

Utposten

4 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Studiebesøk i Skottland
Kommunesamarbeid
Reisebrev fra Malawi

Line Cecilie Christiansen:
Den allmennmedisinske dansen

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: Inga Marthe Grønseth

Bildet er fra en park i Edinburgh, Skottland

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs**Aksell**

TRYKK:

aksellTRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Urolig sjø*Inga Marthe Grønseth***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Med dans på mange liner***Line Cecilie Christiansen intervjuet av Kristina Riis Iden***6** ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Trygd og Tsjekhov***Njål Flem Mæland***10** ALLMENNMEDISINSK HISTORIE: – De lange og korte linjene*En samtale mellom Njål Flem Mæland og Olav Thorsen***14** EKSPERTUTVALGET HAR TALT: – Har de funnet oppskriften på framtidens fastlegeordning?*Marte Kvittum Tangen og Nils Kristian Klev***17** Fra attesthysteri til forsvarlig og hensiktsmessig attest- og erklæringsarbeid*Knut Berglund***19** Forskning på Oslo legevakt*Therese Renaa***22** Reisebrev fra Skottland*Njål Flem Mæland***24** Møte med NHS Education for Scotland*Kristina Riis Iden og Arild Iversen***27** – Nysgjerrigheten tok overhånd*Anne Brodwall intervjuet av Lisbeth Nilsen***29** SKIL – fra legekontor til legetjenester. Hvordan dialog skaper en bedre helsetjeneste*Nicolas Øyane***32** SERUMKONSENTRASJON AV LEGEMIDLER: – Hva betyr prøvesvaret?*Vilde Lehne Michalsen***34** TREDJE REISEBREV FRA MALAWI: Samfunnsmedisin i undergangstemning*Trude Arnesen***38** FOLKEHELSEMEDLINGEN: Kunsten å gå fra teori til praksis*Aud Marie Tandberg og Sonni Schumacher***40** Hvorfor etablerte vi Folkehelseforeningen i 1998?*Gunnar Tellnes***42** Sakset fra allmenntilleggsforskning*Kompilert av Lisbeth Nilsen***43** BOKANMELDELSER: Utfordringer og store muligheter*«Vandringer og veiskiller» anmeldt av Eli Berg***44 FASTE SPALTER**

RELIS 44

HVA LESER LEGEN 47

LYRIKKSTAFETTEN 48

Urolig sjø

Vi er inne i turbulente tider. Både økonomi- og klimaprognosene som preger media gir grobunn for bekymring og ettertanke. I USA har debatten rundt selvbestemt abort og generell polariseringstendens nådd nye høyder. I Europa truer Putin i nord og hetebølger og vannmangel i sør.

I vårt eget land er sykehusene underbemannede, underfinansierte og for små. Eldrebølgens brenninger bryter mot overfylte akuttmottak, og i farvannet flyter korridorpasienter og ventelister. Døningene fra primærhelsetjenesten forplanter seg oppover til spesialistene, og i helseforetakene er uroen økende. Midt oppe i alt dette har regjeringens ekspertutvalg nylig levert sin rapport om fastlegeordningen – en rapport som kunne vært et lysende og velkomment fyrtårn for en fastlegeordning på feil kurs.

Dette er ikke den første utredningen som et helt fastlegekorps har sittet og ventet på. Desto større var kanskje forventningene til at man endelig skulle få fastslått, en gang for alle – at den beste kursen mot en trygg havn var færre pasienter per fastlege. Dessverre levner rapporten få forhåpninger om at diskusjonen rundt fastlegeordningen går inn i roligere farvann.

Allmennlegeforeningen har beskrevet tiltakene i rapporten som «en styrt avvikling av fastlegeordningen». Vi rykker på mange vis tilbake til start – til 80- og 90-tallet – der lange lister igjen blir belønnet, og der insentivene for å rette hjelpen mot de som trenger det aller mest, blir enda mindre.

Samtidig har vi fått «pasienttilpasset» basistilskudd rett i fanget, et tiltak som ble innført uten grundig dialog i trepartssamarbeidet, og lenge før blekket i ekspertutvalgets rapport hadde tørket.

Som erfaren fastlege, eller enda verre – som ung lege på vei inn i faget, er det vanskelig å stole på både myndighetene, navigasjonsutstyret og egen fornuft for tiden. Slik jeg ser det, er uforutsigbarheten i alle utredningene og tiltakene som settes i gang, uten at de berørte partene har blitt tilstrekkelig hørt, det mest skadelige.

Vi som fastleger vet bedre enn de fleste at mennesket er svært tilpasningsdyktig når en skade først har skjedd.

Aller verst har man det gjerne i perioder med usikkerhet. Jeg vil derfor oppfordre både politikere og fagforening til å vise en stø kurs og ha klar tale – også når det som skal kommuniseres sannsynligvis er upopulært.

Så må vi, fastlegekollegiet og mannskapet på skuta, sørge for å gi hverandre forutsigbarhet og samhold der vi selv er herre over det, nemlig på arbeidsplassen.

Det gjør vi best ved å lytte til hverandre, være der for kolleger som har utfordringer, og sørge for rettferdige og gode arbeidsforhold på våre egne små kontor rundt omkring i det ganske land. Så får vi håpe at både vi og pasientene snart skimter en fyrlykt i horisonten.

INGA MARTHE GRØNSETH

Stoer Head fyrtårn
helt nordvest i Skottland.

FOTO: COLOURBOX

Med dans på

Line Cecilie Christiansen ■ INTERVJUET AV KRISTINA RIIS IDEN

Renholdsarbeid ble Lines serendipitet. Tempo og faglighet hos helsearbeiderne hun jobbet sammen med som ungdom, sådde noen frø hos unge Line. Etter flere år spirte de og fikk blomstre fullt som en begeistret, bestemt og brennende engasjert fastlege.



Et stort samfunnsengasjement er beskrivende for fastlege, kommuneoverlege, veileder og tidligere politiker Line Cecilie Christiansen.

– «Vi har verdens beste jobb», konstaterer Line og lener seg tilbake i den myke sofaen på det ikoniske Radisson Blu Atlantic Hotel like ved Stavanger jernbanestasjon. Jeg har avtalt et møte med henne denne søndagskvelden. Det er hustrig ute og yr i lufta. Marshelgen har imidlertid vært vindstille og solfylt. Jeg kommer fra hytta i Ryfylke og skal videre med nattoget til Oslo. Line kommer fra hytta i Sirdal, hvor det har vært skiturer og uteaktiviteter hele helgen. Det har ikke vært lett å få til et møtetidspunkt som passer for oss begge. Endelig sitter vi her ansikt til ansikt og drikker ceylonte og lar praten gå.

Entusiasme, energi og pågangsmot lyser av fastlege, kommuneoverlege, veileder og den tidligere venstrepolitikeren Line Cecilie Christiansen når hun snakker.

Selv om hun nærmest vokste opp på gamle sentralsykehuset i Rogaland (SIR), nå Stavanger universitetssykehus (SUS), gikk aldri tankene hennes den gang i retning av en jobb innenfor helse.

– Min første jobb var som renholder på sykehus. Den jobben hadde jeg i alle årene fra videregående til alle somrene jeg studerte før jeg startet på medisin. Etter hvert avanserte jeg og fikk være renholder på avdelingene. Jeg husker hvor imponert jeg var over alle yrkesgruppene. Men jeg skulle ikke bli lege, jeg hadde bestemt meg for å bli sosiolog, slår Line fast.

Hennes mor var en viktig inspirasjonskilde for henne, i hvordan hun tenkte kvalitetsforbedring i sin karriere. Hun var sykepleier, tok videreutdanning i operasjonssykepleie, deretter anesthesi før hun studerte kvalitetsforbedring og videreutviklet slike systemer på SUS. Moren døde av ALS seks måneder etter at hun ble sykemeldt. – Heldigvis gikk det så fort. Det var bra for henne, sier Line.

En rød dame som ble sosialliberaler

Etter videregående skole flyttet Line til Bergen for å studere. Etter noen år ble hun cand. mag. i sosiologi, før hun bestemte seg for å bytte beite til medisin. I sosiologien søker

mange liner

man å forstå hvordan samfunnet er bygd opp og fungerer. Ikke underlig da at Line også har vært og er et politisk menneske. Hun beskriver seg selv som politisk radikal i mange år før hun endte opp i Venstre i 2010.

– Jeg er sosialliberaler, konstaterer hun og tar en slurk av den varme teen.

Hun var innvalgt for Venstre i to perioder og satt i kommunalstyret for levekår. Der gjorde hun seg bemerket.

Utpostens bladfyk har god kjennskap til denne siden av Line, og er imponert over hennes politiske virke. Hun evnet å se de lange linjene og de komplekse sammenhengene. Hun markerte seg i saker som gjaldt barnevern, rusomsorg, ROP-tjenestene (rus og psykiatri), alltid med et sosialliberalt avtrykk.

En politikerkollega beskriver henne som en sterk debattant, og at hun er god på å si de rette tingene til rett tid i situasjoner som kan virke håpløse. En god forhandler, tenker jeg, og selv om hun er prinsippfast i politikken, handler det politiske håndverket også om fleksibilitet og forhandlinger. Ikke rart at hun har venner på tvers av de politiske skillelinjene!

Tidsklemma

– Jeg ble med i politikken på den travleste tiden i livet og jeg skjønner egentlig ikke hvordan jeg fikk det til med barn og babyer. Jeg ble vel drevet av en overbevisning om at jeg hadde mye å bidra med. Det var ufattelig givende og viktig å få lov til å være folkevalgt i ett utvalg som håndterer budsjetter på tre milliarder!

Line blir tankefull når hun tenker på jobben som også innebar et stort saksomfang som måtte leses før politiske møter. I tillegg var hun i full jobb som fastlege på dag og ettermiddag. Hun forteller at før hun ble folkevalgt, trodde hun at politikk på lokalplan var noe som lett kunne fikses som en bijobb, men erfarte noe helt annet. For å være en god ombudsperson, som jo er det det handler om i politikken, måtte hun være ute der folk lever og møtes. Og det ble travelt.



Line blir stille et øyeblikk.
– Det var på et tidspunkt jeg tenkte: Enten må jeg satse og gå «all in», og da kan jeg ikke fortsette å være allmennlege, eller så må jeg gi meg. Med ettertenksomhet fortsetter hun.

– Det var med tvende sinn jeg gav meg i politikken. Noe måtte vike.

UTPOSTEN: Du er aktiv feminist. Hvordan vurderer du at en del kvinnelige politikere gir seg fordi de ikke får dobbeltarbeidet til å gå opp? Mister vi ikke noen viktige stemmer i politikken?

– Jeg har tenkt veldig mye på det som stolt feminist. Jeg opplevde i politikken skjult hersketeknikk i kommentarer som:

«du som har fire barn, hvordan får du tid til dette?».

Jeg stod jo faktisk i den dragkampen at jeg hadde lyst til å være mer hjemme på ettermiddagene, jeg ville være med ungene på trening, følge ungene på koret. Dessuten hadde jeg hatt stafettspinnen i to perioder, så til slutt ble valget enkelt.

Paradigmeskiftet

Torsdag 2. februar fikk minister Kjerkol overlevert Helsepersonellkomisjonens utredning *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Kommissjonens mandat var å utarbeide en kunnskapsbasert

utredning for behovene for helsepersonell fram mot 2040. Allerede har kommisjonens arbeid fått kritikk, ikke minst for beregningsgrunnlaget (1). Utredningen er nå ute på høringsreise. Måtte den stoppe opp hos mange kloke hoder.

– Ja, det har engasjert meg veldig, dette visste vi jo kom, sier hun framoverlent. – Vi vet jo at vi blir flere eldre, og at vi må tenke nytt.

I 2016 skrev Line en kronikk i *Rogaland Arbeiderblad*:

«Velferdssystemet må derfor tilpasses framtiden. Vi har ikke nok hender til å holde alle som ønsker det, men vi skal sørge for at alle som trenger det, får den hjelpen de skal ha.»

I dag jobber omtrent 400 000 mennesker i helse- og omsorgssektoren. Den mengden kan ikke vokse inn i himmelen. – Det helsepersonellkommisjonen tar opp, det angår min generasjon leger, sier Line.

Paradigmeskiftet vil komme, uansett hvordan man organiserer tjenestene.

Line mener vi må jobbe annerledes. Først og fremst må vi jobbe mer tverrfaglig og delegerer mer. Dernest må vi benytte oss av teknologi der det er rasjonelt å gjøre det. Etter hvert kan vi da bli avlastet i de oppgavene som ikke krever medisinsk kompetanse. Sannsynligvis må fastlegen i framtida reise mer i hjemmebesøk, for med en økende aldrende befolkning, er det stadig større andel av pasientene som ikke like enkelt kan komme til kontoret. Derfor må noe av dagens fastlegearbeid bort, for fastlegen kan ikke gjøre mer av alt. Det impliserer at fastlegen må vite hvilke virkemidler vi har og hvordan vi skal prioritere.

Line sukker til slutt etter denne analysen: – Hva med den allmennmedisinske dansen, den med tung-lett-lett. Vi skal ta utfordringene, men dagen må også være fylt med lettere ting.

Sosiologens vurderinger

Løsningen på framtidens utfordringer ligger ikke bare i helsevesenet. Byutvikling og samfunnsutvikling må gå hånd i hånd med helsetjenesteutvikling, hevder hun.

Fysiske forhold har mye å si i et aldrende samfunn. Sosiologiske bakgrunnsvariabler blir hentet fram, politikeren i Line våkner.

Hun vokste opp i en generasjonsbolig, fremdeles bor hennes far i første etasje.

– Jeg ser jo selvsagt at dette ikke går for alle. Men der vi kan og der det er mulighet til det, at pårørende på et eller annet tidspunkt blir mer involvert, mener jeg det er en for dårlig utnyttet ressurs. Det er en veldig vanskelig etisk debatt å ta, det at pårørende skal ta mer ansvar. Vi vet at noen tar *alt* for mye ansvar, og det er ikke bra hvis det går utover

helse. Likevel, vi må tenke nytt om dette. Vi må alle ta i et tak, der det er mulig. Min far som er somatisk skral, men kognitivt helt oppegående, han er en kjemperessurs å ha hjemme, understreker hun.

Line blir oppglødet når hun snakker om dette feltet. Hun kommer inn på borgerlønn og at dette til syvende og sist koker ned til følgende: hva slags samfunn vil vi ha?

Enorm empiri

Da Line var ferdig på medisinstudiet, ble veien inn i allmennmedisin en helt naturlig konsekvens av personlighetstypen hun er. Hun er ekstrovert, liker menneskemøtene og det kliniske, praktiske håndverket. Å hjelpe pasienten på kontoret, å benytte seg av eget nettverk i mange situasjoner, å være en hjelpende hånd og veilede pasientene, det passet henne. Hun kler denne ombudsrollen.

I den myke sofaen, nippende til ceylonte, snakker vi om det overlappende mellom fastlegerollen og politikerrollen. Politikeren har en ombudsrolle. Hun skal være et bindeledd mellom befolkningen og administrasjonen og ha en styringsrolle inn mot administrasjonen, slik at det blir velfungerende oppgaveløsning, som igjen gagnar befolkningen. Det blir som en metabolsk syklus, hvor alt er i en runddans som går av seg selv, gitt at alle enzymer i sirkelen fungerer.

Fastlegerollen har tilsvarende betingelser og fungerer også på sitt beste som en

metabolsk syklus med velfungerende enzymer. Fastlegens ombudsrolle er selvskreven ovenfor pasientene, men hun er også det viktige bindeleddet inn mot NAV, spesialisthelsetjenesten, arbeidsliv, osv.

– Jeg har en relativt ung pasientliste, som består av ressurssterke folk som er flinke til å manøvrere seg i systemet. De er ganske bevisste på hvilke tilbud som finnes og hvilke muligheter som er, konstaterer den populære fastlegen. – Men jeg må være et våkent ombud for de pasientene som ikke har det nødvendige støtteapparatet rundt seg. Der legger jeg inn det ekstra giret, slår hun fast.

Ombudsrollen fungerer best når legen har eierskap til pasientene, spesielt de svake, kjenner konteksten, utfordringene og oppoverbakkene. Det handler om kontinuiteten. Studien til Sandvik viser hva fastlegen erfarer hver dag (2).

– Jeg har tenkt mye på hvor mange beslutninger vi tar hver dag for de 20–25 pasientmøtene våre. Empirien kommer naturlig nok med årene. Pasientene som går til meg tre-fire ganger i året, gir meg en erfaring som er ganske unik. Denne erfaringen blir igjen til en form for pasientstemme inn i jobben som kombilege.

Utvikling av tjenester

Line er både fastlege og kommuneoverlege i samme kommune. – Det lokale samarbeidet i Stavanger kommune fungerer bra, forteller hun. Hun iler til og presiserer med

Fastlegehverdagen skal inneholde utfordringer, men det er viktig med de lette problemstillingene også, sier Line.





Line er glad i ski- og uteaktiviteter, gjerne i området ved hytta i Sirdal.

en gang at det gjør henne uhildet, hun sitter jo på begge sider av det bordet.

Noe av suksessfaktoren kan være at kommunen har flere kombileger i de samfunnsmedisinske funksjonene. Altså overlever som også jobber som fastleger. Line beskriver flere velfungerende tverrfaglige arenaer som gir en produktiv dialog med kommunen. Kommunens allmennlegeutvalg og LSU tar opp saker som handler om akkurat dette – samhandling med andre tjenester. Kommunen har et eget kvalitetsforum for fastlegene, som jobber med å styrke både kvalitet i det fastlegene driver med, og fremmer også forslag til planverk.

– Jeg har virkelig erfart at vår opplevelse av pasienter og deres reise inn i det kommunale helse- og velferdssystemet, blir tatt med inn i utviklingen av tjenester, sier kombilegen. Dette er jo samfunnsmedisin i praksis.

Line er ellers godt i gang med spesialisering i samfunnsmedisin. Hun er ferdig om et drøyt år og opplever at heltids samfunnsmedisinjobber trekker litt i henne. Der man i allmennmedisin kan få til raske, pragmatiske løsninger her og nå, må man planlegge fram i tid i samfunnsmedisin. Her kommer erfaringene fra det politiske verkstedet til nytte.

– Samfunnsmedisin ligger i skjæringspunktet mellom allmennmedisin og politikk, anfører hun.

Erfarings- og kunnskapsutveksling i trygge rammer

Line har siden studiedagene interessert seg for veiledning. Årsaken tror hun, er at hun selv aldri opplevde i studiet å få én-til-én-veiledning. Det å få sette seg ned, gi ro og trygge rammer for å snakke med en eldre kollega. Hun savnet det. Å bli sett og forstått er jo bekreftende i seg selv. Da hun selv begynte i veiledningsgruppe med kloke og nettopp bekreftende veiledere, Torgeir Gilje Lid og Anne Korsæth, inspirerte de henne. Hun skjønte det handlet om å vise folk en vei inn i samtalen og stille gode spørsmål og skape refleksjon. I tillegg handler det selvsagt om å gi en mestringfølelse i jobben som gjør at de trives og har lyst til å bli.

– Og det er veldig fint å se at det er noe som det blir satset på i den nye ALIS-utdanningen, konstaterer hun.

Utpostens utsendte vet at Line gir LIS1- og LIS3-gruppeveiledning. I tillegg gir hun én-til-én-veiledning med to LIS3-kandidater.

– Det gir meg en enorm glede! For meg forebygger veiledning utbrenthet. De har gjerne kommet fra utdanning i en annen tid enn jeg, de har gjort andre observasjoner, de har ofte mer oppdatert kunnskap enn meg, sier Line og fortsetter: – Gode og engasjerte veiledere er helt essensielt for faget allmennmedisin. En ting er at vi ønsker rekruttering av gode kolleger, dernest ønsker

vi også å hjelpe de som har en del vansker. Det er jo kanskje noen som ikke egner seg. For det er et fag hvor du må håndtere menneskene rundt deg.

– Det har jeg også tenkt på ... at vi kanskje er litt ... vi veileder inn, men kanskje vi også noen ganger skulle veiledet ut. Det er en vanskelig balansegang og litt politisk ukorrekt å ta opp ... du må egentlig ønske å jobbe mye, du må ønske å ta unna, du må ønske å ha en litt mer enn åtte til fire jobb. Forventningen til allmennmedisin blir vanskelig hvis en tenker at alt jobbrelatert skal kun foregå mellom klokka åtte og halv fire, og at en ikke er komfortabel med å ha flere enn ti til femten pasienter om dagen. Da blir det tøft! Det er kjedelig å ha kjøpt seg en praksis og etterpå finne ut at man har brent lys i begge ender, og ikke kjenne mestringfølelse.

Latter og løye

Det nærmer seg avgangstid for nattoget. Jeg må sjekke inn i sovekupéen min og Line må komme seg hjem til generasjonsboligen på Våland som huser mann, barn, far og en hund.

Hun beskrives av venner som en dame med stor arbeidskapasitet, godt humør og betydelig pågangsmot. En venninne forteller at det alltid er morsomt å være sammen med henne, for det blir alltid mye prat og latter. En gang de to venninnene var på tur i Amsterdam, gikk de seg bort, fordi praten gikk. De endte med å ta drosje tilbake til hotellet, som bare lå 200 meter unna. Det har blitt til enda en historie å more seg over!

På vei ut i den værkalde, urolige Stangerlufta oppsummerer og rammer Line inn intervjuet.

– Og det som er fint med å være allmennlege og med å være politiker også, er at vi treffer folk i alle livsfaser, med alle mulige former for bagasje. Vi treffer Jørgen Hattemaker og kong Salomo. Allmennmedisin har lært meg så mye, sier hun før hun forsvinner på sykkelen mot Våland.

Jeg har også lært mye etter denne timen med den engasjerte, inkluderende og kunnskapsrike damen. Og hvem vet – den som kan titte inn i krystallkula ser kanskje et comeback for helsepolitikeren om noen år?

REFERANSER

1. Braut G.S. Den uavhengige variabelen i spelet om helsepersonellet – tankar kring rapporten frå Helsepersonellkommissjonen. Utposten 2023; 52 (3).
2. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. British Journal of General Practice 2022; 72 (715):e84–e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

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

Trygd og Tsjekhov

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Samfunnet har store forventninger til legen i sykmeldingsarbeidet. Vi skal være medisinere, og i så måte skal vi vise forståelse, aksept og trøst. Samtidig skal vi skille mellom dem som har rett til og ikke har rett til sykmelding. I den rollen er vi forvaltere og skal vokte porten til et stort og kostbart gode. Hvordan løser vi disse motsetningene? Kanskje kan en setning fra den russiske legen og dramatikeren Anton Pavlovitsj Tsjekhov være til hjelp.

Ingen liker å føle seg utnyttet, lurt eller brukt til uhederlige formål. Det er ubehagelig å måtte forsvare overfor NAV at man har gitt noen en sykerolle og en sekundærgevinst man selv er i tvil om gyldigheten av. Når jeg underviser i trygdemedisin kommer kolleger bort til meg og sier: «Jeg har en jeg sykemelder som jeg er veldig i tvil om.» Kanskje føyer de til: «Jeg tror kanskje han lurer meg.» Disse legene er ikke alene om slike følelser. Leger strever med å være portvoktere (1). I denne artikkelen vil jeg dele noen refleksjoner om disse spørsmålene – slik jeg ser det akkurat nå.



Kan en replikk i dramaet «Onkel Vanja» av Anton Tsjekhov lære oss noe om sykmeldingsarbeid?



Arbeidsevne er summen av mange faktorer, ikke bare sykdom. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

En enkel, men opplysende AUDIT

For noen år siden gjorde jeg en enkel undersøkelse (AUDIT) av min egen sykmeldingspraksis. Jeg delte sykmeldingsforespørsler i tre grupper: Svart, hvitt og grått. Det er jo en grov forenkling, men den er likevel nyttig. Svart fravær er juks, altså klart utenfor det som det er lovlig å sykemelde for, oftest fordi det ikke er snakk om sykdom. *Hvitt* fravær innebærer sykdom som gjør det umulig å gå på jobb. En arrogant definisjon: «Da vil jeg selv vært borte fra jobb». Jeg definerte det likevel ikke slik, men laget formuleringen: «Når jeg ut fra medisinske forhold *alene* kan si at her er det absolutt umulig for noen å gå på jobb». *Grått* fravær er når det er sykdom, og pasienten opplever det umulig å jobbe, men hvor jeg kan forestille meg at det fins andre som i en lik sykdomssituasjon ville ha klart å jobbe.

Vi vet jo at de fleste av pasientene i allmennpraksis har symptomer og plager, uten å ha alvorlig sykdom. Symptomer, slik som uttalt slitenhet eller smerter, er akseptert som sykdom, selv om vi som leger ikke finner strukturelle forklaringer. Mye av dette fraværet er sammensatt og har komplekse årsaker. Jeg forventet derfor at et flertall av fraværet ville være grått.

Resultater av min AUDIT

Jeg registrerte i alt 62 sykmeldingsforespørsler fortløpende. Av disse var to «svarte», altså situasjoner hvor jeg måtte si nei til å sykemelde. Det ene gjaldt et sykt barn, og lot seg enkelt løse ved å bruke sykt barn-dager. Den andre var et spørsmål om sykmelding fordi ektefellen hadde gips på grunn av et brudd, og derfor ikke kunne passe deres felles barn. Forespørselen gjaldt altså ikke

egen sykdom, og måtte ende med et nei. Omfanget av rent juks, eller kanskje heller her misforståelser, er altså ikke så stort. Det var tre forespørsler som var «hvite», altså hvor det helt åpenbart var umulig å være i arbeid. En av disse var innlagt, en hadde psykose lidelse og en var på grunn av somatisk sykdom mer eller mindre ute av stand til å ta vare på egne ADL-funksjoner. De øvrige 57 sykmeldingene var «grå», altså i et område hvor det var mulig å tenke seg både mulighet for å gå noe på jobb, og for ikke å gjøre det, avhengig av situasjon og person. Ved mange av dem var det viktige elementer av sosiale belastninger. Ved to av dem var jeg i tvil om det var sosiale forhold eller sykdom som veide tyngst.

Resultatet overrasket meg! Jeg hadde som nevnt forventet mye «grått» fravær, men ikke en så stor andel som jeg fant. En konsekvens av funnet er at vi som leger ut fra medisinske forhold *alene*, oftest ikke kan si så mye om arbeidsevne. Arbeidsevne og funksjon er mye mer enn sykdom. Den svenske filosofen Lennart Nordenstam har definert helse slik:

«Helse er en persons kroppslige og mentale tilstand som er slik at personen har evne til å realisere alle sine vitale mål, gitt rimelige omgivelser» (2).

