

Utposten

3 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Hva er ICIT?
Psykisk helsevern
Diabetes type 2

Dobbelttimen:
De sa jeg aldri kunne bli lege

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

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:

Eva C.T. Rutle

DESIGN/LAYOUT:Morten Hernæs
Aksell**TRYKK:****aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Krisekarameller

Therese Renaa

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:

'De sa jeg aldri ville komme til å gå – De sa jeg aldri kunne bli lege.'

Ole Vegard Nebbneset intervjuet av Karsten Kehlet

6 Hvor ønsker nyutdannede leger å jobbe etter fullført LIS1-tjeneste?

Mona Søndena

10 ICIT – med pasientens liv og mestring i fokus

Cathrine Abrahamsen

14 Hvorfor er melding om arbeidsrelatert sykdom viktig?

Lise Sørbø og Tonje Strømholm

17 Diabetes type 2 og folkehelsepolitikk. Muligheter for endringer?

T. Karoline Harding, Tore W. Steen og Åse R. Eggemoen

19 Tromsøeffekten

Lise Birthe Pilegaard Figenschou

24 Den uavhengige variabelen i spelet om helsepersonellet – tankar kring rapporten frå Helsepersonellkommissjonen

Geir Sverre Braut

26 Diagnose: Mann

Endre Osen Skjølberg

27 ALZHEIMERPASIENTER: Polyfarmasi ved bruk av antikolinesteraser

Anne Sverdrup Efstad og Knut Engedal

31 Vår styggeste ulikhet i helse

Ståle Onsgård Sagabråten

34 Prosjektet som reduserte forskrivning av vanedannende legemidler

Muhunthan Navaratnam

36 Psykisk helsearbeid i recoveryperspektiv. Vi mangler ikke evidensbasert kunnskap, vi mangler verdi- og erfaringsmessig implementering

Sjur Seim

39 Frykt, åndelighet og tillit til livet

Eivind Meland

41 Fastlegeordning på villstrå

Odd Jarl Kvamme

44 Sakset fra allmennt medisinsk forskning

Kompilert av Lisbeth Nilsen

45 FASTE SPALTERHVA LESER LEGEN **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Krisekarameller

I 2030 vil det være flere eldre enn barn og unge i Norge. Selv om fremtidens eldre holder seg aktive og friske, vil endringen i befolkningssammensetningen merkes godt i helsevesenet. Dette blir en ny type krise, der for lite ressurser skal fordeles på for mange mennesker i overskuelig fremtid. Det vil ikke være nok å krumme nakken i noen måneder eller år for å komme velberget over kneiken. Selv vi som bekjenner oss til realistisk optimisme må forberede oss på at alt kommer til å bli vanskeligere.

DSB har gode råd for egenberedskap, men rådene er kanskje litt for fornuftige. Hermetikk og knekkebrød er vel og bra, men det er jo ikke det folk virkelig trenger i en krise. De vil ha alkohol. Og kaffe og en godbit.

Dette har jeg bitter egenerfaring med. På en lengre fjelltur der alt måtte bæres inn gjennom tre dagsmarsjer, prioriterte vi vekt og næringsverdi i valg av proviant.

Det virket veldig fornuftig, men folk er nå folk. Selv når målet er å komme seg til topps, blir det mange timer rundt leirbålet. Fellesskapet er beste trøst mot blandingen av kjedsomhet og frykt når oppgavene er store og vanskelige. Da duger ikke havregryn og frysetørket mat. Desinfeksjonsspriten ble inntatt per os. Kaffen ble kokt på grut til det var homeopatiske konsentrasjoner av smak og farge. Trøsten i det lille for å mestre det store var viktigere enn vi hadde trodd.

Jeg bruker oftest «innovativ» som et banneord, og har lite tro på at digitalisering og oppgaveforskyvning vil være løsningen på krisen. Jeg har mer tro på at krisemestring avhenger av at vi klarer å styrke følelsen av fellesskap og har tilstrekkelig godbiter i arbeidshverdagen til å orke motbakkene. Legelivet er fullt av godbiter.

For noen er møtet med pasientene nok, andre finner motivasjon i faglig fordypning, forskning eller fagforeningsarbeid. Den beste egenberedskapen for oss som jobber i helsevesenet er å bli kjent med det som motiverer og gir glede på jobben, og sørge for at det får god plass i hverdagen. Gode kollegaer er gull. Hvem skal du ellers dele styrke med, le og gråte sammen med? Vi kan kalle det samhandling, men det handler om å eie problemene i fellesskap og løfte sammen.

Helt bakerst i skuffen på jobb har jeg gjemt en pakke karameller. De skal jeg dele med de som trenger litt trøst etter hvert. For er det én ting vi har lært, er det at nesten uansett krise vil vi være på jobb.

TERESE RENAA

'De sa jeg aldri ville komme De sa jeg aldri kun

Ole Vegard Nebbneset ■ INTERVJUET AV KARSTEN KEHLET



FOTO: PRIVAT

I denne utgaven av *Utposten* får leserne ta del i en samtale mellom den erfarne Senja-legen Karsten Kehlet og hans unge kollega Ole Vegard Nebbneset. Kehlet har ønsket å formidle kollegaens dramatiske historie, og vi i redaksjonen takker for at vi får trykke dette intervjuet.

Leserne får også innblikk i en diskusjon mellom erfarne leger, der tema som belyses er deling av egne traumatiske eller livsbestemmende erfaringer i møte med pasientene. Gjør vi det eller avstår vi fra det? Er det å dele til hjelp for pasientene, eller tar det oppmerksomheten bort fra deres egen historie? Kan det skade legen å dele? Alt dette besvares ikke, og antakelig er spørsmålene viktigere enn svarene. *Utposten* lover å holde temaet varmt videre.

Ole Vegard er LIS3 lege på Senjalegen, avdeling Silsand. De fleste dager kommer han syklende til jobb. Når han ikke er på jobb, vil man ofte kunne se han syklende på fjellet, og om vinteren ofte på ski utenfor oppkjørte løyper. Han har alltid vært fysisk aktiv og sprunget, padlet kajakk, gått på ski og syklet. En alvorlig ulykke kunne satt en stopper for dette.

Hva var det som skjedde, Ole Vegard?

– Jeg gikk andreåret på medisinstudiet i Tromsø, og hadde nettopp vært i Østerrike i forbindelse med en oppgave jeg skulle skrive om skiskader. Jeg var hjemme på påskeferie og skulle trene litt til jeg skulle kjøre Norgescup i Telemark et par uker senere. Jeg kom ned Olympiabakken i Kvitfjell – som er en svart bakke – i god fart, og tenkte at jeg skulle ta et hopp, da hopp inngår som en del av elementene i telemarkskjøring. Dagen før hadde jeg tatt et

til å gå – ne bli lege.'

hopp hvor jeg hadde hatt for lite fart, og det hadde vært vondt, derfor tenkte jeg at jeg skulle ha god fart. Da jeg startet hoppet, så jeg at det var et ganske lite hopp, betydelig mindre enn jeg hadde vurdert det til. Unnarennet var ganske kort, og etterpå var det ganske flatt. Jeg husker at jeg så tretoppene i sidesynet, og selv om trærne der ikke er spesielt store, så var jeg ganske høyt. Jeg landet flere meter etter unnarennet ute på sletta. Landingen gikk for så vidt greit i den forstand at jeg landet på føttene, men jeg falt umiddelbart og skled rundt på den ene siden. Jeg tenkte at det gikk bra, og skulle reise meg opp, men føttene lystra ikke, og da kjente jeg store smerter i ryggen. Etter hvert kom det til noen ungdommer som hjalp meg å få av skiene og fikk varslet løypepatruljen. De visste nok ikke så mye om ryggskader, for de forsøkte å reise meg opp. Til slutt kom jeg opp på en bære og ble fraktet til deres oppholdsrom hvor jeg kunne holde varmen inntil ambulansen kom.

– Ja, for du ble kjørt i ambulanse til sykehuset i Lillehammer?

– Ja, og veien ned fra Kvitfjell er en skikkelig kjerrevei, så jeg burde vært hentet med helikopter selv om jeg ble bra smertelindret på turen.

På Innlandet sykehus avd. Lillehammer fikk jeg etter hvert tatt CT av lumbalcolumna. Denne viste en L2-kompresjon og en obstruksjon av 90 prosent av spinalkanalen – og da ble det helikopter til Ullevål. Der ble det tatt MR og jeg ble operert dagen etter. I tillegg til frakturen hadde jeg en betydelig muskelskade og en CK på over 22000. Så det var intensiv væskebehandling de dagene jeg lå på intensiv.

Etter sykehusoppholdet på Ullevål gjennomførte Ole Vegard lange rehabiliteringsopphold på Sunnaas sykehus, Beitostølen Helsesportsenter og Catosenteret i Son.





FOTO: SIMON FINESTAD

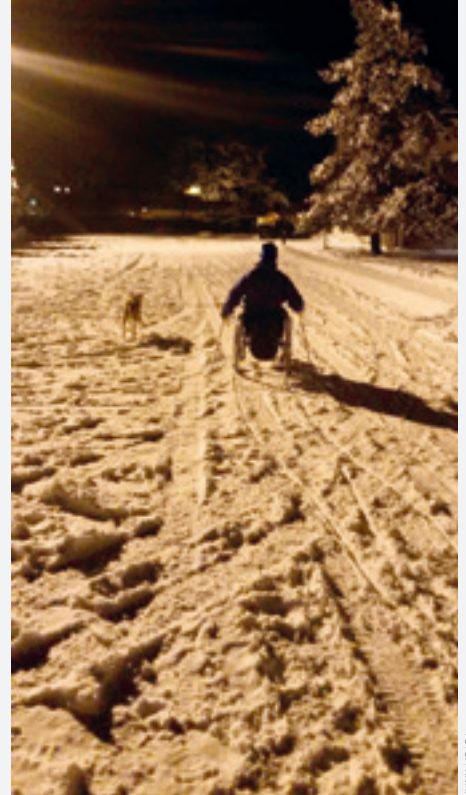


FOTO: PRIVAT

Ole Vegard har alltid trent mye, og det har alltid vært og er fremdeles veldig viktig for ham. Om vinteren tilbringer han mye tid i skiløpa eller skibakken, om sommeren er det kajakk og sykkel som benyttes.

– Og så ble du overført til Sunnaas en drøy uke etter du ble innlagt på Ullevål, men før dette hadde din mor hatt en samtale om dine fremtidsutsikter.

– Ja, hun hadde spurt om mine fremtidsutsikter, og hadde fått beskjed om at man ikke kunne forvente at jeg kom til å gå igjen. Da hadde hun bedt om at jeg ikke fikk vite det, for ikke å ta motet fra meg. Først lenge etterpå fikk jeg høre om dette..

– Når da?

– Da jeg kom hjem til jul – altså drøyt ni måneder senere – sa jeg til foreldrene mine at jeg hadde en julegave til dem. Da hadde jeg nettopp hatt et opphold på Helsesport-senteret på Beitostølen, og her trente jeg målretta, slik at jeg kunne sette bort prekestolen, og ikke minst klarte jeg å ta noen skritt uten krykker.. Så jeg reiste meg fra rullestolen i stua hjemme og gikk fram og tilbake og. Da spratt de champagnen, og mor fortalte hva som egentlig hadde blitt sagt om prognosen postoperativt.

– Og så kom du til Sunnaas?

– Jeg hadde mye smerter, var sengeliggende, og hadde smertepumpe de første to til tre ukene. Etter det kom jeg over i en spesiell rullestol, hvor jeg var delvis liggende for å unngå belastning av ryggen. Opptrening var krevende i starten på grunn av smerter. Sakte, men sikkert kom jeg likevel i gang..

– Hvordan opprettholdt du motivasjonen?

– Sammen med terapeutene satte jeg kortsiktige mål, slik at det var mulig å se fremgangen. Det tror jeg var viktig for meg. Samtidig hadde jeg veldig god støtte fra fa-

milie og venner. Mine venner fikk en spesiell rolle. De rundt meg så at jeg hadde lett for å overbelaste, og at jeg ville trene mer enn jeg tålte. Derfor hadde de en viktig rolle i å holde meg igjen. De hadde nok et poeng. På et tidspunkt fikk jeg treningsnekt på Sunnaas etter at det ble målt en CK på over 2000.

Var det noen nedturer?

– Det var to fysioterapeuter som spesielt jobbet med meg. Den ene av dem sa på et tidspunkt, at kanskje var jeg nødt til å ta det litt med ro, og justere målene mine. Jeg ble helt slått ut av det fordi jeg trodde at hen mente at jeg ikke ville komme til å gå. Da hen oppfattet at jeg hadde forstått det slik, ble hen helt sønderknust, for det var aldri det som var ment. Det å bli fratatt håpet, opplevde jeg som utrolig vondt.

– Du var innlagt på Sunnaas i fire måneder, og mens du var der gikk du opp til eksamen?

– Ja, UiT stilte virkelig opp og la til rette for at jeg kunne ta eksamen på Sunnaas, men omstendighetene gjorde at jeg strøk. Sett i ettertid var det nok bra, for det ga meg ekstra tid til å satse på opptrening det følgende året som jeg måtte gå om igjen. Jeg kunne blant annet allerede i september dra på et opphold på Catosenteret i Son, i tillegg til at jeg var på et sekundær opphold på Sunnaas.

– Du beskriver noen spesielle øyeblikk, som overrasket deg?

– Da jeg ble overflyttet fra Ullevål til Sunnaas, ble det en uventet sterk opplevelse å være den korte tiden ute i fri luft fra

sykehusdøren til ambulansen. Det ble nærmest en form for lykkefølelse som jeg ikke hadde forventet. Jeg hadde omtrent samme opplevelse da jeg første gang var ute i rullestol sammen med familien.

– Du startet på tredjeåret høsten 2015, men gikk tilbake til andreåret etter at du et par uker ut i semestret fikk beskjed om at du ikke hadde stått?

– Ja, jeg var på Sunnaas i fire måneder, og dro så hjem til foreldrene mine. Vi kjørte i lag til Tromsø, slik at jeg var der til starten av semestret.

– Du har fortalt at du da kom deg rundt i rullestol og etter hvert også med prekestol. Så hadde du og din mor en samtale med en representant fra UiT for å høre om hvordan det kunne tilrettelegges for deg?

– Ja, det ble en ganske spesiell opplevelse. Den personen vi snakket med mente det ikke var mulig å gjennomføre legestudiet med de begrensninger jeg hadde på det tidspunktet. Både mor og jeg ble ganske oppgitt, og mor sa klart ifra om at dette var diskriminerende. Dette fikk imidlertid ingen konsekvenser, for da katastrofeuka kom på fjerdeåret kunne jeg delta som alle andre, gående!

– To ganger har det altså vært gitt informasjon som har kunnet få store konsekvenser for ditt videre liv, dine muligheter helsemessig, og hva angår din utdanning, hva tenker du om det?

– Det understreker behovet for å ha et nettverk. Jeg har vært heldig som har hatt det, og spesielt min nære familie og mine venner har vært svært viktige.



På kontoret hos Senja-legen. FOTO: PRIVAT

Vi – Ole Vegard og Karsten – ble enige om at det var interessant å diskutere hvilken virkning egne erfaringer har på vår praksis som allmennleger, men at det ville være nyttig om flere deltok i denne diskusjonen. Vi inviterte derfor også Jorunn Nygaard og Geir Olav Knutsen, to kolleger godt kjent for oss begge, med i denne diskusjon.

Det var i denne gruppa på fire mange erfaringer ble delt, både med egen alvorlig

sykdom, observasjon av alvorlig ulykke hos nær venn, tapsopplevelser i nær familie og krevende opplevelser på jobb relatert til alvorlige ulykker.

Det var en fin, nær og personlig opplevelse å diskutere dette, og det ble en samtale som strakte seg over ganske mange timer. Det er vanskelig å konkludere, men vi erfarte at pasientkontakt med innhold som minnet om noe vi selv hadde opplevd, trig-

get en følelsesmessig reaksjon i oss. Disse kan komme umiddelbart eller forsinket, og de kan komme uventet og overraskende på en. Det viste seg at ingen av oss fire trekker inn egne alvorlige hendelser i kontakt med pasienter, men vi kan bruke egne erfaringer overfor pasienter, f.eks. en kommentar som «hvis det var mitt barn, ville jeg gjort det slik». Dette oppfatter pasienter stort sett som en positiv måte å bli møtt på.

Når vi velger ikke å dra frem egne alvorlige opplevelser er det for å unngå å dreie samtalen og oppmerksomheten bort fra pasienten.

Vi lar Ole Vegard avslutte:

– At det er gått så bra med meg har med nettverk, oppfølging og egeninnsats å gjøre. Min familie og mine venner har vært avgjørende for at jeg har kunnet holde på med aktiviteter som har vært vesentlige for min trening, og støtten har vært svært viktig. Oppfølging på Sunnaas, Helsesportsenteret på Beitostølen og Catosenteret har gitt meg nyttig veiledning og vist meg hvordan jeg kunne komme videre. Det at jeg var vant til å trene, har satt kortsiktige mål samtidig som jeg har hatt et langsiktig mål om å kunne gå, fungere i jobb, kjøre på ski og oppnå mest mulig av tidligere funksjon, det er årsakene til at jeg er der jeg er i dag.

■ KAKEHLET@GMAIL.COM

Venner og familie har vært helt avgjørende for at Ole Vegard har kommet dit han er i dag og kan utfolde seg fysisk sommer som vinter. De hjalp ham med å nå kortsiktige og langsiktige mål.



BEGGE FOTO: PRIVAT

Hvor ønsker nyutdannede jobbe etter fullført LIS1-tje

■ MONA SØNDENÅ • Fastlege i Sør-Varanger, tidligere kommuneoverlege og nå leder ved ALIS-kontoret i Bodø

Bakgrunn

Lokalt utgangspunkt

I løpet av min lange karriere som kommuneoverlege med ansvar for legetjenesten i Sør-Varanger, har jeg inntil nylig reflektert lite over rekrutteringsutfordringer. Det har verken vært vanskelig å rekruttere fastleger eller å finne vikarer, selv etter at legene i denne kommunen i januar 2001 gikk over fra fastlønndrift til næringsdrift. Det skjedde imidlertid en endring rundt 2018, og siden har utfordringene vært store og antallet ledige hjemler øker stadig, også hos oss. Dette er ikke kun situasjonen i Nord-Norge eller i utkant-kommuner, men det er en nasjonal utfordring. Da ALIS-Nord-prosjektet ble etablert i 2019, søkte kommunen om midler til rekruttering gjennom dette prosjektet, og kommunen fikk tildelt midler i forbindelse med utlysning av ALIS-Nord-kandidat. Dessverre lokket heller ikke disse midlene unge nyutdannede leger til kommunen. Dette er bakgrunnen for mine spørsmål om årsaken til denne endringen; fra å være en attraktiv kommune å jobbe i for fastleger, til å bli en kommune med store rekrutteringsproblemer.

Nasjonalt utgangspunkt

Fastlegeordningen ble innført i 2001 og hensikten var å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid. Ordningen fungerte etter hensikten i mange år og hadde stor oppslutning i befolkningen. Både undersøkelser, avisoppslag og uttalelser fra leger viser at situasjonen har endret seg betraktelig. Legene opplever økt arbeidsbelastning, leger slutter i sine fastlegehjemler/stillinger og kommunene opplever et økende problem med både å rekruttere og å stabilisere fastlegetjenesten. Denne situasjonen har etter hvert blitt så krevende at Regjeringen i mai 2020 la frem *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024*. Planen inneholdt 17 ulikeulike tiltak for å bidra til å løse utfordringene. Ett av tilta-

kene i planen var opprettelsen av regionale ALIS-kontorer som sentre for utvikling og rådgivning for allmennlegetjenesten i kommunene.

En rapport fra evalueringen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten fra 2022 viser at 40 prosent av unge leger så for seg en framtid som fastlege (om 10–15 år) (1). Da samme spørsmål ble stilt i 2010 var andelen 53 prosent (2). Evalueringsrapporten om handlingsplanen refererer også til at det i en spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1 bare var tre prosent som oppga at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege rett etter gjennomført LIS1 (1). Tilsvarende spørsmål ble stilt i evalueringen av fastlegeordningen tre år tidligere (3). Da svarte ni prosent at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege rett etter LIS1. Resultatene fra disse undersøkelsene kan tyde på at det er færre studenter og unge leger som ønsker å bli fastlege nå enn tidligere.

Slik situasjonen har utviklet seg, ser det ikke ut til at tiltakene i handlingsplanen er tilstrekkelige for å løse utfordringene, og spørsmålet er om unge legers preferanser har endret seg. Våren 2022 hadde problemene i fastlegeordningen fortsatt å øke, og flere pasienter stod uten fastlege enn tidligere, noe som tydet på at tiltakene i handlingsplanen ikke var tilstrekkelige og at tiltakene heller ikke virket raskt nok. I egenskap av min bistilling ved ALIS-kontoret i Bodø og erfaringer fra egen kommune i Nord-Norge, har vi i regi av ALIS-kontoret ønsket å belyse temaet nærmere. Det er derfor tatt initiativ til en enkel undersøkelse hvor funnene presenteres her.

Formål

Formålet med undersøkelsen er å øke kunnskapen om hvilke faktorer som bidrar til unge legers valg av arbeidsfelt, i denne sammenheng valget mellom sykehus og allmennmedisin.

- I hvilken grad blir LIS1-leger i løpet av sin tjeneste på sykehus tilbudt jobb på sykehuset etter endt LIS1-tjeneste og derfor velger bort allmennpraksis mens de fortsatt er i LIS1-tjeneste på sykehuset?
- I hvilken grad er hensyn til faglig og/eller økonomisk trygghet medvirkende til valg av sykehus fremfor allmennpraksis?
- I hvor stor grad har all oppmerksomheten rundt fastlegers lange og krevende arbeidsdager medført at færre tør eller ønsker å satse på en slik karriere?
- I hvor stor grad er det forskjell på hvor leger utdannet i Norge og i utlandet velger å jobbe etter endt LIS1-tjeneste, og hvordan de tenker om videre yrkeskarriere?

Metodisk tilnærming

I regi av ALIS-kontoret i Bodø ble det i tidsrommet desember 2021 til og med mars 2022 gjennomført elleve intervjuer med LIS1-leger i siste halvdel av tjenesten på sykehus, det vil si at legene hadde vært ca. et halvt år som LIS1 på sykehus. Det ble etablert et samarbeid med Statsforvalteren i Nordland og i Troms og Finnmark for å få tilgang til informanter. Statsforvalteren har formidlet kontakt med HR-avdelingene på alle sykehus i Nord-Norge, og informanter fra alle sykehus i helseforetakene i Nord-Norge; Finnmarkssykehuset Kirkenes og Hammerfest, UNN Tromsø, Harstad og Narvik, Nordlandssykehuset Bodø, Vesterålen og Lofoten og Helgelandssykehuset Sandnessjøen, Mo i Rana og Mosjøen ble foreslått av ansatte ved HR-avdelingene. Etersom flere LIS1 leger som avtjener distriktsturnus i Finnmark, først gjennomfører sykehustjeneste ved AHUS, ble det også tatt kontakt med dette sykehuset. Vi fikk navn på kandidater derfra, men det var ingen som responderte på henvendelsen.

leger å neste?



De fleste av informantene ønsket å starte legekarreren på sykehus, mest på grunn av større økonomisk og faglig trygghet. Dette er Kirkenes Sykehus.

Vi tilstrebet en representativ kjønns- og aldersfordeling blant informantene, og med så lik representasjon av leger som er utdannet i henholdsvis Norge og i utlandet som det er mulig å få til på en enkel måte.

I forkant av intervjuene utarbeidet vi en kortfattet intervjuguide. Vi sendte et informasjonsskriv om studien til informantene, slik at de kunne stille forberedt og var godt orientert om studien. Det ble gjort lydopptak av intervjuene. Intervjuene ble gjennomført delvis digitalt, delvis på telefon. Vi tok notater under intervjuene, og notatene ble supplert av transkriptene i analysen.

Vi analyserte og kondenserte det kvalitative datamaterialet ved hjelp av tematisk analyse (4). Det vil si at intervjuene ble gjort etter en strukturert mal og svarene fra informantene gruppert under de ulike tema som ble gjennomgått.

Prosjektet er gjennomført i henhold til generelle forskningsetiske retningslinjer (4), og er meldt til Norsk senter for forskningsdata (#382904).

Resultater

Vi gjennomførte elleve intervjuer med fire kvinner og sju menn. Alle var kommet inn i LIS1 rett fra utdanning; åtte var utdannet i Tromsø og tre i Polen. Resultatene av intervjuene er oppsummert i fire tema: jobbønsker, tiltrekning til allmennpraksis, frastøting fra allmennpraksis og viktige faktorer for valg av jobb. Jeg har valgt å presentere resultatene i nevnte kategorier.

Jobbønsker

Ingen av informantene hadde klare ønsker for valg av spesialitet. De fleste uttrykte likevel ønske om å starte karrieren på sykehus, mest på grunn av både større økonomisk og faglig trygghet. Legene var klarere på spesialiteter de ikke kunne se for seg å jobbe i, enn for noen positiv preferanse for bestemte spesialiteter eller fagområder. Flere uttrykte at jobbets geografiske plassering var viktigere enn fagområde, og at en jobb med få vakter var viktig. Men det var også flere som mente tilfeldighetene

kunne være avgjørende. Det var ingen av informantene som, hittil i tjenesten, hadde fått tilbud om jobb etter endt LIS1-tjeneste ved det sykehuset de var ansatt ved under første del av LIS1-tjenesten.

Tiltrekning til allmennpraksis

Autonomi som fastlege ble fremhevet som en positiv faktor av flere informanter; blant annet å kunne styre arbeidstid og inntjening selv. Andre faktorer som mange trakk frem som viktige, var faglig bredde og variasjon i problemstillinger, samt kontakt med pasienter over tid og i ulike livsfaser. Allmennmedisin er et fag som er allsidig og bredt, og hvor du må kunne litt om mye, noe flere informanter mente gjorde faget interessant. En av informantene sammenlignet allmennpraktikeren med å være en slags «detektiv». Ellers fremhevet noen at muligheten for å bosette seg på mindre og mer perifere steder var større i allmennpraksis enn på sykehus. Mange flinke og interesserte kolleger og teamjobbing ble



Negativ omtale i media om fastlegeordningen er blant hovedinnvendningene mot å søke til seg en jobb som fastlege. Et utenlandsk navn kan være et ytterligere hinder når det gjelder å få tilgang til LIS1-tjenesten.

også understreket som positive faktorer av informantene. Mulighet for god lønn ble trukket frem som tiltrekningskraft av under halvparten av informantene.

Frastøting fra allmennpraksis

Den negative medieomtalen av fastlegekrisen – med beskrivelser av stort arbeidspress, lange dager, hyppige vakter, lite fritid, få faste kolleger, mye papirarbeid og attestskriving – var hovedinnvendingen fra alle informantene mot å søke seg til en jobb som fastlege. Det ble også gjort et poeng av lav stabilitet og sårbare fagmiljø i små praksiser. Flere uttrykte usikkerhet rundt muligheten for faglig utvikling og faglig fellesskap når arbeidsbelastningen er så stor som dokumentert gjennom studier og omtale i media. En viktig frastøtingsfaktor for flere informanter var at det for dem ikke ville være aktuelt å være allmennpraktiker i en «privat» ordning, det vil si i hovedmodellen med privat næringsdrift. Kun fast ansettelse på fast lønn ville i så fall være aktuelt. Bare et fåtall av informantene åpnet for muligheten for privat praksis, men disse hadde allerede jobbet under slike vilkår og var kjent med modellen. Et nytt moment som ble drøftet, var

også uroen for «kravstore» og «vanskelige» pasienter når du sitter ganske alene på et kontor. Dette ble vurdert som en økende og krevende utfordring.

