

Utposten

6 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Onkologen som ble
samfunnsmedisiner

Grunnkurs A
Overgangsalderen
NAV kontroll

UTPOSTEN**v/Kristin Olavsdotter Rutle**

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 971 44 063

E-POST: korutle@gmail.com

**REDAKTØRENE
AV UTPOSTEN****Inga Marthe Grønseth**

MOBIL: 980 83 115

E-POST: i.m.gronseth@gmail.com

Kristina Riis Iden

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Arild Iversen

MOBIL: 958 86 343

E-POST: lege.arild.iversen@gmail.com

Jan Håkon Juul

MOBIL: 905 91 341

E-POST: janhakonjuul@gmail.com

Kari Thori Kogstad

MOBIL: 900 28 812

E-POST: k-tkogs@online.no

Njål Flem Mæland

MOBIL: 994 09 959

E-POST: nflem@online.no

Therese Renaa

MOBIL: 906 40 095

E-POST: thereserenaa@gmail.com

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com

FAGLIGE**MEDARBEIDERE:****Eli Berg**

MOBIL: 913 18 180

Mona S. Søndena

MOBIL: 476 44 519

FORSIDEFOTO:

Eva C.T. Rutle

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:**aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Når nært blir fælt*Kari Thori Kogstad***2** UTPOSTENS DOBBELTTIME:**Onkologen som ble samfunnsmedisiner***Morten Juul Sundnes intervjuet av Jan Håkon Juul***6** ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Nytt og nyttig fra PCOS-fronten!***Bente Prytz Mjølstad og Eszter Vanky***10** Overgangsalderen på fastlegekontoret*Marianne Natvik***14** Teambasert læring og kjerneverdier på Grunnkurs A*Njål Flem Mæland***18** NAV Kontroll Øst på ville veier*Geir Pasi Gilje***21** Tilsvar fra NAV Kontroll Øst*May Snedsbøl***22** Klagesaker mot fastleger og endret
Helsepersonellov: Vil fremtiden bli bedre?*Yngve Rønsen***24** Anna Stavdal – vår president i verden*Njål Flem Mæland***28** Langtidssykemeldte blir uføretrygdet. En tiårs kohortstudie*Dag Brekke***30** Lillestrøm kommune legger til rette for forskning i allmenmedisin*Hans-Christian Myklestul***32** Håndtering av antikoagulantia i tannlegepraksis*Marte Kvittum Tangen, Heming Olsen Bergem, Ingrid Lunde Steen og Ketil Arne Espnes***34** DISPUTAS: Det ser ut til at fastlegene fanger
opp de fleste med store psykiske plager*Lisbeth Nilsen***37** MODUM BAD: Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser*Unni Tobiassen Lie***38** EN BEGIVENHET: Fjerde utgave av lærebok i Allmenmedisin!*Njål Flem Mæland***40** BOKANMELDelse: En dagsaktuell bok*«Ungdomssøvn» anmeldt av Eli Berg***40** BOKANMELDelse: Til stor ettertanke*«Hvorfor spurte ingen meg?» anmeldt av Eli Berg***41** BOKANMELDelse: Spennende – og viktig bok*«Lek og læring i et nevroperspektiv» anmeldt av Eli Berg***42** BOKANMELDelse: En velskrevet og svært viktig bok*«Helsetjenester for migranter» anmeldt av Eli Berg***43** Sakset fra forskning. Kompilert av Lisbeth Nilsen**44** Faggruppe mot overdiagnostikk og overbehandling*Jørgen Breivold***45 FASTE SPALTER**HVA LESER LEGEN **45**RELIS **46**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Når nært blir føelt

Jeg har brukt stemmeretten min ved alle valg, og har fra før jeg ble myndig tenkt at vi som borgere i et samfunn har en stemme *plikt*. Det ligger dypt i meg at du som menneske må si hva du mener, og gjør du ikke det, har du heller ikke rett til å klage. Denne høsten har en bestemt sak relatert til mitt arbeid i kommunen, en kommune jeg også bor i, virkelig bragt med seg valgets kval for min del. Jeg har lett etter hvor de gode løsningene kunne finnes, og har i denne jakten oppsøkt ulike valgomater et utall ganger. Med fare for å opplyse en allerede godt orientert lesergruppe, så er det slik at en del valgomater starter med at du må definere tre viktige områder fra ei tavle med ti til tjue tema. Jeg gikk stort sett for «helse», «skole» og et litt varierende tredje tema. «Nærskoleprinsippet er godt», var da en påstand som jeg skulle si meg helt enig, litt enig, litt uenig eller helt uenig i. Så skulle jeg markere om det var et viktig eller ikke viktig tema.

Er dette viktig?

Nærskoleprinsippet gir elever som skal begynne på videregående skole 100 ekstra studiepoeng for å starte på den skolen som for området eleven bor i, er definert som nærskole. Hensikten med ordningen er å

få en blanding av svake og sterke elever på alle skoler, og dermed i noen grad demme opp for A-skoler og B-skoler i betydningen gode og dårlige skoler. Hensynet til den enkelte elev er også vektlagt, ungdommene skal slippe å reise milevis hver dag fordi de ikke kom inn på den nærmeste skolen. Intensjonene er altså gode. Det ligger likevel et stort tap i kjølvannet av denne ordningen, og dette tapet manifesterer seg som fortvilte ungdommer på fastlegens kontor.

Jeg er født og oppvokst i et bygdesamfunn som det var og er mye bra med. I ungdomsår kan små samfunn oppleves som trygge, eller de kan oppleves som for «trange», og ungdommen kan tenke «her er det ingen som likner meg, jeg må ut». Dette kan være en helt sunn reaksjon på noe usunt. Uttestengelse, utenforskap og også mobbing forekommer over alt, og der det er lite og smått er det få alternativer. Videregående skole er en mulighet for å treffe nye folk og finne ny tilhørighet.

Om det eneste stedet en da kan velge er der «mobben» også går, fratrar vi ungdommen muligheten til å skaffe seg et nytt nettverk. Når timen hos fastlegen først er bestilt, blir dette en konsultasjon preget av et dypdykk i alt det negative, for få til

en dokumentasjon på at det er «medisinsk nødvendig» å få starte på en annen skole enn nærskolen. Jeg skulle så gjerne ha sagt dette til ungdommen: «Jeg har nå hørt på deg. Din reaksjon er sunn, derfor er du frisk. Du har det vondt fordi folkene rundt deg er trangsynte, ikke fordi du er syk». Denne viktige bekreftelsen blir det ikke rom for. Fastlegen må i den gode hensikt bruke tida på å medikalisere fenomenet som *kan* ha medført helseplager, men som antakelig ville hatt en glimrende prognose ved mulighet for en ny start et nytt sted med nye folk. Det er ikke nødvendigvis noe galt eller sykt i å ikke passe inn når du er 15–16 år. Det gjør deg ensom, men middelet mot ensomhet er ny flokk og ikke sykkeliggjøring.

Kommunevalget er når dette leses for lengst over, men det er alltid nye valg vi skal ta som mennesker. Ungdommen er med nærskoleprinsippet fratatt et viktig valg, og vi fastleger må gjøre dem sykere enn de kanskje er, for at de skal få mulighet til blanke ark på terskelen inn til voksenlivet.

Er det et klokt valg?

KARI THORI KOGSTAD

Onkologen som ble samfunn

Morten Juul Sundnes

■ INTERVJUET AV JAN HÅKON JUUL



smedisiner

Vi er ikke i slekt, fylkeslegen i Nordland og jeg, selv om vi har etternavn som er forbausende like. Morten Juul Sundnes sin vei inn i embetet er ikke selvsagt når vi nå skal få et innblikk i hva som gjør at en ihuga onkolog blir fylkeslege i Norges mest langstrakte fylke.

Det er et nydelig skue som venter denne fredag morgenen, i det jeg stiger om bord i Widerøes rute mellom Svolvær og Bodø for å ta den korte turen over til «Bodøbyen» som piloten, opplagt fra byen selv, så flott benevnte destinasjonen på vei over fjorden. Været er, etter en knallsommer, mer høstlig og det ligger et tynt lavt skydekke over oss. Men når vi stiger over dette, får vi se alle fjelltoppene stikke gjennom hele veien ned til lufthavnen som de nå skal bruke milliarder på å flytte noen meter for å gi plass til flere innbyggere. Akkurat Widerøe har sin plass i historien til hovedpersonen for dette intervjuet, men det skal vi komme tilbake til.

Det er praktisk talt vindstille, som ikke er vanlig for Bodøbyen, der de til og med har lagt glass over gågaten for å stenge været ute. Jeg kjenner jeg gleder meg til å se ham igjen, min gode venn fra studietiden i Tromsø, nå overhode i mitt samfunnsmedisinske område. Jeg har fått beskjed om å bare komme rett til «byporten» 200 meter fra flyplassen, for der ligger kontoret hans. «Byporten» viser seg å være et brakkerigg-hotell ved siden av Statsforvalteren i Nordland sitt nye praktbygg. Bygget ble tatt i bruk under pandemien – uten faste sitteplasser og med åpent kontorlandskap – noe jeg som smittevernlege har påpekt med et smil flere ganger før overfor fylkeslegen. Heldigvis for dem kan de enda se over brakkeriggen, mot Børvasstindan som ligger sør for Bodø.

Samfunnsmedisin

Vi setter oss til rette med litt kaffe og vann på Statsforvalterens møterom, Morten med

alle statsforvaltere fra Nordland fylke gjennom tidene bak seg, og jeg starter intervjuet med å spørre om det går bra. Så er det jo sånn at mange som blir «offer» for portretintervju kanskje ikke er så vant til å tenke på egen person. Her er fylkeslegen ikke noe unntak, så svaret blir at «vi» jo har det travelt.

Morten opplever at det er mye knirk i både kommunale og spesialiserte tjenester, og er bekymret over at det er såpass mye stress innenfor fagfeltet. Dette gjenspeiler seg i fraværspresenter og aksjoner som «legermåleve». Morten er av den mening at det er mange flinke folk i tjenestene. Disse jobber hardt og målrettet for gjøre en god jobb. Men, over hele linjen er det et stort gap mellom tilgjengelige ressurser og forventningene, både blant de som yter og de som mottar tjenester. Forventningen som skapes er jo at vi skal leve lenger, som igjen skaper økte behov innenfor mange sykdomsfelt, spesielt kreft og demens.

Det er dessverre slik at vi er nødt til å prioritere på en annen måte fremover, og da må spesialisthelsetjenesten legge til rette for mer samarbeid med kommunene, og samtidig bistå kommunene med å si noe om hva vi skal gjøre mindre av. I tillegg må alle tjenester spørre seg selv hvorfor det er så mange sykepleiere som jobber i for eksempel Widerøe.

Vi tar en pust i bakken ved en korsvei i samtalen, og jeg forandrer litt på retningen. Jeg benytter anledningen og presiserer at spørsmålet var mer rettet mot hvordan det gikk med ham, men at svaret var litt skjult i en samfunnsmedisiners bekymring for samfunnets utvikling. Det synes

jeg er litt gøy med tanke på hva Morten egentlig hadde tenkt å jobbe med da vi studerte.

Onkologen

Morten Juul Sundnes er født i Trondheim, men var ett år da foreldrene dro ham med seg til Bodø. Med en far som fikk jobb i Widerøe og en mor som var lærer, vokste han opp sammen med sin søster i Bodø. Morten fikk interesse for hester, og bestemte seg tidlig for å bli veterinær. Det skulle han også bli. Han studerte i Oslo og praktiserte litt under studiet. Likevel ble ikke fagfeltet nok for Morten. Han søkte seg inn på medisinstudiet i Tromsø og kom inn på kull -99, kullet over meg. Imidlertid førte byråkratisk rot med godkjenning av deler av veterinærstudiet til at Morten ble tvunget til å starte helt på nytt, på samme kull som meg – kull -00.

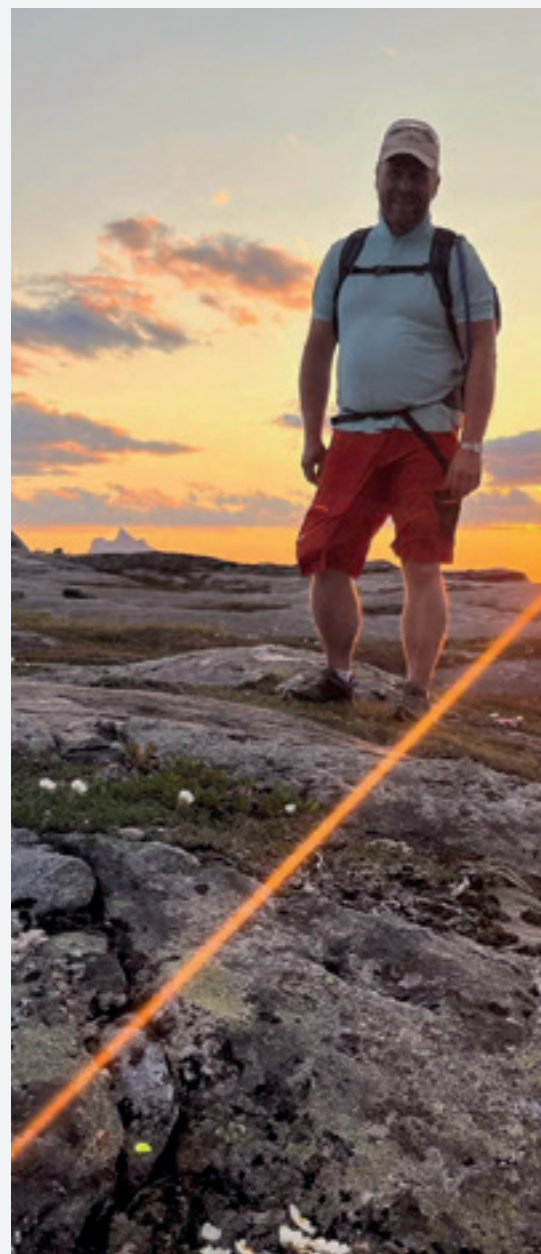
Hvorfor gå fra veterinærmedisin til humanmedisin, vil *Utpostens* utsendte vite.

– Det skyldes en nerdeinteresse for faget og at jeg ville lære mer om onkologi. Jeg ble veldig opptatt av kreft som medisinsk fagfelt og studerte medisin for å bli onkolog.

– Men du er jo ikke onkolog?

– Jeg jobbet på kreftavdelingen under studietiden, og da var det en pasient som fikk alvorlige hjerteproblemer under behandling. En hjertelege kom da og ga vaksenkeft for at de ikke kunne grunnleggende ting om andre medisinske tilstander på avdelingen. Det var da jeg innså at før jeg kunne bli onkolog, måtte jeg lære mer om andre ting først.

◀ Morten inviterte meg inn i det aller helligste, med en rekke statsforvaltere i Nordland som sin bakgrunn.





Det er jo gjenkjennbart fra flere avdelinger på sykehusene?

– Ja, det er jo dessverre mange grenspesialiteter som ikke har grunnferdigheter som tolking av EKG og det å behandle et sår, som bidrar til at de ofte må ha hjelp fra andre leger for å gjøre relativt basale ting.

Med denne bagasjen etter ferdig studie, flyttet Morten til Bodø igjen, tok sin turnustjeneste i Bodø og falt for indremedisinen.

Medstudenten

Det at Morten likte å skaffe seg kunnskap, er noe av det både jeg selv og andre medstudenter jeg har spurt husker best om Morten fra studietiden. Morten var en mange gikk til når det var ting de ikke selv forsto helt eller manglet litt oversikt over. Så i tillegg til å være et sosialt vesen og alltid ha et godt humør, var Morten glad i både å skaffe seg kunnskap og dele den. Vi satt ofte utover lange lunsjer, middager og sene kvelder og diskuterte fag. Flere tidligere medstudenter trekker også fram at Morten var en god person å ty til når stresset ble for høyt. Det var mye god kunnskap å hente, men Morten var også flink å roe ned stressnivået til mange av de mer uerfarne medstudentene på kullet.

Endokrinologen

Indremedisin på Nordlandssykehuset brakte Morten videre inn i endokrinologien. Det ble en avtalt strategi med sykehuset, som da ikke hadde endokrinolog, at Morten skulle ta spesialiteten og etablere en avdeling. Morten måtte da en periode til Trondheim for å bli spesialist. I denne perioden stiftet han også familie med sin kjære Gunille og de fikk barn.

Morten var en ettertraktet ressurs for mange fastleger i Nordland, og en god veileder for dem på et til tider avansert fagfelt. Ikke minst var han en god foredragsholder med god snert og humor som virkemiddel på fagdager omkring i fylket.

Etter endt spesialitet begynte arbeidet å tære på. Det ble mye for en enslig spesialist i endokrinologi i et stort fylke og sykehus, og dette med egen avdeling lot vente på

seg. Med to barn og altfor mye å gjøre, søkte Morten stillingen som assisterende fylkeslege i Nordland.

Ble det en vanskelig skilsmisse med sykehuset da?

– Nei, det var ryddig. Vi ble ikke enige om premissene for en avdeling, og de hadde forståelse for valget jeg måtte ta.

Familiefaren, klatrestativet, vennen og kollegaen

Interne kilder forteller til *Utposten* at Morten er en person som stiller opp når det trengs, og at han gjør det han kan for at familien skal ha det bra. Kildene skal ha det til at han er et godt klatrestativ og pappa-buss. Mer overraskende er det kanskje at han er en god sykkelreparatør, men skjulte talenter er jo ikke å forakte.

Venner forteller at han er tålmodig og snill, men at hovedutfordringen hans er å kunne si nei.

Fylkeslegen og avdelingsdirektøren

Morten ble assisterende fylkeslege i 2018, og ble raskt konstituert fylkeslege, før han ble tilsatt som fylkeslege i 2019. Det innebærer en noe annen hverdag enn han hadde før, med mer strategisk jobbing og tittelen avdelingsdirektør med ansvar for mange ansatte. *Utposten* har søkt i media om det er mye å finne om og med Morten som fylkeslege. Men det er lite å finne. Morten forteller at det er mer hensiktsmessig å jobbe balansert utad og opp mot tjenesteyterne innad, enn å bruke media strategisk for å nå målene.

Mortens ansatte beskriver ham som en engasjerende leder som alltid har engasjement og innspill i alle saker. Han er også en stødig og trygg leder som de ser opp til.

Når *Utposten* snudde steiner på leting etter Mortens forbedringspotensiale, kom et sitat som kan være en god avslutning på portrettet:

«Morten er som nordavinden. Selv i åpent landskap klarer man sjeldent å fange han – plutselig er han der, i neste øyeblikk borte vekk. Selv om han tidligere jobbet i flybransjen, kan han med fordel holde føttene på samme plass litt lenger».

■ JANHAKONJUUL@GMAIL.COM

◀ Morten er glad i naturen og fjellet, noe disse fotoene viser. Helgen etter intervjuet var Morten på familietur med telt i et nydelig høstvær.

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.

Nytt og nyttig fra PCOS-fronten!

■ **BENTE PRYTZ MJØLSTAD** • Spesialist i allmennmedisin, førsteamanuensis ph.d., Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

■ **ESZTER VANKY** • Spesialist i gynekologi og fødselshjelp, St. Olavs Hospital, professor ved Institutt for klinisk molekylær medisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

Polycystisk ovariesyndrom er den vanligste hormonforstyrrelsen hos kvinner. Av norske kvinner har 10–15 prosent tilstanden, og den er mest sannsynlig udiagnostisert. Fastlegen møter i løpet av en vanlig arbeidsuke antagelig fire til fem kvinner med polycystisk ovariesyndrom.

De fleste leger har lært om polycystisk ovariesyndrom (PCOS) i forbindelse med utredning av barnløshet. I dag vet vi at kvinner affiseres av PCOS gjennom hele livet, ikke bare når de er unge. Kvinner med PCOS har økt forekomst av metabolske sykdommer og bør derfor sikres en livslang oppfølging i helsetjenesten.

En gjennomgående kritikk fra kvinner med PCOS – tydelig i riksdekkende media og sosiale medier - er at det tar for lang tid å få diagnosen, at det er utilstrekkelig informasjon fra leger og at langsiktig planer for oppfølging mangler. De er ikke trygge på at de er «i gode hender» og søker seg derfor til alternative informasjonskilder og behandlingstips der et utvidet symptomarsenal blir knyttet til PCOS uten at det nødvendigvis er relatert til PCOS.

I denne artikkelen vil vi skissere en stegvis og strukturert tilnærming til PCOS i allmennpraksis, som vi håper kan bidra til å gjøre allmennleger tryggere på diagnostisering og behandling av tilstanden.

Når bør fastlegen tenke på PCOS?

Noen kvinner tar selv kontakt fordi de mistenker diagnosen, mens andre kommer med symptomer som bør lede til utredning. De vanligste kliniske tegnene er sentralisert fettfordeling, tegn på økt ansiktsbehåring,

tynt hodehår, og sjeldne menstruasjoner. Sykehistorien bør i tillegg til utforskning av det aktuelle problemet (se nedenfor) også inkludere kvinnens bekymringer og forventninger. Det er også relevant å avklare tilstander som er assosiert med PCOS; fedme, hypertoni, diabetes type 2, astma, migrene, depresjon og spiseforstyrrelse.

Legen må vurdere om disse tilstandene er optimalt behandlet.

Fastlegen kan stille diagnosen selv – eller i samarbeid med gynekolog

Ikke alle er klar over at PCOS-diagnosen kan stilles av fastlegen utfra fastsatt kriterier. Henvvisning til vaginal ultralyd hos gynekolog er ikke nødvendig for sikker diagnose, men kan styrke diagnostikken og/eller være indisert som ledd i utredning av infertilitet eller andre gynekologiske symptomer.

I sykehistorien er det viktig å kartlegge familiehistorie, vektutvikling, blødningsmønster, samt problemer med akne og hårvekst. Den kliniske undersøkelse bør inkludere blodtrykksmåling, vekt, høyde og BMI-registrering. Videre skal legen beskrive kroppsfasong, og hårveksten graderes etter Ferriman-Galwey score.

Følgende blodprøver er anbefalt å ta i forbindelse med PCOS utredning: testosteron, seksualhormonbindende globulin (SHBG),

fri testosteron-indeks (FTI), kolesterol (LDL, HDL, triglycider), HbA1c, TSH/T4, 17-OH-progesteron, prolaktin.

For å sette diagnosen PCOS skal minst to av tre følgende kriterier være oppfylt:

Oligo-amenore

>35 dagers syklus eller < 8 menstruasjoner/år

Hyperandrogenisme: klinisk eller biokjemisk (ikke nødvendig med begge)

KLINISK

- Hirsutisme Ferriman-Gallwey score \geq 4 eller
- Androgen alopesi
- Uttalt akne

BIOKJEMISK

- Testosteron over normalområdet
- Fritt testosteron indeks $> 0,6$ FTI = $(T/SHBG) \times 10$

Polycystiske ovarier

≥ 20 cyster, 3-9 mm i diameter og/eller ovarial volum ≥ 10 ml

Behandling av PCOS (uten aktuelt barneønske)

Vektkontroll er det mest grunnleggende, men også det vanskeligste. Best mulig vektkontroll og mest mulig normal BMI er det viktigste for både reproduktiv og metabolsk helse – det er alle studier enige om. Alle symptomer og komplikasjoner til PCOS forverres med vektoppgang, og nesten alle forbedres med vektnedgang (hos overvektige). Mange kvinner med PCOS gir uttrykk for stor frustrasjon over å få beskjed om å «gå ned i vekt». Vi vet også at det er vanskelig å redusere vekt gjennom minsket kaloriinn-



Fysisk aktivitet er sterkt å anbefale for kvinner med PCOS. ILLUSTRASJONSFOTO. COLOURBOX

tak, men den virkelig store utfordringen er å holde vekten nede på lang sikt. Det er et tankekors at vi anbefaler et tiltak der sannsynligheten for å mislykkes er over 90 prosent uten medisinsk og/eller kirurgisk hjelp og oppfølging.

