålagt helseforetakene å drive forskning, mens kommunene i helse- og omsorgstjenesteloven §8-3 kun skal *medvirke til og tilrettelegge* for forskning.

Utarbeidelse og implementering av nasjonale føringer og retningslinjer for

helsetjenesten er derfor sterkt preget av spesialisthelsetjenestens faglige dominans. Et konkret eksempel er implementering av det nasjonale pakkeforløpet *Hjem for pasienter med kreft* (2). Det ble nedsatt en arbeidsgruppe på seksten deltagere, hvor halvparten var fra spesialisthelsetjenesten og tre var fra kommunehelsetjenesten. Pakkeforløpet har tre samhandlingspunkt, hvor kun ett av disse foregår i spesialisthelsetjenesten. Fastlegen er tiltenkt en sentral rolle i de to andre samhandlingspunktene, men ingen av landets ca. 5000 fastleger deltok i implementeringsgruppen.

Man kan undres hvordan denne ubalansen påvirker gjennomføringsevnen og jeg vil vise til et velkjent begrep: compliance. Et sentralt prinsipp for å øke etterlevelse er medvirkning. Om vi bruker compliance om ledelse av helsetjenesten, har nasjonale helsemyndigheter og spesialisthelsetjenesten fortsatt en lang vei å gå for å sikre økt etterlevelse og eierskap til de nødvendige tiltak som må utføres i samarbeid med kommunehelsetjenesten, eller som del av den enhetlige helsetjenesten som helsepersonellkommisjonen (3) har foreslått.

Pandemien brakte fram en beundringsverdige evne til omstilling. Skal vi klare å redusere ubalansen mellom helsetjenestene, vil det også kreve mye. Men uten forskning og utvikling i den delen av helsetjenesten hvor det overveldende flertallet av pasientkontakter forekommer, er det vanskelig å forestille seg hvordan vi skal overkomme den kommende ressurskrisen.

Samfunnsmedisinen og allmennmedisinen må også være oppmerksom på at et helsevesen med ressursknapphet

vil bidra til økt sosial ulikhet i helse, om mekanismene som fører til nedprioritering av grupper og personer med lav sosioøkonomisk status ikke får oppmerksomhet. Det er viktig at et helsevesen med begrensede muligheter fortsatt settes i stand til å motvirke sosiale ulikheter i helse (4), som er en grunnleggende forutsetning for dets legitimitet, og samtidig et nasjonalt lovfestet mål (5).

REFERANSER

1. Grund, J., Sykehusledelse og helsepolitikk, i Sykehusledelse og helsepolitikk. 2006, Universitetsforlaget s. 304–306.
2. Helsedirektoratet, Nasjonal plan for implementering av pakkeforløp hjem for pasienter med kreft. 2022–2023. s. 22.
3. Helsepersonellutvalget, NOU 2023: 4, Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. 2023. s. 16.
4. Lanes, L. Helseforskere ut mot Kjerkol: – Kan føre til større sosial ulikhet. 2023 (Lest: 30.01.2023); Tilgjengelig fra <https://www.nrk.no/tromsog-finnmark/helseforskere-ved-uit-ut-mot-helseminister-ingvild-kjerkol-om-eldreomsorg-og-ansvar-for-alderdom-1.16272983>.
5. Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseoven, i §1. Formål. 2012.

ARILD IVERSEN

Velkommen til dr.

Harald Sundby ■ INTERVJUET AV NJÅL FLEM MÆLAND

Vi skal besøke Kalvskinnet legesenter. Et merkelig navn, tenker du som ikke er fra Trondheim. Navnet kommer av at området på et eller annet tidspunkt ble verdsatt til ett kalveskinn. En stusselig verdivurdering av en hel bydel! Her skal jeg møte fastlege Harald Sundby, og jeg gleder meg. Det blir alt annet enn stusselig. Harald er en ordkunstner, en reglesmed, et oppkomme av kreativitet og ideer. En gang jeg var her ønsket han meg velkommen til Kalvskinnet senter for helse, sosial og bjørnetjenester! Dette blir gøy.



FOTO TORHILD AUKAN

Allerede på venterommet ser jeg at Kalvskinnet legesenter ikke er som legesentre flest. Her er ting et hakk mer gjennomtenkt. Skjermen på venterommet lyser mot meg med korte dikt:

«Hvis du møter veggen, hils fra meg!»

«Det er når verdens fineste menneske viser seg å være nettopp bare et menneske, at hun blir enda finere.»

Det ligger en bevisst tanke bak valg av disse linjene. Diktene skal skape den rette stemningen for den ventende pasienten. Harald kan fortelle at det var to opsjoner da det ble montert skjerm på venterommet. Gratis – men da med reklame, eller betalt av legesenteret selv – og da uten reklame. For Kalvskinnet legesenter var det selvsagt å velge uten reklame, «dette er ikke Lerkendal stadion!» Her treffer jeg Harald i sitt rette miljø, et miljø hvor han har lokket fram tårer, latter og helse gjennom 21 år som fastlege, etter at han først var landsbylege i seks år i Selbu kommune. Her har han også hentet inspirasjon til sine mange artikler, ikke minst i Utposten, som har gledet og rørt våre lesere helt siden den første artikkelen sto på trykk i 1998. Vi starter slik Harald har lært tallrike studenter å gjøre, med et åpent spørsmål: – Fortell litt om livet ditt på Kalvskinnet!

HARALD SMILER og lener seg tilbake i stolen, han humrer: – Det er i alle fall ikke kjedelig. Vi kan si: Ikke kjedelig. Intenst. Krevende. Best av alt: Veldig meningsfylt – og grenseløst! – Det siste er vel ikke så bra! skyter jeg inn, – Hvordan setter du grenser? Harald humrer igjen: – Det må jeg tenke mer på! Godt spørsmål. Jeg er nok ikke så god på å sette grenser. Jeg pleier å si at jeg er god på grensesettingsstrategier – men bare rent teoretisk! Et av grensesettings-

Sundbys verden



Velbrukt kryss-i-taket-tavle.

problemene mine er at jeg er så nysgjerrig, jeg blir aldri lei av å utforske problemene til pasienten, sammen med dem. Jeg tror det oppleves som at jeg er ganske tilstedeværende i samtaler.

Harald fortsetter – vi er i åpen modus: – Jeg har utviklet noen kommunikasjonsstrategier som vel kan synes litt overraskende. Jeg skriver ofte resepter hvor det står: «Ikke ta deg sammen – tre ganger daglig – i de neste femten årene.» Mange henger denne resepten opp på kjøleskapet eller på speilet på badet. For noen dager siden ble jeg stoppet av en dame på gaten som sa at hun for 11 år siden hadde fått en slik resept av meg, og at det var den beste resepten hun noen sinne hadde fått. Jeg har også en tavle i taket over stolen til pasienten. Den bruker jeg som et «avviksregisteringssystem» når det skjer noe ekstra positivt. Det kan være når en pasient har oppnådd noe, nådd et stort mål. Da får pasienten et kritt, og får lov til å sette kryss i taket! Jeg låner da gjerne pasientens mobiltelefon og tar bilde for dem av denne givenheten. Begrepet kryss i taket

kommer fra «kors i taket». Man skar i middelalderen inn et slikt kors i taket når man mente det gode hadde vunnet over det onde. Jeg begynte denne tradisjonen da en dypt relasjonsskadd pasient hevdet at han aldri hadde opplevd noe som helst positivt i sitt møte med helsevesenet, unntatt en episode med en psykiater mange år tilbake i tid. Pasienten fortalte at psykiateren reiste seg begeistret etter at pasienten hadde greid å bryte en barriere ved å gå på butikken. Psykiateren sa «nå setter jeg et kryss i taket», og gjorde nettopp det! Vi har også en slik tavle på møterommet vårt, og setter samarbeidskryss i taket når et møte har vært vellykket. Det har gått sport hos NAV-ansatte å få kryss i taket på Kalvskinnet!

JEG SNUR MEG mot veggen bak pasientstolen. Her er det et kart, kjent fra en tidligere artikkel i *Utposten* (1). Kartet er pakket med små knappnåler i forskjellige farger. Hver nål representerer en pasient fra et land utenfor Norge. Rød nål betyr «fordrevet». Det er over 400 slike nåler nå, hver er

en pasient med sin historie. Pasientene plasserer selv sine nåler på kartet. Kartet har blitt et geopolitisk kart. Midtøsten er fullt, så her har Harald måttet gå over til tynnere nåler. – Jeg sier at jeg samler på utlendinger, og de fleste liker å bli samlet på, særlig de fordrevne, for de er vant til å bli avvist. Jeg opplever også at det gir en trygghet å se at man ikke er alene, her har det vært utlendinger før, det kommuniserer et vær-velkommen. Jeg ber også alle om å lære meg å si «velkommen» på sitt språk, og journalfører det, slik at jeg kan ønske velkommen på morsmålet ved neste møte. Disse strategiene er overraskende potente. Det gir meg også en følelse av at dette er min lille verden. Her bestemmer **jeg**.»

Harald har også et glass med små kameler på kontoret. – Kamelspising er å måtte akseptere noe negativt. Dette er noe jeg kan gi når en situasjon er uavvendelig. Det ene perspektivet er at man i livshistorien har blitt behandlet reseptløst. Jeg gir da en slik kamel og sier «hvis du spiser en slik kamel til nå, så dør du av kamelforgiftning!»

Eller så kan det være at noen står i en situasjon hvor ytre endring ikke er mulig, gjerne i situasjoner hvor pasienten har blitt bitter. Det må være en situasjon hvor det passer med galgenhumor. Jeg har opplevd at bitterhet blir til latter når jeg drar fram en kamel og sier: «Av og til må man svelge en kamel!» Galgenhumor er en underkjent mestringsstrategi. De beste terapitimene er der hvor man ender med å le. Humor og latter ufarliggjør og reduserer stress. En av de enkleste måtene å få folk til å le på er faktisk å påpeke at de har galgenhumor. Slike ting kan kanskje virke litt tullete, men det er et alvor bak det. Å være i pasientrollen er eksistensielt sett ofte skambelagt, skummelt, alvorlig og ensomt. Jeg forsøker å rigge min praksis slik at denne angsten blir mindre.

Jeg kjenner at jeg må gå litt i meg selv her. Er dette noe jeg kunne gjort? Resepter med respekt, kryss i taket, velkommen på tallrike språk, kamelspising ... Jeg er usikker på om det lar seg overføre til en så vidt tørr og kjedelig person som meg selv. Det føles rett og slett fremmed, uten at jeg med det tenker at jeg er en dårlig lege. Jeg deler disse tankene med Harald.

– Det vil jeg si litt om, svarer Harald. – Jeg kan forstå det. Jeg bruker uortodokse metoder, født av et kreativt hode. Jeg kan være redd for at det oppleves useriøst. Det er i hvert fall ikke nedfelt i noen retningslinjer! Vi ler litt sammen ved tanken på «retningslinjer om kamelspising», eller «anbefalinger for bruk av kryss i taket». Harald fortsetter: – Det kan nok oppleves rart, derfor spør jeg ofte om tillatelse – jeg veiskilter – «Er det greit for deg at jeg gjør noe rart?» Jeg opplever også at så lenge det er gjort med respekt, med tillitt i bunn og med omsorg, så kan man gjøre mye. Jeg tenker ofte om yngre leger at de godt kan slippe seg mer løs og legge fra seg en del alvor og flinkhet. Alle må finne sin stil, men jeg ønsker å utfordre andre leger til å være litt mer seg selv. Sikker er jeg på at det i humor, og i galgenhumor spesielt, ligger en uforløst kraft i hverdagsmedisinen, en helende mulighet.

HARALD BLIR STILLE igjen en stund, men tar selv opp tråden. – Når jeg nå snakker om disse tingene, så opplever jeg jo at det er fagutvikling, utvikling for meg i min måte å gjøre ting på, men som også kan være nyttig for andre. Et annet eksempel: Vi avdekker hvilke forventninger pasientene har til oss. Før sa jeg: «Har du gjort deg noen tanker om hvordan JEG skal ta dette videre?» Nå sier jeg: «Har du gjort deg noen tanker om hvordan VI skal ta dette vide-

Et glass med små kameler – kan disse brukes terapeutisk?





To tiår med aktiv lytting, tårer og latter på Kalvskinnet har satt spor etter seg, blant annet i Utposten.

re?» Bare ved å bytte ut det ene ordet **jeg** med **vi** så får pasienten kontroll, og prosjektet gjøres til noe vi har felles, og ikke noe som er ovenfra og ned.

Det er på tide å oppsummere Harald sin karriere litt. Allmennlege, som nevnt først i Selbu, og så i byen. Formende for Harald har også undervisningen i klinisk kommunikasjon vært, ved lege-pasientkurset ved NTNU. Det har gitt interessen for kommunikasjon, som blant annet har resultert i en håndbok i klinisk kommunikasjon (2). Videre har møtet med bosniske flyktninger i Selbu vært formativt. Harald har fått en interesse for migrasjonshelse, og underviser i dette. Harald er også opptatt av det han kaller «marginalmedisin», interessen for dem som har havnet utenfor økonomisk, sosialt, på grunn av avhengighet, de utstøtte. Harald forteller selv: – Det er jo her vi finner mest lidelse. Viktig her har jo vært mitt barndomshjem, med far som var professor i sosialmedisin og mor som var professor i barnepsykiatri. Jeg syntes det var litt for typisk at jeg valgte samme karrierevei. For å gjøre det på min måte forbannet jeg meg på å følge en klinisk løpebane, ikke en akade-

misk. Jeg anla kritisk distanse til akademia, nesten litt foraktfull. Det var jo litt tåpelig, mer en form for selvplaging. Nå er jeg udelst stolt over det mine foreldre sto for. Jeg mener at jeg på min måte har lyktes bra i å forvalte det videre.

JEG MINNES EN SAMTALE for mange år siden hvor jeg luftet frustrasjon over slitasjen ved, på kjørende legevakt, stadig å havne i sykebesøk med uløselig sosial elendighet. Harald sa da til meg noen få setninger, kanskje sa han: «Det er jo nettopp dem vi er der for! Og det er ingen andre enn oss som er så gode på det! Det er jo det som er kjernen i allmennmedisinen, nettopp at det ikke er medisinsk!» Disse setningene var nok til å endre mitt syn på kjørevakter, og siden har jeg unngått sittende vakter, og nesten bare hatt kjørevakter.

Harald fortsetter: – I samfunnet vårt har vi subtile krefter for avvising som gjør at enkeltindivider og grupper faller utenfor. Det forsterker helseproblemene. Jeg opplever at også helsevesenet kan være avvissende, og det skjer altfor ofte. Det har også blitt min skjebne, at jeg ikke greier å akseptere

den urettferdigheten at et hjelpesystem påfører helseskade.

Det aner meg hvor dette fortsetter. – Du er jo på vei ut av fastlegepraksis, Harald. Kan det henge sammen nettopp med ditt engasjement for de utstøtte?

HARALD NIKKER. – Ja. Den viktigste grunnen er tilsynsmyndighetene. Jeg har hatt flere tilsynssaker. Det er mitt sosiale engasjement som har gitt disse sakene. Det dreier seg om foreskrivning. Mange vil da med en gang tenke at jeg må være en slepphendt, dumsnill lege. Jeg vil påstå både at jeg ikke er det, og at ingen som kjenner meg godt vil mene det. Jeg tror det handler om at jeg tør å stå i dilemmaer. Et dilemma er valg mellom to eller flere alternativer, der alle opplever problematiske. Foreskrivning innebærer slike dilemmaer. I møtet med nye pasienter, så starter ikke jeg med nedtrapping av medisiner. Dilemma-medisinen er etterpåklokskapens hjemmebane. Tilsynspraksis slik jeg har opplevd den fram til nå har vært etterpåklok, feilsøkende uten tabbevoter, basert på sparsomme journalnotater. Det er jo i seg selv et dilemma: I møtet

med sammensatte vansker – skal jeg bruke tiden på pasienten eller på fryktbasert dokumentasjon? Et slikt journalnotat, et av et titalls skrevet denne dagen, blir vurdert av ansiktsløse byråkrater og med 10 måneders handlingstid. På det verste er dette strukturell vold. Det er i ferd med å bli mer dialogbasert nå, men for meg er det for sent. Jeg er varig tilsyns-traumatisert. Styggen på ryggen er for meg fylkeslegen.

Harald har kalt karrieren sin for «karriereveien fra helvete». Dette fordi han på samme tid som han har hatt slike tilsyn, også har fått betrodde oppgaver nettopp på samme område. Han fikk kritikk for å ha brutt LAR-retningslinjer. En måned senere ble han invitert med inn til å lage nye LAR-retningslinjer. Han fikk advarsel i 2021 for uforsvarlig foreskrivning. Etter det har han en rekke ganger blitt invitert til å holde foredrag om nettopp forsvarlig foreskrivning, også av helsedirektoratet. Engasjementet for LAR-pasienter førte til at han fikk Løvetannprisen i 2012. – Ja, det har vært solide oppreisninger, men samtidig har dette vært så tøft at jeg har vært sykemeldt i perioder.

Harald har nylig fylt 60 år. Når han fyller 61 år, så er han heltidsansatt lege i NAV. Litt merkelig for en lege som har skapt ordet «Nav-makt?» (3).

HARALD SMILER IGJEN. – Nettopp. Hm! Det er forskjellige grunner til det, tilsyn er en, sviktende hørsel er en annen, en tredje er et ønske om tydeligere, ytre rammer rundt jobb. Jeg så utlyst stilling i NAV, søkte og gikk i jobbintervju. Der ble det et tema at jeg hadde skrevet kritisk om NAV. Jeg opplevde at nettopp det ble sett på som en kompetanse. Det var avgjørende for at jeg kunne starte i en slik jobb. Her er det takhøyde, tenkte jeg! Det ble også lagt vekt på min lange, kliniske erfaring, og at jeg har vært med på så mye fagutvikling. Jeg er også blodfan av velferdsstaten, som jo på mange måter er nettopp NAV.

Mens vi snakker sammen har jeg lagt merke til en ting til: I hjørnet av kontoret til Harald henger det et fantastisk, fint vevd teppe, med Harald selv som motiv. Det er sikkert en historie knytte til det teppe også, tenker jeg, og ber om å få høre.

Harald forteller villig. – Det teppe fikk jeg av en traumatisert flyktning. Hun hadde opplevd helt forferdelige ting, nærmest uvirkelige traumer. Hun var konstant stressaktivert og lidende. Hun var mange timer hos meg hvor hun fortalte om alle traumene, og det eneste jeg kunne gjøre var å validere. Plutselig fikk jeg hatefulle tanker, jeg ønsket at hun skulle gå ut av mitt liv. Det nådde



Dette teppe fikk Harald Sundby av en traumatisert, persisk kvinne som var pasient hos ham.

et punkt hvor jeg ikke kunne bære all lidelsen, all avmakten. Da akkurat denne timen var over tok hun fram dette teppe, som en gave. Så satt jeg der med takknemlighet i stedet. Det var en fin opplevelse: Gjensidig takknemmelighet. For meg er dette persiske teppe bokstavelig talt et bilde på kraften i validering. Så jeg har omskrevet Hippokratens' ed: Sjelden kurere, ofte lindre, alltid **validere**. Altså: Alltid gjøre pasientens opplevelser og symptomer gyldige. Der avmakten rår avviser vi ofte i stedet, på direkte eller indirekte måter. Det forsterker ensomheten. Og så syns jeg det ligger noe paternalistisk i det hippokratiske **trøste**. Så jeg går for **validere**.

JEG BLIR STILLE. Jeg tenker at akkurat den historien om kraften i validering vil jeg ta med meg ut i vintermørket. For nå er det på tide å forlate Kalvskinnets legesenter. Det føles merkelig og uvirkelig – at Harald om få uker ikke er fastlege lenger. Alt har

en slutt, det vet vi jo. Men sporene Harald har gått opp, er synlige for oss andre fordi han har bidratt så sterkt til å *skrive sitt fag* (4). Som en avslutning vil jeg derfor anbefale et nettsøk: «Utposten Harald Sundby». Jeg kan love leseropplevelser som står seg. Les, le, gråt og bli klok. En av artiklene heter «Avmakt og NAVmakt. En bekymringsmelding» (5). NAV skal få kjørt seg!

REFERANSER

1. https://www.utposten.no/journal/2021/3/m-519/Kveldsbønn_fra_helvete.
2. <https://fastlegen.no/artikkel/håndbok-i-klinisk-kommunikasjon>.
3. <https://resett.no/2020/10/13/overlege-kritisk-til-systemet-navmakt-kan-gjore-folk-sykere/>
4. Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. Tidsskr Nor Lægeforen 1984; 104: 1343–6.
5. https://www.utposten.no/journal/2016/2/utposten-chapter-14/Avmakt_og_NAVmakt_-_en_bekymringsmelding.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Pasientsentrert metode

Som det framgår av intervjuet, finnes det rikelig med assosiative koblinger i Harald sin allmennlegehjerne. Det fortelles at når det faglige engasjementet når et visst nivå, trigges også et særegent cerebralt «nødrimsenter» i hans hjerne. De faglige perspektivene omdannes til allmenn stunt-poesi. Faggruppen for klinisk kommunikasjon har utgitt en egen *Håndbok i klinisk kommunikasjon* (1). Boka avsluttes med en oppsummering i 14 vers, som optimistisk ender slik: «Dette fikser du, ingen tvil. Praksis venter, lykke til!»

1. https://www.legeforeningen.no/contentassets/473c173f8c9345be8a3300966f066e1b/handbok-kk-final-edition-3.0_.pdf



Er jobben din strevsom, og du står ganske fast
Du merker en mangel på faglig ballast?
La oss da få aktivere ditt hode
Her kommer en kortversjon av
Pasientsentrert Metode

Slik de gjør det i Cambridge og Calgary
Er slik VI også gjør det i vårres by.
En kløktig plan, gjør det ditt eget
Men pasienten venter, så nå tar vi steget

Først en pause, legg bort kavet og maset
Gjør deg klar til en varm og blid åpningsfase
Dernest bare sett deg, og start med å lytte.
Hold kjeft noen minutter, det vil komme til nytte

Så gransker dere sammen mer om problemet:
«Så det sitter altså mest i det VENSTRE benet?
Og hva har pasienten tenkt om det selv
Hvis DET glemmes, blir det tidlig kveld

Så langt så godt, tenker du der i stolen
Dette kan jeg, har lært det på skolen.
Så kommer tvilen, hvordan var det igjen?
Bokstaven F, og det ganger fem!

Begynn gjerne sånn: «Bekymrer du deg?»
Da vil du merke at dere er på vei
Nå bygges det tillit, nå reises et hus
Len deg tilbake, du er i prosessmodus

Det neste tema er plagenes konsekvenser
«Lever du med det, eller gir det deg grenser?»
OG «Jeg tror jeg forstår, men si meg en ting ...
Om denne timen, hva er din forventning?»

Da blir ofte det neste steget:
«Merkelig spørsmål, det er jo DU som er lege»
«Joda, fru Andersen, det er noe vi begge vet
Jeg prøver bare å jobbe litt pasientsentrert»

«Greit nok det, men den metoden er rar
Jeg kom hit for å få noen svar»
Og der, kjære fastlege, ble du satt litt på plass
Veiskilt ferden, og gi litt gass

«Dette, fru Andersen, skal vi finne ut SAMMEN
Og det får vi til, det tror jeg jammen!
Jeg prøver å få til en god dialog
Du merker vi snakker samme slags sprog??»

Nå har du fortalt, og vi skal analysere
Men aller først må vi oppsummere:
Du ønsker en MR, rett og slett
Og det litt fort. Har jeg forstått deg rett?

Her kommer en test, følger du med?
Hva var det legen glemte i sted?
For det er sikkert, her mangler noe viktig!
En ripe i lakken, for å si det forsiktig

For å kalle det konsultasjon, og ikke bare gnål
må forutsetninger fram, men da er du i mål
Nå gjenstår bare stetoskopi og palpasjon
Etterfulgt av en skarp klinisk konklusjon

Da runder dere av, tiden er inne
Den neste timen må sekretæren finne
Nå merker du godt at du er nesten rørt.
Planen fungerte, pasienten ble hørt!

Dette fikser du, uten tvil
Praksis venter, lykke til!

H. SUNDBY

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.