Viktige faktorer for valg av jobb

Informantene snakket om ulike former for trygghet. Én av dem var den faglige trygghet med god veiledning og muligheter for faglig utvikling og et godt fagmiljø. Informantene snakket også om økonomisk trygghet med fastlønnordning og pensjons- og sykepenge rettigheter, trygghet for å ha et vanlig familieliv og trygghet for fritid. En av informantene formulerte det slik: «jobben må ikke fylle hele livet». Lønn ble av noen informanter sett på som litt viktig og kanskje viktigere enn de hadde tenkt i utgangspunktet, men alle presiserte likevel at faglig utvikling var viktigere. Et moment som kom inn her, var muligheten for å ha barn også uten partner, og at jobben som eneforsørger var trygg. Andre faktorer informantene fremhevet, var arbeidsmuligheter for eventuell partner, et godt kultur- og fritidstilbud samt godt oppvekstmiljø for barn. Bosted ble ansett som viktig – å kunne bo der du har tilknytning eller der du trives, og flere ville helst være i Nord-Norge. Rundt

halvparten av informantene ønsket å bosette seg i nærheten av familie. Og til slutt ble vaktbelastning som ikke er for stor, trukket frem av mange som en viktig faktor for valg av jobb.

Andre kommentarer

I tillegg til ovennevnte faktorer av betydning for valg av framtidig arbeidsområde, kom det under samtalen frem en del generelle kommentarer som bidrar til å belyse hvilke tanker unge leger som står ved starten av sin karriere har om sin situasjon og om fremtiden.

Legene har en klar erkjennelse av at fastlegene er viktige for å bufre og avlaste sykehusene, og at et sammenbrudd i fastlegetjenesten også vil kunne skape uholdbare tilstander ved våre sykehus. Videre har de en minst like klar oppfatning om at faglig og trivselsmessig tilrettelegging av praksis i allmennmedisin under studiet, der særlig femteårs utplassering vektlegges, kan være avgjørende for senere karrierevalg. De fleste som kommer til kommunene som LIS1, er åpne for mange fagområder. En positiv opplevelse av LIS1-tjenesten i kommunene vurderes også som viktig, med mindre legene allerede har fått tilbud om sykehus-tjeneste. Praktisk informasjon om hvordan det er å jobbe i allmennpraksis burde ellers være obligatorisk på slutten av studiet, mente noen av informantene. I dag er medisinstudiet alt for sykehusrettet.

Legene som er utdannet i utlandet, har vært eksponert for autoritære institusjoner og lærere; disse legene, som gjennom studiet var vant til å bli både utskjelt og «grillet», opplever seg selv som kanskje mer robuste enn leger utdannet i Norge. Å ha et utenlandsk navn, er derimot intet konkurransefortrinn når man søker jobb, selv om man både er født og oppvokst i Norge. Det er i det hele tatt generelt vanskelig å få tilgang til LIS1-tjeneste, og ekstra vanskelig dersom man har studert i utlandet eller har et utenlandsk navn.

De unge legene er seg bevisst fordelene ved å komme til et stabilt fagmiljø, og vurderer det derfor som viktig at erfarne kolleger ivaretas og beholdes. Det er i seg selv rekrutterende, også for nye leger. Til tross for arbeidsbelastningen og den negative medieomtalen, har flere av de intervjuede legene likevel fått med seg at allmennlegene trives med sine allsidige arbeidsoppgaver og er stolte av jobben sin. Valget av framtidig karriere styres imidlertid ikke bare av rasjonelle avveininger av fordeler og ulemper; flere av de unge legene erkjenner at det også er tilfældigheter som påvirker disse valgene.

Oppsummering og refleksjoner

Det har vært spennende og lærerikt for meg å gjennomføre og analysere disse dybdeintervjuene. Det er helt åpenbart at unge leger tenker på fremtiden, og for det meste tenker de nokså likt om dette i min undersøkelse. Det er interessant at alle fremhevet faglige utfordringer og mulighet for faglig utvikling som svært viktig, og at lønn også var viktig, men mindre viktig enn faglighet. Om dette er uttrykk for informantenes egentlige oppfatning, manglende praksiserfaring eller et ønske om å være «politisk» korrekt i denne undersøkelsen, er usikkert. Behovet for trygghet og forutsigbarhet understrekes, både i faglig og økonomisk forstand. Dette behovet er nok størst i etableringsfasen som oftest faller sammen med andre familiære forpliktelser. Fastlønn under selve utdanningsløpet som allmennelege, kan være en del av svaret på den økonomiske utfordringen. Den faglige tryggheten må søkes ivarettatt gjennom kollegial støtte, organisert gjennom bredere fellesskap som overskrider grensene for den enkelte kommune. En annen faktor som ble fremhevet var trivsel og hvor viktig det er å bli tatt godt imot både faglig og ikke minst menneskelig. Her har vi som kolleger en stor og viktig utfordring både når vi får studenter i praksis på kontoret, når vi får LIS1 og ikke minst når det kommer nye fast ansatte leger til kontoret. På mange legekontorer er dette godt internalisert og har vært det i årevis, men ut fra mine informanternes opplevelse, har vi fortsatt en vei å gå. Det er også tydelig at faget allmennmedisin og drift av praksis burde vært tematisert under studiet i større grad enn det er i dag.

Noen få av informantene hadde allerede prøvd seg som vikar i allmennpraksis med privat drift, og for dem var ikke slik drift

like skremmende som for de unge legene som var uten slik erfaring. Kunnskapen om slike erfaringer kan man vurdere å ta med ved inngåelse av fastlegeavtaler i kommuner som har vesentlig privat drift. Kommunen kan tilby fastlønn ved inngåelse av LIS3/ALIS-avtale, men åpne muligheten for overgang til privat drift etter to til fem år slik blant annet Tromsø kommune har gjort i sin nye fastlegeavtale.

Konklusjon

Bidro denne studien til mer kunnskap? Ingen av informantene i vår undersøkelse hadde fått tilbud om jobb på sykehuset de var ansatt på etter fullført LIS1-tjeneste, da intervjuene fant sted. Tidligere erfaring har vist at imens legene fortsatt er LIS1 på sykehus, får noen tilbud om stilling på samme sykehus etter endt LIS1-tjeneste i kommunen. Vi har ikke kunnskap om hvor stort omfang denne ordningen har, og om dette er vanlig over hele landet. Den enkleste forklaringen på hvorfor dette ikke var tilfelle i denne undersøkelsen, var at intervjuene ble utført i første halvår av LIS1-tjenesten. Hadde undersøkelsen blitt gjort i andre halvdel er det mulig flere av intervjuobjektene hadde fått slikt tilbud. Undersøkelsen avdekker videre at både faglig og økonomisk trygghet er viktig ved valg av sykehus fremfor allmennpraksis. Undersøkelsen viser at mediaoppmerksomheten rundt fastlegekrisen i seg selv trolig har stor innvirkning på valg av sykehusjobb fremfor jobb som fastlege. Denne undersøkelsen gir ikke godt nok svar på om det er forskjell på yrkesvalg for leger

utdannet i Norge, og i utlandet. Det studien antyder er imidlertid at leger utdannet i utlandet opplever seg selv som noe mer robuste enn unge leger utdannet i Norge og at gode rollemodeller er viktig.

Det er store utfordringer i fastlegeordningen, og det er viktig å lytte til de unges tanker og meninger for å hjelpe til å løse noen av utfordringene. Det synes åpenbart at ikke hele løsningen handler om økonomi, selv om økonomi i denne sammenheng er viktig. Hele kjeden, kanskje helt fra opptaket til medisinstudiet, har betydning for fremtidige valg. Selve studiet er mer rettet mot tjeneste på sykehus enn i kommunene, det er for få LIS1-plasser i forhold til antall søkere, utvelgelsen av LIS1 er utfordrende, og ikke minst fastlegeordningens utfordringer i dag har stor betydning for fremtidige valg og derigjennom også for rekrutteringen til jobb som fastlege.

Professor Birgit Abelsen ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin har bistått med både innspill og rådgivning underveis i tillegg til å gi god veiledning gjennom hele prosjektet.

REFERANSER

1. Pedersen K., Godager G., Rognlien H.D., Tyrhijell J.B., Værnø S.G., Iversen T., Holte J., Abelsen B., Pahle A., Augestad L., Sæther E.M. (2022) Evaluering av handlingsplan for allmennelegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.
2. Abelsen B., Olsen J.A. Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? BMC Health Service Research, 2012, 12:68. doi:10.1186/1472-6963-12-68.
3. EY og Vista Analyse, 2019. Evaluering av fastlegeordningen, Oslo: s.n.
4. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/generelle/>

■ MONA.SONDENA@SOR-VARANGER.KOMMUNE.NO

Kun for helsepersonell

Hiprex

(metenaminhippurat)

HIP-2022-0144-12/22



ICIT - med pasientens liv

■ CATHRINE ABRAHAMSEN • Fastlege, spesialist i allmennmedisin og ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Oslo

På et ettårig kurs i kognitiv terapi ble jeg introdusert for verktøyet «problemliste». Denne listen har jeg videreutviklet til Individual Challenge Inventory Tool (ICIT) - et strukturert samtaleverktøy innrettet for konsultasjoner i allmennpraksis. Verktøyet kan bidra til pasientmestring og en felles forståelse mellom pasient og lege om årsaker og konsekvenser av uspesifikke helseplager.

Å bidra til mestring hos pasienter er det jeg opplever som det mest meningsfulle legearbeidet. Som fastlege har jeg fått økende interesse for hvordan kommunikasjon kan bidra til mestring og ha en positiv effekt på pasientens helse. Pasienter med medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS) utgjør omtrent 40 prosent av alle konsultasjoner i allmennpraksis (1). I fravær av klar diagnose kan denne pasientgruppen være vanskelig å forstå og gi god oppfølging. De føler seg ofte stigmatisert og er misfornøyde med behandlingen de får (2).

Det er viktig å unngå unødvendige henvisninger og undersøkelser for å forhindre utvikling av dysfunksjonell sykdoms-

ferd hos pasienter med MUPS (3). Pasienter med MUPS kan oppleve sosial isolasjon i tillegg til redusert funksjonsnivå og livskvalitet. Selv om pasienter med MUPS ofte også har angst og depresjon, er det ikke en psykiatrisk diagnose (3). Det kan være av betydning for pasienten at legen viser at de forstår dette skillet (4).

Legen alene er ikke middel nok

Pasienter med MUPS utgjør majoriteten av langtidssykemeldte (5). Fastleger opplever sykmeldingsvurdering som krevende når pasienten ikke har en definert diagnose (6). Ingen kjente intervensjoner i primærhelse-

FIGUR 1. Første utgaven av ICIT (mitt tankekart).



og mestring i fokus

tjenesten har redusert sykefraværet hos pasienter med MUPS (7). Få intervensjonsstudier i primærhelsetjenesten bruker sykefravær som et utfallsmål, og de som har gjort det, viser små eller ingen effekter (8, 9). Å hjelpe pasienter med MUPS til å opprettholde yrkesdeltagelse kan være en viktig vei for å unngå ytterligere marginalisering. Fastleger snakker lite om arbeidsrelaterte problemer med sine pasienter (10).

Kommunikasjonstrening foreslås som hjelp ved vanskelige sykefraværsvurderinger (11). Forskning viser at kontakt og allianse med pasienten er det viktigste for utfallet av terapien, uavhengig av type (12). Selv om jeg ofte opplevde god kontakt med pasientene, kom jeg stadig til kort i behandling av pasienter med MUPS. Pasientene ble ikke bedre av at legen var blid og empatisk. Dette ville jeg gjøre noe med. Derfor tok jeg i 2014 et årskurs i kognitiv terapi, arrangert som et samarbeid mellom Norsk forening for kognitiv terapi og Den norske legeforening.

Første kurskvelden spurte kurslederne Sverre Lundevall og Bente Aschim om hvorfor vi hadde meldt oss på kurs. Min motivasjon var å lære å stille pasientene gode spørsmål for at de selv kunne reflektere over hva som kunne gjøre dem bedre. Jeg ville bli en bedre lytter. Med pasientenes skriftlige tillatelse tok jeg opp samtaler på lydbånd som jeg hørte på i bilen på vei hjem. Dette lærte jeg mye av. Overhørte jeg noen gyldne øyeblikk? Skamfullt hørte jeg meg selv stadig avbryte pasienten. Det ville jeg endre på, og til det arbeidet trengte jeg struktur og en plan. Jeg laget derfor en oversikt over alle kognitive verktøy, som

TABELL 1. Kognitive arbeidsverktøy.

ABCD-skjema
Aktivitetsregistrering
Atferdseksponeering
Rollespill
Hjemmeoppgave
For-og-mot-liste
Motspørsmål
«Hvor er du på perfeksjonsskalaen?»

jeg hadde foran meg på skrivebordet og som jeg kunne velge mellom, avhengig av pasientens problem (FIGUR 1, TABELL 1).

Felles forståelse av plagene

Å tilby psykologisk behandling til pasienter med MUPS kan være vanskelig, fordi mange ikke anerkjenner psykologiske faktorer som medvirkende årsak til sine plager (13). Litteraturen foreslår at legen skal hjelpe pasienter med MUPS til å akseptere sine symptomer, bidra til mestringsstrategier og skape en positiv behandlingsforventning (14). Forskningen sier imidlertid lite om hvordan det skal skje. Det kan også være vanskelig for legen å gi en beroligende forklaring til pasienter med MUPS på grunn av mangel på en klar

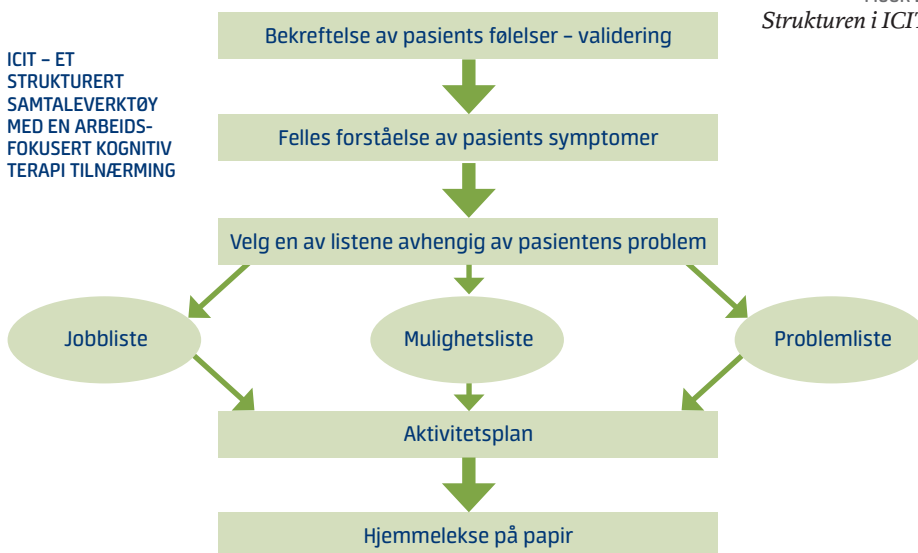
medisinsk årsak (15). For å kunne hjelpe, må legen og pasienten oppnå en felles forståelse.

For å skape denne felles forståelsen av pasientens plager, har jeg laget en «MUPS forklaringsmodell», som er en del av ICIT-kurset, med utgangspunkt i «The cognitive activation theory of stress» (16) og allostatisk overbelastning (17). Et av målene med denne forklaringsmodellen er å identifisere hva som vedlikeholder langvarig stress hos pasienten, i form av en «problemliste». Her ligger nemlig behandlingsmulighetene! Fastleger har ofte en god arbeidsallianse med sine pasienter, som er avgjørende for effekten, uavhengig av type terapi (12). ICIT er et konkret samtaleverktøy, med en arbeidsfokusert kognitiv terapi-tilnærming, som tar hensyn til fastlegens rammer (FIGUR 2, TABELL 2).

Konkret og nedskrevet samtaleverktøy som et lett tilgjengelig oppslagsverk under konsultasjonen.
Legen bruker kognitive arbeidsteknikker på en strukturert måte, inkludert journalføring og utdeling av hjemmelektse til bruk for konsultasjoner i allmennpraksis.
Metode for å komme «forbi» symptomene til pasienter med MUPS ved å sette søkelys på hva som likevel er mulig.
Forenklete kognitive arbeidsteknikker øker legens mestring i arbeid med pasienter med MUPS.
Legen kan gjenkjenne, planlegge og behandle pasienter med kognitive teknikker uten at pasientene føler seg stigmatisert.
Et sykmeldingsverktøy hvor kognitiv omstrukturering hjelper legen med å undersøke om sykmelding er nyttig behandling eller ikke.

TABELL 2. Hva er nytt med samtaleverktøyet ICIT?

ICIT – ET STRUKTURERT SAMTALEVERKTØY MED EN ARBEIDSFOKUSERT KOGNITIV TERAPI TILNÆRMING



FIGUR 2. Strukturen i ICIT.

Hvorfor «jobbliste»?

Deltakelse i arbeidslivet gir mestring, sosial kontakt og struktur i hverdagen. Pasienter med MUPS er ofte marginaliserte og kan be legen om sykmelding når de opplever å ikke mestre yrkeslivet. I tråd med mestringsfokuset har jeg forsøkt å støtte pasientene i å opprettholde yrkesdeltagelsen der det er mulig. Sykmeldingene jeg skrev ble pasientene ofte ikke bedre av. Noen ganger ble det en diskusjon hvor pasientene forsøkte å bevise at de var syke og kanskje ubevisst overdrive sitt manglende funksjonsnivå. Jeg begynte å undre meg over om det ville være bedre for pasienten å få frem hva som ville vært mulig på jobb til tross for plagene.

Jeg begynte å stille pasientene åpne spørsmål om hva de kunne gjøre på jobb til tross for sine plager. Hvis pasientene følte seg hjulpet av spørsmålene, skrev jeg dem ned i en notisbok. Punktvis skrev jeg inn i journalen hva pasienten mente skulle til for å være på jobb, i form av en «jobbliste». Pasienten så nye muligheter på jobb, og jeg fikk et bedre beslutningsgrunnlag for om sykmelding var god behandling eller ikke. Forskning viser at arbeidsfokustert kognitiv terapi fører til at sykmeldte kommer raskere tilbake til jobb ved psykiske vansker (18). Det erfarte jeg også i min praksis.

Med professor Erik L. Werner som hovedveileder og professor Morten Lindbæk som biveileder søkte jeg om allmennpraktikerstipend¹. I vår kvalitative studie fikk åtte fastleger opplæring i ICIT og brukte det på 49 pasienter med MUPS i egen praksis. Våre funn (TABELL 3) indikerer at ICIT var gjennomførbart i norsk allmennpraksis (19). Til nå har 240 fastleger vært på kurs og lært samtaleverktøyet ICIT. Fastlegenes erfaringer bekrefter funnene fra vår kvalitative studie.

Kunnskapsgrunnlaget for ICIT

De kognitive arbeidsverktøyene som jeg har erfart nyttige og gjennomførbare for den allmennmedisinske konsultasjon utgjør ICIT: problemsortering, atferdsaktivisering, sokratiske spørsmål og kognitiv omstrukturering ved sykmeldingsvurdering. Ved mer avansert kognitiv atferdsterapi (KAT) brukes blant annet kasusformulering og eksponeringsterapi.

¹ Allmennlegestipendet, tidligere kalt AFU-stipend, er en lavterskelordning som skal bidra til at leger i primærhelsetjenesten kan komme i gang med egen forskning innen allmenn- eller samfunnsmedisin. Søknadsfristene er 1. mai og 1. november. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/Styrets-arbeid/underutvalg/Forskningsutvalget/retningslinjer-for-afu-stipend/>

Problemliste: Problemløsningsterapi er selve bærebjelken i ICIT og en veletablert tilnærming i KAT. Pasienter som oppsøker fastlegen, kan ofte føle seg overveldet av problemer. Problemløsningsterapi er like effektiv som andre behandlinger for psykiske lidelser og tilpasning til medisinsk sykdom. Med denne terapiformen lærer pasienten trinnsvis løsning av livsproblemer (20):

- ❶ Identifisere problemene.
- ❷ Sortere problemene i hva som kan gjøres noe med og hva som ikke kan gjøres noe med.
- ❸ Se etter alternative løsninger og vurdere å velge de beste alternativene.
- ❹ Iverksette de valgte alternativene.
- ❺ Evaluere effekten av innsatsen ved problemløsning.

Problemløsningsterapi er ikke undersøkt isolert, men som del av strukturert KAT. Likevel er det empirisk støtte for å bruke problemløsningsterapi i behandlingen av en rekke psykiske helse- og tilpasningsproblemer, inkludert også fysiske tilstander som kreft, fedme, diabetes og kronisk smerte (21, 22). I ICIT er det brukt en forenklet variant av problemløsningsterapi kalt problemhåndtering ved hjelp av «problemliste».

Sokratiske spørsmål: Kort fortalt er dette åpne spørsmål, det vil si spørsmål som ikke kan besvares med ja eller nei. Dette er sentralt i KAT og har som mål å hjelpe pasienten til å reflektere over gyldigheten og nytten av sine tanker. Sokratiske spørsmål er spesielt nyttige ved kognitiv omstrukturering, men brukes ved de fleste kognitive arbeidsteknikker. Å utfordre pasienten til å reflektere over gyldigheten og nytten av egne oppfatninger og tanker er en del av kognitiv terapi. Under sokratiske veiledning blir pasienten bevisst hva de har sluttet å gjøre som tidligere gav dem mestring. Sokratiske spørsmål er integrert i KAT, men den isolerte effekten er lite undersøkt. En studie fant en sammenheng mellom terapeutens bruk av sokratiske spørsmål og symptomendring i kognitiv terapi for depresjon (23).

Atferdsaktivisering: Peter Lewinsohns atferdsteorier om depresjon (24) ble utviklet på 1970-tallet, omtrent samtidig med Aaron T.

Becks kognitive terapi. Deprimerte personer føler seg ofte hjelpeløse og isolerer seg sosialt. Pasienter med MUPS har økt forekomst av depresjon og angst (25). Ved atferdsaktivisering får pasienten hjelp til aktivt å engasjere seg i sitt liv ved å gjøre mer av det som gir en følelse av prestasjon og glede. Ved atferdsaktivisering brukes to teknikker; atferdsmonitorering, hvor pasienten registrerer aktivitetene de har gjort mellom konsultasjonene, og aktivitetsplan, hvor pasienten lager planer forbundet med mestring og glede. Noen randomiserte studier fant atferdsaktivisering like effektivt (26) eller mer effektivt (24) enn omfattende terapi med KAT.

Selve grunnstrukturen i ICIT er bruk av aktivitetsplan. Legen leter systematisk etter pasientens tidligere mestringserfaringer. På den måten får også legen dypere innsikt i hvilke konsekvenser helseplagene har i pasientens liv. Legen forsøker å dreie fokuset fra utfordringer til muligheter.

Kognitiv omstrukturering: En prosess der legen hjelper pasienter til å gjenkjenne, evaluere og om nødvendig modifisere negative tanker. I KAT anvendes kognitiv omstrukturering på situasjonsspesifikke tanker som oppstår i tider med stress eller motgang (kalt automatiske negative tanker), samt negative underliggende holdninger (20). La oss si at en pasient sier at «sjefen min liker meg ikke, jeg må bytte jobb». Det kan jo være at det stemmer. Legens oppgave er å hjelpe pasienten til å undersøke hvilke «bevis» pasienten har for den tanken. Legen kan for eksempel si: «Har du fått konkrete tilbakemeldinger av sjefen din?» eller «hvordan gikk den siste medarbeidersamtalen?»

Ved sokratiske spørsmål kan legen hjelpe pasienten å oppdage automatiske negative tanker, undersøke deres gyldighet, og bidra til mer realistisk og nyttig tenkning.

Litteraturen foreslår å undersøke effekten av kognitiv omstrukturering alene, som det til nå er gjort lite forskning på (20). I ICIT benyttes behandlingsstrategien kognitiv omstrukturering blant annet der sykmelding blir et tema i konsultasjonen. Sykmelding er behandling med sine virkninger og bivirkninger. Gyldigheten av holdning

TABELL 3. Fastlegenes erfaringer ved bruk av samtaleverktøyet ICIT.

Enklere å strukturere og klargjøre pasientens problemer.
Oppdaget nye sider ved pasienten som ga nye behandlingsmuligheter.
Mer mestring og bedre håndtering av pasienter med MUPS.
Erfarte betydningen av å lage en nedskrevet aktivitetsplan sammen med pasienten.
Første time tok mer tid, men i de neste konsultasjonene var ICIT tidsbesparende.

gen «jeg kan ikke jobbe» utforskes ved sokratisk veiledning for å undersøke om det virkelig er sant at det ikke er mulig å være på jobb. Legen skriver pasientenes tanker om hva som ville vært bra for dem på jobb rett inn i journalen som en aktivitetsplan kalt «jobbliste». Dersom noe på «jobblisten» krever tilpasning på arbeidsplassen, tar pasienten den med til sin leder som en avventende sykmelding.

Hjelper ICIT pasienter med MUPS?

I 2022 gjennomførte vi en klyngerandomisert kontrollert studie, med 100 fastleger og 500 pasienter med MUPS i allmennpraksis. I denne studien undersøkte vi om fastlegens bruk av ICIT gjør at pasientene:

- Opplever en endring i sin mestringsfølelse, funksjon og livskvalitet.
- Opplever en bedring i sine symptomer.
- Kommer seg raskere tilbake til jobb.
- Aksepterer behandlingen med ICIT (kognitiv terapi).

Forskningsgruppen består av min hovedveileder professor Erik L. Werner og biveilederne professor Morten Lindbæk, professor i psykologi Silje Endresen Reme og førsteamanuensis Knut Reidar Wangen. Vi gleder oss til å dele resultatene med dere når artikkelen er publisert. Foreløpige resultater indikerer at pasientene blir bedre av legens bruk av ICIT.

REFERANSER

1. Jadhakhan F, Romeu D, Lindner O, et al. Prevalence of medically unexplained symptoms in adults who are high users of healthcare services and magnitude of associated costs: a systematic review. *BMJ Open*. 2022 Oct 5; 12(10): e059971.
2. Johansson E.E., Hamberg K., Lindgren G., et al. "I've been crying my way" – qualitative analysis of a group of female patients' consultation experiences. *Family Practice*. 1996; 13(6): 498–503.
3. Flovenz S.O., Broddadóttir E., Brynjólfsson S., et al. (Prevalence of persistent physical symptoms and association with depression, anxiety and health anxiety in Iceland). *Laeknablaðið*. 2021 Feb; 107(2): 67–73.
4. Smith G.R. Somatization disorder in the medical setting. *American Psychiatric Pub*; 1991.
5. Loegaard K., Björner J.B., Fink P.K., et al. Medically unexplained symptoms and the risk of loss of labor market participation – a prospective study in the Danish population. *BMC Public Health*. 2015 Sep 2; 15: 844.
6. Winde L.D., Alexanderson K., Carlsen B., et al. General practitioners' experiences with sickness certification: a comparison of survey data from Sweden and Norway. *BMC Fam Pract*. 2012 Mar 1; 13: 10.
7. Aamland A., Malterud K., Werner E.L. Phenomena associated with sick leave among primary care patients with medically unexplained physical symptoms: a systematic review. *Scandinavian journal of primary health care*. 2012; 30(3): 147–155.