Fysisk aktivitet er anbefalt og bra for mye, men ikke for vektnedgang. Det trengs mye mer intensiv og mange flere timer med fysisk aktivitet for å gå ned i vekt enn de fleste av pasientene har mulighet eller motivasjon til å gjennomføre. Men fysisk aktivitet fremmer kondisjon, styrke og psykisk helse, og er derfor sterkt anbefalt for kvinner med PCOS. Råd om røykestopp er innlysende, men glemmes ofte bort.

Metformin

Metformin er anbefalt til alle kvinner med PCOS som har BMI > 25 kg/m². OBS! Kvinnen trenger ikke ha insulinresistens, også kvinner med normal BMI kan prøve metformin. Medikamentet er også indisert hos tenåringer med symptomer på PCOS. Metformin kan kombineres med p-piller eller antiandrogen behandling. Det har først og fremst effekt på insulinresistens og FTI, og sammen med livsstilsendringer bidrar medikamentet til å redusere vekt. Metformin regulerer ovulasjoner/menstruasjoner og graviditetssjansen øker dermed. Det kan også hemme «søtsug».

Det er viktig med god informasjon, at det må være en langsom opptrapping og instruksjoner om at metformin må tas sammen med mat. Oppfølging bør inneholde dosejustering og eventuelt tilskudd av folat og B-vi-

taminer. Dosen bør være maks tolerabel dose, fordelt på to doser. Det er vanlig med 1000 mg x 2 eventuelt 1500 mg x 2 for pasienter med BMI > 35. MetforminSR «slow release» kan være et alternativ for å øke compliance. Metformin er på hvit resept ved indikasjonen PCOS, men det er meget billig.

Kombinerte p-piller

Kombinerte p-piller anbefales til de som ikke planlegger graviditet. De reduserer hyperandrogene symptomer som akne og hirsutisme, regulerer blødninger og gir endometriebeskyttelse. Kombinerte p-piller kan gjerne kombineres med metformin. Det er ikke noen forskjell mellom høy- og lav-dose østrogen eller type gestagen når man behandler hirsutisme. Velg laveste mulig østrogendose som gir blødningskontroll. Diane er ikke førstevalg på grunn av bivirkningsprofilen.

'Gestagen-only pill', p-stav, hormonspiral

Det er utilstrekkelig dokumentasjon på effekt av PCOS-symptomer til at man kan anbefale gestagenprevensjonsmidler som behandling for PCOS. Det er østrogener som gir økt SHBG og dermed redusert biologisk aktivt testosteron. Noen gestagener har androgen effekt og følsomheten for gestagene bivirkninger varierer. Man bør ikke behandle PCOS-symptomer kun med gestagener. Lavdose-gestagen prevensjon kan selvfølgelig brukes der østrogener er kontraindisert eller ikke tolereres.

Behandling mot hirsutisme

Laser har god og vedvarende effekt mot hirsutisme. Best er effekten hos kvinner med lys hud og mørk hårvekst. Ofte bør kvinnen få en årlig, kort etterbehandling. De fleste helseforetak dekker ikke kostnadene knyttet til laserbehandling.

Spironolactone anbefales først etter minst seks måneders forsøk med kombinerte p-piller mot hirsutisme. Preparatet skal alltid kombineres med sikker prevensjon (feminiserende effekt på guttefoster).

GLP-1 analoger (semaglutid og liraglutid) er en lovende behandlingsmulighet.

De er foreløpig ikke godkjent på kun PCOS indikasjon, bare dersom det i tillegg er type 2 diabetes og behov for vektreduksjon. Det gir effektiv vektreduksjon på ca. 17prosent og forårsaker ikke hypoglykemi. Det er viktig med bruk av sikker prevensjon når GLP-1 analoger brukes.

GLP-1 analoger dekkes ikke av blåreseptordningen, og bruk av preparatet gir en kostnad på ca. 1200–3200 kr/måned. Mange kvinner opplever vektøkning etter opphold eller avsluttet behandling.

Inositol

Det er stor interesse blant kvinner med PCOS for inositol. Inositol selges reseptfritt i apotek og postordre som kosttilskudd. Myo-Inositol fremmer GLUT4 translokasjon til plasmamembranen for glukoseopptak. Oppfattes som «alternativ» behandling av PCOS «uten» bivirkninger. Til tross for mange kliniske studier over flere decennier, har man ikke kunnet påvise en

tydelig klinisk effekt. Inositol er heller ikke skadelig. Det finnes noe evidens for at inositol har effekt på serumnivåer av s-testosteron og kolesterol.

PCOS og graviditet

Alle leger kjenner til at kvinner med PCOS har eller kan ha nedsatt fertilitet. Det er også den informasjonen som mange kvinner får med seg etter besøk på legekontoret, gjerne forstått av dem selv som at de ikke kan bli gravide. Det er veldig uheldig. Vi har derfor følgende råd:

Følgende utsagn er kunnskapsbasert og kan formidles til kvinner med PCOS;

- ❶ «Kvinner med PCOS blir gravide og føder barn i nesten like stor utstrekning som kvinner uten PCOS, men det kan ta lengre tid å bli gravid og de kan trenge hjelp til å oppnå det».
- ❷ PCOS-diagnosen bør stå på hennes *Helsekort for gravide*, og den som følger opp bør ha kjennskap til hvilken betydning PCOS kan ha for graviditeten.
- ❸ Leger og jordmødre bør være klar over at kvinner med PCOS sammenlignet med kvinner uten PCOS, har økt forekomst av de fleste svangerskapskomplikasjonene, også i BMI- og aldersjusterte studier.

Kvinner med PCOS har sammenlignet med andre kvinner oftere større vektøppgang under graviditeten, svangerskapsdiabetes, spontanaborter (tidlige og sene) og preterm fødsler, preeklampsi og hypertensjon i graviditet, intrauterin vekstretardasjon og «small for gestational weight» barn samt økt perinatal mortalitet

Den økte risiko for alle disse komplikasjonene er delvis relatert til overvekt og fedme, men risikoen er økt hos kvinner med PCOS selv om man justerer for BMI, alder, konsepsjonsmåte og sosioøkonomisk status.

Kvinner med PCOS bør følge den generelle anbefalte vektøppgangen i graviditeten basert på pregravid BMI.

Kvinner med PCOS bør følge generelle anbefalinger og rutiner for svangerskapsoppfølging i Norge. I tillegg bør kvinner med PCOS optimalt sett screenes før graviditet for hypertensjon og diabetes. I første trimester skal de screenes med HbA1c for diabetes type 2 (uavhengig av alder og vekt) og gjennomføre glukosebelastningstest ved svangerskapsuke 24–28. Legen skal ha lav terskel for å gjennomføre 24-timers blodtrykkmåling ved stigende blodtrykk.

Kvinnen skal ha lav terskel for å søke hjelp/bli undersøkt ved symptomer på tru-

ende prematur fødsel, og det skal være lav terskel for å bli henvist til føtometri i tredje trimester.

Forløp og oppfølging PCOS - 40+

Mange lærebøker og vitenskapelige artikler starter med «PCOS er den vanligste hormonforstyrrelsen hos kvinner i fertil alder/unge kvinner». For 15–20 år siden fikk de fleste kvinner med PCOS-diagnosen først i forbindelse med utredning for barnløshet. Når de ble gravide, gikk diagnosen i glemmeboka både hos pasienten og legen. PCOS følger kvinnen hele livet, også inn i menopause. Det bør hennes gynekolog og fastlege være klar over.

Kvinner med PCOS har økt forekomst av prediabetes og diabetes type 2, ikke-alkohol-relatert fettlever, hypertensjon, hyperkolesterolemi, hjerte-karsykdommer og endometrieccancer.

Det er derfor anbefalt at kvinner med PCOS kontrollerer blodtrykk hvert 1–3 år, sjekker HbA1c annen hvert år evt. oftere, avhengig av risikoprofil. Det er også anbefalt at kvinner med PCOS kontrollerer kolesterolnivåer dersom de har overvekt eller fedme.

■ BENTE.MJOLSTAD@NTNU.NO

Veilederen *International evidence-based guideline for assessment and management of polycystic ovary syndrome* er tilgjengelig for alle og er gratis. Den ble første gang publisert i 2018 og en ny revidert versjon kom sommeren 2023. Målet er at saklig, godt dokumentert, evidensbasert informasjon skal være tilgjengelig for flest mulig kvinner med PCOS og helsepersonell for å minske forskjellene i behandlingstilbudet.

- [PCOS-Guideline-Summary-2023.pdf \(monash.edu\)](#)
- [International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome 2023 \(monash.edu\)](#)



ILLUSTRASJONSPHOTO: COLUUMBOKX



LEGELIVET

FOTOKONKURRANSE

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

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

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

Husk samtykke dersom ditt foto inneholder gjenkjennbare personer.

Foto kan sendes på epost til:
korutle@gmail.com



Overgangsalderen på fastlegekontoret

■ MARIANNE NATVIK • Spesialist i allmennmedisin, ph.d.-stipendiat avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo

Sortering er ekstra viktig for kvinnen i overgangsalderen. Mye skjer. Hormonenes svingninger, livets krav og forventninger tar tak og annen sykdom kan melde seg. Alt henger sammen med alt, men hva er hva?

Fastleger øver hver dag på sortering, og det blir vi gode til! Vi sorterer i symptomer og plager, muligheter og utfordringer. Dette gjelder for alle pasienter, i alle aldre. Vi

skal møte mennesket der det er, vi skal lytte og respektere opplevelsene, vi skal utrede og undersøke. Det er viktig å finne ut av hva som kan gjøres noe med og hva en kan-

skje må jobbe med å akseptere. Vi skal hjelpe pasienten til å kjenne mestringsfølelse, se det som er bra og det som fungerer. Overgangsalderen er ingen sykdom, men for en av tre kvinner gir den daglige plagsomme symptomer. Kvinnens opplevelse kan være at hun føler seg syk, at hun ikke kjenner seg selv helt igjen eller at hun ikke fungerer som hun pleide å gjøre.



Hormonbehandling i et historisk perspektiv

Siden produksjon av syntetisk østrogen startet i 1938, har tilnærmingen til overgangsalderen variert i den vestlige verden. Overgangsalderen har blitt sett på som en mangelsykdom, der man ved å erstatte mangel på hormoner hos kvinnen, sørget for at hun kunne være «feminine forever», som gynekologen Robert Wilson skrev det i 1966. Hormone replacement therapy, HRT, var løsningen for et lykkeligere liv. Overgangsalderen ble medikalisert og sykeliggjort, og kvinnen fikk rollen som pasient i en periode av livet som er en naturlig livsfase.

Optimismen knyttet til hormonbehandlingen på 1990-tallet var stor. Hormonbehandlingen ga kvinnene hjelp til å takle symptomer, og den ble også brukt som forebyggende behandling. Salgstallene steg frem til begynnelsen av 2000-tallet, da vi alle ble skremt av flere publiserte studier. Den største studien; *Women's Health Initiative*, WHI, skulle se på effekten av hormonbehandling som primærforebygging mot blant annet hjerte-karsykdom, demens og benskjørhet (1). Hormonene ble gitt uavhengig av symptomer hos kvinnen. I 2002 ble den stoppet, før tiden. Risikoen ble ansett som for stor til å fortsette. Funnene så langt viste at hormonbehandlingen ga større risiko enn nytte. Behandlingen kunne gi økt risiko for brystkreft, hjerte-karsykdom, trombose og hjerneslag.

Jeg har snakket med flere som husker hvor de var da de leste overskriftene i avisen. Den 17. juli 2002 skrev *Dagbladet*: «Østrogen tilskudd kan gi blodpropp, slag, brystkreft. 115 norske kvinner i faresonen». Salgstallene for systemisk hormonbehandling fikk en historisk brå knekk på en tidligere stigende kurve. Kvinnene ville ikke lenger bruke hormoner og leger ville ikke forskrive dem.

Ettertiden med gjennomgang av disse studiene har lært oss mye (2). Vi har endret vår tilnærming til hvem og hvorfor vi skal gi hormoner. Vi snakker i Norge i dag om menopausal hormonterapi, MHT, ikke 'replacement' som i HRT. Vi behandler symp-

tomer som går utover livskvalitet med retningslinjer som hjelper oss å gi MHT til de kvinnene som trenger det.

Hormonbehandling i dag

Vi vet at hormoner ikke har en forebyggende effekt for alle. Hormonbehandlingen i WHI ble gitt forebyggende, uavhengig av symptomer, der vi i dag vurderer fordelene mot risiko ved forskrivning av MHT. Vi gir ikke hormoner som beskyttelse mot sykdom, men på indikasjon når symptomene påvirker kvinnens livskvalitet. Unntaket er kvinner med menopause før 45 år, de anbefales hormonbehandling for å beskytte skjelettet frem til gjennomsnittlig menopausealder som er 51–53 år. Denne gruppen skal få tilbud om hormonbehandling uavhengig av symptomer. Vi vet også at alder og timing for MHT har noe å si. Kvinnene i WHI var i gjennomsnitt 63 år. Rådet i dag er at vi ikke starter opp med hormonbehandling hos kvinner over 60 år, eller om det er ti år eller mer siden siste menstruasjon. Vi vet mer om hvilke hormoner vi skal bruke og hvordan vi skal bruke dem. Hormonene benyttet i WHI var ikke de samme som det vi forskriver i dag. Hormonbehandling gjennom huden øker ikke tromboserisiko.

Vi vet nå at vi må gi kombinasjon av østrogen og gestagener til kvinner som har livmor for å beskytte endometriet mot østrogenstimulering og fare for livmorkreft. Hysterektomerte kvinner skal ikke ha gestagener, fordi kombinasjonsbehandlingen har større risiko for brystkreft enn kun østrogen. Vi vet at lokal østrogenbehandling kan tilbys de fleste kvinner, kan fortsette hele livet og den krever ikke endometriebeskyttelse. Lokalbehandlingen hjelper mot underlivsplager knyttet til tørre slimhinner og inkontinens, og kan hjelpe kvinner som har hyppige urinveisinfeksjoner. Vi vet også gjennom oppfølging av kvinnene i WHI at MHT ikke gir økt dødelighet.

Vi har fortsatt en restriktiv holdning til hormonbehandling, og vi skal ikke gi den til alle. Hormonbehandling er likevel den

mest effektive behandling for lindring av symptomer knyttet til hormonendringer i overgangsalderen. Hvor effektiv behandlingen er på ulike symptomer diskuteres, og det er behov for flere studier. Vi er enige om at menopausal hormonterapi er effektivt mot hetetokter, nattesvette, søvnforstyrrelser og symptomer knyttet til tørre slimhinner. For mange kan MHT også hjelpe på humørsvingninger, ledd- og muskelpager, seksuell funksjon og andre hormonrelaterte overgangsplager. Behandlingen kan gi fordeler knyttet til å redusere risiko for hjertesykdom, tykktarmskreft og osteoporotiske frakturer.

Kontraindikasjonene er flere, men gjelder få kvinner i alderen rundt menopause. For dem det gjelder som har uttalte symptomer, blir det utfordrende. Det er et alternativ å prøve ut ikke-hormonell behandling, for eksempel lavdose SSRI eller gabapentin. Gynekologer og onkologer har supplerende kunnskap. Kontraindikasjonene mot MHT, er egen brystkreft eller endometriekreft, aktuell eller tidligere arteriell kardiovaskulær sykdom, aktuell DVT eller lungeemboli samt alvorlig pågående galle- eller lever sykdom (3). Risikofaktorer er tidligere DVT eller lungeemboli, diabetes med sannsynlig karpåvirkning, kardiovaskulær sykdom og SLE. I disse gruppene må fordel/nytte vurderes ekstra nøye før systemisk behandling kan igangsettes. Lokalbehandling kan tilbys de fleste og være livslang.

Veileder i gynekologi anbefaler 'individuell behandling til kvinner med klimakterielle symptomer som hetetokter, nattesvette, nedstemthet og muskel-skjelettplager (ref. Norsk gynekologisk forening) (4). Retningslinjene sier at om kvinnen ønsker å prøve, så kan hun få bestemme dette selv (SE FAKTABOKS). Det er legens ansvar å bidra til å gjøre en nytte/risiko-vurdering. Sortering av symptomene er viktig, kvinnen skal informeres godt om fordeler og ulemper, og det må lages en oppfølgingsplan. Etter oppstart av MHT anbefales en kontroll etter tre–fire måneder, videre legekontroller med ett til to års mellomrom

HORMONBEHANDLING AV PLAGER I OVERGANGSALDEREN

MHT – menopausal hormonterapi

Oppdatert september 2023

SYSTEMISK BEHANDLING

VED BLØDNINGSFORSTYRRELSER I PERIMENOPAUSEN

OBS Vurderer bakgrunn for blødningen, uventede blødninger skal utredes.

MENORAGI	Regelmessige, men kraftige blødninger	
Hormonspiral	Mirena	
P-pille	Lavdosert p-pille dersom det ikke er kontraindikasjoner Qlaira har indikasjon menoragi	
METRORAGI	Blødninger uten syklus, vekslende styrke	
Tabletter syklisk	Provera 10 mg (gitt i 12-14 dager av hver syklus)	
P-pille	Som over	

VED ØSTROGENMANGELSYMPTOMER

INDIKASJONER FOR ØSTROGENBEHANDLING

- Vasomotoriske symptomer (hetetokter, nattesvette)
- Symptomer som gir redusert livskvalitet og som kan knyttes til menopause

ULIKE REGIMER: Valg av regime avhenger av hvor lenge siden siste menstruasjon.

1. SEKVENSIELL BEHANDLING – KOMBINASJONSPREPARATER

NÅR: Siste menstruasjon < 12 måneder siden

- Sykliske behandling gir regelmessige blødninger.
- Indisert begynnelsen av klimakteriet, ved fortsatt endogen hormonproduksjon.

Plaster	Sequidot
Tabletter	Novofem, Trisekvens, Femoston

2. KONTINUERLIG BEHANDLING - KOMBINASJONSPREPARATER

NÅR: Siste menstruasjon > 12 måneder siden

- Hormoner gitt kontinuerlig med samme dose. Skal etter 3-4 mnd gi blødningsfrihet.
- Vurdere å gå ned i styrke over tid – symptomstyrt.

Plaster	Estalis
Tabletter	Activelle, Cliovelle, Noresmea, Eviana (Eviana er den svakeste) Livial/Tibolon Femostonconti (Finnes i flere doseringer) Indivina (Indik: ved >3 år siden sist blødning, flere doseringer) Duavive (Inneholder ikke gestagen, men SERM for beskyttelse)

3. ØSTROGENBEHANDLING med mulighet for dosejustering - GESTAGEN separat

NÅR:

- Som alternativ til kombinasjonspreparat - sekvensiell eller kontinuerlig
- Kvinne med hormonspiral (mirena < 5år)
- Hysterektomerte kvinner - trenger vanligvis ikke gestagenbeskyttelse

ØSTROGENER	Plaster	Estradot
	Tabletter	Progynova
	Transdermal spray	Lenzetto
	Transdermal gel	EstroGel

GESTAGEN/PROGESTERON som endometriebeskyttelse - 3 muligheter:

- **Gestagen SEKVENSIELL < 12 måneder siden siste mens**
 - Provera 10 mg daglig i 12-14 dager per måned
 - Utrogest/Utrogestan* 200 mg vesp i 12-14 dager per måned
- **Gestagen KONTINUERLIG > 12 måneder siden siste mens**
 - Provera 5 mg (1/2 tablett) daglig
 - Utrogest/Utrogestan* 100mg daglig vesp (gir døsigthet)
 - *naturlig /mikronisert progesteron - på godkjenningsfritak
- **Mirena hormonspiral <5 år gammel**

4. TESTOSTERON INDIKASJON: Manglende sexlyst

Alternativer: Østrogen før testosteron (transdermalt bedre enn peroralt som øker SHBG)
Tibolon - Syntetisk steroid med østrogen, gestagen og testosteron virkning.
Konferere gynekolog ved manglende sexlyst og hvor østrogener ikke hjelper.

LOKAL BEHANDLING VED UROGENITALE SYMPTOMER

LOKAL ØSTROGENBEHANDLING – Krever ikke endometriebeskyttelse med gestagen

Vaginal tablett	Vagifem, Vagidonna	østriol
Vaginal gel	Gelisse	østriol
Vaginal krem/vagitorier	Ovesterin	østriol
Vagitorier	Intrarosa	DHEA/prasteron
Tablett	Ovesterin	østriol

BEHANDLINGSPRINSIPPER

INDIVIDUELL VURDERING

Risikovurdering mot symptomtrykk.

- Lavest effektive dosering.
- TRANSDERMAL behandling foretrekkes fremfor peroral pga mindre blodpropprisiko. Mindre uønskede hendelser (hjerneslag og DVT); unngår «first pass» effekt i lever.

VALG AV MHT

Østrogener mot SYSTEMISKE SYMPTOMER.

Gestagener mot

- BLØDNINGSFORSTYRRELSE perimenopausal
- ENDOMETRIEBESKYTTELSE ved østrogenbehandling. Kvinner uten uterus trenger oftest ikke gestagener.

UROGENITALE PLAGER behandles lokalt.

REFUSJON

- Kvinner med menopause før 45 år skal tilbys hormonstatningsterapi (HRT) til forventet menopausealder (52-53 år). Behandling institueres av gynekolog for søknad om å få legemidlet på blåresept.
 - §2 Primær ovarialsvikt <40 år
 - §3 Tidlig menopause 40-45 år
 - Oppfølging hos fastlegen.
- Kvinner med menopause etter 45 år kan få MHT på blåresept §3 ved *uttalte* plager. Fastlegen kan søke HELFO via tjenesteportalen for helseaktører.

OPPFØLGING

KONTROLLER

Første legekontroll 3 måneder etter oppstart.

- Vurdere effekt og bivirkninger.
- Legekontroll videre med 1-2 års mellomrom.
- Regelmessig vurdere nytte/risiko, dosering, behandlingsregime og seponering.

Når endre: SEKVENS til KONTINUERLIG regime

PRØVE SEG FREM.

- Ved oppstart kontinuerlig MHT er noe uregelmessig blødning vanlig i 3-4 måneder før stabilisering til ingen blødning.
- Ved vedvarende blødning; vurder å gå tilbake til sekvensbehandling.
- Uventede blødninger skal utredes.

SEPONERING Når: individuell vurdering

Østrogenmangelsymptomer kan komme tilbake ved seponering, kroppen må venne seg til å være uten hormontilskudd. Avvent ca 1-2 måneder før evt restart av behandling pga vedvarende symptomer.

ALT. BEHANDLING mot HETETOKTER

- Remifemin tabletter (reseptfritt)
- Klonidin – Catapressan – på godkj.fritak
- Gabapentin
- Lavdose SSRI - ecitalopram
- Lavdose SNRI – venlafaxin
- Oksybutynin plaster (Kentera)

ALT. BEHANDLING mot kraftige BLØDNINGER

- Cyklokapron

INDIKASJONER FOR HORMONBEHANDLING I OVERGANGSALDEREN

- Hetetokter
- Redusert livskvalitet
- Blødningsforstyrrelser
- Andre vegetative symptomer (hjerterbank, søvnforstyrrelser o.l.)
- Urogenitale symptomer
- Primær profylakse (økt risiko for osteoporose) spesielt ved prematur ovarialinsuffisiens
- Eget ønske – vurdere fordeler og ulemper

KILDE: NORSK GYNEKOLOGISK FORENING

for vurdering av nytte/risiko, dosering, behandlingsregime og seponering.