Setningen er komplisert, men sier oss at helse og funksjon er mer enn de tradisjonelle sykdommene. Funksjon henger også sammen med evner – talenter og ferdigheter, motivasjon og omgivelser – i trykkesammenheng ofte kalt tilrettelegginger. Tenk på en eldre lærer med nedsatt hørsel som ber om sykmelding fordi det er blitt så vanskelig å høre hva elevene sier. Nedsatt hørsel er sykdom. Samtidig har kanskje skolen hvor han jobber fått nytt datasystem (om-

givelser) som han sliter med å lære seg (evner). Han har ikke fått lov til å jobbe med mindre grupper av elever (omgivelser). Hans ektefelle har nylig blitt pensjonist, og han syns det er tungt å være den eneste av de to som skal på jobb (motivasjon). Vi ser her at helse og funksjon er mer enn sykdom. Som leger er det ofte relativt greit å måle sykdomsbiten – men hvordan skal vi veie alt det andre? Dette er hva jeg i min AUDIT kaller «grått» fravær. Her er det vanskelig ut fra en audiometri *alene* å si noe om arbeidsevne.

I mange sammenhenger blir jeg som fastlege bedt om å si noe kategorisk om arbeidsevne, det være seg skriftlig eller muntlig, det siste gjerne på et dialogmøte. Svaret på dette spørsmålet vil oftest være at det kan jeg ikke si noe kategorisk om, fordi arbeidsevne er så mye mer enn det som er gitt av sykdom *alene*.

At det virkelig er slik at fravær fra jobb har andre elementer enn helse *alene*, bekreftes av sosiologiske studier som viser at to ellers ganske like arbeidsplasser og arbeidsstokker kan ha helt ulik grad av sykefravær. Norge har jo også et langt høyere sykefravær enn våre naboland, tross ganske så like helsemessige forhold.

Å møte svart og hvitt fravær

Å møte det «hvite» fraværet er enkelt. Her kan man trygt lene seg tilbake på legerollen og tydelig medisinsk kunnskap. Det er lett å attestere og begrunne slikt fravær i journalen og overfor NAV ved forespørsler derfra. Å møte «svart» forespørsel er noe verre. Det er en egen kommunikasjonsferdighet å kunne si nei på en respektfull måte. Viktigste her er å sette seg grundig inn i situasjonen. Det gjør at man unngår å overse for-



Scene fra første akt av «Onkel Vanja», fremført av teaterkompaniet Moskovskiy Hudojestvenny Akademicheskij Teatr i Moskva i 1899. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

hold som gjør at et nei er uberettiget. Samtidig bygger det tillit. For å kunne sette seg inn i saken må man utsette å gi svar: «Du ber om en sykmelding. La meg først få høre nøye hvordan du har det». Det er også konflikttdempende å legitimere selve fore-spørselen, uten at man med det lover å innfri den: «Jeg forstår godt at du ber om en sykmelding her, du er jo i en vanskelig situasjon». Jeg har tidligere skrevet en egen artikkel i *Utposten* om det å si nei (3).

Å møte grått fravær

Det er i møtet med det «grå» fraværet jeg mener at legen og dramatikerens Anton Tsjekhov kan være til hjelp. Tsjekhov er sammen med Shakespeare og Ibsen en av de mest spilte dramatikerne i verden (4). Tsjekhov var selv lege, og praktiserte som lege i hele sitt 44 år korte liv. Han tjente lite på sin legegjerning, da han stort sett behandlet alle pasientene gratis. I stykket *Onkel Vanja* møter vi følgende replikk: «Du må ha tiltro til alle mennesker, ellers blir det umulig å leve».

Replikken er nok løsrevet fra hans legegjerning, og er selvsagt skrevet uten tanke på norske fastleger et drøyt århundre senere. Men replikken kan være til hjelp for oss når vi møter det grå fraværet. Dersom vi møter pasienter med mistro og en

grunnleggende skepsis – så blir det umulig å leve, både for dem og for oss selv. Per Fugelli kaller tillit for «det gudestoffet som holder pasienten og legen sammen» (5). Med andre ord: Uten tillit oppløses relasjonen. Med Fugelli sine ord:

«Uten tillit ville medisinen være en slagmark invadert av advokater, byråkrater, journalister, kontrollører, konsumenter og spekulanter.»

I møtet med det grå fraværet: Vi har en portvokterrolle, men først og fremst har vi også her en legerolle, hvor vi må møte pasienter med en grunnleggende tro på deres egen opplevelse av symptomer, helse, funksjon og arbeidsevne. Når tillit er grunnleggende, blir det mulig å validere den andres opplevelse, hjelpe og støtte, lindre og trøste. Det må være startstedet. Derfra kan helsefremming og økt funksjon bli et felles prosjekt. Som leger er vi bokstavelig stilt overfor den andres – pasientens – ansikt. Filosofen Emmanuel Levinas er opptatt av slike møter, et møte ansikt til ansikt gir et ansvar for å ta vare på den andre, en annen enn seg selv (6). Et slikt møte i tillit åpner også for sårbarhet – vi kan bli lurt. Det må vi tåle, nettopp for at det skal bli mulig å leve. Betyr det at vi er en form for sykmeldingsautomater, som bare bekrefter at pasienten «sykemelder seg» selv? Det mener jeg bestemt at vi ikke er.

Legemodeller

Rother og Hall beskrev allerede i 1992 fire forskjellige modeller for lege-pasient-relasjon: paternalisme, konsumerisme, *laissez faire* og gjensidighet (7). Ved paternalisme har legen høy kontroll og pasienten lav. Legen tar beslutninger for pasienten ut fra sin antagelse om hva som er best. Konsumentlegen er motsatt: Her har pasienten full kontroll, og legen utøver ren bestillingsmedisin, «den medisinske pølseboden». Legen gjør det pasienten ber om, eller nærmest: Det pasienten betaler for. *Laissez faire* beskriver en legestil hvor alt er kaos, hvor ingen har kontroll. Til slutt har vi den gjensidige legen, hvor begge parter har kontroll. Pasientens ønsker og tanker utforskes aktivt, åpen forhandling gir et gjensidig møte mellom to likeverdige parter. Pasienten kan uttrykke sin mening og legen kan likeledes sette ord på sine dilemmaer. Valg og avgjørelser tas i et fellesskap etter en gjensidig interaksjon. I en slik modell er det akseptert for legen å ha en egen mening, så lenge også pasientens mening utforskes, og det er tydelig at pasientens synspunkt er like viktig. Det fins evidens for at en slik gjensidig lege-pasient-interaksjon gir bedre helseutfall for pasienten (8). For igjen å si det med Tsjekhov: Tiltro gjør det mulig å leve.

Med gjensidighet i relasjonen mellom lege og pasient kan alle sider av pasientens liv kartlegges, og i fellesskap kan lege og pasient finne tiltak som øker helse og arbeidsevne. Det kan være å behandle sykdom, å styrke helse generelt med fysisk trening, ved å ta vare på døgnrytme, ved å jobbe med relasjoner eller ved å utforske tilrettelegginger på jobb. En viktig del av samtalen er å kartlegge sosiale, altså ikke-medisinske vansker. Pasienten må støttes i å løse disse, eller til å få hjelp fra andre til å løse dem. Et godt eksempel er økonomiske vansker, hvor det kan være aktuelt å koble inn gjeldsrådgiver.

Noen teknikker som kan hjelpe

Det fins også flere råd som kan være til hjelp i sykmeldingsarbeidet. En legitim teknikk i samtalen kan være å *dele undring*: «Jeg tenker når jeg ser at du går, og klyver opp og ned fra benken, at du ser ganske ubesværet ut. Likevel klarer du ikke noe arbeid ...» eller: «Situasjonen din er litt fastlåst, og tiden går. Vi vet også at det å ha en jobb å gå til er bra for helsen. Det gjør at jeg blir bekymret ...». Slike setninger kan gi overraskende svar og økt forståelse for pasientens situasjon. Nye muligheter kan da åpne seg. Erfaring er også at relasjonen til pasienten tåler slike utsagn. Er man i tvil om relasjonen tåler en slik diskusjon, så

kan man starte med å be om tillatelse, gjerne med et glimt i øyet: «Er det greit at jeg deler noen litt rare tanker med deg?»

Det er også lurt å kartlegge pasientens funksjon nøye. Eksakt hva består uførheten i? Dette kan gjøres ved å vandre gjennom pasientens dag, fra time til time. Hva gjør du? Når står du opp? Hva gjør du så? Tar du på klær selv? Går det bra? Hva skjer om du går en tur? Hvor langt? Hva stopper deg? En slik utspørring kan overraske både pasienten og legen – og avsløre at funksjonen er høyere enn pasientens innledende

abstraherende setninger gjerne skulle tilsi. Pasienter sier gjerne: «Det har blitt umulig å gå!», etter nettopp å ha vandret inn på kontoret! En nøye kartlegging vil føre til et journalnotat av typen: «Ved gange kan han gå 500 meter i rolig tempo før han må ta en pause på et par minutter. Han kan så gå videre og det hele gjentar seg. Etter tre-fire kilometer på denne måten blir tempoet betydelig redusert.» En slik kartlegging kan i seg selv åpne for at arbeid likevel er mulig.

Et godt råd er å tenke langt fram, ikke bare å diskutere neste forlengelse av syk-

meldingen. Det er lettere å akseptere en gradert tilbakegang til jobb om to uker, enn å skulle omstille tanken til å gå på jobb i morgen. «Da forlenger vi sykmeldingen helt i en uke til. Hva tenker du om jeg alt i dag forlenger den i ytterligere to uker til, men da med 40 prosent arbeid?». Det kan også være til hjelp å tenke enda lengre frem: «Hvor ser du deg selv om ett år? Om fem år? Har du samme jobb da?».

Til slutt vil jeg nevne *kognitive intervensjoner*, slik kollega Cathrine Abrahamsen lærer bort i sine kurs (9). En enkel teknikk er å be pasienten først liste opp fordeler ved å være sykemeldt, og så fordeler ved å gå på jobb. Ofte blir den siste listen overraskende lang. Det kan åpne øynene for tilbakegang til arbeid. Forskning har vist at et slikt samtaleverktøy gir legen mestring i arbeidet med pasienter med medisinsk uforklarte symptomer og plager (10). Denne gruppen pasienter utgjør en stor del av det «grå» fraværet. Men med enkle samtaleteknikker, kan sykmeldingsarbeidet bli spennende og mer meningsfylt.

Konklusjon

Det er mulig dette er banalt for andre, men for meg har det vært en lengre vandring å komme dit: Det er ingen grunn til å ha gnagende dårlig samvittighet for å møte mennesker med tillitt. Også i sykmeldingsarbeidet er vår primære jobb å stille diagnoser og å behandle, i et samarbeid med pasienten. Heldigvis er det også slik vi best fremmer helse og funksjon.

REFERANSER

1. Gulbrandsen P, Førde R, Aasland O.G. Hvordan har legen det som portvakt? Tidsskr Nor Legeforen 2002; 122:1874–9.
2. https://www.utposten.no/journal/2021/6/m-313/Evnebasert_helsebegrep_i_medisinsk_praksis.
3. https://www.utposten.no/journal/2019/4/m-1375/Hvordan_sier_vi_nei.
4. https://no.wikipedia.org/wiki/Anton_Tsjekhov.
5. Fugelli P, Tillitt, Tidsskr Nor Lægeforen 2001 121: 3621–4.
6. Emmanuel Levinas Totalité et infini (1961)
7. Roter D.L., Hall J.A. Doctors Talking with Patients/Patients Talking with Doctors. Auburn House, Westport, CT. (1992).
8. Silverman, Kurtz, Draper Skills for Communicating with Patients, Radcliffe Publishing, 2013, s 194–198.
9. <https://www.dagensmedisin.no/barn-og-unge/eldre-ikke-bruk-folkehelse-forskning/nytt-verktoy-skal-bedre-samtalen-mellom-fastlege-og-pasient/481886>.
10. Abrahamsen C, Lindbaek M, Werner E., Experiences with a structured conversation tool: a qualitative study on feasibility in general practice in Norway Scand J Prim Health Care, 2022 Jun; 40(2): 190–196.

I den oscar-vinnende japanske filmen «Drive My Car» – med en rød Saab 900 i hovedrollen! – er en oppsetning av Tsjekhovs stykke «Onkel Vanja» helt sentralt. Anbefales! Filmen er gratis tilgjengelig på filmoteket.no.

原 村上春樹 × 主 西島秀俊 × 監 濱口竜介

その先にあるものを、僕はまだ知らない。

Drive My Car

西島秀俊 三浦透子 露島れいか / 岡田将生
 原作: 村上春樹「ドライブ・マイ・カー」 監督: 濱口竜介
 脚本: 濱口竜介 夫江泰光 音楽: 石塚英子

妻との記憶が削られた車が、孤独な二人を出会させた。

ドライブ・マイ・カー

■ NFLEM@ONLINE.NO

ALLMENNEMEDISINSK HISTORIE: – De lange og de korte lin

En samtale mellom Njål Flem Møeland, redaktør i Utposten, og Olav Thorsen,

Faget allmennmedisin er overraskende ungt. På noen få tiår har vi gått fra et ikke-fag, til en hjørnestein i det medisinske byggverket. Denne historien er spennende i seg selv og kan lære oss noe om veien videre.

I anledning av Norsk forening for allmennmedisin (NFA), tidligere Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), sitt 40 års jubileum har Olav Thorsen vært redaktør for en bok om foreningens historie. Det er et godt påskudd for en samtale om vårt fag sin historie.

Alt, nær som selve skapelsen og et langt og utmattende forspill, starter jo med de gamle grekerne. Så også med allmennmedisinen. Det første faget var filosofien, ut av denne har all vitenskap forgrenet seg. Det som står igjen som filosofi i dag, er de evige kjernespørsmålene, om selve grunnlaget for eksistens og tenkning. I medisinen er på samme måte allmennmedisinen det opprinnelige faget, hvorfra alle andre spesialite-



Olav Thorsen presenterer NSAM/NFA 40 år 1983–2023 under vår-uka i Bergen.

ter har blitt avskallet. Tilbake til oss allmennlegene står kjernen i den medisinske virksomheten: Møtet med et helt menneske som oppfatter seg selv som sykt. Våre møter med pasienter i dag er i så måte likt Hippokratets sine pasientmøter. Det er kunnskapsomfanget og rammene rundt møtet som har endret seg. Jeg som skriver dette er født i 1968, og er i dag 55 år gammel. Jeg ser på meg selv som ung, noe illusorisk naturligvis. Jeg startet mine studier i 1987. I Trondheim tidlig på 90-tallet møtte jeg faget allmennmedisin mot slutten av studietiden. Her fikk jeg høre historien om hvordan faget vårt ganske nylig ble en selvstendig spesialitet. For meg syntes det nokså selvsagt at allmennmedisin måtte være et eget fag, men jeg forsto at det lå en kamp bak det. I 1992 arrangerte jeg som en del av den internasjonale studentfestivalen (ISFIT) i Trondheim, et eget møte for medisinerstudentene som deltok på festivalen. Her holdt Steinar Westin en innledning om spesialistutdanningen i Norge, hvor unge leger ble allmennleger – ved å jobbe i allmennpraksis. Det som for meg var noe selvsagt gjorde et nærmest sjokkartet inntrykk på mange av de utenlandske studentene. Det var også sjokke-

rende for dem at Steinar (professor!) og jeg (student!) var på fornavn. Jeg ble ditto sjokkert over at dette var sjokkerende! Lærdommen var: Det som for meg er selvsagt, er ikke nødvendigvis det for andre. Vi preges av hvor vi kommer fra, og tar vår egen tan-

jene

pensjonert fastlege, ph.d

kegang for gitt. Og: Historien preger oss og endrer oss, noen ganger uten at vi selv legger merke til det.

Når jeg i dag underviser reelt (og ikke som meg selv, innbilt) unge leger på grunnkurs, så opplever jeg at de i liten grad kjenner fagets historie. De tar grunnleggende forutsetninger for gitt, blant annet at vi i det hele tatt har et akademisk fag som heter allmennmedisin, at det er en egen spesialitet, og at veien inn til spesialisthelsetjenesten går via allmennlegen som portvokter. Slik er det bare i et fåtall land, og også i vårt eget land bare ganske nylig.

NJÅ: Olav Thorsen, du er noen år eldre enn meg. Kan du fortelle helt kort hvem du er, og hvordan denne grunnleggende historiefortellingen ser ut fra deg og din generasjon sitt ståsted?

OLAV: Jeg har vært allmennlege i Stavanger i 40 år. Etter studiene i Bergen og turnus jobbet jeg to år i Hammerfest som distriktslege. Drømmen var å bli kirurg, å reparere de syke organene og bli ferdig med saken! Men så fikk jeg plass på et kurs i Oslo i 1980: Allmennmedisin for allmennpraktikere, som blant annet Per Hjortdahl og Magne Nylenna var ansvarlige for. Der ble interessen for alvor vekket. Da det ble utlyst to ledige allmennlegestillinger i Stavanger, søkte vi (min daværende kone og jeg) på disse, og siden har jeg aldri angret på valget av spesialitet. Jeg kom med i styret i Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM) i 1990 og ble leder for foreningen i 1992. I 1993 feiret vi tiårsjubileum for Selskapet, det er jo nå 30 år siden. Historien om NSAM/NFA var spredt mange steder og hos mange personer. Jeg hadde lyst å samle den på ett sted. Så da ble det en bok.

NJÅ: Denne artikkelen leses av en del yngre leger. Du har jo nå brukt mye tid på å skrive ned historien om NSAM, og i denne boken trukket tråder både bakover og fremover i tid. Har en slik historiefortelling noen betydning for dem som i dag er på vei inn i vårt fag?

OLAV: Det å kjenne historien er alltid viktig for å forstå utviklingen og sammenhenger, hvorfor og hvordan ting skjedde. NSAM ble stiftet før allmennmedisin var



Njål Flem Mæland studerer Olav Thorsen sin bok om historien til Norsk forening for allmennmedisin.

en egen spesialitet, i 1985, av entusiaster og idealister for faget, i en tid hvor mange trodde at kun å satse på sykehusspesialitetene var løsningen på folkehelseproblemerne.

NJÅ: *Utposten* sin redaksjon var nylig i Skottland og besøkte Edinburgh. Det var et spennende møte med et land med store utfordringer, utfordringer som ligner våre egne, med fraflytting fra distrikter, men med større fattigdom enn hos oss, og utbredte rusproblemer. Men Skottland har en stolt medisinsk historie. Spesielt viktig er det at den aller første professor i allmennmedisin var fra Edinburgh. Han het Richard Scott. Professoratet hans ble opprettet i 1963. Men så gikk det ikke så mange år før vi her i Norge fikk vårt første professorat.

OLAV: Ja, Christian F. Borchgrevink ble vår første professor i 1968, det året du ble født. Det var det tredje professoratet i verden i allmennmedisin. Senere kom det professorater i Bergen i 1972, i Tromsø i 1973 og i Trondheim i 1975. Her var Legeforeningen tungt inne med midler for å få på plass disse første stillingene. I 1967 ble allmennmedisin foreslått som undervisningsfag, og fra 1990-tallet etablert som ett av tre hovedfag i utdanningen. Opprettelsen av videregående og etterutdanningsfondet har også hatt en stor betydning for spesialiteten.

NJÅ: Vi snakker i dag om en fastlegekrise, men vi har hatt kriser før, spesielt to av dem skal vi omtale. Kan du si litt om årene før vi fikk disse professoratene?

OLAV: Fra 1955 til 1965 sank antall leger i primærhelsetjenesten dramatisk. Myndighetene hadde satset ensidig på sykehusek-

toren, mens primærhelsetjenesten ble overlatt til seg selv. Tjenesten kom inn i en ond sirkel med rekrutteringssvikt, forgubbing, statusfall og faglig isolasjon. I denne tiårsperioden økte snittalderen til allmennlegene med ett år årlig. Folketallet gikk opp, mens antallet allmennleger gikk ned. Manglende vaktordninger og svær arbeidsbelastning gjorde at nesten ingen unge leger ønsket seg til allmennpraksis. «Alminnelig praktiserende» eller «privatpraktiserende» leger, ble ofte møtt med nedlatende holdninger, både fra sykehuskolleger og fra deler av forvaltningen. Mange allmennleger måtte betjene en pasientpopulasjon på opptil ti tusen personer i store geografiske distrikter. Noen klarte imidlertid å få tid til å beskrive denne utviklingen og til å presentere de alvorlige prognosene som tegnet seg for primærhelsetjenesten. Alment praktiserende lægers forening (Aplf), som ble stiftet i 1938, kom til å spille en viktig rolle i utviklingen av faget, blant annet gjennom kursvirksomhet. Yrkesbetegnelsen viste seg å ha en stor symbolfunksjon. I 1963 ble betegnelsen «alminnelig praksis» omdøpt til «almenpraksis», og de som jobbet med allmennpraksis fikk betegnelsen «almenpraktikere». De økonomiske karene ble bedre gjennom Pensjonsordningen for leger (1961) og Sykelønnsordningen for leger (1963).

NJÅ: Organiseringen var også annerledes. I dag er det jo svært få soloopraksiser igjen, jeg kan huske at vi hadde et par slike i Trondheim da jeg kom hit i 2001, nå er det meg bekjent ingen igjen. Men i 1978 var 65 prosent av allmennlegene i Norge sololeger!

OLAV: Det stemmer. Både økonomien i ordningene og den enkelte leges ideologiske tankegang omkring måten å tjene penger på har styrt dette. Begge systemene har sterke og svake sider. Høy «produksjon» av helsetjenester ved bruk av prosedyretakster betyr ikke nødvendigvis gode helsetjenester. Erfaringen har vist at en «blandingsøkonomi» med basistilskudd og honorar for utførte tjenester ofte er den mest effektive løsningen, både for aktørene og for samfunnet. Det viktige er å sikre at legene har trygge rammer som gir sikkerhet ved fravær for sykdom og svangerskap, og mulighet for forskning og fagutvikling.

NJÅL: Jeg hadde selv fastlønn som kommunelege i Vestvågøy i tre år på slutten av 90-tallet – jeg husker at årslønna var i overkant av 300 000 kroner, omtrent det samme som en VW-golf kostet den gangen.

OLAV: Ja, noe må ha blitt bedre! På den tiden var en ny krise på gang. I 1997 var 28

prosent av alle stillinger i Nord-Norge ubesatt, og 37 prosent av alle stillinger i kommuner med under 4000 innbyggere var ubesatt. Det var utstrakt bruk av vikarer, det manglet kontinuitet og det var doktorshopping.

NJÅL: Og så fikk vi fastlegeordningen! Jeg husker min egen skepsis. Nå, over tjue år senere, så er det faktisk vanskelig å huske hvorfor jeg var skeptisk. Det sier noe om hvordan det nåværende glir inn i underbevisstheten som det selvsagte. Men vi må litt tilbake i tid igjen. Jeg har så vidt vært inne på at spesialiteten vår ikke er noen selvfølge. Kan du si noe om den prosessen som ledet fram til at vi i 1985 fikk en egen spesialitet i allmennmedisin?

OLAV: I 1973 opprettet Legeforeningen en egen tittel, *Almenpraktiker Dnlf*, for allmennleger som hadde gjennomgått konkrete krav til utdanning og praksis. Denne ga en kompetansetittel som måtte fornyes

hvert femte år, ved at legen måtte være i praksis, gjennomføre kurs (to uker hvert år) og sykehustjeneste (seks måneder). I begynnelsen var det ikke knyttet noen spesiell takst til denne kompetansen, og interessen var laber, med få søkere til kursene. Etter hvert ble det en egen takst for de som var *Almenpraktiker Dnlf*. Interessen økte, og arbeidet med å lage en egen spesialitet ble intensivert. I 1985 ble spesialiteten i allmennmedisin vedtatt. Da ble allmennmedisin en fullverdig medisinsk spesialitet, med fem års utdanningstid. Det var Legeforeningen som hadde ansvaret for spesialistutdanningen fra 1985. Dette varte helt til 2017, da ansvaret ble overtatt av staten ved Helsedirektoratet. Da spesialiteten i allmennmedisin ble opprettet i 1985, var den allmennpraktiserende legens arbeidsoppgaver sentrale. Slagordet var at man lærer allmennpraksis ved å være i allmennpraksis. Etter hvert ble praksis fra andre deler av primærhelsetjenesten godkjent som tellende med inntil to år av det allmennmedisinske praksiskravet. Utredning av krav til spesialitet i allmennmedisin for å kunne arbeide selvstendig som allmennlege ble foreslått av meg på NSAM-årsmøtet i 2005. Dette forslaget ble det flertall for, først på årsmøtet i NSAM og deretter i Aplf. Fra 2019 kom det et krav om å inneha spesialiteten i allmennmedisin, eller være i et utdanningsløp under veiledning, for å kunne jobbe selvstendig som allmennlege i Norge.

NJÅL: Jeg har ikke tenkt at vi i denne samtalen skal bruke så mye tid på organisasjoner og deres utvikling. Dette fordi det er omtalt av Gisle Roksund i en artikkel i *Utposten* tidligere i år (1), og fordi du omtaler det grundig i din bok. Men kort fortalt, Olav...

OLAV: Om jeg skal si det kort: Da NSAM ble stiftet, var det mange i Aplf (Allmennpraktiserende legers forening, senere AF) som så på Selskapet som en konkurrent. Aplf organiserte alle allmennlegene, med ansvar for økonomi, mens NSAM var foreningen for de som var spesielt interessert i forskning og fagutvikling, med frivillig medlemskap. Aplf hadde sitt fagutvalg, som hadde ansvar for kurs og høringsuttalelser om faglige spørsmål og problemstillinger. Dette medførte dobbeltarbeid og fare for kontroverser. Samtidig jobbet Legeforeningen for obligatorisk medlemskap i fagmedisinske foreninger, som ble innført i 2006. Det medførte at alle allmennleger ble medlemmer i begge foreningene. Fagutvalgets oppgaver ble da overtatt av NFA, samtidig som begge foreningene skiftet navn.

NJÅL: Viktig for faget vårt, og også omtalt i artikler i *Utposten*, er kjerneverdiene våre

Det vil overraske mange å reflektere over hvor kort historie allmennmedisinen har som et eget fag.





Utposten ble brukt som informasjonsorgan fra NSAM og ut til allmennlegene.