Trenger vi behandle blærekatarr med anti

■ SNORRE B. SÆVERAAS • Legevakslege, rådgiver ved Antibiotikasenteret for primærmedisin

■ TOBIAS DAHLGREN • Fastlege, seniorrådgiver ved Antibiotikasenteret for primærmedisin

■ SIGURD HØYE • Allmennlege, førsteamanuensis, leder av Antibiotikasenteret for primærmedisin

Blærekatarr kan være vondt og plagsomt, og antibiotikaresistens som trussel føles nok svært abstrakt for mange. Hvordan kan vi få pasienten med på laget uten å skrive ut antibiotika?

Mer enn halvparten av alle kvinner får blærekatarr i løpet av livet, og seksuelt aktive unge kvinner er mest utsatt. Blærekatarr er den vanligste bakterieinfeksjonen hos kvinner og medfører mye antibiotika- bruk i allmennpraksis. Helt siden virksomme antibiotika ble tilgjengelig, har det vært vanlig å behandle tilstanden med antibiotika, blant annet for å forhindre komplikasjoner og minske symptombyrde.

Men blærekatarr var ingen dødelig sykdom før antibiotika ble tilgjengelig. De siste årene er det gjennomført mye forskning som lar oss gjenoppdage denne sannheten: Det kan være trygt å avstå fra antibiotika ved behandling av ukomplisert cystitt. I Nasjonal faglig retningslinje for antibiotika- bruk i primærhelsetjenesten står det derfor nå at pasienter med milde til moderate symptomer som aksepterer å avvende antibiotikabehandling, kan få råd om egenbehandling, og at vent-og-se-resept kan tilbys.

Informasjon på resept

En utfordring er å kommunisere dette budskapet godt. Ved Antibiotikasenteret for primærmedisin har vi nylig utarbeidet pasi-

entbrosjyren «Antibiotikafri resept – blærekatarr», som er sendt ut til alle landets fastleger og legevakter. Den er også tilgjengelig for nedlastning på antibiotika.no (1). Dokumentet er laget med utgangspunkt i retningslinjen, og gjelder for *ukomplisert cystitt*. Dette defineres som akutt cystitt hos en ellers frisk, ikke-gravid kvinne mellom 15 og 65 år uten kompliserende forhold i urinveiene. Hovedformålet med brosjyren er å gjøre kvinner med blærekatarr oppmerksomme på at de ikke nødvendigvis trenger antibiotika. Pasienten får informasjon om tilstanden, nyttige råd og beskrivelse av tegn som bør føre til ny legekontakt.

Ibuprofen og diklofenak

Kan smertestillende medisin fungere like godt som antibiotika? I Tyskland sammenliknet man bruk av ibuprofen med fosfomycin – et urinveisantibiotikum som er førstevalg ved blærekatarr i Tyskland (2). To av tre pasienter i den første gruppen ble friske uten antibiotika, men symptomene varte omtrent en dag lengre i gruppen som fikk ibuprofen. Noen flere i denne gruppen utviklet også nyrebekkenbetennelse.

Det samme spørsmålet stilte forskere i Skandinavia seg i 2018, i en studie ledet av Antibiotikasenteret for primærmedisin. Her ble ibuprofen sammenliknet med pivmecillinam (3). I denne studien fant man liknende resultater som i Tyskland. Over halvparten av kvinnene som fikk behandling med ibuprofen, ble symptomfrie uten tillegg av antibiotika. Fire prosent av de som

fikk behandling med ibuprofen, utviklet nyrebekkenbetennelse, mens ingen i antibiotikagruppen fikk nyrebekkenbetennelse. En britisk studie fra 2019 sammenliknet urtemedisinen *Uva ursi* mot placebo i behandlingen av blærekatarr (4). Alle pasientene fikk en vent-og-se-resept, og halvparten av kvinnene i begge behandlingsgruppene fikk råd om å ta ibuprofen ved behov. Blant de som tok ibuprofen, var det kun 35 prosent som hentet ut vent-og-se-resepten mot 51 prosent av de som ikke brukte ibuprofen. Ingen pasienter utviklet nyrebekkenbetennelse.

I fagmiljøet diskuterer man hvorvidt bruk av annen smertestillende behandling enn NSAIDs er mer gunstig, da den immundempende effekten av NSAIDs muligens kan bidra til utvikling av nyrebekkenbetennelse. Basert på disse studiene har man i den norske retningslinjen konkludert med at en tre-dagers kur med NSAIDs ikke kan anbefales som førstevalg ved ukomplisert cystitt. Det vurderes likevel ikke som farlig å ta ibuprofen sporadisk ved behov for symptomlindring av blærekatarr. Når dette er sagt; vi kunne gjerne ønsket oss en studie som sammenlikner paracetamol og antibiotika ved blærekatarr.

Vent og se

Blærekatarr er altså ofte en selvbegrensende tilstand, og for kvinner med milde eller moderate symptomer kan vent-og-se-resept tilbys og bidra til å redusere antibiotika- bruk uten å risikere høyere komplika-

biotika?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sjonsrate. Ved bruk av vent-og-se-resept kan antibiotikabruk reduseres med ca. 20 prosent, og man har sett at over halvparten av dem som fikk vent-og-se-resept, unn-gikk å hente ut antibiotika (5, 6). Bruk av vent-og-se-resept kan med andre ord være en nyttig strategi både for pasienten og samfunnet.

Hvilke kvinner kan anbefales en vent-og-se-strategi, og hvem bør tilbys umiddelbar antibiotikabehandling? Ut ifra tilgjengelig kunnskap kan man si at kvinner med uttalte symptomer bør anbefales antibiotika, mens kvinner med milde til moderate symptomer kan anbefales en vent-og-se-strategi dersom de er villige til å avvente antibiotikabehandling.

Det kan også se ut som at kvinner med synlig hematuri eller kraftig utslag på blod på urinstix og positiv dyrkning, har større sannsynlighet for forlenget forløp eller pyelonefritt hvis de ikke blir behandlet med antibiotika (7). Ved hematuri bør man i tillegg ha blærekreft i bakhodet som differensialdiagnose.

Snakk sammen

Det er et stort potensiale for samvalg ved blærekatarr, og lege og pasient kan sammen komme frem til en god løsning. Ved øvre, virale luftveisinfeksjoner kan det lett bli en skjevkommunikasjon, fordi legen «vet» at pasienten ikke bør ha antibiotika, mens pasienten i noen tilfeller tror antibiotika vil hjelpe. Når det gjelder blærekatarr derimot, er situasjonen mer åpen. Antibiotika-

behandling kan tilbys hvis pasienten har et sterkt ønske om det, eller avventes hvis pasienten aksepterer dette. Dermed kan pasient og lege snakke sammen om fordele og ulemper ved antibiotikabehandling. En intervjustudie av kvinner viser at mange synes det er greit å vente inntil tre dager med antibiotika, dersom de har milde symptomer og ikke har viktige avtaler fremover. Det er også interessant å merke seg at dersom pasienten får noe annet enn smertestillende i tillegg, for eksempel tranebærjuice, vil de kunne være mer interessert i en vent-og-se-resept – selv om effekten av tranebærjuice mot cystitt er diskutabel (8).

Konklusjon

Kvinner med ukomplisert cystitt har svært liten sjans for utvikling av alvorlig sykdom, selv om de ikke behandles med antibiotika. Kvinnen kan imidlertid forvente å oppleve noe sterkere og mer langvarige symptomer, cirka tre til fem dager med antibiotika og cirka halvannen dag lengre uten (9). Det er viktig at de raskt kontakter lege igjen dersom de skulle få feber, rygg-smerter, oppkast eller liknende.

Ved at pasienten er bevisst på hva som bør føre til ny kontakt med helsevesenet, praktiserer god egenomsorg og eventuelt har en vent-og-se-resept tilgjengelig, kan vi forhåpentligvis unngå en del forskrivninger og bidra til redusert antibiotikaresistens. Det vil være nyttig for både pasienten og samfunnet.

REFERANSER

1. <https://www.antibiotika.no/antibiotikafri-resept-blaerekatarr/>.
2. Gágyor I, Bleidorn J, Kochen M.M, Schmiemann G, Wegscheider K, Hummers-Pradier E. Ibuprofen versus fosfomycin for uncomplicated urinary tract infection in women: randomised controlled trial. *Bmj*. 2015; 351: h6544.
3. Vik I, Bollestad M, Grude N, Bærheim A, Damsgaard E, Neumark T, et al. Ibuprofen versus pivmecillinam for uncomplicated urinary tract infection in women-A double-blind, randomized non-inferiority trial. *PLoS Med*. 2018; 15(5): e1002569.
4. Moore M., Trill J., Simpson C., Webley F., Radford M., Stanton L., et al. Uva-ursi extract and ibuprofen as alternative treatments for uncomplicated urinary tract infection in women (ATAFUTI): a factorial randomized trial. *Clin Microbiol Infect*. 2019; 25(8): 973–80.
5. Little P., Moore M.V., Turner S., Rumsby K., Warner G., Lowes J.A., et al. Effectiveness of five different approaches in management of urinary tract infection: randomised controlled trial. *Bmj*. 2010; 340: c199.
6. Knottnerus B.J., Geerlings S.E., Moll van Charante E.P., ter Riet G. Women with symptoms of uncomplicated urinary tract infection are often willing to delay antibiotic treatment: a prospective cohort study. *BMC Fam Pract*. 2013; 14: 71.
7. Kaußner Y., Röver C., Heinz J., Hummers E., Debray T.P.A., Hay A.D., et al. Reducing antibiotic use in uncomplicated urinary tract infections in adult women: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Clin Microbiol Infect*. 2022; 28(12): 1558–66.
8. Gbinigie O.A., Tonkin-Crine S., Butler C.C., Heneghan C.J., Boylan A.M. Non-antibiotic treatment of acute urinary tract infection in primary care: a qualitative study. *Br J Gen Pract*. 2022; 72(717): e252–e60.
9. Midby J.S., Miesner A.R. Delayed and Non-Antibiotic Therapy for Urinary Tract Infections: A Literature Review. *J Pharm Pract*. 2022; 8971900221128851.

■ SIGURD.HOYE@MEDISIN.UIO.NO

Å lese mennesket

Hos fastlegen kommer novellene inn hvert 20. minutt.

■ KARI THORI KOGSTAD • Redaktør i *Utposten*

Foredraget ble holdt på PMU på kurset Litteratur og Medisin oktober 2022



ALLE FOTO: KARI THORI KOGSTAD

Han som passer på lydene

Jeg hadde kjent han fra en håndfull konsultasjoner etter at han i en litt overarbeidet periode fikk et høyt blodtrykk. Han hadde en lederstilling i et større firma og var avgjort på livets plusside, en rasjonell og romslig, trygg kar, godt gift og voksne unger som var glade i livet.

Jeg hadde vikar i praksisen min da skredet i Gjerdrum gikk og jeg møtte han derfor første gang da jeg var tilbake på legekontoret åtte måneder etter katastrofen

Han forteller sin historie, om huset på skredkanten der han fortsatt bor, og om natta da det skjedde og det forferdelige bråket som vekket han. Bilen var pakket for nyttårsfeiring på hytta dagen etter. – Vi må komme oss unna, vi tar bilen, hadde min pasient ropt til kona. De setter seg i bilen og kjører noen meter før asfalten krøller seg opp rett foran frontruta. De kaster seg ut av bilen og løper i motsatt retning og berger livet begge to. Han er ute av jobb noen uker, men kommer seg tilbake. – Det eneste nå er at jeg ikke sover noe særlig, forteller han meg. Jeg nevner da at det finnes jo medisiner for søvn. Han ser da på meg og sier: – Nei takk. Jeg må passe på. – Hva passer du på, spør jeg. «Lydene» svarer han – Jeg reiser opp på hytta i helga og gjerne en tur midt i uka, og der sover jeg. Harepus trenger jeg ikke passe på.

Han må passe på lydene.

For ordens skyld – historien er gjengitt med pasientens klare samtykke.

Og han er samtykkekompetent.

Jeg lover!

Jeg var så heldig å overvære et av forfattermøtene Aschehoug arrangerte nå i høst i forbindelse med sitt 150-årsjubileum som forlag. Tittelen på møtet var «Menneskenes hjerter», og innleder definerte litteratur som et forsøk på å nå inn til menneskenes hjerter. Da ble jeg helt sikker. Å være allmennmedisiner har mye til felles med å være forfatter. Vi forsøker alle å nå inn til menneskenes hjerter, som Sigrid Undset i sin tid definerte at «aldri vil forandres».

Jeg tror jeg er her fordi jeg er redaktør i *Utposten* og kanskje fordi jeg i juni publi-



serte en artikkel i *Tidsskriftet Michael*, et tidsskrift utgitt av Det Norske Medicinske selskab, sikkert kjent for noen i forsamlingen.. Artikkelen het «Å se mennesket. Kan innsikt i psykoterapi gi bedre møter hos fastlegen?» (1). Her forklarer jeg de gamle psykoterapibegrepene med et språk fastleger og andre med interesse for tema kan forstå, og jeg har skrevet ut noen kasuistikker som belyser fenomenene. Les gjerne artikkelen – den ligger gratis på nett!

I følge *Store norske leksikon* er et av de viktige kjennetegnene på sjangeren novelle, at det dreier seg om fiksjon. Legger en det til grunn, så faller tittelen på mitt foredrag bort og også selve foredraget mitt. Jeg har tatt sjansen på å legge meg ut med *Store norske leksikon*, for jeg tenker at pasientenes fortellinger uten tvil har litterære kvaliteter. Deres historier minner om noveller, og liv fortettes i korte historier og noen ganger i et par setninger. Legger en sammen konsultasjoner gjennom et liv, er det klart at romaner også utspiller seg foran fastlegens nese – hver dag.

Så lever også fastlegen sitt liv sammen med pasientene og noen av oss tettere og

lengre enn andre. Jeg bikker 25 år i samme praksis på samme liste nå rett over jul. Jeg vokste opp i kommunen jeg bor og jobber i, og tenkte det var et altfor lite sted til at jeg noen gang skulle vende tilbake. I min barndom på 70-tallet var vi 3500 innbyggere og nå er vi 7000. Nærheten til familienettverk gjorde at jeg likevel tok med meg mann og to barn og slo meg ned igjen, og to unger ble til fire. Jeg er tidlig oppe i dag for å sende den yngste i militæret. Hun skal kjøre tanks og sprengte broer og forhåpentligvis bygge noen opp igjen. Det er også en novelle. «Når babyen din drar i militæret» er likevel allerede skrevet i Kari Bremnes sangtekst «Min sønn», så jeg lar det ligge.

Novellene fastlegen får hver dag, eller kanskje heller historiefortellingene, vil jeg si er den aller viktigste drivkraften i livet mitt som fastlege. Hva forteller folk? Hva forteller de ikke? Hvordan forteller de det? Hvem er de?

Det er sagt om terapi – at det i bunn og grunn handler om å hjelpe folk med å få en historie om livet sitt som de kan leve med. Her vet jeg at norske fastleger leverer betydelige bidrag hver dag.

I artikkelen min som jeg refererte til innledningsvis, skriver jeg dette;

«Fastleger kommer ofte tett inn på livet til pasientene sine, i et omfang mange andre leger ikke gjør. Deres arbeidsområde er «hele mennesket», og når allmennleger diskuterer sitt fag, henviser de ofte til konkrete pasienterfaringer.

Professor i allmennmedisin Ian McWhinney (1926–2012) beskriver i artikkelen *The importance of being different* (2) at allmennmedisin er den eneste medisinske disiplinen som definerer seg ut fra relasjon, a priori pasientens kontaktårsaker og helseproblemer. McWhinney gjengir en passasje fra Umberto Ecos storverk *Rosens navn*, som beskriver hvordan observatøren fra lang avstand vil se dyr på beite. På nærmere hold vil han se at det er hester, mens på nært hold vil han gjenkjenne en hest han kjenner navnet på, og eieren til. Og dette, sier McWhinney, er allmennlegens perspektiv. Og nettopp derfor, sier han, drøfter allmennleger i mindre grad enn andre leger sitt fag på sykdomsnivå. De tar oftere utgangspunkt i den individuelle kasuistikken.» *Sitat slutt*

Å fortelle sin historie har mange aspekter

Å sette ord på ting kan skremme spøkelser ut av kottet og dette vet en kan gjøre noe med den vonde hendelsen. Det som er så vondt at vi «ikke finner ord» forblir udefinert stort og vondt og kan vokse helt ut av kontroll. Å gi noe ord er å ramme det inn. Fastlegen må gi pasientene **tid** og **rom** til å lete etter og finne ordene, men kan også måtte hjelpe til og nennsomt foreslå ord. Jeg bruker ofte «når jeg tenker hvordan du har hatt det og hvordan jeg **tror** du tenker, så kommer jeg på at dette kanskje kan minne deg om ...» Dette grepet har jeg erfart er virksomt. Tar en feil, er det lett å si «nei, da tok jeg vel feil. Det var min kortslutning», men skjer det en sjelden gang, er det ofte pasienten kommer tilbake seinere som sier «Ja husker du at du sa det (og det er det jo ikke alltid



jeg gjør) «jeg sa nei da. Men det var jo sant, Du kjenner meg bedre enn jeg gjør sjøl». Og det gjør jeg jo ikke, men fastlegen har lik forfatteren et ytre blikk på det indre som skjer, og mønstre som tegner seg fram. Mønstre inni pasienten som er spesielt for dette mennesket og mønstre som minner om mer universelle avtrykk av bestemte hendelser.

I *Michael*-artikkelen har jeg også skrevet ut denne kasuistikken med disse kommentarene.

Mannen og mor

Han var en vennlig mann jeg sporadisk hadde hatt på kontoret for alminnelige plager. Med flere års mellomrom uttrykte han at li-

vet var vanskelig. Han var tilbakeholden og ordknapp. Jeg henviste han ved noen anledninger videre til psykolog. Der sluttet han gjerne etter kort tid. Litt tilfeldig spurte jeg hvorfor han hadde sluttet hos den siste psykologen. Det slo meg da at han virket så redd for å kreve sin plass, redd for at hans vansker ikke skulle være viktige nok. Disse tankene delte jeg med han. Jeg sa, litt uventet for meg selv, at det kunne minne meg om barn av alkoholikere som har lært seg å ikke synes, og som i voksne år blir redd for å ta plass. Han rettet seg da merkbart opp og responderte: «Det er det rareste jeg har hørt. Jeg fikk for noen dager siden høre at mora mi var full gjennom mer eller mindre hele min oppvekst. Det forsto jeg aldri da.»

Sitat fra artikkel i *Tidsskriftet Michael* 2/2022:

Forsvarsmekanismen denne mannen hadde utviklet som barn, nemlig å ikke ta plass og bare trekke seg tilbake, hadde han tatt med seg videre i livet. Dette hindret ham i å få adekvat hjelp som voksen. Fastleger kan definitivt utmattes av pasienter som krever for mye, men vi må også legge merke til dem som krever for lite.

Fastleger møter hver dag mennesker med vonde erfaringer fra oppveksten. Gjennom et langt voksenliv vil mange klandre dem man vokste opp med for ikke å ha vært til stede og gitt omsorg. Den innsiktsfulle fastlegen kan forstå dette og gi bekreftelse. Iblant kan det i seg selv bli et vendepunkt, eller det kan på lengre sikt bidra litt til å lindre et savn pasienten bærer med seg.

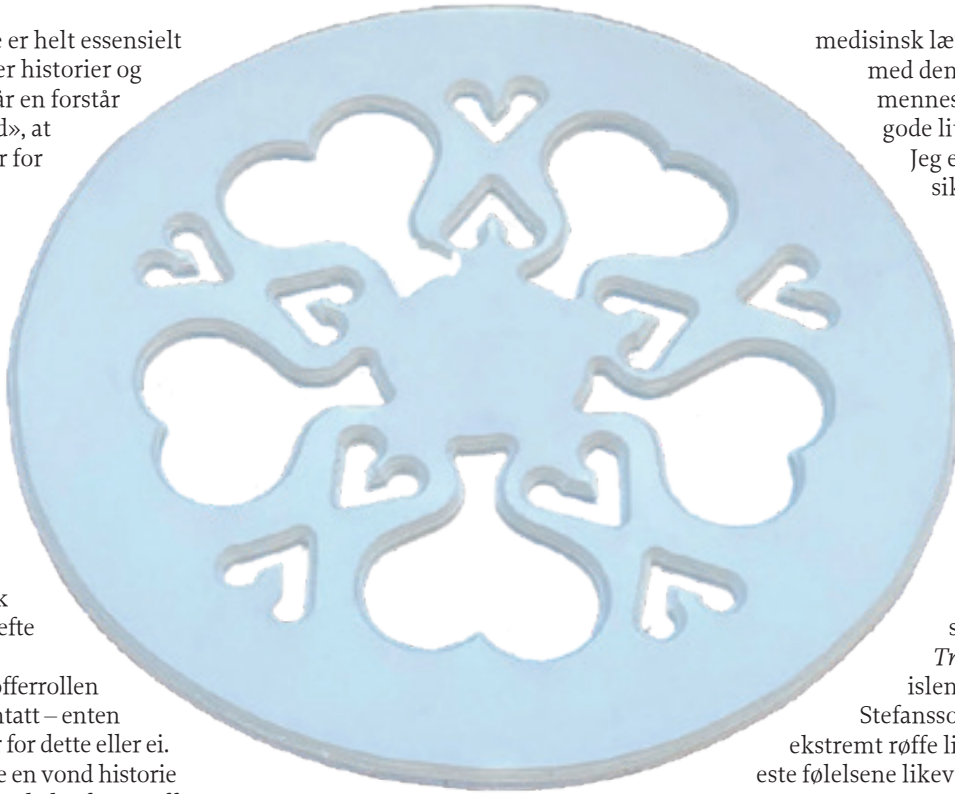
Når jeg etter mange år betrakter mannen med alkoholisert mor på denne måten, og plutselig evner å sette ord på hans forsvarsstrategi, kan vi snakke om mønstergjenkjenning. Fenomenet omtales i Getz et als artikkel om hvordan allmennmedisinsk arbeid kan betraktes i lys av kompleksitetsteori (3). Leger er i utgangspunktet trent i å gjenkjenne konsjonelle diagnostiske mønstre som diabetisk koma, leddgikt eller bipolar lidelse. Men evnen til *mønstergjenkjenning* kan utvikles også på det relasjonelle planet, hvor legen kan spørre seg: «Hva er det egentlig som foregår nå?» Hva minner dette om? Og like viktig som mønstergjenkjenning er mønsterbrudd. Mange fastleger kan fortelle om situasjoner der en kjent pasient sa eller gjorde noe uventet, og at dette ledet legen til å identifisere alvorlig sykdom. Leger som ikke kjente pasienten ville derimot lettere ha bagatellisert situasjonen. *Sitat slutt*

Historiefortellingen på fastlegekontoret handler i stor grad om det som har vært og som viser seg fram i det som er. Jeg har allerede røpet min interesse for psykoterapi som jeg utviklet under sykehusåret i akutt-psykiatrien, etter å ha vært allmennlege i åtte-ni år. Ukentlig veiledning hos psykoterapeut var en del av undervisningen for leger i utdanningsstilling. Dette ble praksisendrende for meg. Jeg gikk fra å trøste til å bekrefte, som på engelsk blir enda mer snerten; from comfort to confirmation, i stedet for å si «Dette var leit å høre, men det går nok snart over, eller ja sånt kan skje og det er lite vi kan gjøre med det utover å komme oss videre. Gjort er gjort og spist er spist.», gikk jeg over til «ja når jeg nå har hørt deg fortelle historien din, så skjønner jeg at du er lei deg». Min lille dreining med disse enkle ordene har rett foran nesa mi gitt et forbløffende resultat. Folk blir lettet over bekräftelsen, og kan fort finne på å raskt komme i gang med å trøste seg selv og går faktisk videre. De kommer heller ikke tilbake med historien på samme vis som når en ikke bekrefter. Historien blir ferdig behandlet.

Å bekrefte historiene er helt essensielt fastlegearbeid. Og hva er historier og hva er noveller? Hva når en forstår at historiene er «skrudd», at opplevelsen inneholder for mye fiksjon og for lite fakta? For mye novelle og for lite sann historie. Hva da?