Å utfordre pasienten til å reflektere over gyldigheten og nytten av egne oppfatninger og tanker er en del av kognitiv terapi. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

8. Østerås N., Gulbrandsen P., Benth J.S., et al. Implementing structured functional assessments in general practice for persons with long-term sick leave: a cluster randomised controlled trial. *BMC Fam Pract*. 2009; 10(1): 31–31.
9. Bakker I.M., Terluin B., van Marwijk H.W.J., et al. A cluster-randomised trial evaluating an intervention for patients with stress-related mental disorders and sick leave in primary care. *PLoS clinical trials*. 2007; 2(6): e26.
10. Anema J., Jettinghoff K., Houtman I., et al. Medical care of employees long-term sick listed due to mental health problems: a cohort study to describe and compare the care of the occupational physician and the general practitioner. *Journal of occupational rehabilitation*. 2006; 16(1): 38–49.
11. Swartling M.S., Alexanderson K.A., Wahlstrom R.A. Barriers to good sickness certification – an interview study with Swedish general practitioners. *Scand J Public Health*. 2008 Jun; 36(4): 408–14.
12. Horvath A.O., Symonds B.D. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of counseling psychology*. 1991; 38(2): 139.
13. Smith R.C., Lein C., Collins C., et al. Treating patients with medically unexplained symptoms in primary care. *Journal of general internal medicine*. 2003; 18(6): 478–489.
14. Olde Hartman T.C., Rosendal M., Aamland A., et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open*. 2017 Oct 4; 1(3): bjgpopen17X101061.
15. Barsky A.J., Borus J.F. Functional somatic syndromes. *Annals of internal medicine*. 1999; 130(11): 910–921.
16. Ursin H., Eriksen H.R. Cognitive activation theory of stress (CATS). *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2010; 34(6): 877–881.
17. McEwen B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*. 1998; 338(3): 171–179.
18. Lagerveld S.E., Blonk R.W., Breninkmeijer V., et al. Work-focused treatment of common mental disorders and return to work: a comparative outcome study. *J Occup Health Psychol*. 2012 Apr; 17(2): 220–34.
19. Abrahamsen C., Lindbaek M., Werner E.L. Experiences with a structured conversation tool: a qualitative study on feasibility in general practice in Norway. *Scand J Prim Health Care*. 2022 May 19: 1–7.
20. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. *Psychiatric Clinics*. 2017; 40(4): 597–609.
21. Escobar JI, Gara M.A., Diaz-Martinez A.M., et al. Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Ann Fam Med*. 2007 Jul–Aug; 5(4): 328–35.
22. D'Zurilla T.J., Nezu A.M. Problem-solving therapy. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2010; 3: 197–225.
23. Braun J.D., Strunk D.R., Sasso K.E., et al. Therapist use of Socratic questioning predicts session-to-session symptom change in cognitive therapy for depression. *Behaviour research and therapy*. 2015; 70: 32–37.
24. Lewinsohn P.M. A behavioral approach to depression. *Essential papers on depression*. 1974: 150–172.
25. Henningsen P., Zipfel S., Sattel H., et al. Management of functional somatic syndromes and bodily distress. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2018; 87(1): 12–31.
26. Dimidjian S., Hollon S.D., Dobson K.S., et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2006; 74(4): 658.

■ ICITDOC@GMAIL.COM

Hvorfor er melding om arbeidsrelatert sykdom vi

Og hvordan gjør du det?

■ LISE SØRBØ OG TONJE STRØMHOLM • Spesialister i arbeidsmedisin og overleger i Arbeidstilsynet

Forebyggingspotensialet av sykdom og skade i norsk arbeidsliv er betydelig. Ved å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade vil både arbeidsgivere og samfunnet få reduserte kostnader, samtidig som vi oppnår et tryggere arbeidsliv med friskere arbeidstakere. De årlige samfunnsøkonomiske kostnadene knyttet til ugunstig arbeidsmiljø er på flere titalls milliarder. Melding om arbeidsrelatert sykdom er en viktig kilde for Arbeidstilsynet for å avdekke hvilke arbeidsforhold som gir uhelse. Arbeidstilsynets tiltak kan da rettes direkte mot de virksomhetene der det er mest å hente på å forebygge sykdom – på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Våre beregninger viser at leger i altfor liten grad melder om disse sykdomstilfellene. Vi foreslår i denne artikkelen konkrete tiltak for å øke legers melding av arbeidsrelatert sykdom. Dette er tiltak som kan iverksettes raskt og er overkommelige, både arbeidsmessig og økonomisk. For å lykkes kreves det enighet og bidrag fra leger og flere instanser, i samarbeid med Arbeidstilsynet.

Kasuistikk

Ivar, en 63 år gammel mann, oppsøkte fastlegen grunnet utmattelse, nedsatt konsentrasjonsevne og smerter i mage og distale underarmer. Foruten lav Hb, var det ingen andre funn og ingen behandling ble gitt. I løpet av de neste to månedene kom pasienten tilbake gjentatte ganger, inntil fastlegen spurte om arbeidet hans. Det viste seg at Ivar var vaktmester ved en innendørs skytebane. Yrkesanamnesen avdekket at han i flere år og to ganger i uken har feid blykuler med kost fra gulvet på skytebanen. Fastlegens mistanke om blyeksponering ble bekreftet ved blodprøve med bestemmelse av blyinnhold i fullblod og pasienten fikk diagnosen kronisk blyforgiftning. Deretter tok fastlegen et viktig valg ved å melde arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet. På bakgrunn av denne meldingen besluttet Arbeidstilsynet å gjennomføre tilsyn ved 600 innendørs skytebaner i Norge.

- Tilsyn avdekket manglende kartlegging og risikovurdering, ventilasjon, renholdsrutiner og bruk av personlig verneutstyr. Prøvetaking av luft viste for høye blyverdier. Pålegg ble gitt til 600 innendørs skytebaner om å iverksette tiltak for å forebygge videre blyforgiftning.
- Informasjon ble formidlet til skyteforbundene i Norge om å kartlegge og risikovurdere bruk av blykuler. Dette gav grunnlag for at nybygg med innendørs skytebaner kun godkjennes med separate ventilasjonsanlegg, for å forhindre blystøvspredding i resterende del av bygget.

Kasuistikken viser effekten av en enkeltstående melding om arbeidsrelatert sykdom. At fastlegen tok seg tid til å melde saken forebygget helseskade for mange hundre ansatte og brukere, og sparte sannsynligvis et overbelastet helsevesen for mye arbeid på et senere tidspunkt.

Hvordan gikk det så med Ivar? Prognosen var god, fordi han fikk satt korrekt diagnose og behandlingen ble igangsatt i tide. Han ble helt frisk.

Bakgrunn

Norsk arbeidsliv har på mange områder et bra nivå og fokus på arbeidshelse, arbeidsmiljø og sikkerhet. Imidlertid er forebyggingspotensialet av arbeidsrelatert sykdom og skade likevel fortsatt betydelig i deler av norsk arbeidsliv. Det er anslått at

det i utsatte næringer og yrker er en tydelig opphopning av både arbeidsmiljøeksponeringer og arbeidsrelaterte helseproblemer, sykdom og skader. Vi vet at ikke-optimalt arbeidsmiljø medfører enorme kostnader, estimert i størrelsesorden 75 milliarder for samfunnet og 30 milliarder for virksomhetene. Et ikke-optimalt arbeidsmiljø defineres som forhold ved arbeidsmiljøet som forhindrer arbeidstakerne i å produsere det de ellers kunne ha gjort, eller som utsetter arbeidstakerne for arbeidsrelatert skade og sykdom (1). Ved å forebygge arbeidsrelatert sykdom og skade, oppnår vi et tryggere arbeidsliv og arbeidstakere med bedre arbeidshelse. Arbeidstakere, arbeidsgivere, helsevesenet og samfunnet vil slik få redusert belastning.

Hvorfor melde?

Melding om arbeidsrelatert sykdom fra leger til Arbeidstilsynet er en særdeles god og viktig kunnskapskilde for å kunne forebygge arbeidsrelatert sykdom, siden det kan avdekke helsefarlige forhold i en virksomhet på et tidlig stadium. Slike meldinger gir Arbeidstilsynet informasjon om kjente og nye arbeidsforhold og arbeidsmiljøfaktorer (eksponeringer) som kan ha ført til sykdom, det vil si et inntrykk av hvilke forhold i arbeidslivet som er skadelige. Arbeidstilsynet bruker denne kunnskapen som beslutningsstøtte i sitt forebyggende arbeid. Det er til-

ktig?



syn, veiledning og regelverksutvikling mot spesifikke yrker, virksomheter eller næringer i tillegg til tiltak rettet mot farlige produkter, arbeidsprosesser eller utstyr. Arbeidstilsynets tiltak rettes mot de virksomhetene der det er mest å hente på å forebygge sykdom. Det store forebyggingspotensialet i meldinger om arbeidsrelatert sykdom er grunnlaget for at meldeplikten er nedfelt i Arbeidsmiljøloven.

Kan leger velge å melde?

Leger er pålagt å melde til Arbeidstilsynet ved mistanke om arbeidsrelatert sykdom etter arbeidsmiljølovens § 5-3. Det kreves ikke at legen tar endelig stilling til årsakssammenhengen eller gjennomfører en fullstendig forhåndsutredning. Arbeidsrelatert sykdom er sykdom som leger vet eller antar skyldes eller forverres av arbeidstakers arbeidssituasjon. Yrkessykdom er en undergruppe av arbeidsrelatert sykdom som gir rett til økonomiske fordeler på lik linje med yrkesskade når visse kriterier er oppfylt. Yrkessykdommene kalles også listesykdommer, nettopp fordi diagnosene finnes på listen over sykdommer som gir denne retten til økonomiske fordeler. Våre beregninger viser at leger i altfor liten grad melder om arbeidsrelatert sykdom. Årlig melder norske leger mellom 1500 og 2350 tilfeller av arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet. Et forsiktig anslag tilsier at under ett av ti faktiske tilfeller meldes. Årsakene til underreportering er flere, deriblant et tungvint meldesystem, og manglende kunnskap både om meldeplikten og om effekten av forebygging av arbeidsrelatert sykdom.

Spiller det noen rolle med få meldinger?

Konsekvensene av lav rapporteringsgrad er flere. Svært mange sykdomstilfeller kunne vært unngått dersom flere leger hadde meldt arbeidsrelatert sykdom. En annen er at helsefarlige forhold i virksomheter sjelden avdekkes og pasientene fortsetter dermed å bli syke av arbeidsforholdet. En tredje konsekvens er at pasientens rettigheter ikke blir ivaretatt og at de kan miste økonomisk kompensasjon når yrkessykdom ikke er meldt til NAV. Effekten av forebygging er et interessant emne, som må sees i et langtidsperspektiv. Leger som bruker tid på å sende melding om arbeidsrelatert sykdom, vil bidra til at Arbeidstilsynet får bedre effekt av det forebyggende arbeidet. Færre ansatte utvikler arbeidsrelatert sykdom, som igjen medfører reduksjon av antall pasienter, hvilket på sikt kan redusere arbeidsmengden også i primærhelsetjenesten.

Når mistenkes arbeidsrelatert sykdom?

Legen bør spørre pasienten om arbeidet og få beskrivelse av arbeidsoppgavene for å vurdere om det kan være en årsakssammenheng mellom sykdom og arbeid.

Dette vil gi grunnlag for en oversikt over arbeidsmiljøfaktorer som kan være årsaker til diagnosen, eksempelvis:

- Kunnskapsmedarbeider med mye ensformig PC-arbeid og epikondylitt.
- Bygningsarbeider med tungt arbeid og skuldertendinit.
- Nødetatsansatt etter utrykning på alvorlige ulykker og PTSD.
- Mekaniker med kjemisk eksponering og hånkesem.
- Baker med melstøveksponering og astma.

Hvordan melde?

Når legen mistenker årsakssammenheng mellom diagnose og arbeidsmiljøfaktorer, skal melding om arbeidsrelatert sykdom fylles ut. Det er et skjema i fire eksemplarer der ett går til Arbeidstilsynet, ett til pasienten, ett til legen og eventuelt ett til NAV når saken gjelder yrkessykdom. En del elektroniske pasientjournaler (EPJ) har elektroniske meldeskjema, men noen EPJ mangler dette og papirskjema må da benyttes. Meldingen skal inneholde informasjon om blant annet arbeidsgiver, ansattes yrke, diagnose og arbeidsmiljøfaktorer, grad av årsakssammenheng, og om involvering fra Arbeidstilsynet ønskes. For å sende meldingen fra EPJ må eksemplarene enten skrives ut og sendes i lukket konvolutt, eller sendes via e-dialopløsningen til Arbeidstilsynet (2).

Hva gjør Arbeidstilsynet med meldingene?

Meldingene registreres i Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS), og vurderes av Arbeidstilsynets arbeidsmedisinere i samarbeid med inspektører. Vi vurderer målgruppen; virksomheten, yrkesgrupper, bransjen eller arbeidslivet generelt. Vi beslutter hvordan oppfølgingen skjer; tilsyn, veiledning, endringer i arbeidsmiljøregelverket og lignende. Meldingene er på denne måten svært viktige for Arbeidstilsynets forebygging av arbeidsrelatert sykdom.

Informasjon i Register for arbeidsrelatert sykdom (RAS)

RAS viser blant annet antall meldinger av arbeidsrelatert sykdom, som de siste årene er 1500–2350 meldinger årlig. Dette er som tidligere nevnt en vesentlig underrapportering.

I 2020 meldte 339 leger arbeidsrelatert sykdom til Arbeidstilsynet, men antallet

burde vært omtrent 20 000 av leger i spesialiteter med hyppig forekommende arbeidsrelaterte diagnoser (3).

RAS viser også antall meldinger om arbeidsrelatert sykdom etter diagnose. De hyppigste arbeidsrelaterte diagnosene som ble meldt i 2020 var sykdommer i øre og ørebeneknute, åndedrettssystemet, hud og underhud, muskel- og skjelettsystemet og bindevev og svingler (4). Når det gjelder sykefravær, utgjør muskel- og skjelettlidelser den største diagnosegruppen, som var tilnærmet lik 145 000 sykefraværstilfeller i 2020. Av disse er 20 prosent anslått å være arbeidsrelatert sykdom, som tilsvarer cirka 29 000. Anslaget er kun fra denne ene diagnosegruppen. I 2020 mottok Arbeidstilsynet 112 meldinger om arbeidsrelatert muskel- og skjelettsykdom.

Tiltak for å bedre rapporteringen av arbeidsrelatert sykdom

Hvordan kan vi bidra til at leger som ikke melder begynner å gjøre dette? Siden 1990-tallet mottar meldende lege 150 kr per melding, men hvilke andre incentiver vil ha god effekt? Årsakene til lav meldefrekvens blant leger er flere, blant annet manglende kunnskap om meldeplikten, et tungvint meldesystem og manglende fokus på effekten av forebygging. Nedenfor beskriver vi tiltak som vi mener kan ha god effekt for å øke rapporteringen:

- Forskriftsfeste at alle elektroniske pasientjournaler (EPJ) må ha elektroniske meldeskjema og opprette elektronisk meldesystem til Arbeidstilsynet Vi foreslår at det fastsettes i forskrift at alle typer EPJ må ha et elektronisk meldeskjema som fylles ut i pasientens digitale journal. Skjemaene bør ha automatisk utfylling av administrative data (pasient, arbeidsgiver og diagnoser med ICD-10 kodeverk o.a.) og ha pop-ups tilknyttet diagnoser med forslag om arbeidsmiljøfaktorer som ofte kobles til diagnosen. I tillegg til elektroniske meldeskjema i alle EPJ, må det også opprettes sikker elektronisk sending av melding fra EPJ til Arbeidstilsynet. Dette vil medvirke til vesentlig tidsbesparelse og forenkling av meldingsprosessen.
- Øke kunnskap om meldeplikten og om effekten av forebygging. Arbeidstilsynet har i mange år undervist og veiledet leger om hvorfor meldeplikten er viktig og

hvordan melde. Målgruppene har vært alle leger, men deltagerne har oftest vært leger i bedriftshelsetjenester og på arbeidsmedisinske sykehusavdelinger. Vi antar at majoriteten av leger ikke melder fordi de ikke kjenner meldeplikten, er usikre på hvordan melde eller mangler fokus på effekten av forebygging. Sentrale tiltak for at leger skal kjenne til og være bedre rustet til å melde er:

- Obligatorisk elektronisk kurs om melding av arbeidsrelatert sykdom.
- Felles kompetansemål om kjennskap til og ferdigheter i melding om arbeidsrelatert sykdom for både grunnutdannelsen og alle aktuelle spesialistutdannelse for leger.
- Melding om arbeidsrelatert sykdom inngår som del av et obligatorisk kurs om offentlige plikter for nyutdannede leger.
- Informasjon om melding av arbeidsrelatert sykdom må finnes på nettressurser som ofte besøkes av og målrettes mot særlig relevante spesialiteter. Eksempler på slike ressurser eller nettsider er: Den norske legeforenings nettsider og *Tidsskriftet for den norske legeforening, Norsk Elektronisk Legehåndbok* med flere.

Arbeidstilsynet har igangsatt flere av tiltakene rettet mot overnevnte årsaker. Forslagene er konkrete, kan iverksettes raskt og er både arbeidsmessig og økonomisk overkommelige. For å lykkes kreves det enighet og bidrag fra flere instanser og leger. Hvis vi øker antall meldinger om arbeidsrelatert sykdom, vil kunnskapsgrunnlaget bedres, noe som vil bedre muligheten for mer målrettet innsats fra Arbeidstilsynet. De mest utbredte typene av arbeidsrelatert sykdom vil slik kunne reduseres i flere virksomheter, og helsevesenet vil på sikt kunne avlastes.

REFERANSER

1. Samfunnsnytt av bedriftshelsetjenesten. Oslo Economics-rapport. Utredning for Arbeids- og sosialdepartementet (ASD). Oslo: Oslo Economics 2018.
2. Arbeidstilsynet. Meldeplikta til legene. <https://www.arbeidstilsynet.no/kontakt-oss/meldeplikta-til-legane/>. Lest 30.3.2023.
3. Intern rapport hos Arbeidstilsynet: Innsikt. Analysenytt fra Arbeidstilsynet Nr. 7-2022 Kan utleveres ved henvendelse til Arbeidstilsynet.
4. Arbeidstilsynet. Statistikk – meldinger om arbeidsrelaterte sykdommer. <https://www.arbeidstilsynet.no/om-oss/statistikk/statistikk-meldinger-om-arbeidsrelaterte-sykdommer/>. Lest 30.3.2023

■ LISE.SORBO@ARBEIDSTILSYNET.NO



ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX

Diabetes type 2 og folkehelsepolitikk.

Mulighet for endringer?

■ T. KAROLINE HARDING • Bydelsoverlege, Bydel Grorud, Oslo kommune

■ TORE W. STEEN • Kommuneoverlege, Nord-Fron, Sør-Fron og Øyer kommuner

■ ÅSE R. EGGEMOEN • Bydelsoverlege, Bydel Vestre Aker, Oslo kommune

Norge har hatt en økende forekomst av diabetes mellitus type 2 i senere år. Tidligere forsøk på å snu utviklingen har ikke lyktes. I denne kronikken vil vi diskutere mulighetene for en ny helsepolitikk rettet mot denne folkesykdommen.

Diabetes mellitus type 2 (DMT2) er nå et av de vanligste helseproblemer i Norge (1). Ulikheter i prevalens har klar sammenheng med sosiale forskjeller.

Er helseproblemet viktig?

I sin rapport om diabetes fra 2016 beskriver Verdens helseorganisasjon (WHO) dia-

betes som «et viktig folkehelseproblem» globalt (2). Året før hadde FN's generalforsamling vedtatt «Agenda 2030». Det ble fremhevet et behov for kraftigere tiltak mot ikke-smittsomme sykdommer, herunder diabetes (3).

DMT2 er et av de vanligste kroniske helseproblemer i Norge. På verdensbasis blir prevalensen i Norge vurdert som lav (4). Imidlertid er prevalensen av diabetes blitt fordoblet i Norge de siste 20 år, og de fleste tilfellene skyldes DMT2 (5). Det er anslått at fem prosent av den norske befolkningen lever med diabetes. Av disse har 90 prosent DMT2 (1, 5). Både nasjonalt og på verdensbasis kunne mange tilfeller vært forebygget. Overvekt og fedme er viktige, modifiserbare risikofaktorer for å utvikle sykdommen. Det samme gjelder fysisk inaktivitet og dårlig kosthold (1). Vi ser også en økende forekomst av overvekt blant tenåringer og yn-

gre voksne. Med tanke på fremtiden er det antatt at økonomisk utviklede land vil få en 50 prosent økning i prevalens av DMT2 mellom 2013 og 2030 som skyldes økende urbanisering, begrenset fysisk aktivitet, fedme og en aldrende befolkning (4).

DMT2 medfører store kostnader for Norge. I 2011 ble utgiftene beregnet til å være fem til seks milliarder kroner (6). Uten effektive tiltak må vi regne med betydelig økte kostnader og større press på helsesystemet ved økt prevalens av DMT2 i befolkningen.

DMT2 medfører ulikheter i helse i Norge. Norges største by, Oslo, har også den største andel av innvandrerbefolkning. Sannsynligheten for DMT2 i vestlige deler av Oslo, som jo har forholdsvis færre innvandrere enn østlige deler, var omtrent 60 prosent lavere enn i østlige bydeler (7). Forskjellene skyldes til dels etnisitet, men også lavere so-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

sioøkonomisk status i østlige bydeler og fedmefremmende miljøfaktorer. Vi antar at det er lignende forskjeller mellom innvandrere og majoritetsbefolkning i andre større byer i Norge.

Personer med DMT2 ble hardere rammet av koronapandemien med både økt forekomst av alvorlig koronasykdom og dødsfall. Det ser også ut til at behandlingstilbudet ble dårligere for mange (8).

Er det en mulighet for endringer nå?

Norges tilnærming til folkehelsearbeid er lovfestet i folkehelseoven fra 2011. Denne sikrer til dels gjennomføring av «helse for alle» som beskrevet av WHO i 2014 (9). Helse- og omsorgsdepartementet har nylig lansert en folkehelsemelding i 2023 (10). Forhåpentlig vil denne kunne bidra til nye løsninger som kan motvirke økningen av DMT2.

Når prevalensen av en sykdom øker langsomt, slik som med DMT2, kan det være vanskeligere å skape politisk engasjement rundt saken. Tilstander som krever raske løsninger, slik som koronapandemien, blir høyt prioritert. Dersom man får saken opp på den politiske agendaen, vil man ha en periode som kan kalles et mulighetsvindu.

For å identifisere mulighetsvinduer kan man bruke Kingdons modell (11). Modellen beskriver tre områder som vanligvis er uavhengige av hverandre: et problemområde, et løsningsorientert område og et politisk område, det siste også beskrevet som politisk vilje. Tabell 1 viser eksempler som tilhører hvert sitt område for DMT2 i Norge. Når alle tre områder flyter sammen, åpner det seg et mulighetsvindu. Vi mener det har åpnet seg et mulighetsvindu for å få DMT2 opp på den politiske dagsorden nå.

Er relevant forskning tilgjengelig?

Det finnes et økende antall forskningsresultat om avgiftsbelastning av sukker og innføring av trafikklyskmerking av matvarer (12). Begge tilnærminger har blitt brukt rundt om i verden, men med forskjellige resultat.

Er det interesse for en opplyst diskusjon om økningen i DMT2-prevalens og mulige løsninger?

Interessekonflikter mellom parter er et hinder for å finne en løsning. Det viktigste for næringsmiddelindustrien er å opprettholde salget, og derfor kan forsøk på avgiftsregulering og lovgivning motarbeides (13). Selv om næringsmiddelindustrien sier at den støtter tiltak (13), kan den risikere økonomiske konsekvenser med redu-



	EKSEMPLER SOM TILHØRER HVERT SITT OMRÅDE
Problemområdet	Prevalens av DMT2 er fordoblet de siste 20 år. Høye kostnader forbundet med behandling av DMT2. Pasienter med DMT2 ble rammet uforholdsmessig kraftig av dårligere behandlingstilbud og dødsfall under pandemien.
Løsningsorientert område	Ny folkehelsemelding er lagt fram og er allerede omtalt av regjeringen som viktig (10).
Politisk område	Regjeringsskifte i 2021. Påtrykk fra pasientorganisasjoner. FNs 2030 Agenda for bærekraftig utvikling anser ikke-smittsomme sykdommer, inkludert DMT2, som en stor helsemessig utvikling (3).

TABELL 1. Kingdons modell brukt på DMT2 i Norge.

sert forbruk. Det er derfor lite sannsynlig at alle parter virkelig har intensjon om å redusere salg av helsefarlig mat, og det er ikke sikkert at man kan forhandle seg frem til en løsning som alle er enige om. Det vil derfor være nødvendig med politiske tiltak for å redusere tilgang på usunne matvarer.

Konklusjon

I Norge øker prevalensen av DMT2, og samtidig øker utgiftene til behandling. Likevel er det lite diskusjon om politiske tiltak. Det er imidlertid grunn til å anta at et mulighetsvindu er åpnet. Samtidig finnes hindringer på grunn av forskjellige synspunkter og forslag til løsninger mellom involverte parter. Det er økende interesse for dette helseproblemet, både nasjonalt og internasjonalt, og økende kunnskap om politiske tiltak som virker. Derfor mener vi at nå er det rette tidspunkt for å ta politiske grep, og vi håper at Helse- og omsorgsdepartementet vil fremme denne saken gjennom den nye folkehelsemeldingen som ble lagt fram i år.

REFERANSER

1. Folkehelseinstituttet. Diabetes i Norge, <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/> (2021, lest 24 oktober 2022).
2. World Health Organization. Global Report on Diabetes, www.who.int/publications/i/item/9789241565257 (2016, lest 27 oktober 2022).
3. NCD Alliance. NCDs in the 2030 Agenda, <https://ncdalliance.org/what-we-do/global-advocacy/ncds-in-2030-Agenda> (2017, lest 24 oktober 2022).