(2), og deres historie. Jeg kan huske at vi lærte om KOPF. Vi studentene var skeptiske, dette hørtes vel idealistisk ut: *kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende*. Det hørtes for oss ut som idealer fra haugianere eller hippier! KOPF ble da også parodierte – til begrepet DUST: *diskontinuerlig, uforpliktende, snevert og teknologisk*.

OLAV: Det stemmer, ja! Tesene, som kom noe senere, var en tydeliggjøring av faget, og også av det normative i allmennmedisinen. De har blitt utviklet til dagens felles nordiske kjerneverdier, og har også inspirert til WONCA sine internasjonale verdier (core values), som ligger tett opp til de nordiske.

NJÅ: Vi skriver i, og leseren blar nå i *Utposten*: Bladet vårt er jo faktisk ti år eldre enn NSAM. Hvilken betydning har *Utposten* hatt for utvikling av norsk allmennmedisin?

OLAV: Stor betydning i starten. *Utposten* var som et medlemsblad for de allmennlegene som var opptatt av fagets egenart og utvikling, og som ønsket en egen fagmedisinsk forening, slik som i England (The Royal College of General Practitioners). *Utposten* ble brukt som informasjonsorgan ut til allmennlegene, og hadde i en periode en observatør i NSAM-styret og en egen spalte ved navn «Nytt fra NSAM».

NJÅ: Vi nærmer oss slutten av vår samtale, og det er naturlig å trekke tråden til nåtid og utfordringer vi ser nå. Vi kan vel, i et

historisk lys, uten å underkjenne dagens krise, si at det har vært verre før?

OLAV: Ja, jeg tenker da spesielt på de to periodene 1955–65 og årene før fastlegeordningen. Mye har blitt bedre, det at vi fikk en egen spesialitet, gode videre- og etterutdanningsystemer, en solid status i befolkningen og hos politikerne, en anerkjennelse som grunnmur for helsetjenestene. Fastlegeordningen var på mange måter svaret på flere av de utfordringene man da sto overfor, som manglende rekruttering til allmennlegevirksomhet i utkantene og overetablering av leger i større byer. Den skapte en bølge av entusiasme blant allmennlegene som varte i omtrent ti år. Siden har entusiasmen bleknet, rekrutteringen har avtatt, og mange erfarne spesialister ønsker seg over i andre legejobber. Mange kommuner sliter med å få søkere til utlyste hjemler og tvinges til å bruke private vikarbyrå. Det gir dårlig kontinuitet og betydelige ekstrautgifter.

NJÅ: Av de store styrkene i dag tenker jeg at vi må trekke fram at nær sagt alle i dag forstår at helsetjenesten vil bryte sammen uten allmennlegens portvokterrolle. Jeg opplever at det eksisterer en nokså grunnleggende forståelse for nødvendigheten av allmennlegen. De rene tallene sier sitt: Hele spesialisthelsetjenesten har i overkant av fire millioner polikliniske kontakter årlig. Det er over fire ganger så mange konsultasjoner i fastlegeordningen alene.

Det sier sitt. I dag har vi også studier som viser at allmennlegen har en betydning ut over å være effektiv. Vi vet at en fast lege gir bedre helse, og endog lavere dødelighet.

OLAV: Ja, slik kunnskap er ny. En fast allmennlege over tid gir mindre sykkelighet for pasientene. Dette må vi ta vare på og verne om.

NJÅ: Men det er fortsatt store utfordringer. På samfunnsnivå vil jeg nevne fedmeepidemien og alt den fører med seg av annen sykkelighet. Vi ser en økning i psykisk sykdom hos de yngste – kanskje på grunn av fremveksten av sosiale medier? Og vi ser økende økonomisk ulikhet i samfunnet. Vi som allmennleger møter helseproblemer på individnivå, problemer som er skapt av strukturelle samfunnsforhold. Det er vanskelig å løse i en konsultasjon!

OLAV: Det har jo alltid vært slik at vi har en tendens til å gi mest helsehjelp til dem som trenger det minst. Flere nye trekk i samfunnet forsterker dette: helseforsikringer, et økende privat tilbud på siden av fastlegeordningen, elektronisk kommunikasjon – som beherskes av de friske – og økte, og gjerne veldig spesifiserte, kravlister fra de ressurssterke. Vi ser hvordan slike forhold gir medikalisering, overdiagnostikk og overbehandling.

NJÅ: Nettopp! Å håndtere slike krav og å fordele ressurser riktig er jo en kjernekompetanse – som det er krevende å stå i hver eneste dag. Det er en utbredt tro på at høyspesialiserte og avanserte intervensjoner kan løse hverdagslige problemer i grenselandet til det som er medisinsk. I vårt møte med et hav av stort sett uskyldige symptomer, så er en av utfordringene at vi med lite ressurser og uten sykkeliggjørende utredning skal plukke ut de få som feiler noe alvorlig. Her ligger det en iboende og uavvendelig risiko for å overse sykdom. Det er vesentlig med en viss toleranse for slike «feil» om vi skal unngå et amerikansert «ryggen fri»-helsevesen. Slik jeg har opplevd de siste tiårene som allmennlege, så står vi mer og mer alene i denne kampen.

OLAV: Når jeg hever blikket og ser tilbake til mine første år som lege, så har vi kommet langt. Men utfordringer har vi fortsatt, og nye kamper må kjempes. Nå gjelder det å redde fastlegeordningen!

REFERANSER

1. Gisle Roksund: NFA og AF – En historiefortelling, *Utposten* nr 1 2023.
2. Tor Carlsen og Marte Kvittum Tangen: Mål og visjoner for allmennmedisinen – tilbakeblikk og frampek, *Utposten* nr 1, 2022.

■ NFLEM@ONLINE.NO
■ OTHORSEN@LYSE.NET

EKSPERTUTVALGET HAR TALT:

– Har de funnet oppskrift på framtidens fastlegeord

■ MARTE KVITTUM TANGEN • Leder av Norsk forening for allmennmedisin

■ NILS KRISTIAN KLEV • Leder av Allmennlegeforeningen

Et hurtigarbeidende ekspertutvalg la 18. april 2023 fram sin rapport om hvordan vår fastlegeordning skal styrkes slik at alle får en fastlege å gå til og om hvordan den kan bli bærekraftig over tid. Tiltakene omhandler både forslag til endring i organisering, finansiering, kompetanse, legevakt og innhold.

Det er en omfattende rapport med 59 konkrete tiltak og enda flere forslag i teksten (1). Utvalgets mandat var en helhetlig gjennomgang av allmennlegetjenesten og å komme med forslag. De har ikke tatt og skal ikke ta noen beslutninger. Utvalgsleder Kjetil Telle har gjentatte ganger presisert at forslagene henger sammen og at det ikke finnes noen enkle løsninger.

Innføringen av fastlegeordningen i 2001 var en suksess, og mange land misunner oss vår måte å organisere allmennlegetjenester på. Det er utfordrende å være kontinuitetsbærer og å inneha et så tydelig definert ansvar som det å være fastlege innebærer, men fastlegeordningen med det personlige listeansvaret må styrkes og videreføres. Behovet for generalisten og kontinuitetsbæreren vil bli enda større i framtida. Med stadig økende hyperspesialisering og presset kapasitet i spesialisthelsetjenesten vil behovet for helhetstenking og det å sende pasientene inn i riktig port bli stadig større. Vi vet at kontinuitet i omsorgen innebærer betydelige helsegevinster for den enkelte og for samfunnet, og vi har ikke behov for kreative endringer i overordnet organisering, men reguleringsmekanismer som sørger for økte ressurser når oppgavene øker.



Nils Kristian Klev, leder i Allmennlegeforeningen og Marte Kvittum Tangen, leder av Norsk forening for allmennmedisin redegjør i artikkelen hvordan fastlegeordningen kan bli styrket.

Vi er et ungt fag og fikk først godkjenning av vår spesialitet i allmennmedisin i 1985. Faget vårt har siden 60-tallet gradvis blitt bygd opp og satt sammen. Prinsipper som likeverdig tilgang til omfattende helsetjenester, kontinuitet og solidaritet ble pekt på som viktige forutsetninger fra starten. De «Sju tesene» og senere de nordiske «Core values» beskriver mye av innholdet, og vi savner en vurdering fra ekspertutvalget om hvilke konsekvenser tiltakene vil ha for innhold og fagutvikling vurdert opp mot kjerneverdiene (2, 3). Allmennmedisins sentrum er pasient-legeforholdet hvor

det personlige møtet og dialogen med pasienten over tid er det aller viktigste. «Sju teser» ble skrevet for å bidra til en sterk offentlig helsetjeneste bygd på solidaritet. En mulig privatisering og kommersialisering av primærmedisin vil underminere kjerneverdiene.

Fastlegeordningen har vært svært vellykket og har gitt gode og tilgjengelige allmennlegetjenester over hele landet for alle. Organiseringen har vist seg svært kostnadseffektiv og tilpassningsdyktig etter hvert som nye oppgaver har kommet til. Under pandemien, da forutsetningene endret seg

en ning?



over natten, viste legekantorene at de ekstremt raskt kan omstille seg til en ny situasjon. Utfordringene i fastlegeordningen skyldes i mindre grad organiseringen av tjenesten. Hovedproblemet er manglende finansiering, noe kommunene har merket ved at de har fått stadig økte kostnader utover grunnfinansieringen fra staten. De har måttet iverksette lokale tiltak og har flere steder overbydd hverandre for å sikre seg leger. Ofte med destabiliserende effekt ved at vikarer og nye leger får betingelser langt bedre enn de etablerte fastlegene i kommunen. Ikke alle kommuner har økonomi til slike tiltak, og hensikten med fastlegeordningen var å sikre likeverdige tjenester til alle innbyggere uavhengig av kommuneøkonomi. Det vil alltid være behov for lokale tilpasninger, men hovedfinansieringen fra staten må være på et nivå som gir legene forutsigbarhet og mulighet til å jobbe innenfor en mer normalisert arbeidsuke, enten de velger fastlønn eller å være næringsdrivende.

Årlig kostnad til drift av praksis med hjelpepersonell, inkludert inntekt til legen, ligger på ca. 2,5 millioner per lege. Det vil si at regjeringens satsning med 720 millioner vil gi snaut 300 flere leger om kostnadene holdes uendret. Behovet på sikt er større. 200 000 innbyggere står uten fastlege, og det er nesten 100 000 pasienter mer på listene enn det legen har oppgitt som listetak. Nye fastleger ser ut til å ønske kortere lister enn de legene som slutter som fastleger. Videre vet vi at det bør være minst fem prosent ledig listekapasitet om pasienten skal ha reell mulighet til selv å velge fastlege. I tillegg er fastlegenes kompetanse ønsket mer brukt inn mot andre kommunale tjenester, med en aldrende befolkning som lever lengre, med flere kroniske sykdommer og en utvikling hvor mer av helsehjelpen skal ytes i kommunene. Det vil være

økt behov for forskning og ikke minst veiledning og supervisjon av nye allmennleger. Vi vil derfor trenge langt flere leger enn det regjeringen legger opp til. Alma Ata-deklarasjonen fra 1978 slo fast at en godt utbygd primærhelsetjeneste er en forutsetning for et bærekraftig helsevesen (4). WHO-konferansen i samme land i 2018, bekreftet og utdypet disse målene, som Norge har sluttet seg til. Til nå har veksten i legeårsværk i Norge vært langt større i spesialisthelsetjenesten enn i fastlegeordningen. Slik kan det ikke fortsette.

Til tross for underfinansieringen som er slått fast i flere av evalueringene, har det likevel skjedd en gradvis utvikling av fastlegeordningen. Gjennom opprettelsen av Senter for kvalitet i legetjenester utenfor sykehus (SKIL) har det blitt jobbet mer systematisk med kvalitetsarbeid, og det er positivt at finansieringen av SKIL nå delvis skjer over statsbudsjettet. Legekantorene har med årene også fått flere leger. Det er ikke et mål i seg selv med størst mulige kontorer, og det kan diskuteres hva som er gunstig størrelse. I dag er flerlegepraksiser i snitt på mellom fire til fem leger. Det gir et stort nok faglig miljø, og viktigere enn størrelsen er at vi har tid til kollegialt samarbeid, utvikling, kvalitetsarbeid, undervisning, supervisjon og veiledning. En utfordring er at mange kontorer allerede er fulle, og at det vil kreve betydelig ombygging eller flytting til større lokaler om de skal ta inn flere leger. Vi er og blir et langstrakt land hvor halvparten av kommunene har under 5000 innbyggere. Det blir langt til legekantorene om de skal slå seg sammen til større enheter, men i sentrale strøk kan nok kontorene bli noe større.

Alle er enige om at arbeidsbelastningen må ned for å beholde etablerte fastleger og klare å rekruttere nye. Oppgavene til fastlegene har økt over år og dermed også ar-

beidstiden. Men selv om listelengden har gått ned, er det ikke blitt kompensert med høyere basistilskudd før nå de siste årene. Det er derfor gjennom honorering av aktivitet legene har kunnet få betalt for økte oppgaver. Økt andel basistilskudd vil derfor ikke gi noe større økonomisk trygghet så lenge en ikke har ordninger som også gjennom basistilskuddet sørger for å kompensere for økte oppgaver og utvider finansieringsrammen i takt med oppgavene. Så lenge rammen ligger fast, vil økt basistilskuddsandel i praksis bety at en flytter økonomisk risiko fra staten til legene.

Handlingsplanen fra 2020 hadde mange gode tiltak, men de ble ikke gitt verken midler nok eller tid nok til å ha effekt (5). Et av målene var nettopp å legge til rette for listereduksjon, slik at leger med for stor arbeidsbelastning kunne redusere listen uten tap av inntekt. Knekkpunktmodellen kombinert med høy andel aktivitetsbasert finansiering ble valgt og ga en forutsigbar finansiering. Det ble av legene opplevd som mer rettferdig enn et flatt basistilskudd som favoriserte de lange listene. De faste kostnadene til drift er rimelig like uavhengig av listelengde, og etter vårt syn kunne også knekkpunktet ligget lavere enn 1000 pasienter. At takstfinansieringen utgjør ca. 70 prosent, gjør at de med ekstra kapasitet blir greit honorert gjennom takstene.

Endringen til persontilpasset basistilskudd med samtidig fjerning av knekkpunkt gjør det motsatte av målet i handlingsplanen. Her ønsker staten i stedet å stimulere legene til lengre lister – ikke kortere. Foreløpige beregninger og tilbakemeldinger viser også at modellen ikke speiler arbeidsmengden og at det gir store variasjoner i basistilskudd mellom leger med lik arbeidstid (6).

Ved å innføre profesjonsnøytrale takster tenker en seg at legene kan håndtere lengre

lister ved at de kan ansette mer personell på legekantoret. Erfaringene fra primærhelse-teampiloten viste ikke at legene kunne øke listene eller jobbet noe særlig mindre. Legeoppgavene kan ikke settes bort til andre. Helsesekretærer og andre medhjelpere gjør en del oppgaver i dag, men er kun finansiert om legen samtidig ser til pasienten. Ekstra tidsbruk utført av andre enn lege honoreres ikke. Vi vil absolutt se nærmere på profesjonsnøytrale takster og hvordan det kan innrettes, men tror ikke det vil kunne øke listekapasiteten i særlig grad.

Ekspertutvalget foreslår at fastlegene skal prioritere mer blant innbyggerne for å redusere arbeidsbelastningen. Selvfølgelig må fastleger også prioritere ressursbruken, men nettopp det å være portvokter er fastlegens mandat. Det å avvise pasienter før legevurdering er en risikabel løsning og kan true pasientsikkerheten. Ved å satse på KI, triageringsløsninger eller chatboter vil vi ikke fange opp bekymringer, forestillinger og forventninger og risikerer å lede pasientene inn på feil algoritmer. Hvordan symptomer og sykdommer oppstår, utvikler seg, innvirker på hverandre og skal vurderes individuelt, krever stor grad av sammensatt medisinsk kunnskap, erfaring, gjensidig tillit og magesfølelse. Det er vanskelig å se for seg at chatboter vil gi en medisinsk forsvarlig helsetjeneste.

Pasientene ønsker mer tid med legen – ikke mindre. Ser vi til Sverige, ønsker de seg også en fastlegeordning lik den vi har. Det blir derfor et paradoks om vi skal se til deres Vårdsentralmodell og ikke ta vare på gullet i vår ordning – kontinuiteten i lege-

pasientforholdet. Fastlegene er effektive og løser mange ulike problemstillinger i en og samme konsultasjon. Det er derfor lite å effektivisere ved å ta bort enkeltoppgaver. Mer personell kan avlaste administrativt og trolig bedre oppfølgingen mellom legetimer, samt bidra positivt i samhandling med andre helsetjenester, men vil gi større personellbruk og økte kostnader – ikke innsparing. Å fjerne ikke-medisinske oppgaver kan redusere arbeidsbelastning noe, men anslagene om innsparinger for attester og sykemelding fra utvalget virker overdrevent positive.

Selvfølgelig skal vi fortsette å samarbeide med andre, slik vi alltid har gjort. Når oppgavefordeling skal diskuteres, må den totale ressursbruken vurderes og hva som gir best helse for pasientene vektlegges.

Legevakt er beredskap og vi mener det ikke kan baseres på aktivitetsbaserte takster. Det vil styrke prinsippet om en «*levvakt for alle, men ikke for alle*». Ekspertutvalget foreslår også at fastlønn bør benyttes mer for alt legevaktarbeid. Vi støtter tiltaket om å etablere rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges, og stor vaktbelastning må gjenspeiles i kortere lister slik at samlet arbeidsbelastning ikke blir for høy. Lokalkunnskap er viktig på legevakt, og for stor sentralisering av legevaktssentralene vil svekke dette og kunne gi dårligere tjenester. Legevakt er langt mer enn blålysmedisin, og det er derfor ikke noe som kan flyttes over til sykehusene. Allmennlegene er de mest kompetente til legevaktarbeid, og best mulig kompetanse på legevakt gir bedre helsetjenester og også færre innleggelser på sykehus.

«Sats på etterutdanning, forskning og fagutvikling» er en av de sju tesene. Å løse en kapasitetskrise ved å fire på kravene til innhold i spesialistutdanning eller å gi slipp på vårt etterutdanningskrav, er feil veivalg. Veileder for ALIS må være spesialist i allmennmedisin og minst to års erfaring fra åpen uselektert praksis er kjerneinnhold i vår utdanning.

Vi har behov for mer kunnskap om allmennmedisin, hvilken betydning sykdom, undersøkelser, behandling, metoder, tidsbruk og organisering har for våre pasienter, oss og resten av helsetjenesten. Vi trenger en robust plan for organisering og styrking av allmennmedisinsk forskning. Innovasjon og teknologiske muligheter må kunnskapsbasert vurderes ut fra nytte, ressursbruk og prioriteringskonsekvenser.

Allmennlegetjenesten har utviklet seg over tid og er en bærebjelke i helsetjenesten. Vår evne til å bygge tillit, opprettholde kontinuitet i omsorgen og ivareta den personlige tilnærmingen er avgjørende for å gi gode helsetjenester til hver enkelt pasient. En oppskrift består av mange ingredienser som alle er essensielle og må blandes sammen i riktig rekkefølge. Noen av de 59 tiltakene i ekspertutvalgets rapport kan være riktige ideer og løsninger, men innfører vi alle mister vi essensen i vårt fag og risikerer å kaste kjerneverdiene ut med badevannet.

REFERANSER

1. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2971896/?ch=1>
2. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacaf4/7-teser-for-allmennmedisin.pdf>

■ NILS.KRISTIAN.KLEV@LEGEFORENINGEN.NO / MARTE.KVITTUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO

Kun for helsepersonell

Hiprex

(metenaminhippurat)

HIP-2022-0144-12/22



Fra attesthysteri til forsvarlig og hensiktsmessig attest- og erklæringsarbeid

■ KNUT BERGLUND • Seniorrådgiver i Helsedirektoratet

Det har vært en betydelig økning i mengden attester og erklæringer det forventes at fastlegene skal skrive. Etterspørselen etter slikt sakkyndigarbeid synes å ha gått utover intensjon i fastlegeforskriften. Derfor har helsedirektoratet kommet med forslag til tiltak som skal redusere denne byrden for fastlegene.

Dagens praksis med å etterspørre attester, erklæringer o.l. (heretter omtalt som erklæringer eller legeerklæringer) har bidratt til et utilsiktet arbeidspress på fastlegene. Det er behov for endring av praksis og tydeliggjøring av de forutsetninger som ligger i fastlegeforskriften. Helsedirektoratet fikk i mars 2022 følgende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, sammen med partene (KS og Legeforeningen): Å komme med forslag til tiltak som reduserer fastlegenes arbeid med legeerklæringer.

Endringer bør skje innenfor fem grunnforutsetninger

Representanter fra Helsedirektoratet, KS og Den norske Legeforeningen (Legeforeningen) deltok i arbeidsgruppen. Alle var enige om at endringer som foreslås bør baseres på fem grunnforutsetninger:

- Det er ikke ønskelig å skyve oppgaver fra fastleger over til annet helsepersonell utenfor legepraksis og øke deres arbeidsbelastning. Dersom det likevel vurderes, må grunnlaget for endringer være kunnskapsbasert, faglig forankret og bygge på dialog med de aktuelle organisasjonene.



Fastlegene bruker mye tid på attester og erklæringer. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

- Reguleringen av erklæringer i lov og forskrift må ikke gjøres for rigid. Bestemmelsene bør ikke begrense helse- og omsorgstjenestenes mulighet til å prøve ut ulike arbeidsmodeller, som også kan initiere nye samhandlingsløsninger mellom aktører. Hjemmelsgrunnlagene bør derfor sikre at helsepersonell med god nok kompetanse kan utstede erklæringer. Dette vil forutsette at dagens lover og forskrifter ikke avgrenses til «lege», men heller benytter et mer fleksibelt begrep, f.eks. *behandlende helsepersonell*.
- Det er ønskelig å unngå at erklæringer brukes kun i den hensikt å redusere antall henvendelser og arbeidsmengden for private og offentlige aktører.
- Det legges til grunn et ønske om *mer tillitsbaserte løsninger*, som på et godt nok grunnlag vil dekke formålet med erklæringen og ivareta dokumentasjonsbehovet til de som i dag anmoder om en erklæring. Med tillitsbaserte løsninger bør en i større grad ta i bruk egenerklæringer, og heller benytte legeerklæringer når det er mistanke om misbruk av egenerklæring.
- Anbefalinger om endringer fra dagens praksis må være konkrete og stimulere til faktisk endring. Ved endringer fra dagens praksis må en sikre at innbyggernes rettigheter og hensynet til særlige behov hos sårbare listeinnbyggere ivaretas på en forsvarlig måte.

Fastlegers rettsstilling bør tydeliggjøres og styrkes

I dag kan en hvilken som helst privat aktør og offentlig organ kreve at det legges frem en legeerklæring. Erklæringer brukes også som terskel for å redusere antall innbyggere som blir vurdert opp mot ulike goder og tjenester.

Bruk av fastlegers arbeidskapasitet for å sile antall henvendelser og begrense arbeidsmengden til private og offentlige aktører, er ikke en formålstjenlig bruk av fastlegeordningen. Fastlegers arbeid med erklæringer må forutsette at det er et konkret behov for helseopplysninger og for en medisinsk faglig vurdering. Det er derfor nødvendig å avgrense hvem som kan pålegge fastleger å utstede erklæringer.

Vi har foreslått en ny bestemmelse i fastlegeforskriften som tydelig avgrenser fastlegers oppgaver med legeerklæringer til det som er regulert i lov eller forskrift. Andre attester, erklæringer o.l. vil etter dette falle utenfor fastlegers pålagte arbeidsoppgaver.

Det foreslås *ikke* å begrense fastlegers mulighet for å utstede andre erklæringer, men det bør tydeliggjøres at dette faller utenfor fastlegens plikter og de finansieringsmekanismer som dekker listeinnbyggenes lovpålagte krav til fastlegetjenester.

Staten bør koordinere de krav som stilles

Det er i en rekke lover og forskrifter krav om at det skal fremlegges legeerklæring. Disse kravene synes i liten grad å være samordnet. Det kan i flere tilfeller stilles spørsmål både ved formålet med og omfanget av de opplysninger som skal inngå i ulike erklæringer. Det foreligger ikke noen koordinering, verken omkring innhold eller skjemaformat.

Det er trolig mulig å standardisere, digitalisere og utvikle skjemaer som kan dekke flere aktørers behov for helseopplysninger. Vi foreslår derfor at det iverksettes et interdepartementalt arbeid med å forenkle og redusere legers arbeid med erklæringer. En slik gjennomgang må sikre at erklæringen utformes av det helsepersonell som er best egnet i det enkelte tilfelle.

En bør i større grad bygge på prinsippet om at behandlende helsepersonell ivaretar behovet for erklæringer. I tillegg bør arbeidet digitaliseres i størst mulig grad, slik at en får en utvikling som muliggjør gjenbruk av informasjon. Arbeidet må også omfatte NAV-området, slik at en sikrer synergieffekter mellom ulike instansers behov for helseinformasjon. Arbeidet bør gis prioritet.

Videre bør det i Justisdepartementets veiledningsmaterieell om lov- og forskrifts-



Vi bør tenke nytt rundt legeerklæringer. Tillitsbaserte løsninger, slik blant annet Norges Motorsportforbund har innført, viser en positiv kulturendring.

arbeid tydelig fremkomme at der det vurderes krav om legeerklæringer, må dette forelegges Helse- og omsorgsdepartementet. Da kan Helsedirektoratet, KS/RHFene og berørte profesjonsorganisasjoner involveres så tidlig som mulig i prosessen.

Arbeidet på dette området bør fremover være helhetlig og bygge på et prinsipp om behandlende helsepersonell som utstedende aktør. Det bør så langt som mulig sikres digitale skjemaoppløsninger og i større grad universale løsninger som kan dekke flere instansers behov for opplysninger om listeinnbyggenes helseforhold. Helseopplysninger bør ikke omfatte mer informasjon enn strengt nødvendig for formålet.

Ingen enkle løsninger

Arbeidet vårt har vist at fastlegers arbeid med erklæringer er komplisert, og at dette arbeidet tar tid. På den annen side er det identifisert at praksis knyttet til ulike legeerklæringer har et effektiviserings- og endringspotensial. Over tid vil det kunne redusere fastlegers arbeidsbelastning.

Det er i dag for enkelt å anmode om uttalelse fra lege. Vi foreslår tiltak for kritisk å vurdere dagens praksis og bedre koordinere ulike instansers behov for helseinformasjon. Videre vil vi i større grad bygge på gjenbruk og digitale løsninger. Dette er likevel ikke tilstrekkelig. Det trengs en kulturendring der legeerklæring ikke bør være førstevalget, men at det først prøves ut alternative løsninger basert på tillitt (jf. bl.a. endringen Norges Motorsportforbund har gjennomført).