Kvinner over 45 år med mye symptomer har rett til å få MHT på blåresept via §3. Kravene til Helfo er knyttet til omfanget av hetetokter og blødningsforstyrrelser, og urogenital atrofi som gir hyppige urinveisinfeksjoner. Fastlegen kan søke på tjenesteportalen via Helsenet. Kvinner under 45 år får blåresept via gynekolog.

Hvordan går vi frem?

Kvinnen mellom 45–55 år som kjenner noe er i endring, skal også få hjelp til å sortere om hun opplever en tydelig påvirkning av livskvalitet. Symptomene kan omfatte blant annet blødningsforstyrrelser, hetetokter og nattesvette, humørsvingninger og påvirket nattesøvn, hjerterbank, leddsmerter og urogenitale symptomer. Noen kjenner også på nedsatt kognitiv funksjon. «Jeg kjenner ikke meg selv igjen», er det mange som uttrykker. Sorteringen handler om å se på hva som er «livet», hva som er aldring og hva som kan være knyttet til hormonendringene som skjer i overgangsalderen. Muligheten for annen sykdom må overveies, og en vurdering av kvinnens risikoprofil med tanke på hormonbehandling må gjøres.

For å avklare om en frisk kvinne over 45 år er i overgangsalderen, er symptomene avgjørende, siden blodprøver av LH og FSH kun gir et øyeblikksbilde. Har kvinnen fortsatt menstruasjon, vil verdien fortsatt svinge. Er kvinnen forbi menopause, vil mangel på menstruasjon gi svaret. Symptomene på overgangsalder kan komme lenge før menopause, altså parallelt med menstruasjon. Kontroll av stoffskifte, jernlager (om hun blør mye) og eventuelt en diff-telling kan høre med for å utelukke differensialdiagnoser.

For noen kvinner kan det hjelpe med hormonbehandling. Vi har ulike regimer, se faktaboks. I begynnelsen når blødningene fortsatt kommer innimellom, gir vi skvisiell behandling som lager en slags sykklus og gir henne blødning en gang i må-

neden. Er det over 12 måneder siden siste menstruasjon, skal hun ha kontinuerlig behandling, med jevne doser av hormoner. Denne gir blødninger i oppstart, men etter noen måneder skal hun ikke lenger ha blødninger med kontinuerlig behandling. På kontrollen etter tre til fire måneder gjøres en ny vurdering. Er dosen riktig? Er preparatet riktig? Er vi på rett spor, eller handler dette om noe annet enn hormonstatusen hennes?

Og hva med testosteron? Denne behandlingen ligger helt nederst i verktøykassen vår, med nedsatt seksuell lyst som eneste indikasjon. Omtrent 40 prosent av kvinner i overgangsalderen opplever redusert seksuell lyst, og årsakene er mange og må undersøkes i samtalen. MHT med østrogen kan hjelpe og er førstevalg. Dermal behandling er best fordi den ikke øker SHBG som igjen binder testosteron. Forskningen på testosteron er begrenset, og vi kjenner kun til sikkerhet ved bruk i to år. Bivirkninger med blant annet mørkere stemme, økt behåring og temperament forekommer. Vi har ikke testosteron for kvinner, preparatene som brukes er beregnet for menn. Terskelen for å gi testosteron skal være høy, men noen kvinner har glede av dette. Kvinnene må vurderes og følges nøye. Oppfølgingsregime finnes i *Veileder i gynekologi*.

Ta henne på alvor, plager er plagsomt!

Overgangsalderen er ingen sykdom, men den kan gi symptomer som gjør at hun føler seg syk. Dette skal vi ikke bagatellisere, samtidig som vi heller ikke skal sykeliggjøre henne.

Det er viktig at vi møter kvinnen i overgangsalderen med en bred og raus tilnærming. Oppdatert kunnskapsformidling er viktig. Hormonbehandling er ikke løsningen for alle, og den er kun et av verktøyene vi kan bruke i tilnærmingen. Søkelys på livsstil blir enda viktigere i denne perioden, og vi må snakke om å sove nok, spise sunt og jobbe med å finne et godt aktivitetsnivå i livet. Stress og røyking øker hetetokter, mens trening reduserer hetetokter



for noen. Har kvinnen det godt med seg selv, håndterer hun denne tiden bedre. Logisk, men likevel utfordrende for mange.

Vi kan fortelle den menopausale kvinnen om muligheter, støtte henne i å ta gode valg for seg selv med tanke på livsstil og valg for egen helse. Vi kan hjelpe henne til å akseptere det hun står i, og få henne til å se det hun får til. Dette er for meg en helhetlig og viktig tilnærming til alle pasienter, også kvinnen i overgangsalderen.

REFERANSER

1. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, et al. Risks and Benefits of Estrogen Plus Progestin in Healthy Postmenopausal Women: Principal Results From the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA*. 2002; 288(3): 321–33.
2. Manson JE, Aragaki AK, Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, et al. Menopausal Hormone Therapy and Long-term All-Cause and Cause-Specific Mortality: The Women's Health Initiative Randomized Trials. *JAMA*. 2017; 318(10): 927–38.
3. <https://relis.no/artikler/kampanjer/riktigere-bruk-av-menopausal-hormonterapi-mht/>.
4. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-gynekologi/overgangsalder-menopause/>.

■ MARIANNE@NATVIK.NU

FIGUR. Hormonbehandling av plager i overgangsalderen, laget av Marianne Natvik, tilgjengelig i NEL og via filmappen i Allmennlegeinitiativet.

Teambasert læring og kjer

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i *Utposten*

For et par år siden spurte professor emeritus Steinar Westin om jeg ville ta over ansvar for Grunnkurs A på Oppdalsuka. Han hadde da gjort en stor innsats som kursansvarlig i mange år, tross at det nå er over ti år siden han passerte normal pensjonsalder. Jeg sa etter hvert ja, med noen forutsetninger: Når jeg gjør det, så vil jeg gjøre det på en ny måte, og jeg vil ikke gjøre det alene. En annen tanke lekte også i bakhodet: Kunne det være mulig å bruke en ny pedagogisk metode, og samtidig bygge kurset rundt de allmenntedisinske kjerneverdiene?

Videreutdanningen til spesialist i allmenntedisin inneholder en rekke elementer og krav, som sammen er helt sentrale bidrag for å heve kvaliteten på norsk allmenntedisin (1). Grunnkursserien, som er en obligatorisk del av videreutdanningen, skal være allmenntedisins basiskurs. Kursene skal bidra til at ALIS (Allmenntedisin i spesialisering) utvikler sin allmenntedisinske identitet og tilhørighet til faget, samt bidra til å utvikle den nødvendige allmenntedisinske kompetanse for å jobbe i fagfeltet (2).

Grunnkurs A

Grunnkurs A, «Allmenntedisin og fastlegekontoret», er et av fire obligatoriske grunnkurs. Det er et introduksjonskurs som bør tas som det første i grunnkursrekken. I så måte er kurset spesielt viktig, da det skal gi

en tidlig introduksjon til faget for spesialistkandidatene. Innhold og metode er omtalt i en egen veileder (3). Kurset omhandler allmenntedisin som fag, allmenntedisinske arbeidsmetoder og oppgaver, drift av legekontor, legevakt og allmenntedisinsk epidemiologi. En større del av kurset vies også lege-pasient-forholdet og kommunikasjon i konsultasjonen. Et siste punkt gjelder lover og regler vedrørende refusjonsordninger, takstbruk og blåreseptregler. Som man forstår: Kurset har en bred agenda.

Teambasert læring

Begrepet «teambasert læring» er ukjent for de fleste, og vel verdt å kjenne til. Jeg har selv begrenset erfaring med det, men har blitt kjent med metoden gjennom undervisning for medisinstudenter ved NTNU.

Erfaringene derfra er gode, og støttes av pedagogisk forskning: Studentenes læringsutbytte med teambasert læring overstiger utbyttet av tradisjonell forelesningsbasert læring (4). Metoden egner seg spesielt til å gi aktiv læring og deltagelse når det er mange studenter. Metoden fremmer læring i selvstående grupper, hvor gruppen skal anvende kunnskap for å løse praktiske problemer (5).

Teambasert læring i sin rene form foregår slik:

- Studentene leser en på forhånd bestemt tekst/litteratur som forberedelse.
- Studentene besvarer individuelt en test eller oppgave basert på et realistisk, praktisk scenario som de kan møte i fremtiden.
- Den samme oppgaven diskuteres så i en mindre gruppe.

Deltagere ved Grunnkurs A, Oppdalsuka 2023, utenfor kulturhuset. I bakgrunnen fjellet Allmannberget.



neverdier på Grunnkurs A

- Deretter diskuteres den i plenum.
- Til slutt kan underviseren gjennomgå et tema basert på diskusjonen, dette kan være likt en tradisjonell (mini-)forelesning.
- Man kan så fortsette med mer omfattende og komplekse oppgaver med samme metode.

En personlig erfaring med bruk av teambasert læring er at studentene verdsetter diskusjonen i gruppe høyest. Dette underbygges av undersøkelser gjort over 20 år og med over 1600 team hvor Michaelson, Knight og Fink har funnet at i 99,9 prosent av tilfellene er teamets resultat bedre enn det sterkeste medlemmet i teamet (6). Teambasert læring gir mye synergi! Det er også et vesentlig poeng at hvert enkelt medlem i gruppen får tid til å tenke selv, før hele gruppen starter sin diskusjon. Slik involveres alle gruppens medlemmer. Overgangen til teambasert læring er krevende for en foreleser som er vant til å snakke selv. Diskusjonen i gruppene blir usynlige for underviseren, og man må ha tillit til at gruppedynamikken fremmer relevant læring. Det hjelper å minne seg selv på at det som betyr noe ikke er hva jeg som foreleser har sagt, men hva deltagerne sitter igjen med.

Teambasert læring kan brukes som et element av flere i et kurs. Det er også mulig å modifisere opplegget som er skissert over. En modifikasjon vi kunne gjøre var å gå ut fra at det allerede fins mye kunnskap i gruppen, slik at lesing av teori før oppgaveløsning ikke er nødvendig. Det sentrale er: praktiske oppgaver som løses først individuelt, så i grupper, til slutt en kortere diskusjon i plenum med en forelesningslik del direkte relatert til oppgavene gruppene har jobbet med.

De allmenntedisinske kjerneverdiene

Allmenntedisinen er et bredt fag, som i sin arbeidsform og organisering skiller seg fra de øvrige medisinske spesialiteter. Grunnleggende er lett tilgjengelighet, kontinuitet, samfunnets betydning for helse, individ mer enn sykdom i sentrum. Tross sin base i naturvitenskap, så har faget også et humanistisk imperativ. De fem nordiske fagmedi-



Bruk av mentimeter under den innledende delen av Grunnkurs A.

sinske foreningene har vedtatt sju kjerneverdier – «core values» – for allmenntedisinen. Historien bak disse kjerneverdiene er alt beskrevet i en tidligere artikkel her i *Utposten* (7), og gjengis kortfattet. I 1977 ble KOPF-begrepet introdusert: Allmenntedisinen bør stå for kontinuerlige, omfattende, personlige og forpliktende tjenester. Disse verdiene fremsto etter hvert både noe urealistiske og lite konkrete. En lengre prosess ble grunnlag for «Sju teser for allmenntedisin», et ideologisk dokument med korte hovedpunkter i imperativ form, supplert med utdypende kommentarer (8) (SE RAMME SIDE 16). I 2017 ble det tatt initiativ til å formulere felles verdier

for de fem nordiske landene. Prosessen ble ledet av professor Johann Sigurdsson. Dokumentet ble presentert i desember 2020 (9, 10).

Selve begrepet kjerneverdi understreker det normative og verdibaserte i faget. Kjerneverdiene favner bredt, som allmenntedisinen selv. Min tanke var: Er det mulig å bruke våre felles kjerneverdier som en rød tråd gjennom et grunnkurs?

Lagarbeid

Dette var ikke et prosjekt jeg ville gi meg i kast med alene. Jeg spurte to andre leger ved Hallset legesenter, hvor jeg selv jobber,

CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on www.nfgp.org

En kasuistikk – en kjerneverdi

Vi laget så et program hvor hver kjerneverdi fikk en time, altså sju timer av kurset. Som et eksempel kan vi se på den første timen – eller kjerneverdien, den om kontinuitet. Vi startet timen med en kasuistikk:

Mann 81 år som du kjenner godt. Han har et nøyre utredet «pusteproblem» som du oppfatter som angst. På slutten av konsultasjonen sier han: «Du kjenner meg så godt, og vet at jeg ikke liker å ta medisiner.., men nå må du hjelpe meg. Jeg ligger så mye våken om natten, og er trett på dagen, så jeg trenger virkelig sovemedisin. Det gjør jo ikke noe om jeg blir avhengig, så gammel som jeg er...»

Ut fra denne kasuistikken gis en MCQ om kognitiv behandling av kronisk insomni. Videre en bredere oppgave om håndtering av denne situasjonen, og av om det er forskjell på å møte en slik pasient i egen praksis, eller med et tilfeldig møte som på en legevakt eller hos en helprivat aktør. Disse oppgavene skal deltagerne først tenke over alene, så diskutere i grupper, før det oppsummeres i plenum. Timen avsluttes med en kort forelesning hvor det presenteres vitenskapelige studier på betydningen av kontinuitet. Denne formen følger altså prinsippene for teambasert læring.

Tanken er da at det normative og verdi-baserte i faget vårt, formulert som en kjerneverdi, får en praktisk betydning i møtet med en hverdagslig problemstilling. Videre er målet å synliggjøre at det fins et vitenskapelig fundament for kjerneverdien, i dette tilfelle at oppfølging av pasienten får høyere kvalitet med et kontinuerlig lege-pasient-forhold.

Program for kurset

Programmet for kurset inneholder altså sju slike timer, mer og mindre med samme form. I løpet av disse timene berøres grunnleggende allmennmedisinsk kunnskap:

- Betydning av kontinuitet
- Fastlegeordningen som folkehelseiltak
- White-figures
- Loven om avtagende grensenytte-verdi
- Gjør kloke valg
- Det primærmedisinske paradoks
- Sosial ulikhet og helse, begrepet helsegradient
- Negative barndomserfaringer og helse
- Pasienters livshistorie og betydning for helse
- Støttesamtalen
- «The inverse care law»
- Portvokterrollen
- Betydningen av pasientens kontekst

RAMME 1. Sju kjerneverdier – «core values» for allmennmedisinen vedtatt av de fem nordiske fagmedisinske foreningene.

om å bli med. Ved å være flere ville vi få fram et mangfold, og som vi har sett gjelde blant studenter i team: En gruppe gir nesten alltid et bedre resultat enn det selv den beste klarer alene. Lars Christian Lervik og Else Rekdal svarte umiddelbart ja til å bli med. Med det ble det inkludert en allmenlege utdannet i utlandet og med forskningserfaring, og en kvinne som har klart å kombinere fastlegerollen med å være firebarnsmor. Jeg nevnte prosjektet for professor Linn Getz som umiddelbart sa ja til å bidra, og slik kom inn med akademisk tyngde og

smittende entusiasme. Under den praktiske gjennomføringen av kurset var vi hele tiden to kursledere. Det gir mulighet for en dynamisk dialog, med ulike perspektiver.

Vi ba arrangørene om å få tildelt et rom med bord. Vi ønsket plass til seks personer rundt hvert bord. Det var da enkelt å gå inn og ut av gruppediskusjon uten behov for fysisk forflytning. Vi fikk også arrangøren til å trykke opp kjerneverdiene på papp, slik at hver deltager fikk sin plakett til bruk under kurset, og til å henge opp på kontoret etter kurset.

- Fagutvikling
 - Allmennmedisinske arbeidsmetoder
 - Forskjeller på allmennmedisin og sykehusmedisin
 - Samarbeid med andre yrkesgrupper
- Opprømsingen viser hvordan helt praktiske kasuistikker kan knyttes opp mot kjerneverdier og grunnleggende allmennmedisinsk forskning.

Det må tilføyes at kurset vårt også har et innhold utover disse sju timene. De to første timene av kurset brukes til en kombinasjon av «bli kjent» og en drøfting av hva den enkelte gjør og behersker i egen praksis. Allerede her brukes en teambasert tilnærming med diskusjon i grupper. Slik introduseres den pedagogiske metoden allerede fra første time. Øvrige deler av kurset er mer tradisjonelt lagt opp: ALIS-ordningen blir presentert, det er en egen time om journalføring. Helfo presenterer takstbruk og blåreseptregler. Det er en hel dag om kommunikasjon, men også denne har lite forelesning. Det meste av dagen består av praktisk kommunikasjonstrening i grupper. Her tok vi også et nytt grep: Jeg har vært vant til å bruke en trent/erfaren lege som fasilitator i grupper som øver kommunikasjon. Vi droppet det og organiserte igjen grupper på seks deltagere, og bare deltagerne selv. En var lege, en spilte pasient og en ledet gruppen som fasilitator. Rollene ble så rotert gjennom en hel dag. Fordelen med dette er selvsagt at det er ressurs sparende, men også at deltagerne erfarer at det å øve på kommunikasjon er en lavterskelaktivitet som kan gjøres uten hjelp utenfra, på legekantoret og i utdanningsgrupper. Vi som kursledere vandret da rundt til gruppene, og kunne bare konstatere at de fungerte uten noen form for intervensjon fra oss.

Vi har også som en del av kursprogrammet en halv dag om praktisk organisering av legekantoret ved Torstein Sakshaug. En lokal allmennlege fra Oppdal, Kirsten Vikan Opdahl, belyser samfunnsmedisin for allmennleger. Fullstendig kursprogram ligger på Oppdalsukas nettsider (11).

RAMME 2. Takstbruk kan læres gjennom MCQ-oppgaver som gjennomgås teambasert.

Du fjerner en føflekk i ansiktet til en pasient, og setter tre suturer. Føfleken sendes til histologisk undersøkelse. Du bruker 15 minutter. Hva er riktig takstbruk?

- 2ad, 100, 701a, 149a, 10c
- 2ad, 100, 701a, 149a, 10d
- 2ad, 105, 701a, 149a, 10c
- 2ad, 105, 701a, 149a, 10d

Erfaringer

Fra underviser sitt ståsted fikk vi umiddelbart opplevelsen av at metoden fungerte. Deltagerne var aktive i gruppediskusjoner og ga raskt muntlig tilbakemelding om verdien av at de fikk snakke sammen. Det var mindre aktivitet i plenum, og det var en klar tendens til at noen få gjengangere tok ordet når alle 80 deltagerne var samlet. Jeg diskuterte dette i en tidlig pause med flere deltagere, og de sa at det ikke hadde betydning: «Det er diskusjonen i de små gruppene som er viktig!». Også trivsel hos underviser har en betydning: Det var rett og slett stimulerende og gøy å undervise på kurset. Det var en trygghet hele tiden å være to. Det var mindre slitsomt for egen stemme og hode at mye av tiden ble brukt til diskusjoner i gruppene. Det ga også mulighet for fortløpende å kunne planlegge kursets videre gang.

Etter noen runder med teambasert læring, glemte vi som kursledere å krevne stillhet i ett minutt etter at en oppgave var gitt. Da kom en deltager opp til oss i pausen og sa: «Dere må huske å følge malen!». Dette som et uttrykk for at i hvert fall denne deltageren opplevde behovet for å tenke selv, før gruppen startet sin diskusjon.

Vel så viktig som vårt inntrykk av kurset er jo deltagerens evaluering. Kurset ble av deltagerne evaluert fra 1 (svært tilfreds) til 5 (lite tilfreds) på punktene tema, faglig innhold, presentasjon, utbytte. Ikke på noe punkt ga noen deltagere svakere enn 2. Snittkarakterene var på 1,33 (tema), 1,38 (faglig innhold), 1,29 (p presentasjon) og 1,33 (utbytte). De var altså et klart flertall av beste karakter.

Det ble også gitt generelle kommentarer, som overveiende var positive. Noen sitater: «Helt fantastisk», «Stort utbytte av å trene med hverandre», «Nydelig med innføring av en mer erfaren lege som kan si noe smart om forløpet og om ALIS», «God balanse mellom foredrag/summegrupper/felles diskusjoner», «Veldig bra opplegg..akkurat passe og to the point», «Veldig gøy og interessant».

Av negative ting er det to ting som skiller seg ut: Helfo bidro med to timer tradisjonell undervisning. Deltagerne ønsker her ikke ren forelesningstilnærming, og vil gjerne heller undervises av en allmennlege: «Helfo-modulen ble mye lesing fra Power-point». Videre er det flere som bemerker at nettkurset ikke fremstår oppdatert, «Nettkurset trenger en solid oppgradering». Som en del av nettkurset skal også deltagerne gjøre en Audit i egen praksis, dette ble ikke fulgt opp i vårt kurs, noe som etterlyses.

Veien videre

Erfaringene fra denne måten å avholde grunnkurs A på er gode. Vi vil ta det enda et steg videre neste år: Vi vil gjøre Helfodelen selv, og organisere den rundt relevante MCQ (Multiple Choice Questions) som skal løses teambasert (SE EKSEMPEL RAMME 2). Metodikken blir da helt som over, med oppgave – tenke selv – diskutere i gruppe – diskutere i plenum. Vi forventer da å kunne gjennomgå ti MCQ-oppgaver på hver av de to timene, om blåresept-regler og om takstbruk.

Vi vil også justere enkelte av kasuistikkene som vi opplevde ikke traff helt opp mot den aktuelle kjerneverdien. Videre vil vi legge inn en del om bruk av Audit som en metode for å kvalitetssikre egen praksis.

Vi ser allerede fram til neste års kurs!

Til slutt en stor takk til arrangørene på Oppdal for tilrettelegging til vårt kursoppbygg, god teknisk support, og trykking av kjerneverdiene på plakater vi kunne dele ut til hver enkelt deltager. Videre takk til gode kolleger ved Hallset legesenter som sporty sa ja til å bli med på å arrangere et slikt «Hallset legesenter-grunnkurs A». Takk til Linn Getz for kloke råd underveis og for aktiv deltagelse på kurset. Sist, men ikke minst, takk til engasjerte kursdeltagere som ga oss vedvarende inspirasjon gjennom fire dager på Oppdal!

REFERANSER

1. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/regler-for-gammel-spesialistutdanning-og-etterutdanning>
2. <https://www.alis.no/alis-ordningen/grunnkurs>
3. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/6c685bd69f8b461489fb33f4830de2b0/grunnkurs-katalog-140319.pdf>
4. Chen, M, Ni, C, Hu, Y, Wang, M, Liu, L, Ji, X, and Wang, S (2018). Meta-analysis on the effectiveness of team-based learning on medical education in China. BMC medical education, 18(1), 77.
5. <https://i.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Teambasert+læring>
6. Michaelsen, LK, Knight, AB, and Fink, LD. Team-Based Learning: A Transformative Use of Small Groups in College Teaching. Sterling, Va.: Stylus, 2004.
7. https://www.utposten.no/journal/2022/1/m-122/Mål_og_visioner_for_allmennmedisin_-_tilbakelikk_og_frampek
8. NSAM 2001 NFA 2019 Sju teser for allmennmedisin <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e97de158553f430aad5171218eacafc477-teser-for-allmennmedisin.pdf>
9. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmennmedisin/nyheter/2021/allmennmedisins-kjerneverdier-i-lyd-og-bilde/>
10. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/02813432.2020.1842676?needAccess=true>
11. <https://oppdalsuka.org/grunnkurs-a/>

NAV Kontroll Øst på ville veier

■ GEIR PASI GILJE • Spesialist i allmennmedisin, fastlege



Tenk deg en situasjon der noen gir en falsk anmeldelse til politiet om promillekjøring – du er edru – men politiet tauer bilen din inn til verksted for å «finne noe». Eller ved husbygging – rørleggeren kontrollerer utførelsen av elektrikerens arbeid – angir at det foreligger grove avvik – men uten å spesifisere disse, og helt uten referanser til standarden NEK 400:2022. Eller at en statlig myndighet over natten kan «gjøre det vanskelig for deg», siden du har ytret deg eller benyttet deg av en lovbestemt klagerett. Omtrent slik oppleves historien om NAV Kontroll Øst – behandlergruppe.