4. Ginter E. and Simko V. Type 2 Diabetes Mellitus, Pandemic in 21st Century. *Diabetes*, AEMB 2013; 771: 42–50.
5. Folkehelseinstituttet. Nye tall om hvor mange som har diabetes i Norge, www.fhi.no/nyheter/2020/nye-tall-om-hvor-mange-som-har-diabetes-i-norge/ (2020, lest 24 oktober 2022).
6. Sørensen M., Arneberg F., Line T.M. et al. Cost of diabetes in Norway 2011. *Diabetes Res Clin Pract* 2016; 122: 124–132.
7. Nosrati E., Jenum A.K., Tran A.T. et al. Ethnicity and place: the geography of diabetes inequalities under a strong welfare state. *Eur J Public Health* 2018; 28(1): 30–34.
8. Thakur J.S., Nangia R. and Singh S. Progress and challenges in achieving noncommunicable diseases targets for the sustainable development goals. *FASEB Bioadv*. 2021; 3(8): 563–568.
9. WHO. Health in all policies. Helsinki Statement. Framework for country action. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf (2014, lest 24 oktober 2022).
10. Regjeringen. Ny folkehelsemelding. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/folkehelsemeldingen2023/id2900655/> (Lest: 27 oktober 2022).
11. Kingdon, J., *Agendas, Alternatives, and Public Policies*. 2nd Edition. Harlow: Longman Classics, 2010.
12. World Health Organization. Taxes on sugary drinks: Why do it? <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/10665/260253/WHO-NMH-PND-16.5Rev.1-eng.pdf;jsessionid=CB8FCBC6AC93D30F532660861670CDCF?sequence=1> (2017, lest 27. oktober 2022).
13. Karim S.A., Kruger P., Hofman K. Industry strategies in the parliamentary process of adopting a sugar-sweetened beverage tax in South Africa: a systematic mapping. *Globalization and Health* 2020; 16:116.

■ KAROLINE.HARDING@
BGR.OSLO.KOMMUNE.NO

Tromsøeffekten

■ LISE BIRTHE PILEGAARD FIGENSCHOU • Fastlege og hovedtillitsvalgt, Tromsø kommune

Tromsømodellen er et resultat av av en langvarig prosess, en forståelsesfull kommuneadministrasjon og en hurtigarbeidende ekspertgruppe i et kreativt og levende lokaldemokrati med sterke tillitsvalgte.

Tromsø er en sammensatt kommune med 77 000 innbyggere fra over 120 nasjoner, 10 000 studenter og over 900 000 gjestedøgn ved hotell i året. Byen har universitet med blant annet Senter for samiske studier, medisinsk og juridisk fakultet og Senter for fredsstudier. Ved siden av universitetet ligger Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Tromsø har faste anløp av amerikanske atomubåter og er nasjonal og internasjonalt nødhavn for båt og fly. Tromsø kommune er stor i utstrekning, 2521 kvadratkilometer, noe større enn gamle Vest-

fold fylke. Bo- og leveforhold varierer stort mellom kommunens ulike områder. I utkanten av kommunen finner vi typiske «distriktstrekk», med aldrende befolkning, fraflytting og stor andel som arbeider i primærnæringene.

Eskalerende arbeidsmengde

Med innføringen av samhandlingsreformen har oppgave- og ansvarsoverføringer eskalert for fastlegene. Nødvendige ressurser fulgte aldri med. Daværende helseminister

Bjarne Håkon Hanssen lovte 500 nye fastleger hvert år i fem år etter innføringen av samhandlingsreformen i 2012. Vi har frem til i dag fått ca. 500 flere fastleger. Behovet for flere fastleger i arbeid for å avlaste hverandre i denne nye virkeligheten er altså skrikende.

Hovedbudskapet fra de tillitsvalgte har vært at fastlegearbeidet må fordeles på flere fastleger. Slik vil vi fastlegene få bedre tid til å gjøre en god jobb for pasientene vi har på lista. For å få til det, må eksisterende fastleger kutte egne pasientlister. Slik løses pasienter til nye legekontor og nye nullhjemler i kommunen. Samtidig må de eksisterende fastlegene og deres kontor trykkes på videre drift med færre pasienter. Slik opprettholdes en trygg fastlegeordning for pasientene, og en trygg arbeidsplass for leger og medarbeidere.



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS / SVEIN-MAGNE TUNLI - TUNLIWEB.NO

Daglig eller ukentlig negativt stress på jobb.	87
Vurdert å slutte i jobben pga. arbeidspresset.	65
Så for seg å være fastlege om fem år.	21
Hva skulle til for å fortsette i jobben?	
Økt basistilskudd og redusert listelengde.	68
Tid til faglig oppdatering.	50
Tilskudd til videre- og etterutdanning.	41
Fastlønn i en periode.	8
Hva måtte til for å trekke nye fastleger (ALIS og spesialister) til Tromsø?	
Økt basistilskudd og redusert listelengde.	73
Tilskudd til videre- og etterutdanning.	59
Etableringstilskudd ved kjøp av praksis.	47
Fastlønn i en periode.	25

TABELL 1. Spørreundersøkelse blant fastleger, LIS1 og vikarer i allmennpraksis i Tromsø kommune i januar 2021 (prosent).

Alle næringsdrivende	60 prosent økt basistilskudd opp til 1000 pasienter.
ALIS	Etableringstilskudd: Nullhjemmel: 150 000 Kjøp av eksisterende praksis: 300 000 Deleliste: 150 000 ved oppstart og 150 000 ved overtakelse.
	Utdanningstilskudd: 300 000 per. år.
	Kommunale omsorgsdager: 60 prosent av Allmennlegeforeningens gjeldende sats for praksiskompensasjon per dag, inntil ti dager per år.
	Kommunalt forskudd: Inntil 50 prosent av kjøpesum minus etableringstilskudd.
Øvrige kommunale tiltak	Bistand til oppstart av to nye næringsdrevne legekantor.
	Flere årsverk i samfunnsmedisin og økt merkantilt personell i kommunen knyttet til allmennlegetjenesten.
	Samhandlingsstillinger på 5 prosent på hvert legekantor. Velges av kontoret. Forplikter seg til tettere dialog med kommunen.

TABELL 2. Tromsømodellens tiltak.

TABELL 3. Spørreundersøkelse blant fastleger, LIS1 og vikarer i allmennpraksis i Tromsø kommune i mai 2022 (prosent).

Redusert listetak	67
Planla ytterligere reduksjon.	57
Ønsket pasientliste under eller lik 1000 pasienter.	80
Liste ikke redusert pga. ikke nok fastleger i byen.	80
Økt basisfinansiering påvirket valg om redusert listetak.	86
Tromsømodellen bidrar til:	
- å gi legetjenester av høy kvalitet til innbyggerne.	93
- at fastlegejobb er en trygg og attraktiv karrierevei.	98
- at jeg vil være fastlege i byen om fem år.	80
- at jeg vil råde unge leger til å bli fastleger i byen.	98
- at jeg vil fortsette som næringsdrivende.	96
Ønsker fastlønn.	4
Ville ikke vært fastlege i byen om fem år uten Tromsømodellen.	60

Fra fastlegepilot til Tromsømodell

Det har vært spennende å jobbe med fastlegeordningen i Tromsø. Da jeg studerte på Universitetet i Tromsø på 90-tallet var kommunen én av fire som deltok i fastlegeforsøket. Ordningen ble nasjonal fra 2001 og i 2002 fikk jeg egen nullhjemmel. Lenge rullet fastlegetjenesten av seg selv, uten særlig innblanding fra kommunens side og uten økonomiske utgifter for dem.

På 15-årsjubileet for fastlegeordningen, som ble markert i Tromsø, sa prosjektleder Tom Willy Christiansen at om fem år har vi ingen fastlegeordning. Det stemmer vel ganske bra overens med dagens situasjon – 200 000 nordmenn mangler fastlege. I tillegg har vi fått en basisfinansiering som henger i løse luften etter regjeringens innføring av risikojustering fra 1. mai 2023.

Med 50–60 timers arbeidsuker og legevakt på topp, sa det stopp for mange av fastlegene i Tromsø. Det ble så å si umulig å rekruttere nye leger til hjemler og vikariater. Dessuten klarte mange fastleger ikke lenger å håndtere legevakt i tillegg til jobb i egen praksis. Frafalt var stort og mange hjemler sto ledige. Det tok litt tid før alvorret i saken ble fanget opp og forstått av kommuneadministrasjonen. Når kommunen så engasjerte seg, utviklet dette seg til et godt og grundig felles prosjekt.

Troms legeforening lokalt har hele veien vært engasjert, med blant annet temakvelder og besøk av leder i Allmennlegeforeningen, SOP (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger) og etter hvert Trønderopprøret. Engasjementet bredte seg i takt med forverring av krisen. Vi hadde formelle og uformelle møter med politikere og ledelsen i kommunen, og det ble avholdt flere allmøter og dagsseminar med bred deltagelse.

Det ble etablert en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som gjorde en grundig utredning i forkant av kommunestyresaken om fastlegeordningen i Tromsø. Et tent fastlegekorps fikk møte den kommunale helse- og omsorgskomiteen, og etter hvert ble også enkeltpolitikere og elderråd med flere involvert. Dette arbeidet har vært avgjørende for felles situasjonsforståelse, samhold og tillit mellom kommunens ledelse og fastlegene og deres representanter.

Spørreundersøkelse januar 2021

Arbeidsgruppen bestod av ni deltagere, hvorav fire fastleger, én kommuneoverlege og fire helseledere. Inspirert av Trønderopprøret valgte vi å bruke spørreundersøkelse for å kartlegge situasjonen ved oppstart. Samarbeidet med kommuneledelsen

både administrativt og politisk har vært meget godt, og de tillitsvalgte har hele veien møtt forståelse.

I januar 2021 gjennomførte Tromsø kommune en spørreundersøkelse blant sine fastleger, LIS1 og vikarer i allmennpraksis (TABELL 1). Det ble en tankevekker. Nesten alle legene svarte at jobben går ut over egen helse og privatliv. Tre av fire mente at de måtte kutte pasientlisten med mer enn 150 pasienter for å oppnå en normal arbeidsuke, og 20 prosent ville kutte mer enn 300 pasienter på lista.

Dette ga viktige data inn mot kommune-styresaken i april 2021. Modellen skulle være bred i den forstand at den virket stabiliserende på eksisterende fastleger og rekrutterende for nytilsatte ALIS og ferdige spesialister, og samtidig berede grunnen for nye legekantor og et tettere samarbeid mellom kommuneledelsen/kommunelene og fastlegekontorene i Tromsø.

Tromsømodellen ble vedtatt

Byens politikere vedtok enstemmig Tromsømodellen som ble innført 1. juli 2021. Kommunens fastleger fikk 60 prosent tillegg på per capita opp til knekkpunktet på 1000 pasienter. ALIS fikk en omfattende støttepakke, inkludert sykepenger og en engangsutbetaling fra kommunen til kjøp av praksis. Man fikk også anledning til rentefri nedbetaling på halvparten av praksislånet (TABELL 2). Ved eventuell oppsigelse av fastlegehjemmel innen to år, må etableringstilskuddet i sin helhet tilbakebetales til kommunen. Tilbakbetalingen må gjennomføres innen seks måneder etter oppsigelse av hjemmelen.

ALIS-tilskuddet skal brukes til dekning av utdanningskostnader, det vil si praksiskompensasjon per dag på kurs/veiledning

etter Allmennlegeforeningens til enhver tid gjeldende satser, dekning av kursavgift og andre utgifter som ikke dekkes av Utdanningsfond II. Per dags dato kan 80 prosent av dette tilskuddet søkes dekt av Helsedirektoratet. Den enkelte ALIS fakturerer kommunen for omsorgsdagene. Eventuell næringsinntekt disse dagene kommer til fratrukk.

Forskuddssummen tilbakebetales i form av fratrukk fra basistilskudd med minimum to prosent av totalsummen per måned i fire år og to måneder. Høyere månedlig innbetaling og kortere løpetid kan avtales individuelt. Ved eventuelt salg av praksis i nedbetalingstiden, forplikter ALIS seg til å selge hjemmelen for samme sum som egeninvesteringssummen. Den kommunale avtalen om tilbakebetaling overføres til kjøper, som kan velge å inngå samme avtale, eller kjøpe kommunen ut. Intensjonen er at ALIS skal få betalt ut sitt eget lån i forbindelse med salg, men ikke tjene på avtalen med kommunen hvis verdien har økt i perioden.

Virker det?

Nesten et år etter innføringen av Tromsømodellen, i mai 2022 (SE TABELL 3), fulgte Tromsø legeforening opp med en ny undersøkelse blant fastlegene for å se noe foreløpig om effekten av modellen. To av tre fastleger svarte at de hadde redusert listetaket og nesten seks av ti planla ytterligere reduksjon. Åtte av ti svarte at de ønsket en pasientliste på 1000 pasienter eller færre. Samme antall svarte at listen så langt reelt ikke var redusert fordi antallet fastleger i byen ikke har økt. Fire av fem ville fortsette å være fastlege i byen, gitt at tiltakene videreføres og at listereduksjon og nedgang i arbeidsmengde blir en realitet. Nes-

ten alle respondentene svarte at de fortsatt vil være selvstendig næringsdrivende fastleger, under forutsetning av at Tromsømodellen videreføres – og at de nå vil råde unge leger til å bli fastleger i byen.

Status februar 2023

Det er i perioden rekruttert ni nye fastleger til etablerte hjemler i byen. Per nå har vi 80 fastlegehjemler, og alle stillinger er besatt. Alle utlysningene får flere kvalifiserte søkere. Av disse 80 er fire nullhjemler opprettet, hvorav tre er besatt og én nylig utlyst.

Det er rekruttert sju fastlegevikarer, og så vidt vi vet er det ikke utfordrende å få vikar for de fastlegene som ønsker det. Det er tilsatt spesialist i allmennmedisin for å etablere et nytt legekantor med inntil ti nye legestillinger. Kontoret vil bygges opp over litt tid, kanskje ved at noen etablerte lister flyttes for å løsrive nullhjemler i tidligere «fulle» kontor. Det er håp om at en vesentlig andel av disse nyopprettede hjemlene avsettes til unge fastleger som vil inn i allmennmedisinen.

Byens legekantor er fylt opp til randen av leger. Unge leger tar kontakt og melder at de ønsker seg hit etter endt turnus eller studium. Vi aner også økende interesse blant kollegaer i storebror UNN, som kanskje nå ser sitt snitt til å la allmennlegen i seg blomstre!

Det som imidlertid bekymrer, er at regjeringen har bestemt at den nasjonale knekkpunktmodellen skal byttes ut med et risikostjert basistilskudd fra 1. mai 2023. Dette vil klassifisere pasientene våre som mer eller mindre lønnsomme, og vil ikke føre til listereduksjon – i verste fall heller listespekulasjon. Legeforeningens mål har i mange år vært å få flere fastleger i arbeid. Regjeringens vri forkaster alt arbeidet som var så godt i gang, og som har gitt effekter i vår kommune og mange andre steder som har innført lignende modeller.

Fastlegene i Tromsø er tydelige på at den modellen vi nå jobber under, er den riktige. Vi takker derfor unisont nei til risikostjerting, og lar kommunen få den ekstra potten fra staten, under forutsetning av at vi får videreføre den rettferdige, ikke-diskriminerende knekkpunktmodellen vår!

Vi mener Tromsø kommune har vist at det er fullt mulig å snu pessimisme til optimisme hos fastlegene. Det finnes altså en trygg vei ut av fastlegekrisa. Sats på et merkbart knekkpunkt og få flere leger inn i ordningen!

■ LISE.FIGENSCHOU@GMAIL.COM

Tromsø med god glid mot målet om mer tid til både pasienter og egenomsorg. FOTO: SANNE JENSVOLL



Den uavhengige variabelen i spelet om helsepersonell

– tankar kring rapporten frå Helsepersonellkommissjonen

■ GEIR SVERRE BRAUT • Spesialist i samfunnsmedisin, professor, Helse Stavanger HF og Høgskulen på Vestlandet

[Ollis] salus populi suprema lex esto – La velferda til folket vera den øvste lova, skreiv Cicero for noko over to tusen år sidan. Han la til grunn at omsynet til folket måtte prega statsstyringa og rettsstellet.

I 1689 tok filosofen John Locke dette endå eit steg vidare og skreiv beint ut at dette prinsippet er så rettferdig og grunnleggjande at den som i sannferd følgjer det, ikkje kan ta alvorleg feil (1). Dette passar godt med tenkinga hans om at alle menneske er skapningar av same slaget, utan nokon naturleg rangordning seg i mellom (2). Den uavhengige variabelen i dei politiske modellane som Cicero og Locke skildrar, er kort sagt helsetilstanden til folket. Ved å sikra folket god helse, vil det gå samfunnet godt.

Etter to mannsaldrar med økonomisk betring og jamt aukande gjennomsnittleg levealder, seier *Helsepersonellkommissjonen* at me står ved eit vegskilje (3). Ein viktig budskap er at me ikkje kan nytta ein større del av arbeidsstyrken vår til helse- og omsorgstenestene enn det me gjer i dag. Den hevdar likevel at det er nødvendig med meir personell og auka kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstenesta. Det kan berre tyda mindre ressursar til sjukehusa. Kommisjonen er ikkje samla i svaret på spørsmålet om tida er inne for å sjå meir på arbeidsdelinga mellom kommunane og helseføretaka.

Nødvendig debatt, men lite nytt til no

Utan tvil er tida inne for eit ordskifte om vegen vidare i helsepolitikken. Rapporten frå Helsepersonellkommissjonen er ikkje det einaste grunnlagsdokumentet. Siste veka før påske fekk me tilgang til ytterlegare tre viktige dokument.

Sjukehusutvalet kom med si vurdering av framtida for helseføretaksmodellen (4). Heller ikkje dette utvalet utfordrar den eksisterande arbeidsdelinga mellom dei to hovudnivåa i den norske helsetenesta. Dei mest offensive forslaga deira er knytte til endringar i finansieringsordningane for bygging av sjukehus og overgang til rammetilskot i staden for innsatsstyrt finansiering.

Generalistkommuneutvalet hadde som oppdrag å sjå på korleis det norske kommunesystemet fungerer (5). Utvalet meiner at dagens ordning er under press, ikkje minst på grunn av personellsituasjonen i helse- og omsorgssektoren. Oppgåvedifferensiering, interkommunalt samarbeid, endra statleg styring og flytting av oppgåver er løysingsstrategiane, utan at forslaga knytte til helsetenesta er særleg konkret spesifiserte.

For over to tusen år sidan skreiv Cicero at velferda til folket bør vere den øvste lova.

Utvalet er, ikkje uventa, delt i synet på samanslåing av kommunane. Heller ikkje uventa, er utvalet samla om ønskje om mindre detaljstyring t.d. i form av bemanningsnormer. Nett slik som Helsepersonellkommissjonen, viser også dette utvalet til at ein må arbeida «smartare», gjerne ved hjelp av digitale løysingar.

Sist, men ikkje minst, blei *Folkehelsemeldinga* lansert, med den talande tittelen Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar (6). Trass i det mørke bakteppet, med vekt på sosiale og økonomiske årsaker for uhelse og sjukdom, er det dette dokumentet eg blir i best humør av å lesa. Her er grunntonen optimistisk og tiltakssettet offensivt, om enn ikkje alltid like konkret eller forpliktande. Dei tre andre nemnde dokumenta oppfattar eg som meir defensive. Viljen til å gå inn med radikale grep kjem ikkje tydeleg fram. Samla sett er det så langt lite nytt å henta i denne debatten for ein som har følgd med på dette i rundt 50 år (7).

Organiseringa av helsetenesta er ikkje verneverdig

Dersom me går eit eller to steg tilbake, og støttar oss til synet på god folkehelse som den uavhengige variabelen, er det liten grunn til å seia at gjeldande ordningar for organisering og finansiering av helsetenestene i seg sjølv er verneverdige. Kommunane har viktige demokratiske funksjonar, men det er slett ikkje sikkert at dei er effektive tenesteytarar. Sjukehusa må me ha, men heller ikkje der er rådande ordningar verneverdige. Dette gjeld både organiseringa av og innhaldet i tilbodet.

Dersom ein verkeleg skal få ei overføring av oppgåver ut frå sjukehusa, spør det om ikkje tida er komen for å sjå om det er grunnlag for å samla i



en llet kommisjonen

alle fall delar av kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta i den same organisasjonen. Ein analyse av om fastlegane har meir å seia for ressursbruken i spesialisthelsetenesta enn for kommunehelsetenesta, kunne vore relevant som vurderingsgrunnlag framover (8).

Brukarmedverknad er viktig som prinsipp, men me må snakka meir om korleis det kan utformast utan å gi falske lovnader om at pasientar og pårørande kan vandra inn i eit helsekjøpesenter og forsyna seg fritt frå alle hyllene. Likeverdig tilgang til tenester må ha forrang framfor valfridomen, om me skal høyra på Locke.

Velferdssamfunnet er grunnlaget, ikkje berre resultatet

Og så var det rekrutteringa av helsepersonellet då. Helsepersonellkommisjonen rører ikkje mykje ved lønsspørsmålet. Det ligg utanfor mandatet. Eg trur at me må tora å drøfta om frontfagmodellen i lønnsforhandlingane er føremålstenleg i møte med velferdsstaten sine utfordringar (9). Er det verkeleg slik at produksjonsyrka legg grunnlaget for velferdssamfunnet, og at helsetenesta då er den avhengige variabelen?

Økonomen Olav Slettebø påviser i ein artikkel i *Morgenbladet* at Helsepersonellkommisjonen beint ut tar feil når den omtalar velferdstenestene som netto forbrukarar av fellesskapets samla ressursar (10). Om me framleis støttar oss til Cicero og Locke, kan me like gjerne seia at god helsefremjande innsats og verknadsfulle helse-tenester er nødvendig for at samfunnet skal kunna vera økonomisk effektivt.

I lys av dette, er det framleis gode grunnar til å arbeida for lange og gode liv for folk flest. Samstundes må me kunna vedkjenna oss at aukande gjennomsnittleg levealder fører til at fleire og fleire av oss opplever å møta den

ressurskrevjande og sårbare alderdommen (11). Aldersutfordringane blir med på kjøpet når me lagar gode samfunn. Det må me rett og slett berre planleggja for – og ta kostnadene med.

REFERANSAR

1. Locke J. Second treatise of government. Chapter XIII, sect. 158. <https://www.gutenberg.org/files/7370/7370-h/7370-h.htm> Lest 1. april 2023.
2. Malnes R., Midgaard, K. Politisk filosofi. Oslo: Universitetsforlaget, 2017, s. 30.
3. NOU 2023:4. Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste.
4. NOU 2023:8. Fellesskapets sjukehus. Styring, finansiering, samhandling og ledelse.
5. NOU 2023:9. Generalistkommunesystemet – Likt ansvar – ulike forutsetninger.
6. Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjellar.

7. Braut, G.S. 50 år med aukande behov for helsepersonell. Tidsskr Nor Legeforen 2023; 143(4): 293.
8. Robberstad, T. Grunnmuren forvitrar. Kommunale helsetenester til folk over 80 år. Utposten 2022; 51(1): 34–37. <https://www.utposten.no/asset/Ut-gaver/2022/01/Utposten-2022-1.pdf>. Lest 1. april 2023.
9. NOU 2022:4. Grunnlaget for inntektsoppgjørne 2022.
10. Slettebø, O. Økonomiske feilslutninger preger offentligheten. Morgenbladet, 9. mars 2023. <https://www.morgenbladet.no/ideer/kommentar/2023/03/09/okonomiske-feilslutninger-preger-offentligheten/>. Lest 10. mars 2023.
11. Breivik, J. Løsningen på kreftgaten. Oslo: Pitch forlag, 2022, s. 236.

■ GEIR.SVERRE.BRAUT@SUS.NO



Diagnose: Mann

■ ENDRE OSEN SKJØLBERG • Fastlege, Molde kommune



ILLUSTRASJONSFOTO: COLDFIREBOX

LIVET ER ET SNEDIG PROSJEKT. Det tar noen finter på oss på veien. Vi forandrer oss gjennom livet fra vi er søte barn, via kule ungdommer og til trøtte småbarnsforeldre inntil vi blir helt voksne og til slutt blir gamle. Når er vi voksne? Når er man gammel? Uansett så har livet noen kule triks oppi ermet. Noe uforutsett og noe vi kan regne med at vi må gjennom. Det magiske er at vi ikke vet hva som venter oss. Et av triksene som livet har å by er på er en rar hump på livets vei. Jeg snakker om førtiårskrisen.

ER DET EN MYTE? Eller er det noe i det? Vi tenker ofte at når menn kommer midtveis i livet, så tar de en selvtest på livet sitt. Man har ei flott kone, strukturerte barn, en lydig hund og Volvoen i garasjen. Men når en sitter der på hytta og funderer over livet, så kommer spørsmålet: Er dette alt? Svaret er for mange: Nei, vi må også gå Birken!

HVA ER NÅ EGENTLIG denne krisen? Er det en krise eller er det bare et ønske om en forandring? Ungene har blitt store og det medfører mindre forpliktelser. Man har bedre tid til seg selv og til å tenke over hva man skal gjøre i livet videre.

VI ØNSKER OSS ofte en forandring i livet. Jeg tror nok dette gjelder begge kjønn, men fra utsida ser det ut som det er mannen som forandrer seg mest. Det er da man be-

gynner å trene mer enn nødvendig, går med andre klær enn det ungene i huset synes er akseptabelt, man får lyst på større båt enn naboen og drømmer om å kjøre motorsykkel på Route 66. Er det bare menn som får denne krisen? Skilsmisene hopper seg opp når vi nærmer oss 40-årsalderen, og som oftest er det damene som ønsker seg ut av forholdet.

ER FØRTIÅRSKRISEN egentlig en førtiårskrig med seg selv? En kamp mot forfallet, en slitsom periode for å holde seg sprek og attraktiv som man engang var. Menn tyner de siste testosterondråpene ut av kroppen og gir alt for å unngå høye vikar og lavt hoftefeste. Kvinner merker også at østrogenet minker og opplever at kroppen ikke er like spretten som før. Husk at dette er helt naturlig og bare en del av naturens finter. Ikke kjemp mot, kjemp med. Aksepter forandringene og ønsk alt det nye som skjer velkommen.

DET KAN VÆRE SLITSOMT når ektemannen får mansen. Men husk damer; det er da sunt at han trener litt mer. Som regel så går det ikke så fort likevel, så det er bare å henge på – bare la ham vinne spurten og hør på når han snakker om snittpuls og kaloritap på veien hjem. Dere er flinke til å lytte uten å høre etter og det liker menn godt. Det er viktig å gi hverandre perfekte dager. Ikke at vi lykkes alltid, men det er lov å forsøke på det.

MEN SELV OM VI OPPDAGER at man er kommet halvveis i livet og kanskje innser at man ikke klarer å gjennomføre alle planer og drømmer, er ikke det like greit? Alle drømmer skal vel ikke realiseres? Alt i livet forandres, men summen av lastene er konstant. Jeg håper at når vi summerer på slutten av livet at vi trygt kan sette to strek under svaret: Godkjent, bra nok dette! Men den skinnbuksa da du var 45 år, kunne du vært foruten.

JEG SYNES AT Tomas Transtømer skrev så vakkert: «Midt i livet hender det at døden kommer og tar mål på menneskene. Det besøket glemmes og livet fortsetter. Men kostymene sys i det skjulte».

HVORDAN ER DET MED MEG? Det er tid for den personlige selvangivelsen og selvransakelsen. Det har nok vært lite med skinnklær, kule solbriller og ønske om Harley Davidson. Jeg kjører konebilen og holder meg under fartsgrensen. Men må innrømme at jeg fornyer TV-abonnementet på engelsk fotball helt uten å spørre kona om lov. Klin vill altså.