Opplevelsen eier uansett den enkelte. Vi kan ikke si de ikke har opplevd det de har gjort. Så kan det være lite hensiktsmessig å gi næring til en historie som folk har og som de faktisk ikke lever godt med. Mange fastleger kan nok også frykte at det å bekrefte pasientens lidelse er det samme som å bekrefte offerrollen vi opplever at de har inntatt – enten det er åpenbare grunner for dette eller ei. Jeg vil påstå at å bekrefte en vond historie ikke er det samme som å bekrefte en offerrolle, tvert imot kan en bekreftelse hjelpe pasienten ut av rollen. «Ja dette har du opplevd, og dette gjør vondt. Kanskje vil det alltid gjøre vondt. Hvordan kan du leve livet ditt etter dette. Er det noe du likevel kan få til fordi om dette har skjedd? Hva er det viktigste for deg? Hva bryr du deg om?» Så veves pasientens historie fra nær og fjern fortid inn i historien som utspiller seg inne på legekontoret, og som igjen kaster lys over historiene som kan komme til å skje framover.

Å hjelpe pasienten med å etablere en historie om det som har skjedd, kan også være et virksomt grep. Dette behøver ikke å starte i noe som i utgangspunktet er følsomt. En helt vanlig kartlegging ved en mer eller min-



dre velbegrunnet helsekontroll er å spørre om foreldre ble gamle, og hva de døde av. Overraskende mange har upresise svar på dette. Så kommer det kanskje noe om en oppvekst som kan ha vært nokså røff og om det å ta tidlig ansvar som kan kaste viktig lys over pasientens helsesituasjon. Å igjen utfordre pasientene og spørre dem «Hva er mors og fars historie» kan vise seg veldig fruktbar. Det kan bidra til viktig forsoning. Det er vanskelig å gi det du ikke har fått.

At litteraturen og medisinen står i et gjensidig forhold, er for meg åpenbart. Jeg ser ting i mitt fastlegeliv som jeg tenker er god litteratur og jeg leser god litteratur som beskriver godt det jeg ser hver dag. Innsikten litteraturen tilbyr er unik. Ingen

medisinsk lærebok kan måle seg med den viktige innsikten i menneskets irrganger som gode litterære verk kan gi.

Jeg er for eksempel sikker på at å fordype seg i Ambjørnsens beskrivelser av Elling har økt min toleranse for og forståelse av marginale liv. Å lese *Kristin Lavransdatter* på ungdomsskolen åpnet øynene mine for hvordan både sterke følelser og like sterk pliktfølelse styrer menneskeliv.

Trilogien om Gutten av islendingen Jon Kalmar Stefansson forteller også om ekstremt røffe liv der de aller sterkeste følelsene likevel sprenger seg veg.

Å se mennesket er arbeidet både forfatteren og fastlegen setter seg ned ved skrivebordet for å ta fatt på hver dag. Deres observasjoner, analyser og registreringer av resonans opp mot eget liv tror jeg må likne. Vegen til menneskenes hjerter er deres felles prosjekt.

REFERANSER

1. Kogstad K.T., Getz L. Å se mennesket. Kan innsikt i psykoterapi gi bedre møter hos fastlegen? *Michael* 2022; 19: 143–59.
2. McWhinney I.R. William Pickles Lecture 1996. The importance of being different. *Br J Gen Pract* 1996; 46: 433–6. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1239699/> (29.12.2022).
3. Getz L., Hjørleifsson S., Saxtrup N. et al. Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde. *Michael* 2021; 18: 17–39.

■ K-TKOGS@ONLINE.NO

UTMÅLING AV DET INTRAOKULÆRE TRYKKET (IOP)

HÅNDHOLDTE TONOMETERE OG TILBEHØR FRA ICARE KJØPES HOS RODENSTOCK NORGE



IC200

HOME 2

IC100

Ta kontakt med oss:

Tlf.: 915 49 371

Epost: olst@rodenstock.no

UTSTYRSAVDELINGEN.NO

R
RODENSTOCK
UTSTYRSAVDELINGEN

Barn og legemiddelbehandling

– om Nasjonalt kompetansenettverk for leger

■ HENRIK UNDERTHUN IRGENS • Overlege, ph.d., Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn

■ MARGRETE EINEN • Sykehusfarmasøyt, Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn og Sjukehusapoteket i Bergen

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Fastlege, Sørbyen legesenter i Trondheim

Legemiddelmangel er ikke noe nytt. Dette har vært en stadig større del av hverdagen til fastlegene gjennom 2022, men det er kanskje få som har tenkt over at barns tilgang til passende formuleringer og doseringer er langt mindre selvfølgelig enn for voksne, særlig i et lite marked som Norge.

Legemiddelbehandling av barn medfører i tillegg andre spesielle utfordringer som må ivaretas. Siden 2009 har derfor Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn jobbet for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap.

Like før jul 2022 gikk det ut melding til fastlegekontorene i Trondheim om utbrudd av skarlagensfeber i skoler og barnehager. På mangt et legekonto satt barn med feber, vondt hals, utslett og jordbærtunge. Men der diagnosen ofte raskt kunne stilles, var behandlingen ikke like selvsagt som før. Den lille pasienten med foreldre vandret gjerne ut døren med en resept på standardbehandlingen fenoksymetylpenicillin mikstur. Et kvarter senere ringte apotek eller foreldre med beskjed om at denne ikke var å oppdrive. Fastlegen måtte «skrive ut noe annet». Det tok ikke lang tid før amoxicillin-resepten kom like raskt i retur – det var mangel på det også.

Barn er ikke små voksne

Hvor ofte hører vi ikke i forskjellige sammenhenger at barn ikke er små voksne. I medisinen verden er dette ekstra viktig å huske på. Kanskje er det først og fremst de medisinsk-biologiske aspektene man tenker på når man leser dette – men en minst like stor utfordring er de etiske, finansielle, regulatoriske og administrative sidene ved legemiddelbehandling av barn.

Norge er et lite marked for legemiddelprodusentene, og det er lite kommersielt potensiale ved normalt salg av de spesielt tilpassede barneproduktene som tross alt

finnes. Når et legemiddel mister sin beskyttende patent, åpnes markedet for konkurrenter og prisen faller. Det er imidlertid slik at konkurrentene kun går inn i markedet med de produktene som har størst volum og inntjening. Dette har gang på gang ført til at originalprodusenten etter noen år med økt konkurranse og lavere salg i hele sortimentet trekker barnestykken, gjerne miksturen, fra markedet. Norske barns behov for legemidler må derfor ofte på viktige områder ivaretas gjennom bruk av legemidler utenfor godkjenning (det som står i *Felleskatalogen*, «off-label») og/eller legemidler på registreringsfritak. Dette har en rekke uheldige konsekvenser, som utfordringer med å finne gode doseringsanbefalinger i nasjonale oppslagsverk.

Et tverrfaglig kompetansenettverk

Det avstedkom derfor sterke reaksjoner fra det norske pediatrike miljøet da barns behov ikke ble nevnt i Legemiddelmeldingen av 2005. Diskusjonen i etterkant av dette, mellom det pediatrike miljøet og stortingsrepresentanter, førte til et stortingsvedtak:

«Stortinget ber Regjeringen legge forholdene til rette for å heve norsk kompetanse på legemiddelbehandling til barn gjennom å etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansenettverk.»

ST.MELD. NR. 18; 2004–2005

Prosessen som fulgte, førte til opprettelsen av Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn ved Haukeland sykehus i Bergen. Nettverket består av en stab, en styringsgruppe og legemiddelutvalg (LMU-

er) ved landets 20 barneavdelinger. I styringsgruppen sitter, i tillegg til leder (lege) og daglig leder (farmasøyt), en representant fra hver av landets helseregioner og en representant fra primærhelsetjenesten (allmennlege). Dette nettverket har nå gjennom mer enn ti år arbeidet for at legemiddelbehandling til barn skal være hensiktsmessig og trygg, og i størst mulig grad basert på dokumentert kunnskap. Nettverket har videre arbeidet for at alle parter som er involvert i legemiddelbehandling barn skal ha, eller ha tilgang til, nødvendig og relevant kunnskap, og at de kan handle og samhandle på en hensiktsmessig, korrekt og trygg måte. Kliniske forskningsposter ved universitetssykehusene skal bidra til at Norge kan tiltrekke seg kliniske legemiddelutprøvinger og ta del i avanserte behandlingsprotokoller for barn og ungdom.

Inn mot primærhelsetjenesten har nettverket arrangert et årlig årseminar, med tema og relevans tilpasset målgruppen. Temaet for 2022 var «riktig bruk av ikke-reseptpliktige legemidler hos barn og ungdom». I etterkant av dette er et undervisningsopplegg for barn og ungdom under utvikling, et av mange spennende prosjekter som står på trappene.

Det månedlige nyhetsbrevet som nettverket gir ut, inneholder en fast spalte med informasjon av og for fastleger. I det daglige arbeidet vil allmennleger også ha særlig nytte av informasjon på nettverkets nettside. Her finner man relevante tema som metoder for manipulering av legemidler til barn, tilgjengelige miksturer og informasjon og brosjyrer til barn og foreldre om hvordan barn kan bruke og innta legemidler på en trygg og hensiktsmessig måte.

Nettverket har også sørget for å ha informasjon knyttet til dosering av legemidler tilgjengelig for alle som er involvert i behandling av barn. Dette er spesielt viktig når man som kliniker må bevege seg uten-

ding, en særlig utfordring

midler til barn

for det handlingsrommet som er beskrevet i Felleskatalogen. Nettverket fikk tidlig laget en avtale med BNF-C om nasjonal tilgjengelighet i Norge, men da det for noen år siden ble begrensninger i bruken, valgte man å innlede et samarbeid med Nederlandske Kinderformularium. Dette førte til opprettelsen av KOBLE, primært et doseringsverktøy som er oversatt og tilpasset fra nederlandsk. Koble driftes av Norsk Legemiddelhåndbok, i tett samarbeid med nettverket.

Da fenoksymetylpenicillin-mangelen slo inn, var det nettverket sammen med antibiotikasenteret for primærhelsetjenesten og norsk barnelegeforening som utarbeidet en prioriteringsliste for alternative og tilgjengelige antibiotika i situasjonen. Slike oppgaver som avhjelper faktiske utfordringer på legekantorene rundt om i det ganske land, ønsker nettverket å bidra mer i. Da trenger vi informasjon og innspill fra dere som faktisk sitter på disse kantorene. Tips oss gjerne dersom det er noe som kan være viktig å kjenne til eller jobbe med i denne sammenhengen.

Send oss gjerne en e-post!
Adressen er: post@legemidler.tilbarn.no

■ HENRIK.
UNDERTHUN.
IRGENS@
HELSE-
BERGEN.NO



Legeerklæring som sjanger

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Legeerklæringer er en sjanger, altså en bestemt type tekst som passer til et bestemt formål. En legeerklæring skiller seg fra andre tekster i sin form og i sitt innhold, men også i hva som er forventet språkbruk. Kjennskap til hva en erklæring skal inneholde og hvordan den bør skrives vil forenkle arbeidet med erklæringer og gi bedre kvalitet på erklæringen.

Det er skrevet mye om legeerklæringer både av artikkelforfatteren (1) og av andre (2, 3). Det er også forsket på feltet, blant annet i en relativt fersk norsk doktorgrad (4). Formålet med denne artikkelen er ikke å gi en komplett oversikt over feltet. Tanken er heller å dele et utvalg av egne erfaringer i en enkel og lettlest artikkel. Vi starter med begrepet rolle.

Det er viktig å ha klart for seg at man ikler seg forskjellige hatter – eller roller - i livet, på tross av at man er samme person hele tiden. Det er ikke bare legitimt, men nødvendig og faktisk lovpålagt. Det er intet falskt eller bedragerisk over det å sjonglere med roller. Jeg kan være far i en relasjon, sønn i en annen, og kunde i en tredje. Det forventes ulike ting av meg i disse rollene. Slik er det også når jeg jobber som lege. I dialogen med pasienten er jeg behandler, og som sådan på pasientens side. Jeg er empatisk, validerende og støttende, og viser tydelig at jeg vil den andre vel. Når jeg skriver erklæring skifter jeg rolle, eller hatt, og møtes med andre forventninger. Lovverket beskriver dette på en god måte (5). I rollen som erklærer, eller sakkyndig, skal jeg være varsom, nøyaktig og objektiv. Jeg må altså heve blikket, se hele situasjonen utenfra, nærmest uten følelser. Jeg skal unngå å ha en personlig agenda, og jeg må forholde meg til fag mer enn til person.

I skarp motsetning til sakkyndigrollen står advokatrollen. Det er legitimt å være advokat – men ikke når man skriver en legeerklæring. Jeg skal altså ikke spesifikt fremme pasientens agenda, men legge fram saken på en nøktern måte. Et eksempel på advokatrolle: «Pasienten har slitt i motbakke hele livet. Nå er det på tide at han får fred. Han er svært plaget og orker ikke flere tiltak.» Her går legen ut over det mandat som er tillagt sakkyndigrollen, og vi merker det på språkbruken. Det uttrykkes synspunkter, men ikke noen premisser for disse. I samme sak er det som sakkyndig mulig å skrive:

«Han har hatt mange helseplager helt siden 90-tallet. De siste årene har han delvis vært sengeliggende. Han må ha hjemmetjenester for å ivareta ADL-funksjoner som personlig hygiene, mens han klarer å ordne med matinnkjøp og matlaging selv.»

Nok om roller! Vi skal se litt på et annet viktig poeng, nemlig at det ikke alltid er riktig å skrive en erklæring, eller i alle fall ikke alltid *bare* å skrive en erklæring. En mor kommer til konsultasjon og sier: «Og så trenger jeg at du skriver en attest til min datter om at hun ikke kan dusje på skolen». Her bør faglig nysgjerrig og et ønske om å hjelpe datteren vekkes hos legen. Hva er det som gjør at hun ikke vil dusje med de andre jentene i klassen? Er det sykdom bak et slikt ønske? I så fall hva? Trenger hun hjelp og behandling? Det riktige vil altså i første omgang være ikke å skrive erklæring, men å tilby datteren en samtale.

I lovverket står det også at en erklæring bare skal inneholde opplysninger som «er nødvendig for formålet» (5). Det er det viktig å merke seg. I en erklæring om arbeids-evne er det derfor et brudd på taushetsplikten å omtale diagnoser som ikke har betydning for funksjon. Det betyr også at det ikke er relevant for mottager – her NAV – å lese detaljerte beretninger om barndommen til en person. Det kan være relevant å oppsummere en traumatisk barndom med en kort setning: «Barndom-

Under primærmedisinsk uke arrangerte redaksjonen i Utposten et skrivekurs inspirert av Per Fuggeli sin artikkel: «Du skal skrive ditt fag!» I en serie artikler vil vi gi korte glimt fra kurset i håp om å vekke skriveglede og skriveferdigheter hos våre lesere.

men var preget av omsorgssvikt, og han ble plassert i barnevernsinstitusjon da han var femten år gammel», mens opplysninger ut over dette ofte ikke tjener formålet. Det er av samme grunn risikabelt å bruke uredigerte epikriser som vedlegg. Disse inneholder gjerne opplysninger som går ut over mottagerens behov.

Så til neste poeng, nemlig: Det er vanskelig, for ikke å si umulig, å skrive en god erklæring om man ikke har hatt et godt pasientforløp! Dersom en pasient er utredet uten klare konklusjoner, dersom man ikke forstår denne personen sin situasjon eller har gitt adekvat behandling, dersom man ikke har kartlagt funksjon – ja, da hjelper det ikke med godt språk. Fine ord kan ikke pynte brura! Det er nødvendig å gjøre en god legejobb for å kunne ha noe meningsfylt å skrive om.

Jeg vil gi et eksempel på dette, hentet fra hverdagen som rådgivende lege i NAV. La oss se på setningen: «Han kan ikke jobbe på grunn av den påviste fasettleddsartrosen på MR-bildene.» Medisinsk er sammenheng meningsløs. Et slikt MR-funn forklarer ikke ryggsmertene, men er et normalfunn. Det kan virke uskyldig med en slik misforståelse, men setningen må forstås som at legen har tolket funnet som invalidiserende, og formidlet det til pasienten. En slik fortolkning vil bidra til å kronifiseres smertene, og altså gjøre pasienten sykere. Det er ingen god legejobb. NAV må da tenke at pasienten ikke har fått riktig behandling.

Et tydelig språk er et godt språk. I erklæringssammenheng oppstår ofte uklårheter når ting skal graderes, altså når man skal beskrive hvor uttalt en tilstand er. Her er adjektiv og adverb til lite nytte.

«Han er forferdelig plaget av sin KOLS. Han får store problemer når han går. Han er svært overvektig. Han får ikke til noe i hverdagen. Han kan hverken sitte eller stå.»

Alle disse setningene er uklare, lite varssomme, og lite nøyaktige. De bryter altså med lovverket. Medisinske tilstander kan i



stor grad graderes, og det fins det systemer for. «Alvorlig KOLS» er eksempelvis definert som FEV1 under 50 prosent av forventet verdi. Alternativt kan man oppgi spirometriverdier. «Han har KOLS» sier lite om en sykdom som til og med kan være asymptomatisk. «Forferdelig plaget» er vanskelig å forholde seg til, vi vet jo ikke hva plagene består i! Gangfunksjon kan beskrives i form av tempo og gangdistanse. Vekt kan beskrives med BMI. Hva en person får til og ikke får til kan beskrives med en enkel vandring gjennom en vanlig dag, med vekt på ADL-aktiviteter, fritidsaktiviteter og aktiviteter som er relevant for arbeid. En person som hverken kan sitte eller stå – fins det? I så fall ligger vel personen hele tiden? Som leser undres man: Stemmer virkelig det?

Som leger er vår primæroppgave å stille diagnose og å gi behandling. Diagnose og behandling bør da være viktig også i en erklæring. Ofte kan vi i tillegg si noe om hvilken betydning sykdom har for funksjon. Å si noe om arbeid er vanskeligere ut fra rene medisinske forhold. Noen personer med sykdom A jobber, andre gjør det ikke. Å påstå at det er sykdommen som alene forårsaker en arbeidsuførhet blir i slike tilfeller feil. Funksjon er et resultat av mer enn sykdom. Den enkeltes evner og motivasjon har stor betydning, og er ikke-medisinske forhold. Av betydning er også omgivelser, altså hva slags arbeid og hvilke tilrettelegginger som er tilgjengelig. Det er altså gjerne vanskelig ut fra rene medisinske forhold å si noe kategorisk om arbeidsevne. Da bør vi som leger heller ikke gjøre det.

Det må tilføyes: Dessverre ber skjemaet vi bruker ved arbeidsuførhet om at vi svarer ja eller nei på spørsmål hvor vi vanskelig kan svare så kategorisk.

Hva gjør at en erklæring vekker tillit og kan tillegges vekt? For det første må erklæringen være utformet med et slikt språk at det er tydelig at legen forstår sin rolle. Der som legen opptrer som pasientens advokat, blir det vanskelig å ta erklæringen på alvor. Dernest må legen ha et observasjonsgrunnlag. Det kan derfor være lurt å starte erklæringene med å redegjøre for kjennskapen til saken: «Jeg har kjent denne pasienten i fem år. I disse årene har vi hatt kontakt nesten hver måned. Jeg har også tilgang til tidligere journal.»

Videre gir tverrfaglighet tyngde til en erklæring: «Pasienten har vært hos fysioterapeut og psykolog i forbindelse med rehabilitering, og deres vurdering er ...» Legens kompetanse, som spesialitet, kan være viktig i noen tilfeller, men er ofte uten særlig betydning. Et siste forhold som har betydning er tidsnærhet. Om jeg kan vise til noe som er nedskrevet nær en hendelse, så har det større vekt enn om jeg i ettertid skriver noe om det som skjedde den gangen. Det er derfor slik at om jeg må beskrive en ulykke som hendte for et år siden basert på det pasienten forteller om denne ulykken i dag, så har det mindre vekt enn om pasienten søkte meg samme dag som ulykken skjedde.

Helt til slutt et råd om selve oppbyggingen av erklæringen. Tenk: Fortelling – Funn – Fortolkning. Altså skriv først hva som har hendt, gjerne slik det oppleves av pasienten. En egen del av fortellingen er

tiltak fra helsevesenet – altså behandlingen som er utført. Dette er spesielt viktig for NAV som gjerne skal vurdere om en person kan bli bedre av mer behandling. Varighet er også viktig. Når NAV skal vurdere om en tilstand vil fortsette, altså bli varig, så er beskrivelsen av varighet nødvendig for å ha noen formening om prognose. Det er mer trolig at ryggvondt som har vart i en måned går over, enn om den har vart i mange år. Skriv deretter om funn. Viktigst her er de aller enkleste observasjoner, som hvordan pasienten går til kontoret, hvordan vedkommende tar av og på seg klær og hvordan personen fungerer i en vanlig samtale. Funn på MR-bilder er underordnet den kliniske undersøkelsen! At det ikke er funn er legitimt, og bør også skrives ned. Til slutt en fortolkning: Hev blikket og vurder hele forløpet: Er det sammenheng mellom plager – diagnose – funksjon? Er det mer som bør gjøres? Hva er veien videre? Og for all del: Skriv med vanlige, norske ord, slik at teksten kan leses av dem den er skrevet til!

REFERANSER

1. Njål Flem Mæland, «Ti råd for den gode erklæring», Utposten 5–2016.
2. Hans Magnus Solli, «Pasientsentrert trygdemedisin i etiske perspektiver», <https://trygdemedisin.legeforeningen.no/book/>.
3. Steinar Krogstad og Karen Hara, «Sosialmedisin, velferd og trygd», Gyldendal 2022.
4. Guri Aarseth, «The language of work disability. A study of medical certificates written by Norwegian general practitioners, 2019.
5. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2008-12-18-1486>.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Inspirasjonshefte for syk

■ BENTE ASCHIM • Tidligere fastlege, veileder og spesialist i allmennmedisin. Rådgivende lege på Psykisk helse og arbeid ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus

■ ELI RINGSTAD SKEID • Fastlege, spesialist i allmennmedisin, PKO ved Voksenpsykiatrisk avdeling, Diakonhjemmets sykehus

Sammen med gode kolleger i allmennpraksis og spesialisthelsetjenesten har vi laget et inspirasjonshefte for sykmelding av pasienter med vanlige psykiske lidelser. Med bakgrunn i kognitiv terapi og med tilknytning til Psykisk helse og arbeid ved Diakonhjemmets sykehus, har vi gjort erfaringer som vi håper kan være nyttig for sykmeldende kolleger.

Vårt utgangspunkt er at sykmelding er en behandling som krever kunnskap om sykdom, innsikt i pasientens arbeidssituasjon og evne til samhandling med pasient, med arbeidsgiver og med NAV (1).

La den eldste av oss (Bente Aschim) komme med en refleksjon: Jeg begynte i turnus mars 1979 og hadde ingen erfaring med sykmelding. Folketrygden kom i 1967 og sto knapt på pensum på medisinstudiet på 70-tallet. Trygdekontoret og Arbeidsformidlingen var to etater som ikke samarbeidet godt der jeg jobbet og vi ble som allmennleger satt i skvis mellom dem og pasienten. Det ble en sjargong om at sykmeldingen var «selvbestemt» og det var en utbredt opplevelse av avmaktsfølelse, som for noen kolleger førte til en resignasjon som vi fortsatt kan møte i dag.

Når jeg ser tilbake på åtti- og nittiårene og arbeidet med sykmelding, så er det flere pasientansikter som dukker opp. Spesielt husker jeg to relativt unge kvinner som hadde somatiske lidelser og i tillegg psykiske plager som hang sammen med de fysiske utfordringene. Anne jobbet med psykiatriske langtidspasienter i en bolig. Tone var håndverker. Lite ble gjort for tilpasninger på arbeidsplassen og de endte begge med full uføretrygd. De var single. De har siden levd på sin lave trygd, ikke kunnet kjøpe seg leilighet, betalt høye husleier og de har levd delvis isolert. Hadde de blitt hjulpet til å beholde en gradert jobb tilpasset deres utfordringer, ville livet vært annerledes i dag. Både de statlige systemene og jeg som deres fastlege sviktet dem.

Hvilken kunnskap skal vi oppdatere oss på for å hjelpe våre pasienter til å ha en fortsatt tilknytning til et arbeid?