«NAV kontroll» er en konvolutt som dukker opp i postkassen din. Du kjenner sannsynligvis ikke kontrollorganet før du selv blir kontrollert. Det første brevet ser tilforlateglig ut, du har blitt plukket ut til en kontroll, og må gjøre rede for et angitt forhold. Det du ikke vet er at du i praksis allerede er dømt i det du får det første brevet.

I det norske samfunn vil du presumptivt anta at din rettssikkerhet er ivaretatt, og har en naiv og tillitsfull tilnærming til henvendelsen. Du viser ydmykhet og svarer høflig. Du forventer det samme tilbake.

Etter egen sak, samt innsyn i 48 saker i tidsrommet 2019–2020, ser det annerledes ut:

- En usedvanlig høy kritikk- og sanksjonsrate, der kontrollsak er gjennomført. I 96 prosent av sakene fremmes kritikk. 73 prosent av sakene medfører sanksjon.
- I saker der journaler er gjennomgått av NAV Kontroll Øst sin egen rådgivende lege gis det kritikk i 18 av 19 saker (94,7



◀ FØRSTE BREV ▼ INNSYN ▶ VEDTAK



prosent). Det gis vedtak om tap av rett til å praktisere for trygdens regning i 16 av disse 19 saker (84 prosent). Tallene er usannsynlig høye.

- Kontroller er utelukkende reaktive – basert på tips. Dette resulterer i store skjevheter i utvalget som blir kontrollert og sanksjonert. Av de sanksjonerte er 83 prosent menn, 83 prosent er over 50 år, 63 prosent kommer fra Oslo, Bergen eller Sandnes, og 49 prosent har utenlandsk navn.

Et lite steg tilbake

Alle moderne samfunn har regelverk som må følges. Moderne regelverk er ikke så detaljerte som tidligere, men setter rammene og lar det være opp til virksomheten å løse oppgaven. Tilsyn og kontroll kan utføres både på systemnivå og på daglig aktivitet ved behov. Målsettingen med tilsyn og kontroll er å sikre at aktivitet er i samsvar med regelverket. Som regel er det en gjensidig interesse i dette, og dermed en høy grad av tillit og et lavt konfliktnivå.

De fleste kjenner sikkert, eller har allerede vært i kontakt med, Arbeidstilsynet eller det lokale el-tilsyn (DLE). De velger utvalgte innsatsområder og utfører planlagte tilsyn, samt reaktive granskninger basert på hendelser. Tilsyn og granskninger kan ta noe tid og ressurser, men kan i mange tilfeller også oppleves som nyttig av den som mottar tilsynet. Tilsynet kan resultere i avvik eller anmerkninger, som bedriften tar til seg, og blir en del av det kontinuerlige forbedringsarbeidet.

Et avvik betyr at virksomheten ikke drives i samsvar med regelverket, og forholdet må utbedres. Avvik spesifiseres i en punktvis liste, med anvisning til gjeldende regelverk, og en beskrivelse av hvorfor regelverkskrav ikke anses oppfylt. Virksomheten får en frist til å lukke avviket. En anmerkning kan være forhold som ikke er et direkte regelbrudd, men hvor det allikevel finnes et mulig forbedringspotensial.

Målsettingen – samsvar med regelverket – er alltid det sentrale. Målsettingene skal nås kontinuerlig over tid. Hensikten er aldri å ilegge flest mulig sanksjoner. Det er f.eks. aldri en parkeringsbetjent sin jobb å gi flest mulig parkeringsbøter. Hensikten er å sikre parkering for alle, eller sikre at leie for parkeringsplass betales.

Tilgjengelige ressurser vil alltid være begrenset. Tilsyn- og kontrollvirksomhet må derfor vurdere hvilke innsatsområder som gir mest gevinst, dvs. det som gir størst grad av måloppnåelse. Ofte vil tema variere fra år til år, og en vil søke å rullere tilsyn og kontroll på flere virksomheter. Aktiviteter med høy risiko, eller mulighet for alvorlige følger, krever mer oppmerksomhet enn mer trivielle arbeidsoppgaver.

Kompetanse på både regelverk og fagområdet er en forutsetning for å kunne gjennomføre tilsyn og kontroll. Tilsynsorganet blir over tid en kunnskapsbedrift, som speiler den samlede kunnskap innenfor en bransje. De vet hvor skoen trykker. Denne kunnskapen kan bli benyttet til aktiv informasjonsformidling – enten aktivt på egenhånd – eller på forespørsel fra bransjen, samt til å målrette fremtidige tilsyn og kontroller, der det gir mest nytte.

Forebyggende tiltak har mye større nytte enn reaktive tiltak. De fleste virksomheter plasserer derfor mest ressurser på den forebyggende siden, samt noe på konsekvensreducerende tiltak. Tilsvarende er det for tilsyn og kontroll. Der er mest å hente på å sikre samsvar med regelverk, slik at den overordnede intensjonen i regelverket nås. Sanksjon i etterkant har begrenset verdi, fordi skaden allerede har skjedd. Man kan f.eks. straffe en promillekjører, men det hjelper lite for vedkommende som ble påkjørt.

Tilsyn eller kontrollvirksomheten kan benytte forskjellige virkemidler for å nå sine målsettinger. Informasjon og veiledning er her et sentralt element, som finner sted før, under og etter tilsynet. Noen ganger varsles fokusområder i forkant. Politiet

kan f.eks. benytte media til å varsle om kommende fartskontroller ved skolestart. Løpende dialog og drøfting er viktig.

Noen ganger finnes det en forklaring på det som fremtrer som et avvik. Kanskje befinner dokumentasjonen seg et annet sted? Felles virkelighetsforståelse er viktig både av hensyn til rettsikkerheten, men også for den gjensidige tilliten. Dette krever at det er en løpende dialog mellom de som utfører tilsynet, og den som mottar tilsynet. Ofte ivaretas dette av formaliserte oppstarts- og avslutningsmøter, utover den løpende dialogen.

- NAV Kontroll Øst går sine egne veier.
- Store ressurser benyttes på noen få saker. NAV Kontroll Øst har 6 + 1 årsverk, og disse kontrollerer ca. 24 leger per år. Resterende leger (ca. 5000) blir ikke kontrollert.
- Kompetansen halter. NAV Kontroll Øst innehar ikke relevant medisinsk faglig kompetanse. Allmennmedisinske journaler gjennomgås av rådgivende lege som er spesialist i indremedisin og revmatologi. Saksbehandler har mastergrad i statsvitenskap.
- Den rådgivende legen bruker ingen faglige referanser, slik som nasjonale faglige retningslinjer, Norsk elektronisk legehåndbok, UpToDate eller annen litteratur.
- Den rådgivende legen presiserer ikke hva som vurderes å representere et avvik, og knytter heller ikke avvik til regelverk eller til en faglig referanse. I fritekst angis allikevel flere brøker med antall avvik.
- Det er ingen dialog. Det er ikke noe åpningsmøte eller avsluttende møte. Legen blir bedt om å lage en initiell, generell redegjørelse i noen utvalgte saker, samt sende inn 20–30 journaler. Det stilles ingen oppfølgende spørsmål, og ev. misforståelser forsøkes ikke avklart. Legen mottar etter hvert et forhåndsvarsel, men opplysningene i forhåndsvarset er generalisert i en slik grad at tilsvar

ikke er mulig. Det kan f.eks. anføres at «du tilbakedaterer sykmeldinger», men ingen anførsel om hvilken pasient eller hvilken dato. Et spesifisert tilsvare blir vanskeliggjort. I det påfølgende vedtaket kommer imidlertid alle disse opplysninger frem med høy presisjon.

Læring

I etterkant av et tilsyn eller kontroll, foreligger det som oftest læringselementer. Hvorfor oppstod avviket? Hvordan kan man unngå dette i fremtiden? Noen ganger gjelder dette kun virksomheten i seg selv, andre ganger foreligger der et læringselement for hele bransjen. Et sykehus kan f.eks. ha kalium til infusjon i to styrker, der den ene er ti ganger sterkere enn den andre. Disse står ved siden av hverandre i medisinerommet, fra samme produsent og har samme farge på etiketten. Forveksling er livsfarlig. Man kan da varsle bransjen i sin helhet om fare for forveksling – eller treffe et teknisk tiltak, og fjerne det ene produktet fra markedet.

NAV Kontroll Øst går igjen sine egne veier:

- Der er ingen læring. De samme temaene går igjen i alle kontroller: Tilbakedatering av sykmelding, personlig undersøkelse, funksjonsvurdering og journalføring. Selv om NAV Kontroll Øst reiser kritikk i 96 prosent av sakene, tas det ikke initiativ til informasjon eller veiledning av de resterende 5000 fastleger.
- Det er ingen forbedrende tiltak. Til tross for påstått systematisk svikt gjøres det ikke interne endringer, slik som presisering av sykdomsbegrepet, endringer i sykmeldingsblankett, eller en skriftlig presisering på hva funksjonsvurdering skal inneholde.

I stedet for å formidle læring, bruker NAV Kontroll Øst sin erfaring til å perfeksjonere

en oppskrift, slik at sanksjon med høy sannsynlighet kan oppnås. NAV Kontroll Øst mottar et tips, typisk fra et lokalt NAV-kontor. Fagsystem sjekkes for å se om de «har noe» på legen fra før. Det utføres et registersøk for å se om noen legeerklæringer er kommet inn etter seks uker. Det gjennomføres også en kobling av forespørsler om legeerklæringer og takst L40. Dette gir så påskudd for kontroll – uansett hva tipset skulle omhandle. Om dette ikke gir treff, eller det er ønske om en streng sanksjon, tas det initiativ til en journalgjennomgang ved rådgivende lege. Dette resulterer stort sett alltid i påviste brudd på folketrygdlovens § 8-4 og 8-7, samt helsepersonellovens § 6, 15, 39 og 40.

Endret praksis

Tradisjonelt sett har søkelyset vært på det enkelte utøvende individ, der handlinger i etterkant sammenlignes med regelverket og de til enhver tid gjeldende kliniske retningslinjer for korrekt behandling. En slags tro på at individet alltid og i enhver situasjon kan treffe perfekte avgjørelser. Individet er skyldig og ansvarlig for svikt, og ved begrensninger i autorisasjon kan disse lukes ut. De gjenværende har underforstått god kvalitet. Man har imidlertid erkjent at en slik ensidig osthøvling på venstre side av Gauss-kurven ikke bidrar til læring eller bedre kvalitet – verken for individet eller helsevesenet i sin helhet. Det er også en erkjennelse av at ved de fleste hendelser er det ikke enkeltfaktorer som svikter, men flere samtidige feil som resulterer i en uønsket hendelse. Eller at det er forhold ved virksomheten som individet ikke kontrollerer. Det kan være samtidighetskonflikter, manglende konfereringsmulighet eller lite søvn og lange vakter.

En søker å flytte hele Gauss-kurven mot høyre, slik at alle utøver arbeid av faglig god

standard eller bedre. Statsforvalteren har nylig endret sin praksis: Begrepet «pliktkrutt» er erstattet med «faglig pålegg». Virksomheter stilles til ansvar for systemfeil. Dette er riktige steg på veien til et mer objektivt og læringsbasert system for kvalitet.

NAV Kontroll Øst sin praksis

NAV Kontroll Øst sine kontroller står i kontrast til andre tilsyn og kontroller. NAV Kontroll Øst representerer et fryktbasert tilsyn. Strengt straffelignende sanksjoner skal korrigere en adferd hos enkeltleger. Selve sanksjonen fremstår som viktigere enn den overordnede målsettingen.

- Det som kontrolleres kan være noe helt annet enn innholdet i tipset. Dette gir lite legitimitet og dårlig treffsikkerhet i den reaktive tilnærmingen. Det fremstår som om at det er personen det er viktigst å kontrollere, ikke saken.
- Sanksjon, samt et ønske om «å gjøre det vanskelig», fremstår som sentrale målsettinger for NAV Kontroll Øst. I etterkant kontrolleres den sanksjonerte, samt nærmeste kollegaer grundig. En minste antydning til feiltrinn medfører ny kontakt, og fare for ytterligere sanksjonering av legen eller legens kollegaer. Dette om legen f.eks. har utstedt et notat som annen kollega benyttet i sin legeerklæring, eller samarbeider med kollegaer som sykmelder legens pasienter, eller har hjulpet en pasient med et meldekort til NAV. Rekontroller forekommer hyppig. 12 av 48 saker i 2019–2020 var rekontroller. Noen leger blir rekontrollert flere ganger.
- NAV sitter samtidig på alle sider av bordet. NAV anmelder, etterforsker, dømmer, og er både første og andre klageinstans. Legen har seks uker på seg til å klage på vedtaket. NAV iverksetter vedtaket før klagefrist er gått ut – og bruker mer enn seks måneder på klagebehandling. Legen er i praksis rettsløs.

En kan tolke ovennevnte som svakheter i gjennomføring – eller at NAV Kontroll Øst ikke har forstått sitt samfunnsoppdrag. Ovennevnte kan også tolkes som en lokal ukultur som har fått lov til å utvikle seg, der personforfølgelse og gjengjeldelse har blitt bærende elementer.

NAV skal representere noen grunnleggende positive verdier i det norske samfunnet:

«Arbeids- og velferdsforvaltningen skal møte det enkelte mennesket med respekt, bidra til sosial og økonomisk trygghet og fremme overgang til arbeid og aktiv virksomhet.»

Der er behov for endringer fra innsiden for å komme tilbake til dette idealet.

■ G73@OUTLOOK.COM



ILLUSTRASJONSFOTO: BR. SANDNES/SZANDORWANI/STOCKPHOTO

Tilsvar fra NAV Kontroll Øst

■ MAY SNEDSBØL • Avdelingsdirektør, NAV Kontroll Øst

De aller fleste behandlere som praktiserer for trygdens regning gjør dette i henhold til gjeldende regelverk og gjør en veldig viktig og god jobb for NAV. Det er selvsagt ikke slik at NAV Kontroll vil utestenge leger som gjør en god jobb for NAV. Det som er viktig er at vi får objektive og korrekte erklæringer slik at vi kan fatte en riktig trygdefaglig avgjørelse.

Vi har langt over 30 000 yrkesaktive leger i Norge som praktiserer for trygdens regning.

- NAV Kontroll mottar mellom 80–90 tips i året, i tillegg til risikobaserte kontroller.
- I 2022 gjorde vi til sammen 10 vedtak om tap av retten til å praktisere for trygdens regning. Tapsperioden var fra seks måneder og opp til to år.
- I 2022 gjorde vi 15 vedtak om formell advarsel. En advarsel betyr at behandler gis mulighet til å rette opp i sin praksis før vi vurderer å frata behandleren retten til å praktisere for trygdens regning.

Sakene som vi utreder starter enten med et tips eller at vi selv velger dem ut basert på analyse av hvor det er risiko for feil. Sakene kan ende opp som feilutbetalingssaker, altså at vi krever tilbake refusjon dersom behandleren har krevd for mye betaling fra NAV. Mange saker ender kun opp med at det gis beskjed til behandleren om feil eller mangler som de må rette opp i samhandlingen med oss. Som tallene viser er det totalt sett en lav prosent av sakene vi kontrollerer som ender opp i vedtak om tap av retten til å praktisere for trygdens regning.

Gjennom lovgivningen sikres både rettigheter, plikter og samhandlingen mellom samfunnsaktører. Som det kommer frem i lovgivningen, er det NAV som skal vurdere om en person har rett på en helserelatert ytelse eller ikke etter folketrygdloven.

Vi har i utgangspunktet full tillit til behandlerens medisinske vurderinger, og legger disse opplysningene til grunn for våre trygdefaglige vurderinger. Det forventes av behandleren at diagnose, funksjonsvurdering og arbeidsuførhet for den enkelte pasient er riktig. Videre forventer vi, og har tillit til, at opplysningene som sendes

NAV er de samme som kommer frem i journalen til pasienten.

Det er kun hvis det er brudd på tilliten til behandleren at lovgiver har bestemt at det kan ilegges en reaksjon, gitt i folketrygdloven § 25-7. Som det kommer frem av bestemmelsen, vurderer vi om behandleren

- a gjør seg skyldig i uberettiget utbetaling fra trygden,
- b ikke oppfylder lovbestemte plikter, eller
- c gir misvisende opplysninger eller erklæringer som kan føre til uberettiget utbetaling av trygdeytelser.

NAV Kontroll har ansvar for å forvalte denne bestemmelsen. Vi er bevisste på at en reaksjon etter denne bestemmelsen kan få store konsekvenser for behandleren det gjelder. Vi skal derfor vise forståelse for behandlerens arbeidssituasjon og andre forhold som kan være årsak til feil/avvik i enkeltsaker. Det betyr likevel at det for eksempel ikke er tilstrekkelig at en behandler viser til en travel arbeidssituasjon når behandleren gjentatte ganger, systematisk og over tid tilsidesetter sine plikter. Vi forventer at behandleren har god dialog med NAV og informerer oss når det oppstår situasjoner som har betydning for den det gjelder og vår oppfølging.

I vedtakene våre gjør vi en vurdering av type regelbrudd, omfang av feil, hvor lenge feilene har pågått, hvor stor skyld behandleren har for at feilen er oppstått og vi vurderer tidligere tilbakemeldinger fra NAV om å endre praksis.

Vi vektlegger også om konsekvensene av bruddene er av en slik art at den rokker ved grunnforutsetningen for å kunne gjøre en riktig trygdefaglig avgjørelse. Dette kan føre til

- at personen ikke får behandlet søknaden sin i tide
- at det gis avslag på søknad om trygdeytelse på grunn av behandlerens manglende opplysninger
- at manglende eller misvisende opplysninger om personens helsetilstand fører til trygdemisbruk
- at NAV ikke får iverksatt nødvendige og hensiktsmessige tiltak /oppfølging av personen

- at både NAV og personen påføres unødig tidstap og/eller utgift

Så snart vi åpner kontrollsak på en behandler gjør vi behandleren klar over dette ved å sende hen en forespørsel. Vi informerer om kontrollen og ber om svar på spørsmål som vi har. Behandleren har videre underveis i saksbehandlingen mulighet til å spørre om møte med oss, komme med tilleggsopplysninger og gi uttalelser frem til det gjøres vedtak.

Etter at vedtaket er gjort, har behandleren rett til å klage i henhold til forvaltningslovens regler. Behandleren har også mulighet til å be om at vedtaket ikke starter før saken er ferdigbehandlet i klageinstansen. Dette opplyses det også om i vedtak. Da gjøres det en konkret vurdering av oss om det er hensiktsmessig eller ikke.

Kontrollene vi utfører vil nødvendigvis være etterkontroll, da det er erklæringer og uttalelser som behandleren har sendt inn til NAV som kontrolleres og kan si noe om legens praksis. Dersom vi mener det er behov for å undersøke grunnlagsmaterialet for de vurderingene som er gitt til NAV i erklæringer, ber vi behandleren sende oss et definert utvalg av pasientjournaler. Vi får bistand fra rådgivende overlege i NAV Kontroll til å ta stilling til de rent trygdemedisinske vurderingene som er gjort.

NAV er opptatt av å ha god dialog med behandlere i vår felles oppgaveløsning om å hjelpe brukerne våre i den situasjonen de til enhver tid er i. Dette gjøres av saksbehandlere på NAV-kontorer, av rådgivende overleger i NAV og av NAV Kontroll. Hensikten med kontrollene våre er å sikre at NAV får riktige og nøyaktige erklæringer som saksbehandlerne våre bruker i den trygdefaglige vurderingen som NAV skal gjøre. Dersom en behandler mister retten til å praktisere for trygdens regning, handler det om å sikre at NAV ikke utbetaler pengestøtte til personer på bakgrunn av erklæringer vi ikke lenger har tillit til er korrekte.

Behandlere er profesjonelle samarbeidspartnere til NAV og vi legger til grunn for samarbeidet at de har kjennskap til relevant regelverk både i folketrygdloven og helsepersonelloven. Vi har egne veiledningssider på NAV.no, for leger og andre behandlere om blant annet legens rolle som sykmelder. NAV har en behandlertelefonsjeneste som behandlere kan ringe for råd og veiledning. NAV har også jevnlig kontakt med samarbeidspartnere som Den norske legeforening.

Artikkelen fra Geir Pasi Gilje er forelagt NAV Kontroll som slik har fått mulighet til å gi dette tilsvaret. Redaktørens anmerkning.

Klagesaker mot fastleger og endret Helsepersonellov: Vil fremtiden bli bedre?

■ YNGVE RØNSEN • Fastlege og tidligere seniorrådgiver i Statens helsetilsyn

I en tankevekkende leder i *Utposten* 4-2021, «Gi meg de rene og ranke», beskrev Njål Flem Mæland hvordan det føles for allmennleger å motta brev fra Helsetilsynet i klagesaker, en beskrivelse de fleste allmennleger vil kjenne seg igjen i.

Pasienter kan klage på fastleger til statsforvalteren, kommuneoverlegen, pressen, Rådet for legeetikk, Norsk pasientskadeerstatning, politiet, pasientombudet og NAV, og de kan rette sivilt søksmål mot legen. Slike saker er ikke koordinerte og kan pågå i årevis. Det finnes ikke tall på hvor mange fastleger som har klagesaker mot seg til enhver tid, men jeg anslår at det er mer enn halvparten. Disse sakene er stressende, medfører mye ulønnet arbeid for fastleger og kan stigmatisere fastleger i lokalmiljøet der de arbeider. Av den grunn skal saksbehandlingen være av høy kvalitet.

Helsetilsynet har i stor grad administrert helsepersonelloven med vekt på sanksjoner, og mindre på pedagogiske tiltak. Loven er nå, med virkning fra 1. juli 2022, endret for å rette på dette (§ 56). Lovendringen kan tolkes som en innstramming overfor Helsetilsynet med ønske om en dreining vekk fra sanksjoner og mot pedagogisk tilnærming. «Advarsel», som i praksis var en ren sanksjon, som måtte vedtas av Statens helsetilsyn og som hadde lite pedagogisk innhold, er erstattet med «faglig pålegg». Denne er ikke ment som en sanksjon, men utelukkende et pedagogisk tiltak som kan vedtas av både Statens helsetilsyn og statsforvalteren. I praksis vil

statsforvalteren ivareta de fleste av disse sakene. Dette er enkeltvedtak, og leger kan anke avgjørelsen om faglig pålegg, hvilket er en garanti for kvalitet i saksbehandlingen.

Der det ikke er aktuelt med sanksjoner eller faglig pålegg, gir helsepersonelloven statsforvalteren fullmakt til å uttale seg om fastlegenes praksis og gi råd, veiledning, samt eventuelt pålegg om å endre praksis. I klagesaker er et slikt vedtak som regel avslutning av saken. Vedtaket er endelig og kan ikke ankes, hvilket betyr at kvaliteten på disse vedtakene hos statsforvalteren ikke blir kontrollert eller evaluert av noe eksternt organ. Etter min mening har mangelen på ankemulighet i saker som behandles hos statsforvalteren, ført til at statsforvalteren har nedprioritert ressurser til behandlingen av disse sakene. Slik har saksbehandlingskvaliteten, etter min erfaring, blitt redusert over tid.