I tillegg bør det bygges inn langt større fleksibilitet i hvem som kan gjøre helsemessige vurderinger.

Fastlegen vil alltid ha en sentral rolle knyttet til listeinnbyggenes helseopplysninger. Som knutepunkt for listeinnbyggenes helseoppfølging, vil fastlegen ha bredden i innbyggenes helsehistorikk. Det kan av den grunn i mange tilfeller være vanskelig å komme utenom at det er fastlegen som må stå for en erklæring.

Vi bør prioritere de tiltakene som raskt reduserer arbeidsbelastningen for fastlegene.

Vi må tørre å ta grep

De enkelte endringene som foreslås, vil hver for seg i liten grad lette arbeidsbelastningen til fastlegene. Samtidig kan summen av mange mindre endringer gi merkbare positive effekter. Vår rapport anbefaler enkelte endringer som bør innføres nå. Det kan tenkes at forslagene vil møte motstand fra de instanser som har lovfortolknings- og forvaltningsansvar for de enkelte bestemmelsene.

Motstand må ikke bli et argument for å avstå fra handling. Forslagene om endringer som foreslås i denne rapporten, må sees på som en utfordring til å tenke nytt og til å finne løsninger som kan ivareta listeinnbyggenes, instansene og fastlegene på en bedre måte enn i dag.

■ KNUT.BERGLUND@HELSEDIR.NO

Forskning på Oslo legevakt

■ THERESE RENAA • Redaktør i Utposten

Allmennlegevakten i Oslo har fått sin første professor i allmenntilleggsmedisin. Odd Martin Vallersnes er den faglige ryggraden i et ungt akademisk fagmiljø ved legevakten, der praksisnær forskning raskt kommer pasientene til gode.

Odd Martin Vallersnes (bildet) har satt av noen minutter til en prat i en sofa på Legehuset. Det har gått noen uker siden kunngjøringen av opprykk til professor, og han har nettopp holdt et foredrag for kollegaer om beslutningstaking. Svartkledd og tilsynelatende alvorlig er han en dyktig formidler, engasjerende og tydelig som foreleser, og en imøtekommende og interessant samtalepartner. Han har mye av æren for at Oslo legevakt har utviklet et dynamisk forskningsmiljø, og forteller ivrig om det de har fått til.

Et fruktbart miljø

Allmennlegevakten i hovedstaden yter akutte helsetjenester til over 700 000 innbyggere, og håndterer mange varierte problemstillinger. Da Odd Martin Vallersnes begynte ved Allmennlegevakten i 1998, var det lite forskningsaktivitet der. Etter at Helle Nesvold disputerte på en studie fra overgrepsmottaket i 2010, har forskning ved Oslo legevakt så langt resultert i seks doktorgrader. Det er flere AFU-stipendiater og doktorgradsprosjekter på gang innen en rekke fagområder. Det forskes på antibiotikabruk, rusmidler, seksuelle overgrep, troponinanalyser ved akutte brystmerter og migrasjonshelse. Professor Vallersnes forteller at alle forskningsprosjektene har lokal forankring. Ansatte ved legevakten har tatt utgangspunkt i problemstillinger som de har møtt på jobben, og forskningen er motivert av ønsket om å forbedre behandlingen. Den praktiske nytten av forskningen sikrer engasjement og entusiasme i hele fagmiljøet, og alle ansatte legger til rette for gjennomføringen og bidrar med rekruttering av pasienter til studier.



Allmennlegevakten er preget av et ungt miljø, og det er stor gjennomtrekk i legestillingene. I gjennomsnitt jobber legene der i rundt to år før de søker seg videre. Odd Martin Vallersnes er overbevist om at forskningsmiljøet ved legevakten virker stabiliserende og bidrar til at flere bli lengre i stillingene ved legevakten.

Tre suksessfaktorer

Han har klare tanker om hva som har vært viktig i utviklingen av et godt forskningsmiljø. Det er særlig tre suksessfaktorer han nevner: sterk forankring i ledelsen, praktisk tilrettelegging og støtten fra UiO. Han berømmer ledelsen ved allmennlegevakten som har oppmuntret og initiert mye av fors-

kningen. I et krevende doktorgradsløp er det viktig at hverdagen fungerer godt. Det er en vanskelig kabal å dekke vakter hele døgnet alle dager i året, men det er lagt godt til rette med deltidstillinger og fleksible arbeidsforhold som gir rom for forskning. Odd Martin Vallernes understreker hvor viktig det er å ha et sted som er avsatt til å jobbe med skrive, og forskerkontoret er helt vesentlig for god arbeidsflyt.

En akademisk ryggrad

Odd Martin Vallernes nevner ikke så lett sin egen betydning i den store sammenhengen. Han er lavmælt og stødig – på ingen måte påtatt beskjeden, men han legger helst vekt på andre faktorer enn egen person. Samtidig har han en blanding av autoritet og letthet i væremåten som gjør at han umiddelbart vekker tillit og gir et inntrykk av at han er den rette person å spørre når man vil ha noe gjort. Han har hatt en avgjørende rolle i det akademiske samarbeidet med Avdeling for allmennmedisin, og selv om han ikke fremhever det, er han helt sentral for forskningsmiljøet ved Oslo legevakt.

Da Odd Martin Vallernes ble spurt om å ta på seg mer administrative oppgaver ved legevakten, ønsket han i stedet å bruke tiden på undervisning. Han hadde allerede ansvar for opplæring av unge leger, og opplevde det som meningsfullt å lære bort praktisk nyttig kunnskap. Han finner stor glede ved undervisningen av medisinstudenter ved UiO, og har et naturlig pedagogisk talent.

Odd Martin Vallernes har interessert seg spesielt for pasienter som kom inn på legevakten med rusmiddelforgiftning. Med professor Mette Brekke fra Avdeling for allmennmedisin ved UiO som hovedveileder, og Dag Jacobsen og Øyvind Ekeberg fra Akuttmedisinsk avdeling ved OUS Ullevål som biveiledere, har forskningen hans hatt direkte praktiske konsekvenser for hvordan intox-pasienter overvåkes og behandles. Da han disputerte i 2017, var det allerede lagt til rette for videre samarbeid med Avdeling for allmennmedisin og god rekruttering til forskning ved Oslo legevakt.

Samarbeidet med Avdeling for allmennmedisin ved UiO har vært avgjørende. Han forteller om en opplevelse av å bli møtt med åpne dører, interesse og engasjement. Han mener at en nøkkel til det gode miljøet har vært at mange begynte å forske samtidig. Nå forskes det på mange tema ved Oslo legevakt, og erfarne forskere er veiledere i nye prosjekter.

Et brennende engasjement

De avsatte minuttene er brukt opp, men professor Vallernes har snakket seg varm. Det sterke engasjementet for pasientene og bekymring for samfunnsutviklingen motiverer ham i arbeidet. Han er tydelig på verdien av forskningen som utføres ved Oslo legevakt: den lokale forankringen, problemstillingene som springer ut av kliniske erfaringer og kunnskapen som raskt kommer pasientene til gode igjen. Arbeidet føles me-

ningsfullt, og han ser et klart behov for pasientnær forskning for å håndtere fremtidens utfordringer. En aldrende befolkning kombinert med rekrutteringskrise i fastlegeordningen og underfinansiering av sykehusene vil føre til økt belastning på legevaktene. Han forteller at frem til nå har halvparten av de akutte innleggelsene gått via fastlegene. Redusert kapasitet hos fastlegene vil gi større press på legevaktene. God triagering av pasientene som tar kontakt på legevaktene, er avgjørende for å klare å yte rask hjelp til de som trenger det først, men det er behov for bedre triageringsverktøy. Når sykehusene hever lista for innleggelser og skriver ut pasientene raskere, må legevaktene avklare og behandle sykere pasienter. Han frykter en økende runddans mellom sykehus og kommunehelsetjenesten, der det brukes mye tid og krefter i akuttkjeden for å sikre forsvarlig helsehjelp til hjemmeboende. Han ser også for seg et økende behov for legevaktstjenester til personer med rusproblemer og psykisk sykdom. Det er mange utfordringer fremover og rikelig med problemstillinger som trenger mer forskning.

Avdeling for allmennmedisin ved UiO legger vekt på å være tett knyttet til klinikken. Den sist utnevnte professoren er helt i tråd med idealet, langt fra akademias elfenbenstårn, med begge ben godt plantet i den kliniske hverdagen i storbylegevakten. Det blir det spennende forskning av, og ikke minst nyttig kunnskap.

■ THERESERENAA@GMAIL.COM

Inngangen til skadelegevakten, allmennlegevakten (inkludert psykiatrisk legevakt) og Ullevål sykehus avdeling Storgata ligger sentralt i hovedstaden.



Reisebrev fra Skottland

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

Det er stor grunn til å takke skottene for deres bidrag til menneskeheten. Som allmennleger bør vi også se til Skottland: Deres National Health System, NHS, er forbildet for vårt helsevesen og for vår allmennlegetjeneste. Allmenntilmedisin som akademisk fag har sine røtter i Skottland. I dag er landet preget av utfordringer vi kan kjenne oss igjen i: økende ulikhet og fattigdom, rekrutteringsproblemer i distriktene og et helsevesen i krise.

Mye er likt i våre to land, både i kultur og i natur. Vi deler også mange av de samme utfordringene. Derfor sto Skottland fram som et naturlig valg av reisemål for vår redaksjons jubileumstur. *Utposten* fylte jo 50 år nå i høst.

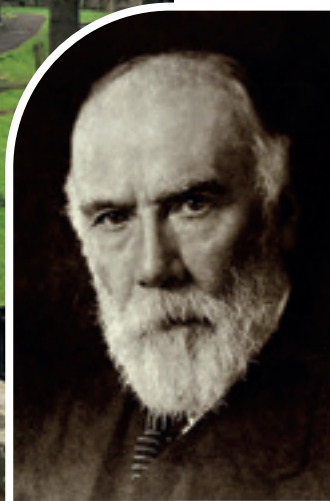
Utpostens redaksjon tok mer eller mindre tilfeldig inn på Leonardo City Edinburgh Hotel. Dette hotellet ligger i en bygning som tidligere har vært Edinburgh sitt første mødrehospital. Hospitalet ble oppkalt etter, og bygget til ære for, sir James Young Simpson, som i 1847 var den første som tok i bruk kloroform som narkosemiddel! Og Skottlands bidrag til medisinen stopper ikke her: Kirurgen Joseph Lister utviklet den antiseptiske metoden i operasjoner, James Lind utførte på 1700-tallet de første kontrollerte kliniske studiene, og viste der at sitrusfrukt kunne forebygge skjørbuk, og John Hunter oppdaget lymfesystemet. Vi må selvsagt heller ikke glemme Alexander Fleming, som oppdaget penicillin.

Skottland har gjort seg bemerket også utenom medisinen. Raskt kan vi nevne eksempler som oppfinneren av telefonen, Alexander Graham Bell, oppfinneren av dampmaskinen, James Watt, filosofen David Hume og i vår tid, J.K. Rowling, forfatteren av bøkene om Harry Potter.

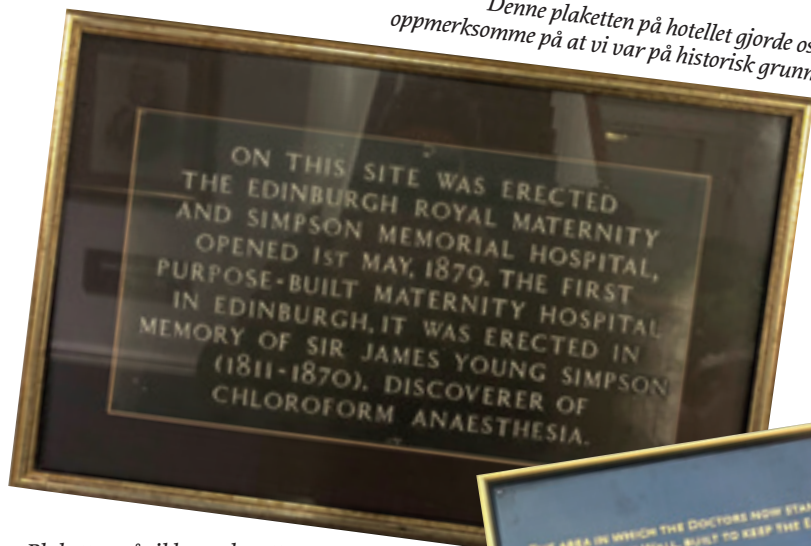
Vår tur måtte ha et motto – og det fant vi hos skotten James Mackenzie (bildet). Han ble født i 1853 og regnes som en gigant både i allmenntilmedisin og i kardiologi. Han jobbet i 25 år som allmennlege i samme praksis, og ble etter hvert mer og mer engasjert i forskning. Han oppdaget og beskrev forskjeller på godartede og ondartede hjerterytmer, herunder beskrev han premature ventrikulære kontraksjoner og bruken av digitalis til behandling av arytmier. Mest kjent i dag er han kanskje for sin profetiske bekymring for den negative betydningen av økende spesialisering:



Mens det fortsatt var snø på Gardermoen, var det tidlig grønt i Edinburgh. Edinburgh Castle i bakgrunnen.



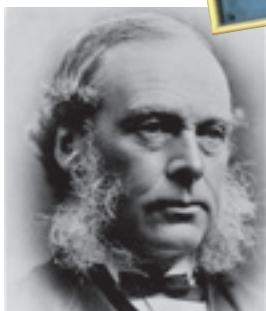
Denne plaketten på hotellet gjorde oss oppmerksomme på at vi var på historisk grunn.



Plaketten på til høyre beretter blant annet at bygningen ble bygd i forbindelse med åpningen av hospitalet Royal Infirmary i 1874. Den huser nå en pub. Nedenfor er det avbildet viktige leger i skotsk medisinsk historie som er nevnt i denne artikkelen.



Sir James Young Simpson



Joseph Lister



James Lind



John Hunter



Alexander Fleming



Richard Scott



Denne plaketten til minne om Richard Scott ble avduket 15. juni 2017 i Edinburgh.



Stewart Mercer

«I fear the day may come when a heart specialist will no longer be a physician looking at the body as a whole, but one with more and more complicated instruments working in a narrow and restricted area of the body – that was never my idea.»

JAMES MACKENZIE

Det var denne setningen som ble motto for vår reise. Det er imponerende at noen kunne være klarsynt nok til å skrive noe slikt allerede for over hundre år siden. Mange år senere, i 1963, fikk Edinburgh ikke bare sin, men verdens første professor i allmennmedisin, Richard Scott. Professoratet ble oppkalt etter nettopp James Mackenzie. Faget

vårt er altså meget ungt som akademisk disiplin, under ti år eldre enn *Utposten* som tidsskrift. Men det fins flere giganter her: I dag er Stewart Mercer, som holdt hovedforedrag under Primærmedisinsk uke i 2022, professor i Edinburgh. Han har i sin forskning vist hvordan sosioøkonomiske belastninger gir multimorbiditet. Akkurat dette er dessverre et aktuelt tema i dagens Skottland. I Skottlands største by, Glasgow, lever hvert tredje barn i fattigdom. Hvert femte barn i Skottland får ikke frokost. En halv million skotter lever i dyp fattigdom. Det er store problemer med alkoholisme, narkotika og kriminalitet.

Skottlands befolkning er konsentrert om noen få bysentra. Landet har, i likhet med Norge, geografi preget av fjell, fjorder og øyer. I distriktene er det en aldrende befolkning, hvor fraflytting og vansker med å rekruttere helsepersonell er myndighetenes hodebry. Dette er jo gjenkjennelig. Vi ønsket å se på skottenes tilnærming til disse problemene, og besøkte derfor deres NHS Education. Mer om det i neste artikkel, «Møte med NHS Education for Scotland».

■ NFLEM@ONLINE.NO

Møte med NHS Education for Scotland

■ KRISTINA RIIS IDEN OG ARILD IVERSEN • Redaktører i Utposten

Utpostens redaksjon var forventingsfull før møtet med NHS Education for Scotland (NES), som er utdanningsinstitusjon for den offentlige helsetjenesten i Skottland. Våre forventninger ble innfridd i alt fra hyggelig vertskap til gode presentasjoner og faglig inspirerende diskusjoner. NES har ansvar for å utdanne og veilede leger i Skottland. I denne porteføljen finner vi blant annet flere tverrfaglige prosjekter og ansvarsområder som pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og ikke minst etablering av Skottlands distriktsmedisinske senter.

Professor Khan ønsket oss velkommen og serverte oss te, kaffe og kjeks. Det var ikke uventet at teen var perfekt trukket, men til vår overraskelse drakk flesteparten av vertene kaffe, og den smakte fortreffelig! Sammen med søte kjeks og god drikke, fikk vi også servert en presentasjon av hvordan det står til i Skottland, med befolkningens helse og deres helsevesen.

I tillegg til en aldrende befolkning med økende komorbiditet, står helsetjenesten i Skottland overfor en rekke andre utfordringer. Skottland har den laveste forventede levealder i Vest-Europa med 76,6 år for menn og 80,8 år for kvinner. Til sammenligning er tallene for Norge henholdsvis 80,9 og 84,3 år. Det er også store sosiale helseforskjeller med inntil 13,7 års forskjell på

forventet levealder mellom områder med høy og lav sosioøkonomisk status. Sykdommer som alkoholisme og rusmisbruk, lungekreft og hjerteinfarkt er en del av forklaringen på disse dystre tallene. Professor Khan fortalte at noe av hans ansvar var å øke allmennlegetettheten i grisdendte strøk (rural areas). På medisinstudiet, som varer fem år, er 25 prosent av undervisningen innenfor allmennmedisin. Selve spesialiseringen tar tre år: 18 måneder i sykehustjeneste og 18 måneder i primærhelsetjenesten. Alle legene har en individuell veileder gjennom hele perioden.

I Storbritannia er de fleste allmennpraksiser store, med ansatte fra mange profesjoner, som farmasøyter, sykepleiere, assistenter, fysioterapeuter, lab-ansatte og admini-

strativt ansatte (practice manager). Da professor Khan jobbet i praksis («surgery»), hadde fire til fem leger ansvar for ca. 9500 pasienter. Overraskende for oss var det å



Våre verter ved NES fikk overrakt norsk brunost av Utposten.

Time	Task
2:00-2:05 pm	Welcome & Coffee with Professor Amjad Khan, Postgraduate GP Dean, NHS Education for Scotland (NES)
2:05-2:10 pm	Introductions
2:10-2:25 pm	Supporting and Improving Primary Care Across Scotland with Professor Emma Watson, Medical Director, NES
2:25-2:40 pm	NES support for General Practitioners with Professor Amjad Khan, Postgraduate GP Dean, NES
2:40-2:55 pm	The development of the National Centre for Remote and Rural Health and Social Care for Scotland with Dr Pam Nicoll, Associate Director, Remote and Rural, NES
2:55-3:10 pm	(TBC) The Establishment of the Rural Credential across four nations of United Kingdom with Dr Pauline Wilson, Consultant Physician, Associate Medical Director (Acute) / Director of Medical Education Medical Department, NHS Shetland & Professor Alan Denison, Dean of Postgraduate Medicine, NES
3:10-3:35 pm	Primary Care, Social Medicine and remote and Rural Healthcare in Norway
3:35-4:00 pm	Discussion / knowledge sharing

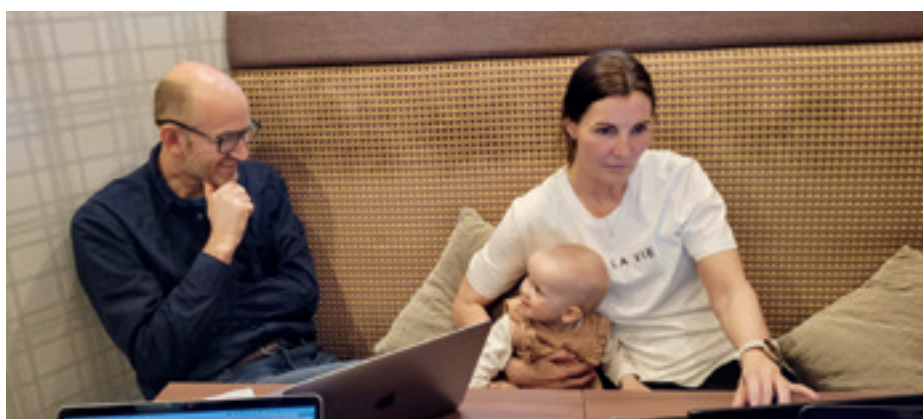
Vi ble ønsket velkommen med te, kaffe og kjeks og ble presentert for et interessant program.



for Scotland



Utpostens redaksjon fikk servert både kaffe og nytrukket te, og diskusjonen fløt engasjert både over bordet og via digitale flater.



Redaksjonens yngste deltager sjarmerte seg gjennom besøket.

høre at sykepleiere gjennom et kvalifiseringsprogram kunne forskrive enkelte medisiner, mens jordmødre har lignende rettigheter til forskrivning som i Norge.

I tillegg til Khan hadde også Pam Nicoll og Pauline Wilson hver sin presentasjon under møtet.

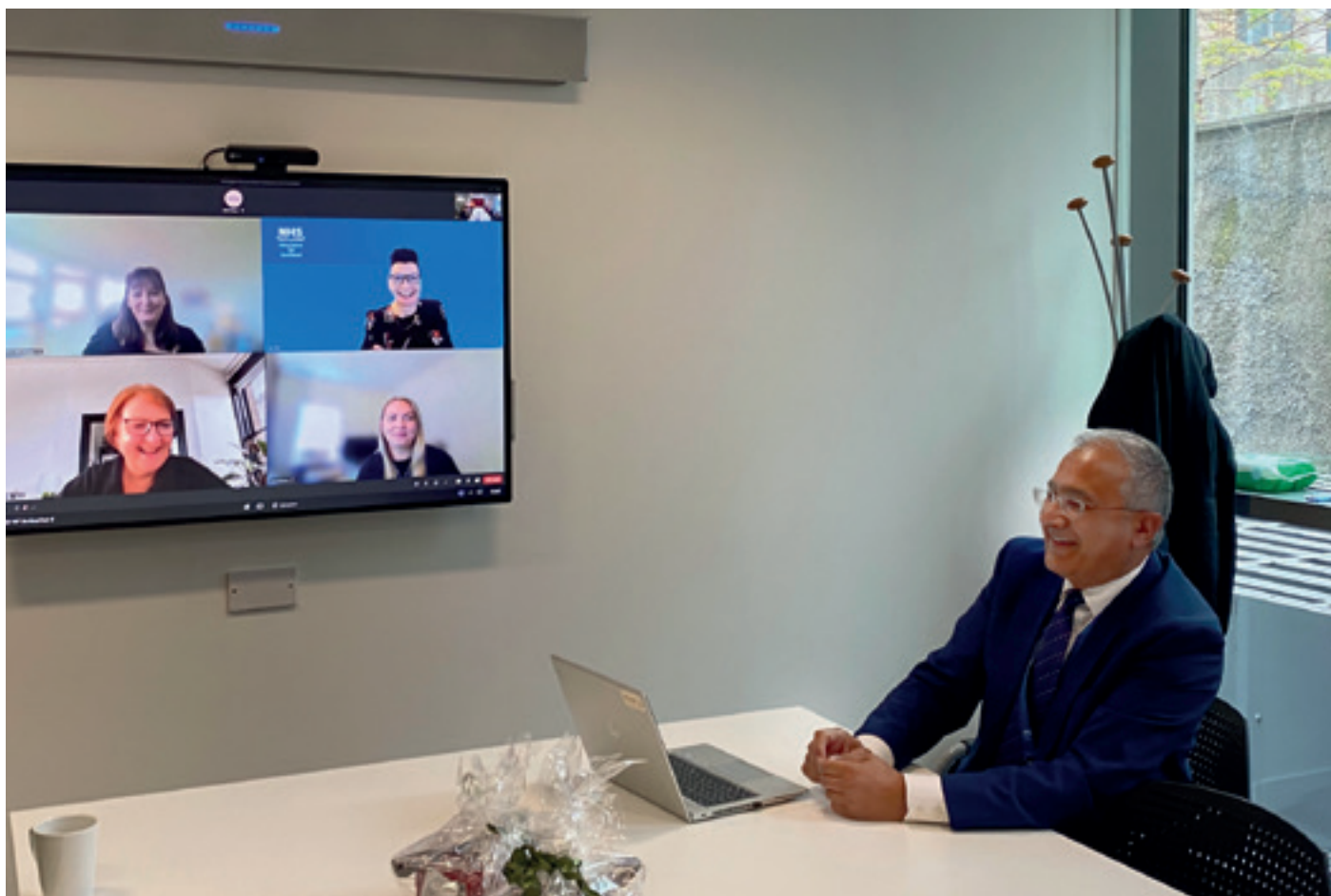
Allmennemedisin på Shetland

Pauline Wilson jobber på Shetland og deltok på møtet via Teams. Hun er født og oppvokst på Shetland. Hun tok sin medisinerutdannelse på fastlandet og flyttet tilbake som ferdigutdannet lege. Tidlig i karrieren opplevde hun en traumatisk hendelse på

jobben, som det var utfordrende å håndtere på mange måter. Å være lege i et lite samfunn, samtidig som du bor og lever der, kan være vanskelig og det kjente Pauline veldig på. Hun vurderte å flytte fra Shetland, men hun klarte å se på seg selv som en del av et større nettverk og ble værende.

I ettertid reflekterte hun over at disse hendelsene ga henne større motstandsdyktighet og styrke til å stå i jobben videre. Hun er nå opptatt av rekruttering av leger til Shetland og ikke minst god veiledning. Hennes motto er «Teach and train, they will retain».

Det er langt til fastlandet og klimaet gir mange dager med tung tåke hvor helikopter eller fly ikke kan hente pasienter. I mindre akutte fag er telemedisin en god måte å få hjelp fra spesialisthelsetjenesten, noe



Møtet mellom NHS Education for Scotland og Utposten ga rom for mye alvor, men også for humor og latter! Vi kjente på et sterkt fellesskap med hjerte for allmennmedisinen.

man har lang erfaring med på Shetland. Med dette bakteppet fortalte Pauline at hun var opptatt av at legene på Shetland må ha en spesiell kompetanse i akuttmedisin. I veiledning med unge allmennleger i utdanning, er det spesielt akuttpsykiatri og pediatri som de ferske allmennlegene synes er vanskelig og derfor ønsker tett veiledning i.