Kunnskapen om psykiske lidelser

Det er stor variasjon i kunnskapen om psykiske lidelser blant nyutdannede leger. En viktig årsak til dette er ulike studiesteders vektlegging av psykisk helse. Men uansett studiested er ingen helt forberedt på det landskapet som LIS1 og LIS3 havner i ved oppstart i kommunehelsetjenesten. Det er lett å la seg overvelde av alt allmennleger skal kunne og ta stilling til. Psykiske lidelser kan være utfordrende å utrede i primærhelsetjenesten, fordi pasienten ofte presenterer sine symptomer som en somatisk plage. Fastlegen må starte der pasienten er og utføre en hensiktsmessig somatisk utredning. Og når skal vi avslutte den og tenke psykisk helse? Enkelte pasienter ber bare om «en henvisning til psykolog for å ha noen å snakke med» uten at de har en psykisk lidelse, men kanskje et vanskelig liv. Vi ønsker ikke å medikalisere livsvansker. Dette gjør vi noen refleksjoner om i heftet.

Vår styrke som leger i førstelinjetjenesten er at vi kan komme tidligere til og hjelpe med å sortere ut symptomer og hvilke tiltak som er hensiktsmessige. Vi kan bidra til at pasienten ikke blir passivisert ved depresjoner og at de ikke fortsetter med unnvikelsesstrategier når de har angst. Noen psykiske lidelser skal vi behandle selv, andre skal henvises til spesialisthelsetjenesten. I heftet drøfter vi dette og peker på prioriteringsveilederen fra HelseDirektoratet. Dette er et nyttig verktøy som man bør gjøre seg kjent med (2).

Sykmeldingen

begynner vanligvis hos fastlegen. Derfor er primærlegens holdning til sykmelding viktig. Vi formidler vår holdning til pasienten enten vi er «strenge» eller «sjenerø-



Heftet foreligger både i trykt og digital utgave.

se» når vi skriver ut attesten. Lidelsestrykket kan være høyt når pasienten kommer første gang. Vårt råd er å gi en kort sykmelding og ta pasienten raskt tilbake. Det krever tid å få oversikt og sortere, og vi anbefaler sjelden å gå rett på henvisningen. Dette gjelder selvsagt ikke dersom det er en situasjon med behov for øyeblikkelig hjelp

I kontrolltime etter oppstart av sykmelding er pasienten ofte roligere fordi legen allerede har validert sykehistorien og tatt pasienten på alvor. Nå begynner arbeidet med å vurdere behandling og videre sykmelding. Nesten alle sykmeldende leger sliter med noen sykmeldinger. Særlig er det vanskelig for ferske leger, noe vi begge har erfart som gruppe- og individuelle veiledere i allmennmedisin.

Vi har forsøkt å gjøre heftet lett forståelig med kliniske eksempler og med informasjonsskriv til pasienten om helse og arbeid, om informasjonsstrategi overfor arbeidsgiver, skjema om arbeidsplassen som pasienten fyller ut og velegnede replikker for sykmeldende lege i samtalen om arbeidssituasjonen.

meldingsarbeid

Oppfordring

Les heftet sammen med kolleger på kontoret ditt. Drøft sykmeldingspraksis!



Men det tar så lang tid og fastlegeordningen er i krise

I heftet ønsker vi å formidle verktøy og tips som gjør arbeidet mer systematisk og spennende. Å være effektiv handler ikke bare om å gjøre mange ting på kort tid. Det handler om at det vi gjør har effekt. Å endre vaner krever alltid en ekstra innsats, men det kan lønne seg på sikt. Den ekstra tiden det tar kan komme dine pasienter til gode. Og du som sykmeldende lege kan miste noe av avmaktfølelsen.

Heftet er tilgjengelig digitalt på Diakonhjemmets nettsider: diakonhjemmetsykehus.no og i NFAS Allmennlegebibliotek på legeforeningen.no

Henvisningen til spesialisthelsetjenesten

Vi har begge deltatt i inntaksteam og lest henvisninger fra fastleger. Mange henvisninger er gode og relevante. I heftet står det eksempler både på en god og en mindre presis henvisning. Ofte er det beskrevet vanskelige liv, men ingen psykisk lidelse. Alle opplever i løpet av livet krevende situasjoner som gjør at man blir trist og urolig, ukonsentrert og passiv. Spesialisthelsetjenesten har kompetanse på å behandle mennesker med psykiske lidelser for å gjøre dem friskere. Men der det er livets oppoverbakker som treffer pasienten, er det støtte og omsorg som trengs. Som en psykologkollega sier, «Jeg har ingen metode for å behandle friske mennesker».

Ved henvisning til psykisk helsevern må det være en problemstilling knyttet til psykiske symptomer og på hvilken måte dette fører til funksjonsfall. Kanskje er det klokt å drøfte med pasienten om hvordan de ser for seg at samtalerapi vil hjelpe dem. Noen kan ha behov for å få en nøktern vurdering av hva som kan forventes.

Det er ofte stor frustrasjon blant fastleger over avslag fra spesialisthelsetjenesten. Det er forståelig når legen mener at det er gjort en god jobb, og veldig ofte er det også det. Men det kan være nyttig å stille seg spørsmål som: Er dette en psykisk lidelse eller er det en vanskelig livssituasjon? Hvilke

symptomer på psykisk lidelse har pasienten? Er det funksjonsfall som relaterer seg til symptomene? Det kan være klokt å se an en vanskelig livssituasjon selv og følge opp. Mennesker i kriser er ofte ikke mottakelig for psykoterapi, men kan trenge støtte og omsorg. Dette kan fastlegen gi parallelt med en eventuell sykmelding.

Behandling i primærhelsetjenesten

Det er allmennlegen sammen med andre innen kommunehelsetjenesten som skal ivareta mennesker med lettere psykiske lidelser, det vil si lettere angst og depresjonstilstander. Andre aktuelle samarbeidspartnere er Rask Psykisk Helsehjelp (RPH), kommunal psykiatritjeneste, ergoterapeuter, fysioterapeuter, psykomotoriske fysioterapeuter, familievernkantor, frivillige organisasjoner og selvhjelpsgrupper (3).

I et kapittel har vi med en del nettressurser som pasienter kan ha nytte av. Helsepersonell kan også ha nytte av å gjøre seg kjent med dem.

Arbeid er viktig for helse, økonomi og livskvalitet

Mye av motstanden mot sykmeldingsarbeidet skyldes at leger stadig får ansvaret for det høye sykefraværet og de høye antall

uføretrygdede. Det føles urimelig at vi gjøres kollektivt ansvarlig for noe som politikere, NAV, arbeidsgivere og befolkningen selv bidrar til.

Vi må interessere oss mer for vår sykmeldte pasient med psykisk lidelse. Ikke fordi vi har ansvar for brutto nasjonalprodukt, men fordi vi har ansvar for de pasientene vi har på vår liste som kan ende opp som fullt uføretrygdede. De færreste pasienter ønsker seg egentlig det. Tenk på pasientene Anne og Tone! De hadde hatt det bedre med en liten jobb ved siden av trygd. Er det noen slike på listen din? Kanskje du kan unngå den svikten mine pasienter ble utsatt for? Din medisinske fagkunnskap kan være avgjørende.

REFERANSER

1. Nilsen L., Dobbelttime med enhetsleder og psykologspesialist Ragne Gjengedal, Klokkeretro på mestringsstro, Utposten 2021, 6.
2. Helsedirektoratet (2015). Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne (nettdokument). Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 2. november 2015, lest 15. februar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>.
3. Haug M.A., Sund E.R., Santini Z.I., Koushede V, Krokstad S. ABC (Act–Belong–Commit) for bedre psykisk helse hos voksne i Norge. En HUNT-studie. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2021; 18(2): 175–87.

■ BENTEMARIANNEASCHIM@GMAIL.COM

Pasienter med mild og moderat artrose skal behandles i primærhelsetjenesten

■ INGER HOLM • Fysioterapeut, ph.d, professor, Avdeling for forskning og utvikling, Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus/ Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet, Institutt for helse og samfunn, Avdeling for tverrfaglig helsevitenskap

Forekomsten av artrose i kne- og hoftledd er stadig økende. Rundt halvparten av oss vil få artrose i løpet av livet. Det er flere årsaker til dette, blant annet økt levealder, flere personer med betydelig overvekt, samt kne- og hofteskader tidlig i livet på grunn av deltakelse i idrett.

Det finnes i dag internasjonale retningslinjer for behandling av artrose i kne- eller hoftledd. Retningslinjene sier at informasjon og kunnskap, egenmestring og eventuell vektkontroll utgjør bærebjelkene, og er derfor førstevalget i behandlingen for pasienter med mild til moderat artrose. Forskriving av opioider og henvisning til artroskopi bør unngås. Leddprotesekirurgi er et godt og klinisk relevant alternativ når alt annet er prøvd og artrosen har nådd sitt «endepunkt» (1). Tar pasientene kontakt tidlig i sykdomsforløpet, er det gode muligheter

for å påvirke det videre sykdomsforløpet. Hos eldre pasienter med flere diagnoser er sykdomsbildet ofte mer komplisert. Fysisk aktivitet og trening er viktig for å unngå overvekt og fedme, noe som virker positivt inn på forløpet både ved artrose og ved de fleste andre sykdommer.

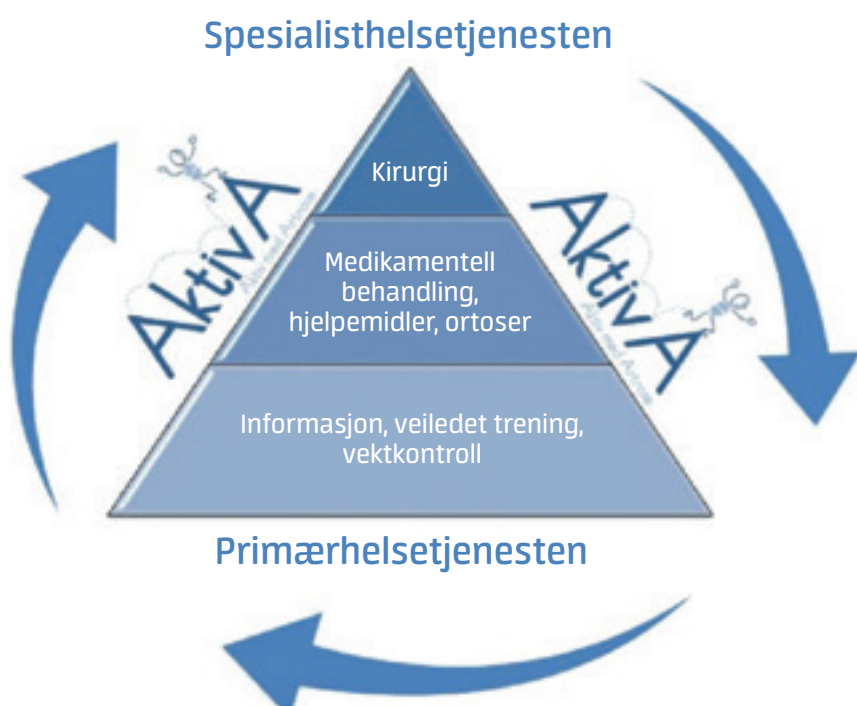
Det finnes også god dokumentasjon for at kirurgi kun skal vurderes når ikke-operativ behandling har feilet. Klinisk kontrollerte studier har vist at artroskopi og meniskreseksjon utført på pasienter over 50 år har liten effekt (2, 3). Det har derfor

vært en strategi i de ulike helseregionene å redusere antall kneartroskopier betraktelig, noe de i stor grad har lyktes med. Ortopedene ser at det henvises på et svært tidlig stadium i artroseutviklingen, selv om mange pasienter i stedet skulle vært tilbudt kunnskapsbasert behandling i primærhelsetjenesten. Dette medfører unødige ventelister på poliklinikkene, og at pasientene må vente lenger før de kommer til riktig behandling. Dette kan unngås gjennom bedre samhandling og kommunikasjon mellom de ulike helsetjenestenivåene og ikke minst mellom ulike profesjoner: fysioterapeuter, fastleger, ortopeder og revmatologer (FIGUR 1).

Selv om det finnes internasjonale retningslinjer basert på randomiserte studier og kunnskapsoppsummeringer (4), er det et stort gap mellom eksisterende dokumentasjon på «hva som virker» og implementering av denne kunnskapen i klinisk praksis (5, 6). Man skulle også kunne forvente at forebygging og behandling av tidlig artrose ville bli gitt prioritet fra helsemyndighetene, da dette er en stadig voksende pasientgruppe, hvor det finnes effektive tiltak som er lite økonomisk belastende for samfunnet. Det viser seg allikevel at kun noen få av pasientene som kontakter primærhelsetjenesten på grunn av artrose, blir tilbudt adekvat behandling i tråd med de anbefalte retningslinjene.

AktivA står for Aktiv med artrose, og er et program hvor hensikten er å implementere internasjonale retningslinjer for behandling av artrose i primærhelsetjenesten – i første rekke i klinisk fysioterapi praksis og ved kommunenes frisklivssentraler. AktivA

FIGUR 1. Adekvat behandling for pasienter med mild og moderat artrose er basert på samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. KILDE FIGUR: AKTIV A



derat kne- og hofteldds- imærhelsetjenesten

ble initiert av artikkelforfatter og professor May Arna Risberg ved Ortopedisk klinikk, Oslo universitetssykehus i 2016. Målet var og er at alle artrosepasienter i Norge skal bli tilbudt denne kunnskapsbaserte behandlingen tidlig i sykdomsforløpet. Alle fysioterapeuter som skal delta i AktivA må gjennomgå et innføringskurs i forkant. Dette er et

dagskurs som gir terapeutene god, oppdatert kunnskap på feltet, praktisk gjennomgang av behandlingsprogrammet og innføring i innsamling og bruk av elektroniske registerdata. Alle klinikker som har AktivA-terapeuter, finner man ved å klikke på fanen «Finn AktivA-klinikk» på nettsiden www.aktivmedartrose.no.

I AktivA vil pasientene gjennomgå en artroseskole som skal gi dem bedre innsikt i og kunnskap om artrosesykdommen, behandling og hva de selv kan gjøre for å bedre symptomer og plager. Deretter vil de gjennomføre et individuelt tilpasset treningsprogram med trening to ganger i uken i seks til tolv uker. Det er opp til pasienten og fysioterapeuten å vurdere videre trening og oppfølging. Noen pasienter ønsker å trene på egen hånd, mens andre foretrekker å trene i gruppe. Målet er å gi pasientene gode «verktøy», slik at de kan endre både trenings- og kostvaner, og mestre dette videre på egen hånd. Pasienter som ønsker det, kan få oppfølging en gang

iblant («booster sessions») for å holde motivasjonen oppe.

De pasientene som ønsker det, besvarer et elektronisk spørreskjema ved oppstart og etter tre, tolv og tjuetvåne måneder. Spørsmålene handler om pasientens opplevelse av artrosesykdommen, tidligere behandling, treningsvaner, aktivitetsnivå, aktivitetsproblemer og livskvalitet. Ved tre måneders oppfølging genereres en samlerapport som gjennomgås med pasienten. Denne kan sendes som epikrise til pasientens fastlege. Alle data blir samlet i en sentral database ved Oslo universitetssykehus. Målet er at dette skal bli et nasjonalt kvalitetsregister for artrose, lagt inn under Nasjonalt leddproteseregister i Bergen (7).

Ved utgangen av 2022 er over 10 000 pasienter inkludert i registeret, og vi antar at mange flere har deltatt i programmet uten å besvare spørreskjemaene i registeret. Gjennomsnittsalder ved inklusjon er 63,5 år, 77 prosent er kvinner og 72 prosent har KMI over 25. Det vil si at kun 28 prosent er normalvektige. Ved inklusjon angir pasientene et smertenivå på 5,2 (Likert-skala 0–10), hvor 81 prosent oppgir at de har smerter hver dag, og 63 prosent bruker ulike smertestillende medikamenter (paracetamol, NSAIDs eller opioider) ved behov. Før inklusjon i AktivA hadde tre av fire pasienter gjennomgått røntgenundersøkelser, hvorav MR utgjorde halvparten.

Fra inklusjon til to års oppfølging var den gjennomsnittlige smerten redusert fra 5,2 ($\pm 1,8$) til 4,1 ($\pm 2,2$), noe som gir en effektstørrelse på 0,39 (8). Andelen deltakere som rapporterte å være inaktive eller ha et svært lavt aktivitetsnivå, var redusert fra halvparten ved oppstart til henholdsvis 26 prosent, 27 prosent og 28 prosent etter tre, tolv og tjuetvåne måneder. Det at pasientene fortsetter med fysisk aktivitet og trening, og at hele 72 prosent har et moderat til høyt aktivitetsnivå, tyder på at deltakelsen i AktivA gir pasientene motivasjon og kunnskap til å kunne opprettholde de nye treningsva-

nene de har etablert. Over 80 prosent anga at de fremdeles brukte det de hadde lært på artroseskolen og i treningssalen. Kun 2,3 prosent av pasientene var misfornøyd med programmet og droppet ut.

Det er ofte fastlegene som møter artrosepasientene først, gjerne i tidlig fase av sykdommen. Det er viktig å kjenne til AktivA-programmet for å kunne sende pasientene videre til et strukturert program hvor de blir ivaretatt over tid.

Mer informasjon om AktivA finner du på www.aktivmedartrose.no. Det er også laget en liten informasjonsbrosjyre som er ment til bruk for fastlegene. Denne kan bestilles vederlagsfritt på post@aktivmedartrose.no.

REFERANSER

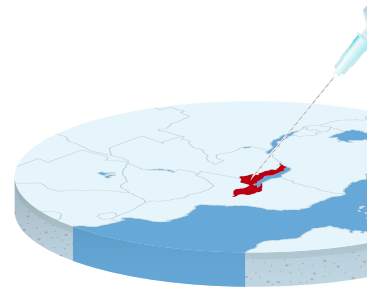
1. Hunter D.J., Bierma-Zeinstra S., Osteoarthritis. *Lancet*, 2019. 393(10182): p. 1745–1759.
2. Kise N.J., et al., Exercise therapy versus arthroscopic partial meniscectomy for degenerative meniscal tear in middle aged patients: randomised controlled trial with two year follow-up. *BMJ*, 2016. 354: p. i3740.
3. Thorlund J.B., et al., Arthroscopic surgery for degenerative knee: systematic review and meta-analysis of benefits and harms. *Br J Sports Med*, 2015. 49(19): p. 1229–35.
4. Bannuru R.R., et al., OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*, 2019. 27(11): p. 1578–1589.
5. Hagen K.B., et al., Quality of Community-Based Osteoarthritis Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2016. 68(10): p. 1443–52.
6. Basedow M., et al., Australian general practitioner attitudes to clinical practice guidelines and some implications for translating osteoarthritis care into practice. *Aust J Prim Health*, 2016. 22(5): p. 403–408.
7. <https://helse-bergen.no/nasjonal-kompetansetjeneste-for-leddproteser-og-hoftebrudd/nasjonal-register-for-leddproteser>
8. Holm I., Pripp A.H., Risberg M.A., The Active with Osteoarthritis (AktivA) Physiotherapy Implementation Model: A Patient Education, Supervised Exercise and Self-Management Program for Patients with Mild to Moderate Osteoarthritis of the Knee or Hip Joint. A National Register Study with a Two-Year Follow-Up. *J Clin Med*, 2020. 9(10).

■ INGER.HOLM@MEDISIN.UIO.NO

ANDRE REISEBREV FRA MALAWI: **Helsesyst** – to sider av samme sak

■ TRUDE ARNESEN • Overlege, Folkehelseinstituttet

På konferansen «Public Health in Africa» i Kigali, Rwanda, gikk alt på skinner og på tid. Det var høyt nivå på alt fra innhold til gjennomføring. Nesten alle deltakerne, og enda flere av innlederne, var afrikanere. I alle panelene var det minst én kvinne, og de gjorde seg absolutt gjeldende der de kom seilende i fargerike gevanter.



Dette er et annet bilde enn det vi er vant til å se. Dette er det nye, faglig sterke, selvbevisste Afrika. Blant slagordene som gikk igjen var at man trenger «afrikanske løsninger på afrikanske problemer» for å få «The Africa we want». Flere kommenterte at det handler om å tørre å ta plass: «Hvis du ikke blir tildelt en stol ved bordet, ta med din egen!» Til dette var det noen som la til: «Ellers kan du finne at du selv står på menyen».

En erfaring som ofte ble trukket fram, er at Afrika fikk så ekstremt liten andel av verdens vaksiner mot covid-19 den første tiden. Det ble hevdet at dette viste at Afrika

kan inngå partnerskap med andre land, men ikke belage seg på støtte fra resten av verden når krisen er et faktum. Ved globale kriser er alle seg selv nærmest.

Et hovedpoeng som gikk igjen i mange av sesjonene, er at helsevesenet i Afrika har blitt så sektorisert. Donordrevne, vertikale sykdomsprogrammer gjør det vanskeligere å planlegge og organisere et helhetlig helsevesen. Det samme gjelder for sykdomsovervåking, fordi enkeltprogrammene krever rapportering i forskjellige kanaler.

Integrering og styrking av helsevesenene var de store plussordene på konferansen,

og dette ble trukket fram som det aller viktigste for å styrke beredskapen (1). Det var godt å høre, for styrking av helsevesener er akkurat det vi prøver på i BIS-prosjektet (Building Stronger Public Health Institutions and Systems) som jeg er en del av.

Samarbeide om å styrke helsevesener

Public Health Institute of Malawi (PHIM) og Folkehelseinstituttet (FHI) har samarbeidet siden PHIM ble etablert i 2012, i stor grad finansiert av Norad. Vi ble først koblet sammen av den internasjonale foreningen for folkehelseinstitutter (IANPHI).

Av- og påtroppende stedlig representant, Emily MacDonald og Trude Arnesen.



emer og be- redskap



Mtisunge Yelewa fra PHIM og Bjørn Iversen fra FHI i fokusgruppemøte.

Mtisunge Yelewa fra PHIM og Karine Nordstrand fra FHI på helsesenter i Dzaleka.



Vi kaller oss søsterinstitutter. I navnet ligger det at relasjonen er ment å være langvarig.

Infeksjonsovervåkning er hovedoppgaven til PHIM. Malawi, som de fleste andre afrikanske land, bruker et WHO-rammeverk som kalles IDSR (Integrated Diseases Surveillance and Response). IDSR begynte som et enkelt system for infeksjonsovervåkning, men har vokst seg stort og kanskje litt uhåndterlig, med en manual som nå er på fem bind.

PHIM hadde blinket ut IDSR som et felt de ønsket at FHI skulle bistå på. Samtidig, gjennom våre nettverk, fikk vi vite at IAN-PHI hadde fått støtte til å undersøke nettopp dette i noen land. PHIM og FHI kastet seg rundt og søkte, og Malawi ble valgt ut som ett av syv land for et «dypdykk» i integrert sykdomsovervåkning.

Og slik gikk det til at jeg, sammen med kolleger fra både FHI og PHIM, har brukt mye tid på å kartlegge IDSR i Malawi det siste året.

Først gikk vi fra kontor til kontor, diskuterte med kolleger og leste dokumenter. Så arrangerte vi en serie av fokusgrupper der vi samlet omkring ti deltakere på helsesentre, på distriktsnivå og med nøkkelpersoner på nasjonalt nivå. Informasjonen ble samlet i en nasjonal rapport og anbefalingene ble presentert for helseministeriet og andre nøkkelinstitanser.

Et av hovedfunnene er at det er flere parallelle overvåkningssystemer. For eksempel rapporteres meslinger fra hvert helsesenter av tre ulike kontaktpersoner gjennom tre ulike kanaler opp til distriktsnivå, og videre til tre ulike nasjonale registre. Noe av rapporteringsveien går på papir, andre deler går digitalt. Og det hele starter med at den enkelte

kontaktperson må prøve å tyde legenes håndskrift i diagnoseboka på helsesentrene, og de er jo like utydelige her som hjemme.

Dessuten er det uklare eller ikke tilgjengelige kasusdefinisjoner på hva som skal rapporteres. Det blir brukt forkortelser uten forklaring. STI er en gjenganger, noen ganger i betydningen «soft tissue injury», andre ganger «sexually transmitted infection». Rabies, mistenkt rabies og hundebitt brukes om hverandre. Det samme gjelder

polio og akutte slappe lammelser. Og chickenpox (vannkopper) blandes med smallpox (kopper).