Samtidig har dessverre viljen til å kritisere allmennleger vært økende, og det har utviklet seg en tendens til å spare pasienter som innklager sin fastlege for ubehagelige konklusjoner. Legene har måttet finne seg i at saksbehandlere uten medisinsk utdanning fremmer påstander i vedtaks form med krav om at legen skal «innrette seg etter vedtaket i fremtiden». Mange av disse vedtakene ville, etter min vurdering, aldri ha stått seg i en ankesak, men de blir stående, fordi vedtakene, etter loven er endelige og ikke kan ankes. Selv om disse vedtakene ikke er sanksjoner, så vil tvilsomme påstander om malpraksis og lovbrudd som sendes, kunne stigmatisere fastleger i lokalbefolk-

ningen uten saklig grunn og føre til frustrasjon og demotivering av allmennleger i en allerede krevende hverdag.

Lovendringen 1. juli 2022 vil ikke endre på dette. Statsforvalteren kan fremdeles fatte vedtak mot allmennleger på svikten grunnlag uten noen form for ekstern kontroll eller evaluering, og disse vedtakene vil fortsatt være endelige og uten mulighet for å anke.

Med endring av helsepersonelloven, har statsforvalteren fått større frihet til å vurdere hvordan saker skal behandles (§ 7-4 a). Dersom Statsforvalteren ikke har ressurser til å gi alle saker nødvendig saksbehandlingskvalitet, bør statsforvalteren velge å behandle flere svakt begrunnede saker administrativt uten at det opprettes tilsynsak. Dette vil gi allmennlegene en kjærkommen reduksjon i mengden unyttig og ulønnet arbeid.

De fleste allmennleger er antagelig tilfredse med at statsforvalterens vedtak avslutter en klagesak. De vil bli ferdig med saken og avstår fra å reagere overfor statsforvalteren, selv om de oppfatter påstander, konklusjoner eller pålegg som feil. Men vedtaket blir liggende i Helsetilsynets arkiver og kan bli trukket frem som «hjelpesak» i senere klagesaker. Dersom legen imøtegår statsforvalteren i en grundig kommentar og ber om at denne arkiveres i saken, vil ikke tvilsomme vurderinger uten videre kunne legges til grunn i senere tilsynssaker.

Best ville det vært om politikerne endrer loven slik at alle vedtak som konkluderer med kritikk av en leges faglige vurderinger (diagnostikk og behandling), kan ankes. Hvis ikke er det risiko for at statsforvaltere fortsetter en forvaltning av helsepersonelloven som i enkeltsaker kan stigmatisere fastleger i lokalmiljøet, skade fastlegenes motivasjon og påvirke det allmenntilleggs fag uten grunnlag i allmenntilleggs praksis, medisinsk litteratur eller gjeldende veiledere.

■ YRONSEN@GMAIL.COM

FØRSTE VAKSINE MOT RSV!¹

AREXVY
VAKSINE MOT RESPIRATORISK SYNCYTTALVIRUS (RSV)
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

SAMLET VAKSINE-EFFEKT
MOT RSV-LRTD^{3,4}

82,6 %

(96,95 % KI 57,9 til 94,1)

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (7 tilfeller av 12 466),
placebo (40 tilfeller av 12 494)

SAMLET VAKSINE-EFFEKT MOT
RSV-LRTD HOS PASIENTER MED
MINST 1 KOMORBIDITET^{13,4}

94,6 %

(95 % KI, 65,9 til 99,9)

SEKUNDÆRT ENDEPUNKT*

AREXVY (1 tilfeller av 4 937),
placebo (18 tilfeller av 4 861)

Arexvy er indisert for aktiv immunisering for forebygging
av nedre luftveissykdom (LRTD) forårsaket av
respiratorisk syncytialvirus hos voksne ≥ 60 år.
Bruk av Arexvy skal være iht. offentlige anbefalinger.

Vaksinering skal utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom.
En lett infeksjon, som en forkjølelse, er imidlertid ikke
en kontraindikasjon for vaksinasjon.

Gis med forsiktighet hos individer med trombocytopeni eller
blødningsforstyrrelser da blødning kan oppstå etter i.m. injeksjon.

*Median oppfølgingstid 6,7 måneder

[†]Komorbiditeter assosiert med økt risiko for alvorlig RSV-infeksjon: Kols, astma,
kronisk luftveis-/lungesykdom, kronisk hjertesvikt, endokrinometabolske tilstander
(diabetes type 1 og 2, avansert lever- eller nyresykdom)^{3,4}

Arexvy kan koadministreres med vanlig influensavaksine

Kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (kvadrivalent, standarddose, uten adjuvans, inaktivert). Samtidig og separat administrering er non-inferior, imidlertid ble det observert en numerisk lavere RSV-A og B-nøytraliserende titer og numerisk lavere hemagglutinasjons hemmingstiter for influensa A og B ved samtidig administrering av Arexvy og inaktivert sesonginfluensavaksine, enn når de ble administrert separat. Den kliniske relevansen av dette er ukjent. Vaksinene bør administreres på ulike injeksjonssteder.

Dosering: Administreres som en enkelt dose på 0,5 ml. Behov for revaksinasjon med en påfølgende dose er ikke fastslått.

Pris: 2342,50 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Arexvy er ikke refundert av det offentlige og må betales av den enkelte.

Les preparatomtalen for mer informasjon før forskrivning av Arexvy. Ved uønskede medisinske hendelser, kontakt GSK på tlf: 22 70 20 00.

Referanser: 1. EMA <https://www.ema.europa.eu/en/news/first-vaccine-protect-older-adults-respiratory-syncytial-virus-rsv-infection> 2. Falsey AR, Hennessey PA, Formica MA, Cox C, Walsh EE. Respiratory syncytial virus infection in elderly and high-risk adults. N Engl J Med. 2005;352(17):1749-1759. 3. Arexvy preparatomtale 4. Papi A, Ison MG, Langley JM, et al. for the ARESVI-006 Study Group. Respiratory syncytial virus prefusion F protein vaccine in older adults. N Engl J Med. 2023;388(7):595-608.

GSK

GlaxoSmithKline AS
Postboks 180 Vinderen, 0319 Oslo
Telefon 22 70 20 00 • gskpro.com/nb-no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies.
©2023 GSK group of companies or its licensor.
PM-NO-RSA-JRNA-230001 september 2023

Anna Stavdal

- vår president i verden

■ SAMTALE MED NJÅL FLEM MÆLAND, REDAKTØR I UTPOSTEN

Når vil Norge neste gang få en verdensmester i sjakk? Vil det ta hundre år, eller tusen år? Nordmannen Trygve Lie var den første generalsekretæren i FN. Vil det skje igjen? Neppe i vår tid. Men akkurat nå, i vår tid, har vi en norsk president i den internasjonale organisasjonen for allmennleger, WONCA. Anna Stavdal heter hun, og hun ble valgt i 2018. Etter en læretid som President-Elect tiltrådte hun som president i 2021. Til høsten er det verdenskonferanse i WONCA og hennes presidentperiode er over. Hun fortsetter imidlertid som Immediate Past President, en slags sjuende mor i huset, i nok et år. Dette arbeidet fortjener en markering.

ARKIVFOTO





WONCA Africa Working Party on Women in Family Medicine. Abuja, november 2022.

Vi markerer det med en samtale vi deler med våre lesere. Vi vil gjerne vite litt om WONCA og om Anna selv, om hennes visjoner da hun startet og om hva hun har oppnådd. Og ikke minst hva hun tenker om allmennmedisinen framover, her hjemme og globalt.

WONCA

Hjemme ved middagsbordet vakte det påfallende stor interesse da barna hørte at pappa skulle intervju lederen for WONCA. Interessen dalte og skuffelsen var stor da det viste seg at lederen ikke heter Willy, og at WONCA ikke produserer sjokolade. WONCA er et akronym for *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*. Av forståelige grunner ofte forkortet, til *World Organization of Family Doctors*. Disse navnene var mer enn lange nok til å slukne all interesse rundt middagsbordet. For oss med noe større horisont enn mine nærmeste, så driver WONCA med viktige og spennende ting. Første spørsmål til Anna må bli: Kan du kort fortelle hva alle allmenn- og samfunnsmedisinsk interesserte leger i Norge bør vite om WONCA?

Anna svarer umiddelbart: WONCA er den eneste globale organisasjonen for allmennleger. Vi har våre medlemmer kollektivt innmeldt gjennom organisasjoner i de forskjellige land. Slik representerer vi

over en halv million leger fra 110 land. De nordiske selskapene som Norsk Forening for Allmennmedisin, er eksempler på WONCAs medlemsorganisasjoner. Det betyr at alle norske allmennleger er representert i WONCA. Vi arbeider med forskning, utdanning og fagutvikling, inkludert pasientsikkerhet og kvalitet i de allmennmedisinske tjenestene. Dessuten fremmer vi allmennmedisinen som fag og de allmennmedisinske verdiene i samarbeid med andre store internasjonale aktører som WHO, Verdensbanken og regionale aktører, eksempelvis EU i Europa. Min oppgave som president er å lede et styre på 14 medlemmer, støttet av et bittelite sekretariat. Jeg møter og støtter våre medlemmer, først og fremst på WONCAs lokale og regionale konferanser, som ofte er inngangsporten til møter med politikere og helsebyråkrater i medlemslandene.

Bakgrunn

Før vi stiller flere spørsmål må vi skrive noen ord om Anna Stavdal. Hvem er hun egentlig, og hvordan har hun havnet i en slik posisjon? På Wikipedia kan vi lese at Anna studerte medisin i Oslo. Hun føyer selv til at hun før det studerte sosiologi, et fag som fortsatt preger henne: Sykdommer, helse og uhelse, oppstår i en sosial sammenheng og må forstås ut fra denne. Hun har vært allmennlege på St. Hanshaugen i Oslo fra 1989, og jobber fortsatt der, nå i halv stil-

ling, med vikar i den resterende stillingsdelen. Ut over det har hun en stilling som universitetslektor ved UiO. Hun har vært aktivt med i NSAM fra 1994, og var leder der i 1999–2003. Dette førte henne til det nordiske nivået, og hun var en av arkitektene bak Nordisk Føderasjon for Allmennmedisin, som eier de nordiske kongressene og *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. I 2010 begynte hun sitt arbeid i WONCA, hvor hun ble leder i den europeiske delen i 2016. Det er også verd å nevne at hun i sju år tidlig på 2000-tallet, drev folkeopplysning som VG sin «fastlege», med fast ukentlig spalte i søndagsutgaven.

Anna fortsetter selv, og forteller om sitt engasjement i frivillig arbeid: Mange synes det er rart at jeg gjør alt dette ulønnet. Det er nesten så folk kan reagere på det med mistenkeligjøring. Et slikt verv medfører jo veldig mye arbeid. Jeg reiser mye. Jeg har redusert inntekt fra min praksis. Jeg jobber 24/7. Jeg gjør dette fordi det gir mening. Det gir mening, både for meg selv og for de formål jeg arbeider for. Frivillighet er viktig: Når jeg gjør de som et ubetalt verv, så jobber jeg på en annen måte enn om det var målbart i penger. Vi kan ikke sette en pris på alt, og i hvert fall ikke på all tid og på alle tanker. Arbeid uten betaling får en annen karakter, nettopp fordi arbeidet da er basert på andre verdier. Om vi mister frivilligheten, så mister vi noe fundamentalt og viktig. Det vil være negativt for nytenking og for fagutvikling.



Åpningstalen på WONCA Europe-konferansen juni 2022.

Verdiene

Hun trekker pusten, hun har mer på hjertet:

Andre har lurt på hvorfor jeg engasjerer meg internasjonalt. Hva er vitsen med det? Det er et spørsmål som burde være unødvendig etter pandemien! Den har vist oss at ingen er sikre før alle er sikre. Internasjonale forhold får betydning for oss alle. Om vi bygger vårt eget uten å se til andre, så bygger vi et sandslott. Helse er en indikator for stabilitet. Vi lever i en ustabil tid økonomisk, med et klima i endring og med uro og krig. Økt stabilitet globalt vil gi bedre helse. Vice versa: Bedre helsetjenester gir bedre helse, og bidrar til stabilitet på en bredere front. Derfor trenger vi et internasjonalt engasjement, og ja, jeg vil bruke et for mange gammeldags ord, nemlig solidaritet.

Anna tar dette videre og trekker trådene til de allmenntmedisinske verdiene. Jeg merker at intervjuet lever sitt eget liv, og at spørsmålene jeg har tenkt ut på forhånd

kommer i bakgrunnen. Vi lar Anna fortsette: Jeg har vært med på å utvikle NSAM sine allmenntmedisinske verdier, de sju te-sene. Disse har igjen ført til arbeid med etablering av felles nordiske verdier, og så senere de europeiske. Det er en seier for fagutvikling og samarbeid at de 49 europeiske medlemsorganisasjonene i WONCA Europe enstemmig godkjente et felles manifest om kjerneverdiene. Nå er vi i gang med å utvikle felles globale verdier. Da trengs folk med ideelle, ikke økonomiske eller prestisjemessige motiver, og med høy faglig integritet, til å delta i et slikt utviklingsarbeid. Det er blitt mitt «legacy project» når jeg takker av som president. Målet er å presentere resultatet av dugnaden under WONCA World i Lisboa i 2025. Motivasjonen er å skape noe som blir stående, et slags «state of the art»-dokument.

Jeg tillater meg å spørre om hvorfor vi i det hele tatt trenger verdier – holder det ikke med vitenskap? Vi er jo et akademisk fag, fundamentert på studier og på fors-

knning? Anna tar også opp denne tråden: Vitenskap i seg selv er en interessant øvelse, primært for forskeren. Men resultatene må tolkes inn i en kontekst for å være nyttige klinisk. Det er ingen lineær sammenheng mellom vitenskap og praksis. Verdier og prinsipper kan veilede oss i brobyggingen mellom forskning og klinikk. Verdiene kan også hjelpe oss når vi skal velge hva det skal forskes på. Vi bør tilstrebe mer gjensidig påvirkning mellom forskning, fag og verdier. Dette er ikke et paradoks, for verdiene våre har støtte i forskning: En allmennlegetjeneste som er personlig og kontinuerlig vil gi bedre helse for enkeltindividet og for samfunnet, og det til en lavere kostnad. Dette er et budskap jeg fremmer i mitt arbeide som president, overfor beslutningstagere. Men det er også viktig å få dette fram overfor kolleger, spesielt de yngre. Verdier er nødvendig å snakke om! Det handler om å styrke vår identitet. Jeg trekker ofte fram studien til Hogne Sandvik og de andre Bergensforskerne (1) når jeg snak-

ker om disse tingene. Jeg merker at det gir selvtilitt til allmenlegekolleger over hele verden!

Hjemme og ute

Jeg ber henne fortelle mer om sitt arbeide i de to årene i WONCA. Anna fortsetter: Jeg har hatt som mål å profesjonalisere og å demokratisere organisasjonen. Jeg har jobbet med å snakke fram faget og verdiene våre. Vi har fått en styrket rolle overfor WHO. Jeg har allerede nevnt arbeidet med å formulere globale verdier for allmennmedisinen. Her er nye temaer blitt aktuelle, som ikke ligger i de nordiske: Planetens helse, likhet og likeverd – det tenkes her på kjønn, alder, folkegruppe, og dessuten forholdet urbant-ruralt. Et hjertebarn jeg så langt ikke har lyktes helt med har med profesjonskamp å gjøre: Vi må få til et styrket samarbeid mellom de forskjellige profesjonene både nasjonalt og opp mot aktører som WHO. Jeg har ikke gitt opp enda, mitt mål er å etablere en global paraplystruktur for de profesjonsorganisasjonene som arbeider i og for primærhelsetjenesten. Jeg opplever at også andre profesjonsgrupper enn leger er sterke. Noen av disse har økonomiske bånd til industri og spesialisthelsetjenesten, som kan gjøre det vanskelig å forplikte seg til agendaen «Primary care For Universal Health Coverage».

Jeg bryter inn og spør: Vi i Norge er vant til at allmennmedisinen har en viss status, vi har en egen spesialitet hvor vi blir spesialister mens vi jobber som allmennleger. Vi har en portvokter-rolle. I det minste i navnet er myndighetene våre tydelige på primærhelsetjenestens viktige plass i helsetjenes-

ten. Allmennmedisinen står sterkt i noen få land i Nord-Europa, Canada, Australia og i New Zealand. Hva med resten av verden?

Anna blir stille en kort stund før hun fortsetter: Vi har lett for å bli kulturblinde! Vi tror vi er så gode. Når jeg reiser, så fortøner det seg noe annerledes. Våre kolleger i land som Kina, Nigeria, Indonesia og Guatemala er ikke kunnskapsløse eller har mindre innsikt – de har bare andre betingelser. De jobber under forhold vi kan ha vanskelig for å forestille oss, ofte med utstrakt, nærmest institusjonalisert korrupsjon, med kriminalitet og med pågående konsekvenser av en vestlig kolonialisme. Det siste preger også deres selvforståelse, århundrer med kolonialisme setter sitt preg. Men i en brutal hverdag med kontra-produktive systemer, så jobber de etter de samme prinsipper som oss, og de klarer det! Jeg blir imponert over deres kunnskap og over hva de faktisk får til. Det har kanskje blitt min kulturblindhet, at når jeg kommer hjem, så fortøner våre egne problemer seg som små. Det er også et perspektiv på vår fastlegekrise: Om vi forsøker å se den utenfra så er begrepet krise et sterkt ord.

Etterord

Vi må runde av samtalen, Anna må videre til andre oppgaver – selv om hun offisielt har ferie mens vi snakker sammen. Jeg gjør meg noen avsluttende tanker her jeg sitter og bearbeider samtalen: Anna synes drevet av en kamp mot fragmentering, en fragmentering vi jo ser også i vårt eget land. Det har lenge vært iøynefallende i somatikken, men kommer nå også til syne i psykiatrien, med pakkeforløp og med et skille mellom

utreder og behandler. Dette er krefter som bryter med kontinuiteten og med helsetankegangen som ligger i våre verdier. Vi ser det samme i vårt eget fag med kommersialisering og tro på enkle løsninger på sammensatte vansker. I et intervju med *Utposten* i 2017 (2) uttaler Anna at leger må «tåle ikke å bli likt», nettopp som et uttrykk for at vi trenger å sette grenser. Grensesetting er til å bli upopulær av, og står i en motsetning til kommersialismen. Litt i samme gaten sier hun i et annet intervju, fra 2014 (3), at hun er «tilhenger av paternalisme i legerollen». De er modige ord som bryter med tidsånden. En slik legerolle er krevende, men kan være nødvendig. Det nevnte intervjuet fra *Utposten* i 2017 avsluttes med setningen: «Jeg tror allmennmedisin er den spesialiteten hvor det er lettest å gjøre en dårlig jobb, men aller vanskeligst å gjøre det veldig bra.» Det er en setning jeg har merket meg, og som gjør meg stolt over å være allmennlege. Det er også et sitat jeg kan trekke fram for meg selv på dager hvor jeg syns jeg ikke lykkes. Vi gir best helse i befolkningen, mer likt fordelt og til en lavere kostnad (4) – men enkelt er det ikke.

REFERANSER

1. Sandvik H, et al., "Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway" *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715):
2. https://www.utposten.no/journal/2017/3/utposten-3-2017c-33/Faglig_strateg_med_globalt_overblikk.
3. <https://tidsskriftet.no/2014/01/intervju/blackies-datter>.
4. https://www.utposten.no/journal/2021/5/m-445/Det_primærmedisinske_paradoks.

■ NFLEM@ONLINE.NO

Kun for helsepersonell

Hiprex

(metenaminhippurat)

HIP-2022-0144-12/22



Langtidssykmeldte blir uføretrygdet

En tiårs kohortstudie

■ DAG BREKKE • Pensjonert lege, ph.d.

Av hundre sykmeldte blir 93 friskmeldt i løpet av de første seks måneder. Mange av de resterende sju prosent blir uførepensjonerte de kommende ti årene.

Ut fra tanken om at en kort tverrfaglig intervensjon kunne føre langtidssykmeldte raskere tilbake til arbeid, etablerte Sunnaas sykehus et poliklinisk tilbud «Raskere tilbake til arbeid» til denne gruppen i 2007. «Brief intervention» ble rettet mot personer med muskulære eller lettere psykiske plager og gjennomført av fysioterapeut, ergoterapeut, klinisk psykolog, sosionom og medisinsk spesialist i arbeidsmedisin, rehabilitering og nevrologi etter individuell vurdering. Som langtidssykmeldte regnet vi dem med mer enn seks måneders sykmelding. Et doktorgradsarbeid og en supplerende oppfølgingsstudie etter to år kunne imidlertid ikke vise effekt på retur

til arbeid etter denne intervensjonen, men bare en endring i mønsteret for bruk av utørelser fra NAV (1, 2).

Materiale og metode

Formålet med herværende studie var å kartlegge utviklingen i arbeids- og trygdestatus etter ti år. Et spørreskjema for å kartlegge arbeids- og trygdestatus ble utarbeidet i samråd med NAV og brukt i vår toårs oppfølging i 2010 (2). Regional etisk komité (REK) aksepterte at det samme spørreskjemaet ble brukt i en tiårs oppfølgingsstudie. I de ti oppfølgingsårene fikk personene den oppfølging som ellers var vanlig i det almin-

nelige helse- og trygdevesen (treatment as usual). I desember 2019 ble skjemaet sendt i posten til alle de 420 opprinnelige deltagerne, og én purring fulgte etter en måned. Av den opprinnelige kohorten med 420 individer var 44 ikke mulig å nå, mens 176 svarte (47 prosent). Alle som svarte i 2020 hadde gitt svar i 2010. Dette utgjør den egentlige kohorten med 176 individer. Resultatene i 2010 ble sammenlignet med svarene i 2020. Disse ble lagt inn i kohorten med de opprinnelige svarene. Opptelling og analyse ble gjort med SPSS dataprogram, versjon 25.

Resultater

Andelen uførepensjonister var økt fra ni prosent i 2010 til 53 prosent i 2020 (TABELL 1). Uførepensjonistene var fordelt over hele aldersskalaen, med 1/3 under 50 år, 1/3 mellom 50–59 år og 1/3 over 60 år (ikke i tabell). I tillegg oppga 13 prosent sykmelding – hel eller delvis, mens ti prosent var blitt alderspensjonister. Det var relativt flere kvinner enn menn som mottok alders- og uførepensjon. Med den store økningen i uførepensjonering sank andelen som kunne bli sykmeldt. Noen kom tilbake til opprinnelig jobb, mens dobbelt så mange hadde fått ny eller bedre tilpasset jobb.

Andelen som i 2020 hadde samme sykdom som ved opprinnelig sykmelding var økt, og andelen som hadde fått ny sykdom var fire-doblet på ti år, tabell 1. Attføring eller rehabilitering var kommet i gang for seks prosent i tilknytning til den nye sykmeldingssituasjonen. Andel uførepensjonerte var mer enn femdoblet på ti år, så 63 prosent var falt ut av arbeidslivet eller blitt alderspensjonerte, og 23 prosent var uten noe arbeid.

Subjektivt opplevd nytte av intervensjonen på skala 1–10 viste gjennomsnittlig 5,83 ved ti års oppfølging versus 5,68 ved to års oppfølging (konfidensintervall 5,35–

TABELL 1.

Tilbake til arbeid ti år etter, fordelt på kategorier. Utvikling av helsesituasjon for de langtidssykmeldte.

	2010 – 2 ÅRS OPPFØLGING	2020 – 10 ÅRS OPPFØLGING
Svar i alt	N=243= 100 %	N=176 *= 100 %
Tilbake til tidligere arbeid	16 %	22 %*
Tidligere arbeid, men nye arbeidsoppgaver	6 %	14 %*
Nytt arbeid og nye oppgaver	18 %	27 %*
Helt uten jobb		23 %*
Ny sykdom	10 %	40 %
Samme sykdom som før	41 %	68 %
Sykmeldt nå	10 %	13 %
Attføring/rehabilitering		6 %
Uførepensjon	9 %	53 %
Alderspensjon		10 %
Sum med stønad	19 %	82 %

* Disse sumtallene tilsier at noen har registrert flere kategorier da total svarprosent var 47 prosent av 176. Flere jobber og sykmeldinger er deltidd.