Det kan være krevende å arbeide langt unna et sykehus, spesielt for uerfarne leger. Basert på sine erfaringer har Pauline sett behovet for å trygge allmennlegene i fjernliggende strøk, og derfor har hun gått i bresjen for et opplæringsprogram som vil gi sertifisering innen «rural and remote medicine». Dette vil gjøre at leger som skal arbeide alene i rurale områder er tryggere når de må håndtere problemstillinger som er spesielt krevende når avstanden til sykehuset er lang. Pauline forventet at de første legene var sertifisert i løpet av 2023. Avslutningsvis sa Pauline at hun skulle ønske det var mer forskning på distriktsmedisin generelt, noe alle sa seg enige i.

Helseutfordringer på landsbygda i Skottland

Pam Nicoll, nestleder for Remote and Rural i NES, fortalte oss at forventet livslengde er

lavere i Skottland enn i sammenlignbare land. I Skottland er 500 000 mennesker i «deep poverty». Når skolebarna kommer til skolen, har en femtedel av disse ikke spist frokost fordi omsorgstakeren ikke har råd til å kjøpe maten.

Fattigdom i storbyer har lenge vært et tema høyt oppe på den politiske dagsordenen i Skottland. Konsekvensen av dette er forskning og ulike prosjekt rettet mot storbyenes fattige. Fattigdom på landsbygda i Skottland derimot, har kommet i skyggen av de store byene.

Pam fortalte oss at 20–25 prosent av befolkningen i Skottland bor i distriktene. Demografiske endringer viser at befolkningen i distriktene blir eldre og eldre, noe vi kjente oss igjen i. De unge og arbeidsføre flytter til sentrale strøk, mens foreldrene blir værende igjen. Dette gir store utfordringer for helsevesenet.

Hun poengterte, som alle i møtet var enige om, at det er viktig at de unge allmennlegene blir værende i faget, og aller helst at de forblir i distriktene. Pam fortalte oss at utviklingen er gledelig. NES har sett en tendens til at et økende antall studenter som kommer fra distriktene, returnerer til

sitt hjemsted og blir værende der. Det er en ressurs for distriktsmedisin. Men, legger hun til, dette rekrutteringsarbeidet må gjøres over lang tid. Hun avslutter med å fram snakke gleden ved å være lege på landet, «rediscover the joy», slår hun fast.

Selv om Skottland og Norge har en rekke kulturelle, økonomiske, organisatoriske og sosiale forskjeller, fant vi sammen med våre skotske kolleger fort fellesskapet i allmennmedisinen. Samtalen fløt godt underveis. Vi stilte spørsmål og delte våre erfaringer fra allmennmedisinen i Norge, hvor problemene med rekruttering og kontinuitet ligner det man opplever i Skottland. Vi snakket også om forskjellene ved utdanningen i de to landene og om hvordan det private helsevesenet påvirker allmennmedisinen. For *Utpostens* redaksjon var dette et veldig informativt og opplysende møte, og vi takker hjertelig for at vi fikk besøke NSH Education i Edinburgh. Vi lar Pams vurdering av allmennmedisin oppsummere møtet: «The most impactful – the most interesting – the most important – is being a GP.»

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

– Nysgjerrigheten tok overhånd

■ LISBETH NILSEN • Frilansjournalist

En doktorgrad ved siden av full legejobb – er det realistisk å få til? Kanskje ikke for de fleste, men eks-fastlege og barne- og ungdomspsykiater Anne Brodwall fikk det til.

Det begynte med en studie for å undersøke hvordan foreldre opplevde å ha et barn med diagnosen funksjonell mage- og tarm-lidelse. Anne Brodwall startet med intervjuene av foreldrene i 2015, og sju år senere – 28. november i fjor – disputerte hun.

– Hadde noen sagt at det var dette jeg skulle fortsette å jobbe med de neste årene, ville jeg sagt «Nei, det tror jeg ikke!» sier Anne Brodwall til *Utposten*.

Hun er spesialist i allmennmedisin og i barne- og ungdomspsykiatri og overlege ved Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i Vestre Viken, seksjon for spiseforstyrrelser. I 25 år var hun fastlege, og deltar fremdeles i smågrupper i allmennpraksis.

På fritiden

Det ble fire publiserte artikler før Anne Brodwall disputerte ved Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo.

– Etter at den første artikkelen var publisert, tenkte jeg å slutte – og var ikke overbevist om at jeg skulle gå videre med denne forskningen. Men nysgjerrigheten tok overhånd.

– Hvorfor et tema som funksjonelle mageslidelser?

– Jeg hadde i mange år vært interessert i gråsonen mellom kropp og psyke og traff barn og unge med disse symptomene både i allmennpraksis, på barneavdelingen og i barne- og ungdomspsykiatrien.

Alt arbeidet med avhandlingen er gjort på fritiden, med unntak av 14 dagers skrivefri fra arbeidsgiver på slutten av doktorgradsarbeidet. Hele tiden jobbet hun fullt og gikk vakter.

– Det er imponerende å holde på med en doktoravhandling ved siden av 100 pro-

sent stilling som lege, noe neppe de fleste klarer?

– Jeg forstår veldig godt at mange ikke får til det. Da jeg holdt på med det som ble et doktorgradsprosjekt, jobbet jeg ikke lenger som fastlege. Barna mine var studenter da jeg begynte på prosjektet mitt, så det handler også mye om hvilken livssituasjon man er i.

– Til å begynne med snakket andre om at det kunne bli en avhandling. Jeg var derimot mest interessert i faget – det har vært drivkraften min, sier Anne Brodwall, barne- og ungdomspsykiater og tidligere fastlege. FOTO: VESTRE VIKEN

Foreldreintervjuene

Den første artikkelen om foreldrenes erfaringer ble publisert i 2018. Foreldrene mente magesmerter hadde en somatisk årsak, og de var redde for at magesmertene var tegn på alvorlig sykdom. De ønsket at barnet fikk en annen diagnose enn funksjonelle magesmerter, og at barnet fikk behandling.

– Jeg hadde ikke tenkt å gjøre noe mer, men så ble jeg nysgjerrig på hvordan det hadde gått med barna og ungdommene, og jeg spurte foreldrene om jeg kunne ta kontakt med dem igjen. Alle sa ja.



Foreldrene ble intervjuet på nytt etter tre år. I løpet av disse årene hadde de fleste av barna blitt kvitt plagene. Foreldrene mente fortsatt at plagene måtte være noe somatisk og ønsket profesjonell hjelp til å forstå tilstanden.

I 2020 var to artikler publisert.

– Når jeg først var kommet så langt og hadde to artikler på trykk, tenkte jeg at jeg kunne spurte videre og bli ferdig.

– Hvordan rekrutterte du foreldre og barn til studien?

– Jeg hadde alliert meg med sykepleier Reidun Kjemperud ved poliklinikken på Barneavdelingen. Hun gjorde en kjempejobb med å finne frem til foreldre som var interessert i å delta. Vi begynte på slutten av 2014 og holde på med rekrutteringen i 2015. Da vi hadde fått 14 foreldre, var metningspunktet nådd, og jeg kunne begynne med de første intervjuene. Jeg møtte alle foreldrene fysisk og innrettet meg etter dem. Noen traff jeg på jobben min, andre var jeg hjemme hos, og jeg hadde til og med et møte på togstasjonen, forteller Brodwall.

Nesten nybegynner

Før hun startet på sitt eget prosjekt, hadde hun på 1990-tallet vært medforfatter på en studie.

– Artikkelen inngikk i forskningen til Jens Eskerud, som tok doktorgrad på håndteringen av feber hos barn i allmennpraksis. Jeg har alltid vært interessert i forskning, men jeg hadde akkurat begynt å jobbe som kliniker og hadde fått det tredje barnet, så jeg ville fortsette som fastlege.

– Hvor viktig var det at din egen forskning til slutt endte opp med en doktorgrad?

– Til å begynne med snakket andre om at det kunne bli en avhandling. Jeg var derimot mest interessert i faget – det har vært drivkraften min. Etter at artikkel nummer to var publisert, var det flere som hintet om en doktorgrad. Jeg ble fortalt at det var noe som heter dr. philos, som er et selvstendig forskningsarbeid, i motsetning til ph.d. Graden dr.philos. har litt andre regler, blant annet har man ingen offisiell oppnevnt veileder.

Det året Brodwall disputerte og fikk sin doktorgrad, var det ifølge SSB bare 25 personer i Norge som disputerte for dr.philos. I årene 2015 til 2019 avla 1082 leger doktorgrad innen medisin og helsefag, ifølge doktorgradsregisteret i NIFU. De fleste var drøyt 40 år da de disputerte, bare 25 av dem var mellom 60 og 64 år, og enda færre var eldre enn 65 år da de fikk sin doktortittel. Anne Brodwall var over 60 år.



– Det er flott å få økonomiske midler, men jeg ville nok forsket uansett. Jeg tror at anerkjennelsen av prosjektet mitt, at noen synes at det jeg var nysgjerrig på var viktig, var det aller viktigste, sier dr. philos Anne Brodwall. FOTO: PRIVAT

Drahjelp

Selv om hun ikke hadde en formell veileder, fikk hun i den første studien med seg Per Lagerløv og Kari Glavin som medforfattere, begge daværende professorer ved henholdsvis Institutt for helse og samfunn (Helsam), UiO og Institutt for sykepleie, VID.

På de neste tre studiene har professor Mette Brekke ved Institutt for helse og samfunn, vært en «veileder» og eneste medforfatter.

– Jeg har fått kjempehjelp fra Mette Brekke, Per Lagerløv, og Kari Glavin.

Litt drahjelp økonomisk fikk hun også. I tre omganger, for ulike delprosjekter, fikk hun tildelt stipendmidler (AFU-stipend) for til sammen åtte måneder fra Allmennmedisinsk forskningsutvalg.

– Hva betød det å få forskerstipend?

– Det er flott å få økonomiske midler, men jeg ville nok forsket uansett. Anerkjennelsen av prosjektet mitt, var det aller viktigste.

Trommeslager

Så kanskje er hun en forskernerd som bruker all sin fritid på forskning? Nei, hun sier

selv at livet må handle om mye annet enn faglig fordyppning.

– Jeg spiller trommer, liker å trene, lage mat og drive med håndarbeid. Jeg har to, snart tre, barnebarn, hus og hage. Og så er jeg interessert i ishockey. For mange år siden var jeg idrettslege for Frisk Asker.

Hun har bestandig vært opptatt av barn og unge.

– Da jeg for noen år siden traff en fra kullet mitt, sa han: «Dette har du jo alltid snakket om, Anne!» Som barne- og ungdomspsykiater er jeg vant med å høre tøffe historier. Men håpløsheten og fortvilelsen som barna i studien min formidlet, rørte meg. Jeg brenner for barn og unge, og for at de som vil forske får tid og midler til å kunne dukke ned i det som er viktig for pasientene og for faget. Det er mange flinke fastleger. Jeg tror at mulighetene for å kunne forske kan bidra til bedre rekruttering til fastlegeyrket. Det er godt å få holde på med noe annet ved siden av jobben i noen år, sier Anne Brodwall.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

SKIL – fra legekontor til legetjenester

Hvordan dialog skaper en bedre helsetjeneste

■ NICOLAS ØYANE • Spesialist i allmennmedisin, fastlege, daglig leder av Senter for kvalitet i legetjenester

Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) ble omdannet til en stiftelse fra 2021 og omdøpt til Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester. SKIL styrker satsingen på samarbeid med andre legetjenester utenfor sykehus, deriblant sykehjem, legevakt, kommuneoverleger og avtalespesialister. SKIL har vokst fra å være nærmest et enkeltmannsforetak i 2015, til en liten bedrift, til dagens forankring i hele landet med økende påmelding til våre aktiviteter.

De viktigste insentivene for deltakelse har vært at alle tilbudene er meritterende kurs etter ny og gammel ordning, og at deltakende fastleger mottar refusjon av kursavgifter og praksiskompensasjon fra Legeforeningens Kvalitetsfond.

Målet med kvalitetsarbeid er å bygge bro mellom kunnskap og praksis, og redusere risiko for helseskade (1). SKIL etablerer et helhetlig system for kvalitetsarbeid i kommunene hvor både fastleger, kommuneledelse, sykehjem, legevakt og andre sentrale aktører deltar. Systemet legger vekt på følgende fire sentrale elementer: ledelse, data, kunnskapsoppdatering og forbedringsarenaer.

Ledelse

Bedre ledelse av fastlegetjenesten har vært et gjennomgående tema i lang tid, sist påpekt av regjeringens hurtigarbeidende utvalg i år (2). Noen må også lede kvalitetsarbeidet. Målet er at ledelsen skal være enkel og effektiv, tilpasset realiteten i kommunene og på legekontor.

I fastlegetjenesten kan vi skille mellom ulike nivåer av ledelse.

- **Staten** er som en del av trepartssamarbeidet ansvarlig for å skape overordnede rammer for fastlegetjenesten, inkludert rammeavtaler og en sikker og forutsigbar økonomi. Innen kvalitetsarbeid har sta-

ten en sentral rolle i utvikling og finansiering av verktøy for oversikt og statistikk over egen kommune og praksis. De nasjonale kvalitetsindikatorerne (NKI) vil kunne gi staten viktige styringsdata. Staten finansierer også nasjonale organisasjoner som arbeider med kvalitetsarbeid, blant annet SKIL og Noklus.

- **Kommunen** er ansvarlig for at innbyggerne har et tilstrekkelig fastlegetilbud, og at fastlegetjenesten er godt integrert i de øvrige kommunale helsetjenestene. Kommunen har også et sørge-for-ansvar for kvalitetsarbeidet i kommunen (3). Dette gjelder både om fastlegen er ansatt eller selvstendig næringsdrivende. For ansatte leger har kommunen et linjelederansvar som for alle øvrige ansatte. Kommunen har flere faste møtearenaer med fastlegene, blant annet ALU-møter og LSU-møter.
- **Legekontorene** er det nivået som ekspertutvalget har størst fokus på i sin rapport. Disse har ulik organisering, hvor det vanligste er DA eller AS hvor legene er partnere. Andre steder er legekontor underlagt kommuner som avdelinger. De fleste legekontor fungerer som leietakere av lokaler og arbeidsgivere overfor ansatte, mens færre har profesjonalisert ledelse. Noen større legekontor har en tydelig faglig ledelse som også involverer ledelse av kvalitetsarbeidet.

- **Fastlegen** er enten avtalepart med eller ansatt av kommunen, og skal sikre gode allmennlegetjenester til innbyggerne på pasientlisten. Fastlegen har på mange måter det øverste medisinske ansvaret for sine pasienter, og melder seg selv på kurs og smågrupper i samsvar med krav til spesialisering og egne preferanser.

Kvalitetsprosjekt kan rette seg mot flere av nivåene. Den enkelte fastlegen kan få til mye godt kvalitetsarbeid i samarbeid med kolleger i smågruppene. Samtidig vil en ledelsesforankring på kontoret og i kommunen gi større sannsynlighet for god kvalitet over tid.

Kunnskapsoppdatering

Det utgis flere retningslinjer enn det er praktisk mulig for fastlegene å lese (4). Likevel er det viktig å holde seg oppdatert på fag, med vekt på det som er nytt og som er viktig for kvaliteten i behandlingen.

Siden Norge er såpass geografisk spredt, produserer SKIL e-læringskurs for kunnskapsoppdatering. Disse tar noe tid å utvikle, men er enkle å spre. E-læringskurs alene har imidlertid begrenset effekt på å få klinikere til å endre praksis (5). Derfor er det nødvendig å supplere kvalitetsarbeidet med de to neste elementene: data og arena for kvalitetsforbedring.

Kvalitetsarbeid er i seg selv en kilde til ny kunnskap. En av de syv tesene i allmennmedisin er «Beskriv praksiserfaringene!». Gjennom arbeidsark og evalueringsskjema aggregerer SKIL data som igjen benyttes til å utvikle ny kunnskap med utgangspunkt i legenes erfaringsgrunnlag. Det er allerede publisert flere vitenskapelige artikler med utgangspunkt i SKILs data, og flere artikler er under utarbeidelse.

Data

Gode data fra praksis er nyttig for å avdekke forbedringspotensial, og til en viss grad også for å følge opp endring over tid. Data til kvalitetsarbeid er noe annet enn data til forskning og data til styring. I kvalitetsarbeid trenger vi data som bidrar til å avdekke forbedringspotensial i egen praksis og motivasjon til å gjennomføre endring.

Ved bruk av data til lokalt kvalitetsarbeid på legekontorene og i kommunene, vil feilkildene oftest være kjent og kan korrigeres for. Målet er heller ikke først og fremst å sammenligne seg med andre, men heller å se på egen praksis over tid. Slik bruk av data vil være nyttig til lokalt forbedringsarbeid, selv om de ikke egner seg som Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKIer).

For å skille mellom de nasjonale kvalitetsindikatorerne og data til lokalt kvalitetsarbeid vil vi benytte uttrykket «målepunkter», definert som indikatorer anbefalt brukt til kartlegging av kvalitet i egen praksis.

SKIL har utviklet målepunkter som benyttes i kvalitetspakker, med utgangspunkt i følgende kilder:

Sjekklistene benyttes i alle kvalitetspakker og er utviklet i samarbeid med de enkelte faggruppene. **Kasus fra egen praksis** benyttes i de fleste kvalitetspakkene, og gir både innsikt i egne og andre arbeidsmetoder. **Prosjekt allmennelegedata** er utviklet av Helsedirektoratet, og gir leger oversikt over egen praksis basert på innsendte regningskort (takster og diagnosekoder). **Statistikk for sykmeldere** er utviklet av NAV og gir alle sykmeldere oversikt over egen sykmeldingspraksis, inkludert blant annet varighet på sykmeldinger og andel sykmeldinger som har vært graderte.

Ved kvalitetsarbeid vil man ofte se at forbedringer løses bedre ved endringer på et høyere ledelsesnivå. For eksempel vil til-

gang på smittevernsutstyr til legekontor avhenge av kommunens eller statens logistikk rutiner. SKILs arena for lokalt kvalitetsarbeid produserer her viktige data for kvalitetsforbedring.

Etter å ha gjennomført et kvalitetsseminar vil for eksempel kommunene motta en kvalitetsrapport. Denne inneholder blant annet oversikt over kvalitetsarbeidet i kommunehelsetjenesten, opplevde fremmende og hemmende faktorer, samt forbedringsforslag fra deltakerne. For å sikre anonymitet publiseres aldri rapporter med data fra under ti leger.

Arena for kvalitetsforbedring

Gjennombruddsmetoden er en mye benyttet modell for å innføre ønskede endringer i praksis (6), og baserer seg på kollegabasert refleksjon og kvalitetsarbeid med utgangspunkt i data. SKILs modell bygger på dette, og er tilpasset forhold i allmennpraksis.

SKIL har skapt to ulike arenaer for kvalitetsarbeid:

- 1 Kvalitetspakker for leger** bygger direkte på erfaringer fra gjennombruddsmetoden. Legene møtes tre ganger for å sette mål og følge opp kvalitetsarbeidet. SKIL tilbyr nå kvalitetspakker til smågrupper innenfor 8 ulike kliniske tema. Kvalitetspakkene er godkjente kliniske emnekurs etter ny og gammel ordning. Før de tre møtene gjennomfører legene e-læringsmoduler for kunnskapsoppdatering. Resultatene er gode hittil, blant annet har vi sett forbedringer i rekvirering av vane-dannende medisiner, antibiotikabehandling, legemiddelgjennomgang, diabetesomsorg og sykmeldingspraksis gjennom SKILs kvalitetspakker, kurs som er tilpasset smågrupper (7, 8).

- 2 Kvalitetsseminar for kommuner** er utviklet som en arena for dialog mellom kommuneledelsen, fastleger og andre som arbeider med og for kvalitet i kommunen. Her samles deltakerne til en dag med kartlegging av forbedringsområder og konkret planlegging av kvalitetsforbedring. Det finnes nå et basis-seminar som omhandler kvalitetsarbeidet generelt, og to temabaserte seminar innenfor skrøpelige eldre og trivsel og arbeidsglede. Et eget tema innen smittevern lanseres senere i 2023.

Kvalitetsarbeid – helt enkelt!

Det kan virke komplisert og krevende å starte med kvalitetsarbeid, i tillegg til at organisatoriske forhold varierer mellom ulike steder. Noen kommuner har allerede kvalitetsfora, mens andre ikke har dette.

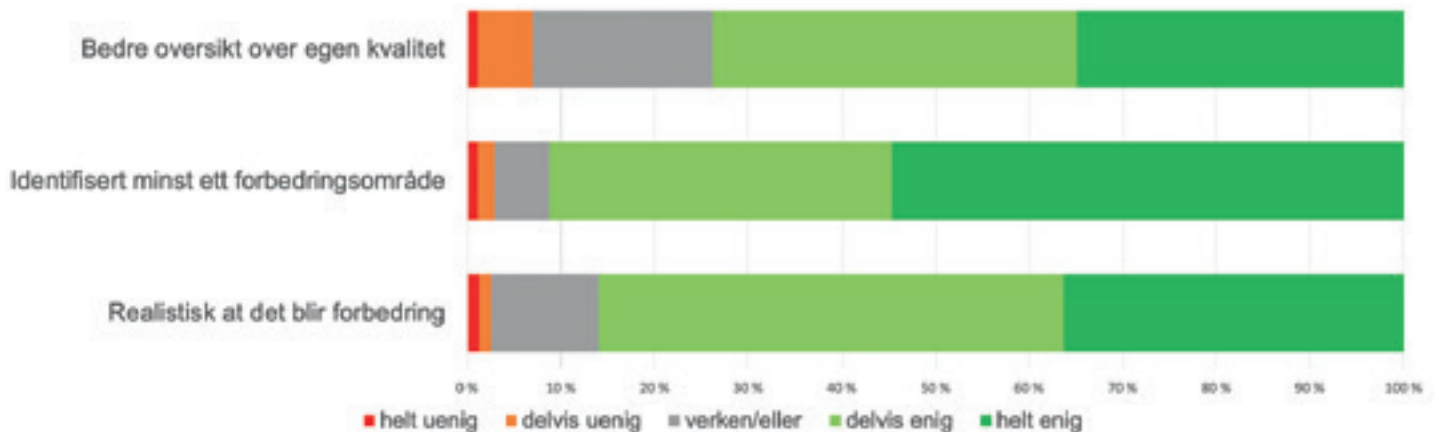
SKIL har utviklet systemer som forenkler prosessen for både fastleger, kommuneledelse og andre som ønsker å komme raskt og enkelt i gang.

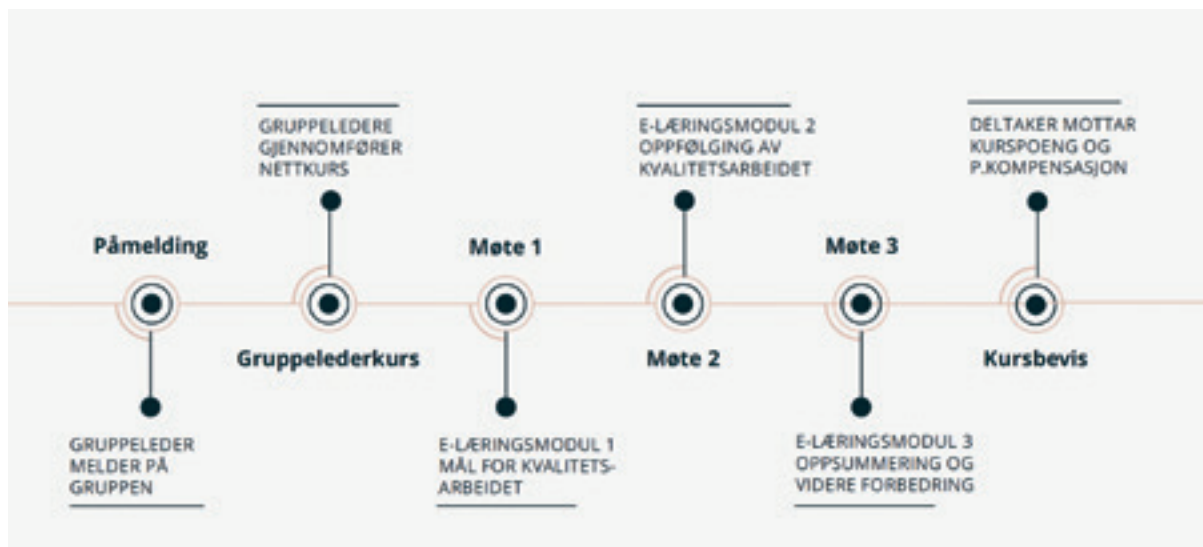
Fastleger kan melde seg på kvalitetspakker med enten smågruppe, legekontoret eller egenvalgt gruppe via www.skilnet.no/pakker. Da vil både gruppeleder (den som melder på gruppen) og alle deltakere få informasjon om gangen videre underveis. Se figur 2.

Kommuner kan melde sin interesse for å organisere kvalitetspakker via kontaktskjema på www.kommunesamarbeid.no. Da vil kommunen inviteres til et informasjonsmøte og et opplæringsmøte og vil være i stand til selv å organisere kvalitetsseminaret. Etter kvalitetsseminaret vil kommunen motta kvalitetsrapporten.

Både fastleger og kommuner administrerer kvalitetsarbeidet og følger fremdrift via nettportalen SKIL ePortal.

FIGUR 1. Figuren viser erfaringer fra SKILs kvalitetspakke i Diabetes (n=150), hvor de aller fleste deltakerne brukte sjekklistene og kasus for bedre oversikt over praksis. Den viser at selv enkle hjelpemidler kan bidra til å identifisere forbedringspotensial.





FIGUR 2. Forløpet av en kvalitetspakke.

Kommunene får sitt eget dashboard for å administrere og lede kvalitetsseminar. Se figur 4 nederst på siden.