Noe av dobbelrapporteringen henger sammen med at helsesektoren i Malawi i stor grad er donoravhengig, og at mange av de ulike donorene ønsker sine egne data gjennom sine egne systemer. Dette resulterer i omfattende dobbelrapportering og fører til at de offentlige rapporteringssystemene svekkes. Personalet i helsetjenesten

trekkes mot de best finansierte prosjektene. Problemet er ikke lett å løse, fordi de offentlige rapporteringsløsningene ikke er gode nok til å erstatte de parallelle systemene. Dessuten er det en tendens til at alle løsningsforslag medfører at nok et nytt system blir innført.

Når selv de minste helsesentre hver uke skal rapportere forekomst av sykdommer som er utryddet eller ikke kan diagnostiseres på det nivået, er det kanskje ikke så rart



Resultatene fra IDS-prosjektet ble presentert og diskutert på nasjonalt nivå i Lilongwe.

Dr. Ben Chilima la fram resultatene på Robert Koch Institute og for Gates Foundation i Berlin.



om man får noen rare svar. Og når det først er lagt inn i datasystemene, er det vanskelig å få det ut igjen.

Heldigvis fikk vi bidratt til å forhindre at den nyoppstartede IDSR-bulletinen (tilsvarende den tidligere MSIS-rapporten i Norge) publiserte at kopper er tilbake i verden etter å ha vært utryddet i 40 år, og at det var 90 nye poliotilfeller bare i Blantyre-distriktet én måned etter at ett enkelt tilfelle skapte overskrifter over hele verden.

I Berlin i oktober 2022 la direktøren for PHIM, Dr. Ben Chilima, fram resultatene av kartleggingen for IANPHI og for Bill and Melinda Gates Foundation. Han fikk i tillegg møtt fremtredende fagfolk og ble kontaktet av potensielle donorer. Jeg bar veska hans hele veien. I forbindelse med turen til Berlin var vi noen dager i Oslo. Der fikk Chilima møtt og diskutert med sine norske kolleger, og fikk sett hvordan vi driver vårt institutt.

Tilbake i Malawi igjen, skulle vi forsøke å følge opp funnene fra dypdykket. Nå som vi har identifisert feil og svakheter, gjenstår bare det vanskeligste: Å få gjort noe med dem. Der er vi nå.

I desember 2022 hjalp vi PHIM å samle nøkkelpersoner for å revidere listene over hvilke sykdommer som skal rapporteres ukentlig, månedlig og kvartalsvis i Malawi. Etter to dager med diskusjoner var lista klar. Etter mitt syn er det viktig og riktig at noen av sykdommene, som influensa av ny sub-type som man likevel ikke kan diagnostisere lokalt, nå blir tatt ut av skjemmet for ukentlig rapportering.

Det vi ikke kom i mål med, var å lage gode kasusdefinisjoner for tilstandene som overvåkes. Kanskje vil ph.d-kandidaten vår klare det når han piloterer en «intervensjonspakke» for bedre IDSR?

Hvordan kan samarbeid med FHI styrke helsesystemer i Malawi?

Å få helsesystemer til å fungere er på mange måter et sisyfosarbeid, både i Norge og i resten av verden. Det er litt som med andre systemer man tar for gitt. Når det fungerer godt, tenker man ikke over det. Det er når det hakker at man blir var hvor viktig det egentlig er. I Malawi er det mye som hakker og lite ressurser til å utbedre feilene.

Formålet med BIS-prosjektet i Malawi er stort og ambisiøst: Å styrke PHIM og de offentlige folkehelsesystemene. Men hvordan skal man kunne bidra vesentlig til institusjonsbygging ved bare å være på besøk et par år? Hvor mye regner man med at en gjest skal endre en institusjon? Dette har bekymret meg en god del.

Kanskje kan vi ikke forvente å få gjort så mye. Jeg må stadig vekk minne meg selv på at Rom ikke ble bygget på én dag. Først og fremst må vi passe på at våre bidrag er etterspurt og at vi tar hensyn til sammenhengen vi går inn i, slik at vi ikke skader.

På den annen side skal man ikke se bort fra at en liten og uanselig endring på ett viktig felt kan ha stor betydning. I eksempelet med «dypdykk i IDSR» håper jeg at prosjektet bidrar til en mer helhetlig og samordnet infeksjonsovervåkning. Det vil i så fall være et vesentlig bidrag til beredskap og helsesystem.

I tillegg kan arbeidet ha andre indirekte effekter. For eksempel kan det at vi har snakket med så mange nøkkelpersoner om integrering av infeksjonsovervåkning ha bidratt til å sette både det og PHIMs rolle på dagsordenen.

Jeg tror også at samarbeid i seg selv er styrkende – på mange nivåer og for begge parter. Robert Koch Institute har nylig inngått et lignende samarbeid med folkehelseinstituttet i Namibia, og de fortalte at de skjelte til FHI og PHIMs prosjekt.

I Berlin opplevde jeg at Ben og jeg sammen gjorde et godt inntrykk – han med legitimitet til å uttale seg om situasjonen og ønsket vei videre i Malawi, og jeg et skritt bak som representant for et sterkere institutt som backer dem opp. Jeg tror at FHIs tilstedeværelse kan gjøre det lettere for andre å tørre å samarbeide med PHIM.

Slik trøster jeg meg med at prosjektet kan ha noen langvarige virkninger som går utover de enkelte indikatorene for infeksjonsovervåkning. Jeg tror ikke det er tilfeldig at PHIM, når de presenterer seg selv, ganske raskt også nevner sitt søsterinstitutt.

Velsign dette møtet

I Malawi begynner alle møter av betydning med «Let us pray». Alle lukker øynene og bøyer nakken, og en frivillig begynner:

Takk himmelske Far for denne dagen. Vi tar den ikke for gitt. Vi takker for muligheten til å diskutere dette viktige temaet [dagens agenda]. Hjelp oss å fokusere på akkurat dette og finne gode løsninger. Amen!

Dermed er både møtet og agendaen satt. Når møtet er over, bøyes hodene igjen:

Herre. Vi vil takke for dette gode møtet. Hjelp oss å følge opp [handlingspunktene], og før oss alle trygt hjem.

Alle stemmer i et «Amen!» – som en rungende tilslutning til konklusjonen.

Selv om jeg ikke er religiøs, får jeg lyst til å ta disse agendapunktene med hjem. Det



Direktørene for folkehelseinstituttene i Malawi og Norge: Ben Chilima og Camilla Stoltenberg.



Representanter for søsterinstitutter på Nesoddbåten.

er noe sunt over å be om fellesskap og konsentrasjon, og det kan være på sin plass å bli minnet om at vi er på jobb for noe som er større enn oss selv. Den største endringen ville kanskje være å stadig minne oss selv og andre om at vi ikke kan ta dagen – eller det andre vi har – for gitt.

Jeg får også lyst til å be om velsignelse for BIS-prosjektet. Jeg håper virkelig vi kan bidra til et litt sterkere helsesystem i Malawi. I så fall kommer jeg nok til å puste lettet ut og si «Halleluja!»

REFERANSER:

- <https://www.bistandsaktuelt.no/afrika-den-afrikanske-union-helse/det-afrika-vi-vil-ha/325539>.

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

Klinisk forskning på fastlegekontorene og bruk av PraksisNett

■ GURU FOSSUM • Leder, PraksisNett Øst

PraksisNett legger til rette for praksisnær allmenntillegningsforskning og underletter rekruttering av fastleger i et tett samarbeid med forskningsinstitusjoner. De første pilotprosjektene kjørte i gang rett før pandemien traff oss i januar og februar 2020, og siden oppstarten har prosjektkompleksiteten gradvis økt. Nettverket gjennomfører nå tilnærmet alle typer kliniske prosjekter, og kompetansen i alle ledd øker raskt.

PraksisNett har vært essensielt for planlegging, oppstart og gjennomføring av den kliniske legemiddelstudien Basic. Studien er et legemiddelforsøk hvor vi ønsker å finne ut om kloramfenikol øyedråper kan være et alternativ til peroral antibiotika ved behandling av akutt sinusitt i allmennpraksis. Basic studien er en blindet, delvis placebokontrollert randomisert legemiddelstudie som utgår fra Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo. Prosjektleder Sigurd Høye fikk idéen til studien fra en pilotstudie som ble gjennomført av fastlege Iris Relling Nielsen for omtrent ti år siden (1).

Nye samarbeidsstrukturer

Planleggingen av studien har vært avhengig av to typer samarbeid og oppbygging av infrastruktur, begge essensielle på hver sin måte. Det første har vært et internt samarbeid mellom Avdeling for allmennmedisin ved Institutt for helse og samfunn ved UiO og Virksomhetsområde forskningsstøtte, Clinical Trials Unit, CTU, ved Oslo universitetssykehus. Med dagens omfattende lovverk for legemiddelstudier, har forskningsstøtte til denne typen studier blitt så spesialisert og profesjonalisert at begge parter har sett nytten av å samarbeide på tvers av spesialist- og primærhelsetjenesteforskningen. Den nye handlingsplanen for kliniske studier oppfordrer også til slikt samarbeid (2). Det sikrer at datahåndtering, medisinbehandling, statistikk og lovpålagt monitorering av studien blir ivare tatt på en sikker og profesjonell måte.

Det andre, mer omfattende infrastrukturetsamarbeidet som er ekstremt viktig for den praktiske gjennomføringen av vårt prosjekt, er samarbeidet med PraksisNett (www.praksisnett.no). Råd fra erfarne forskere med kjennskap til fastlegers hverdag har gitt nødvendig forståelse av behovene til de som skal delta i forskning. Dette har hjulpet oss i planleggingen av studien, for eksempel ved at vi kan gjennomføre den som en nasjonal studie med deltakende legekontorer i hvilket fylke det måtte være. Beregning av tidsbruk for deltakende leger er også gjort i samarbeid med PraksisNett, og sikret at vi setter av nok midler til å honorere legene for innsatsen.

PraksisNett underletter rekruttering og monitorering

PraksisNett ivaretar rekrutteringen av leger til studien. Dette har tidligere vært et av de mest tidkrevende leddene i slike prosjekter, og nettverket underletter oppgaven. PraksisNett bistår også med å holde kontakten med legekontorene underveis i studien. Loven krever monitorering av legemiddelstudier for å sikre ivaretagelse av rettighetene til deltakende pasienter. De to praksisfasilitatorene som er ansatt i PraksisNett i Oslo og Bergen, er sertifisert som monitorer av legemiddelstudier. Opplæringen er gitt i et samarbeid mellom CTU og Institutt for helse og samfunn. Når det er PraksisNett sine fasilitatorer som gjennomfører monitoreringen av studien, vil fastlegekontorene få besøk av personer som de allerede kjenner,

og som kjenner til hvordan kontoret driftes og eventuelle utfordringer de har. Vi håper og tror at vi på denne måten unngår at monitoreringen oppleves kontrollerende eller invaderende for legene.

Enklere gjennomføring av legemiddelstudier

Fastlegekontor i Alta, Kristiansand, Trondheim, Målselv og Moelv er allerede i gang med å rekruttere pasienter til studien. Ytterligere fastlegekontorer i Oslo, Elverum og Øygarden forventes å være klare til rekruttering i 2023. Leger og legesekretærer med tidligere erfaring fra liknende studier har vært viktig for organiseringen ved de enkelte kontorene. Basic blir en pilotstudie for legemiddelstudier i PraksisNett, og vi håper at erfaringene kan være til hjelp i videre opplæring på legekontorene, slik at eventuell senere liknende studier er enklere å gjennomføre.

Kliniske legemiddelstudier er omfattende å finansiere, planlegge og ikke minst gjennomføre, både på sykehus og i primærhelsetjenesten. Det er utrolig viktig at vi finner en måte å gjennomføre disse studiene på, blant og med våre fastleger, da det bare er slik vi kan sikre kunnskap om effekten av et legemiddel på denne pasientpopulasjonen. Vi håper myndigheter og andre som finansierer forskning i Norge og EU satser videre og mer på klinisk forskning i primærhelsetjenesten, og at de samtidig forstår det essensielle i å ha sterke infrastrukturer som kan støtte både legene og forskerne i gjennomføringen av studiene.

REFERANSER

1. <https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/kloramfenikol-oyedraeper-i-behandling-av-maxillarsinusittliknende-plager>.
2. https://www.regjeringen.no/contentassets/59ffc7b38a4f46fb062aeca50e272d/207035_kliniske_studier_k6_b.pdf.

■ G.H.FOSSUM@MEDISIN.UIO.NO

Stor interesse for å bruke fastlegedata fra PraksisNett

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

Nesten halvparten av søknadene om bruk av PraksisNett kommer fra forskere utenfor primærhelsetjenesten, og det er stor interesse for å bruke den nasjonale infrastrukturen for forskning.

Både allmennmedisinske forskningsmiljøer og andre store, tunge forskningsinstitusjoner har brukt PraksisNett, en nasjonal infrastruktur som legger til rette for klinisk forskning på pasienter i allmennpraksis. Cirka halvparten av søknadene kommer fra forskere utenfor primærhelsetjenesten. Stadig flere forskere viser interesse.

– Vi regionledere og teamledere i PraksisNett presenterer jevnlig nettverket i våre egne miljøer og ved våre institusjoner.

De siste tre månedene har vi fått inn interesseskjemaer fra opp mot 20 prosjektledere. Og for første gang er PraksisNett nevnt eksplisitt i en utlysning fra Forskningsrådet, og mange av prosjektene som henvender seg til oss har søkt eller skal søke finansiering fra Forskningsrådet og fra EU, sier Guro Haugen Fossum, leder av region PraksisNett Øst og forsker ved Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo.

Dette er status for PraksisNett pr. 1. februar i år:

- Cirka 90 legekontorer er med i nettverket.
- Nesten 500 fastleger er tilknyttet nettverket.
- Disse fastlegene har om lag 520.000 pasienter på listene sine.
- 23 studier bruker eller har brukt PraksisNett.

• Det er kommet inn mer enn 60 søknader til sammen om bruk av infrastrukturen. Regionlederen i øst forteller at PraksisNett bruker mye tid på å veilede forskere.

– Det er flott at forskere tar tidlig kontakt med oss, gjerne før de søker om finansiering. Det er helt uforpliktende, og på hjemmesiden vår ligger et interesseskjema som kan brukes. Det er også viktig at forskere beregner driftsmidler til bruk av infrastrukturen, og vi oppfordrer til å skrive PraksisNett inn i søknader om finansiering, sier Guro Haugen Fossum.

«Svært vanskelig på egenhånd»

Den første intervensjonsstudien som brukte PraksisNett, var et prosjekt om behandling av skulderskader i allmennpraksis. «Making shoulder pain simple in general practice: im-

– For første gang er PraksisNett nevnt eksplisitt i en utlysning fra Forskningsrådet, og mange av prosjektene som henvender seg til oss har søkt eller skal søke finansiering fra Forskningsrådet og fra EU, sier Guro Haugen Fossum, UiO-forsker og leder av region PraksisNett Øst. FOTO: PRIVAT



FAKTA OM PRAKSISNETT

- PraksisNett, etablert i 2018, er en nasjonal infrastruktur som legger til rette for klinisk forskning på pasienter i allmennpraksis.
- Består av nettverket av fastleger og ansatte i PraksisNett, samt en digital del.
- Teknologien gir forskere tilgang til aggregerte anonymiserte data fra pasientjournalene.
- Cirka 30 personer jobber i ulike stillingsprosenter i PraksisNett.
- Universitetet i Bergen har prosjektansvar for PraksisNett, og øvrige partnere er UiT Norges arktiske universitet, NTNU, NORCE Norwegian Research Centre, Universitetet i Oslo og Nasjonalt senter for e-helseforskning ved Universitets-sykehuset Nord-Norge.
- I 2017 bevilget Forskningsrådet 65 millioner kroner til etableringsfasen fra 2018 til 2023. I tillegg cirka 23 millioner kroner i egenandelsbidrag fra partnerne.
- Inneværende år er det første året uten støtten fra Forskningsrådet, men det ble bevilget midler til drift på ti millioner kroner over statsbudsjettet for 2023.

plementing an evidence-based guideline for shoulder pain» er navnet på studien kalt EASIER. Studien vil blant annet teste ut om bruk av et beslutningsstøtteverktøy for leger og en pasient-app vil bidra til at økt etterlevelse av retningslinjene for ikke-traumatiske skulderplager i allmennpraksis.

– Først rekrutterte vi fastlegene. Vi trengte ti fastlegekontorer med minst 36 leger. Gjennom PraksisNett fikk vi ganske raskt ti legekontorer med i alt 43 leger, sier Stein Jarle Pedersen, stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo og fastlege ved Ankerløkka legesenter i Fredrikstad.

Fastlegene rekrutterer pasienter til studien, men på grunn av pandemien har det



PraksisNetts ledergruppe på besøk i Glasgow.

gått litt tregt fordi få pasienter kom til fastlegen med skulderplager. Nå er forskeren i havn med rekrutteringen.

– Den største fordelene ved å kunne bruke PraksisNett er å skaffe legekantorene til studien. Dette ville vært svært vanskelig å gjøre på egen hånd. Ikke så overraskende opplever vi at fastlegene er travle og vanskelige å nå. Nå gjør PraksisNett denne jobben for oss.

Én prosent som svarer

Det er liten tvil om at PraksisNett sparer forskerne for mye tid i rekrutteringsfasen.

– Jeg kjenner til eksempel på en legemiddelstudie som ikke har brukt PraksisNett, og som etter to år ennå ikke har klart å rekruttere 100 pasienter fra allmennpraksis. Uten bruk av PraksisNett kan det ta opptil flere måneder eller år å få rekruttert fastleger til en studie. Jeg har snakket mye med sykehusleger som har gjort studier. De forteller at kanskje én prosent av fastleger svarer på forespørsel om å delta. Det er veldig tungt – også for forskere med et stort kontaktnett. PraksisNett utgjør en kjempeforskjell, sier Guro Fossum Haugen.

– Hva koster det å bruke PraksisNett?

– I samarbeid med forskerne gjør PraksisNett et overslag over kostnadene ut ifra

antallet leger som bør være med i en studie og omfanget av deres arbeid. Forskningsprosjektet betaler inn dette beløpet på forhånd. Fastlegene fakturerer PraksisNett, og legene har faste satser og kompenseres for medgått tid basert på salærsats. Når fakturaen kommer til PraksisNett, er pengene fra forskningsprosjektet inne på konto. Dette er forutsigbart for alle parter.

Teknologiske tilpasninger

PraksisNett er nytt, og det er mye som ikke er gjort før og som derfor tar litt mer tid, ifølge Guro Haugen Fossum.

– Det har nok noen av forskerne opplevd som en ulempe. Det gjenstår noen teknologiske tilpasninger før løsningen er i havn for alle fastlegekontorene i nettverket. Vi jobber fortsatt med teknologiske tilpasninger før IT-delen av infrastrukturen, SNOW-teknologien og Medrave, kan sikre tilgangen til pasientdata for alle fastlegene som deltar i PraksisNett. De om lag halvparten av fastlegepraksisene i nettverket har en stasjonær server, og disse har allerede en fungerende SNOW-boks. Nå jobbes det på spreng med å sikre tilsvarende muligheter for de praksisene som har skybasert elektronisk pasientjournal.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Kun for helsepersonell

TrioBe[®]
B₁₂ / B₆ / folsyre

TRIO-2022-0014-12/22



I begynnelsen var kontoret

■ **ENDRE OSEN SKJØLBERG** • Fastlege, Molde kommune

JEG HADDE BLITT EN HÅPLØS BONDE.

Som yngste bror av tre var det aldri overhengende fare for at jeg skulle ta over hjemgarden. Jeg tror at kyrne og Norges Bondelag puster lettet ut fortsatt. Jeg har aldri melket ei ku og vet ikke hva som er frem eller bak på en okse. Jeg var mer interessert i budeia for å si det slik.

NÅR JEG TENKER MEG OM, så er det utrolig mange jobber jeg ikke kunne ha. Sånn er det med oss medlemmer i foreningen Leger med begrensninger. Kunne jeg blitt en bilmekaniker? Eller snekker? Fisker? For å si det slik: ikke søren. Mye av historiene i juleselskapene i familien omhandler alt hva jeg ikke kan. Til stor forlystelse for alle generasjoner.

DET JEG LIKER ER Å VÆRE FASTLEGE.

Jeg liker møtet mellom mennesker. Det ligger et indre ønske om å hjelpe og gjøre en

forskjell for pasienter. Det er så enkelt egentlig. Jeg trenger et kontor, to stoler, en benk og meg selv bak kontorpulten. Et stetoskop er heller ikke å forakte. Slik har det vært siden urtiden for leger: en lege som ønsker å hjelpe og en pasient som trenger hjelp.

MYE AV DET Å DRIVE SOM FASTLEGE

har forandret seg gjennom de siste årene, både for meg og mine pasienter. Nå bestiller man time på nettet eller via mobiltelefonen. Man kan snart bestille e-konsultasjon og få legen på videosamtale. Det ligger mange digitale løsninger i fremtida som vil gjøre at alt blir enklere for både lege og pasient. Blir jeg en bedre lege av dette?

JEG ER IKKE SÅ GLAD I TELEFON.

Det å bare snakke med noen gjør at jeg går glippi av alt det usagte. Jeg ser ikke tårene, oppfatter ikke ordene som aldri sies, pausene som leder samtalen i en annen retning.

DET ER ENDA VERRE når jeg skriver svar på sms eller brev. Da har jeg ikke en stemme å forholde meg til. Det er bare ord jeg skriver som jeg ikke vet hvordan blir oppfattet og tolket.

JEG FUNGERER BEST når jeg har en pasient foran meg. Med hud og hår. En person som kommer med sine bekymringer og betraktninger. En kropp som jeg tar på og undersøker. Gi meg et menneske med meninger og latter. Gi meg en kropp med svette og tåfis, med rødt eller blått blod. Da blir grunnlaget for mine avgjørelser bedre. Jeg bommer sjeldnere.

DET Å HJELPE EN SYK PASIENT ligger i lege-DNAet mitt. Jeg føler meg nyttig når jeg gjør en god jobb for en pasient. Det føles viktig og riktig når jeg får bidra til at veien videre blir litt annerledes og bedre for en ungdom. Det å få en redd unge til å bli trygg er en ubetalelig lykkefølelse. Det å få en kreftsyk til å flire av hele sitt hjerte over en god historie om bestemora mi er bare gull for fastlegesjelen. Men det får jeg ikke til i en telefonsamtale eller gjennom verdensveven.

DET HAR BLITT GRÅERE FOR FASTLEGER.

Vi druknes av legeerklæringer som skal skrives om alt mellom himmel og jord. Erklæringer til forsikringsselskap, skoler, skatteetat, om barnepass og parkering. Fastleger må stille i flere møter enn tidligere, vi må overta flere oppgaver som før ble utført på sykehuset. Vi overmannes av beskjeder fra pasienter og instanser rundt oss om utallige små oppgaver som må utføres.

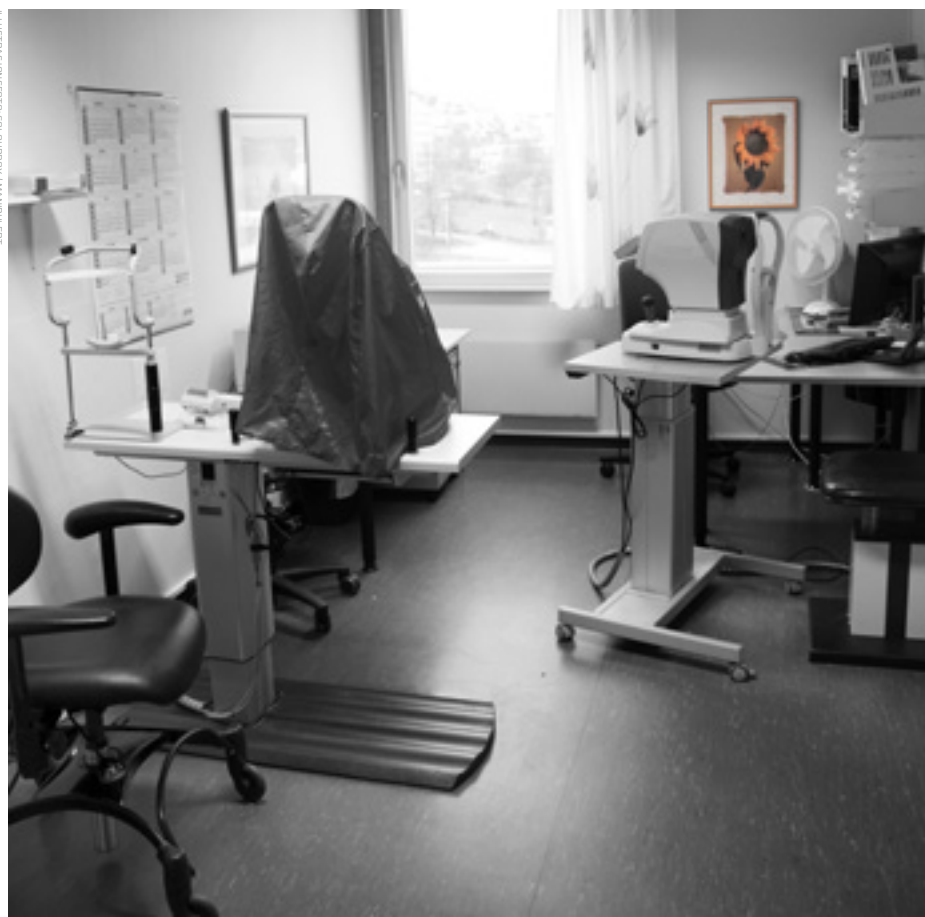
ALT DETTE HAR GJORT NOE MED DEN LYKKELIGE FASTLEGEN.