HVORDAN GÅR DET med laget mitt i England? Mye krise der også. *Nil satis nisi optimum*¹.

¹ Kun det beste er godt nok

ALZHEIMERPASIENTER:

Polyfarmasi ved bruk av antikolinesteraser

■ ANNE SVERDRUP EFJESTAD • Dr. philos, klinisk farmasøyt, sykehusapoteket Ahus, Lørenskog

■ KNUT ENGEDAL • Professor emeritus, Nasjonalt senter for aldring og helse, sykehuset i Vestfold

Bakgrunn

Målet med artikkelen er å gi en terapirettet oppsummering av funn fra en dr. philos avhandling basert på fem studier om bruk av antikolinesteraser (1). I henhold til nasjonal faglig retningslinje om demens er antikolinesteraser (donepezil, rivastigmin og galantamin) indisert hos pasienter med mild til moderat grad av Alzheimers demens. I tillegg kan rivastigmin tilbys pasienter med mild til moderat grad av demens med Lewy-legemer og demens ved Parkinsons sykdom (2). Effekten av behandlingen tilskrives at antikolinesteraser reduserer nedbrytning av acetylkolin i hjernen. Acetylkolin er gunstig for hukommelse og læring. Behandlingen bør startes så snart en demensdiagnose er stilt. En metaanalyse viser at antikolinesteraser også kan bidra til forbedret kognitiv funksjon hos pasienter med kognitiv svikt etter slag og vaskulær demens uten økt risiko for bivirkninger. Noen pasienter med vaskulær demens behandles derfor utenom indikasjon (2).

Omtrent 90 prosent av personer med demens utvikler minst ett atferdsmessig og psykologisk symptom (APSD), for eksempel depresjon, agitasjon, psykose, irritabilitet, søvnforstyrrelser, apati, rastløshet, mangel på seksuelle hemninger, banning og sverting. Angst og depresjon er ofte tidlige symptomer, hallusinasjoner og vrangforestillinger oppstår ofte i et moderat stadium og agitasjon i et sent stadium. Apati ser ut til å forekomme hos mange i alle stadier. APSD har flere mulige årsaker, som hjerneorganiske forandringer, psykiatrisk sykdom, som et symptom ved delirium, men kan også være knyttet til stress på grunn av redusert mestringsevne. Fordi APSD kan ha mange ulike årsaker, bør psykofarmaka ikke være førstevalg i behandlingen. Det bør foretas en grundig vurdering av mulige årsaker og tryggere før man velger behandling.

Situasjoner som er vanskelig for pasienten å forstå og å forholde seg til er ofte årsak til APSD. Dette kan forklare at effekten av ulike psykofarmaka er begrenset. Alvorlige bivirkninger kan opptre fordi personer med demens ofte har flere sykdommer, er underernærte og skrøpelige (3).

Ettersom antidepressiva, antipsykotika og midler mot urininkontinens (tolterodin) har antikolinerg virkning, vil samtidig behandling med slike legemidler og antikolinesteraser føre til en «krasj». Legemidler med antikolinerg effekt kan motvirke eller begrense effekten av antikolinesteraser. Antikolinerge legemidler anvendes oftere hos brukere av antikolinesterase enn hos ikke-brukere (4). Det er også vist at bruk av antikolinerge legemidler er assosiert med lav Mini Mental Status Evaluering skår og økt dødelighet hos eldre (5).

En annen viktig kunnskap å ta hensyn til ved behandling med antikolinesteraser, er at antikolinesteraser har en negativ kronotrop effekt på hjertet og kan forårsake bradykardi. Særlig donepezil kan føre til forlenget intervall mellom starten av Q-takken til slutten av T-bølgen (QT-intervallet) som øker risikoen for Torsades de Pointes. Forlenget QT-intervall kan sammen med andre risikofaktorer som høy alder og bruk av flere QT-forlengende legemidler, øke risikoen for Torsades de Pointes ytterligere, særlig hos kvinner (6). På grunn av den kolinerge effekten ved bruk av antikolinesteraser øker også risikoen for synkope og kardial arytmi, spesielt i kombinasjon med legemidler som nedsetter hjerterefrekvensen, samt i kombinasjon med legemidler som påvirker hjertets ledningssystem. Dette er godt beskrevet i Screening Tool of Older Persons' Prescriptions (STOPP) kriteriene (Norsk Legemiddelhandbøk).

Før å unngå u hensiktsmessig bruk av legemidler med antikolinerg effekt hos el-

dre er det utarbeidet skalaer for å vurdere antikolinerg legemiddelbelastning. En norsk oversiktsartikkel gir gode forslag til hvordan man kan inndelegemidler med antikolinerg effekt tilpasset legemidler på det norske markedet (7). The Norwegian General Practice criteria (NorGeP) gir en oversikt over legemidler med sterk antikolinerg effekt som bør unngås hos pasienter over 70 år (Norsk Legemiddelhandbøk).

Materiale og metode

Hensikt

Hensikten med dr. philos avhandlingen var å studere omfang samt håndtering av antagonistiske interaksjoner mellom antikolinerge legemidler og antikolinesteraser hos geriatriske pasienter (studie 1). Vi studerte behandlingsslengde, alders- og kjønnsforskjeller, samt komedisinering med fokus på psykofarmaka, analgetika og legemidler som påvirker hjerterefrekvensen hos brukere

HOVEDPUNKTER

- Pasienter som ble forskrevet anti-psykotika, hadde høyere sannsynlighet for avbrekk i behandlingen med antikolinesteraser.
- Høy antikolinerg belastning var assosiert med tidlig seponering av antikolinesteraser.
- Høyere forekomst av polyfarmasi av psykofarmaka og opioider ble observert hos kvinner enn hos menn.
- Forskrivningsmønsteret av analgetika tyder på en underbehandling av smertetilstander. Dette var mest uttalt hos menn med demens.
- Kombinasjonsbehandlinger som kan forårsake bradykardi eller forlenget QT-intervallet var vanlig.

av antikolinesteraser (*studiene 2–5*). I *studie 2* undersøkte vi sammenhengen mellom komedisinering og behandlingens lengde, definert som tid fra start til frivillig slutt. Vi bestemte oss for en komedisineringsperiode på seks måneder. Vi ønsket å undersøke om komedisinering i startfasen påvirket behandlingsvarigheten blant nye persistente brukere (langtidsbrukere) som brukte antikolinesterase i åtte måneder eller mer. I *studie 3* undersøkte vi forekomsten av legemidler som vanligvis forskrives for behandling av APSD hos persistente brukere av antikolinesteraser. Vi fulgte nye persistente brukere fra fire år før til to år etter oppstart med antikolinesterasebehandling. I *studie 4* studerte vi kjønnsforskjeller knyttet til forekomst og forskrivningsmønster av psykofarmaka og analgetika hos brukere av antikolinesterase, fra fire år før til to år etter oppstart med antikolinesterasebehandling. I *studie 5* undersøkte vi forekomsten og endring av bruk av legemidler som påvirker hjertefrekvensen og legemidler med kjent risiko for forlengelse av QT-intervallet som forskrives i behandlingen av APSD, samt kombinasjoner av slike legemidler hos brukere av antikolinesteraser.

Metode

Data fra Reseptregisteret ble benyttet i *studiene 2–5*. Data i Reseptregisteret omfatter opplysninger som kjønn, alder, dødsår og utleverte legemidler. Pasientens personnummer og forskriverens ID-nummer erstattes av et unikt pseudonym av Statistisk sentralbyrå. Dette gjør det mulig å knytte legemiddelbruk til enkeltpersoner uten å kjenne deres identitet. Bruken av aktuelle legemidler i studiepopulasjonen ble sammenlignet med bruken i normalbefolkningen.

Tidspunkt for oppstart av antikolinesteraser ble valgt som et surrogatmål for diagnosen Alzheimers demens.

Datagrunnlag

Vi hadde tilgang til individuelle data fra Reseptregisteret for alle som fikk utlevert minst én resept av et antikolinesterasemiddel. Samlet periode for innhenting av data var fra 2004–2016 (TABELL 1).

TABELL 1. Oversikt over dataperiode, starttidspunkt for antikolinesteraser, alder og antall pasienter som ble studert.

STUDIE	DATAPERIODE	START ANTIKOLINESTERASE	ALDER	ANTALL PASIENTER
2	2004–2012	2005–2011	65–80	3 284
3–5	2004–2016	2008–2013	37–88	11 764

Legemidler med antikolinerg effekt

En antikolinerg legemiddelskala ble brukt for å måle antikolinerg byrde. Legemidlene ble gitt en antikolinerg skår fra 0 til 3, der 0 er definert som 'ingen antikolinerg aktivitet', 1 som 'potensielt antikolinerg', 2 som 'klinisk signifikant' og 3 som 'sterk antikolinerg' aktivitet. Klassifiseringene til Carnahan et al. (8) og Chew et al. (9) ble lagt til grunn og baserer seg i stor grad på in vitro-testing av antikolinerg aktivitet. En norsk artikkel om urologiske spasmolytika lå til grunn for vurderinger av midlene i denne gruppen og beskriver at darifenacin (substrat for p-glykoprotein) har lavest antikolinerg aktivitet og trolig er det mest egnede urologiske spasmolytikum til eldre pga begrenset distribusjon til det sentrale nervesystem (10).

Resultater

Omtrent 50 prosent av pasientene behandlet med antikolinesterase i *studie 1* ble samtidig medisinerert med legemidler med antikolinerge effekter. Pasienter i *studie 2* med høy antikolinerg skår avbrøt oftere behandlingen tidlig enn de med lavere skår (TABELL 2). En signifikant høyere andel av de som var behandlet med antikolinesteraser i mindre enn ett år hadde minst ett legemiddel med antikolinerg skår på minst 2 sammenlignet med de som var behandlet i tre år (16,1 mot 10,9 prosent). Samtidig forskrivning av antipsykotika var sterkt assosiert med tidlig seponering av behandling. Mens 15,3 prosent av de med behandlingens lengde < 1 år ble komedisinert med antipsykotika, ble bare 6,2 prosent av de med > tre års behandling komedisinert.

Studiene 3 og 4 viste at forskrivning av antidepressiver økte sterkt over 6-årsintervallet fra 13,5 prosent fire år før oppstart med et antikolinergt legemiddel, til 30,2

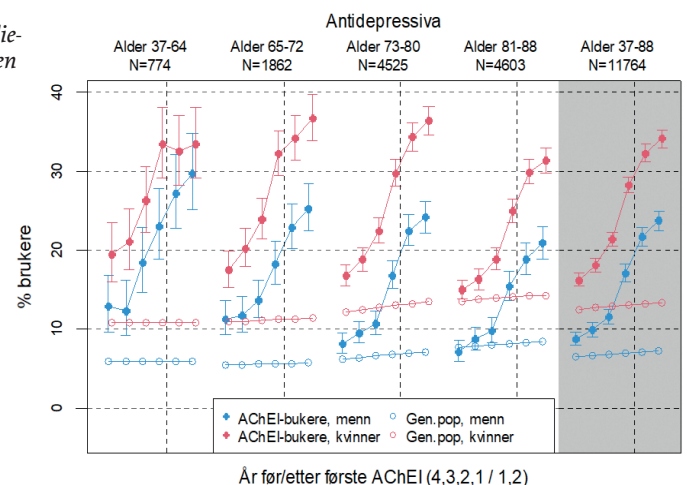
prosent det andre året etter. Mest bruk av antidepressiver ble observert i de lavere aldersgruppene. Bruken av antidepressiver hos kvinner økte fra 16,2 prosent fire år før oppstart til 34,1 prosent det andre året etter. Den tilsvarende økningen for menn var fra 8,8 til 23,7 prosent (FIGUR 1). I den generelle befolkningen var forskrivningen uendret i alle aldersgrupper for begge kjønn.

Forskrivning av antipsykotika til pasienter som fikk antikolinesteraser to år før oppstart var den samme som i den generelle befolkningen, men økte sterkt i året før oppstart til 6,0 prosent, og fortsatte å øke i de neste to årene til 9,3 prosent. Flest forskrivninger av antipsykotika ble observert i de yngre aldersgruppene. Bruken av antipsykotika hos kvinner økte fra 3,0 prosent fire år før oppstart til 9,0 prosent det andre året etter. Den tilsvarende økningen for menn var fra 2,2 til 9,8 prosent (FIGUR 2).

Vi observerte en avtagende forskrivning av benzodiazepiner hos kvinner etter oppstart og en økende forskrivning hos menn fra to år før oppstart med antikolinesterasebehandling. Forskrivning av opioider økte litt hos de eldste pasientene som brukte antikolinesteraser, men var lavere i studiepopulasjonen enn i den generelle befolkningen, spesielt i den eldste aldersgruppen. Bruk av opioider var mindre hyppig hos menn enn hos kvinner i studiepopulasjonen. Vi observerte en markant økning i bruken av svakere analgetika hos begge kjønn de siste to årene før oppstart med et antikolinesterase legemiddel.

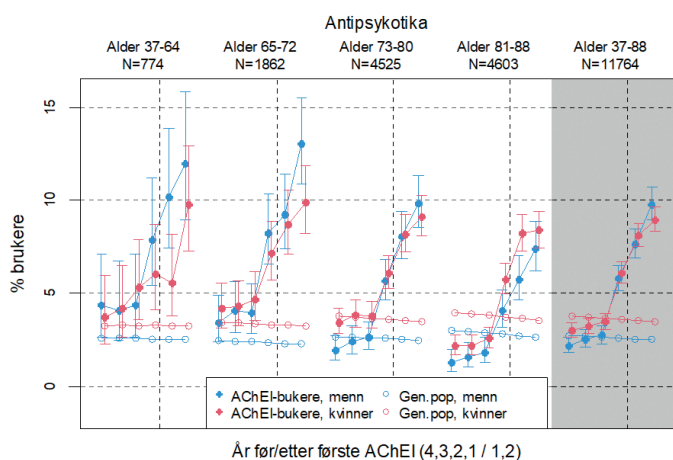
I alt 36 prosent av kvinnene og 30 prosent av mennene i studiepopulasjonen ble forskrevet psykofarmaka og/eller opioider ett år etter oppstart, mens 17 prosent av kvinnene og 10,8 prosent av mennene fikk forskrevet legemidler fra to av de studerte legemiddelgruppene (FIGUR 3).

FIGUR 1. Andelen (prosent) av menn og kvinner i studiepopulasjonen (kuler) og den generelle befolkningen (sirkler) som fikk forskrevet minst ett antidepressivum, fra fire år før til to år etter initiering av antikolinesteraser.

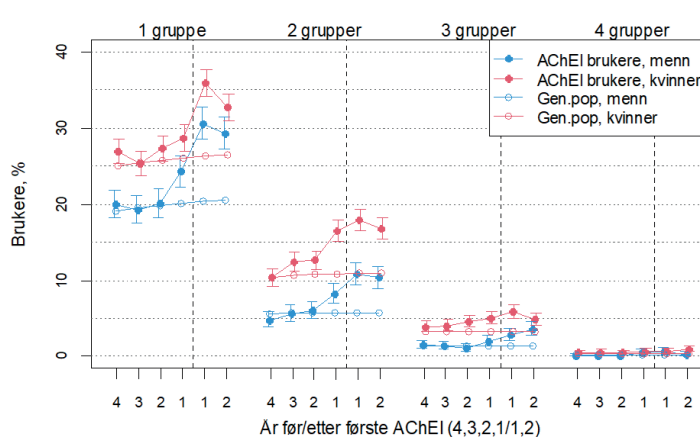


VARIGHET AV BEHANDLING		UROLOGISKE SPASMOLYTIKA (G04BD)	ANALGETIKA (N02)	ANTI-PARKINSON MIDLER (N04)	ANTI-PSYKOTIKA (N05A)	ANXIOLYTIKA/HYPNOTIKA OG SEDATIVER (N05B+N05C)	ANTIDEPRESSIVER (N06A)	SUM (ADS SKÅR) ≥ 2	MINST ETT LEGE-MIDDEL MED ADS SKÅR ≥ 2
< 1 år (N=901)	%	5,8	20,5	5,9	15,3	34,4	31,1	18,4	16,1
1-2 år (N=1164)	%	6,3	22,3	4,6	8,9	31,7	28,4	15,8	13,8
2-3 år (N=622)	%	4,7	20,1	4,5	6,4	30,7	26,2	13,8	10,8
>3 år (N=597)	%	5,9	20,3	5,4	6,2	28,0	26,6	12,9	10,9

TABELL 2. Komedikasjon av legemidler med antikolinerge- og andre potensielt uhensiktsmessige effekter, i løpet av de første seks månedene av behandling med antikolinesteraser i henhold til behandlingsvarighet med antikolinesteraser. ADS skår = antikolinerg skår.



FIGUR 2. Andelen av menn og kvinner i studiepopulasjonen (kuler) og i den generelle befolkningen (sirkler) som fikk forskrevet minst ett antipsykotisk legemiddel fra fire år før til to år etter initiering av antikolinesteraser.



FIGUR 3. Andelen av menn og kvinner i studiepopulasjonen og den generelle befolkningen med samtidig bruk av legemidler fra flere legemiddelgrupper (antidepressiver, antipsykotika, benzodiazepiner, eller opioider) i seksårsperioden.

Donepezil ble forskrevet til 63 prosent av pasientene. Denne antikolinesterasen har i likhet med SSRI-preparatene citalopram og escitalopram en økt risiko for forlenget QT-intervall (6). Om lag 17 prosent av pasientene ble forskrevet citalopram og escitalopram, mens om lag 28 prosent ble forskrevet betablokkere det andre året etter oppstart. Opptil seks prosent av studiepopulasjonen ble forskrevet både betablokkere og escitalopram/citalopram (FIGUR 4), en kombinasjon som økte i løpet av oppfølgingsperioden og ble observert hyppigst hos kvinner i den eldste gruppen. En liten andel pasienter fikk haloperidol (~1,5 prosent det andre året etter oppstart).

Diskusjon

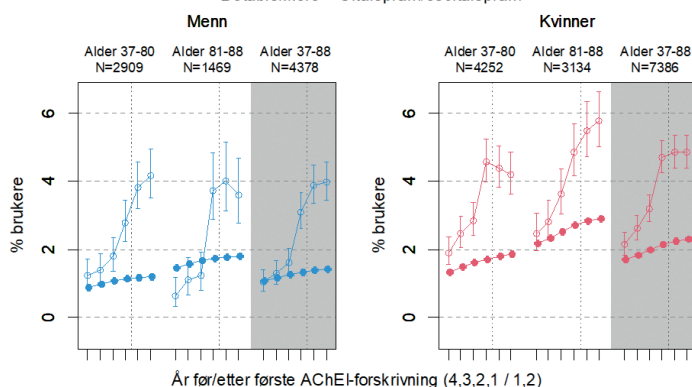
Den hyppige forskrivningen av antidepressiver i årene før oppstart med et antikolinesterase legemiddel kan tyde på at depresjon er et tidlig symptom ved Alzheimers demens, det vil si før tydelige symp-

tom på demens opptrer, og at depresjon er hyppigere forekommende hos kvinner sammenlignet med menn. Bruk av antidepressiver kan indikere at andre behandlingsstrategier har feilet eller ikke blitt tilbudt. Men, i henhold til meta-analyser publisert i de nasjonale retningslinjene om demens, fins det kun svak evidens for at antidepressiver er effektive for denne pasientgruppen. Vi tror det fins et potensial for

å redusere forskrivning av antidepressiver til pasienter med demens (2).

Den hyppige forskrivning av antipsykotika i studieperioden kan tyde på at atferdssymptomer oppstår i en tidlig eller preklinisk fase av Alzheimers demens. Vi observerte en tendens til høy bruk av antipsykotika hos menn i de lavere aldersgruppene. Dette kan forklares med at menn med demens ofte er mer fysisk aggressive

Betablokkere + Citalopram/escitalopram



FIGUR 4. Andelen av menn og kvinner i studiepopulasjonen (kuler) og den generelle befolkningen (sirkler), som fikk samtidig bruk av betablokkere og citalopram/escitalopram, fra fire år før til to år etter initiering av antikolinesteraser.

enn kvinner. Av antipsykotika er kun risperidon godkjent til kortvarig bruk ved APSD på streng indikasjon i Norge. Lege-middelhåndboka angir at risperidon har vist seg mest effektivt ved aggresjon og generell uro, mens olanzapin eller aripiprazol foreslås som andrevalg, begge utenfor godkjent indikasjon. Olanzapin bør imidlertid brukes med stor forsiktighet hos personer med demens, da middelet er assosiert med antikolinerg effekt (7). Haloperidol er også ugunstig på grunn av potensielle alvorlige bivirkninger slik som en kjent risiko for å forlenget QT-intervall. Vi mener at man skal være svært varsom med å forskrive antipsykotika til personer med demens, og om det gjøres skal behandlingen være kortvarig; under tre måneder.

Den avtagende forskrivning av benzodiazepiner hos kvinner etter oppstart med antikolinesterase har vi ingen god forklaring på, mens økende bruk av benzodiazepiner hos menn fra to år før diagnosen kan muligens forklares med at menn blir mer støyende og søvnløse enn kvinner. Det totale forskrivningsmønsteret av analgetika med lavt bruk av opioider kan indikere en underbehandling av smerter hos pasientene som har en demenssykdom både i et preklinisk og klinisk stadium, dette er mest uttalt hos menn.

Omtrent 44 prosent av pasientene som ble behandlet med antikolinesterase ble forskrevet legemidler som blant annet brukes i behandlingen av APSD og som kan forårsake bradykardi og forlenget QT-intervall. Forskrivning av betablokkere kan gi opphav til bradykardi og forstyrrelser i hjertets atrioventrikulær-overledning, og forårsake svimmelhet og fall, samt interaksjoner med andre legemidler med effekt på hjertet slik som antikolinesterase. Varsomhet og årvåkenhet er påkrevet ved slik kombinasjonsbehandling.

Konklusjon

En stor andel av pasientene behandlet med et antikolinesterase-legemiddel fikk samtidig forskrevet legemidler med antikolinerge egenskaper som kan begrense eller motvirke den kliniske effekten. Samtidig forskrivning med potensielt uhensiktsmessige legemidler var vanlig, og pasienter som ble forskrevet antipsykotika, hadde større sannsynlighet for å slutte med antikolinesterase. Kvinner brukte psyko-farmaka mer enn menn, unntatt for antipsykotika som menn brukte mer enn kvinner, spesielt i de lavere aldersgruppene. En høyere grad av polyfarmasi av psykofar-

maka og/eller opioider forekom hos kvinner enn hos menn.

Leger som behandler eldre med antikolinesteraser bør være spesielt oppmerksomme på potensielle legemiddelinteraksjoner og bivirkninger som kan forårsake seponering av behandling med antikolinesterase og bidra til kognitiv reduksjon, for eksempel legemidler med antikolinerge egenskaper og antipsykotika. Smerte bør oppdages og behandles så tidlig som mulig for å sikre at psyko-farmaka ikke forskrives i stedet for smertestillende legemidler. Det faktum at kvinner er mer utsatt for legemiddelbivirkninger enn menn, og at polyfarmasi forekommer hyppigere hos kvinner enn hos menn, bør få større oppmerksomhet. Behandling med legemidler med effekt på hjertefrekvensen eller med kjent forlengende effekt av QT-intervallet, bør overvåkes nøye hos pasienter som får antikolinesteraser.

REFERANSER

1. Efstad A.S. Use of acetylcholinesterase inhibitors: length of treatment, sex differences and comedication with focus on psychotropics, analgesics and heart rate related drugs. Thesis, University of Oslo, Faculty of Mathematics and Natural Sciences 2022. ISSN 1501-7710 No. 2560.
2. Helsedirektoratet (2017). Nasjonal faglig retningslinje for demens [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 31. oktober 2022, lest 27. januar 2023). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>.
3. Engedal K., Haugen P.K. Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling. Forlaget Aldring og helse-akademisk 2018. ISBN 978-82-8061-339-4.
4. Johnell K., Fastbom J. Concurrent use of anticholinergic drugs and cholinesterase inhibitors. *Drugs Aging*. 2008; 25(10): 871-77.
5. Fox C., Richardson K., Maidment ID et al. Anticholinergic medication use and cognitive impairment in the older population: The Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59: 1477-83.
6. Tisdale J.E. Drug-induced QT interval prolongation and torsades de pointes: Role of the pharmacist in risk assessment, prevention and management. *CPI/RPC* 2016; 149(3): 139-52.
7. Reiter L., Stenberg-Nilsen H., Økland H.G. Bruk av legemidler med antikolinerg virkning hos eldre. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2021. Doi:10.4045/tidsskr.20.0775.
8. Carnahan RM, Lund BC, Perry PJ et al. The Anticholinergic Drug Scale as a measure of drug-related anticholinergic burden: associations with serum anticholinergic activity. *J Clin Pharmacol*. 2006; 46(12): 1481-6.
9. Chew ML, Mulsant BH, Pollock BG et al. Anticholinergic activity of 107 medications commonly used by older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2008; 56: 1333-41.
10. Jakobsen SM, Kersten H, Molden E. Evaluation of brain anticholinergic activities of urinary spasmolytic drugs using a high-throughput radio receptor bioassay. *J Am Geriatr Soc*. 2011; 59: 501-5.

■ ANNE.SVERDRUP.EFJESTAD@GMAIL.COM

Vår stygg

■ STÅLE ONSGÅRD SAGABRÅTEN

Leder av Legeforeningens fagstyre og styremedlem i Norsk forening for allmennmedisin

Mandag 23. januar lanserte fagstyret i Legeforeningen rapporten *Bedre helse og lengre liv for personer med alvorlig psykisk lidelse eller rus- og avhengighetslidelse* på et lunsjseminar i Legenes hus. I rapporten presenteres en rekke konkrete råd om hvordan leger, helsetjenesten og politikerne kan bidra til å rette opp det som er blitt kalt den styggeste helseforskjellen i Norge.

I sykehustalen i 2019 omtalte daværende helseminister Bent Høie det han kalte den styggeste ulikheten i helse – det at personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblematikk lever i gjennomsnitt 20 år kortere enn resten av befolkningen – og at dette i stor grad skyldes somatiske sykdommer. Faglandsrådet i Legeforeningen tok fatt i dette og vedtok en resolusjon høsten 2019, hvor en inviterte politikere og helsemyndigheter til å gjøre en innsats for å redusere overdødelighet av somatisk sykdom blant pasienter med alvorlig psykisk lidelse eller ruslidelse (1).

I 2021 fulgte Fagstyret opp resolusjonen med å nedsette en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra flere fagmedisinske foreninger. Arbeidsgruppen ble gitt et mandat der de blant annet ble bedt om å finne tiltak med særlig forbedringspotensial av diagnostikk, oppfølging og behandling av denne pasientgruppen. De ble også bedt om å etablere standarder for prosedyrer og utstyr for somatisk kartlegging innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt å spesifisere rutiner for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Det ble skaffet finansiering fra Kvalitetsfondet til arbeidet.

geste ulikhet i helse

Spesialist i psykiatri og førsteamanuensis Rune Andreas Kroken ble bedt om å lede arbeidsgruppen.