Et viktig insentiv til praktisk kvalitetsarbeid for fastleger har siden 2021 vært en midlertidig refusjonsordning fra Fondet for Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Denne gir refusjon av kursavgift til fastleger og praksiskompensasjon for leger som fullfører kurs i kvalitetsarbeid. Du kan lese mer om refusjonsordningen her: www.skilnet.no/refusjon

REFERANSER

- Berwick D.M., Leape L.L. Reducing errors in medicine. *Qual Health Care*. 1999; 8(3): 145–6.
- Gjennomgang av allmennlegetjenesten - Ekspertutvalgets rapport. Helse- og omsorgsdepartementet; 2023.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. Helse- og omsorgsdepartementet; 2012.
- Austad B., Hetlevik I., Mjølstad B.P., Helvik A-S. Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications. *BMC Family Practice*. 2016; 17(1).
- Vaona A., Banzi R., Kwag K.H., Rigon G., Cereda D., Pecoraro V., et al. E-learning for health professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018; 2018(8).
- Kilo C.M. A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Qual Manag Health Care*. 1998; 6(4): 1–13.
- Øyane N.M.F., Finckenhagen M., Ruths S., Thue G., Lindahl A.K. Improving drug prescription in general practice using a novel quality improvement model. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2021: 1–10.
- Eide T.B., Øyane N., Høye S. Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies. *BMJ Open Quality*. 2022; 11(4):e001880.

■ NICOLAS@SKILNET.NO

FIGUR 4. Dashboard til administrasjon og ledelse av kvalitetsseminar.



SERUMKONSENTRASJON AV LEGEMIDLER: – Hva betyr prøvesvaret?

■ VILDE LEHNE MICHALSEN • Lege i spesialisering i klinisk farmakologi, UNN

Allmennpraktikere rekvirerer ofte serumkonsentrasjonsmåling av legemidler. Dette er nyttig spesielt for legemidler med smalt terapeutisk vindu, eller når det er utfordrende å måle klinisk effekt. Det er imidlertid flere forhold rundt prøvetakingen som er avgjørende for at prøvesvaret blir fortolket riktig. Det er også viktig å forstå hva som ligger til grunn for legemidlers referanseområder.

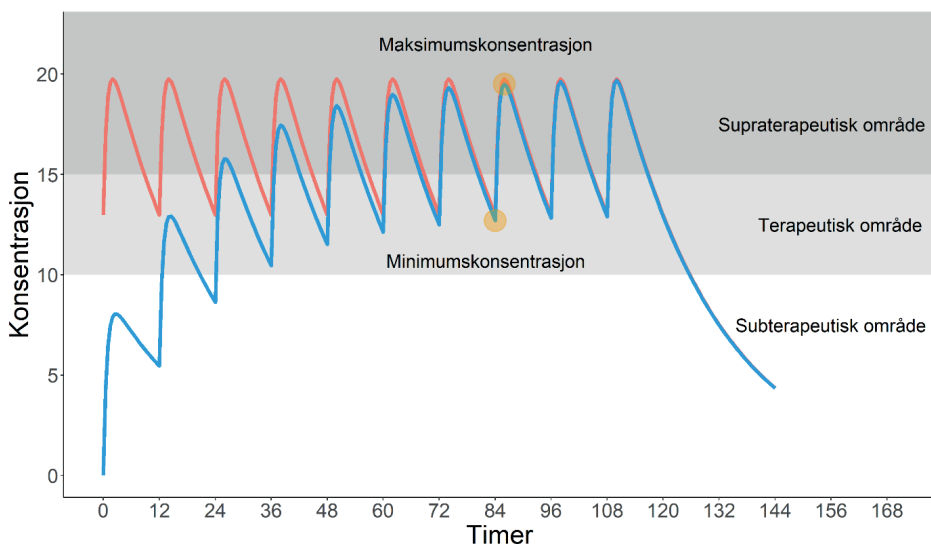
Måling av legemidlers serumkonsentrasjon (også upresist kalt serumspeil) skal ikke erstatte klinisk skjønn. Det er likevel et nyttig verktøy for riktigere dosering av legemidler og blir hyppig brukt for å forebygge terapivikt og bivirkninger. Dette gjelder spesielt ved bruk av legemidler med smalt terapeutisk vindu (f.eks. litium, digoksin) eller stor interindividuell variasjon i farmakokinetikk (f.eks. lamotrigin). Andre indikasjoner kan være forgiftning (f.eks. paracetamol), organsvikt, svangerskap, samtidig bruk av interagerende legemidler eller tvil om etterlevelse av behandling (1).

Prøver skal tas ved minimumskonsentrasjon

For å kunne sammenlikne serumkonsentrasjonen av et legemiddel over tid er det viktig at prøven tas til samme tid, hver gang – som hovedregel ved minimumskonsentrasjon (også kalt bunnkonsentrasjon, bunnspeil, nullprøve, medikamentfastende prøve). Årsaken er at referanseområdet til et legemiddel som oftest stammer fra kliniske studier av minimumskonsentrasjonen av legemiddelet (1, 2).

Minimumskonsentrasjon måles ved å ta prøven rett før neste planlagte dose (FIGUR

FIGUR 1. Serumkonsentrasjon-tid-kurve for et legemiddel med 12 timers halveringstid som gis per oralt hver 12. time. Blå kurve illustrerer serumkonsentrasjon ved oppstart av behandling. Rød kurve illustrerer serumkonsentrasjon ved stabil likevekt, som inntreffer etter fem halveringstider (5 x 12 = 60 timer). Benevningene «supraterapeutisk område», «terapeutisk område» og «subterapeutisk område» gjelder i tilfellet over for minimumskonsentrasjon.



HOVEDPOENG

- Prøver skal som hovedregel tas rett før neste dose.
- Ved oppstart av behandling eller doseendring bør man vente omtrent fem halveringstider før man måler serumkonsentrasjonen på nytt.
- Det er begrenset vitenskapelig dokumentasjon for legemidlers referanseområder.
- Ofte er det nyttig å definere pasientens individuelle referanseområde.

1), dette gjelder også for depotpreparater. Det betyr at ved dosering én, to eller tre ganger i døgnet skal prøven tas henholdsvis 24, 12 eller åtte timer etter siste dose. Ved for eksempel depotinjeksjon én gang hver fjerde uke, skal prøven tas fire uker etter siste dose – rett før neste injeksjon (1, 2).

For noen legemidler skal prøver tas ved maksimumskonsentrasjon (også kalt toppkonsentrasjon) (FIGUR 1). Dette gjelder for eksempel sentralstimulerende legemidler ved ADHD (metylfenidat, amfetamin), hvor anbefalt tidspunkt for serumkonsentrasjonsmåling er fire til åtte timer etter siste dose. Sjekk tabell på Farmakologiportalen for andre unntak fra hovedregelen (2).

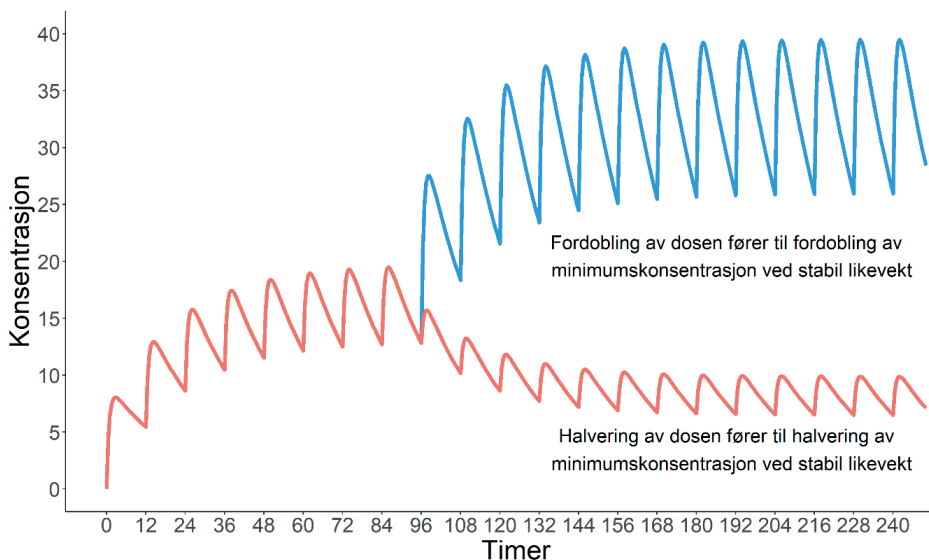
Prøver skal tas ved stabil likevekt

Stabil likevekt inntreffer når mengden legemiddel som går inn i kroppen er like stor som den mengden som går ut av kroppen. Ved konstant dosering og uendret eliminering, vil serumkonsentrasjonen være stabil og forutsigbar (1).

Som hovedregel tar det omtrent fem halveringstider før stabil likevekt inntreffer (FIGUR 1). Dersom prøven tas før stabil likevekt, vil minimumskonsentrasjon på dette tidspunkt være lavere enn fremtidig minimumskonsentrasjon ved stabil likevekt (FIGUR 1). Fortolkning opp mot referanseområdet vil da følgelig bli feil.

Ved behandlingsoppstart bør man derfor vente til det har innstilt seg en ny stabil likevekt før man måler serumkonsentrasjon. Dette gjelder også ved doseendring (FIGUR 2).

Som hovedregel vil dose og serumkonsentrasjon i stabil likevekt være proporsjonale. Det betyr at man forventer at doubling av dosen fører til doubling av minimumskonsentrasjon. Tilsvarende vil halvering av dosen føre til halvering av minimumskonsentrasjon (FIGUR 2). Dette forutsetter førsteordens kinetikk (gjelder de fleste legemidler gitt i terapeutiske doser) og uendret farmakokinetikk (for eksempel absorpsjon og eliminasjon).



FIGUR 2. Serumkonsentrasjon-tid-kurve for et legemiddel med 12 timers halveringstid som gis per oralt hver 12. time. Rød kurve illustrerer serumkonsentrasjonen ved oppstart av behandling og deretter endring i serumkonsentrasjon ved halvering av dosen etter 96 timer. Blå kurve illustrerer endring i serumkonsentrasjon ved fordobling av dosen etter 96 timer.

Hva betyr referanseområdet?

Det er begrenset vitenskapelig dokumentasjon for sammenhengen mellom legemidlers serumkonsentrasjon og deres kliniske effekt. Det skilles derfor mellom terapeutiske og veiledende (farmakokinetiske, dose-relaterte) referanseområder (1, 3).

Terapeutisk referanseområde

Terapeutiske referanseområder har vitenskapelig dokumentert sammenheng mellom legemiddelets serumkonsentrasjon (ofte minimumskonsentrasjon) og klinisk effekt. Nedre grense representerer den minste effektive serumkonsentrasjonen. Øvre grense settes til den serumkonsentrasjon hvor det ikke er vist ytterligere effekt eller uakseptable bivirkninger eller toksisitet. Dersom prøven er tatt ved minimumskonsentrasjon i stabil likevekt og viser en verdi over øvre grense, er det rasjonelt å vurdere dosereduksjon.

Merk imidlertid at referanseområdene er populasjonsbaserte, og at det kan være individuelle forskjeller i sammenheng mellom serumkonsentrasjon og effekt. Referanseområdene gjelder ofte for én spesifikk klinisk indikasjon, hvilket er spesielt viktig å kjenne til for legemidler med flere godkjente indikasjoner. Kort sagt er det altså flere grunner til at det kan være forsvarelig å avvike fra de terapeutiske referanseområdene (1).

Eksempler på legemidler med veletablerte terapeutiske referanseområder er litium, digoksin, enkelte antibiotika og de fleste anfallsforebyggende legemidler (anti-epileptika) (TABELL 1).

Veiledende referanseområde

Veiledende referanseområder er dose-relaterte og stammer fra farmakokinetiske studier (TABELL 1). De sier noe om hvilken serumkonsentrasjon som er å forvente hos friske kontrollpersoner som har tatt samme terapeutiske doser av legemiddelet. For

TERAPEUTISKE REFERANSEOMRÅDER	VEILEDENDE REFERANSEOMRÅDER
Litium	Opioider
Digoksin	Benzodiazepiner
Gentamicin	De fleste antipsykotika
Vankomycin	De fleste antidepressiva
De fleste anfallsforebyggende legemidler (antiepileptika)	Sentralstimulerende legemidler

TABELL 1. Eksempler på legemiddelgrupper med terapeutiske og veiledende referanseområder.

eksempel er øvre referansegrense til morfin i serum < 120 nmol/l. Dette tilsvarer den høyeste serumkonsentrasjonen som er å forvente i en normalpopulasjon som har fått peroral administrasjon av inntil 100 mg morfin daglig.

Ved prøvesvar som havner under eller over de veiledende referansegrensene, er det ikke automatisk nødvendig med doseendring. Vurderingen må gjøres ut fra blant annet indikasjon og klinisk effekt (1).

Individuelt referanseområde

I mange tilfeller vil det være vel så nyttig å definere pasientens individuelle referanseområde. I en behandlingsperiode med god effekt og fravær av betydningsfulle bivirkninger, kan det være lurt å måle serumkonsentrasjon. Prøvesvaret kan senere brukes som referanse ved tvil om effekt, uakseptable bivirkninger, farmakokinetiske interaksjoner eller etterlevelse. Pasienten blir på den måten sin egen kontroll (1, 3). I disse tilfellene er det helt avgjørende å ta prøven på samme tidspunkt hver gang – rett før neste dose – for å kunne sammenligne prøvesvarene over tid.

Konklusjon

Serumkonsentrasjonsmåling av legemidler skal ikke erstatte klinisk skjønn, men er et nyttig verktøy for riktigere dosering. Som hovedregel skal prøver tas ved minimumskonsentrasjon, altså rett før neste planlagte dose, når pasienten er i stabil likevekt. Det er begrenset vitenskapelig dokumentasjon for referanseområder for legemidler, og i mange tilfeller er det mer nyttig å definere pasientens individuelle referanseområde. For å kunne sammenlikne serumkonsentrasjon over tid, er det derfor viktig at prøven tas til samme tid hver gang.

REFERANSER

- Jürgens G, Skov K. Terapeutisk monitorering av legemidler. I: SE Andersen, K Dalhoff (red.). Anvendt klinisk farmakologi. FADL's forlag; 2022. s. 72–81.
- Serumkonsentrasjonsmålinger - når skal prøver tas? Farmakologiportalen, norsk portal for legemiddel- og rusmiddelanalyser. <https://farmakologiportalen.no/> (Sist oppdatert: 29. januar 2020)
- Burns ML, Landmark CJ et al. Referanseområder. Farmakologiportalen, norsk portal for legemiddel- og rusmiddelanalyser. <https://farmakologiportalen.no/> (Sist oppdatert: 29. januar 2020)

TREDJE REISEBREV FRA MALAWI: Samfunnsmedisin i under

■ TRUDE ARNESEN • Overlege, Folkehelseinstituttet

På det hellige Bunda-fjellet utenfor Lilongwe bes det intenst og høylytt.



Halve Malawi regnes som katastrofeområde etter at syklonen Freddy herjet. De fleste er affisert på en eller annen måte. I slekta til en kollega på vårt søster-folkehelseinstitutt (PHIM) hadde en hel familie på ti blitt tatt av et leirras i løpet av natta. Ingen overlevde. En annen mistet huset sitt. Han sa at mange malawiere nå tror at enden er nær og at det for dem nå handler om å komme til rett sted i neste liv.

Dette fokuset på himmel og helvete husker jeg fra Sierra Leone i Ebola-tiden også. Predikantene der messet om at dette livet er lite og uviktig, det er det neste livet vi bør sikte på. Hør ikke på helsepersonell, var predikantenes råd; – de kan jo ikke redde seg selv en gang.

Kanskje tidligere generasjoner i Norge også i større grad festet blikket på himmelriket? I de norske julesangene fremstår jo jorden som en jammerdal, og livet her som kort og fullt av møye.

Når jorden forsvinner under føttene

Det er virkelig enorme krefter i spill under syklon og flom, og det er ikke stort et menneske kan gjøre fra eller til når det først er i gang. Selv satt jeg på trygg avstand i Lilongwe og så på bilder fra den nest største byen, Blantyre, der handlegatene var blitt til fosser av brunt vann og gjørme. Det var hjerteskjærende videosnutter av barn som skrek i redsel og mødre som fortvilet ropte «hva skal jeg gjøre», før fossen tok skuret med barnet inni.

Det har strømmet til med hjelp fra både befolkningen i Malawi, naboland og land lenger unna, som Norge. Noen steder har man ikke kommet til fordi veiene har vært ufremkommelige, og på mer avsidesliggende steder ble folk helt isolert i mange dager uten tilgang til rent vann eller mat. Hele tiden øste det ned.

gangsstemning



Alle hus er sårbare for flom og syklon – særlig de som huser folk flest i Malawi.



Ved og kull sykles til markedet.

Over 600 mistet livet som en direkte følge av syklonen. Mange, mange flere, så langt rundt 180 000¹, måtte forlate hjemmene sine og oppholder seg nå i provisoriske leire som er opprettet på skoler og lignende. Nå er det kommet tilfeller av kolera i noen av disse provisoriske leirene. Siden rent vann og sanitære fasiliteter er mangelvare, er man redd det vil spre seg raskt. Så lenge folk flest ikke har tilgang til rent vann og latriner, er det, for å sitere dr. Kagoli, den nye direktøren ved instituttet her, nesten rarere at det ikke er utbrudd hele tiden.

Dessuten kommer praktiske problemer som at sykehusene ikke får skrevet ut ferdigbehandlede pasienter. For hvor skal de sende folk som har mistet husene sine eller barn som har mistet foreldrene sine?

Syklonen rammet akkurat da åkrene sto klare for å høstes. Tapt innhøsting gir stor økning i matvarepriser og kommer antakelig til å føre til sult. I tillegg kommer at mange er blitt traumatiserte og redde for å legge seg om natta, av frykt for at jorda igjen skal forsvinne under føttene på dem.

¹ Wikipedia, «Cyclone Freddy», Wikipedia, The Free Encyclopedia, 7. mai 2023, https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Cyclone_Freddy&oldid=1153635300 (lest 8. mai 2023).

Ikke utsikt til bedring

Det verste er at slike sykloner og annet ekstremvær forventes å bli stadig hyppigere og voldsommere fremover på grunn av klimendringene. Videre har omfattende avskoging ført til at konsekvensene av flom blir mye større, ettersom det ikke er noe som holder igjen når gjørmefloden raser ned fjellsidene. Avskogingen henger sammen med en raskt voksende befolkning som trenger brensel for å koke seg mat, og helst også vann. Bare 15 prosent av befolkningen har tilgang til strøm, og folk flest er jo ekstremt fattige. Selv om de kanskje vet at de ikke bør hugge trær, har de derfor ikke noe alternativ når kostbar ved og kull er alternativet.

Fattigdom og trengsel gjør i tillegg at folk bosetter seg på utrygge steder, nært elvebredder eller der det har gått ras før.

Oppbygging av en samfunnsmedisinsk spesialitet

Midt oppi dette skulle vi prøve å holde en lenge planlagt samling om ny spesialitet i samfunnsmedisin. Vi klarte det, selv om sentrale deltakere ble sendt på hasteoppdrag hit og dit. Det er jo bare rett og riktig – i en sårn krisesituasjon må det priorite-

res. Strømtilgangen var nede i fire timer daglig (for de 15 prosent av oss som har tilgang til strøm), og både internett og telefonilgang var høyst varierende – selv her i hovedstaden.

Egentlig er det ingenting som bedre begrunner behovet for en samfunnsmedisinsk spesialitet enn alle disse katastrofene som har rammet landet bare siden covid-19-tida: Først polio som kom tilbake etter at det var utryddet i Afrika. Så det verste kolerautbruddet på svært lenge, knyttet til syklonen Ana og påfølgende flom som rammet i fjor, og nå en ny og enda verre syklon – allerede før skadevirkningene av den forrige var ferdig håndtert.

Det trengs en grupperettet spesialitet som ser lenger og bredere enn til behandling av enkeltpasienter, sa lederen for helsedepartementet i Malawi, dr. Charles Mwansambo i sin åpningstale. – En gruppe som har trening i å jobbe forebyggende, grupperettet og tverrsektorielt, som kan analysere situasjonen, gi langsiktige råd og lede det samfunnsmedisinske arbeidet.

En slik spesialitet ble godkjent for tretten år siden, men er ikke blitt satt i verk enda. Gjennom mange møter de siste par årene er det blitt klart at det er et uttalt øn-



Stemningen på møtet var høy og det vises tydelig på gruppebildet.

ske, i hvert fall fra de fleste vi har snakket med, at det blåses liv i denne spesialiteten. Vi har sagt oss villige til å være fødselshjelpere.

I et bredt anlagt møte som vi arrangerte sammen med KUHeS universitet, helsedepartementet, folkehelseinstituttet, Medical Council, UK health security agency og flere, ble dette tretten år gamle pensumet gjennomgått i detalj. Det ble holdt opp mot både WHO og Africa CDCs initiativer for en bedret arbeidsstyrke for folkehelse i Afrika. Videre ble det sammenlignet med pensumet for tilsvarende spesialitet i Sør-Afrika, Storbritannia og Norge. Stemningen på møtet var høy, men det gjenstår å se om de første tre kandidatene er klare innen september dette året, som planlagt.

Barske glæder

Det er mange barske glæder² her, vil jeg si. Det er mye som ligner på gleden og lettelsen over å drikke vann fra en fjellbekk når man er tørst, og å få varmen i seg når man kommer forfrossen inn på hytta.

Nå har jeg for eksempel akkurat blitt bra etter å ha spydd i et døgn, og det er så befriende. Jeg følte meg litt tøff i går da jeg ledet et seminar, mens jeg tok små pauser for å spy på bakrommet. Bare det å få nett når man ikke har hatt det på en stund gir virkelig en stor tilfredsstillelse. Det samme gir det selvfølgelig å høre stemmen til de man

² *Barske glæder* er en kjent bok/samling av Peter Wessel Zapfes artikler om friluftsliv fra norske aviser, tidsskrifter og årbøker. Første gang utgitt i 1969. (Kilde: Wikipedia)

savner, eller å få tak i noen man har ventet lenge på. Forleden ventet jeg i to timer på en professor som ba meg vente et øyeblikk, og det er ingenting mot at Line Vold ventet i seks timer utenfor et kontor her.

Tilsvarende vil jeg påstå at gleden ved å spise maisgrøt når man er sulten ikke står noe som helst tilbake for gleden over å spise den fineste gourmetmat når man er mett.

Malawisjøen er vidunderlig skjønn.



*Gjertrudsfuglen er et katolsk legendeeventyr og et gammelt norsk navn på hakkespettarten svartspett (*Dryocopus martius*). Eventyret er med i *Ashbjørnsen og Moes samling av «Norske Folkeeventyr»* som første gang ble utgitt i perioden 1841–1844. ILLUSTRASJON: WIKIMEDIA COMMONS*

Dessuten har jeg en personlig teori om at folk her nyter musikk mer enn hjemme. Det ligger kanskje en viss utjevning av gleden her i verden ved slikt? Likevel skjønner jeg ikke hvordan folk klarer å virke så glade. Disse spontane smilene som lyser opp alt, hvor henter de dem fra når fremtiden virker så mørk?

I tillegg til gleden ved behovstilfredstil-

lelse, som ikke er til å kimse av, er det mange gleder her som er lette å nyte enten man er sulten eller mett. Stjernehimlen, oasehagene, fuglelivet... Fantastisk frukt, særlig ananas og mango. Og avokado! Noen ganger, når veien ikke er ødelagt og man har en hel helg fri, kan vi rikinger dra ut til Malawisjøen. Der venter paradiset på jord!

Gjertrudsfuglen

Det er alltid ubehagelig å føle seg som en vandrende lommebok. Jeg vet jeg har den rollen i prosjektsammenheng. Nesten enda verre er det å stikke en tur rett utenfor huset. Der står det skikkelige folk og prøver å reparere veiene med hakker og bare hendene. Selvfølgelig vil de ha betalt for det. Mange unge menn i sin beste alder går mellom bilene med et par sko, en kjole eller en hundevalp i håp om at en av sjåførene er ute etter akkurat det, akkurat i dag. Så er det alle de handikappede som leies rundt av ungdommer, og alle mødrene. For ikke å snakke om barna som strekker fram hendene. Og der sitter jeg med lomma full av penger. Ofte i altfor store sedler til å gi dem bort.

Jeg blir ofte minnet om sagnet om Gjertrudsfuglen. Gjertrud sto og bakte lefser da Vårherre og St. Peter vandret på jorden. De ba om å få litt, for de var sultne. Men sam-

me hvor lite emne Gjertrud kjevlet ut, ble lefsa altfor stor til at hun syntes hun kunne gi den bort. Så har jeg ikke noe å gi dere, konkluderte Gjertrud. Skam på henne. Som straff ble hun da også omskapt til hakkespett, som evig må hakke for å få seg mat.

Planer til høsten

Foreløpig har jeg vært i Malawi i tre ukers bolker, men til høsten flytter mannen min og jeg ned og blir ett år. Det var først meningen at vi skulle ha med oss de to yngste og være her i to år, men det var lettere sagt enn gjort, så oppholdet ble utsatt og forkortet til ett år. Nå har vi funnet gode løsninger for begge barna vi har ansvar for, og de to eldste klarer seg selv. Mannen min er lektor og skal være frivillig på den videregående skolen i en SOS-barneby. Dessuten skal han ta med sekken full av sjakkbrett og brikker, han har allerede en trøye i et volleyballag, og han er standby i tilfelle sønnen vår trenger ham.

Jeg er utrolig glad for at mannen min, Ivar Dommersnes, blir med. Jeg innser nå at jeg ikke ville klart å reise ned alene. En annen som setter pris på det er rektor på skolen han skal jobbe på – hun ble så glad at hun gjorde et lite hopp!

Tross alt noe av det beste vi har

Vi er ikke i Malawi fordi det er lett, vi er her fordi det er vanskelig, pleier lederen i prosjektet, Ragnhild Dybdahl, å si. Og jeg er enig. Midt i all tvilen, og når det går tregt, minner jeg meg selv om at jeg virkelig tror at støtte til sterkere systemer og institusjoner, mest mulig fra innsiden og mest mulig lydhørt til de behovene som er der, gitt av institusjoner med lik funksjon, altså hele idéen om søsterinstitutter, tross alt må være noe av det beste vi kan bidra med. Å støtte lokale initiativ og systemer som allerede er der, har også minst potensial for å skade, tror jeg. Jeg er i hvert fall veldig glad for at jeg nok en gang fikk sjansen til å jobbe med samfunnsmedisin i Afrika. Akkurat det jeg håpet på da jeg i sin tid valgte å bli lege!

Vi ser også at vårt nærvær settes pris på. For eksempel var helseministeren til stede da samarbeidsavtalen ble underskrevet. Det kom til og med på TV samme kveld, fortalte kollegene på instituttet. Neste besøk skal gå motsatt vei, da kommer direktøren, dr. Kagoli, og vår kontaktperson, Mtisunge Yelewa, til Norge. Det blir bra, selv om det nok ikke får TV-dekning!