To av tre fastleger føler at jobben går ut over egen helse. I snitt jobber en fastlege 56 timer i uka. Alle som ikke føler at de mestrer jobben sin, vil til slutt finne seg en annen jobb. Fastleger blir ikke sykemeldt, vi slutter heller. Jeg har troen på fastlegeordningen; den er ryggraden i helsevesenet vårt. Men jeg er svært bekymret for selve fastlegen. Vi begynner å bli svært slitne.

JEG TROR AT MAN MÅ FÅ TILBAKE DET VIKTIGSTE.

Møtet mellom lege og en pasient. Ikke flere erklæringer, beskjeder og møter, ikke flere oppgaver som gjøres uten at man ser snurten av et menneske. For som man skriver i kloke bøker: I begynnelsen var kontoret og på kontoret var jeg.

OG MED TID NOK til å tenke på ei nordlandsbudeie naturligvis.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLAURBOX / MANPLUERT

Primær HPV-testing til alle, men cytologi er fortsatt vi

■ AMELI TROPÉ • Leder Livmorhalsprogrammet

■ BIRGIT ENGESÆTER • Spesialrådgiver Livmorhalsprogrammet

■ KJERSTI MARIE LYCHE • Spesialkonsulent Livmorhalsprogrammet

Livmorhalsprogrammet har som mål å identifisere behandlingstrengende celleforandringer før de utvikler seg til livmorhalskreft. Fra 2023 vil alle deltakerne i screeningprogrammet primært testes for HPV, men cytologiprøven har fortsatt en viktig rolle.

Cytologiprøven har lenge vært ryggraden i Livmorhalsprogrammet og har reddet utallige norske kvinner fra å utvikle livmorhalskreft. Men metoden er ikke perfekt. Tidligere i år fikk vi høre historien om Maren i TV2-programmet *Norge bak fasaden* – en ung kvinne som sjekket seg for celleforandringer som anbefalt. Bare ett og et halvt år etter at livmorhalsprøven hennes ble vurdert til å ha normale celler, fikk hun likevel påvist livmorhalskreft.

Metodene brukt i livmorhalskreftscreening

Det har pågått endringer i Livmorhalsprogrammet siden 2019. I løpet av 2023 vil alle screeningprøver bli analysert med en primær HPV-test, som beskrevet i forrige utgave av Utposten. HPV-testen er en mer følsom test enn cytologiprøven, og vil identifisere 23–42 prosent flere tilfeller av behandlingstrengende forstadier (1, 2). Håpet er at færre kvinner med en normal livmorhalsprøve skal oppleve å diagnostiseres med livmorhalskreft i løpet av neste screeningintervall.

Ingen prøve er 100 prosent sikker, heller ikke HPV-testen. En internasjonal meta-analyse viser at av 1000 kvinner screenet, vil rundt 20 kvinner ha behandlingstrengende CIN-forstadier (Cervical intraepitelial neoplasi grad 2 eller mer alvorlig) (3). Ved HPV-screening vil 18 av kvinnene identifiseres, mens to kvinner vil bli oversett. Tilsvarende vil cytologi-screening identifisere 15 av de 20 kvinnene, og overse fem. Av de behandlingstrengende forstadiene som identifiseres, ville de aller fleste gått tilbake av seg selv. Videre, da livmorhalskreft utvi-

kler seg over lang tid (minst ti år), vil celleforandringer som overses i en prøve, mest sannsynlig plukkes opp ved neste screeningprøve. Dette er gjeldende for begge screeningstrategier.

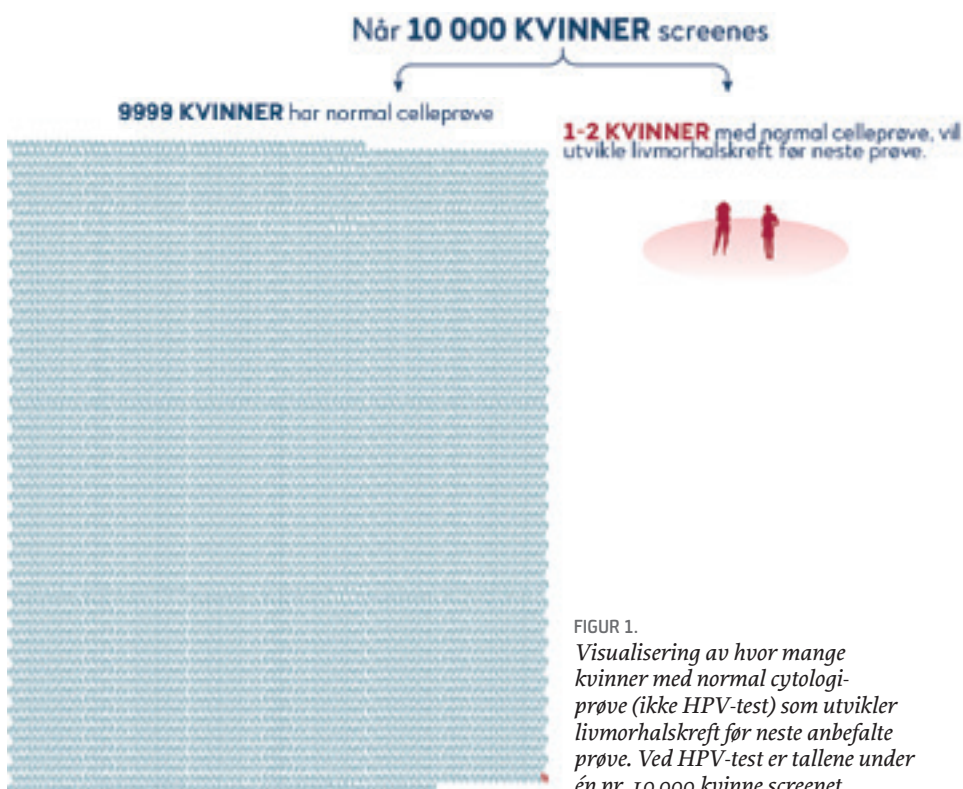
Av 10 000 kvinner som har negativ HPV-test, er det mindre enn én som utvikler livmorhalskreft i tiden før neste anbefalte undersøkelse. Det vil si under 0,01 prosent (4). Tilsvarende tall for cytologi-screening er mellom 0,01 – 0,02 prosent.

Kommunikasjonen til screeningdeltakerne kan alltid bli bedre

For å ha et velfungerende screeningprogram er det helt avgjørende at kvinnene deltar. Hovedandelen av kvinnene som får livmorhalskreft har ikke fulgt screeningprogrammet som anbefalt. Økt deltakelse er den enkeltfaktoren som vil gi størst kreftforebyggende effekt.

Samtidig er deltakelse i Livmorhalsprogrammet ingen garanti, det gir ingen immunitet.

Når mistolket eller unyansert informasjon som skaper usikkerhet rundt screeningprogrammet spres i befolkningen, er det viktig å være tilgjengelig med fakta. Livmorhalsprogrammet er avhengig av at



fastlegene møter kvinnene med god informasjon. Fastlegene er et viktig bindeledd mellom programmet og screeningdeltaerne. Noe av det Livmorhalsprogrammet har prøvd å formidle tydeligere i det siste, er at feilprosenten er 0,01–0,02 prosent, og at kvinnene må kontakte fastlegen ved symptomer, selv om de nylig har hatt en normal screeningtest.

Symptomer skal følges opp

I den senere tid har det vært et større fokus i media på aktuelle symptomer som uregelmessige blødninger, blødninger etter samleie, vedvarende smerter i underlivet eller unormal utflod. Dette kan være tegn på celleforandringer og livmorhalskreft, selv om det i de fleste tilfellene er andre årsaker enn kreft som ligger bak. En negativ HPV-test og normal cytologi klarer ikke en kvinne med symptomer. Kvinner med symptomer skal følges opp, og eventuelt henvises til gynekolog dersom årsaken til symptomene er uklare. Det er spesielt viktig å fange opp kvinner som ikke har blitt vaksinerte før seksuell debut, da de vil ha økt risiko for livmorhalskreft.

Det finnes også flere kvinner som diagnostiseres med livmorhalskreft selv etter at screeningprøven påviste celleforandringer. I 2021 var det 51 personer hvor det ble utviklet kreft selv om screeningprøven oppdaget unormale celler (5). Årsakene til dette er sammensatte, men det er helt avgjørende at disse kvinnene kommer til oppfølgingsprøver som anbefalt. Fastlegen har en svært viktig rolle ved å holde i oppfølgingen.

Cytologi fortsatt viktig

Selv om HPV-testen blir den primære screeningstesten for alle i løpet av 2023 er ikke cytologiprøvens rolle forbi. Alle prøver som er positive for HPV skal vurderes i mikroskopet for å kunne gi kvinnene rik-

tig oppfølging basert på risiko for celleforandringer. Kvinner under 25 bør undersøkes med cytologiprøve om de ikke er vaksinerte før seksuell debut, eller hvis de har symptomer. Den viktige jobben scenerne og patologer gjør hver eneste dag, vil fortsatt være helt avgjørende for å drive et velfungerende screeningprogram. Kombinasjonen av primær HPV-test med påfølgende mikroskopisk vurdering, vil redusere antall krefttilfeller i fremtiden. Sammen med HPV-vaksinering, vil primær HPV-screening for alle kvinner mellom 25 til 69 år sannsynligvis medføre at livmorhalskreft nærmest utrykkes som folkehelseproblem før 2039 (6).

Mulig reduksjon av falske positive prøver

Videre vurderes det fortløpende om ytterligere ny kunnskap kan inkluderes i algoritmen for å redusere antall kvinner med alvorlige celleforandringer som må behandles. Fordi vi vet at de fleste alvorlige celleforandringer går tilbake av seg selv, er det et stort potensial i å bedre identifisere de som vil utvikle seg til kreft. Mest nærliggende er utvidet bruk av genotype-informasjon for risikostratifisering som innført i Sverige (7), men metyleringsanalyser har også vist lovende resultater i flere studier (8). Det pågår også prosjekter som forsøker å øke kunnskapen om prognostiske markører i forbindelse med HPV-smitte og celleforandringer.

Endringer er på gang

I de kommende årene planlegges det å iverksette HPV-hjemmetest i programmet. Dette krever en relativ stor IKT-omlegging av Livmorhalsprogrammet, og arbeidet er påbegynt. Det planlegges at den første gruppen kan få tilbud høsten 2023. I første omgang vil hjemmetesten tilbys kvinner med særskilte behov i samarbeid med fastlegen. Kvinner som ikke har del-

tatt i screeningprogrammet på ti år eller mer er neste gruppe som vil få tilsendt en hjemmetest. Vi tror disse fremskrittene kan gjøre screening enda bedre – og vi ser frem til å samarbeide videre med fastlegene for å både bedre informasjonen vi gir, men også sørge for at screeningtilbudet blir enda bedre.

REFERANSER

1. Ronco G., Dillner J., Elfstrom K.M., Tunesi S., Snijders P.J., Arbyn M., Kitchener H., Segnan N., Gilham C., Giorgi-Rossi P. et al: Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet* 2014, 383 (9916): 524–532. 5.
2. Dillner J., Rebolj M., Birembaut P., Petry K.U., Szarewski A., Munk C., de Sanjose S., Naucler P., Lloveras B., Kjaer S. et al: Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *Bmj* 2008, 337: a1754.
3. Koliopoulos G., Nyaga V.N., Santesso N., Bryant A., Martin-Hirsch P.P.L., Mustafa R.A., Schünemann H., Paraskevaidis E., Arbyn M. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 8. Art. No.: CD008587. DOI: 10.1002/14651858.CD008587.pub2.
4. Ronco G., Dillner J., Elfstrom K.M., Tunesi S., Snijders P.J., Arbyn M., Kitchener H., Segnan N., Gilham C., Giorgi-Rossi P. et al: Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised
5. Engesæter B. et al, Årsrapport 2021: Screeningaktivitet og resultater fra Livmorhalsprogrammet, Kreftregisteret 2021, https://www.kreftregisteret.no/globalassets/livmorhalsprogrammet/rapporter/arsrapport-lp/arsrapportlp_2021_final2.pdf (lastet: 15.02.2023).
6. FHI (2021 12. mars), Livmorhalskreft nesten utryddet i Norge innen år 2023, Nyheter fra FHI, FHI. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/livmorhalskreft-nesten-utryddet-i-norge-innen-ar-2039/> (lastet: 14.02.2023).
7. Calleberg A., Konsekvensutredning – forslag til foreskrifter om endring i Socialstyrelsens foreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2019:14) om villkor för avgiftsfri screening, Socialstyrelsen, 2022.
8. Dillner J., Session: Extended genotyping in a national screening program: an example from Sweden, EUROGIN 2021.

■ LIVMORHALS@KREFTREGISTERET.NO

Kvalitetsindikatorer på

■ **TONE MORKEN** • Forsker, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE

■ **MERETE ALLERTSEN** • Rådgiver, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE

■ **JANNE KRISTIN KJØLLESDAL** • Seniorrådgiver, Akuttmedisin og beredskap, Helsedirektoratet

Følgende kvalitetsindikatorer på legevakt er publisert på Helsedirektoratets nettsider: samtrenning sykepleiere og ambulanse, samtrenning leger og ambulanse, triagering av oppmøtte pasienter og tolketjeneste. Kvalitetsindikatorerne skal være et virkemiddel for kvalitetsutvikling for legevakt.

I 2022 ble de fire første nasjonale kvalitetsindikatorer på legevakt publisert offentlig, både på landsbasis, på fylke, legevakt- og kommunenivå (1). Kvalitetsindikatorer er et virkemiddel for kvalitetsutvikling for helsetjenesten. I 2017 fikk Helsedirektoratet, basert på NOU 2015:17, i oppdrag å utrede kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kunne inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. Etter utprøving av flere aktuelle indikatorer i et samarbeid mellom Helsedirektoratet og NKLM, publiserte Helsedirektoratet følgende fire nasjonale kvalitetsindikatorer i juni 2022: samtrenning sykepleiere, samtrenning leger, triagering, og tolketjeneste (SE BOKS). NKLM har samlet inn data til kvalitetsindikatorerne ved hjelp av spørreundersøkelse til alle legevaktene i Norge, ved leder. Innhentning av data om kvalitetsindikatorer skal inngå som en del av spørreundersøkelsen i Nasjonalt legevaktregister som gjen-

nomføres hvert annet år. Kvalitetsindikatorerne på legevakt vil bli oppdatert og publisert parallelt med dette. Indikatorerne skal gi mulighet til å følge med på status og utvikling i legevaktstjenesten på de aktuelle områdene over tid.

Samtrenning mellom legevaktspersonell og ambulanspersonell

Kvalitetsindikatoren *Samtrenning mellom legevaktspersonell og ambulanspersonell* begrunnes i akuttmedisinforskriften § 4:

«Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden».

Ifølge merknad til enkeltbestemmelser i akuttmedisinforskriften skal virksomhetsleder «påse at personell får nødvendig opplæring og trening i egne arbeidsoppgaver, og skal sikre at det gjennomføres regelmessige øvelser i samarbeid og samhandling med øvrige akuttmedisinske tjenester og

øvrige nødetater.» Det er ønskelig at samtrenning gjennomføres årlig, men det er ikke et lovkrav. Samtrenning med de andre aktørene i den akuttmedisinske kjeden kan både bedre pasientsikkerheten og øke helsepersonellens opplevelse av trygghet i jobben. Forskning har vist at samtrenning har sammenheng med pasientsikkerhet. Forhold ved teamarbeid, som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap og tillit er assosiert med kliniske resultater. Lokal samtrenning skaper en lærings- og kvalitetsforbedringsarena som opprettholdes av aktørene selv. I akutt situasjoner er det spesielt viktig at hjelperne kjenner sine roller og har trent på kommunikasjon, og forstår hvordan hensiktsmessig ledelse foregår. Dette er sentrale elementer i samhandling. Treningen skal være realistisk, slik at feil og uheldige vaner avdekkes og deltagerne motiveres til endring. Samtrenning har også vist seg å være viktig for legevaktlegers deltagelse i akuttmedisinske hendelser (2). Det er laget en kvalitetsindikator for legers samtrenning og en kvalitetsindikator for sykepleiere/annet helsepersonells samtrenning.

I undersøkelsen spurte vi hvor mange leger som hadde hatt vakt siste år og hvor mange av disse som hadde deltatt i samtrenning med ambulanspersonell. Samme spørsmål ble stilt for sykepleiere/annet helsepersonell. Undersøkelsen i 2022 viste at på landsbasis deltok 13 prosent av legene i akuttmedisinsk samtrenning i 2021. På fylkesnivå varierer andel leger som har deltatt i samtrenning fra 29 prosent i Troms og Finnmark til ingen i Oslo.

På landsbasis deltok 18,5 prosent av sykepleiere/annet helsepersonell (utenom leger) i akuttmedisinsk samtrenning med ambulanse i 2021. 50 legevakter (30 prosent) oppga at de ikke har sykepleiere/annet helsepersonell enn leger ved legevakten. På fylkesnivå er andelen høyest i Troms og Finnmark med 37 prosent. Lavest andel samtrenning hadde Oslo med 0 prosent i 2021. Den lave samtrenningsaktiviteten i 2021 kan ha vært påvirket av arbeidet med covid-19.

FIRE KVALITETSINDIKATORER PÅ LEGEVAKT

Samtrenning sykepleiere

Andel sykepleiere/annet helsepersonell ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrenning med ambulanse siste år.

Samtrenning leger

Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinsk samtrenning med ambulanse siste år.

Triagering

Andel legevakter med et standardisert verktøy for triagering av pasienter som møter på legevakten.

Tolkjetjeneste

Andel legevakter med tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på flere språk.

legevakt

ILLUSTRASJONSFOTO (SKILT) - SCANSTOCKPHOTO

LEGEVAKT



Triagering av oppmøtte pasienter på legevakt

Kvalitetsindikatoren *Triagering av oppmøtte pasienter på legevakt* er begrunnet i akuttmedisinforordningens krav om å kunne vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp. Ifølge veileder for legevakt og legevaktsentral bør det være tilgang på beslutningsstøtte og rådgivningsverktøy, som bygger på oppdatert medisinsk kunnskap og som er tilpasset norsk behandlingstradisjon (3). Et triagesystem er et verktøy for å fastsette haste-

grad basert på alvorlighet av skade eller sykdom. Pasientene deles inn i kategorier som bestemmer hvordan pasienten skal prioriteres med hensyn til behandling og ressurser. Målet er at alle legevakter med mulige samtidighetskonflikter har et standardisert triageringsverktøy.

I 2022 rapporterte 102 (61 prosent) legevakter at de har standardisert verktøy for triagering. På 36 (21 prosent) legevakter ble det opplyst at det ikke er aktuelt med triagering av pasienter fordi legevakten sjelden eller aldri har samtidighetskonflikter, mens

30 (18 prosent) legevakter manglet verktøy. Det er altså en relativt stor gruppe av legevakter som ikke har triageringsverktøy.

Tolketjeneste

Kvalitetsindikatoren *Tolketjeneste* omhandler tolketjenester som skal tilbys innen få timer, og som ikke kan utsettes til neste dag. Legevakten skal kunne tilby tolketjenester ved språkbarrierer. Helse- og omsorgspersonell har med bakgrunn i lov om pasient- og brukerrettigheter «plikt til å



Mange legevakter mangler standardisert triageringsverktøy for oppmøtte pasienter.

vurdere behovet for, og eventuelt skaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner». Dette medfører at legevakten må benytte tolk, for eksempel til minoritetsspråklige. Målet er at helsepersonell på legevakt har døgnkontinuerlig tilgang til kvalifisert tolketjeneste når de opplever språkbarrierer i kommunikasjon med pasienter og brukere av legevakten. *Med tilgang til* menes om kommunen, legevakten eller legevaktene som inngår i den interkommunale legevakten, har tilgang til én eller flere leverandører av døgnkontinuerlig tolketjenester. NAV sin akuttvakt tilbyr tolketjeneste hele døgnet for døve, døvblinde og hørselshemmede (4).

I 2022 hadde totalt 147 (88 prosent) av landets legevakter tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på andre språk enn norsk. Legevaktene i Oslo, Agder, Vestfold

og Telemark hadde tilgang på døgnkontinuerlig tolketjeneste. I de resterende fylkene var andelen omkring 92 prosent. Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for bruk av kvalifisert tolk, noe som fortsatt mangler ved noen legevakter.

Konklusjon

Kvalitetsindikatorerne på legevakt som ble målt i 2022, viser lav samtreningsaktivitet mellom legevaktpersonell og ambulanspersonell. Mange legevakter mangler standardisert triageringsverktøy for oppmøtte pasienter. En liten andel legevakter mangler tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på andre språk enn norsk. Måling av kvalitet på legevaktnivå gir et godt grunnlag for at legevaktene kan bruke resultatene i sitt forbedringsarbeid.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/akuttmedisinske-tjenester-utenfor-sykehus> (lest 18.10.2022).
2. Hjortdahl M., Zakariassen E., Halvorsen P.A. (2018) Self reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 36:2, 161–169, DOI: 10.1080/02813432.2018.1459234.
3. Helsedirektoratet. Nasjonal veileder Legevakt og legevaktsentral. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral/kvalitetsarbeid-og-pasient-brukerikkerhet#legevakt-og-legevaktsentral-bor-ha-et-system-for-prioritering-og-triagering-av-pasienter-praktisk> (lest 18.11.2022).
4. NAV. Akuttolk for døve, døvblinde og hørselshemmede <https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hjelpemidler-og-tilrettelegging/tolketjenesten/akuttolk> (lest 18.11.2022).

■ TOMO@NORCERESEARCH.NO

RANDOMISERT TIL VENTELISTE

Økte alkoholinntaket

How can the results in randomized studies be affected by what happens with the participants who are randomized to the control group – and the waiting list? This has been investigated by Swedish researchers. In the study, 1066 participants were randomized to the control group (waiting list) in a study with testing of a digital tool for reducing alcohol intake. The control group was also randomized to receive two different types of health information. After four months, they were sent out a questionnaire, which was answered by more than half of them. There was no significant difference in the answers between the two types of information the participants had received. In the control group, 38 percent said they had not looked at the health information they had received, 42 percent experienced frustration, irritation or dissatisfaction with having to wait on the waiting list. About 55 percent said they had decided to reduce their alcohol consumption, while 17 percent continued to drink as before, and 11 percent had even increased their alcohol consumption.

● *Patient Education and Counseling* (KU Gunnarsson et al), februar 2023, doi: 10.1016/j.pec.2022.11.014



FOLKEHELSEARBEID

Fastlegene er ikke tatt med

Authors of a Norwegian study show that with the introduction of the integrated reform in 2012, it was expected that general practitioners would contribute to better health at the population level through their clinical work and as intermediaries of public health data. When general practitioners are asked about their role, they say that to a large extent they have not become involved in local public health work, and it is considered difficult to prioritize prevention and health-promoting work in the clinical work every day. There were also different perceptions of what it means to work with public health. The authors conclude that there is a large gap between the expectations of general practitioners' role in public health work and their role in practice. The qualitative study included 18 general practitioners from different municipalities who were interviewed through focus groups.