Lever minst 15 år kortere – på grunn av dårligere fysisk helse

Studier fra ulike land viser litt forskjellige funn, men det er gjennomgående at pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og -avhengighet lever minst 15 år kortere enn befolkningen generelt. Selv om overdoser og selvmord tar mange leveår i disse pasientkategoriene, er det faktisk slik at denne overdødeligheten for en stor del skyldes høyere somatisk sykkelighet, senere identifikasjon og lavere behandlingsgrad av somatiske sykdommer, som for eksempel kardiovaskulære lidelser, lever- og nyresykdom, lungesykdom og diabetes mellitus type 2. Til grunn for dette ligger genetisk sårbarhet, økt forekomst av risikofaktorer eller risikoatferd.

Pasienter med alvorlige psykiske lidelser eller rusmiddellidelser og -avhengighet har derfor behov for særskilte tiltak og ekstra innsats for å få et likeverdig helsetilbud sammenlignet med den generelle befolkningen. For å oppnå en reell bedring av disse pasientenes fysiske helse, er det nødvendig å sette inn flere ulike tiltak på flere nivå samtidig.

I rapporten presenteres viktig bakgrunnsinformasjon om disse sammenhengene og årsaksbildet (2). Før arbeidsgruppen går løs på å beskrive tiltak for bedre forebygging, behandling og hvordan en best kan samhandle for å oppnå bedring av helsetilstanden, med mål om å redusere dødeligheten, beskrives «kjepper i hjulet» i et eget kapittel. Å være klar over faktorer i samfunnet, helsevesenet og sykdommene som motvirker endring, er viktig for å kunne ta de riktige grepene.

Mye vi leger kan gjøre

Vi leger kan øke innsatsen for kartlegging av risikofaktorer og behandling i alle ledd, sier Kroken (3, 4). Under presentasjonen av rapporten forklarte han at psykiatere/rus- og avhengighetsmedisinere må benytte mulig-

hetene når pasienten er i behandling hos dem. Fastleger må være oppsøkende og pågående overfor pasientgruppene. Arbeidsgruppen foreslår at fastleger gjennomfører årskontroller med vekt på å kartlegge somatisk sykdom. Somatiske spesialister må gjøre en ekstra innsats for å tilrettelegge helsehjelp til disse pasientgruppene. For alle er det å identifisere og løse samhandlingsproblemer viktig. Standardisering av kommunikasjon om somatiske forhold er enda et forslag fra arbeidsgruppen.

Dersom vi skulle velge ett enkelttiltak først, måtte det være å gjøre noe med røyking blant denne pasientgruppen, sa Kroken. Leder i Norsk psykiatrisk forening, Lars Lien, er enig i dette. Opptil 75 prosent i denne pasientkategorien røyker, og det øker mens de er under behandling. Det er ikke bra, sier han, og er enig med Kroken i at psykiatrien har tatt for lett på denne risikofaktoren.

Hva kan helsetjenesten gjøre?

Arbeidsgruppen mener det må implementeres røykesluttprogram på alle nivå, og at det tilbys veiledet fysisk aktivitet til pasienter i psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Ansvar for somatisk helse må integreres i PHV/TSB. Det er viktig å fjerne barrierer som hindrer fastlegekontakt, først og fremst ved å kutte i egenbetaling for denne gruppen. Vi må øke kompetansen hos legespesialister og andre helsearbeidere. Et somatisk kompetanseløft i PHV/TSB er påkrevet, mener arbeidsgruppen som foruten Kroken har bestått av følgende medlemmer: Inger Margrete Hageberg, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin,



Fra venstre: Ståle Onsgård Sagabråten og Rune Andreas Kroken. FOTO: LEGEFORENINGEN

Torgeir Gilje Lid og Nina Wiggen, spesialister i allmenntmedisin, Håvard Midgard, spesialist i fordøyelsesykdommer og Paul Joachim Bloch Thorsen, spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Arbeidsgruppen har hatt god sekretariatstøtte i Miriam Sandvik, som er spesialist i psykiatri.

Politikere må også ta ansvar

Innsatsen for primærforebygging av sykdom fra starten av livet må økes. Politikerne må ta ansvar for utjevning av sosioøkonomiske forskjeller. Arbeidsgruppen peker på behov for å etablere en nasjonal satsing for bedre somatisk helse og lengre levetid ved alvorlig psykisk lidelse/ rusmiddellidelse. Det å styrke rekruttering til allmenntmedisin og psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri/rus- og avhengighetsmedisin er viktige tiltak i en slik strategi.

Dette var bare noen av overskriftene i en svært interessant rapport på 50 sider og med 85 referanser. Rapporten gir en solid basis for Legeforeningens arbeid med denne problematikken fremover. Arbeidet blir fulgt med interesse av mange: Umiddelbart etter presentasjonen ble det arrangert et møte med representanter for Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, som hadde ønske om å få vite mer om rapporten og forslagene som er fremmet. Rune Kroken og arbeidsgruppen hans fortjener stor takk for dette arbeidet.

Denne teksten ble først publisert i tidsskriftet *Overlegen* nr. 1 mars 2023

REFERANSER

- <https://www.legeforeningen.no/contentassets/41125b815c0e4c0087a7f785c7ec6b4f/resolusjon-om-a-reducere-overdodelighet-av-somatisk-sykdom-pdf.pdf>
- <https://www.legeforeningen.no/om-oss/publikasjoner/rapporter/bedre-helse-og-lengre-liv/>
- <https://www.youtube.com/watch?v=8bfWZwJzieY>
- <https://www.youtube.com/watch?v=PwmPTCd-tr0>

STALE.SAGABRATEN@LEGEFORENINGEN.NO

Prosjektet som reduserte av vanedannende legemid

■ MUHUNTHAN NAVARATNAM • Spesialist i allmennmedisin og fastlege ved Legekantoret Molde Brygge i Molde

Forskriving av vanedannende legemidler er en kompleks arbeidsoppgave i allmennpraksis. Vanedannende legemidler omfatter i hovedsak sterke smertestillende (opioider), angstdempende legemidler (benzodiazepiner) og sovemidler (z-hypnotika). Disse medisinene er ofte foreskrevet til pasienter med somatiske tilstander, psykiske lidelser eller avhengighetsrelaterte problemer.

Brukt på riktig indikasjon er disse medikamentene godt egnet til å lindre symptomer. Ved langvarig eller feil bruk kan de føre til toleranseutvikling, redusert effekt og abstinensreaksjoner ved seponering (1). Myndighetene har i mange år jobbet for å optimalisere forskrivning av vanedannende legemidler, fordi redusert bruk av vanedannende legemidler kan gi store fordeler både for den enkelte pasient og for folkehelsen.

Studier har vist ugunstige tendenser ved forskrivning av vanedannende legemidler (2–4). I de nordiske landene har forskrivningsraten av opioider økt de siste tiårene (2). En gjennomgang av forskrivninger av vanedannende legemidler i den norske voksne befolkningen fra 2005–2013 fant at over 20 prosent av pasientene som ble forskrevet z-hypnotika, fortsatte å ta medisinene gjennom en fire-års periode, og ti prosent av disse pasientene fikk medisinene til daglig bruk (3). Internasjonalt har økningen i bruk av vanedannende legemidler ført til en verdensomspennende diskusjon om hvordan man kan sikre en mer målrettet og terapeutisk bruk.

Fra kvalitetsutviklingsprosjekt til forskning

I 2018 ble det satt i gang et kvalitetsutviklingsprosjekt i Molde kommune med fokus på riktig forskrivning av vanedannende legemidler (5). Målet med prosjektet var å øke fastlegenes og befolkningens bevissthet og kunnskap om vanedannende legemidler og redusere ikke-terapeutisk forskrivning. Kvalitetsutviklingsprosjektet ble gjennom-

ført i 2018 og bestod av flere tiltak, rettet mot både fastleger, pasienter og befolkningen. Det ble innført identiske rutiner og journalnotatmaler for byens legekontorer, slik at alle fastlegene hadde en faglig god forskrivningspraksis. Ved reseptfornyelse ble fastlegene oppfordret til å konvertere pasientens bruk til gjennomsnittlig døgn-dose, samt ha en konsultasjon med pasienten. Pasientene fikk informasjon om terapeutisk bruk av vanedannende legemidler, anbefalt nedtrapping og ikke-farmakologiske behandlingsalternativer, både under konsultasjoner, ved fornyelse av resept og gjennom pasientbrev. Det ble også gitt informasjon om prosjektet i lokalavisen og på kommunens nettsider, for å øke befolkningens bevissthet.

Ett år etter at prosjektet ble startet viste en evaluering at fastlegene i Molde hadde redusert forskrivning av vanedannende legemidler med 20 prosent (5). I ettertid ønsket vi å undersøke om kvalitetsutviklingsprosjektet hadde medført varig endring i forskrivninger. Vi ønsket også å gjøre mer inngående analyser og se endringene i Molde i sammenheng med nasjonale tall. I 2020 inviterte vi alle fastlegene i Molde kommune til å delta i en forskningsstudie med hensikt å evaluere langtidseffekten av tiltakene. Alle fastlegene fikk informasjon om studien og om frivillig deltakelse, i tråd med retningslinjer fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). Fastleger som ønsket å delta i studien ga skriftlig fullmakt til at vi fikk innhente deres forskrivningsdata på vanedannende legemidler for perioden 2017–2027 fra Reseptregisteret. Ifølge Regional komité for medisinsk forskningsetikk krev-

de ikke dette prosjektet ytterligere etisk godkjenning. Av 36 fastleger i Molde kommune, hadde syv leger byttet arbeidssted, en hadde gått av med pensjon, to svarte ikke, og 26 fastleger takket ja til å delta. Metode og analyser er fullstendig beskrevet i artikkelen vi publiserte i *Scandinavian Journal of Primary Health Care* (6).

Funnene våre viste at den totale forskrivningen av vanedannende legemidler i Molde ble redusert med 27 prosent i 2020 sammenlignet med 2017. Forskrivninger av opioider ble redusert med 17 prosent, benzodiazepiner med 27 prosent og z-hypnotika med 30 prosent. Den største nedgangen i forskrivninger var det første året, og endringene forble lave i alle de tre observerte årene.

Den generelle forskrivningen var redusert på tvers av aldersgrupper og kjønn (FIGUR 1). For z-hypnotika var forskrivningen vesentlig større i de eldre aldersgruppene, hvor nedgangen også var størst. For benzodiazepiner fant vi både at det var betydelig høyere bruk blant eldre kvinner, og at tiltakene hadde gitt en 28 prosent nedgang i forskrivninger for kvinner over 80 år.

Sammenlignet med hele Norge, forskrev fastlegene i Molde 26 prosent mindre opioider, 38 prosent mindre benzodiazepiner, og 16 prosent mindre z-hypnotika. For vanedannende legemidler generelt var det en nasjonal trend med lavere forskrivning for hvert år, mest fremtredende for benzodiazepiner hvor forskrivningen var 13 prosent lavere i 2020 sammenlignet med 2017. Likevel var reduksjonen i Molde rundt 20–30 prosent større sammenlignet med hele Norge.

Hva kan andre kommuner lære av Molde-prosjektet?

Å identifisere tiltak som kan redusere forskrivning og bruk av vanedannende legemidler, har høy allmenn- og samfunnsmedisinsk relevans. Vi håper derfor at tiltakene som nå er utprøvd i Molde kommune og som har vist langvarig effekt på forskriv-

forskrivning dler



ningspraksisen, kan være aktuelle også for andre kommuner.

Vi tror det er flere suksessfaktorer som gjorde at tiltakene i Molde hadde stor effekt. Først og fremst kom initiativet fra fastlegene selv. Forskning viser at mange fastleger ønsker mer kunnskap, verktøy for en praktisk tilnærming og en klar oversikt over effektive strategier (7–9). Dette var også startpunktet for vårt prosjekt. Forskning viser at fastleger kan oppfatte tiltak som er initiert av regionale myndigheter som en type kontroll- eller kostnadsreducerende verktøy som forstyrrer deres kliniske autonomi (10). Det faktum at initiativet kom fra fastlegene selv, mener vi førte til en kollektiv tilnærming som sannsynligvis har økt deres motivasjon og engasjement.

En annen viktig faktor, mener vi er støtte og medvirkning underveis i arbeidet. I vårt prosjekt tilbød kommuneoverlegen fastlegene støtte, strategier og verktøy som var basert på en grundig forståelse av fastlegenes hverdag og arbeidsoppgaver. Vi vil her presisere viktigheten av at tiltakene har rot i virkeligheten. Med det mener vi at man må anerkjenne at forskrivning av vanedannende legemidler i allmennpraksis er en kompleks arbeidsoppgave. Benzodiazepiner og z-hypnotika er blitt omtalt som *dilemmamedisin* – det er vanskelig å si nei, men også utfordrende å si ja (11). Vi må tørre å erkjenne at stort arbeidspress, sterk empati og en nonsjalant holdning til retningslinjer kan gi uheldig forskrivningspraksis. Dette samsvarer med internasjonal forskning, som i tillegg viser at allmennlegers holdninger og erfaringer påvirker deres oppfølging av kliniske retningslinjer (12). Vi mener derfor det er viktig at fastlegene får medvirke i prosessen, slik at de får eierskap og tillit til tiltakene som iverksettes.

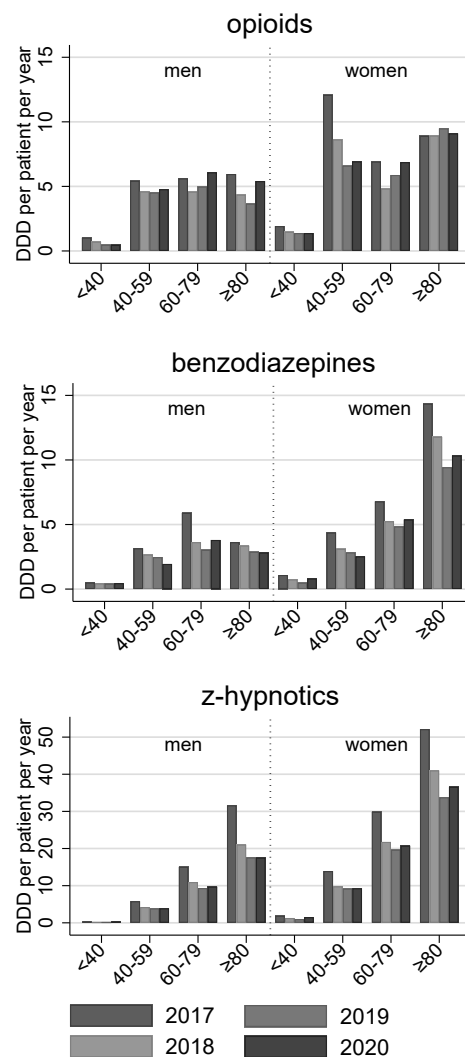
Avslutningsvis vil vi trekke frem at det er helt avgjørende at tiltakene også rettes mot pasientene og befolkningen for å skape en holdningsendring. I vårt prosjekt ga vi pasientene grundig informasjon gjen-

nom flere kanaler, noe som muliggjorde en reell brukerinvolvering. Samtidig tror vi det ville vært nyttig å gjennomgå tiltakene jevnlig, slik at bevisstheten og kunnskapen opprettholdes.

Det er et kjent problem at effektive forskningsresultater ikke når ut i klinisk praksis. Derfor har vi publisert en detaljert beskrivelse av alle tiltakene, slik at de lett kan brukes av andre som ønsker å gjennomføre lignende tiltak (6). Så, dersom det sitter en kliniker og leser om prosjektet vårt nå og som ønsker å sette i gang lignende tiltak i sin kommune – ta kontakt! Vi deler gladelig.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler. Nasjonal veileder. Oslo: Helsedirektoratet; 2021.
2. Muller A.E., Clausen T., Sjøgren P., Odsbu I. og Skurtveit S. Prescribed opioid analgesic use developments in three Nordic countries, 2006–2017. *Scandinavian journal of pain*. 2019; 19(2): 345–353.
3. Skurtveit S., Sakshaug S., Hjellvik V., Berg C og Handal M. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005–2013. Basert på data fra Reseptregisteret. 2014.
4. Glare P., Ashton-James C., Han E. og Nicholas M. Deprescribing long-term opioid therapy in patients with chronic pain. *Internal Medicine Journal*. 2020; 50(10): 1185–1191.
5. Innerdal C. Riktig rekvirering av vanedannende legemidler. *Utposten*. 2019; 5: 180.
6. Navaratnam M., Vie G.Å., Brevik T., et al. Prescription of potentially addictive medications after a multilevel community intervention in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2023: 1–8.
7. Mark T.L. og Parish W. Opioid medication discontinuation and risk of adverse opioid-related health care events. *Journal of substance abuse treatment*. 2019; 103: 58–63.
8. Skeie I. Vanedannende legemidler i allmennpraksis – problemer og dilemmaer. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*. 2014; 12/2014: 28–29.
9. de Kleijn L., Pedersen J., Rijkels-Otters H., Chiarrotto A., og Koes B. Opioid reduction for patients with chronic pain in primary care: systematic review. *British Journal of General Practice*. 2022; 72(717): E293–E300.
10. Høj K., Mygind A., og Bro F. Exploring implementation processes in general practice in a feedback intervention aiming to reduce potentially inappropriate prescribing: a qualitative stu-



■ MUDE@MOLDEBRYGGE.NO

Psykisk helsearbeid i reco

Vi mangler ikke evidensbasert kunnskap, vi mangler

■ SJUR SEIM • Spesialist i psykiatri, overlege/medisinsk faglig rådgiver Hurdalsjøen Recoverycenter

I innledningskapitlet til *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*, skriver Verdens helseorganisasjon (WHO) at utfordringsbildet for psykisk helse på mange måter er det samme som da *Comprehensive Mental Health Action Plan* ble vedtatt i 2013.

Vurderingen i WHO er at det er behov for grunnleggende endringer i arbeidet for bedre psykisk helse. Business as usual for mental health simply will not do.

Hva er det som må bli annerledes?

Somatisk medisin er basert på en naturvitenskapelig, biomedisinsk modell, der en sykdom er et klinisk bilde med subjektive symptomer og objektive tegn, en underliggende sykdoms-prosess (allergi; betennelse; infeksjon; svulst; ...), og én eller flere underliggende årsaker. Utredning av somatiske lidelser handler om å stille en sykdomsdiagnose, som også sier noe om behandling og forventet forløp. Det er mange somatiske tilstander der man ikke kjenner sykdomsmekanismen eller årsaksforholdene; da har man strengt tatt bare en *symptomdiagnose*, ikke en *sykdomsdiagnose*.

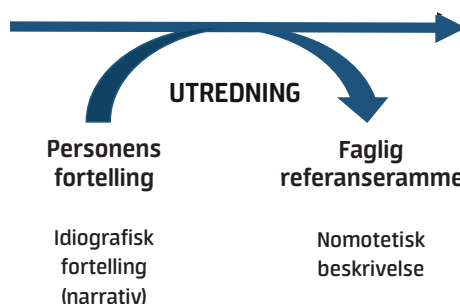
Standard referanseramme i psykiatrien er den biopsykososiale modellen, som ble utviklet på 1970-tallet. Modellen er utarbeidet i erkjennelse av at en rent biomedisinsk modell alene er utilstrekkelig for utredning og behandling ved psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser. Den biopsykososiale modellen føyer et subjektivt, hermeneutisk/humanistisk perspektiv til en rent naturvitenskapelig og biomedisinsk tilnærming (1, 2).

Begrensninger og utfordringer ved dagens psykiatriske diagnoser har vært tema i en årrekke, også innenfor faget (3–8). Til tross for den offisielt allmenne tilslutningen til en «bred, biopsykososal» tilnærming til psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser, skinner ofte en underliggende biomedisinsk grunnforståelse igjennom, både i praksisfeltet, hos helsemyndighetene, blant politikere og blant folk flest. Den biomedisinske analogi-

tenkningen innebærer at psykiske lidelser oppfattes som *sykdommer*, der utredning handler om å finne riktig diagnose som grunnlag for riktig behandling, på samme måte som i somatikken. Problemet med denne forforståelsen er at den skaper feilaktige forestillinger om hva psykiske lidelser er, og hva behandlingssamarbeid ved disse lidelsene faktisk handler om. Psykiske lidelser kan være like invalidiserende, smertefulle og livstruende som somatiske sykdommer, og de er sykdommer i *sosialmedisinsk forstand* på linje med somatikken. Men de fleste psykiatriske diagnoser er beskrivende *symptomdiagnoser*, ikke *sykdomsdiagnoser* som sier noe om årsaksforhold og sykdomsmekanismen. Symptomene ved psykiske lidelser er ikke spesifikke for den enkelte lidelse, derfor er det overlapp mellom de diagnostiske kategoriene. Det er en komorbiditet innebygget i diagnosesystemet, og fyller man kriterier for én diagnose, fyller man ofte kriteriene for flere. Bakgrunnen for at man får disse symptomene (angst; nedstemthet; oppstemthet; tvangssymptomer; rusmiddelutfordringer; forvirring; kognitiv svikt; ...), er varierende, så behandlingen ved én og samme psykiske li-

Personens fokus

- Aktuelle livs- og helseutfordringer
- Livshistorie
- Livssituasjon
- Verdiforankring
- Drømmer og planer



Idiografisk narrativ: Fortelling om det subjektive, unike, individuelle

Nomotetisk beskrivelse: Generaliseringer om det allmenne, lovmessigheter

Fagets fokus

- HoNOS – Health of the Nation Outcome Scale
- SCL-90R – Symptom Checklist-90 Revised
- MINI+ – Mini Neuropsychiatric Interview
- ICD-10/11 – International Classification of Diseases
- DSM-5 – Diagnostic and Statistical Manual
- RDoC – Research Domain Criteria
- PTMF – Power, Threat, Meaning -Framework
- Driftsteori → Egopsykologi → Objektreasjonsteori → Tilknytningsteori → Selvpsykologi → Intersubjektivitetsteori → Affektteori →
- Kognitiv nevrovitenskap
- Affektiv nevrovitenskap
- ACT – CBT – DBT – MBT ...
- BET – Recovery/IMR – Åpen dialog/nettverksmøter ...

FIGUR 1. Fra pasienten i fokus til personens fokus.

veryperspektiv

gler verdi- og erfaringsbasert implementering

delse må tilpasses individuelt. Det er heller ingen entydig sammenheng mellom bakgrunn og type påkjenninger, og om man utvikler en psykisk lidelse eller ikke, eller hvilken lidelse man eventuelt utvikler.

Mangler og kritikkverdige sider av helse-tjenester til mennesker med psykiske lidelser og deres pårørende, nasjonalt og internasjonalt, er bakteppe for fremvekst av grasrot-bevegelser, interesseorganisasjoner og initiativ til andre modeller for egen mestring og medbestemmelse i behandlingssamarbeidet. Felles for disse tilnærmingene er en personlig engasjert og eksplisitt uttalt verdiforankring i alle menneskers likeverd og menneskerettigheter. I møte med psykisk lidelse innebærer dette en grunnleggende respekt og lydhørhet for hva lidelsen betyr for dem det gjelder i deres eget perspektiv og deres egen fortelling. Et viktig slagord her er «fra pasienten i fokus til personens fokus», se figur 1.

Illness Management and Recovery

Flere av disse andre tilnærmingene går under samlebetegnelsen recoveryorientert – tilfriskningsorientert (9–11). Hovedover-

skriftene i recoveryperspektivet er

- 1 Tilhørighet
- 2 Håp
- 3 Selvfølelse
- 4 Mening
- 5 Mobilisering av egne ressurser

Begrepene ovenfor oppsummeres i det engelske akronymet CHIME: Connectedness; Hope; Identity; Meaning; Empowerment (12). Recoveryorientert er en verdiforankret grunnholdning, en måte å tenke om psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser på, og en måte å samarbeide på. Mye god praksis i psykisk helsearbeid og psykisk helsevern er recoveryorientert, uten at *recoverybegrepet* nødvendigvis blir brukt om måten man arbeider på.

En av disse tilnærmingene er *Illness Management and Recovery* (IMR), der velkjente, kunnskapsbaserte tiltak fra psykisk helsearbeid og psykisk helsevern er samlet i en integrert systematikk, som også er evidensbasert som helhet (13). IMR er et gruppebasert psykoedukativt program for mestring av psykiske lidelser. Programmet er manualisert med elleve moduler som gjennomgås poliklinisk i løpet av ca. ti måneder.

Det er også god erfaring med å gjennomføre programmet intensivt i et fire måneders døgnoophold som fast del av miljøbehandling, med systematisk fysisk trening og arbeid med livsstil som andre viktige elementer, integrert med individualsamtaler med lege- eller psykologspesialist.

IMR-programmet har egne moduler for psykiske og rusmiddelrelaterte lidelser. Programmet tematiserer ikke forskjellen på *symptomdiagnoser* og *sykdomsdiagnoser* drøftet ovenfor. Etter kronikkforfatterens skjønn er imidlertid dette en grunnleggende distinksjon i recovery-orientert behandlingssamarbeid. Det er viktig at pasientene får en forståelse av hva som ligger – og ikke ligger – i de aktuelle psykiatriske diagnosene, og ICD-10-diagnoser brukes i tråd med Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer og veiledere. Men i arbeidet med den enkeltes selvforståelse og håndtering av den personlige siden av egne psykiske helseutfordringer er de viktigste elementene:

- 1 Personlighetsmessige ressurser, sensitivitet og sårbarhet.
- 2 Betydningen av tilknytningsforhold for måten man ser seg selv og andre på.
- 3 Affektbevissthet og mentalisering som mestringsressurs og selvregulering, se figur 2 og 3 (se side 38).

Personlighetsmessige ressurser «Jeg-funksjoner»

- 1 **Realitetstesting:** Evne til å orientere seg om fakta, og forholde seg rasjonelt til disse.
- 2 **Tilknytningsforhold:** Evne til langvarige, gjensidige relasjoner til andre mennesker.
- 3 **Regulering av selvfølelse:** Selvrespekt; evne til å opprettholde selvrespekten.
- 4 **Evne til å tåle negativ affekt:** Evne til å romme og regulere vonde følelser.
- 5 **Impulskontroll:** Evne til å utsette tilfredsstillelse av behov.
- 6 **Mentalisering:** Evne til å tenke psykologisk, å se seg selv utenfra, og andre innenfra.
- 7 **Affektregulering:** Det psykologiske forsvarrets avtrapping i dybden.
- 8 **Kognitiv kapasitet:** Intellektuelle evner.

Personlighetsmessig sårbarhet

- Sort/hvitt-tenkning;
unyansert virkelighetsforståelse.
- Ustabile relasjoner: Dominans/underkastelse, ikke gjensidighet; samtidig ønske om nærhet og frykt for nærhet.
- Brå skiftninger i selvfølelsen; variabel opplevelse og ustabil oppfatning av egen identitet.
- Liten evne til å romme og regulere vonde følelser.
- Impulsivitet/selvdestruktivitet;
tilbøyelighet til å handle isteden for å reflektere.
- Liten selvinnsett; brå skiftninger i vurderingen av seg selv og andre; opplever seg selv som offer; opplever som manipulerende/har «skjulte agendaer» uten å se det selv.
- Intense og skiftende følelser.

FIGUR 2.

Personlighetsmessige ressurser – sensitivitet og sårbarhet.

What works in therapy?