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

Lederen for helsedepartementet (Permanent Secretary), dr. Charles Mwansambo, og direktør for BIS-prosjektet, Ragnhild Dybdahl, signerer samarbeidsavtalen mellom PHIM og FHI. Bak til høyre står helseministeren. Dette ble vist på TV samme kveld. FOTO: TV-INNSLAG BASERT PÅ FOTO AV HENDELSEN



Rektor Hellen Kalluvi på videregående skole i den lokale SOS-barnebyen, ble hoppende glad over å få en frivillig lektor i ett år.



FOLKEHELSEMEDLINGEN: **Kunsten å gå**

■ AUD MARIE TANDBERG • *Kommuneoverlege og spesialist i samfunnsmedisin, Hammerfest kommune*

■ SONNI SCHUMACHER • *Kommuneoverlege og spesialist i samfunnsmedisin, Hammerfest kommune*

For oss som jobber systematisk med folkehelse, er det festdag på jobben når folkehelsemeldingen skal legges frem. I Hammerfest satt folkehelsekoordinator, frisklivskoordinator og begge kommuneoverlegene klare med påskelunsjen da Kjerkol dukket opp på storskjerm fredag 31. mars. Hun skulle legge frem sin ferskeste folkehelsemelding. Helt alene sto hun der.



Vi hadde noen klare ønsker og forventninger i forkant. Først og fremst ønsket vi en tydeligere beskjed til kommunene om hvordan de skal organisere sitt systematiske folkehelsearbeid. Dette har vært en utfordring helt siden folkehelseloven kom i 2012. Der nest ønsket vi en klarere nasjonal strategi for helsefremmende og forebyggende arbeid innen psykisk helse, med stort fokus på livskvalitet, mestring og trivsel. Dette drukner i det daglige i krav om utbygging av behandlingsapparat. Oppsummert sitter vi igjen med en folkehelsemelding proppfull av kunnskap og de beste intensjoner. Tiltakene står imidlertid ikke i stil med verken kunnskapen eller intensjonene. Tiltakene ble godt oppsummert av media: røykeslutt og sukkerkutt. Vi står fremdeles like tomhendt igjen når det kommer til systematisering av folkehelsearbeidet i kommunene. Det virker som om nasjonale myndigheter og folk flest tror at kommunene allerede har organiseringen av det overordnede folkehelsearbeidet på plass. Realiteten for mange kommuner er at det har de ikke, og de har heller ingen mal på hvordan dette skal gjøres og hva som trengs av kompetanse. Dette må formidles av de nasjonale myndighetene sammen med målsetningene.

Sykevesenet kneler

Sykehusene drukner i samfunnsskaptelivstilssykdommer. Kommunehelsetjenest

ten sliter både med fastlegeordningen og eldreomsorgen. Når hovedfokus i samfunnet er å hanke alle inn etter at de har utviklet sykdom, glemmer vi å se på hvordan vi kan hindre at folk blir syke i utgangspunktet. Vi glemmer rett og slett det systematiske folkehelsearbeidet. Det har aldri vært så viktig som nå å lykkes med helsefremmende og forebyggende arbeid. Vi savner at regjeringen setter folkehelsemeldingen i et større perspektiv. Som samfunn *må* vi lykkes med folkehelsearbeidet for å unngå at sykevesenet går fra å knele til å kollapse.

En helseminister for de syke

Når en ser på helsebegrepet og tar innover seg hva helse faktisk er, ville det vært naturlig at en helseminister hadde mer oppmerksomhet på folkehelse enn på sykdom. Slik er det dessverre ikke. Vår helseminister er en behandlingsminister, slik det alltid har vært. Etter Bjarne Håkon Hanssen har vi knapt hørt en helseminister snakke om folkehelse, foruten når de legger frem en ny folkehelsemelding. Helseministeren tar kanskje minst av alle ansvaret for folkehelsearbeidet. Da blir det ironisk at Kjerkol som eneste statsråd legger frem folkehelsemeldingen på vegne av hele regjeringen. De statsrådene som har hovedansvaret for folkehelsen burde stått der sammen med henne, nettopp for å belyse at folkehelsearbeid er sektorovergripende. Det er fortsatt

ikke kjent for mannen i gata at helse i all hovedsak skapes utenfor helsesektoren. Hvor helsen skapes er et viktig budskap å få frem både til media og befolkningen. Nå tror folk at folkehelsearbeidet handler om gode helsetjenester.

Folkehelsemelding uten mottaker

Når regjeringen lanserer folkehelsemeldingen, håper vi de har tenkt igjennom hvem som er mottaker ute i kommunene. Slik det er i dag, vil dette variere stort. Et fåtall kommuner har en kommunedirektør som er engasjert nok til å følge med. Flere kommuner har folkehelsekoordinator som kanskje vil lese folkehelsemeldingen. Alle kommuner har en kommuneoverlege, da dette er lovpålagt. Det er imidlertid stor variasjon i hvor mye innsats ulike kommuneoverleger legger i det systematiske folkehelsearbeidet. Det er rett og slett opp til hver enkelt, til tross for at folkehelseloven knytter nettopp kommuneoverlegen, som samfunnsmedisiner til det systematiske folkehelsearbeidet. Resultatet blir at tilfeldighetene rår ute i kommunene, der folkehelsen skapes og der folkehelsemeldingen må omsettes til handling.

Ussystematisk folkehelsearbeid

Kommunene har stor frihet til å organisere det systematiske folkehelsearbeidet slik de

fra teori til praksis



selv vil, med det resultatet at mange organiserer seg bort fra det. Det har vært et ønske fra myndighetene at kommunene skal ha denne friheten fordi kommunene er ulike. Når alle har ansvaret for det systematiske folkehelsearbeidet, tar ingen det i praksis. Når det fra myndighetene verken settes krav til eller gis anbefalinger om organiseringen av folkehelsearbeidet, så blir det vanskelig å forstå hvem som skal omsette folkehelsemeldingen til praksis i kommunene. Slik taper vi mye god helse, og det har vi ikke råd til lenger. Selve folkehelsemeldingen er full av gode intensjoner og nyttig kunnskap om folkehelse og utjevning av sosiale helseforskjeller. Denne kunnskapen og prioriteringene i meldingen må bringes videre inn i kommuneledelsen i hele Norge, hvis vi skal lykkes med folkehelsearbeidet.

Kommuneoverlegenes ansvar

I kapitlet «Folkehelsearbeidet i kommunene» er det gledelig å se at kommuneoverlegefunksjonen er nevnt. Målene som settes for kommuneoverlegefunksjonen tas godt imot: interkommunale løsninger, en klargjørende tittel og utarbeidelse av en nasjonal veileder. Det vi savner er en tydeliggjøring av *hvorfor* kommuneoverlegens kompetanse som samfunnsmedisiner er helt sentral i det systematiske folkehelsearbeidet. Vi mener at samfunnsmedisi-

neren skal ha et tydeligere ansvar. Forutsetningen for at kommuneoverlegen skal lykkes med et slikt oppdrag, er at stillingen løftes ut av helsesektoren og inn i kommunedirektørens stab. Kommuneoverlegerollen må være uløselig knyttet til det systematiske folkehelsearbeidet i kommunen. Vi savner er slik klargjøring av rollen fra myndighetene generelt og i folkehelsemeldingen spesielt. Når det ikke tas med i den nyeste folkehelsemeldingen heller, sitter vi igjen med håpet om at veilederen for kommuneoverlegefunksjonen vil ta dette med. De kommuneoverlegene som i dag leder det systematiske folkehelsearbeidet i sin kommune, har en ensom jobb med å skape forståelse for organiseringen i en rolle som tradisjonelt blir sett på som «leder for legetjenesten».

Kommuneoverlegen må ha flere med på laget

Hvis man skal forsikre seg om at intensjonene i folkehelsemeldingen følges opp, må man være tydelig på hvilken kompetanse man trenger og hvem som skal lede det systematiske arbeidet. Samfunnsmedisineren har medisinerens kunnskap om sykdommer og årsakssammenhenger, og skal bruke denne kunnskapen i det systematiske folkehelse-

arbeidet med mål om et helsefremmende samfunn. Dette i motsetning til de øvrige legene som bruker samme basalkunnskap for å reparere sykdom i klinikken. Samfunnsmedisineren skal diagnostisere samfunnet, ikke individet. I tillegg til samfunnsmedisineren, er det gledelig at også samfunnspsykologer nevnes i folkehelsemeldingen. Samfunnspsykologens plass burde lovfestes for å sikre tilstrekkelig kunnskap i folkehelsearbeidet. Alle kommuner skal ha kommunepsykologer. De har en svært viktig rolle i ivaretagelsen av folkehelseperspektivet, og forventningene til kommunepsykologene burde komme tydeligere frem. Folkehelsekoordinatorer er også sentrale i det systematiske folkehelsearbeidet, og vil sammen med kommuneoverlegen og kommunepsykologen utgjøre kjernen i det systematiske arbeidet.

Tydeligere adressat

Denne gangen kom folkehelsemeldingen med følgende til-og-fra-lapp: «Til kommunen. Hilsen helseministeren». Neste gang håper vi folkehelsemeldingen kommer med tydeligere beskjed: «Til kommunedirektør, kommuneoverlege, kommunepsykolog og folkehelsekoordinator. Hilsen hele regjeringen».

■ AUD.MARIE.TANDBERG@HAMMERFEST.KOMMUNE.NO

Hvorfor etablerte vi Folke

■ GUNNAR TELLNES • Professor emeritus

Stiftelsesdokumentet fra våren 1998 ble skrevet og undertegnet 15. april 1998 på en hvit serviett i kantina (Café Florence) ved Institutt for allmenntilleggsmedisin og samfunnsmedisinske fag i Frederik Holsthus, Universitetet i Oslo (UiO). Dette var den beskjedne starten på det som skulle bli Norsk forening for folkehelse.

I tillegg til meg selv, som var prodekanus ved Det medisinske fakultet på den tiden, deltok instituttleder og professor Øivind Larsen, kontorsjef Morten Kvisvik, samt Irene Auke og Inger-Lill Røyem, som også var ansatt ved instituttets administrasjon. Dette instituttet har siden 1993 vært lokalisert på eiendommen til Ullevål sykehus, like ved Stjerneblokkene. I dag heter det Institutt for helse og samfunn, UiO.

Det første ordinære styremøtet ble holdt samme sted 26. mai 1998 med følgende styremedlemmer: Gunnar Tellnes (leder), Morten Kvisvik (sekretær), Øivind Larsen (kasserer). Gerd Holmboe Ottesen fra UiO og Sidsel Graff-Iversen fra Statens helseundersøkelser (SHUS) var ordinære medlemmer i styret.

Hvorfor var det behov for en ny folkehelseforening?

Motivet for å starte Norsk forening for samfunnshelse i 1998 (i dag: Norsk forening for folkehelse) var å få etablert et tverr-

faglig forum og samarbeidsorgan innenfor fagområdene samfunnsmedisin, sosialmedisin og folkehelse (1). Målet var videre å få en forening i Norge som kunne bli godkjent som medlem i European Public Health Association (EUPHA). Den ble etablert i 1994, og allerede i 1998 var alle land i Europa medlem i EUPHA, unntatt Norge og Hellas. En av fordelene med et norsk medlemskap var at alle medlemmer i Norsk forening for samfunnshelse da ville få to vitenskapelige tidsskrift gratis tilsendt flere ganger per år, det vil si *European Journal of Public Health* (EJPH) og *Scandinavian Journal of Public Health* (SJPH) (tidligere *Scand J Social Med*). Dessuten ville norske medlemmer få rabatt på deltakelse i de årlige konferansene til EUPHA.

I Norge var det på den tiden en rekke profesjonsforeninger i dette fagområdet, som for eksempel Helsesøsterforeningen og OLL (Offentlige Legers Landsforening); i dag kalt Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) og Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM). Men dette var ikke

tverrfaglige foreninger, hvilket var et kriterium for medlemskap i EUPHA.

Medio mai 1998 sendte vi ut invitasjon til mange hundre mulige medlemmer i den nye foreningen (1). Invitasjonen ble i brevform sendt til alle landets kommunelger og helsesøstre, alle medlemmene i Det norske medisinske Selskab (DnmS.no), og dessuten en rekke ansatte ved blant annet de fire universitetene i Norge, Folkehelse (nå: FHI), høyskoler, SHUS, HELTEF og Stiftelsen NaKuHel (2, 3). I løpet av to-tre uker hadde vi fått 149 medlemmer i foreningen, heriblant mange leger, personer fra ulike helseprofesjoner og flere institusjonsmedlemskap.

Høsten 1998 ble det første dagsseminaret i foreningen arrangert i lokalene til Det norske medisinske Selskab i Drammensveien 44 i Oslo, der plenumsalen var fullsatt. Påmeldinger ble den gang ordnet av Ingrid Grøtte Johansson i Oppdal, det vil si samme person som i dag gjennom Din Konferansepartner arrangerer den årlige Folkehelsekonferansen. Professor Peter Allebeck, fra Göteborgs Universitet og Svensk Förening för Socialmedicin ock Folkehälsa, var invitert som foredragsholder på Norsk forening for samfunnshelse sitt første årsseminar. Seks år senere, i oktober 2004, arrangerte Folkehelseforeningen i Norge den årlige EUPHA-konferansen i Oslo Kongressenter med tittel «Urbanisation and Health» (4).

Notater på den symbolske servietten ved stiftelsen av «Folkehelseforeningen», 15.4.1998. Teksten lød som følger: «Det bevitnes herved at Norsk forening for samfunnshelse nå er stiftet. Formålet er melde 'Norge' inn i EUPHA. Foreningen skal arbeide for å styrke folkehelsearbeidet og sosialmedisinen i Norge.»



helseforeningen i 1998?

Over 700 folkehelseeksperter fra nesten 50 land deltok på konferansen. Et tredagers formøte med blant annet møte i EUPHA International Scientific Committee ble holdt på Sem Gjestegård og NaKuHel i Asker i juni 2004.

Historisk bilde av fagområdene

I anledning sosialmedisinens 150-årsdag 11. mars 1998 sendte jeg en invitasjon via e-post til alle ansatte ved Institutt for allmennmedisin og samfunnsmedisinske fag, med spørsmål om å kontakte meg i anledning planen for å etablere «Norwegian Society of Public Health». Dessuten ble det sendt en kopi til NTB og til interesserte forskere ved blant annet Universitetet i Bergen, NTNU, Folkehelsa og daværende HELTEF.

I e-posten fra 11. mars 1998 stod det: «Vi har ingen forening eller selskap i Norge som har tatt initiativ til medlemskap i EUPHA. Svenskene står som arrangør av EUPHAs neste kongress, det vil si Annual Meeting, som blir i Göteborg 10.–12. des. 1998. Interesserte samfunnsmedisinere i Norge bør mobiliseres til å delta med papers der».

Det skal her nevnes at jeg som norsk deltager i Göteborg, også deltok i et møte der det ble bestemt at Scand J Soc Med skulle endre navn og innhold til å bli dagens Scand J Public Health (SJPH). Dette møtet ble ledet av Professor Peter Allebeck som hadde ansvaret for EUPHA-konferansen i Göteborg det året.

Ved Universitetet i Oslo hadde det fra midten av 1890-årene vært et Institutt for hygiene, og dette ble i 1952 delt i to: Institutt for sosialmedisin og Institutt for hygi-

ene. Det siste skiftet i 1976 navn til å hete Institutt for forebyggende medisin. Institutt for allmennmedisin ble, som det første i Norden, etablert ved UiO i 1968. Fra 1990-tallet ble det etablert flere andre samfunnsmedisinske fagområder ved Det medisinske fakultet. Disse er i dag samlet i seks avdelinger ved dagens Institutt for helse og samfunn, der det nå er over 500 ansatte på hel- eller deltid.

Norsk forening for samfunns-helse, som ble stiftet på en serviett i kantina i Frederik Holsts hus 15. april 1998, har i løpet av de første 25 årene utviklet seg til dagens aktive Norsk forening for folkehelse. Et stort antall av våre medlemmer deltar hvert år på European Public Health Conference. Vi er dessuten stolte over at den årlige Folkehelsekonferansen regnes som den største og mest innflytelsesrike konferanse på dette området i Norge (1). «Norsk forening for folkehelse 25 år» fikk en verdig jubileumsmarkering 20. mars 2023 i forbindelse med årsmøtet på Litteraturhuset i Oslo. I den anledning ble det også publisert et jubileumsskrift som beskriver deler av foreningens tilblivelse og historie (5). I september 2023 arrangeres Folkehelsekonferansen i Tromsø.

REFERANSER

1. Grimeland J, Lund J, Tellnes G. Folkehelseforeningen – et redskap for bedre folkehelse. *Utposten* 2017; 47(5): 48–50. www.utposten.no – nr. 5-2017.
2. Tellnes G. How can nature and culture promote health? *Scand J Public Health* 2009; 37: 559–61. Editorial.
3. Tellnes G. Health Promotion in the local Community (Presidents Column). *Eur J Public Health* 2005; 15(3): 331–3.
4. Tellnes G (ed.). *Urbanisation and Health – New Challenges in Health Promotion and Prevention*. Oslo: Oslo Academic Press (UniPub), 2005. Ill. 368 pp. ISBN 978-8274772083.
5. Jubileumsskrift Folkehelseforeningen 25 år 1998-2023. Oslo: Folkehelseforeningen, 2023. Ill. 44 sider. ISBN 978-82-693235-0-4.

■ GUNNAR.TELLNES@MEDISIN.UIO.NO

Gunnar Tellnes under åpning av European Public Health Conference i Oslo Kongressenter i 2004.



PASIENTRAPPORTERTE DATA**Sjelden brukt i allmennpraksis**

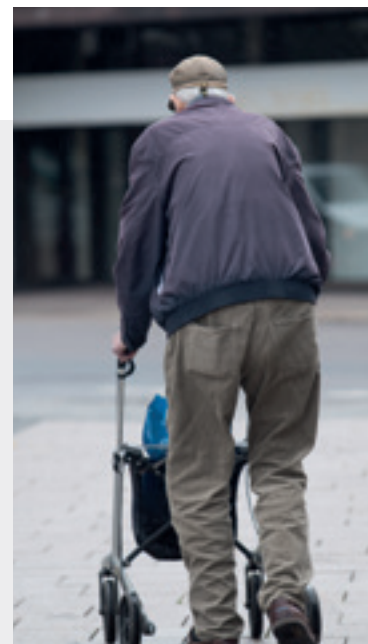
Allmennpraksis-pasienter kommer relativt sjelden med egne data til legen. Fastlegene mener det som regel handler om mål av hjertefrekvens og søvn fra for eksempel pulsmålere og mobiltelefoner og resultater fra skår på en online-symptomsjekk. Det viser en studie med intervjuer av 23 danske fastleger. Fastlegene betrakter slike pasientrapporterte data som subjektive parametere og ikke som utgangspunkt for mulige tiltak. Artikkeforfatterne mener det er et språk mellom blant annet EUs ambisjoner om å gi fastleger bedre tilgang til slike data og status i dag.

● Social Studies of Science
(C Bjerre Haase et al), april 2023,
doi: 10.1177/03063127231164345

HELSEØKONOMI**Sosial ulikhet og tilgang på spesialist**

Hvordan påvirker økonomiske insentiver og refusjonsordninger for allmennleger og sykehusspesialister henvisning og tilgang til hjelp i spesialisthelsetjenesten? Ved hjelp av en modell har forfatterne sett på hva som blant annet er effekten av at fastlegene bare henviser høyrisikopasienter og finner at pasienter med lav sosioøkonomisk status, i mindre grad vil bli henvist fordi disse pasientene har dårligere evne til å kommunisere symptomer og alvorlighet. Løsninger som motiverer fastlegene til å henviser mer selektivt, for eksempel hvis legene får en høyere takst for å behandle pasienter selv, vil bidra til økt sosial ulikhet i tilgangen til spesialist. Artikkeforfatterne mener analysene bidrar med hypoteser som bør testes ut i fremtidig empirisk forskning.

● Journal of Health Economics (O Kaarboe og L Siciliani), januar 2023, doi: 10.1016/j.jhealeco.2022.102715

**27 %**

høyere risiko for infeksjon ble sett hos personer som sov mindre enn seks timer i løpet av døgnet, sammenliknet med dem som fikk sju til åtte timers søvn. De som sov mer enn ni timer, hadde 44 prosent høyere risiko for infeksjon, ifølge en studie fra Bergensforskere. Antibiotikabruk var høyere for pasienter med mindre enn seks timers søvn og for de med kroniske søvnproblemer. Studien har data fra 1848 uselekterte pasienter i Norge som hadde vært hos fastlegen i løpet av 2020 – og som fylte ut et spørreskjema på venterommet.

● Frontiers in Psychiatry (I Forthun et al), mars 2023, doi: 10.3389/fpsy.2023.1033034

**SYKEFRAVÆR****På det meste mer enn doblet under pandemien**

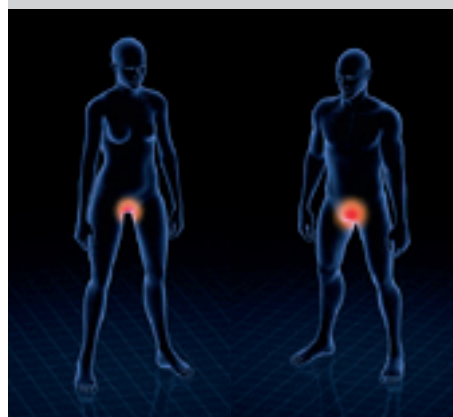
Sykefraværet blant helsearbeidere økte betraktelig under pandemien, ifølge forskere fra Folkehelseinstituttet. De har sett på totalt sykefravær og sykefravær relatert til covid-infeksjon for perioden 2017 til februar 2022. Helsearbeidere hadde 2,8 prosentpoeng og 2,2 prosentpoeng høyere sykefravær i henholdsvis primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, sammenliknet med før pandemien, ifølge studien fra Folkehelseinstituttet. Økningen var spesielt stor i februar 2022, med over en dobling i primærhelsetjenesten fra 11,1 prosent sykefravær til 22,9 prosent. For spesialisthelsetjenesten var økningen enda større, fra 8,2 prosent til 21,5 prosent. For sykefravær som ikke var forbundet med covid-infeksjon, var økningen under pandemien sammenliknet med før, på henholdsvis 1,2 prosentpoeng og 0,7 prosentpoeng.

● Occupational and Environmental Medicine (BA Reme et al), april 2023, doi: 10.1136/oemed-2022-108555.

ALLMENNLEGENE**Oppdager selv mange med urogenital kreft**

Flere tilfeller av urogenital kreft ble avdekket ved fastlegens kliniske undersøkelser eller ved laboratorieprøver. De fleste former for disse krefttypene ga spesifikke symptomer. Det er konklusjonen i en prospektiv studie med data fra 511 tilfeller av kreft blant over 61 000 tilfeldig utvalgte pasienter i allmennpraksis i Norge, Danmark, Sverige, Nederland, Belgia og Skottland. Det var små forskjeller mellom landene. Blødning var et hyppig symptom ved flere av krefttilfellene, og smerter i magen var sjelden et symptom. For prostatakreft og blærekreft var hyppig vannlating et vanlig symptom, og økt midjemål ved eggstokkreft.

● BMC Primary Care, (K Holtedahl et al), april 2023, doi: 10.1186/s12875-023-02063-z

**HJERTESTANS-OVERLEVERE****Oftere hos legen før og etter**

Overlevende etter hjertestans hadde økt bruk av helsehjelp i uker og opptil flere måneder før hjertestansen samt i tiden etterpå. Det viser en norsk studie blant 1435 personer som overlevde hjertestans i perioden 2015–2018. Nær én av fem hadde vært hos lege i primærhelsetjenesten ukentlig i de to årene før de fikk hjertestans, og halvparten samme dag som hjertestansen. Andelen pasienter som hadde vært i kontakt med fastlege månedlig økte fra 43 prosent til 69 prosent etter hjertestansen. Det var også en dobling av konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten, fra 26 prosent til 57 prosent og fra tre til åtte prosent i psykisk helsevern.

● Resuscitation (K Alm-Kruse et al), april 2023, doi: 10.1016/j.resuscitati.2023.109805



Utfordringer og store muligheter

Tom Andersen
Vandringer og veiskiller
 En bok om berøring og deltakelse
 i psykiatri og annet fredsarbeid
 247 sider
 Fagbokforlaget
 Bergen 2021
 ISBN 978-82-450-3539-1

Da psykiater Tom Andersen døde plutselig 71 år gammel i 2007, etterlot han seg tre uferdige bokmanus. I ettertid har tre erfarne kolleger innenfor psykisk helsearbeid, Magnus Hald, Bengt Karlsson og Rolf Sundet, arbeidet fram herværende bok med utgangspunkt i Tom Andersens uferdige bokutkast. De har lyktes svært godt med å presentere stoffet på en troverdig og gjenkjennelig måte – og kanskje spesielt gjenkjennelig for personer som hadde det privilegium å ha Tom Andersen som samtalepartner i klinikk og forskning de årene han var tilknyttet Universitetet i Tromsø. Etter at Tom Andersen var ferdig

med sin turnustjeneste, arbeidet han som allmennpraktiker. Erfaringer herfra tok han med seg videre i yrkeslivet, både som psykiater og forsker.

Hans kliniske arbeid innenfor psykiatri ble lagt merke til internasjonalt, ikke minst da boken *The Reflecting Team: Dialogues and Dialogues About the Dialogues* kom ut i 1991 og ble oversatt til hele ni språk (men ikke til norsk). Han arbeidet etter hvert klinisk sammen med mange kolleger rundt om i verden, noe det har blitt mange publikasjoner ut av, både fra ham selv og hans samarbeidspartnere.

Denne bokens oppbygning sirkler rundt hvordan mennesker kan finne sammenhenger i livene sine, noe som i neste omgang blir livgivende, for å si det ultrakort. Gjennom boken følger vi Tom Andersens vei både som menneske og yrkesutøver, stadig på leting etter hvordan de som søker hjelp kan møtes på en helende måte, slik at

hverdagen kan få mening og sammenheng.

Tom Andersen vurderer hele tiden om han er på rett vei, om møter kan organiseres og gjennomføres på kanskje en enda mer respektfull, ærlig og åpen måte. Og hvem skal delta i møtene med de som søker hjelp? Hvilke personer er viktige for pasienten og bør få mulighet til å delta? Og skal fastlegen være med? Og kanskje andre fagpersoner?