ILLUSTRASJONSFOTO: JAN SOLHEIM /SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

6,61 versus 5,28–6,07). Relativt positive opplevelser med intervensjonen syntes således å vedvare, men tilsynelatende uten effekt på arbeidsevnen (3).

Diskusjon

Både vår tidligere (1, 2) og denne undersøkelsen underbygger inntrykket av at langtidssykmeldte sjelden kommer tilbake til jobb. De blir oftere uførepensjonerte enn i befolkningen i Norge som helhet (4, 5). En tilsvarende effekt er funnet ved studie av følgene av tidlig arbeidsløshet (6).

Nasjonale tall for 2012 (N= 1.421.384) viste at etter seks måneders sykmelding var det 93 prosent som var friskmeldt (1). Herværende kohort illustrerte utviklingen blant de resterende sju prosent som fortsatt var sykmeldt. Ti års innsats fra NAV og helsevesen viste at mange av disse var kommet over på varig stønad – de fleste fikk uførepensjon og noen alderpensjon. Hverken den initiale intervensjon eller follow-up gjennom ti år gjorde arbeid bedre tilgjengelig. Midler til livsopphold er blitt disse pasientenes hovedfokus på bekostning av å stimulere resterende arbeidsevne. Det bør vurderes om disse bør møtes på en annen måte enn det som skjer i dag. Ligger løsningen i å engasjere arbeidslivet mer og dempe regelstyringen fra NAV?

Tidligere undersøkelser har vist at regelendringer har begrenset effekt på arbeids- og trygdeadferd (7), og ulike støttetiltak har heller ikke vist god effekt (8, 9). Vår studie har vist at langtidssykmeldte i all hovedsak blir uføretrygdet, selv etter tverrfaglig intervensjon (10).

Forfatteren har mottatt støtte fra Norsk trygdemedisinsk forening til dette arbeidet

REFERANSER

1. Brekke D. Evaluation of the Project «Rapid Return to Work». A controlled cohort study and three-year follow-up for persons with musculoskeletal and minor mental disorders. University of Oslo IoHaS, editor. Oslo: Universitetsforlaget; 2017. 164 p.
2. Brekke D. Kort tverrfaglig oppfølging virker ikke. Tidsskr Nor Legeforen. 2018; 138 (12).
3. Aasdahl L. Effekt av arbeidsrettet rehabilitering på sykefravaer. Tidsskr Nor Laegeforen. 2017; 137 (16).
4. Normann TM. Norway Statistics editor 2018. 2018.
5. Lima IG E. Flere mottar uføretrygd og sosialhjelp. Arbeid og Velferd 2020; 2020: 2(1): 1979.
6. Stover M, Pape K, Johnsen R, Fleten N, Sund ER, Claussen B, Bjørngaard JH. Unemployment and disability pension – an 18-year follow-up study of a 40-year-old population in a Norwegian county. BMC Public Health. 2012; 12: 148.
7. NAV. Mottakere av uføretrygd som andel av befolkningen (etter kjønn og alder). Pr. 30.09.2010–2019. Prosent. [Internett]. 2019.
8. Uføretrygdede i befolkningen 18–67 år [Internett]. 2020.
9. Bragstad T. Vekst i uføretrygding blant unge. Arbeid og Velferd. 2018; 2018 (2).
10. Nielsen RA, Midtsundstad T. Virker tiltakene? Effektanalyser av virksomhetsinitierte tiltak på ansattes sykefravær og uførepensjonering. FAFO; 2016. Report No 12: 0804-5135 Contract No.: 12.

■ DA-BRE@ONLINE.NO

SAMMENDRAG

BAKGRUNN: I 2008–2009 ble 420 langtidssykmeldte behandlet i en tverrfaglig poliklinikk ved Sunnaas sykehus. Intervensjonen ga ingen signifikant bedring av arbeidsevnen i løpet av tre års observasjon. Kohorten er nå fulgt i ytterligere ti år.

MATERIALE OG METODE: Spørreskjemaet som ble brukt ved undersøkelsen to år etter intervensjonen, ble sendt til de samme 420 deltagerne for å finne deres trygde- og arbeidsstatus i 2020, ti år etter. Etter én purring svarte 47 prosent.

RESULTATER: Alle som svarte i 2020 hadde fortsatt sykdom, mot halvparten av kohorten i 2010. Andelen som fikk stønader i 2010 var 19 prosent, og andelen var mer enn firedoblet i 2020, til 82 prosent. Av disse var 53 prosent uførepensjonister, ti prosent alderspensjonister og 13 prosent helt eller delvis sykmeldte.

DISKUSJON: Personer som ble vurdert ved «Raskere tilbake-poliklinikken» på grunn av langvarig sykmelding hadde dårlig ti års prognose med hensyn til arbeidsevne til tross for intervensjon. I denne undersøkelsen ble antallet som hadde varig stønad firedoblet på ti år, og 53 prosent var blitt uførepensjonerte, ti prosent alderspensjonerte, mens bare 13 prosent av den opprinnelige andel på sju prosent av de sykmeldte var fortsatt i delvis jobb. Funnene viste at langtidssykmeldte sjelden kommer tilbake til jobb, tross mer intens tverrfaglig intervensjon.

Lillestrøm kommune legg rette for forskning i allme

■ HANS-CHRISTIAN MYKLESTUL • Fastlege ved Lillestrøm legesenter, ph.d.-stipendiat, tillitsvalgt for legene i Lillestrøm kommune og styremedlem i Allmennlegeforeningen

Politikerne i Lillestrøm har spenstige ambisjoner for allmennmedisin framover. Her får du et innblikk i hva som er mulig å få til gjennom langvarig politisk påvirkningsarbeid.

Jeg har vært tillitsvalgt for fastlegene i Skedsmo og senere Lillestrøm kommune siden 2015. Det har gitt meg muligheten til å snakke med mange politikere på vegne av fastlegene. Gjennom styreverv i Akershus legeforening ledet disse erfaringene meg til å etablere en møteplass for tillits-

valgte leger og lokale helsepolitikere. Tanken var primært å knytte kontakter slik at det ble naturlig for politikerne å involvere tillitsvalgte leger i idémyldringsfasene. Sekundært ønsket jeg å være en fagperson for politikerne i saker som angår allmennlegetjenesten.

Gjennom 2021 og 2022 jobbet administrasjonen i Lillestrøm kommune med ny legeplan. Det ble lagt opp til en grundig prosess hvor fastlegenes synspunkt ble hentet inn gjennom en spørreundersøkelse. Som tillitsvalgt kom jeg med flere innspill til planen, blant annet om lønn og arbeidsvilkår og videre- og etterutdanning inkludert LIS-tjeneste. Lokal satsing på forskning var med som et eget punkt. Inkludert i dette var forslag om et årlig stipend på 1G til leger som tar en ph.d. grad,



FOTO: WIKIMEDIA COMMONS / MOD.

er til nnmedisin

som kompensasjon for tapt næringsinntekt. Dette kom ikke med i det endelige utkastet til legeplan.

Finansiering av allmennmedisinsk forskning

Det er problematisk at helse- og omsorgstjenesteloven ikke tilplikter kommunene et ansvar til å drive forskning på samme måte som spesialisthelsetjenesteloven. Kommunene har derimot en plikt til å legge til rette for forskning. Nå har kommunene i dag et bredt ansvarsområde og mange kommuner opplever en presset økonomi. KS har gjennom etableringen av kommunenes strategiske forskningsorgan forsøkt å etablere en arena for kommunal forskning, men det er ikke avsatt midler til formålet.

Akademisk allmennmedisin i Norge feiret sin første 50-årsdag i 2018. Avdeling for allmennmedisin ved universitetet i Oslo var først ute. Deretter har det kommet allmennmedisinske avdelinger ved universitetene i Trondheim, Tromsø og Bergen. Det var en trang fødsel. Allmennmedisin er noe annet enn sykehusmedisin. Derfor må også forskningen være annerledes. Kanskje kommer det en økt satsing på allmennmedisinsk forskning nå. Både regjeringens Ekspertutvalg for allmennlegetjenesten, Kvinnehelseutvalget og Helsepersonellkommissjonen anbefaler en økt satsing på forskning inkludert allmennmedisinsk forskning.

Allmennleger har en unik mulighet til å søke forskningsmidler gjennom Allmennmedisinsk Forskningsutvalg og Allmennmedisinsk Forskningsfond. Dette er midler som settes av hvert år i normaltarifforhandlingene. Ved denne vårens tildelinger kunne vi lese at fondet er på vei til å tømmes for midler. Selv om regjeringen bevilget noe mer midler til de allmennmedisinske forskningsenhetene i statsbudsjettet for 2023, er det på langt nær nok. Justert for konsumprisindeks fra 2016, burde bevilgningen for 2023 vært drøyt 19 millioner.

Veien til et vedtak

Tilbake til legeplanen i Lillestrøm kommune. Jeg tok kontakt med politikerne i utvalg for Helse og mestring da saken skulle opp. Nytenking er en av kommunens verdier, og det er et aktivt ønske å satse på forskning og innovasjon. Kunnskapsbyen Lillestrøm er en lokal satsing i samarbeid med forskningsmiljøene på Kjeller. Jeg argumenterte med at den allmennmedisinske pasienten er en annen enn den som er i spesialisthelsetjenesten og må forskes på der denne er. Jeg brukte også det gode samarbeidet mellom Oslo legevakt og UiO som et eksempel for å vise hvordan dette kan gjøres. Høyres fraksjonsleder la fram forslag om et eget punkt på forskning som lød «Kommunen bør ha som mål at minst én fastlege til enhver tid er i et ph.d.-løp». Dette ble stemt ned i utvalgsmøtet 12. januar i år.

Forslag som stemmes ned i underutvalg kommer vanligvis ikke gjennom høyere opp i det politiske systemet, men dette var en sak som var for viktig til å ikke gå videre med. Strategiplanen ellers var jo ganske god. Jeg har stor respekt for kommunepolitikere. De har travle dager og mye ansvar. Så da var det bare å kontakte politikerne i formannskapet for å selge inn idéen. Det var aktiv argumentering for viktigheten av lokalt forankret forskning på e-post, Messenger og SMS. 18. januar møttes formannskapet. Jeg hadde klinikkdag og fikk ikke anledning til å følge møtet. Gleden var stor da jeg på ettermiddagen fikk melding fra en av de lokale helsepolitikere. Formannskapet hadde stemt for en satsing på forskning. Den samme setningen som utvalget hadde stemt ned, vedtok formannskapet. Da gjenstod det å få støtte i kommunestyret.

Et lokalt forskningsmiljø inspirerer

I Lillestrøm har det vært mange fastleger med doktorgrad. Vi har også hatt en professor i allmennmedisin, Ole Rikard Haa-

vet ved Lillestrøm Legesenter. Dette har en stor verdi for de øvrige legene i kommunen og kommer pasientene til gode. Med dette i mente gjensto et siste stykke påvirkningsarbeid før kommunestyremøtet 25. januar. Det betyr flere e-poster og meldinger til politikerne i kommunestyret. Mange hører du aldri fra, men noen svarer og lurar på hvorfor dette er viktig. Dette er hektisk, men en morsom innsats å legge ned.

Vedtak 8/23 i Lillestrøm kommune er et enstemmig vedtak i kommunestyret datert 25. januar 2023 om strategi for legetjenesten i Lillestrøm kommune 2023–2026. Her er det tiltak for å stabilisere allmennlegetjenesten og sikre rekruttering. I tillegg er det et eget punkt om forskning. Det lyder som følger: «Kommunen bør ha som mål at minst én fastlege til enhver tid er i et ph.d.-løp». Per i dag er det tre allmennleger som er doktorgradsstipendiater i kommunen. Helge Lundberg forsker på Jarlsbergost og bedring av benhelse og lipidstatus ved NMBU. Norges Forskningsråd og Tine finansierer dette forskningsprosjektet. Gunhild Nytrøen forsker på smerte- og samhandlingsplan for nedtrapping av opioider etter alvorlige skader ved avdeling for allmennmedisin, UiO, i samarbeid med ortopedisk avdeling på OUS. AMFF finansierer dette forskningsprosjektet. Jeg har siden 2018 forsket på bruk av ultralyd i allmennpraksis ved avdeling for allmennmedisin, UiO. I tillegg til disse gjør kommuneoverlege Bettina Fossberg et samfunnsmedisinsk ph.d.-prosjekt på kommuneoverlegens rolle. Til sist må jeg også nevne kommuneoverlege Nilam Shakeel som er postdoktor ved avdeling for allmennmedisin ved UiO. Vi er et lite miljø med faglig engasjerte leger i Lillestrøm. Med denne teksten håper jeg vi kan være til inspirasjon for politisk påvirkningsarbeid blant tillitsvalgte for allmennmedisinsk forskning i andre kommuner i Norge.

■ H.C.MYKLESTUL@MEDISIN.UIO.NO

Håndtering av antikoagula

■ MARTE KVITNUM TANGEN • Leder i Norsk forening for allmenntisin

■ HEMING OLSEN BERGEM • President i Den norske tannlegeforening

■ INGRID LUNDE STEEN • Master i farmasi, leder Relis Midt-Norge

■ KETIL ARNE ESPNES • Spesialist i allmenntisin og klinisk farmakologi, overlege avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

Målet med denne artikkelen er å tydeliggjøre når det er behov for at tannleger og fastleger har kontakt om pasientens antikoagulasjon. Dette innebærer ikke at samarbeidet mellom lege og tannlege skal reduseres – tvert imot: God kontakt mellom pasientens fastlege og tannlege er viktig.

Det er i dag uklare retningslinjer vedrørende håndtering av antikoagulantia ved tannbehandling. Mange tannleger opplever at dette må avklares i forkant i hvert enkelt tilfelle, og noen ganger kan antikoagulasjon være til hinder for at pasienten får nødvendig tannbehandling.

Hovedbudskap

- Platehemmere skal som hovedregel aldri seponeres.
- Direkte faktor Xa-hemmere (apiksaban, edoksaban og rivaroksaban) skal ikke seponeres ved tannekstraksjon eller lig-

nende inngrep, men direkte trombinhemmere (dabigatran) kan seponeres ett døgn ved inngrep som gir moderat eller stor blødningsrisiko.

- Warfarin trenger ikke seponeres ved INR i målområdet 1,8–3,0 (hvis INR > 3,0 må lege konsulteres).
- For større inngrep eller ved kompliserende faktorer må tannlegen vurdere dette sammen med lege.

Generelt gjelder at alle pasienter på antikoagulasjonsbehandling har økt risiko for blødninger (1). Dette medfører at det også er økt blødningsrisiko ved kirurgiske inngrep, tannekstraksjoner og lignende, selv

om det er sjelden at bruk av perorale antikoagulantia medfører problematiske blødninger ved tannekstraksjon eller andre enkle inngrep i munnhulen (2–4).

Seponering av antikoagulasjon gir større risiko for at pasienten får en tromboembolisk hendelse enn at hen får en blødning som tannlegen ikke vil klare å stanse (3–6). Derfor er det behov for klare retningslinjer vedrørende seponering av antikoagulantia i forbindelse med tannbehandling. Dette kan bidra til å forbedre pasientsikkerheten.

Tannlegene mangler tilgang til kjernejournal og reseptformidleren, og er av den

God kommunikasjon mellom pasientens fastlege og tannlege er viktig.

ILLUSTRASJONS FOTO: COLOURBOX



antia i tannlegepraksis

grunn ofte avhengig av legens vurdering av hvorvidt antikoagulasjon bør seponeres. Vi ønsker å bidra til å forenkle vurderingene som tannlegene må gjøre omkring håndteringen av en potensiell blødning ved inngrep i munnhulen.

Hva skal seponeres?

Seponering av antikoagulantia skal kun gjøres unntaksvis ved særlig risiko for pasienten, for eksempel ved større inngrep eller annen innvirkende årsak, som størrelse på sårflate, graden av karinnvekst, inflammasjonsgrad og eventuelle andre medisinske faktorer som kan påvirke blødningstendens (2–4). Platehemmere skal som hovedregel aldri seponeres (7–9).

Enkel tannekstraksjon og lignende orale inngrep medfører liten blødningsrisiko for pasienter som behandles med direktevirkende orale antikoagulantia (DOAK) (4). Følgelig kan de aller fleste dentoalveolære inngrep som utføres i tannlegepraksis utføres uten seponering av DOAK (2, 3). Likevel må lokale faktorer som tilstedeværelse av mye granulasjonsvev og nærliggende karstrukturer, samt andre allmennmedisinske påvirkende faktorer, vurderes i tillegg til inngrepets omfang (1, 2). Dersom blødningsrisikoen vurderes som lav, gjennomføres behandlingen uten seponering av DOAK.

Særlige forsiktighetsregler gjelder likevel hos pasienter som bruker warfarin og hos pasienter med redusert nyrefunksjon som behandles med dabigatran (2, 4).

Warfarin

Tankekstraksjon og andre orale inngrep av tilsvarende type kan utføres ved INR 3,0 eller lavere. INR bør holdes over 1,8 hos pasienter som har indikasjon for warfarin-behandling (2, 3). Hvis INR er under 1,8 eller over 3,0 bør lege kontaktes.

Bite-tampong fuktet med traneksamsyre (Cyklokapron) og munnskylling x 4 med traneksamsyre uforynnet injeksjonsløsning i to til tre dager etter inngrepet gir god hemostase ved tanntrekking (2, 6).

Mindre kirurgiske inngrep med forventet god hemostase kan utføres ved INR 1,8–2,5 hos pasienter uten klinisk blødningstendens (3).

Direkte trombinhemmere – dabigatran (Pradaxa)

Særlige forsiktighetsregler gjelder også hos pasienter med redusert nyrefunksjon som behandles med dabigatran. Ved tannekstraksjon og andre enkle orale inngrep (f.eks. fjerning av tannsten) kan behandling med dabigatran fortsette som vanlig. Lokalbehandling med traneksamsyre-fuktet tampong brukes ved behov (2, 3).

Ved større dentoalveolære inngrep (kirurgiske inngrep) kan pasienten opereres 24 timer etter siste tablettinntak ved GFR > 50 ml/min, og 48 timer etter tablettinntak ved GFR 30–50 ml/min (2, 3). Vanligvis kan dabigatran startes opp igjen dagen etter operasjon, men konferer med pasientens fastlege eller med kardiolog eller annen relevant sykehusspesialist om det er usikkerhet omkring nyrefunksjon.

Høy tromboembolisk risiko?

Hos utvalgte pasienter med særlig høy tromboembolisk risiko eller prolongert pause (over ett døgn) anbefales det bridging, det vil si bruk av korttidsvirkende antikoagulantia (heparin, fraksjonert heparin) ved en eventuell behandlingspause (2, 6). Da må pasientens fastlege eller kardiolog kontaktes.

Nytte versus risiko

Det vil alltid være unntakstilfeller hvor kontakt for felles vurdering er viktig, og det må alltid være den individuelle nytte- og risiko-vurderingen som veier tyngst. Opplysninger om tidligere hendelser, indikasjon for antikoagulasjon, alder, legemiddelinteraksjoner og komorbiditet bør inngå i vurderingen (1, 3, 8). Indikasjon for tannbehandling og blødningsrisiko må vurderes opp mot tromboembolisk risiko ved eventuell seponering av antikoagulasjonsbehandling (3, 8).

Konklusjon

Ved seponering av antikoagulasjon er det større risiko for at pasienten får en tromboembolisk hendelse enn at hen får en blødning som tannlegen ikke vil klare å stanse. Platehemmere skal som hovedregel ikke seponeres ved tannekstraksjon eller lignende inngrep. Seponering av antikoagulantia skal kun gjøres unntaksvis ved særlig risiko for pasienten, slik som ved for eksempel større inngrep. Ved bruk av warfarin eller dabigatran gjelder særlige forsiktighetsregler.

REFERANSER

1. Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakultet, Institutt for klinisk odontologi, Avd. for oral kirurgi og oral medisin. Rutiner og metoder: Veileder i håndteringen av medisiner med økt blødningsrisiko.
2. Giltvedt KM, Bjørnland T, Olsen-Bergem H. Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko. *Nor Tannlegeforen Tid* 2020; 130: 318–24. Hvordan håndtere pasienter med økt blødningsrisiko | Den norske tannlegeforenings Tidende (tannlegetidende.no).
3. Langaas, HC, Eriksen AK. Perorale antikoagulantia ved tannbehandling og småkirurgi. *RELIS*, publisert 23.09.2013.
4. Manfredi M, Dave B, Percudani D et al. World workshop on oral medicine VII: Direct anticoagulant agents management for invasive oral procedures: A systematic review and meta-analysis. *Oral Dis* 2019; 25: 157–173.
5. Heidebuchel H, Verhamme P, Alings M et al. Updated European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin-K antagonist anticoagulants in patients with non-valvular atrial fibrillation: Executive summary. *Eur. Heart J* 2017; 38: 2137–49.
6. Kämmerer PW, Frerich B, Liese J et al. Oral surgery during therapy with anticoagulants – a systematic review. *Clin Oral Invest*. 2015 Mar; 19(2): 171–180.
7. Norsk elektronisk Legehåndbok (NEL). Blodfortynnende ved tannbehandling og kirurgi. Oppdatert 22.05.2022.
8. Giverhaug T, Raknes G, Skogsholm A. Seponering av platehemmere og antikoagulantia før kirurgi. *Utposten* 2020; 3.
9. Mahmood H, Siddique I, McKechnie A. Antiplatelet drugs: a review of pharmacology and the perioperative management of patients in oral and maxillofacial surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2020 Jan; 102 (1); 9–13.

■ MARTE.KVITUM.TANGEN@LEGEFORENINGEN.NO

Det ser ut til at fastlegene de fleste med store

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Pasienter med en psykisk diagnose har signifikant flere konsultasjoner hos fastlegen, uavhengig av årsak, og flere somatiske plager enn personer som ikke har en psykisk diagnose. – Ut ifra studien vår ser det ut til at fastlegene fanger opp de fleste med store psykiske plager, i hvert fall når vi ser på diagnoser, sier ph.d. og allmennlege Mina Piiksi Dahli.

Fredag 30. juni i år disputerte hun ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «Mental health problems in Norwegian general practice. Identification, presentation, and diagnosis».

Ut ifra et stort datamateriale fra allmennpraksis i en Oslo-bydel (SE FAKTABOKS 1), har hun sett på psykiske diagnoser (P-diagnoser).

– Jeg tok utgangspunkt i diagnosekoder og så hvordan disse fordelte seg. I tillegg gjennomførte jeg en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter. Svarene ble koblet opp mot allmennlegenes journaler, for å se om det var samsvar mellom pasientenes svar og fastlegenes diagnoser, forteller Mina Piiksi Dahli.

Hun er universitetslektor ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, allmennlege på Tanum legekantor i Bærum og legevaktlege på Mosseregionens legevakt. Doktorgradsarbeidet er støttet av Allmennmedisinsk forskningsfond.

P-diagnose hos nær 1 av 5

Om lag 18 prosent av pasientene i studien hadde fått minst én P-diagnose i løpet av 12 måneder. De vanligste diagnosene var depresjon, akutt psykisk reaksjon (stress), angst og søvnforstyrrelser, og er de diagnosene som i avhandlingen betegnes som en P-diagnose.

Pasienter med P-diagnose hadde i gjennomsnitt 6,4 legebekø det året studien ble gjennomført, sammenlignet med 3,6 konsultasjoner hos dem uten en psykisk diagnose. Gjennomsnittet for den generelle befolkningen i Norge er cirka tre konsultasjoner årlig.

Forskerne har ikke data på hva som var årsaken til eller samtaletema i legekonsultasjonene.

– Det at de med en psykisk diagnose har flere legekonsultasjoner, kan kanskje forklares med at legetimene faktisk var oppfølging for de psykiske plagene?