● *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (DH Rønnevik et al), desember 2022, doi: 10.1080/02813432.2022.2144958



48%

In a Danish study, 48 percent of patients with a headache were referred to a neurologist, and 25 percent were referred to CT or MR. This is from a study where all Danish general practitioners who practice in Vejle municipality, were invited to participate in the treatment of the last 20 patients with long-term headache. Of 26 invited general practitioners, 19 participated in all 367 patients. Two of the general practitioners prescribed common painkillers to patients with different types of persistent headache, such as migraines or tension headaches. The prescription varied between general practitioners, but on average they prescribed opioids to 10 percent of the patients. Four of the ten patients were given triptans, and every fourth patient was given preventive medicine. The authors believe the focus should be on reducing the use of opioids, and on more preventive treatment and on keeping patients in primary care services. Norwegian Espen Saxhaug Kristoffersen has been a co-author of the retrospective study.

● *Family Practice* (LN Carlsen et al), oktober 2022, doi: 10.1093/fampra/cmacc121



SÅR HALS

Unødvendig strep-testing

It was 20 and 30 percent of general practitioners who would have done what according to national guidelines was unnecessary streptococcal test, for mild and severe throat infection. About half of the general practitioners would not do such a test with a moderate infection. This is from a study where 807 of 4700 members of the Norwegian Association of General Practitioners answered a web-based questionnaire about adherence to national guidelines for sore throat and how often general practitioners did a strep test or prescribed antibiotics. Even when strep testing was not always in line with the guidelines, general practitioners prescribed the right medicine to the patients who were given a prescription for antibiotics.

● *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (H Puntervoll et al), desember 2022, doi:10.1080/02813432.2022.2144982



Norsk Onkologisk faggruppe



Velkommen til kollegahjørnet, **Daniel Heinrich**, styreleder i Norsk Onkologisk Forening (NOF) og **Inger Marie Sandvik**, styremedlem i NOF.

Daniel Heinrich, spesialist i onkologi og overlege ved Kreftavdelingen, Sykehuset Innlandet Gjøvik. Leder i Norsk Onkologisk Forening



Inger Marie Sandvik, spesialist i onkologi og overlege ved Avdeling for kreftbehandling og medisinsk fysikk, Haukeland Universitetssykehus i Bergen. Styremedlem i Norsk Onkologisk Forening

Kan dere minne oss på hva som er essensen av arbeidet ved en kreftavdeling i 2023?

Hovedaktiviteten ved en kreftavdeling er å gi aktiv kreftbehandling med medikamenter og strålebehandling. Kreftavdelinger gir også lindrende behandling til pasienter med langtkommet kreftsykdom, men ofte skjer dette i regi av lokalsykehus, egne palliative enheter og i primærhelsetjenesten.

Utredning av kreftsykdom skjer hovedsakelig i regi av en relevant kirurgisk avdeling. Pakkeforløpene har strømlinjeformet utredningsprosessen og har redusert ventetid på behandling. På multidisiplinert teammøte (MDT-møte) deltar kreftlegen sammen med kirurg, radiolog og patolog for å fatte beslutning om behandling for den enkelte pasienten.

Hvor mange medlemmer har foreningen deres?

Norsk Onkologisk Forening (NOF) ble stiftet i 1986 og har 716 medlemmer (inkludert pensjonister) pr. 4. januar 2023. Det er 414 spesialister i onkologi i Norge, inkludert 52 pensjonister. De yrkesaktive jobber på 20 kreftavdelinger og kreftpoliklinikker rundt om i landet, der ni av avdelingene tilbyr strålebehandling. Medlemsbladet vårt, *OnkoNytt*, kommer ut to ganger i året.

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

Onkologifaget har vært gjennom store endringer og faglige gjennombrudd det siste tiåret.

Immunterapi har medført et paradigmeskifte i kreftbehandling. Immun-sjekk-punkthemmere (CTLA4-hemmer og PD(L)-1-rettete antistoffer) er legemidler som fjerner «bremseklossene» i immunforsvaret og på den måten aktiveres pasientenes eget im-

munsystem til å angripe kreftcellene direkte. Behandlingen har vist seg effektiv mot en rekke kreftformer, som malignt melanom, ikke-småcellet og småcellet lungekreft, nyrekreft, hode-hals-kreft, øsofaguskreft og kreft fra blære og øvre urinveier. Immunterapi kan gis som monoterapi og i kombinasjon med kjemoterapi eller målrettet behandling. Nylig er også CART-behandling innført i Norge for lymfekreft. CART-cellerapi er neste generasjon immunterapi basert på at immunceller høstes fra pasienten, der genteknologi brukes til å omprogrammere cellene, før cellene settes tilbake i pasienten.

I større og større grad kartlegges genetisk informasjon og molekylære karakteristika i kreftsvulsten til enkeltpasienter. Målrettet kreftbehandling er legemidler som er rettet direkte mot molekylære mekanismer som er viktige i kreftcellen. Eksempler på slik behandling er HER2-hemmer ved brystkreft, BRAF-hemmer ved malignt melanom og EGFR-hemmer ved ikke-småcellet lungekreft.

Den nasjonale IMPRESS-studien er åpen for pasienter med langtkommet, ikke-kurerbar kreft. Pasientene i studien får utført en utvidet genpanel-analyse som kartlegger ca. 500 gener. Målet med studien er å tilby målrettet behandling til flere kreftpasienter gjennom å bruke medikamenter som allerede er godkjent for bestemte kreftdiagnoser på nye krefttyper, basert på de molekylære analysene.

Nye medikamenter gir nye typer bivirkninger. Bivirkninger ved immunterapi kan skyldes overaktivering av immunsystemet, som igjen angriper friske celler og gir betennelse. Immun-relaterte bivirkninger kan potensielt ramme alle organsystem, men er vanligst forekommende i hud, gastrointestinaltraktus, lever og endokrine organer. Riktig håndtering av slike bivirkninger med steroider når det er indisert, og eskalering til mer effektiv immunsuppre-

sjon er viktig for å unngå alvorlige bivirkninger, i verste fall med fatal utgang.

Protonterapi blir tilgjengelig i Norge fra 2024. Det bygges for tiden to protonsentre i Norge. Byggeprosessen er påbegynt både ved Radiumhospitalet i Oslo og ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. Totalt vil vi få tre behandlingsrom for protonterapi i Norge. Protonterapi er mer skånsom enn tradisjonell strålebehandling, og reduserer faren for langtidsbivirkninger og sen-skader. Behandlingen er blant annet godt egnet for barn og unge. Svulster nær kritiske og strålefølsomme organer eller tilbakefall etter tidligere stråling er også aktuelle for behandling.

Legeforeningen har kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Har dere noen tanker om dette?

Målet for fremtidens kreftbehandling er å gi god persontilpasset behandling, der riktig behandling gis til riktig pasient til riktig tid. Like viktig som det er å gi god behandling, er det å ikke gi unødvendig toksisk behandling ved langtkommen kreftsykdom, der det er liten sannsynlighet for meningsfull livsforlengelse eller økt livskvalitet. Dette gjelder spesielt pasienter med redusert funksjonsnivå. Som ledd i Legeforeningens arbeid med kloke valg er det også fokus på å unngå undersøkelser som ikke får behandlingssmessig konsekvens, som for eksempel undersøkelser for å avdekke tidlig asymptomatisk tilbakefall, med mindre dette har betydning for prognose eller livskvalitet. Et annet av de kloke valgene er å gi engangs strålebehandling mot ukompliserte smertefulle skjelettmetastaser, og unngå mer tidkrevende behandling over flere dager/uker.

Befolkningen i Norge blir eldre, og nye tilfeller av kreft vil øke. Takket være bedret diagnostikk og behandling er det flere nå som overlever kreftsykdom, og det er flere langtidsoverlevende som lever med kreftsykdommen sin. Oppfølging etter endt radikalbehandling skjer i samarbeid mellom kreftlege, kirurg og allmennlege. De nasjonale handlingsprogrammene for de ulike kreftdiagnosene gir anbefaling om hvordan denne oppfølgingen skal skje. Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft har

som mål å bidra til økt oppmerksomhet mot livskvalitet og mestring, samt avdekke pasientens individuelle behov. Pakkeforløpet består av behovskartlegging ved tre ulike tidspunkt etter en kreftdiagnose.

Seneffekter kan oppstå som følge av kreftsykdom og kreftbehandling, og utgjør et bredt spekter av somatiske og psykologiske tilstander med varierende alvorlighetsgrad. En del pasienter vil ha behov for utredning og oppfølging som i hovedsak foregår hos fastlegen, i samarbeid med relevante spesialister. Ved flere sykehus finnes lærings- og mestringsstilbud. Opphold på rehabiliteringssenter kan være aktuelt. Montebellosenteret har en rekke generelle og diagnosespesifikke kurstilbud. For øyeblikket finnes det et begrenset spesialisert helsetilbud for kreftoverlevende med kompliserte seneffekter, men det jobbes for å etablere tilbud i alle helseforetakene.

Har dere noe spesielt du ønsker å formidle på vegne av fagmiljøet deres, til kolleger i allmennpraksis og samfunnsmedisin?

Det er viktig å huske på at kreft ikke bare kan behandles, men også forebygges. Det er derfor viktig å øke innsatsen på hva vi kan gjøre for å unngå å utvikle kreft, som røykeslutt, sunn kroppsvekt, fysisk aktivitet, sunt kosthold, begrense alkoholinntak, god solbeskyttelse, beskyttelse mot kreftfremkallende stoffer på arbeidsplassen, redusere luftforurensning, vaksinasjon av barn mot HPV og deltakelse i de organiserte screeningprogrammene.

For en trygg og god kreftomsorg er vi avhengig av et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det er utfordrende med presede hverdager både på fastlegekontorene og på sykehusene. Fastlegen kjenner pasienten, og er en svært viktig samarbeidspartner før, under og etter kreftbehandling. Sammen kan fastlegen og onkologen trygge kreftpasienten gjennom et sykdomsforløp og gi helhetlig oppfølging.

■ DANIEL.HEINRICH@SYKEHUSETINNLANDET.NO
■ INGER.MARIE.SANDVIK@HELSE-BERGEN.NO

Faggruppe legevakt

Vår faggruppe jobber for å spre engasjement og bedre forståelse av legevaktmedisin.

Vi har deltatt i arbeidsgrupper i Helse direktoratet tilknyttet alternative akuttmedisinske løsninger for organisering, og gitt innspill til relevante høringer om blant annet prehospitalet behandling av sepsis og meningitt, kriterier for tilskuddsmidler til legevakter med rekrutteringsutfordringer og nasjonal førstehjelpsstrategi.

Vi var sterkt delaktige på den nasjonale legevaktkonferansen i Bodø i september, og holdt foredrag om legevaktmedisin og presentasjon av «legevaktspilot» ved Sunnfjord interkommunale legevakt. I anledning Primærmedisinsk uke i oktober 2022 laget og arrangerte vi et helt nytt emnekurs om legevaktmedisin over to hele dager. Hovedtema var de utfordrende og spennende sidene ved legevakt, og de krav

det stiller til legen på vakt. Det ble gitt en grundig gjennomgang av grunnlaget for å ha legevakt, hvordan en gjennom BEST kan trene på og håndtere akutte situasjoner (1), samt det å ivareta ulike pasient- og diagnosegrupper. Kurset ble godt mottatt, og vi planlegger å arrangere et tilsvarende kurs under Nordlandsuka i Bodø i september 2023.

Vi ønsker oss flere engasjerte medlemmer, så ta gjerne kontakt om du har interesse for legevaktmedisin.

REFERANSER

1. Hjortdahl M. Et nasjonalt nettverk for akuttmedisinsk trening. Utposten 2020; 3. https://www.utposten.no/journal/2020/3/m-801/F%C3%B8rste-BEST:_Et_nasjonalt_nettnetk_for_akuttmedisinsk_samtrening (lest 02.01.23).

ELDBJØRN FURNES ■ Leder
■ ELDBJORN.FURNES@GMAIL.COM

Det er registrert 168 legevakter og 94 legevaktssentraler i Norge. Disse dekker Norges 356 kommuner.



Utposten lanserer ny nettside



www.utposten.no

Utposten ble utgitt for første gang i 1972. Det har skjedd en enorm teknologisk utvikling siden bladet hadde sin spede begynnelse for mer enn 50 år siden, og nå ønsker *Utposten* å bedre tilgjengeligheten til bladet for sine abonnenter.

Tilpasset abonnenter

Fra nettsiden først ble lansert i 2018 har *Utposten* blitt gjort tilgjengelig på nett artikkelvis, åtte uker etter utgivelse. Nettsiden har også gitt åpen tilgang til bladet for alle. Mange av våre lesere har dratt nytte av denne tjenesten opp gjennom årene, og her

har de også tilgang til et enestående arkiv som går 50 år tilbake i tid.

Nå er tiden inne for å oppgradere *Utpostens* nettsider, slik at bladet blir mer tilgjengelig og tilpasset våre abonnenter. Vi har opprettet «din side», der hver enkelt abonnent kan logge inn og oppdatere sin kontaktinformasjon og sitt abonnement. For å logge inn på «din side» må du benytte medlemsnummeret ditt (ikke e-postadressen) første gang du logger inn, dersom vi ikke har registrert din e-postadresse. Passordet vil være **UTPOSTEN** (store bokstaver)+postnummeret ditt, f.eks. **UTPOSTEN 2050**.

Forbedret tilgjengelighet

Viktigst av alt har *Utposten.no* oppgradert startsidene, og de tre siste utgavene vil nå ligge lett tilgjengelig der. *Utposten* vil dessuten publiseres på nett omtrent samtidig som bladet kommer i postkassen, slik at abonnentene våre enklere kan lese *Utposten* i sin helhet, når og hvor de vil. Det vil etter hvert også bli mulig å velge bort det fysiske bladet i postkassen, dersom du kun ønsker å lese *Utposten* på nett. Du endrer da abonnementet ditt på «din side».

Dersom du har spørsmål eller ønsker kontakt, send en mail til post@utposten.no

Utpostens nye nettsider er responsive og visningsmodus tilpasser seg ulike skjermstørrelser, slik som her på pc, nettbrett og mobil.



Høyaktuell bok



Bjørn Lichtwarck, Janne Myhre
Dumme pasienter og troll til pleiere?
 Ny forståelse av aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon
 190 sider
 Fagbokforlaget
 Bergen 2022
 ISBN 978-82-450-3560-5

Forholdene for både pasienter og pleiere i norske sykehjem har vært et offentlig tema

i flere år. Fortsatt er det mye som mangler for at tjenestene kan sies å være fullgode over hele landet. Både tilgangen på menneskelige og økonomiske ressurser har ikke vært optimale flere steder, dessverre.

Forfatterne av denne boken har gått grundig inn i erfaringer og forskning, både fra nasjonale og internasjonale undersøkelser, om hvordan pasienter og ansatte har det i sykehjem. Bjørn Lichtwarck har arbeidet blant annet som fastlege og sykehjemslege ved demensavdelinger. Janne Myhre er spesialsykepleier i geriatri og psykiatri. Også hun har lang erfaring fra sykehjem, inklusive avdelinger for demente. Begge er nå tilknyttet Forskningsentret for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom ved alderspsykiatrisk avdeling, Sykehuset innlandet.

Forfatterne skriver at hovedhensikten med denne bokutgivelsen er å beskrive aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i institusjon som komplekse fenomener. Noe som igjen betyr at fenomenene påvirkes av flere risikoutløsende og vedlikeholdende faktorer, både biologiske, psykologiske og sosiale. Dette ment som en ultrakort oppsummering av bokens innhold og målsetting.

For her dras vi med inn i et dagligliv med et utall av nyanser, gjenkjennbare for enhver som har arbeidet i sykehjem, vil jeg anta. «Peder» er en gjennomgangspasient i det teoretiske og praktiske stoffet som presenteres, noe som gjør at dette store feltet holdes «på bakken». Denne balansegangen er glimrende utført.

Stikkordsmessig kan bokens tre deler antyde omfanget av tematikken: (min uthevelse)

- *En ny forståelse* av begrepene aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp.
- Aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp i praksis.
- *Tilnærminger* til aggresjon, overgrep og utelatt helsehjelp.

Den store styrken ved boken er dessuten at forfatterne kommer med konkrete forslag til hvordan både ledere og ansatte kan utvikle en *kultur* og et *dagligliv* i avdelinger hvor det bor demente. Vi dras inn i situasjonene på en både troverdig og lærerik måte.

Boken anbefales, og da spesielt for sykehjemsleger og øvrige ansatte i institusjonene, og kanskje også for utvalgte pårørende – og ikke minst viktig: helsepolitikere.

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 Siri Dalsmo Berge LESER...



Hva leser du nå?

Da jeg fikk spørsmål om å skrive spalten «Legen leser», måtte jeg tenke meg om. For hva leser jeg egentlig for tiden utenom faglitteratur? Men joda, jeg får konsumert noen skjønnlitterære bøker – det er bare sjelden jeg leser. Jeg lytter. For etter at jeg fikk barn, har jeg i stor grad gått over til lyd-bøker. Først på kassett og CD, etter hvert med lydbok-app. Og da har jeg plutselig fått inntatt bøker likevel. Det er sjelden jeg kan si «Du vet den boka jeg leste...». Det blir snarere «Du vet den boka jeg hørte...»

Ofte holder jeg på med flere bøker på en gang. For tiden lytter jeg til *Boktyven* av Markus Zusak og *Sju dager i august* av Brit Bildøen. To nokså forskjellige, men gode bøker, og ikke minst – gode innlesere. Det har også betydning når du skal lytte til lydbok.

Hvorfor leser du disse bøkene?

Jeg er så heldig å ha ei venninne med stor kunnskap om og interesse for litteratur, og det er ofte til henne jeg går når jeg trenger nye boktips. Bøkene jeg lytter til nå er intet unntak.

Boktyven handler om Liesl som mister både bror og mor i begynnelsen av 2. ver-

denskrig. Hun blir plassert i fosterhjem og her lærer hun å lese. Vi får følge jenta og fosterforeldrene som er en del av et mindretall i Tyskland som ikke støtter Hitler. Tittelen *Boktyven* henspiller på Liesl som elsker å lese og må stjele bøker for å få tak i lesestoff. Det hun leser blir det hun tilfeldigvis får tak i. Boka har et godt språk, og Døden er fortellerstemmen. Et smart forteller-grep som fungerer overraskende bra.

Sju dager i august handler om Otto og Sofie. Sofie mistet dattera si på Utøya for åtte år siden og har nærmest satt seg fast i sorgen. Vi får innblikk i hvordan sorgen etter å ha mistet et barn kan påvirke både den som har mistet og de rundt. Som noen vet har jeg en ekstra interesse for relasjoner og parforhold, og forfatteren skildrer godt hvordan den fastlåste sorgen påvirker både parforholdet og kollegiale relasjoner.

Hvor leser du?

Det geniale med lydbok er at du kan lytte til den nesten overalt, mens du gjør andre ting som ikke krever alt for mye hjernekapasitet. Det betyr at jeg stort sett lytter til bøker mens jeg gjør husarbeid og når jeg kjører bil alene. Mange hører på lydbøker eller podcast når de trener eller går tur,

men det fungerer dårlig for meg. Joggeturer og gåturer i naturen er best uten noe på ørene, etter min mening. Det er nydelig å få luftet hjernen også, og dette blir en viktig arena for å lage rom for nye ideer til diverse prosjekter.

Hvilke bøker vil du helst lese?

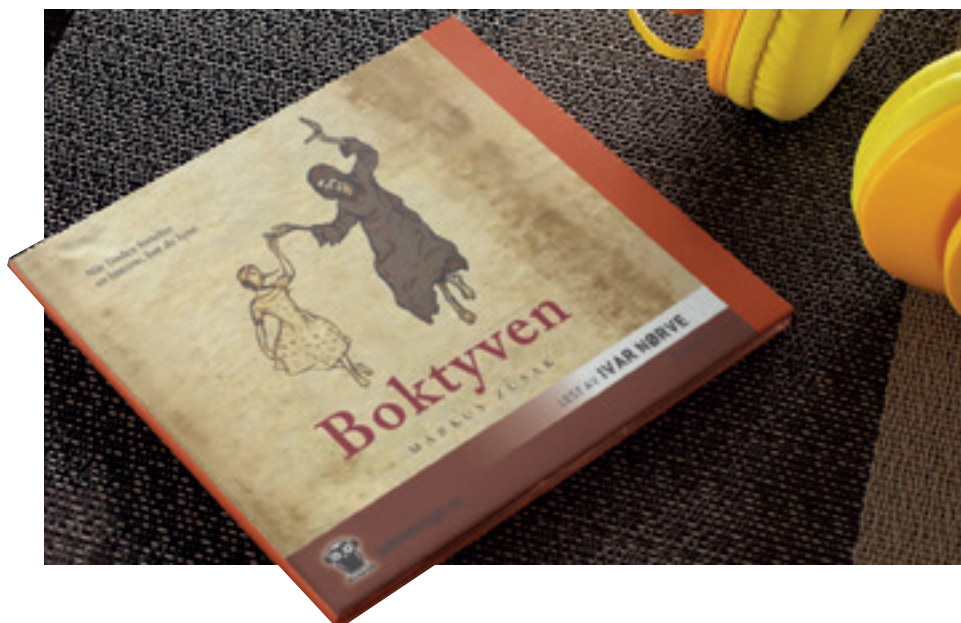
Tja ... Jeg liker mye forskjellig. Så lenge det er godt skrevet og en fengende historie er sjanger mer underordnet. På lista mi nå har jeg: Maja Lundes *Klimakvartett* og Anna Gavaldas *Saman er ein mindre aleine*.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Det har jeg! I sommer lyttet jeg til en liten perle av ei bok der vi følger to ektefeller i et avgjørende døgn i deres parforhold. Den heter *Sommertid* av Hilde Rød-Larsen. På normal avspillingstid tar den bare i underkant av fire timer å lytte gjennom.

Ei annen bok som også omhandler samme tema, nemlig kjærlighet og relasjoner, er *Størst av alt – Om kjærlighetens natur* av Lone Frank. Boka er glimrende forskningsformidling. Sammen med en psykolog gransker hun sin egen historie, samtidig som hun trekker inn kunnskap fra naturvitenskap, psykologi og kulturforskning.

Til slutt må jeg ta med ei bok jeg faktisk leste og ikke hørte for noen år siden. Ei morsom og lettlest bok jeg helt tilfeldig dro med meg rett før jeg skulle ta toget og trengte litt lesestoff. Boka, som er skrevet av Catharina Ingelman-Sundberg, heter *Svindel og multelikør* og handler om en gjeng eldre som synes det er fryktelig kjedelig å bo på aldershjem. De begynner å trene i smug for å bli i stand til å gjennomføre tidenes forbrytelse. Målet er å bli tatt og dømt, da de er overbevist om at det må være mye bedre å bo i fengsel enn på aldershjemmet! Det er ikke ofte jeg ler høyt alene – denne boka var et underholdende unntak.



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 legemiddelinformasjonsentre (RELIS) er et gratis tilbud til helsepersonell om produsent-uavhengig legemiddelinformasjon. Vi er et team av farmasøyter 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.

Semaglutid (Wegovy) som vektreduserende legemiddel

Semaglutid (Ozempic) med godkjent indikasjon diabetes mellitus type 2 har blitt brukt utenfor godkjent indikasjon som vektreduserende legemiddel. I fjor kom semaglutid (Wegovy) på markedet med indikasjon vektkontroll. Hva er dokumentert effekt og sikkerhet ved bruk av Wegovy? Hvordan stiller denne seg i behandlingen av overvekt sammenlignet med andre vektreduserende legemidler på markedet?

Liraglutid som først ble godkjent i 2009 som antidiabetikumet Victoza, ble i 2020 også markedsført som et vektreduserende legemiddel med navn Saxenda. Liraglutid er en glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) analog og regulerer blant annet blodsukker, appetitt og matinntak (1, 2a, 2b).

En annen GLP-1-analog, semaglutid, ble også først godkjent for behandling av diabetes mellitus type 2 (DMT2) i 2018 under handelsnavnet Ozempic (2c). Ozempic har blitt brukt utenfor godkjent indikasjon som vektreduserende legemiddel. Statens legemiddelverk (SLV) rapporterte i slutten av siste år en delvis mangel på Ozempic grunnet økt etterspørsel (3). I 2022 ble semaglutid godkjent som vektreduserende legemiddel under navnet Wegovy (2d).