Det er både fengslende og imponerende å følge prosessene i alle de familiene Tom Andersen presenterer langs veien fram til forhåpentligvis enda bedre tilnærming til de hjelpsøkende. I flere av fortellingene kan en som leser kjenne et stort behov for «å ta hatten av» for en så klok og ydmyk kollega – som uten tvil har mye å fortelle oss leger om hvilke utallige muligheter vi har til å lykkes enda bedre i arbeidet med pasientene våre.

Boken anbefales.

ELI BERG

Interesse for psykiatri?

SE HER!

Mange problemstillinger i allmennpraksis er psykiske plager av større og mindre art.

I DEN KARAKTERANALYTISKE ARBEIDSMÅTEN kommer du nærmere det virkelige problemet i løpet av relativt kort tid. Fokus dreies vekk fra det verbale og mer direkte over på det kroppslige emosjonelle uttrykket hos pasienten, noe som bidrar til en prosessorientert endring innenfra.

Se video med allmennlege Anna R. Sjømæling på nettsiden til Norsk Karakteranalytisk institutt, www.karakteranalyse.no/hva-er-karakteranalyse/video.



Norsk Karakteranalytisk Institutt
 utdanning i karakteranalyse og kropporientert psykoterapi

RELIS

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

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

Legemiddelreglar ved akutt sjukdom

Dei fleste pasientar står på eit eller fleire legemiddel, og i Noreg fekk 71 prosent av befolkninga utlevert minst eitt legemiddel på resept i 2021 (1). I løpet av eit normalår vil mange av desse oppleve periodar med akutt sjukdom med dehydreringsrisiko, som for eksempel uttalt diaré, oppkast eller høg feber. Formålet med legemiddelbehandling er å betre livet til den aktuelle pasient, men kva skal ein gjere når legemiddelbehandlinga kan forverre både den akutte og den kroniske sjukdomen? Vi vil her prøve å presentere eit verktøy som kan hjelpe med vurderinga av kva legemiddel som bør pauserast ved akutt sjukdom.

Vi vil i denne artikkelen forsøke å samanfatta råd for legemiddelbruk ved akutt sjukdom med dehydreringsrisiko. Vi foreslår omgrepet *legemiddelreglar ved akutt sjukdom* som ein oversetting av «Sick Day Rules». Råda gjeld spesielt for pasientar med underliggende sjukdom som kronisk nyresvikt, hjartesvikt, diabetes og/eller nyttar legemiddel med auka fare for nyresvikt, når dei har interkurrent sjukdom, som for eksempel uttalt diaré, oppkast eller høg feber. Vi vil i denne artikkelen fokusere på antihypertensiva, NSAIDs og antidiabetika, men har med informasjon om andre legemiddel i tabellen på motstående side. Vi nemnar ikkje det meir velkjende fenomenet binyrebarksvikt og steroidkort (2). NHS har lenge hatt retningslinjer for å redusere risikoen for akutt nyresvikt (3). Sjølv om det er konsensus om at dette er gode retningslinjer, er dokumentasjonen for dei svak (4, 5).

«Sick Day Rules» er eit britisk og austeralsk konsept utvikla for å hjelpe klinikar og pasientar, til å meir systematisk kunne vurdere kva legemiddel som kan og bør pauserast ved akutt sjukdom. Ved akutt sjukdom i denne artikkelen vert det definert som interkurrent sjukdom, spesielt der væskebalansen er forstyrra. Då bruk av legemidla under sjukdomsepisoden potensielt kan føre til større skade enn nytte. Definisjonen av omgrepet må vere enkel nok til at den vert forstått av risikopasientar, men òg spesifikk nok til at det har effekt.

Britiske National Health Services (NHS) brukar denne definisjonen: «Når du er sjuk og uvel med ein eller fleire av følgande;

- Uttalt oppkast eller diaré
- Feber, med svettebyger eller frost-anfall» (4)

Nyresvikt

Det er fleire måtar legemiddel kan gje auka fare for akutt nyresvikt, og desse delast gjerne inn i tre hovudkategoriar (3).

- Legemiddel som verkar inn på renal autoregulering
- Legemiddel som verkar inn på blodtrykket eller gjer volumreduksjon
- Legemiddel som kan akkumulere ved nyresvikt

Legemiddel som verkar inn på renal autoregulering

NSAIDs og acetylsalisylsyre er dei mest relevante preparata her (6). Dei verkar ved å hemme enzymet cyclooxygenase (COX/prostaglandinsyntase). COX gjer arakidonsyre om til prostaglandiner og tromboksan. Prostaglandiner medierer vasodilatasjon (7). Hemming av prostaglandinmediert vasodilatasjon fører til redusert renal autoregulering og mindre blodtilførsel til nyreglomeruli (3). Dette kan føre til nyresvikt, men er òg med på å forverre ein allereie pågåande nyresvikt, spesielt i kombinasjon med andre legemiddel som verkar inn på nyrene (7).

Legemiddel som verkar inn på blodtrykket eller gjer volumreduksjon

Alle legemiddel som verkar inn på blodtrykket eller gjer volumreduksjon vil kunne gje redusert blodtilstrømming til nyrene og dermed auke risikoen for nyresvikt. Av blodtrykksenkande er klassen som verkar inn på renin-angiotensinsystemet dei viktigaste (8). Renin er eit enzym som vert skild ut av nyrene ved lågt blodtrykk. Renin spaltar angiotensin til angiotensin I, som vidare kan spaltast av enzymet angiotensinkonverterende enzym (ACE) til angiotensin II. Angiotensin II har ein effekt på ei rekke organer for å auke blodtrykket: Stimulerer nyrene til reopptak av H₂O og Na⁺, stimulerer binyrebarken til å skilje ut aldosteron, som hemmar utskiljing av Na⁺, stimulerer glatt muskulatur rundt blodkar til å vasokonstringere, og ein meir usikker effekt på å stimulere hypofysen til å skilje ut antidiuretisk hormon (ADH). Hemming av denne homeostasen vil kunne auke risikoen for akutt nyresvikt (9).

Betablokkere verkar hovudsakleg inn på hjartet ved å redusere eller hemme katekolaminane sin effekt. For å motvirke dette aukar kroppen mengda reseptorar. Viss ein bråseponerer betablokkaren, vil ein få ein betydeleg auka sympatikusstimulering og potensielt rebound-hypertensjon eller i verste fall iskemi. Denne risikoen er invers proporsjonal med halveringstida til legemiddelet, då lenger halveringstid vil

LEGEMIDDELKLASSE	LEGEMIDDEL	PROBLEM VED AKUTT SJKDOM	POTENSIELLE SKADELEGE UTFALL
Analgetika	Hydromorfon, morfin, oksykodon, tramadol	Potensielt redusert absorpsjon av depot-formulering, eller autoseponering	Aukande smerter, opioidabstinensar
	Morfin, hydromorfon	Redusert nyreutskiljing grunna nyresvikt	Auka fare for toksisitet/overdosering
Antidepressiva	Venlafaksin	Potensielt redusert absorpsjon av depot-formulering, eller autoseponering	Seponeringsreaksjonar: Svimmelheit, sensoriske forstyrringar (inkludert parestesi), søvnforstyrringar (inkludert insomni og intense drøymar), agitasjon eller angst, kvalme og/eller oppkast, tremor, hovudverk, nedsett syn og hypertensjon.
Antihypertensiva	Metoprolol depot	Potensielt redusert absorpsjon av depot-formulering, eller autoseponering	Forverring av angina, nytilkomne hjarteinfarkt
	Renin-angiotensin hemmare (Enalapril, Ramipril, Candesartan, Valsartan)	Redusert homeostase og redusert nyreperfusjon	Akutt nyresvikt og hyperkalemi
	Diuretika (Furosemid, Burinex, Spirix)	Forverring av hypovolemi og endra elektrolyttutskiljing	Dehydrering og elektrolyttforstyrringar
	Moksonidin (Physiotens)	Potensielt redusert absorpsjon av depot-formulering, eller autoseponering	Takykardi og hypertensjon
Parkinsons-legemidlar	Levodopa (med karbidopa eller beserazid)	Potensielt redusert absorpsjon av depot-formulering, eller autoseponering	Forverring av motorfunksjon. Kasusrapportar om malignt nevroleptikasymptom
Stemningsstabiliserande	Litium	Redusert nyreutskiljing og akkumulering grunna nyresvikt	Litiumintoksikasjon
Antikoagulantia	Warfarin, rivaroksaban, apiksaban, dabigatran	Potensielt redusert absorpsjon eller autoseponering	Redusert antikoagulerande effekt med påfølgande auka risiko for tromboemboli
	Rivaroksaban, apiksaban, dabigatran	Redusert nyreutskiljing og akkumulering grunna nyresvikt	Auka antikoagulerande effekt med påfølgande auka risiko for bløding
	Warfarin	Redusert matinntak som kan føre til K- vitaminmangel	Auka antikoagulerande effekt med påfølgande auka risiko for bløding
	Warfarin, rivaroksaban, apiksaban	Tillegg av legemiddel som interagerer og reduserer metabolismen, f. eks. erytromycin (warfarin, rivaroksaban og apiksaban), ciprofloksasin og flukonazol (warfarin)	Auka antikoagulerande effekt med påfølgande auka risiko for bløding
Antiarytmika	Flekanid, sotalol, digoksin	Potensielt redusert absorpsjon eller autoseponering	Redusert antiarytmisk effekt
	Sotalol, digoksin	Redusert nyreutskiljing og akkumulering grunna nyresvikt	Bradykardi (sotalol og digoksin) og hyperkalemi (digoksin)
Antiepileptika	Karbamazepin, valproat, fenytoin, levetiracetam, topimarat	Potensielt redusert absorpsjon eller autoseponering	Redusert serumkonsentrasjon og auka risiko for epileptiske anfall
Antidiabetika	Natrium-glukose co-transporter 2 (SGLT2-hemmare)	Forverring av hypovolemi og tap av elektrolyttar grunna hemming av reabsorpsjon av glukose	Diabetisk ketoacidose, dehydrering og elektrolyttforstyrringar
	Metformin	Redusert utskiljing og dermed akkumulering og toksisitet	Kvalme, anoreksi, laktacidose, hypoglykemi
	Insulin, sulfonylurea-derivater	Feil dose relativt til matinntak og hormonell respons	Hypoglykemi eller hyperglykemi
	Sulfonylurea-derivater	Redusert utskiljing og dermed akkumulering og toksisitet	
Orale antikonseptiva	Østrogen og progesteron kombinasjonspiller	Potensielt redusert absorpsjon eller autoseponering	Sviktande prevensjon

TABELL 1. Oversikt over nokre legemiddelklassar som ein bør vurdere ved akutt sjukdom. Depotlegemiddel med fiksert frigjering av legemiddel kan vere meir utsett for redusert biotilgjengelegheit ved oppkast eller diaré. Legemiddel der ein bør trappe ned for å unngå seponeringsreaksjonar. Depotlegemiddel der legemiddelet har kort virketid er mest utsett for denne typen biverknader. FRITT FRÅ LEA-HENDRY ET AL. (8)

gje eit saktare fall av legemiddelkonsentrasjon. (8)

Diuretika vil i tillegg til å kunne gje redusert flow til nyrene, kunne gje elektrolyttforstyringar som igjen kan forverre nyrefunksjonen, i tillegg til andre viktige funksjonar. Hos ein allereie dehydrert pasient med redusert reservekapasitet vil dette vere potensielt meir skadeleg enn hos elles friske pasientar (8).

Legemiddel som kan akkumulere ved nyresvikt

Legemiddel som skiljast ut via nyrene, har alle eit potensiale for å kunne akkumulere ved nyresvikt. Spesielt legemiddel med smalt terapeutisk vindauge eller som er kjende toksiske i høge dosar, bør ein vurdere ved akutt sjukdom. Nokre eksempel er digoksin, litium, kontrastvæsker, aminoglykosider, kalsinevrinhemmere, kjemoterapi, sulfonyleurea, metformin, morfin mfl. Denne lista er ikkje uttømmende og er noko ein bør ha i tankane når ein skriv ut legemidlar til pasientar som er i ei risikogrupper for å utvikle akutt nyresvikt (4).

Diabetes

Ved akutt sjukdom og stress endrar kroppens fysiologi seg, og skil ut meir adrenalin, kortisol og glukagon, som gjer at pasienten vert forbigående meir insulinresistent. Pasientar som er fysisk inaktive, har infeksjonar, nyttar glukokortikoidar, immunosupprimerande midlar, enteral- eller parenteral ernæring, har auka insulinbehov. Ved nyresvikt og nedsett næringsinntak vil pasientane derimot ha nedsett insulinbehov. Det er derfor viktig å måle blodsukkeret oftare enn vanleg. Endokrinologirettleiaren tilrår måling før og to timer etter måltid, samt om morgon og kveld (10). Denne tilrådinga gjeld pasientar innlagt i sjukehus, så ein kan ha ei litt mildare tilnærming når pasienten er heime. Ein tommelfingerregel er at insulinbehovet aukar med ca. 25 prosent per grad over 37,5 °C – det er òg viktig å minne pasienten på å redusere til normalt bruk når den akutte sjukdommen er over (10).

Metformin skiljast ut gjennom nyrene og ved nyresvikt kan metformin akkumulere og verte toksisk. Ved sjukehusinnlegging er det tilråda seponering ved erkjend nyresvikt. Pasientar som er heime må ein gje ein individuell vurdering for, då ein ofte ved akutt sjukdom vil få stigande blodsukker, men vere i risiko for meir biverknadar av metformin (8).

SGLT2-hemmere sin hemmande effekt på reabsorpsjon av glukose kan gje forverring av hypovolemi og tap av elektrolyttar (8). Ved kontinuering av denne type legemiddel ved akutt sjukdom kan det ende

med diabetisk ketoacidose. Desse pasientane kan vere euglykemisk eller bare ha ein lett hyperglykemi (10). Når SGLT2-hemmerar har fått utvida indikasjon, for eksempel hjertesvikt, må ein tenke på at desse pasientane òg kan utvikle ketoacidose (11).

Sulfonyleureaderivat har lang verknadstid og skiljast ut i nyrene. Redusert utskiljing ved nyresvikt kan føre til akkumulering og potensielt alvorleg hypoglykemi. Dersom pasienten er i fare for å utvikle hypoglykemi, bør legemiddelet pauserast og pasienten bør måle blodsukkeret oftare (8).

DPP4-hemmere og GLP-1 analogar er generelt sett på som trygge ved akutt sjukdom, men ved sterke magesmerter må ein vurdere legemiddelindusert pankreatitt (8).

Diskusjon

Legemiddelbehandling er alltid ein vurdering av fordeler mot potensielle ulemper for pasienten. Det er òg fleire potensielle fallgruver: pasientar kan utvikle dekompenisert hjertesvikt grunna manglande legemiddelinntak, forverring av diabetes grunna feil pausering av antidiabetika, redusert etterleving av viktige legemiddel fordi dei er «nyreskadelege», pasientar kan overtolke råda og pausere sjølv ved milde sjukdomstilfelle, eller ikkje starte opp igjen på legemidla og problem med korrekt innhald i dosettar viss ein skal ta ut og legge tilbake legemidlar ved og etter akutt sjukdom (4, 12). Legemiddelreglar ved akutt sjukdom er eit av fleire verktøy for å gje legemiddelbehandlinga betre.

Dei seinare åra har ein gått frå å snakke om legemiddel-compliance til legemiddel-etterleving eller -adherence. Dette er blant anna for å få pasienten meir aktivt med i valet av legemiddelbehandling, og med det auka sannsynet for at pasienten faktisk nyttar seg av legemiddelbehandlinga som avtalt med legen. Dersom legen og pasienten gjer eit aktivt samval om kva medisin ein skal pausere ved akutt sjukdom, kan dette føre til auka etterleving, sidan pasienten er meir med i avgjeringa om legemiddelbehandlinga (13).

Samval krev at pasienten har nok helsekompetanse til å kunne vere med i avgjera om legemiddelbehandlinga, og kan vere med på å auke skilnadane mellom ulike pasientgrupper (13). Ved innføring av intensiverte reglar for sjukdomsdagar hos unge pasientar med type 1 diabetes såg ein i løpet av tre år eit absolutt fall av førekomen av diabetisk ketoacidose, frå 19,1 episodar til 12,4 episodar per 100 pasientår. Reduksjonen var ikkje universell, og ein såg mindre reduksjon av diabetisk ketoacidose hos pasientar med lågare sosioøkonomisk status. Persontilpassa medisin på

denne måten kan vere med å auke forskjellane mellom ulike grupper (14).

Vi håper at denne artikkelen kan vere med å systematisere og gje det enklare for legar, både nye og erfarne, å gje eit velovervegd val om bruk av legemiddel ved akutt sjukdom hos sine pasientar. Enten det er å fortsette med viktig behandling i uendra dose, eller om ein skal gje ein doseendring for å kompensere for endra homeostase hos pasienten. Ved spørsmål om pausering av legemiddel er det bare å ta kontakt med RELIS.

REFERANSER

- Danise, L.S. (red), Legemiddelforbruket i Norge 2017–2021 – Data fra Grossistbasert legemiddelstatistikk og Reseptregisteret, Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022.
- Husebye E.S., Erichsen M.M., et al. Nytt steroidkort ved binyrebarksvikt. Tidsskr Nor Legeforen 2012 132: 2043–4 doi: 10.4045/tidsskr.12.0946.
- National Institute for Health and Care Excellence. Acute kidney injury: prevention, detection and management. NICE Guidance, Clinical guideline. <https://www.nice.org.uk/> (Sist oppdatert: 18. desember 2019).
- The Think Kidneys Programme Board. Position statement: 'Sick day guidance' for patients at risk of Acute Kidney Injury. <https://www.thinkkidneys.nhs.uk/> (Publisert: Januar 2020).
- Whiting P., Morden A., et al. What are the risks and benefits of temporarily discontinuing medications to prevent acute kidney injury? A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017 Apr; 7(4): e012674.
- Solomon D.H. NSAIDs: Pharmacology and mechanism of action Version 21.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 30. juli 2021).
- Luciano R., Perazell M.A. NSAIDs: Acute kidney injury. Version 31.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 18. januar 2023).
- Lea-Henry TN, Baird-Gunning J et al. Medication management on sick days. *Aust Prescr*. 2017 Oct; 40(5): 168–173.
- Fisher N.D.L. Overview of the renin-angiotensin system. Version 10.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 09. september 2021).
- Nasjonal veileder i endokrinologi. Behandling av blodsukker i sykehus Versjon 2.3 <https://metodebok.no/> (Sist oppdatert: 14. mars 2023).
- Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Jardiance. <https://www.legemiddelsok.no/> (Lest: 2. mai 2023).
- Morris R.L., Ashcroft D., et al., Preventing Acute Kidney Injury: a qualitative study exploring 'sick day rules' implementation in primary care. *BMC Fam Pract*. 2016 jul; 17: 91.
- Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Etterlevelse av legemiddelbruk. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 13. oktober 2021).
- Dye A.M., Alemzadeh R., et al. Intensive sick day rules to prevent recurrent diabetic ketoacidosis – An intervention that exemplifies health disparities. *J Natl Med Assoc*. 2022 Feb; 114(1): 30–37.

MARCUS STANGELAND

Lege i spesialisering, Seksjon for klinisk farmakologi, RELIS Vest, Haukeland universitetssjukehus

JAN ANKER JAHNSEN

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

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 Inga Marthe Grønseth? LESER...



Hva leser du nå, og hvorfor leser du disse bøkene?

Akkurat nå leser jeg *Europa, en reise gjennom det 20. århundre* av Geert Mak. Han er en nederlandsk journalist og forfatter som har skrevet flere bøker med historisk bakgrunn, både fra hjemlandet og verden utenfor. Boken er oversatt til norsk, men jeg leser den på nederlandsk for å vedlikeholde språket. Et språk som jeg riktignok snakker godt etter å ha bodd ti år i landet, men som blir stadig mer preget av hverdags-samtalene mellom meg, min nederlandske mann og barna våre på åtte og elleve.

Innimellom trenger jeg derfor litt dypere materie for å både huske gamle, og lære nye ord og vendinger. En tilleggsfordel er at språket og den lekne oppbyggingen av boken gir meg en relativt enkel oppfriskning av mine noe rustne kunnskaper i nyere europeisk historie.

Samtidig holder jeg på å lese *Amerikansk Karmageddon*, av Thomas Seltzer. De som har sett hans dokumentarserie «UXA» om polarisering, mistroiske og sinte amerikanere, vil møte mange kjente passasjer i boken. Samtidig kommer bakgrunnsstoffet, kildene og kompleksiteten i problemstillingene bedre fram i boken enn i tv-serien, synes jeg. Det skrevne ord gir dessuten en ekstra dimensjon til kjærligheten til som Thomas Seltzer har til landet, til tross for all frustrasjon og misnøye.

Det er en ganske enkel grunn til at disse bøkene parallell-leses: Boken av Geert Mak er for tung til å ta med i håndbagasjen, mens *Amerikansk Karmageddon* er trygt lagret som ebok i et tynt og lett, lite lesebrett som er enkelt å ta med seg på både fly og tog.

Ved kofferten ligger i tillegg noen helt enkle og greie krimbøker klare. Jeg tror det er en av Unni Lindell, og en av Håkan

Nesser. De har jeg arvet av min 96 år gamle, men meget oppegående og svært leseglade mormor. Hun bor fortsatt alene og greier seg selv i eget hus langt unna nærmeste nabo på en øy på Nordmøre. Hennes foretrukne tidsfordriv har alltid vært bøker. Selv leser hun krim når hun er ferdig med dagens *Klassekampen* og de andre avisene i bunken. For meg er krim ferielektüre. Enkelt, lettlest og spennende når hjernen skal ha fullstendig hvile fra alt av nyttig virksomhet. Pocket-versjonene kan glatt være med rundt på ferie uten at man trenger å være så forsiktig – og de to jeg stort sett får unna i løpet av ferien tåler å drasses rundt både i og utenfor ferieteltet. I verste fall finner både hovedpersonene og bøkene sin grav i løpet av ferien.

Hvor leser du?

Jeg skulle ønske jeg var en slik som greide å lese noen sider i senga hver kveld før jeg sovner, men når jeg endelig kommer meg i seng er det stort sett så sent og jeg er så trøtt at det ikke blir noe av. Lesing skjer nok mest på fly og tog, en sjelden gang på hotellrommet på kurs, på hytta på fjellet eller i sommerferien.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Her er det nok litt lett blanding, som oversikten over nåværende lektüre vel har vist. Jeg håper å få overskudd til noen større klassikere etter hvert. Jeg gremmes nemlig litt over å ikke ha lest flere slike. Foreløpig blir lesepausene stort sett så korte, og hjernen er såpass overarbeidet at den må ha noe som er litt lett å komme tilbake til. Jeg gremmes også over at jeg ikke har lest min egen morfar, Idar Kristiansens bøker. De ligger på kaffebordet ved peisen, og skuler litt stygt på meg når jeg går forbi, synes jeg.

Akkurat nå setter jeg mest pris på bøker som både underholder, og lærer meg noe samtidig. Men, om man er litt raus med definisjonen av læring, så gjelder det vel det for de fleste bøker.

Har du en anbefaling til Utpostens lesere?

I høst leste jeg boken *Oss mot verden – En historie om å være fattig* av Kaisa Hansen-Suckow. Den traff meg midt i sjela, og flere aspekter var gjenkjennelige både fra pasienter jeg har kjent over tid, og fra mennesker og opplevelser tettere på min personlige sfære. Den beskriver på en intim, trefende og konfronterende måte hvilke hindringer man møter gjennom livet som fattig i Norge i dag, og hvor krevende det er å komme seg ut av den vonde sirkelen det innebærer å være født inn i fattigdom også her til lands. Sjelden har jeg kjent så sterkt på viktigheten av å bry seg om den økende sosiale ulikheten i det norske samfunnet, som da siste punktum i denne boken var lest.

En anbefaling som ikke innebærer en konkret bok, er å ha en liste der man kan notere ned bøker som man kan tenke seg å lese. Min liste inneholder mer enn 20 bøker, i forskjellige sjangere. Tipsene har jeg hentet fra kolleger, *Utpostens* spalte eller bokanmeldelser jeg har lest. Når jeg så er tom for lesestoff, plukker jeg fram listen til inspirasjon. Listen er nok uoverkommelig lang og vokser raskere enn jeg kan lese, men heldigvis er det ingen som krever at jeg leser alle. Dessuten har jeg jo et helt, eller i alle fall forhåpentligvis et halvt liv på meg enda.

Leselivet har dessuten blitt enklere etter etter at jeg oppdaget «Meråpent bibliotek», der man får egen brikke og kan besøke biblioteket utenom ordinær åpningstid. Det anbefales til alle!

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

Småbarnsliv

Da jeg hadde født mitt første barn, ble jeg ganske sjokkert over hvor lite ståk det var rundt fødsler i sin alminnelighet. Jeg hadde ikke gruet meg, men var helt uforberedt på det som ventet.

Underveis tenkte jeg at å bli psykotisk i en slik stund ville være helt på sin plass, og jeg var full av beundring for alle mine medsøstre som drev med dette hele tiden

uten å beklage seg noe større. For noen tøffinger!

Jeg hadde nok ikke vondt av å være litt pasient.

Mens barna mine fortsatt var små, kom jeg over en nydelig liten diktsamling som handler mest om småbarnsliv, Cathrine Grøndahls *Jeg satte mitt håp til verden*. Der fant jeg dette fine diktet, som beskriver sår-

barheten i en slik stund og som samtidig er en liten hyllest til vårt trygge helsevesen.

Jeg utfordrer Kristin Prestegaard, min gode Skien-kollega. Hun har vært og er en bauta, og har drevet mye med fagutvikling og undervisning til glede for yngre kolleger.

Hilsen fra
JOHANNA HEIBERG

Fødeavdelingen

Fødeavdelingen, sier skiltet på Rikshospitalet
I virkeligheten er jeg på vei inn i jungelen
På kne i korridoren etterlater jeg
utstyrsbagen og restene av en sivilisert samtale
Med magen i bue og piler av smerte,
halvnaken og hinsides,
begir jeg meg inn i den hvite flekken på sykehuskartet
Her har ingen mann vært før meg
Her har tusener av kvinner kjempet for livet
Høyteknologiske apparater står i terrenget,
uanfektet av volden som bølger mellom dem
De snakker med legene på en digital dialekt
og registrerer ikke primalskrikene
Men så dunker det lille hjertet på displayet
og hele sykehuset er der,
tar fra meg pilene og buen
og redder oss
I en virkelig jungel ville vi begge vært døde
I en virkelig jungel dør slike som oss hver dag

CATHRINE GRØNDAHL

Fødeavdelingen