– Ja, det er riktig, og min erfaring er at mange av dem som går hyppig til fastlegen, ofte strever i livet. Så flere konsultasjoner kan gjenspeile at de får hjelp hos fastlegen.

Pasienter med en psykisk diagnose hadde også signifikant flere somatiske helseplager (symptomdiagnoser). Hos disse var det nesten dobbelt så vanlig å føle seg trett, og ha smerter i mage og i muskler og skjelett, sammenlignet med de mer psykisk friske. Sammenhengen mellom å ha en P-diagnose og somatiske plager som hodepine, urininkontinens, hjertebank og uregelmessig menstruasjon var statistisk signifikant.

Store plager – oftere hos fastlegen

I den tredje studien ble pasientenes selvrapporterte plager sammenlignet med sannsynligheten for å ha fått minst én P-diagnose hos fastlegen. Det ble kartlagt gjennom spørreskjemaet CORE-10 (Clinical Outcomes in Routine Evaluation). Skjemaet har ti spørsmål knyttet til psykisk helse, og det skal krysses av for graden av plager den siste uken. Informasjon om P-diagnoser, somatiske symptomdiagnoser og antall legekonsultasjoner ble innhentet for perioden 12 måneder før utfylling av CORE-10 og ni måneder etterpå. Funnene er basert på svar fra 533 pasienter.

Nær tre av fire (73,3 prosent) pasienter med høy skår hadde fått en P-diagnose hos fastlegen. Til sammenligning gjaldt dette 13,3 prosent av dem med en lav skår. Sammenhengen var statistisk signifikant.

Pasienter med høy skår på psykiske plager hadde høyere sannsynlighet for å være oftere hos fastlegen, også selv om de ikke hadde noen P-diagnose. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller etter korrigering

FAKTABOKS 1

DOKTORAVHANDLINGEN TIL MINA PIIKSI DAHLI

- Basert på data fra nær 17 000 pasienter og nesten 70 000 konsultasjoner hos 34 fastleger ved seks fastlegekontorer i Groruddalen i Oslo.
- Dataene er hentet fra alle pasienter i alderen 16–65 år med registrert kontakt hos fastlegen i løpet av 12 måneder i 2014/2015.
- Spørreundersøkelsen er gjennomført blant et mindre utvalg pasienter.
- P-diagnose i studien gjelder de hyppigst forekommende P-diagnosene (ICPC-2) som hoved- eller bidiagnose.
- Disse symptom- eller sykdomsdiagnosene (depresjon, akutt stressreaksjon, angst og søvnvansker) stod for to tredeler av alle psykiske diagnoser.
- P-diagnose (ICPC-2) kan være symptomdiagnose og kan være hoveddiagnose eller bidiagnose.

fanger opp psykiske plager



– Vi skal validere at folk kan ha det vanskelig, men det er ikke alltid hensiktsmessig å gi folk som strever en diagnose, sier ph.d. Mina Piiksi Dahli, universitetslektor og allmennlege på legevakt og på legekantor. FOTO: JAN ERIK DRANGSLAND

for alder, CORE-10-skår og antallet konsultasjoner hos fastlegen.

Jo høyere skår på psykisk stress, dess større sannsynlighet for en P-diagnose: For hver ekstra enhet i CORE-10-skår, økte

sannsynligheten for å ha en psykisk diagnose med 17 prosent – og med sju prosent for hver enkelt konsultasjon.

– Bakgrunnen for å gjøre studien var at mye litteratur sier at fastlegene er dårlige

til å fange opp psykisk sykdom. Men ut ifra studien vår ser det ut til at fastlegene fanger opp de fleste med store psykiske plager, i hvert fall når vi ser på diagnoser. Tre av fire med uttalte plager fikk en P-diagnose.

FAKTABOKS 2

FAKTA OM ICPC (International Classification of Primary Care)

- ICPC er et internasjonalt kodeverk for primærhelsetjenesten
- Ved enhver pasientkontakt hos fastlege, skal legen føre opp en ICPC-kode (sykdoms- eller symptomdiagnose)
- Kodeverket omfatter 17 hovedkapitler, 14 organkapitler, ett kapittel for psykiske tilstander og ett for sosiale problemer
- ICPC-koden består av en bokstav og ett tall
- Bokstaven P betegner psykiske symptomer/lidelser, derav begrepet P-diagnose
- Den andre utgaven, ICPC-2, har vært brukt i Norge siden 2004



Mina Piiksi
Dahli disputerte
30. juni i år.

Men samtidig hadde én av fire med uttalte plager ikke fått en diagnose, bemerker Mina Piiksi Dahli.

Diagnose-dilemma

Likevel mener hun at den siste fjerdedelen med store plager kanskje ikke oppfyller kriteriene for en psykisk diagnose.

– Hver fjerde pasient med store psykiske plager i studien vår hadde ingen psykisk diagnose. Da er det lett å si at fastlegen ikke har fanget opp disse. Men bildet

kan være mer nyansert. Det kan være riktig at denne fjerdedelen ikke skal ha en diagnose, selv om de skårer høyt på psykiske plager. Kanskje er det en forklaring på høy symptomskår, for eksempel et samlivsbrudd eller alvorlig sykdom. Skal vi bruke alt som er vanskelig i livet til å sette en psykisk diagnose? spør hun og legger til:

– Tidligere i år var det en debatt i *Morgenbladet* om psykiske diagnoser i forskning. En av oppfordringene som kom frem var at vi ikke skal spørre pasienten: «Hva er galt

med deg?», men heller: «Hva har skjedd med deg»? Vi skal validere at folk kan ha det vanskelig, men det er ikke alltid hensiktsmessig å gi folk som strever en diagnose. Rundt ni av ti med psykiske lidelser tas hånd av fastlegene og er ikke innom psykisk helsevern. Jeg skulle ønske myndighetene bevilget mer penger til studier fra allmennpraksis. Vi trenger mer forskning på den behandlingen som skjer hos fastlegene, sier Mina Piiksi Dahli.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

God stemning og stor stas. Komiteleder Toril Dammen, UiO, andreopponent Øystein Hetlevik, UiB, doktorand Mina Piiksi Dahle, UiO, førsteopponent Christopher Dowrick, University of Liverpool, og disputasleder Tor Iversen, UiO. Hovedveileder Mette Brekke er ikke med på bildet.



Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser

■ UNNI TOBIASSEN LIE • Kommunikasjonssjef Modum Bad

Modum Bad har utviklet et nytt tilbud for unge i alderen 15–18 år med alvorlige spiseforstyrrelser. Behandlingen er basert på at hele familien legges inn. – Målet er å behandle unge med spiseforstyrrelser ved å gi veiledning og støtte til foreldrene, sier Mariane Borge Skakstad.

Skakstad er leder for Avdeling for familiebehandling ved Modum Bad. I samarbeid med ekspertise fra flere hold, har avdelingen det siste året utviklet et program for familiebasert behandling av spiseforstyrrelser. Det nye behandlingsopplegget startet høsten 2023 og er finansiert gjennom Modum Bads avtale med Helse Sør-Øst. Det vil si at det er kostnadsfritt for pasientene.

Hele familien legges inn

Den unge legges inn sammen med sin familie i 12 uker ved Avdeling for familiebehandling på Modum Bad. Familien vil bo i et eget hus i behandlingsperioden. Begge foreldre sykmeldes under innleggelsen, og søsken blir også med.

– Vi gir familiebasert behandling for spiseforstyrrelser (FBT). Det er den best dokumenterte behandlingen for disse pasientene, og følger de nasjonale anbefalingene. Målet er å gi behandling som reduserer symptomene hos den unge gjennom å veilede foreldrene.

– Gjennom terapi, veiledning og støtte vil vi sette foreldrene i stand til å hjelpe barna sine best mulig. De skal hjelpe den

unge med spiseforstyrrelse, samtidig som de ivaretar resten av familien som også blir deltagende i terapien, forklarer Skakstad.

Familiesamtaler og undervisning

Behandlingen består hovedsakelig av familiesamtaler, undervisning, fysisk aktivitet og miljøterapi.

– Vi tilbyr parsamtaler til foreldrene og individualsamtaler til ungdommen ved behov. En del av tilbudet vil være gruppebasert. Hvert behandlingsforløp tilpasses behovene hos den enkelte person og familie, innenfor de rammene vi har på avdelingen, sier Skakstad.

Det forventes at foreldrene tar styring og kontroll over ungdommens matinntak og måltider i starten av terapien.

– Planen er at denne kontrollen gradvis avtar underveis i behandlingen.

– Svært aktuelt

– Økningen av spiseforstyrrelser blant barn og unge etter koronapandemien gjorde det svært aktuelt å utvikle et nytt tilbud for denne pasientgruppen, sier klinikkleder Pål Ulvenes ved Modum Bad.

Behandlingsteamet som står klart for å ta imot unge med spiseforstyrrelser og deres familier etter sommeren. Fra venstre: avdelingsleder Mariane Borge Skakstad, familierapeut Marit Grave Halvorsen, de psykiatriske sykepleierne Annette Rugaard og Lena Grønbeck Karlsen og familierapeut Lars-Ole Gjermundbo. Lege Gurprit Aujla var ikke til stede da bildet ble tatt.



I disse villaene i vår familielandsby skal familiene bo under behandlingsoppholdet.

FAKTA OM BEHANDLINGEN:

- Familiebasert behandling av spiseforstyrrelser (FBT)
- FBT er anbefalingen fra de nasjonale, kliniske retningslinjene
- Familieavdelingen har 9–10 familier eller par innlagt samtidig
- Innleggelsesperioden er 10 til 12 uker
- Familiene bor i egne hus
- Eget barnehage- og skoletilbud for barn i alderen 1–16 år (i grunnskolen)
- Hvis ungdommen er i videregående skole gis det tilbud i samarbeid med hjemmeskole

– Det familiebaserte tilbudet er utviklet i samarbeid med vår avdeling for spiseforstyrrelser og våre forskere på feltet. Behandlingen tar utgangspunkt i den britiske Maudsley-modellen. Vi har tett samarbeid med Regional avdeling for spiseforstyrrelser ved Ullevål universitetssykehus (RASP) om kurs og veiledning.

Helse Nord var tidlig ute med å vise interesse for behandlingen. Nå har også Helse Sør-Øst sett behovet for dette tilbudet.

■ UNNITOBIASSSEN.LIE@MODUM-BAD.NO

Les om behandlingstilbudet på modum-bad.no/behandling/familiebehandling. Dersom du har behov for mer informasjon eller har spørsmål om behandlingen, kan du kontakte Avdeling for familiebehandling ved å ringe vårt sentralbord: 32 74 97 00. Du kan sende spørsmål til infomailen nedenfor. Vi kan også tilby et besøk av en av avdelingens fagpersoner eller av vår psykologspesialist og forskningsleder KariAnne Vrabel som har doktorgrad i spiseforstyrrelser. Ta kontakt med oss på: info@modum-bad.no

EN BEGIVENHET: Fjerde utgave av lærebok

■ NJÅL FLEM MÆLAND • Redaktør i *Utposten*

Dette er ingen anmeldelse, men en utilslørt hyllest. Det er ingen liten begivenhet for det allmenmedisinske miljøet i Norge som skal prises: Vi har fått en fjerde utgave av læreboken vår! Boken er et enormt løft fra mange involverte, og baserer seg i stor grad på frivillig arbeid og dugnad. Resultatet mellom de to permene er til å bli både stolt og glad over.

Her er redaktør Steinar Hunskaar med den tredje utgaven av læreboken i allmenmedisin.



En slik lærebok kan brukes på så mange måter. Den kan leses fra perm til perm, og jeg mistenker at om en medisinerstudent gjør det grundig nok, og ikke leser noen annen lærebok, så er det mulig å bestå hele medisinerstudiet. Boken kan leses etter innfallsmetoden ved å bla litt her og der, eller man kan lese kapitler for seg selv ut fra interesse. Det er også mulig å bruke den som et oppslagsverk under det daglige kliniske arbeidet med pasienter. Denne siste muligheten bringer tankene mine tilbake til barndommen: Vi besøkte mine besteforeldre på det lille småbruket i Mælandsvågen på Bømlo. Bestefar hadde vært hos «nylegen», som han kalte ham, og var lite fornøyd. Det var ingen bra lege, mente bestefar, legen måtte til og med slå opp i en bok! Min far, som på det tidspunkt var professor i medisin, sa ingenting. Men etterpå tok min far meg til side og sa til meg at her trodde han bestefar tok feil. Far mente at å slå opp i en bok var et uttrykk for visdom og klokskap, og at han derfor i motsetning til bestefar hadde størst tiltro til den nye legen!

Denne lille historien illustrerer betydningen av å lese sitt fag. For at det skal bli noe å lese, så må noen følge Per Fugelli sin oppfordring om å skrive sitt fag. Faget kan skrives i mange fora, i et tidsskrift som *Utposten*, i bøker om avgrensede tema, eller på nettsider for raske oppslag. Men betydningen av en samlet, overordnet lærebok i vårt nærmest grenseløse allmenmedisinske fag kan knapt overvurderes. Vi snakker om en bok på 1086 sider, tett pakket med informasjon og påstander som må kunne etterprøves. Det ligger en formidabel innsats bak en slik bok. Steinar Hunskaar har vært redaktør også for denne utgaven, men den er ikke hans verk alene – her er det mange som har bidratt.

Historikk

Den første utgaven kom i 1997 og ble trykt i relativt formidable 7500 eksemplarer. Det var et gjennombrudd å få en lærebok på vårt eget språk. Den andre utgaven kom i 2003 og ble trykt i 10 400 eksemplarer.

i Allmenntmedisin!



2. utgave, 2003



1. utgave, 1997



Den nye læreboken i allmenntmedisin finnes både i papirutgave og i en digital versjon.

I 2013 kom den tredje utgaven, før det nå altså er klart for runde fire. I mellomtiden har boken blitt oversatt til svensk, dansk og estisk. Totalt er det solgt om lag 43 000 eksemplarer. Steinar Hunskaar har ledet arbeidet med den nye utgaven, i en redaksjonskomite på fire medlemmer. Foruten lederen har Anja Marie Lyche Brænd, Håvard Skjellegrind og Peder A. Halvorsen vært med. Disse fire har tilholdssted i henholdsvis Bergen, Oslo, Steinkjer og Alta. Det betyr at redaksjonskomiteen har hatt god geografisk spredning. Det samme gjelder de øvrige forfatterne. Det har vært et prinsipp ved bytte av forfattere å få inn nye krefter, helst yngre. Totalt 62 forfattere har vært involvert, med god geografisk spredning. 37 prosent av forfatterne er kvinner, og nesten halvparten av dem er nye fra sist utgave.

Den nye utgaven

Mye stoff har stått seg fra sist utgave, men alt er grundig revidert. Det er lagt mindre vekt på det «ideologiske» i allmenntmedisinen. Boken er litt mindre, men veier mere på grunn av bedre papirkvalitet (og er av samme grunn mer leservennlig!). Det er fire helt nye kapitler. Det er et eget kapittel om innvandrerhelse og et om familie, parforhold og helse. Videre er det, på en for allmenntlegehverdagen logisk måte, samlet stoff som tidligere var fordelt på flere kapitler, i et eget kapittel om kognitiv svikt. Et nytt kapittel om «Livserfaring, helse og sykdom» ved Linn Getz og Bente Mjølstad er nokså unikt også om vi ser på tilsvarende verk fra andre land og på andre språk. Boken fins ellers både i papirutgave og i en digital versjon.

Pensumbok

Boken blir å betrakte som en pensumbok ved medisinerutdanningen ved våre fakulteter. Som sådan vil den definere faget vårt. For alle som underviser vil det være naturlig å bruke boken som oppslagsverk før undervisningen: Er min undervisning i tråd med læreboken i allmenntmedisin? Det sier seg ellers selv at boken hører hjemme ikke bare ved hvert enkelt legesenter, men ved hvert enkelt fastlegekontor i hele landet vårt. Vi i *Utposten* sin redaksjon vil gjerne takke Steinar Hunskaar, redaksjonskomiteen og alle som har bidratt som forfattere, for den formidable innsats de har gjort. Og så vil vi gratulere oss selv med at vi får tilgang til et så kraftig verktøy som en slik lærebok er.

■ NFLEM@ONLINE.NO

En dagsaktuell bok



Bjørn Bjorvatn
Ungdomssøvn
 Utredning og behandling av forstyrret
 døgnrytme og andre søvnlidelser
 1. utgave / 185 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2016
 ISBN 978-82-05-48983-7

For tiden diskuteres det heftig rundt ungdommers søvnvaner – og da spesielt med tanke på om skoledagen begynner for tidlig om morgenen for flere. Mange momenter holdes fram i media, naturlig nok. Men diskuteres dette på et faglig forsvarlig grunnlag? Kanskje ikke. I alle fall blir det langt mer interessant – og nyttig – om kunnskapsgrunnlaget utvides, slik forfatteren av denne boken bretter ut problematikken.

Sakset fra baksideteksten:

«Mange ungdommer sliter med søvnproblemer. Det kan være mange årsaker til det, og den vanligste er forstyrret døgnrytme. Døgnrytme problemer kan forklare hvorfor mange ungdommer synes det er så vanskelig å stå opp om morgenen. Et hovedfokus i boken er hvordan en slik døgnrytmelidelse kan utredes og behandles.

Boken beskriver også andre årsaker til søvnproblemer hos ungdommer, som insomni (søvnløshet), hypersomnier (blant annet narkolepsi), søvnrelaterte respirasjonslidelser (blant annet søvnapné), parasomnier (blant annet søvngjengeri) og søvnrelaterte bevegelseslidelser (blant annet restless legs).»

Ikke sjelden kan leger møte ungdommer med mer sammensatte helseutfordringer kombinert med søvnproblematikken.

Døgnrytme problemer kombinert med depressive symptomer eller f.eks. ADHD. Noen ganger kan ME og økt søvnighet være et problem. Andre ganger kan ungdommen plages alvorlig av ekstrem tretthet, kanskje kombinert med søvngjengeri eller søvnapné. Så må vi ikke glemme at ungdom som ruser seg kan ha store problemer med å oppnå god søvn. Kort sagt: Tidspunkt for skolestart om morgenen er viktig for mange unge, men endringer av tidspunkter er ikke nok for alle for at skolehverdagen skal bli både god og nyttig for den enkelte.

Ekstra levende blir boken ved at forfatteren belyser de ulike tilstandene med talende pasienteksempler, noe som beriker en allerede igjennom pedagogisk framstilling av både klinikken og hva vi som helsepersonell kan bidra med overfor de unge og deres familier – og skolen. Boken avrundes med flere eksempler på nyttige skjemaer og adresser.

Boken anbefales.

ELI BERG



Anne Kirsti Ruud
Hvorfor spurte ingen meg?
 Kommunikasjon med barn og
 ungdom i utfordrende livssituasjoner
 2. utgave
 277 sider
 Gyldendal Akademisk
 Oslo 2021
 ISBN 978-82-05-51389-1

Fra bokens etterord:

«Gjennom denne boken har jeg forsøkt å belyse ulike samtalsituasjoner med barn.

Til stor ettertanke

I noen samtaler er hjelpere sentrale, i andre er det viktig hvordan foreldre møter sine barn.

Kontekstene er ulike – og alvorlighetsgraden av opplevelse og hendelse er forskjellig for barnet/ungdommen.

Gjennom eksemplene har forhåpentligvis barnets stemme kommet fram.

Begrepene mening, verdighet og anerkjennelse er sentrale i møtene med barn uansett hvilken situasjon de er i.

Hensikten med boka er å inspirere til å tørre å møte barn direkte når livet er vanskelig.»

Spennende – og viktig bok



Charlotte Lunde, Per Brodal
Lek og læring i et nevroperspektiv
 Hvordan gode intensjoner
 kan ødelegge barns lærelyst
 154 sider
 Universitetsforlaget
 Oslo 2022
 ISBN 978-82-15-03584-0

Denne boken kan antakelig være en øye-åpner for noen hver, enten man arbeider i helsevesenet, i barnehage/skole, er politiker eller rett og slett er opptatt av tematikken generelt.

Charlotte Lunde er lege, journalist og spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Per Brodal er professor emeritus i nevrobiologi og har lang forskningserfaring innen eksperimentell nevroanatomi.

Sakset fra baksideteksten:

«Lek i tidlig barnealder gir det beste grunnlaget for senere læring og vekst, og vi vet at leken er små barns foretrukne læringsform.»

Og videre:

«Her omtales hovedtrekk i hjernens bygning og virkemåte som bidrar til en dypere forståelse av læring, og knytter dette til lekens betydning for en hjerne i utvikling.»

Boken er i høyeste grad dagsaktuell ved at forfatterne er innom faktorer som redusert lærelyst og økt stress og mistrivsel i skolesammenheng, noe som har blitt stadfestet de siste årene. Faktorer som seksårsreformen, endringer i barnehagens og skolens prioriteringer og mer voksenstyrte aktiviteter på fritiden blir alle omtalt som felter i

barns liv som kan bidra negativt i oppvekstårene. Med andre ord: Har barn for liten mulighet til fri lek?

Forfatterne er innom mange sider av forholdene rundt barn og ungdom i dag, inklusive hva vi gjør når barn strever i hverdagen. Diagnostisering og behandling av ulike helseplager, medikamentbruk og oppfølging av de som strever er solid omhandlet i teksten. Flere fortellinger om barn og ungdom blir omtalt på en levende måte, noe som ytterligere gjør boken dagsaktuell – ikke minst for leger i kommunehelsetjenesten. Og ekstra interessant er presentasjonen av «siste nytt» innenfor hjernens funksjoner oppi det hele.

Boken har følgende hovedkapitler:

- Bekymringsmelding – fratar vi barna lærelysten?
 - Hjernen, læring og lek
 - Grunnleggende forutsetninger for læring
 - Lekens betydning for barns læring og utvikling
 - Når noe går galt
- Boken anbefales.

ELI BERG

Som fastlege, lege på helsestasjon og i skole eller som sykehuslege – alle kommer vi i situasjoner hvor denne bokens temaer er høyst aktuelle. Den jordnære og mangfoldige presentasjonen kan for flere av oss være til stor hjelp – og inspirasjon. For her møter vi en forfatter som evner å belyse hvordan barn opplever og kan hjelpes når de erfarer tøffe situasjoner i livene sine. Og ikke minst viktig: Hvordan det ikke er lurt å møte barn og ungdom som bærer på en tung bagasje.

Med varme og klokskap, med solid erfaring og med henvisning til andre fag og deres forskning får vi et unikt innblikk i mange livssituasjoner beskrevet i små og større sitater fra møter med barn og ungdommer.

Boken har et driv som kan bidra til at en kjapp gjennomlesning kan ende opp med et behov for mer fordypning i flere av kapitlene. Mange kolleger vil nok også kjenne igjen situasjoner fra eget liv, enten det gjelder egen oppvekst eller i foreldrerollen for eksempel. Også som «nabokjerring» kan denne boken

gi både innsikt og veiledning som kan være viktig når vi møter barn eller ungdommer som vi lurer på om ikke har det så greit.

Bokens forfatter er spesialist i klinisk pedagogikk, er utdannet førskolelærer, logoped og har hovedfag i pedagogikk. Denne boken kan «befrukke» vårt eget fag på en vakker, innsiktsfull og i høyeste grad meningsfull måte – forhåpentligvis slik at vi kan gi god hjelp til barn og ungdom med tøffe livserfaringer.

Boken anbefales.