Mennesker med psykiske lidelser er som alle andre mennesker – grunnleggende like, og individuelt uendelig forskjellige. Derfor er det vanskelig å si noe generelt om psykiske lidelser, men det er ikke umulig. For mange år siden formulerte en pasient med alvorlig psykisk lidelse *Psykiatri i lommeformat*: «Sted å bo; noe å leve av; noe å leve for; noen å leve sammen med.» (14). En annen pasient formulerte de viktigste faktorene i et godt behandlingsforløp: «Dere hørte på meg, og tok det jeg sa alvorlig. Dere holdt ut med meg over lang tid. Dere stilte krav til meg.» Med andre ord, materiell trygghet og tilhørighet i et fellesskap – respekt og kontinuitet i relasjoner.

Ved spørsmål om hva som er virksomt i behandlingssamarbeidet ved psykiske lidelser, er svaret at samarbeidsrelasjonen, slik pasienten vurderer den, er viktigere enn spesifikk teknikk eller metode (15, 16). Etter kronikkforfatterens skjønn har praksisfeltet og helsemyndighetene for mye fokus på objektivt evidensbaserte fakta om virksomme metoder og tiltak, og for lite fokus på subjektiv, pasientforankret opplevelse av verdier og mening, og hva som bidrar til virksomme relasjoner. Dette perspektivet er tatt inn i den britiske psykologforeningens forslag til et funksjonsbasert rammeverk for omtale av psykiske helseutfordringer, uten bruk av sykdoms- og lidelsesbegrepet eller diagnostiske kategorier:

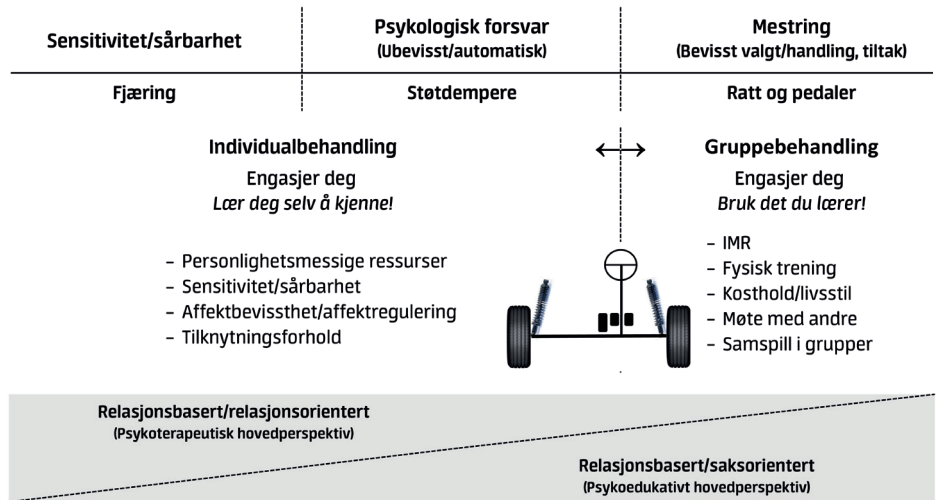
«Teorier og meninger om det å identifisere, forklare og intervensere i psykisk smerte og problematiske væremåter er ikke fri for interesser eller verdier. Dette betyr ikke at nyttig og pålitelig kunnskap er uoppnåelig, men at det å prøve å skille 'fakta' fra verdier er svært problematisk. [...] Rammeverket muliggjør foreløpig identifisering av hovedmønstre og regelmessigheter i uttrykk og opplevelse av smerte og problematiske væremåter, i stedet for spesifikke biologiske og psykologiske årsaksmekanismer knyttet til separate lidelseskategorier» (17).

Denne funksjonsbaserte tilnærmingen tydeliggjør personens perspektiv og fokus som grunnlag og premiss, og er et viktig korrektiv til dagens sykdomstankegang og diagnoseorienterte praksis.

Den stadige tilveksten av «evidensbaserte akronymer» i mangfoldet av modeller for behandling ved psykiske og rusmiddelrelaterede livs- og helseutfordringer gjenspeiler at metodefokus ikke har ført til noe enerådende, behandlingsmessig gjennombrudd. Suksessfaktoren ved kliniske enheter som skærer høyt på pasienttilfredshet og har gode forløp og behandlingsresultater, er ikke behandlingsmodellen som brukes, men måten modellen brukes på: med grunnleggende respekt for pasientens integritet og fortelling, søkelys på relasjonell kvalitet og kontinuitet og systematisk arbeid etter en modell der pasientens fokus er ledetråd. Utvikling av godt fungerende kliniske enheter handler om engasjert og eksplisitt uttalt verdiforankring som gjenspeiles i holdninger og handlinger, og måten en behandlingsmodell forstås og brukes på.

<<Medisinfri behandling>> – psykofarmaka i recoveryperspektiv

«Legemiddelfrie tilbud er en noe misvisende benevnelse, da informantene ikke er opptatt av at det skal være helt medisinfritt, men at hovedstrategien må være å mestre psykisk uhelse uten medisiner eller med minst mulig



FIGUR 3. Recoveryorientert behandlingssamarbeid – relasjonsfokus og tiltaksfokus.

bruk av medisiner. Men det er et godt begrep for å gi signal om at tilbudet har tro på alternativer til medisiner» (18, 19).

Utgangspunktet for recoveryorienterte behandlingstilbud er at behandling ved psykiske og rusrelaterede lidelser er et samarbeid, der aktiv deltakelse fra pasientens side er avgjørende for forløp og behandlingsresultat. I denne tenkningen finnes det ingen behandling av psykiske lidelser, det finnes bare behandlingssamarbeid ved psykiske lidelser. I tråd med dette finnes det heller ingen medikamentell behandling av psykiske lidelser. Det hender at behandlingssamarbeidet kan og bør understøttes av legemidler som adjuvans, altså som legemiddellassistert behandlingssamarbeid ved psykiske lidelser, på samme måte som legemiddellassistert rehabilitering ved ruslidelser (LAR), der hovedfokus er på rehabiliteringstiltakene – som ikke handler om legemidler, men om psykisk helse i lommeformat: Sted å bo, noe å leve av, noe å leve for, noen å leve sammen med.

REFERANSER

1. Macchi C.R., Russell C., White M. Shifting processes model: a conceptual model for sustainable weight management. *Fam Syst Health*. 2013 Dec; 31(4): 326–37. doi: 10.1037/a0033521. Epub 2013 Aug 12. PMID: 23937435.
2. Wade D.T., Halligan P.W. The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clin Rehabil*. 2017 Aug; 31(8): 995–1004. doi: 10.1177/0269215517709890. PMID: 28730890.
3. Frances A. Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. Mariner Books 2013.
4. Høye A. På tide å tenke nytt om psykiatriske diagnoser. *Tidsskr Nor Legeforen* 2013 133:1329-31doi: 10.4045/tidsskr.13.0327.
5. Gjerden P. Flere og gale diagnoser med kriteriebaseret diagnostikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 16; 135: 1437.
6. Aarre T.F. Eit farvel til psykiatrisk diagnostikk. *Tidsskr Nor Legeforen* 2022; 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0386

7. Malkomsen A., Gardsjord E.S. Farvel, men på gjen-syn! *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2022 Nov 7; 142(16). Norwegian. doi: 10.4045/tidsskr.22.0663. PMID: 36 345636.
8. Ekeland T.J. Psykisk helsevern – en kunnskaps-plattform. erfaringskompetanse.no. 2021 ISBN: 978-82-93171-47-8.
9. Leamy M., Bird V., Le Boutillier C., Williams J., Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6): 445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733. PMID: 22130746.
10. Borg M. Recoveryorienterte praksiser. 2013 Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA). SBN 978-82-7570-347-5 (trykk).
11. Karlsson B, Borg M. Recovery – tradisjoner, fornyelser og praksiser. Gyldendal akademisk 2017 ISBN: 978820550072.
12. Empower – å bevisstgjøre; å gi autoritet til; å gi makt til; å sette i stand til. Nasjonal kompetanse-tjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) Sist oppdatert: 16. november 2018.
13. Mueser K.T., Corrigan P.W., Hilton D.W., Tanzman B., Schaub A., Gingerich S., Essock S.M., Tarrier N., Morey B., Vogel-Scibilia S., Herz M.I. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv*. 2002 Oct; 53(10): 1272–84. doi: 10.1176/appi.ps.53.10.1272. PMID: 12364675.
14. Seim S. Noe å leve for, noen å leve sammen med. Et personlighetspsykologisk perspektiv på alderspsykiatrien. Forlaget Aldring og helse 1996.
15. Lambert M. Psychotherapy outcome research. In: J.C. Norcross & M.R. Godfried (eds.) 1992. Handbook of psychotherapy integration (pp. 94–129)
16. Borg M., Topor A. Virksomme relasjoner. Om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Kommuneforlaget 2014.
17. Johnstone I., Boyle, M. The Power Threat Meaning Framework. Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. The British Psychological Society 2018.
18. Bjørgen D, et al. Etablering av legemiddelfrie behandlingstilbud – Alternativer til medikamentell behandling innen psykisk helsevern. Rapport: 1/2020, utgave 1. Stiftelsen Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling
19. Chakraborty N. Medication-free treatment for psychosis – an alternative to antipsychotics? *Progress in Neurology and Psychiatry I Vol. 25 (4): 39–43*. 2021.

SEIMSJUR@GMAIL.COM

Frykt, åndelighet og tillit til livet

■ EIVIND MELAND • Professor emeritus og ALIS-veileder

FUD (Fear, Uncertainty and Doubt) er et begrep fra markedsføringsmetoder anvendt av IBM på 1970- og 80-tallet for å opprettholde et tilnærmet monopol på omsetning av datamaskiner. Er det også treffende for hvordan helsetjenesten gjennom forventninger om sikker viten bidrar til frykt og usikkerhet og behov for forsikringer mot sykdom og død – behov vi vanskelig kan tilfredsstille?

Illusjonen om sikker viten er omtalt i Første Mosebok. Historien om syndefallet er en grunnleggende og allmennmenneskelig myte som advarer mot aspirasjonen om

å tilegne seg absolutt viten, eller som Moseboken benevner det: bli Gud og kunne skille mellom godt og ondt. Det er en oppskrift på å bli fremmedgjort for seg selv og for hverandre. Syndefallet er et erkjennelsesmessig mistak.

I moderne medisin og medisinsk forskning problematiserer vi sjelden at vi står i en idéhistorisk tradisjon, der vi har gjort grunnleggende valg om hvordan vi ser på sykdom, menneskelivet og mennesket. Medisinen i antikken og middelalderen praktiserte et balansert samvirke mellom tro i betydningen tillit og empirisk basert behandling (1). Tro og tillit var en del av terapien, og betydningen av «pasient» som «tillitsfull tålmodighet» illustrerer hvordan moderne medisin fjernet seg fra tillitsdimensjonen med et objektivt og «essensialistisk» sykdomssyn. Sykdom ble sett på som et objekt det var mulig å få absolutt

viten om. Slik er medisinen blitt offer for det samme erkjennelsesbedraget som ifølge myten rammet de første menneskene i Edens hage.

Samtidig med de vitenskapelige gjennombrudd i medisinen forvitret ideen om naturen og skaperverket som opprinnelse, som kilden til våre liv, og ble gjort til objekt og gjenstand for menneskelig beherskelse og produksjon (2). Troen ble hinsidiggjort og fjernet fra menneskets erfaring av å være innfelt i naturen og skaperverket. Dette endret selvet fra et «porøst selv» til et «innkapslet selv», for å bruke begreper fra den katolske filosofen Charles Taylor (1931–) (3).

Vi opplever i dag krisetegn i medisinen med ressursmangel trass i sterkt økende ressursbruk, manglende rekruttering og stabilitet i primærhelsetjenesten, friske, men bekymrede pasienter med urealistis-

«Syndefallet og utdrivelsen av Edens hage», freskomaleri av Michelangelo i det sixtinske kapell i Peterskirken i Vatikanstaten, Roma, malt ca. 1509.





I vestlig medisin er «mindfulness» og «oppmerksomt nærvær» blitt mer aktuelt også i et helsemessig perspektiv. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ke forventninger til helsetjenesten og økende utenforskap av unge diagnostisert med medisinske merkelapper med tvilsom validitet. Vi kan forstå slike krisetegner som konsekvenser av mangler ved vår grunnlagsforståelse av helse og sykdom. Vårt objektsyn på sykdom og helse underlår at mennesker er fortolkende og meningssøkende medmennesker. Når vi behandler dem som objekter, tar de «hevne».

Foreløpig fra en outsiderposisjon, skjer det endringer i den allmenne- og den terapeutiske kulturen som bærer bud om at vi på ny kan etablere en balanse mellom tillit til livets selvhelbredende skaperkraft og teknologiens begrensede muligheter. Den danske filosofen og teologen Knud E. Løgstrup (1905–1981) banet vei med sin sansefilosofi. Han gjorde oss oppmerksom på at vår evaluerende og selvevaluerende rasjonalitet ikke var nok for å oppnå helhet og helse. Tilliten og takknemligheten til livet her og nå er et nødvendig supplement som er allment tilgjengelig og ikke konfesjonsavhengig ifølge Løgstrup (4).

En slik erkjennelse vinner frem gjennom praksiser i vesten og i vestlig medisin inspirert av østlig mystikk. Det bærer navn som «mindfulness» og «oppmerksomt nærvær». Praksisen tar ofte utgangspunkt i å styrke nærværet gjennom å bli oppmerksom på åndedrettets bevegelse i kroppen. Åndelighet har fått en ny betydning: Å være til stede her og nå gjennom oppmerksomhet knyttet til egen pust.

Betydningen av slik praksis for helsepersonells profesjonelle identitet og kompetanse ble lansert og begrunnet i en artikkel fra 1999 i *JAMA* (5). Senere har både norske, amerikanske og spanske forskere vist at slik praksis kan bedre velbefinnende og psykisk helse hos helsepersonell og kvaliteten i interaksjonen mellom behandler og pasient i helsetjenesten (6–9). En metaanalyse viser at forskningen ikke er entydig når det gjelder effekter av slike praksiser,

blant annet fordi oppmerksomt nærvær ikke er et entydig begrep eller praksis (10).

Ronald Mark Epstein (1956–), som er en pioner innen feltet, har i en fersk publikasjon definert og avgrenset hva han forstår med begrepet slik:

...it is a practice in the moment. Mindfulness in medicine includes the capacity for non-judgmental attention to self and other in the moment during everyday work – and with the goal to act with clarity, resolve, compassion, practical wisdom and interpersonal effectiveness. Particularly important are the qualities of presence, curiosity and a beginner's mind (11).

Den danske vitenskapsjournalisten Tor Nørretranders (1955–) tar utgangspunkt i nevrovitenskap og sosialpsykologi knyttet til mindfulness-praksis, og diskuterer hvilke konsekvenser det kan ha for mellommenneskelig samvær både i små fellesskap og for vår evne til å utvikle og fornye sammenfunnet og demokratiet (12). Han skiller mellom empati og medfølelse, og viser til dokumentasjon som bekrefter at førstnevnte kan representere en form for besmittelse som gjør oss utmattede og selvsentrerte. Medfølelse kan oppøves gjennom oppmerksomt samvær med andre, slik at vi med vennlighet kan bli hjelpere uten å la oss besmitte eller smitte andre. Han refererer til nevrovitenskap og funksjonell MR for å dokumentere forskjellene.

Frykt, usikkerhet og tvil påvirker oss systematisk til å tro at livet er en mangeltilstand. Vi påvirkes til å tro at det er ved å konsumere at vi kan oppnå tilfredshet og livsglede. Løgstrup ber oss om å starte med takknemlighet. Ikke takknemlighet som er rettet mot ytre suksess, men med takknemlighet som en grunnleggende innstilling til livet og samlivet. Oppmerksomt nærvær med vennlighet mot oss selv og mot andre kan hjelpe oss til en slik livsinnstilling. Nørretranders hevder at vennlighet og medfølelse er nødvendig for å hel-

brede demokratiet og skape samhold og verdighet i «sammenfunnet». Er dette et perspektivskifte hvor medisinen kan vise vei?

REFERANSER

1. Ferngren G.B. *Medicine and religion. A historical introduction*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press; 2014. 241 p.
2. Løgstrup K.E. *Kants kritik af erkendelsen og refleksionen*. Aarhus: Forlaget Klim; 2009.
3. Taylor C. *A secular age*. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press; 2007.
4. Jensen O. *Opphav og omgivelse. Løgstrup og naturen*. In: Bugge D, Bøwadt PR, Sørensen PA, editors. *Løgstrups mange ansigter*. København: Forlaget Anis; 2005.
5. Epstein R.M. *Mindful practice*. *Jama*. 1999; 282(9): 833–9.
6. Asuero A.M, Queralto JM, Pujol-Ribera E, Berenguer A, Rodriguez-Blanco T, Epstein R.M. *Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial*. *J Contin Educ Health Prof*. 2014; 34(1): 4–12.
7. Epstein R.M, Marshall F, Sanders M., Krasner M.S. *Effect of an Intensive Mindful Practice Workshop on Patient-Centered Compassionate Care, Clinician Well-Being, Work Engagement, and Teamwork*. *J Contin Educ Health Prof*. 2022; 42(1): 19–27.
8. de Vibe M., Solhaug I., Tyssen R., Friberg O., Rosenvinge J.H., Sorlie T., et al. *Mindfulness training for stress management: a randomised controlled study of medical and psychology students*. *BMC Med Educ*. 2013; 13:1 07.
9. de Vibe M., Solhaug I., Tyssen R., Friberg O., Rosenvinge J.H., Sorlie T., et al. *Does Personality Moderate the Effects of Mindfulness Training for Medical and Psychology Students? Mindfulness (N Y)*. 2015; 6(2): 281–9.
10. Scheepers R.A., Emke H., Epstein R.M., Lombarts K. *The impact of mindfulness-based interventions on doctors' well-being and performance: A systematic review*. *Med Educ*. 2020; 54(2): 138–49.
11. Epstein R.M. *Mindfulness in medical education: coming of age*. *Perspect Med Educ*. 2020; 9(4): 197–8.
12. Nørretranders T. *Vær nær – sammenheng i sammenfunnet*: Forlaget Tor.dk; 2013. 223 p.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

Fastlegeordning på villstrå

■ ODD JARL KVAMME • Spesialist i allmennmedisin, dr.med.

Det er nok no. Fastlegane er fanga i den massive klagestormen over ei fastlegeordning i krise med dårleg rekruttering og aldrande, overarbeidde legar som slit med aukande mengder arbeidsoppgåver. Dei har kasta seg på klaginga, med resultat å snakke ned sitt eige fag og skremme nye legar vekk frå eit spanande fagfelt.

Fastlegane må slutte å klage og fokusere på det positive i faget sitt. Dei må sjølv ta grep for å redefinere innhaldet i allmennmedisin, fjerne unyttig arbeid og tidstjuvar og forkynne den glade budskapen til unge legar om at allmennmedisin er eit framtidsfag. Verken helsebyråkratar eller politikarar kan gjere det. Eg forventar berre fleire tomme ord frå den kanten.

Eg er ikkje med på klaginga. Det var verre før. Arbeid som allmennlege har vært eit rikt yrkesliv, og eg er pensjonert frå kontorpraksisen utan varig mein og med overskot til anna meningsfylt legearbeid. Eg har opplevd at distriktslegeordninga vart

lagt ned, og kommunelegen skulle vere keisaren i nye klede. Alle skulle vere kommunalt tilsett og ha fast løn, det var berre kapitalistiske sære legar som ville ha næringsdrift.

– Og så? Reforma midt på 80-talet gjekk i dass. Ventelistene auka og legane var misnøgde med like mykje arbeid, dårleg løn og kommunal overstyring. Det vart verre utover 90-talet. Legane begynte med «garasjepraksisar» på heiltid eller på si. Me fekk ein jungel av meir eller mindre seriøse allmennelegetilbod.

Har samfunnet gløymt at me har vore der me er på veg no? Fastlegeordninga red-



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

da oss etter ei tid med kaotiske allmennlegetenester i landet, men den har forvittra og me går baklengs mot nytt kaos. No er garasjen erstatta med lettbeinte nettbaserte helsetilbod og «drop-in» legevakt.

Legekunst

Allmennmedisinen er det einaste medisinske fagfeltet der legar kan praktisere medisin relativt fritt og breitt, og bruke sin kreativitet i samspel med ei befolkningsgruppe over tid. Me arbeider i eit gudbenåda fagfelt der me kan utfalde oss fagleg og kombinere vitskap, erfaringskunnskap og legekunst. Fastlegane er den einaste legegruppa som framleis har breiddesyn nok til å forstå individ og lokalsamfunn i ein samanheng, og dei er stolte over sitt fag.

Dei må slutte med sutringa, det er nok no.

Som fastlege kan du framleis praktisere legekunst. Legekunst er magekjensle, intuisjon, underliggande livs- og yrkeserfaring, kunnskap om samfunnet folk lever i og ikkje minst mønsterattkjenning.

Det er som fastlegar me har størst behov for og nytte av kunstdelen av legearbeidet, i møtet med enkeltindivid, grupper, nettverk og nærmiljø. Teknologisk utvikling held på og overvinn legekunsten. Utan bruk av intuisjon og magekjensle taper legane for kunstig intelligens med sin algoritmebestemte diagnostikk.

Endra verdiset

Verdigrunnlaget for fastlegearbeid har endra seg gjennom mitt yrkesliv, og det er eg glad for. Tidlegare sto det respekt av lange arbeidsdagar og hyppige vakter med helgevakt i distriktet frå fredag ettermiddag til måndag morgon, og så rett på kontoret att. Å ha det altfor travelt med kronisk søvnmangel var bortimot ein suksessfaktor i dette yrket, beint fram karsleg.

Siste tiåra har det skjedd eit skifte frå mannsbastion til kvinnedominans. Jentene er flinkast på skulen og får høgare karakterar enn gutane, så fleire jenter kjem inn på studiet enn gutar. Når 70 prosent av nyutdanna legar er kvinner, er det naturleg at verdigrunnlaget for legeyrket endrar seg. Kvinner er oftare reflekterte og meir forsik-



ILLUSTRASJONSFOTO: CHOUJIBOX

tige enn menn. Det ser ut til at dei vektar yrkeskarriere mot totale livsverdiar som fritid, familie og vener på anna sett enn menn har gjort tidlegare. Dei legg som gruppe sannsynlegvis meir flid i dokumentasjon, tilvisningar og attestar. Dette tek tid og forlengjer arbeidsdagen, med påfølgjande tidsklemme og bekymring for oppgåver som ikkje er utført.

Eg erfarer at unge legar no deler eit verdiset som ikkje er bestemt av kjønn. Fritid og familie kjem høgare enn lønsvilkåra på kriterielista når dei vurderer jobbval. Dei unge ønskjer normalarbeidstid og vil ikkje arbeide 50–60 timar i veka, som er snittet for ein fastlege i dag. Vaktbelastninga spelar ei stor rolle. Alt i alt gjer utviklinga at ei fastlegeliste på 1000 genererer overtid, og den nye «normen» for listelengde er i bratt fall mot 600–700, om ikkje lågare. Den utviklinga er dessverre ikkje berekraftig i eit samfunn der over 20 prosent av dei arbeidsføre er engasjert i helse- og omsorgsarbeid, det er mangel på helsepersonell og demografien mot 2040 vil krevje enno fleire.

Kva gjer me då? – Brukar fastlegane til nyttig medisinsk arbeid og fjerner tidstjuvar og boss frå den allmennmedisinske bötta.

Gje meg ein primærhelseminister!

Sentrale helsemyndigheiter har sove godt med fastlegeordninga som pute. Me har

ikkje hatt helseministerar på mange år, berre sjukehusministerar. Eg har sakna ein fastlegeminister, eller i det minste ein primærhelseminister med evner til å lese kart og terreng og til å stå imot dei evige klageropa om meir ressursar til spesialisthelsetenesta mens grunnmuren forvittra.

Omsider ser det ut til at myndigheitene har eit auge på gløtt for krisa, eg sporar ei gryande, om enn motvillig tiltakslyst til å styrke norsk allmennmedisin. Derfor er eg forsiktig optimist no, men eg trur ikkje på helse- og sjukehusministeren når ho seier at ho har fastlegeordninga øvst på prioriteringslista si.

Hadde eg vore ung lege i dag, ville eg likevel ha gripe sjansen til å arbeide i ei primærlegeteneste som eg trur vil blomstre att, dersom legane får konsentrere seg om kjerneoppgåvene og sleppe det unyttige arbeidet.

Seniorpolitikk

Fastlegemangel handlar like mykje om å halde på dei legane kommunen har som å rekruttere nye. Tilbake til dei eldre legane som ikkje ønskjer å halde fram med høgt konsultasjonstempo på sitt legekantor: Kan kommunane innføre ein seniorpolitikk som gjer at aldrande legar kan og vil stå i jobb lenger? Om ikkje i klinisk fastlegepraksis med høgt arbeidstempo, men med andre oppgåver, eg ramsar opp:

Sjukeheim, poliklinikk for eldre, prosjekt for utviklingsarbeid, del-oppgåver innan samfunnsmedisin, langsiktig helseplanlegging, KAD-avdelingar, legetenester for flyktingar, dag-legevakt. Det er og eit stort udekt behov for veiledning av unge legar som er LIS1 eller ALIS.

Tenk på all yrkeserfaringa som ikkje kjem til nytte på anna vis enn tre-fire veker som vikar her og der i landet. Seniorpolitikk bør ikkje bli ein diskusjon om kommunane sine utgifter, alt er billig samanlikna med utgifter til dyre vikarar.

Eg saknar proaktivitet frå kommunane si side, både med rekruttering og med seniorpolitikk.

Unyttige eller uløselege oppgåver

Fastlegen har blitt garantist for fritak og tilgjeving. Dei er hybrid av advokat, julenisse og frelsar.

Dei skriv attestar for skulefråvær, avslutte reiser, fram møte i rettssaker, ha med følge til sjukehus, you name it! Den allmennmedisinske bøtta er ikkje berre full av nyttige oppgåver, den fløymer over av boss. Det er belastande og unyttig, og må vekk.

Tilvisningshysteriet

Folk sender e-melding til fastlegen om tilvisning til gynekolog for rutinemessig undersøking. På eit legekontor eg kjenner til var det ingen av tre fastlegar i 30-åra som gjorde gynekologiske undersøkingar, og LIS1-legen hadde aldri gjort det. Folk med privat helseforsikring ber fastlegen sende tilvisning til forsikringselskap for spesialistundersøking. Kvifor skal fastlege tilvise til spesialist for ein person som har helseforsikring? Dersom ventetidene er lange, ber pasientar fastlegen om å ordne med parallell tilvisning til eit anna sjukehus for å ha to snøre i sjøen og sjå kvar det nappar først.

Forventningshysteriet

«Eg arbeider ikkje som servitør, men forvaltar eit samtidig ansvar for individhelse og samfunnsressursar».

Folk har stigande forventningar til kva helsetenestet skal «fikse», enten det er vond rygg eller kreft. Dei er godt opplyste om teknisk diagnostikk og behandlingmetodar utan å ha kunnskapar om indikasjonar eller risiko, og kjem med krav om CT, MT, PET-scan eller regional kjemoterapi. Eg kan ikkje tilvise alle til alt, og har mange gonger fått melding om at mitt nei betyr at: «Då vurderer eg å byte fastlege». Ja, det kan godt vere eit alternativ, er mitt svar. Dei

fleste pasientane er heldigvis rasjonelle personar som er opne for dialog og forklaring på kvifor me ikkje skal gå vidare no.