Wegovy er i studier vist å ha bedre effekt enn Saxenda som vektreduserende legemiddel. I tillegg har Wegovy lengre halveringstid enn Saxenda og tillater en mer fordelaktig administrasjonshyppighet, med en ukentlig subkutan dosering, sammenlignet med daglig injeksjon for Saxenda. Som vektreduserende legemiddel brukes begge i høyere dosering enn ved DMT2. Wegovy titreres opp til 2,4 mg over 16 uker, mens Saxenda titreres opp til 3 mg over fire uker ved vektreduserende dosering. Ved DMT2

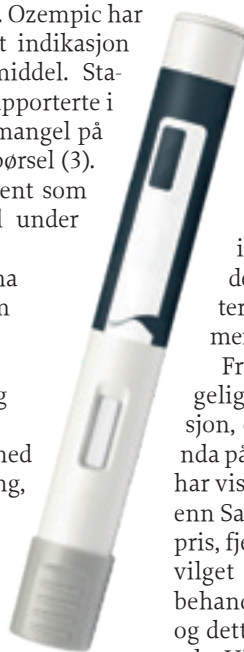
er maksimalt anbefalt dose semaglutid 2 mg ukentlig og liraglutid 1,8 mg daglig (2a-2d).

Pasienten må betale selv

I august 2021 ble det søkt fra produsenten av Wegovy om hurtig metodevurdering av legemidlet på blå resept som behandling for overvekt og vedlikehold av vekt (4).

Den 19. januar i 2023 ble det kjent at SLV ikke innvilger legemidlet på blå resept til behandling av overvekt og fedme. Pasientene må med andre ord betale for behandlingen selv, noe som tilsvarer omtrent 36 000 kroner i året. SLV sitt avslag begrunnes med at legemidlet ikke er kostnadseffektivt, det vil si at det er for dyrt i forhold til dokumenterte helseeffekter, sett i lys av sykdommens alvorlighet (5, 6).

Fra tidligere har Saxenda vært tilgjengelig via individuell søknad om refusjon, og over 30 000 pasienter fikk Saxenda på blå resept i 2022 (6). Siden Wegovy har vist å ha bedre vektreduserende effekt enn Saxenda, og legemidlene har like høy pris, fjernet Helfo muligheten for å få innvilget individuell stønad på Saxenda til behandling av fedme den 1. februar 2023, og dette gjelder også ved fornying av vedtak. Vilkårene for individuell stønad til fedmelegemidlene Mysimba (nal-trekson+bupropion) og Xenical (orlistat) er ikke endret (7).



OPPSUMMERING

- Wegovy fås ikke på blå resept fordi det er for dyrt i forhold til dokumenterte helseeffekter sett i lys av sykdommens alvorlighet.
- Wegovy gir et betydelig større vekttap (minus tolv prosent) enn andre godkjente legemidler mot overvekt (minus tre til fem prosent).
- Wegovy har ikke vist å gi vedvarende vekttap, og pasienter går opp i vekt etter seponering.
- Det foreligger ikke data for Wegovy på harde endepunkt som kardiovaskulær sykdom og mortalitet.
- Vi kan ikke utelukke at deler av vekttapet kan skyldes svært vanlige gastrointestinale bivirkninger som kvalme, oppkast og diaré.

Individuell stønad blir som hovedregel ikke gitt til Wegovy og Saxenda, som konsekvens av legemiddelverkets metodevurdering, men i sjeldne tilfeller kan det gjøres unntak fra hovedregelen. Bare pasienter med kroppsmasseindeks (KMI) over 50 kg/m², og som i tillegg har alvorlige vektrelaterte sykdommer, blir vurdert individuelt etter søknad fra lege ved et offentlig sykehus (8).

Andre vektreduserende legemidler

Xenical, Mysimba, Saxenda og Wegovy har vektreduksjon som godkjent indika-

sjon, i kombinasjon med kalorifattig diett og økt fysisk aktivitet (Mysimba, Saxenda og Wegovy) eller kun i kombinasjon med kalorifattig diett (Xenical), hos pasienter med fedme (KMI større eller lik 30 kg/m²) eller hos overvektige pasienter med vektrelaterte komorbiditeter (2a–2f). Xenical, Mysimba og Saxenda har vist å ha omtrent like beskjeden vektreduserende effekt, omtrent -3–5 prosent vektnedgang. Ingen av legemidlene har vist å gi varig vektnedgang (1, 9).

Xenical og Mysimba skal seponeres etter 12 uker, og Saxenda etter 16 uker, hvis behandling ikke har resultert i minimum fem prosent vektreduksjon (2a, 2e, 2f). Et krav om minimum vektreduksjon innen en gitt tidsperiode er ikke angitt for Wegovy (2d).

Vektreduksjon og morbiditet/mortalitet

En vektreduksjon på fem til ti prosent gir en fordelaktig effekt på blodtrykk, insulinresistens, lipidverdier og søvnforstyrrelser. Ved 15–20 prosent vektreduksjon kan den økte mortalitetsrisikoen ved DMT2 hos overvektige reverseres (10). Det er likevel ingen studier hittil som har vist redusert dødelighet blant friske overvektige personer som går ned i vekt (10, 11). Vektreduksjon har derfor størst betydning for personer med vektrelaterte komorbiditeter (10). Langtidsresultater etter kirurgisk behandling av overvekt viser effekt på harde endepunkt (dødelighet) etter et vekttap på 30–35 kg over ti til tolv år. Et lignende resultat virker ikke realistisk med farmakologisk behandling (12).

Det foreligger ikke data på langtidseffekter av Wegovy på kardiovaskulær sykdom, mortalitet og livskvalitet. En studie vedrørende effekt på kardiovaskulære utfall og dødelighet hos pasienter med tidligere kardiovaskulære hendelser og overvekt/fedme er planlagt publisert (13).

Studier på effekt og sikkerhet

Produsenten av Wegovy har finansiert programmet «The Semaglutide Treatment Effect in People with obesity (STEP)» som inkluderer flere studier. Pr. dags dato er ikke alle studiene publisert, og vi ser nærmere på enkelte av studiene. Disse er dobbelt-blindede og randomiserte, kontrollerte studier (14–19).

Pasientgruppene inkludert i disse utvalgte studiene har KMI på 30 eller større, eller 27 eller høyere med en vektrelatert morbiditet, som for eksempel hypertensjon. Pasienter med diabetes er ikke inkludert. Livsstilsintervensjon, som kaloriun-

derskudd og økt fysisk aktivitet, ble iverksatt i intervensjons- og placebogruppen og pågikk gjennom hele perioden (16–19).

Studiens primære endepunkt var endring i kroppsvekt i prosent og prosentandel med fem prosent eller mer vektreduksjon fra studiestart til studiens slutt. Sekundære endepunkt var blant annet prosentandel med 10 prosent, 15 prosent og 20 prosent eller mer vektreduksjon (16–19).

Bivirkningsdata er rapportert «on treatment». Dette ble definert som at pasientene har brukt intervensjonslegemidlet i de foregående 49 dagene før rapportering (16–19). Vi har ikke funnet spesifikk informasjon om bivirkningsdataene er samlet systematisk, eller om de er rapportert spontant.

Gastrointestinale bivirkninger rapportert i studiene angis av forfatterne å vanligvis være forbigående og avtagende med tiden, og de var milde til moderate i alvorlighetsgrad. Milde bivirkninger var lett tolererbare, forårsaket minimalt ubehag og forstyrret ikke dagligdage aktiviteter, mens moderate bivirkninger forårsaket tilstrekkelig ubehag til å forstyrre normale hverdagsaktiviteter. Alvorlige gastrointestinale bivirkninger er definert å forhindre dagligdage gjøremål (16–19).

Step 1 studien (16): Forfatterne så på hvor stor vektreduksjon semaglutid har sammenlignet med placebo over 68 uker.

Totalt 1961 voksne ble randomisert i 2:1 ratio i 68 uker med 2,4 mg semaglutid (n=1306 deltagere) eller placebo (n=655 deltagere), en gang ukentlig (16).

EFFEKT

Gjennomsnittlig endring i kroppsvekt fra randomisering til uke 68 var -14,9 prosent i semaglutidgruppen sammenlignet med -2,4 prosent i placebogruppen, med en estimert behandlingsforskjell på -12,4 prosent (95 prosent konfidensintervall [KI] -13,4 til -11,5; P<0,001). Flere deltakere i semaglutidgruppen enn i placebogruppen oppnådde vektreduksjon på fem prosent eller mer ved uke 68; 86,4 prosent vs. 31,5 prosent med odds ratio (OR) 11,2 (KI 8,9 til 14,2), vektreduksjon på ti prosent eller mer; 69,1 prosent vs. 12 prosent med OR 14,7 (KI 11,1 til 19,4), og vektreduksjon på 15 prosent eller mer; 50,5 prosent vs. 4,9 prosent med OR 19,3 (KI 12,9 til 28,8), med P<0,001 for alle tre OR (16).

SIKKERHET

Kvalme, diaré, oppkast og forstoppelse var de vanligste rapporterte bivirkningene under behandling med semaglutid. I semaglu-

tid- og placebogruppen ble det rapportert om kvalme hos henholdsvis 44,2 prosent vs. 17,4 prosent, diaré hos 31,5 prosent vs. 15,9 prosent, oppkast hos 24,8 prosent vs. 6,6 prosent og forstoppelse hos 23,4 prosent vs. 9,5 prosent. Flere deltakere i semaglutidgruppen enn i placebogruppen avbrøt behandlingen på grunn av gastrointestinale hendelser, 4,5 prosent vs. 0,8 prosent. Alvorlige bivirkninger ble rapportert hos 9,8 prosent i semaglutidgruppen vs. 6,4 prosent i placebogruppen, og forskjellen skyldtes hovedsakelig alvorlige gastrointestinale bivirkninger (1,4 prosent vs. 0 prosent) og bivirkninger fra lever og galleveier (16).

Step 4 studien (17): Forfatterne så på vedlikehold av vektreduksjon etter seponering av semaglutid

I seponeringsstudien sammenlignet forfatterne bruk av semaglutid 2,4 mg gjennom hele studien med overgang fra semaglutid til placebo. Totalt 902 deltakere fikk semaglutid en gang ukentlig i en innkjøringsfase. Etter 20 uker (16 uker med doseøkning og 4 uker med vedlikeholdsdose), oppnådde 803 deltakere (89 prosent) dosering på 2,4 mg semaglutid/uke. Alle pasientene ble ved uke 20 randomisert (2:1) til fortsatt semaglutid (n=535) eller bytte til placebo (n=268) i påfølgende 48 uker. Placebogruppen gikk opp i vekt etter byttet, men vekten ved endt studie var lavere enn utgangsvekten før innkjøringsfasen. Fortsatt behandling med semaglutid sammenlignet med å bytte til placebo, resulterte i fortsatt vektreduksjon over de neste 48 behandlingssukene. Etter randomisering var gjennomsnittlig endring i vekt fra uke 20 til uke 68 -7,9 prosent ved å kontinuere semaglutid sammenlignet med +6,9 prosent hos pasienter som byttet til placebo (forskjell: -14,8 prosent, 95 prosent KI -16,0 til 13,5; P<0,001) (17).

Step 5 studien (18): Forfatterne så på hvor stor vektreduksjon semaglutid har sammenlignet med placebo ved langvarig behandling (to år).

Effekt og sikkerhet ble vurdert for 2,4 mg semaglutid sammenlignet med placebo, en gang ukentlig i 104 uker. Totalt 304 pasienter ble inkludert (n=152 i semaglutidgruppen og n=152 i placebogruppen) (18).

EFFEKT

Gjennomsnittlig endring i kroppsvekt fra randomisering til uke 104 var -15,2 prosent i semaglutidgruppen og -2,6 prosent i placebogruppen, med en estimert behandlingsforskjell på -12,6 prosent (95 prosent KI -15,3 til -9,8, P<0,0001). Flere deltakere i

semaglutidgruppen enn i placebogruppen oppnådde vektreduksjon på 5 prosent eller mer ved uke 104; 77,1 prosent vs. 34,4 prosent med OR 5,0 (KI 3,0 til 8,4), vektreduksjon på 10 prosent eller mer; 61,8 prosent vs. 13,3 prosent med OR 7,2 (KI 4,0 til 13,2), og vektreduksjon på 15 prosent eller mer; 52,1 prosent vs. 7,0 prosent med OR 9,4 (KI 4,4 til 20,0), med $P < 0,0001$ for alle tre OR (18).

SIKKERHET

I semaglutid- og placebogruppene ble det rapportert om kvalme hos henholdsvis 53,3 prosent vs. 21,7 prosent, diaré hos 34,9 prosent vs. 23,7 prosent, oppkast hos 30,3 prosent vs. 4,6 prosent og forstoppelse hos 30,9 prosent vs. 11,2 prosent. Flere deltakere i semaglutidgruppen enn i placebogruppen avbrøt behandlingen på grunn av bivirkninger, 5,9 prosent vs. 4,6 prosent, hvorav 3,9 prosent vs. 0,7 prosent var på grunn av gastrointestinale bivirkninger. Alvorlige bivirkninger ble rapportert hos 7,9 prosent av semaglutidgruppen vs. 11,8 prosent i placebogruppen (18).

Step 8 studien (19): Forfatterne sammenlignet effekt av semaglutid, liraglutid og placebo på vektnedgang i 68 uker.

I denne to-armede studien så forfatterne på effekt og sikkerhet ved 2,4 mg semaglutid gitt en gang ukentlig ($n=126$) sammenlignet med daglig dosering av 3 mg liraglutid ($n=127$). Pasientene ble randomisert til semaglutid eller placebo i den ene armen eller liraglutid eller placebo i den andre armen med ratio på 3:1:3:1 (19). Ved at pasientene er randomisert til ulike administrasjonshyppighet, den ene armen med dosering en gang ukentlig og den andre med daglig dosering, er det risiko for at deltakerne ikke er blindet godt nok fordi de visste hvilken behandling (semaglutid/placebo eller liraglutid/placebo) de potensielt ville motta.

EFFEKT

Ved uke 68 var gjennomsnittlig endring i kroppsvekt -15,8 prosent i semaglutidgruppen og -6,4 prosent i liraglutidgruppen, med prosentvis forskjell på -9,4 prosent (95 prosent KI -12,0 til -6,8, $P < 0,001$). Andelen av deltakere som oppnådde minst 10 prosent, 15 prosent og 20 prosent i vekttap var henholdsvis 70,9 prosent, 55,6 prosent og 38,5 prosent i semaglutidgruppen og 25,6 prosent, 12,0 prosent og 6,0 prosent i liraglutidgruppen (19).

SIKKERHET

I semaglutid- vs. liraglutid vs. placebogruppene ble det rapportert om kvalme hos henholdsvis 61,1 prosent vs. 59,1 prosent vs. 22,4 prosent, diaré hos 27,8 prosent vs.

18,1 prosent vs. 25,9 prosent, oppkast hos 25,4 prosent vs. 20,5 prosent vs. 5,9 prosent og forstoppelse hos 38,9 prosent vs. 31,5 prosent vs. 23,5 prosent. Flere deltakere i liraglutidgruppen (12,6 prosent) avbrøt behandlingen på grunn av bivirkninger, enn i semaglutid- (3,2 prosent) og placebogruppen (3,5 prosent). Alvorlige bivirkninger ble rapportert av 7,9 prosent med semaglutid, 11,0 prosent med liraglutid og 7,1 prosent med placebo (19).

▣ Vurdering og oppsummering

Blant legemidler på det norske markedet har semaglutid (Wegovy) vist å gi et betydelig større vekttap enn andre legemidler mot overvekt. Behandling med semaglutid kan være nyttig hos enkelte pasienter.

I de studiene vi har sett på har vektreduksjonen ved bruk av semaglutid som vektreduserende legemiddel vært i området -14,9 prosent til -15,8 prosent, mens det i placebogruppene har rangert fra -2,4 prosent til -2,6 prosent. Trekker man fra effekten i placebogruppen vil den vektreduserende effekten av semaglutid være på omtrent -12 prosent.

I likhet med andre legemidler på det norske markedet som har vektreduksjon som godkjent indikasjon, har heller ikke semaglutid vist å gi vedvarende vekttap etter behandlingsslutt. Dette er basert på maksimal studielengde på to år, samt at pasienter går opp i vekt etter seponering av semaglutid. For et vedvarende vekttap over tid, antas det at behandlingen vil måtte være livslang (20).

Vi kan ikke utelukke at deler av vekttapet kan skyldes svært vanlige gastrointestinale bivirkninger som kvalme, oppkast og diaré.

Det foreligger ikke data vedrørende langtidseffekter av Wegovy på kardiovaskulær sykdom, mortalitet og livskvalitet.

Semaglutid fås ikke på blå resept til behandling av overvekt og fedme. Dette begrunnes med at legemidlet ikke er kostnadseffektivt, det vil si at det er for dyrt i forhold til dokumenterte helseeffekter sett i lys av sykdommens alvorlighet.

REFERANSER

- Norvik M., Fleiner H.F. Legemidler mot overvekt – viktigere å fokusere på livsstilsendringer? Utposten 2019; 48(7): 62–63.
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) a) Victoza b) Saxenda c) Ozempic d) Wegovy e) Xenical f) Mysimba. <https://www.legemiddelsok.no/> (søk: 9. februar 2023).
- Dagens medisin. Delvis utsoelt for diabetesmedisin – mer enn 20 prosent av salget er på hvit resept. <https://www.dagensmedisin.no/> (publisert: 24. november 2022).

- Statens legemiddelverk. Metodevarsler – semaglutid og fedme. <https://legemiddelverket.no/> (søk: 9. februar 2023).
- Statens legemiddelverk. Wegovy innvilges ikke blå resept. <https://legemiddelverket.no/> (publisert: 19. januar 2023).
- Dagens medisin. Over 30 000 fikk slankemedisinen Saxenda på blå resept i fjor – snart må de betale selv. <https://www.dagensmedisin.no/> (publisert: 27. januar 2023).
- Helfo. Fedmelegemidler på blå resept. <https://www.helfo.no/> (Publisert: 25. januar 2023).
- Helsedirektoratet. Semaglutid. <https://www.helsedirektoratet.no/> (publisert: 3. februar 2023).
- Tak YJ, Lee SY. Long-term efficacy and safety of anti-obesity treatment: where so we stand? *Curr Obes Rep* 2021; 10(1): 14–30.
- Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne. <https://www.helsedirektoratet.no/> (publisert: oktober 2010).
- Perreault L, Apovian C. Obesity in adults: Overview of management. Version 44.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (sist oppdatert: 12. juli 2021).
- Lægemeddelstyrelsen. Wegovy får ikke generelt klausuleret tilskud. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/> (publisert: 1. juli 2022).
- Ryan D.H., Lingway I. et al. Semaglutide effects on cardiovascular outcomes in people with overweight or obesity (SELECT) rationale and design. *Am Heart J* 2020; 229: 61–9.
- Medicine Matters. A quick guide to the STEP trials. <https://diabetes.medicinematters.com/> (sist oppdatert: november 2022).
- Kushner R.F., Calanna S. et al. Semaglutide 2.4 mg for the treatment of obesity: key elements of the STEP trials 1 to 5. *Obesity (Silver Spring)* 2020; 28(6): 1050–61.
- Wilding J.P.H., Batterham R.L. et al; STEP 1 Study Group. Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. *N Engl J Med* 2021; 384(11): 989–1002.
- Rubino D., Abrahamsson N. et al; STEP 4 investigators. Effect of continued weekly subcutaneous semaglutide vs placebo on weight loss maintenance in adults with overweight or obesity: The STEP 4 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2021; 325(14): 1414–25.
- Garvey W.T., Batterham R.L. et al; STEP 5 Study Group. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. *Nat Med* 2022; 28(10): 2083–91.
- Rubino D.M., Greenway F.L. et al; STEP 8 Investigators. Effect of weekly subcutaneous semaglutide vs daily liraglutide on body weight in adults with overweight or obesity without diabetes: The STEP 8 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022; 327(2): 138–50.
- Statens legemiddelverk. Metodevurderinger – Wegovy. <https://legemiddelverket.no/> (Sist oppdatert: 14. februar 2023).

MARI NORVIK

Master i farmasi, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

HANNE FISKVIK FLEINER

Master i farmasi, ph.d RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital


HELENE ÅSHEIM

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

JAN ANKER JAHNSEN

Cand. pharm., ph.d, RELIS Vest, Haukeland universitetssjukehus

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

Frihet, likhet og brorskap

Hver høst møtes de gjenlevende «ml-kameratene» fra mitt kull til samtaler om politikk, livet og de store spørsmål. Det er et vennskap tuftet på en felles verdensanskuelse. *Ingen kommer undan politiken* (sang av Marie Bergman). Vi startet på medisinstudiet høsten 1972, året for den første folkeavstemningen om norsk medlemskap i det som den gang het EEC. Kullet delte seg i tråd med tidsånden på 70-tallet umiddelbart langs politiske skillelinjer: Vietnamkrig, streikestøtte og kvinnefrigjøring. For egen del ble også den såkalte anti-psykiatrien representert ved Michel Foucault og

psykiateren R.D. Laing viktige i en bredere diskusjon om frihet og undertrykking.

Alle bevegelser har sitt lydspor. Vårt var de revolusjonære og anti-imperialistiske sangene fra ulike frigjøringsbevegelser, egne arbeiderdiktere som Rudolf Nilsen, og ikke minst et oppkomme av nye tekster og musikk som hyllet håp, kamp og solidaritet.

Hoola Bandoola Band var det svenske progbandet* med størst gjennomslag. Mikael Wiehe og avdøde Björn Afzelius var frontfigurer. Wiehe har fortsatt som soloartist frem til avskjedsturnéen høsten 2022. Det er med

taknemlighet og vemod jeg velger en av hans tekster som mitt dikt. Det handler om solidaritet i det helt nære, et besøk på et psykiatrisk sykehus, om å gjenkjenne vår felles skjebne og menneskelighet hos dem vi definerer som «de andre». Det finnes ikke «andre», bare oss.

Jeg utfordrer Gisle Roksund, min gode venn og kollega og evige støttespiller i tykt og tynt.

Hilsen fra
ELISABETH SWENSEN

Jag spelade för dårarna

Jag spelade för dårarna
En frusen dag i maj
Vi satt i hospitalets park
I tröja och kavaj
Jag var där på ett kort besök
Det är jag då och då
När almanackan medger det
Och andan faller på

Jag sjunger mina sånger
Med en klar och tydlig röst
Så dårarna ska höra
När dom stiger ur mitt bröst
När sångerna är sorgliga
Då faller dom i gråt
När sångerna är glada
Då gråter dom ändå

Jag sjunger om den ödslighet
Där mänskan vandrar kring
Om murarna som skyddar
Men som också spärrar in
Jag sjunger om dom mäktiga
Som härskar som dom vill
Om allt, man skulle ändra på
Om modet räckte till

Så sjunger jag som jag alltid gjort
Om saker som jag vet
Men också om en frihet
Bortom stängsel och staket
Och dårarna, dom ler mot mej
I hemligt samförstånd
Dom vet att fast jag döljer det
Så är jag en av dom

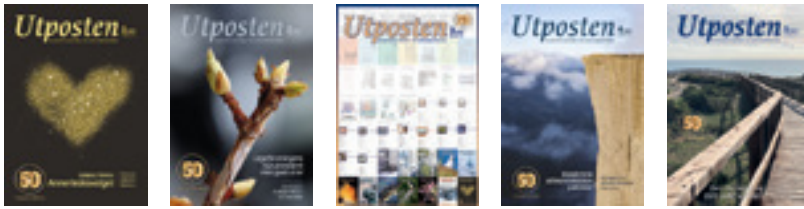
MIKAEL WIEHE



FOTO: WWW.HOOLABANDOLA.BAND.SE



* Progressiv rock (forkortet som progrock eller prog; tidvis omtalt som kunstrokk eller symfonisk rock) er en bred undersjanger av rockemusikk som utviklet seg i Storbritannia og USA gjennom midten og slutten av 1960-årene.



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:

- 22.3: 1-2023
- 22.3: 2-2023
- 10.5: 3-2023
- 21.6: 4-2023
- 13.9: 5-2023
- 25.10: 6-2023
- 13.12: 7/8-2023

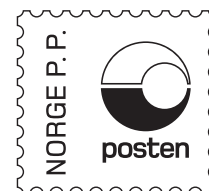
WEB ANNONSEANSVARLIG:

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