Redd for feil og klager

«Sjølvsagt har eg lege vaken og vore redd for noko eg har gjort eller ikkje har gjort»

Alle legar er først og fremst redde for å handle feil og skade pasienten. Dei er og redde for å bli klaga på, og dei få som ikkje er det, burde vere det, for tanken skjerpar oss. Utrygghet er ei kjensle som følger oss og som held oss på tå for å yte fagleg godt arbeid, men redsel fører til overdiagnostikk og unødvendige tilvisningar.

Å ta ansvar og bære på det usikre er jobben min. Å vere lege inneber at me lever med utrygghet for korleis det går med det mennesket me diagnostiserer og behandlar. Dei som ikkje kan lære det og leve med det, bør velje eit anna fag.

NAVologi

Langvarig sjukmelding og AAP genererer mykje unyttig legearbeid, med stadige konsultasjonar for å forlenge sjukmelding for kroniske helseproblem som legen ikkje har ein sjanse i havet til å kurere. Spør du fastlegar om kva som drep arbeidslyst, er svaret legeerklæringar til NAV. Her bør ansvar og oppgåver overflyttast frå fastlegar til NAV-legar, og det er på tide å opprette spesialitet i NAVologi. NAV -legar kan ta seg av attesteriet for dei som har vore arbeidsudyktige i meir enn tre månader.

Sjukemeldingar

Eg forventar at politikarar snart samlar mot til å vedta at legar ikkje skal sjukmelde i arbeidsgjevarperioden på 16 dagar. Det ville lette arbeidet for fastlegane og ikkje plage sjuke folk med å sitje på venterom landet over. Det ville og vere samfunnsøkonomisk nyttig. Utan sjukmelding ville fleire bruke eigenmelding eller gå på jobb med sin forkjølelse eller lumbago (begge går over utan legehjelp).

Ingen løn for første sjukmeldingsdag vil og vere eit sterkt verkemiddel for å hindre legebruk og den aukande sjukmeldingstrenden i samfunnet, men kva politikar vil våge å stille opp for ei slik ordning og bli skulda for rasering av velferdsstaten?

Kontroll

«Du skal ikkje kontrollere pasienten for å ha kontroll på di eiga utrygghet»

Hyppige kontrollar fører til forstoppelse i timebøkene og kø på venterommet. Med litt meir is i magen og lengre kontrollintervall vil ventelistene gå ned og me kan spare samfunnet for unyttig ressursbruk.

Feilbruk av e-dialog

Etter at e-dialog vart innført, har det kome ein flaum av meldingar frå pasientar til legen sin innboks, som er open døgnet rundt. Etter ei helg kan det ta timar å grave seg gjennom alle meldingar og spørsmål. Det er fint at folk kan fornye reseptar og stille konkrete spørsmål som ikkje krev fram møte på kontoret, og det er fint at eg kan sende informasjon til pasientar, men det kjem meir:

- «set meg opp på time då og då»
- «eg må ha sjukmelding, orkar ikkje meir»
- «eg får ikkje sova, eg går på veggene, leiarren på jobb er ein drittsekk»

So what?? Kva skal fastlegen gjere med slike meldingar? Slette dei eller kontinuerleg oppdra folk ved å sende melding attende om at spørsmålet ikkje er eigna for e-dialog? Denne kommunikasjonsforma gjev meg kjensla av å utføre unyttig arbeid og levere helsetenester med elendig kvalitet.

Me må bremse opp «tilgjengelegheits-hysteriet». Steng tilbodet til pasientane om tilgang i timebøkene. Gje pasienten kontrolltime ved slutten av kvar konsultasjon dersom kontroll er nødvendig. Då vil fastlegane ha plass til dei som har størst behov for legehjelp.

Fastlegane må definere og prioritere oppgåvene sine

Fastlegane bør med bakgrunn i «kloke valg i fastlegepraksis» stille krav om kva fastlegar ikkje skal utføre.

Dei bør utarbeide konkrete skal-bør-skal ikkje-bør-ikkje, og levere det til kommisjonen som arbeider med fastlegeordninga. Fastlegane vil få eit betre yrkesliv dersom dei i første omgang vert kvitt opne e-kanalar, NAV-erklæringar, unyttig attesteri og korttidssjukmeldingar.

Konklusjon

Fastlegane kan snu den negative trenden fastlegeordninga står i. Dei må gjere det med optimisme og melde seg ut av det krisemaksimerande hylekoret. Dei må fram snakke eit fagfelt der legen kan bruke heile seg og praktisere faget langt friare enn legar i sjukehus. Dei må gripe definisjonsmakta og bestemme kva fastlegar skal arbeide med. Dei må fjerne unyttige oppgåver som stel pasienttid. Auke i statlege budsjett og vektning av basistilskot skaper ikkje betre fastlegetenester, og gjer ikkje arbeidsdagen lettare.

■ ODD.KVAMME@KNETT.NO

**SYKEFRAVÆR****Intervensjon med liten effekt**

Vil motiverende intervju ansikt-til-ansikt med NAV-ansatt, eller muntlig råd fra fysioterapeut, bidra til mindre sykefravær enn vanlig oppfølging hos personer med muskel- og skjelettlidelser? Det spørsmålet besvarer en studie med data fra 514 personer som hadde vært minst 50 prosent sykmeldt i sju uker eller mer. Median sykefravær over en seks måneders periode i kontrollgruppen var 62 dager og varierte fra 52 til 71 dager. Til sammenligning var sykefraværet i gruppen som også fikk motiverende intervju median 56 dager, og varierte fra 43 til 70 dager. Hos dem som fikk råd fra fysioterapeut, var median sykefravær 49 dager, og konfidensintervallet strakk seg fra 38 til 60 dager. Samlet hadde intervensjonsgruppene sju dager kortere sykefravær, men forskjellen – som var lavere enn forskerne forventet – var ikke statistisk signifikant.

● Occupational and Environmental Medicine (F. Aanesen et al), januar 2023, doi: 10.1136/oemed-2022-108637

73%

flere konsultasjoner for psykiske helseplager, i hovedsak angst og depresjon, ble sett hos første års universitetsstudenter i den første pandemi-runden med strenge sosiale restriksjoner. Det viser forskere som har sammenlignet psykisk helse-konsultasjoner i primærhelsetjenesten blant 25.990 studenter før pandemien og fra 12.501 «pandemi-studenter».

I andre runde med store restriksjoner, var økningen på 42 prosent. I de samme periodene var det ifølge data fra Reseptregisteret ingen tilsvarende økning i forskrivning av legemidler som antidepressive og sovepiller. Forskerne vet ikke om økningen i psykisk helse-relaterte konsultasjoner skyldes at flere unge tok kontakt med helsevesenet, eller om de som hadde vært i kontakt med primærhelsetjenesten også før pandemien, søkte hjelp i enda større grad under pandemien.

● BMC Health Services Research (M. Grøslund et al), desember 2022, doi: 10.1186/s12913-022-08816-3

RETTELSE**Feil i Utposten 2/2023**

I forskningsnotiser stod det at 83,7 prosent av hodepinepasientene i en dansk studie ble henviset til nevrolog. Dette var en trykkfeil, og det riktige er at 48 prosent av hodepinepasientene i en dansk studie ble henviset til nevrolog.

E-KONSULTASJONER**Eldre satte pris på valgmuligheten**

Norske forskere har i en kvalitativ studie sett på Eldres erfaringer med tekstbaserte e-konsultasjoner. 16 brukere over 65 år med erfaring fra e-konsultasjon er intervjuet. Deltagerne hadde generelt stort behov for helsetjenester og hadde ganske god digital kompetanse. Tilbakemeldingene viste at de eldre satte pris på muligheten å kunne velge selv om de ønsket en e-konsultasjon. Men for at en slik konsultasjon skulle oppleves trygt, mente deltagerne det var avgjørende at de hadde tillit til fastlegen sin. De eldre synes den største fordelen var lett tilgjengelighet, spesielt i lys av at de synes det var vanskelig å komme frem på telefon for å få time hos fastlegen. God digital kompetanse ble ikke overraskende løftet frem som en forutsetning for å kunne ha nytte av e-konsultasjon, og de eldre var redde for å miste denne kompetansen.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (E Kristiansen et al), januar 2023, doi: 10.1080/02813432.2022.2161307

**KREFTSYKE****Knytter bekymring til mer helsehjelp**

Hver fjerde med eggstokkreft rapporterte om alvorlig bekymring knyttet til sykdommen, mens det samme gjaldt henholdsvis 15 prosent hos dem med livmorhalskreft og ti prosent hos kvinner diagnostisert med livmorkreft. Kvinner som var svært engstelige hadde signifikant høyere bruk av helsehjelp utover vanlig oppfølging, og spesielt gjaldt dette bruk av psykolog, der sykdomsfrykt mer enn doblet sannsynligheten for å ha søkt hjelp hos psykolog. Det kommer frem av multisenterstudien InCHARGE og data fra 1433 kvinner som svarte på spørreskjema i løpet av en sju-års periode etter at de fikk kreftdiagnosen. Undersøkelsen ble gjennomført blant kvinner i Danmark, Norge og Nederland.

● Journal of Cancer Survival (MM Jeppesen et al), januar 2023, doi: 10.1007/s11764-023-01337-w

PERINATAL DØD**Mer depresjon i neste svangerskap**

Kvinner som tidligere har mistet et barn før eller under fødsel, rapporterer signifikant mer symptomer på både angst og depresjon gjennom det neste svangerskapet enn mødre fra samme kohort som fødte et levende barn. Forskjellen var til stede også når det ble justert for kvinnens alder, sivilstatus, utdanning, yrke, økonomiske situasjon, røykestatus, planlagt/ikke-planlagt svangerskap, alkoholbruk og tidligere historie med angst eller depresjon. Blant annet var det å ikke ha en jobb forbundet med økt risiko for depresjon, mens det å være gift eller samboer samt ha høyere utdanning, var forbundet med lavere depresjonsrisiko. Studien har data fra 401 kvinner som hadde opplevd en spontanabort eller som hadde mistet barnet sitt ved dødfødsel eller under fødselen. Dataene er hentet fra den norsk-svenske SGA-studien (Scandinavian Successive Small-for-Gestational Age Births Study).

● BMC Pregnancy Childbirth (A Mainali et al), februar 2023, doi: 10.1186/s12884-022-05318-2

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



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

HVA LESER..

Kristin Grefberg?



Da jeg ble bedt om å lage et innlegg til «Legen leser», så kjente jeg først på motstand og tenkte at dette blir en veldig personlig utlevering.

Å si hva du leser er som å si hvem du er, ikke hvem du ønsker å være, eller synes du burde være, men den du faktisk er. Jeg anser heller ikke meg selv som å være spesielt litterært interessert eller ha interessante preferanser når det gjelder litteratur. Jeg vurderte å takke nei til oppdraget, men gikk så en ny runde med meg selv og tenkte kanskje er det bra at noen viser at man kan lese helt vanlige ting, og det er OK. Derfor skal jeg dele med dere nå noe av det jeg har lest siste år og hvorfor.

Jeg begynner med Ole Petter Hjelle sin bok om hjernen med tittelen *En sterk hjerne*. Den er meget interessant og gir utviklende fagkunnskap. Boken har et vitenskapelig blikk på hjernen som både fascinerer og opplyser. Ole Petter har viet sitt legeliv til å forske på hjernen og deler raust av kunnskapen. Leseren får ny innsikt og blir stimulert til å tenke litt annerledes. «Take home message» er at fysisk aktivitet er bedre enn sudoku for å trene hjernen og for å forhindre demens. Jeg vil heller bli gammel, kognitivt frisk og allsidig, enn veldig god på sudoku og kryssord!

Jeg kommer heller ikke unna Ingvard Wilhelmsens selvhjelpstriologi. Jeg leser ofte i boken *Sjefi eget liv* som er en usedvanlig klok og innsiktsfull bok. Den skildrer hvordan menneskets mestringsmekanismer kan slå feil. Wilhelmsen beskriver hvordan disse mekanismene kan gi deg mer problemer enn de løser. Det å hjelpe folk til å få innsikt i deres negative sirkulære tanker, er noe av det mest verdifulle

jeg kan bidra med i mitt arbeid som fastlege. Jeg må stadig minne meg selv på Wilhelmsens kloke refleksjoner, slik at jeg kan møte mine pasienter på den mest innsiktsfulle måten. Wilhelmsen er en av mine guruer innenfor kognitiv terapi. Hans måte å undre seg sammen med pasientene på er unik. Kopiere han kan jeg ikke, men jeg prøver.

Sissel Grans bok *Inni er vi alltid unge: aldringsmeditasjoner* er en personlig bok skrevet av en 67 år gammel reflektert psykolog med mye livserfaring. Jeg kan kjenne på et vemod ved å bli eldre, og jeg prøver med forskjellige tiltak å eldes med ungdommelig verdighet.

I denne boken skriver Gran om:

- Det uforanderlige bak rynkene.
- Mulighetene i den tredje alder (65–80).
- At man er mer vennlig innstilt og mindre kritisk og peker på fryktløshet.
- Det aldersløse selvet gjør seg gjeldende, uavhengig av vertens kronologiske alder.
- Når parforholdene går i stykker.

Det siste punktet leste jeg om med faglig interesse. Heldigvis føler jeg ingen frykt for dette selv, men mine pasienter som er mellom 67–75 og som opplever samlivsbrudd, sliter ofte veldig.

Jeg liker å lese/høre på krim. Jeg har av ulike grunner gått mye alene på ski dette året, og har hørt på lydbok på disse turene. Da har jeg fått kombinert to av mine yndlingsaktiviteter, nemlig det å være ute og å høre bok. Jeg liker krim som handler om

menneskets lunefulle sinnsbevegelser og det faktum at alle ikke er snille og rasjonelle. Jeg har møtt noen mennesker på min vei som gjør uventede, lite snille handlinger overfor meg og andre, og jeg har møtt mennesker som mangler empati. Dokumentarer fra virkeligheten er særlig interessante. Ida Marie Hansen har skrevet boken: *Jeg var gift med en bedrager*. Hun var gift med Geir som lurte henne og hele Norge. Han kom som redaktør frem med spektakulære avsløringer og bedro både kjente jurister, kolleger, egen familie og Arne Treholt. Ida er selv kriminalreporter. Gjenkjennelig er hennes kamp for å bli trodd midt i et liv hvor alt ble snudd på hodet. At det faktisk finnes så manipulerende og samtidig sjarmerende mennesker rundt oss, må vi ta inn over oss! Iris Mårtensson har også skrevet fra virkeligheten om sitt bedrag *Dobbeltliv: En sann historie*. Denne boken handler om en intelligent kvinne som blir lurt av drømmemannen. Underveis i lesingen forstår man at det kunne faktisk skje. Det å lure noen er ikke en bragd, det er bare skruppelløst, og det skjer!

Det siste lesertippet jeg vil gi *Utpostens* lesere er Michelle Frances' krimbok *Den nye kjæresten*. Denne handler også om menneskets kompliserte sinn og hva som kan være drivere til adferd langt utover det de fleste av oss ville kalle normalt.

Noen kan gå langt for å skaffe tilgang til det de mener gir dem et godt liv, og de går over lik for å få det til. En intelligent bok som holder leseren i ånde i tolv timer og fire minutter! Når Nina Woxholtt leser, blir opplevelsen nær og skituren går som en lek.

Hilsen en fastlege som leser for å lære, kose seg og gjøre verden mer forståelig.

RELIS

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

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

Hjelp til selvhjelp

- tips om legemiddelinformasjon

RELIS bistår daglig allmennleger i legemiddelspørsmål og erfarer at mange kunne hatt nytte av bedre kjennskap til gode, gratis nettsteder om legemidler, i tillegg til *Felleskatalogen* og *Norsk Legemiddelhåndbok* som antas å være godt kjent.

Vi har satt opp en liste over nettsteder vi selv bruker og har gode erfaringer med, og håper noen av disse kan komme til nytte.

Generelle databaser og oppslagsverk

Mange bruker Helsebiblioteket (Helsebiblioteket.no), men kjenner kanskje ikke til alle ressursene som ligger der. På legemiddelfeltet vil vi trekke frem:

- **Micromedex med Martindale** (<http://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian>). Dette er en samling med flere ressurser, blant annet omfattende legemiddelmonografier som i stor grad er basert på amerikanske preparatomtaler. Det omtales også indikasjoner som ikke er godkjent av amerikanske myndigheter (såkalt off-label bruk).
- **UpToDate** (<https://www.uptodate.com/contents/search>) inneholder behandlingsanbefalinger med omtale av forskjellige terapialternativer, inkludert sammenlignende vurderinger av bivirkningsrisiko ved forskjellige terapialternativer, blant annet for antipsykotika.
- **BMJ Best Practice** (<https://bestpractice.bmj.com/>) utgis av BMJ Publishing Group og har omtale av sykdomstilstander med anbefalinger innen medikamentell behandling, inkludert beskrivelse av behandlingstrinn.

Preparatomtaler og vurderinger fra legemiddelmyndigheter

- Preparatomtaler for legemidler som har markedsføringstillatelse i Norge finnes på nettsidene til Statens legemiddelverk (<http://www.legemiddelverket.no/>) eller via omtalen i *Felleskatalogen*. Preparatomtalen (SPC-ene) kan være mer detaljerte enn *Felleskatalogen* tekstene, derfor er disse to teksttypene ikke alltid identiske.
- **Den europeiske legemiddelmyndigheten** EMA legger ut detaljerte vurderinger av dokumentasjonen for nye preparater, i tillegg gjøres regelmessige løpende vurderinger etter at preparater er markedsført. Vi viser spesielt til det som heter European public assessment reports (EPAR) <https://www.ema.europa.eu/en/medicines>.

Bivirkninger

Bivirkninger er i varierende grad omtalt i de generelle databasene og i myndighetenes vurderinger. Noen databaser og nettsider fokuserer på spesifikke bivirkninger.

- **Felleskatalogen** har utviklet et bivirkningssøk som er et søk gjennom *Felleskatalogen* tekstene etter de bivirkninger og legemidler man oppgir (<https://www.felleskatalogen.no/medisin/bivirkningsok/>). Slike søk gir ikke mer informasjon enn det som ligger i *Felleskatalogen* tekstene.

- Nettstedet **CredibleMeds** graderer legemidler utfra deres risiko for QT-forlengelse <https://crediblemeds.org>. Man må registrere seg som bruker (gratis) for å søke på denne nettsiden. Utgiver er AZ-CERT, en uavhengig non-profitorganisasjon i Arizona, USA.
- **Livertox** er en database over legemiddelinduserte leverskader, der man finner en oppsummering av levertoksisiteten for en lang rekke legemidler (<http://livertox.nih.gov/>). Utgiver er National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases i USA.

Legemiddelinteraksjoner

I tillegg til norske interaksjonsdatabaser som er integrert i FEST, tilbys en lang rekke interaksjonsdatabaser fra myndigheter, samt ideelle og kommersielle aktører. Mange er gode og gir konkrete råd og forklaringer på interaksjonen. Det kan likevel være vanskelig å tolke opplysningene eller fravær av opplysninger. Det er stor forskjell på omfanget av interaksjoner inkludert i hver enkelt interaksjonsdatabase, dvs. antall og alvorlighetsgrad på interaksjoner som tas med. Vær også oppmerksom på at mange interaksjonsdatabaser kun omtaler farmakokinetiske interaksjoner, dvs. opptak, metabolisme og utskillelse av legemidler, mens farmakodynamiske interaksjoner, som for eksempel dobbelforskrivning og additive effekter ikke er tatt med.

- Nettstedet **Janusinfo** fra Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm (<https://janusmed.se/interaksjoner>) har en god interaksjonsdatabase med omtale av mekanismer.



- UpToDate via Helsebiblioteket inkluderer en interaksjonsdatabase, Lexicomp Drug Interactions (<https://www.uptodate.com/drug-interactions/#di-druglist>) som er nyttig.
- Micromedex via Helsebiblioteket har også en god interaksjonsdatabase (<https://www.micromedexsolutions.com/micromedex2/librarian/>).
- Danske Lægemiddelstyrelsen har en interaksjonsdatabase som også omfatter farmakodynamiske interaksjoner (<http://www.interaksjonsdatabasen.dk/>).

Graviditet og amming

- RELIS-sentrene i Norge driver tjenesten TryggMammamedisin. På nettsiden tryggmammamedisin.no er det lagt ut generelle tekster om bruk av legemidler ved en del vanlige tilstander hos gravide og ammende kvinner.
- Svenske Janusinfo (omtalt under interaksjoner) har gode nettsider om legemidler og bruk ved graviditet (<https://janusmed.se/fosterpaverkan>) og amming (<https://janusmed.se/amning>).
- Amerikanske Drugs and Lactation Database (LactMed) utgis av National Institute of Child Health and Human Development. Den inneholder data og vurderinger vedrørende overgang av legemidler til brystmelk. Den finnes på <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/> eller via innlogging på Helsebiblioteket.
- UKTIS er en britisk database om bruk av legemidler og graviditet (<http://www.>

uktis.org/) som gir tilgang til oppsummeringer av informasjon også for lesere utenfor Storbritannia. UKTIS har også et nettsted, BUMPS, for pasientinformasjon (<https://uktis.org/information-leaflets-for-pregnant-women/>).

- Nettsiden MotherToBaby har mye informasjon, inkludert faktaark om en rekke legemidler. MotherToBaby er et nettverk av universiteter og sykehus i USA og Canada. <https://mothertobaby.org/>.

Legemidler til barn

- Nasjonalt kompetansenettverk for legemidler til barn har utarbeidet preparatmtaler og informasjonsskriv relatert til behandling av barn, inkludert vurdering av doseringsformer, dosering og tilpassing av medikamenter til bruk hos barn (<https://www.legemidlertilbarn.no/Sider/default.aspx>, <https://www.koble.info/>).

Naturmidler og kosttilskudd

Mange pasienter ønsker å ta naturmidler og kosttilskudd sammen med legemidler. Det finnes mange råd på nettet, men også mye misvisende informasjon blant de gratis kildene.

- Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin, NAFKAM (<https://nafkam.no>) har blant annet informasjonssider om naturmidler.
- NAFKAM er koordinator for samarbeidet i gruppen Complementary and Alternative Medicine for Cancer. På deres nettsted <https://cam-cancer.org/> finnes

informasjon om en rekke behandlinger som kan bli etterspurt av kreftpasienter.

- Den europeiske legemiddelmyndigheten EMA har lagt ut monografier for plantebaserte legemidler som de har vurdert (<https://www.ema.europa.eu/en/medicines>, kryss av for Herbal).
- Amerikanske National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH, har en nettside der det blant annet ligger faktaark for en del plantebaserte produkter og vurderinger av alternative behandlingsformer (<https://www.nccih.nih.gov/>).

Listen representerer et skjønnsmessig utvalg av mye brukte kilder. Den er ikke utfyllende og det finnes helt sikkert mange gode kilder som ikke er med i oversikten. Som ved all bruk av legemiddelinformasjon er det viktig å være klar over at informasjonen ikke kan benyttes ukritisk, og at forhold hos pasienten kan gjøre at rådene må tolkes med forsiktighet. Kildene forholder seg til ett og ett legemiddel, og totalrisiko ved f.eks. polyfarmasi bygger i stor grad på ekstrapolering av opplysninger. Internasjonale behandlingsretningslinjer kan i mange tilfeller avvike fra norske terapitradisjoner, og det anbefales også å undersøke legemiddelspørsmål i norske behandlingsveiledere der disse finnes.

TONE WESTEREGREN
RELIS Sør-Øst
ANNE KATRINE EEK
RELIS Sør-Øst

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

Kjærleiken som kom heilt av seg sjølv

Jeg har lyst til å spre budskapet til en av våre største lyrikere og sangere, telemarkingen og vinjegutten Odd Nordstoga. I diktet og sangen *Dagane* beskriver han på en nydelig og var måte det forelskede kjæresteparets utvikling mot hverdagen. Fra den tid kjærligheten kom helt av seg selv, til dagliglivet og alle forstyrrelsene sakte, men sikkert driver en fra hverandre. På en enkel og vakker måte beskriver han

hvordan tida går, hvordan hverdagen tar en, og hvordan parforholdet ofte lider. Men også om vilje, arbeid og håp om bedre tider.

Jeg la merke til sangen og teksten første gang i bryllupet til min yngste datter, hvor hennes kusine sang så vart og flott i Røros kirke. Siden har jeg hørt diktet tolket og omtalt i NRK-podkasten *Brenner deler dikt*, en episode hvor Sissel Gran deler tanker

om dette diktet. Vel verdt å høre på! Og hør selvsagt Odd Nordstogas egen tolkning og framførelse.

I lyrikkstafetten videre vil jeg gjerne utfordre min gode kollega som sitter tvers over gangen for meg på legesenteret vi begge jobber, Johanna Heiberg.

Hilsen fra
GISLE ROKSUND

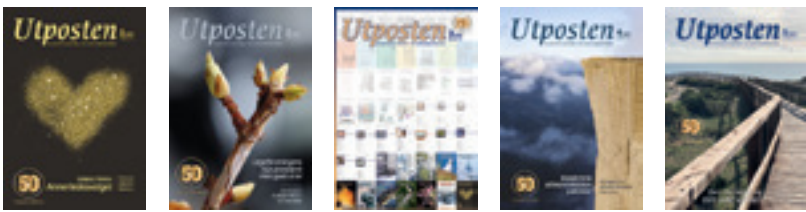
Dagane

Ein gong kom kjærteiken heilt av seg sjølv
 Og kvar dag den var av sølv
 For du gyldte kvar ein augneblink med hugen fri
 Og blenda var eg me på reisa di
 Dagar som sand ut av hendene renn
 Om du tvilar ja så kjenn
 Den eine som den andre ut i vinden fer
 Og tida som me har den reiser der
 Ja tide som har den reiser der
 Lov meg å vera hjå meg all din dag
 Ja det lova me i lag
 Så gav eg deg ein ring ja det var lett vint gjort
 Så luska og den dagen stille bort
 Så luska og den dagen stille bort

Så langt, så langt, så langt som vinden greier og jage bylgjene bå
 Så langt, så langt så langt som vinden greier og jage bylgjene bå
 Der skal eg fylgje deg min venn
 Der skal me finne dei igjen
 Og ute lyskar styggen og skiljer deg frå meg
 Og visste me så hadde me, nok kome oss i veg
 Og eg har 'bore deg på armen gjennom skog og over fjell
 Og du ha' halde meg i handa gjennom juv og myrke gjel
 Og eg ha' strekt meg etter deg, og du ha' strekt deg etter meg
 Så langt, så langt, så langt som sola greier å fylgje bylgjene bå
 Så langt, så langt, så langt som sola greier å fylgje bylgjene bå
 Der skal eg fylgje deg min venn
 Der skal me finne dei igjen



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Utposten

annonseinfo 2023

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

ABONNEMENT: Kr 650,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

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

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utposten's 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

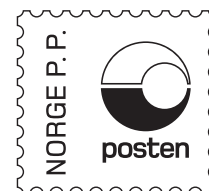
WEB ANNONSEANSVARLIG:

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