ELI BERG

En velskrevet og svært viktig bok



Ida Marie Bregård, Line Ruud Vollebæk (red.)
Helsetjenester for migranter i sårbare livssituasjoner
 291 sider
 Gyldendal Akademisk, Oslo 2023
 ISBN 978-82-05-52389-0

Sakset fra bakside-teksten:

«Boken springer ut fra et bredt fagfelt, med elementer fra medisin, sykepleie, psykologi, sosialt arbeid, kommunikasjon og etikk. Den omhandler asylsøkere, flyktninger, personer uten lovlig opphold, mobile EØS-borgere, ofre for menneskehandel og migranter som selger eller bytter sex. Temaer som tortur og retraumatisering av tortur-overlevende, språkbarrierer, tolk og flerkulturelt helsearbeid utdypes».

Dette omfattende tilfanget av skjebner blir presentert på en så pedagogisk og engasjerende måte at en som leser kan føle behov for å «ta hatten av» for de tolv forfatterne. Og svært vesentlig: disse viser med all tydelighet at vi som leger – og i samarbeid med andre aktuelle yrkesgrupper – kan bidra på konstruktive måter inn i livene til de mest alvorlig traumatiserte medmenneskene som nevnes i boken. En av mange talende overskrifter underveis er «Mennesker, ikke kategorier», noe forfatterne hver især belyser på en så innsiktsfull, konsis og varm måte at det enkelte steder i lesningen kan komme en tåre i øyekroken.

Noen av kapitelloverskriftene kan belyse omfanget av bokens innhold:

- Migrasjon, helse og sårbare migrantgrupper
 - Helsearbeid i et flerkulturelt samfunn
 - Språkbarrierer og bruk av tolk i helsetjenesten
 - Helsetjenester til asylsøkere
 - Helseproblemer blant personer uten lovlig opphold og mobile EØS-borgere
 - Tilgang på helsehjelp for personer uten oppholdstillatelse
 - Helsepersonell og avdekking av menneskehandel
 - Seksuell helse blant sårbare migranter som selger sex
 - Tortur, og hvordan virker det og hvordan kan vi hjelpe tortur-overlevende?
 - Helsevesenet som arena for re-traumatisering – tortur-overlevende i somatisk helsetjeneste
 - Faglig vekst når grunnfjellet rystes.
- Boken anbefales for kolleger både i og utenfor sykehus.

ELI BERG



DANSKE FORSKERE

Kartla fastlegers motivasjon

Hva er fastlegers motivasjon? Det spørsmålet har danske forskere undret seg over. Og svarene de fant var veldig forskjellige. Motivasjon for jobben ble gruppert i fem kategorier, og tallene i parentes angir andelen som svarte at motivasjonen hørte til denne kategorien: «Det handler mindre om penger (53,2 %), «Det handler om alt» (26,5 %), «Det handler om å hjelpe andre» (8,6 %), «Det handler om arbeidet» (8,2 %) og «Det handler om penger og om pasienten» (3,5 %). Det viste seg at motivasjon i begrenset grad hadde sammenheng med karakteristikk ved fastlegen og ved praksisen. Svarresponsen var på 34,5 prosent, noe som innebar data fra 1152 fastleger. Studien ble gjennomført i 2019.

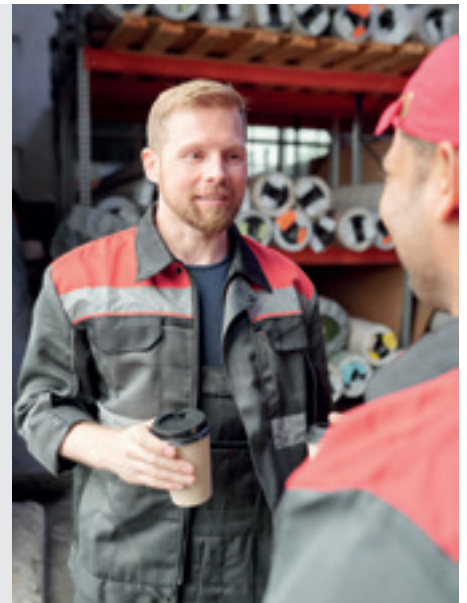
● British Journal of General Practice (D Yordanov et al), august 2023, doi: 10.3399/BJGP.2022.0563

SYKMELDT FOR DEPRESJON

Arbeid som helsefremmende

I en kvalitativ studie har norske forskere gjennom fokusgrupper intervjuet i alt 39 fastleger, psykologer, psykiatere, NAV-ansatte og arbeidstakere om deres syn på og erfaring med samhandling om de som er sykmeldt for depresjon. Deltagerne i fokusgruppene la vekt på at det under de rette forholdene kan være helsefremmende for personer med depresjon å være i arbeid. Et bedre samarbeid mellom alle aktører kan bidra til dette, gjennom delt innsikt og kunnskap og ved å bygge opp om en felles forståelse for arbeidstakerens situasjon. Deltagerne mente det er viktig med tidlig og regelmessig oppfølging av den sykmeldte, og at arbeidstakeren holder kontakt med arbeidsplassen sin.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (HM Meling et al), august 2023, doi:10.1080/02813432.2023.2238019



40 %

av foreldre med somatiske, psykiske eller rusrelaterte plager ønsket at helsepersonell skulle henvise barna deres for å få hjelp. Bare 10 prosent av helsepersonell oppga at de hadde henvist barn av syke foreldre til ulike former for hjelp, og 20 prosent av foreldrene trodde at dette var blitt gjort. Det er hovedfunnene i en norsk studie. Som oftest ble barna henvist til barnevernet, som ikke var det foreldrene ønsket. Det var sjelden at helsepersonell tok kontakt med folk nærmest foreldrene og barna, som familiemedlemmer, venner, skole eller helsesykepleiere.

● BMC Health Services Research (K Stavnes et al), juni 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09607-0



KREFTOVERLEVERE

Få etterlever alle livsstilsråd

Fysisk aktivitet er ett av rådene for helsefremmende livsstil som veldig mange kreftoverlevende klarer å etterleve. Det er noen av funnene i en studie med data fra Tromsø-undersøkelsen i 2015–2016 – fra 1530 personer eldre enn 40 år som hadde hatt kreft. Nær ni av ti oppga at de fulgte nasjonale råd for fysisk aktivitet og alkoholbruk, og omtrent en like stor andel hadde aldri røkt eller hadde stumpet røyken. Bare 7,5 prosent oppga at de fulgte råd om kosthold. Drøyt tre av ti hadde en BMI i normalområdet. Bare 2,3 prosent fulgte alle anbefalingene. Kvinner var stort sett flinkere til å etterleve livsstilsråd enn menn. Det var ingen forskjell i etterlevelse hos de som hadde forsøkt ulike former for komplementærmedisin som akupunktur, yoga, meditasjon, kosttilskudd etc. og hos de som ikke hadde prøvd dette.

● BMC Complementary Medicine and Therapies (K Nakandi et al), august 2023, doi: 10.1186/s12906-023-04123-4

AKUTT SINUSITT

Risikofaktorer for komplikasjoner

Norske forskere har innhentet data på alle voksne pasienter diagnostisert med akutt sinusitt i allmennpraksis mellom juli 2012 og juli 2019. Målet var å se om det var en sammenheng mellom antibiotikaforskriving og alvorlige komplikasjoner og sykehusinnleggelse i løpet av 30 dager. I sjuårsperioden var det en nedgang både i antall tilfeller av akutt sinusitt og i forskriving av antibiotika. Andelen sykehusinnleggelser og alvorlige komplikasjoner var stabil, med henholdsvis ti innleggelser per 10 000 tilfeller av sinusitt og 3,2 alvorlige komplikasjoner per 10 000 tilfeller. Forskerne fant en signifikant sammenheng mellom antibiotikaforskriving og sykehusinnleggelse, men ikke for alvorlige komplikasjoner. Risikofaktorer for både alvorlige komplikasjoner og for å bli innlagt på sykehus var tidligere rusmisbruk, hodeskade, hodekirurgi, misdannelser i hodet, samt å ha nedsatt immunforsvar.

● The Journal of Antimicrobial Chemotherapy (M Skow et al), juli 2023, doi: 10.1093/jac/dkad227



PSYKISK HELSE OG PANDEMI

Sjeldnere hjelp for innvandrerbarn

Under pandemiens nedstenging fra januar til april 2021, var det færre konsultasjoner for psykiske plager hos barn. Hos barn med innvandrerbakgrunn var nedgangen større og mer langvarig enn hos etnisk norske barn. Det finner norske forskere som har sett på konsultasjoner for psykiske lidelser før og etter pandemien hos barn og unge. Immigrantbakgrunn hadde også noe å si for hvor stor økningen i konsultasjoner var høsten 2021. Da hadde antallet konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten gått opp med åtte prosent for ikke-immigranter, mens det var en nedgang på 18 prosent innvandrerbarn og -unge og to prosent nedgang for etterkommere av innvandrere.

● BMC Health Services Research (IH Elgersma et al), juni 2023, doi: 10.1186/s12913-023-09666-3

ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Faggruppe mot overdiagnostikk og overbehandling

Vi er opptatt av å skape økt forståelse av utfordringene rundt overdiagnostikk og overbehandling i helsevesenet, og hva allmennleger kan gjøre for å motvirke fenomenet.

Vi mener det er viktig å sette temaet på dagsorden i den offentlige debatten om helsetjenester i Norge.

Faggruppa har eksistert i flere år med varierende aktivitet. Flertallet av medlemmene har vært med lenge, men siste året har også flere nye blitt med. Medlemmene i gruppa viser stort engasjement på ulike arenaer. Flere har bidratt gjennom aktiv forskning, artikler, kronikker, deltagelse i offentlige arbeidsgrupper, samt undervisning og foredrag.

Vi ønsker å jobbe for at norske allmennleger skal bli tryggere på feltet overdiagnostikk og overbehandling i arbeidshverdagen sin, og arrangerer et klinisk emne-kurs om håndtering på Nidaroskongressen i Trondheim i slutten av oktober. Vi legger opp til at kurset skal oppleves matnyttig for klinikere med vekt på problemstillinger mange kjenner seg igjen i. Vi har fått med mange spennende forelesere, som dekker et bredt spekter av tema, for eksempel strategier for bestilling av blodprøver og radiologiske undersøkelser, hvordan håndtere polyfarmasi hos eldre, utredning av ADHD og hvordan møte press for henvisning utenfor klinisk indikasjon. Vi hå-

per at kurset vil utfordre, inspirere og utruste deltagerne innenfor et fagområde mange leger opplever som utfordrende.

Flere av medlemmene har også deltatt på de internasjonale Preventing Overdiagnosis-kongressene, sist i København i august 2023, hvor blant annet NFAs prosjekt «Bærekraft på legekontoet» ble presentert.

Ellers er det plass for ytterligere medlemmer i gruppa, dersom flere har lyst til å engasjere seg!

JØRGEN BREIVOLD
Administrativt ansvarlig i faggruppa
■ JORGEN.BREIVOLD@UIB.NO



Trygghet for pasienten og tidsbesparende for legekontoet*

Over 1 million unike brukere og nesten 10 millioner innlogginger bekrefter behovet for pasientportalen.

Vår brukerundersøkelse med 519 pasienter viser at:

84%

føler seg tryggere etter at de tok i bruk Furst Pasient

58%

har mindre behov for å kontakte legekontoet

99%

opplever Furst Pasient som nyttig

*Se furst.no/bu2023

furstpasient.no
furst.no

FURST

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

HVA LESER..

Eirik Methlie Hagen?



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

Akkurat nå leser jeg ikke annet enn *Bamse – verdens sterkeste bjørn* for min minste datter. Overraskende mange gode poenger å plukke opp, hovedpersonene ville nok stemt enten Rødt eller MDG om de hadde stemmerett. Kapitalistene er alltid slemme og Bamse er alltid snill, så litt på spissen er det kanskje. Lille Hopp spør hvorfor Bamse ikke tar igjen når han har blitt banket av slemminger han tidligere i samme historie har hjulpet: «Ingen har noen gang blitt snille av å bli slått» svarer Bamse.

Ellers så har jeg på tampen av sommeren lest siste bok i triologien til Zeshan Shakar *De kaller meg ulven* og Abida Rajas *Frihetens øyeblikk*.

øyeblikk. Sammen med Karpes album *Omar Sheriff* utgjør disse ulike utgivelsene et fascinerende innblikk i en kultur i Norge jeg med min bakgrunn kjenner for lite til. Vi har alle ulikt utgangspunkt her i Norge, det er i alle fall sikkert. Raja sin bok var rask å komme gjennom og Shakar *De kaller meg ulven* var bra. Ett knepp over *Gul bok*, men ett knepp under *Tante Ulrikkes vei* er min personlige mening.

Hvor leser du?

Nei, si det. Seks stykker hjemme og baby på soverommet tar bort noen naturlige lesestunder. Jeg leser når jeg er på hytta og på ferie, men i hverdagen finner jeg for sjelden rom for å lese. Dessuten tar mobilen

bort oppmerksomheten når jeg har litt ledig tid. Dessverre.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Jeg gleder meg nå til å lese Roy Jacobsen *De uverdige*. Min kjære mamma gav meg denne forrige uke. Jeg har lyst nå til å lese en god gammeldags roman og mine neste bøker blir nok også i samme sjanger.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Intet nytt fra vestfronten av Erich Maria Remarque gjorde sterkt inntrykk når jeg leste den for 15 år siden. Kort og brutalt om 1. verdenskrig. Dessverre like aktuell i dag. Det er en klassiker, men om du ikke har lest den, vil jeg anbefale den.



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 legemiddel-bruk. Det er her gjengitt en sak utredet av RELIS som kan være av interesse for Utpostens lesere.

Seponering av antidepressiva

Rundt 300 000 personer i Norge bruker antidepressiva. Mange bruker legemidlene lenge, og kan oppleve vansker med å slutte.

Kunnskap og informasjon om mulige reaksjoner ved seponering av antidepressiva er viktig for å lykkes både med behandling og avslutning av antidepressive legemidler.

Antidepressivt seponeringssyndrom

Brå avslutning eller avbrudd i behandling med antidepressive legemidler kan utløse et komplekst fysiologisk og nevropsykiatrisk syndrom, ofte omtalt som «antidepressivt seponeringssyndrom» (1, 2). Fenomenet er uavhengig av opprinnelig indikasjon for behandlingen, og gjelder de fleste antidepressiva. En systematisk gjennomgang av studier konkluderte med at over halvparten av pasientene rammes av seponeringssyndrom (3). Det er betydelig variasjon i rapportert insidens i enkeltstudier (27–86 prosent) avhengig av populasjon og metode (3).

Nye seponeringssymptomer, som ikke samsvarer med de man opprinnelig brukte legemidlet mot, dominerer ofte symptom-bildet ved seponeringssyndrom (1, 4). I tillegg kan man se «rebound-effekter»; opprinnelige symptomer som kan være midlertidig forsterket. Vanlige symptomer er svimmelhet, ubalanse, fatigue, hodepine, kvalme, influensalignende symptomer, sensoriske forstyrrelser som elektrisk støt-lignende følelse, skjelving, insomni, livlige drømmer, irritabilitet, agitasjon, dysfori og angst (1, 2). På engelsk brukes noen ganger huskeregelen «FINISH» (Flu-like symptoms, Insomnia, Nausea, Imbalance, Sensory disturbances, Hyperarousal) (5).

Selv om flere av symptomene ved «antidepressivt seponeringssyndrom» kan ligne

symptomer ved seponering av vanedannende legemidler, er ikke tradisjonelle antidepressiva assosiert med medikament-søken-de adferd, rus eller misbruk (8). Dette har vært grundig debattert i *Tidsskriftet* (6).

Mulige mekanismer

Alle antidepressive legemidler med langsomt innsettende effekt kan forårsake seponeringssyndrom (2, 3, 7, 8). Enkelte legemidler med kort halveringstid, som paroksetin, venlafaksin og duloksetin, synes å gi reaksjoner hyppigere enn mange andre antidepressiva (2, 9). Fluoksetin gir sjeldnere slike symptomer, og lang halveringstid er antatt av betydning. Kortere avbrudd i behandling med medikamenter med kort halveringstid (f.eks. tre til fire doser) kan også medføre seponeringssymptomer (1).

Forståelsen av mekanismene som er involvert i antidepressivt seponeringssyndrom er begrenset. Studier for å identifisere mekanismer har i stor grad vært fokusert rundt serotonerg neurotransmisjon (5). Ved behandling med SSRI nedreguleres tetthet og sensitivitet av serotoninreseptorer, noe som øker sårbarhet for endringer i serotoninnivå ved seponering (8). Det er stor variasjon i symptomer, og involvering av andre neurotransmittere og andre mekanismer er sannsynlig. Vanlige antidepressiva må brukes i uker før man oppnår terapeutisk effekt, og adaptive endringer i sentralnervesystemet regnes som viktige både for effekt og ved avslutning av behandlingen.

Forløp

Behandling med antidepressiva i fire til åtte uker er nok til at det kan oppstå seponeringssymptomer ved brå avslutning eller nedtrapping av antidepressiva (3). Symptomene oppstår typisk etter en til fire dager, men kan også opptre uker etter siste dose for legemidler med lang halveringstid (1–3).

Ofte er symptomene milde og selvbegrensende i løpet av noen uker, men det er ikke uvanlig at de kan vedvare over måneder og i noen tilfeller lengre (1, 3). Det er generelt få randomiserte studier som har vært designet for å fange opp varighet av seponeringssymptomer (3, 4).

Alvorlighet av symptomene varierer mellom individer. I spørreundersøkelser scorer nærmere halvparten symptomene som alvorlige, mange av disse pasientene hadde brukt antidepressiva over flere år, og man må regne med en viss seleksjon av respondenter (3). Beskrivelser av både varighet og alvorlighetsgrad av antidepressivt seponeringssyndrom spriker. Mange retningslinjer og kliniske oppslagsverk har rett og slett ikke blitt oppdatert på dette området på lang tid (3, 10, 11). «Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon» ble avpublisert av Helsedirektoratet i vår da denne ble vurdert som utdatert.

Anbefalinger for nedtrapping

For å forebygge seponeringssymptomer og reboundeffekt bør behandling med antidepressiva trappes ned over tid (1, 2, 8). Norsk legemiddelhåndbok tilrår nedtrapping med et trinn hver annen uke over fire til åtte uker ved behandling over tre måneder, med noe raskere nedtrapping for fluoksetin som har veldig lang halveringstid (12). Flere kilder foreslår gradvis nedtrapping over minst to til fire uker når behandlingen har vart i fire til åtte uker eller lengre. Dersom det oppstår seponeringssymptomer bør nedtrapping foregå over lengre tid (måneder) (7, 8, 13). Noen kilder foreslår seponering over så lang tid som seks til tolv måneder etter langtidsbruk, for å tillate adaptive endringer samt tidlige deteksjon av eventuelt tilbakefall (13). Det kan være hensiktsmessig å avvente stabilisering på hvert dosenivå, for lettere å kunne skille seponeringssymptomer fra eventuelt



tilbakefall av depresjon og angst (1). Flere argumenterer for en ikke-lineær nedtrapping, med større dosereduksjon i starten og langsom avslutning, f.eks. gjentatt halvering av dosen, eller en prosentvis nedtrapping (5, 8, 13). Bakgrunnen er at mange pasienter opplever betydelige seponeringssymptomer mot slutten av nedtrappingen (1). Positronemissionstomografi (PET)-studier har også vist høy grad av serotonintransportørbinding som først avtar ved ganske lave doser (5, 13). Nedtrappingshastighet bør uansett vurderes individuelt avhengig av forløp.

En systematisk oppsummeringsartikkel konkluderte med at antidepressivt seponeringssyndrom ikke nødvendigvis forebygges av gradvis nedtrapping (4). Studiene som er gjort har imidlertid ofte sammenlignet brå avslutning med nedtrapping over relativt kort tid (som dager eller få uker) (3–5, 8, 13). Ut fra en nyere forståelse av den farmakologiske effekten av SSRI i hjernen, med bl.a. adaptive endringer og påvirkning av nevronal plastisitet, er det grunn til å tro at nedtrapping over lang tid er hensiktsmessig for å redusere symptomer og forebygge tilbakefall (13).

Det viktigste er kanskje individuell tilpasning av nedtrappingshastighet. Det bør legges en plan for den enkelte, som justeres når man ser hvordan det går. God oppfølging underveis er viktig. Dersom det oppstår uttalte seponeringssymptomer, bør det vurderes å reinnsatte legemidlet i sist tolererte dose, for så å trappe ned langsomt. I tilfeller der også langsom nedtrapping tolereres dårlig, og særlig om det aktuelle legemidlet har kort halveringstid, kan man vurdere å bytte til fluoksetin (2). Det kan være praktisk vanskelig å få til langsom nedtrapping med tilgjengelige tablettstyrker for noen legemidler. Overgang til mikstur eller dråper kan være et alternativ. I noen tilfeller kan midlertidig bruk av et antikolinergt legemiddel være aktuelt ved seponering av TCA der det oppstår kolinerge reboundeffekter, eller et antihistamin i avtagende dose ved nedtrapping av sedative antidepressiva (2, 8). Dette er kanskje mest aktuelt i tilfeller hvor man må avslutte behandling relativt raskt eller eventuelt ved bytte av antidepressiva uten særlig overlapp.

Unngå feiltolkning av seponeringssymptomer

Det er viktig å skille mellom antidepressivt seponeringssyndrom og tilbakefall av opprinnelig sykdom. Siden det er mye overlapp mellom seponeringssymptomer og symptomer knyttet til depresjon, angst eller hypomane episoder, kan mistolkning av symptomer medføre uhensiktsmessig legemiddelbehandling. Særlig rebound-symptomer kan lett forveksles med tilbakefall av sykdommen som ble behandlet, og dermed tolkes som fortsatt behandlingsbehov og bidra til unødvendig langtidsbehandling. Tidsaspektet er viktig for å skille. Typisk for seponeringssymptomer er at de oppstår raskt, men vanligvis går tilbake innen 24 timer dersom man reinnsatter legemidlet (13). Tilbakefall av depresjon inntreffer typisk først minst to til tre uker etter stans i den medikamentelle behandlingen, og da med gradvis økning av symptomer (2). Mulighet for seponeringssymptomer bør også tas hensyn til ved bytte mellom ulike antidepressiva, da symptomene kan forveksles med bivirkninger av det nye medikamentet. I tillegg er det greit å være oppmerksom på at varierende etterlevelse av behandling med antidepressiva noen ganger kan medføre seponeringssymptomer og dermed tolkes som forverring. Manglende oppmerksomhet rundt antidepressivt seponeringssyndrom er problematisk også for tolkning av studier, både når det gjelder behandlingens lengde og tilbakefall etter avslutning av antidepressiva, da veldig mange studier er gjennomført med rask nedtrapping (14).

Informasjon og kunnskap både hos pasienten, støttepersoner og behandlere om mulige seponeringssymptomer ved manglende doser eller nedtrapping av antidepressiva er viktig. Da kan man forebygge unødvendig bekymring, feiltolkning og eventuelt feilbehandling. Mange avslutter behandling med antidepressiva på egenhånd. Negativ erfaring ved bortfall av antidepressiva uten forståelse for årsak er uheldig, og skaper også negative forventninger om pasienten ved en senere anledning skulle ha behov for behandling med antidepressiva.

REFERANSER

1. Chouinard G, Chouinard VA. New Classification of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal. *Psychother Psychosom.* 2015; 84(2): 63–71.
2. Norsk elektronisk legehåndbok. Antidepressiva, seponeringssyndrom. <https://www.legehandboka.no/> (Sist oppdatert: 21. juli 2022).
3. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav.* 2019 Oct; 97: 111–121.
4. Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E. Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review. *Psychother Psychosom.* 2015 Feb 21; 84(2): 72–81.
5. Fornaro M, Cattaneo CI, De Berardis D, Ressico FV, Martinotti G, Vieta E. Antidepressant discontinuation syndrome: A state-of-the-art clinical review. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2023 Jan; 66: 1–10.
6. Vaaler A. Avhengighet av nyere antidepressiver. *Tidsskr Nor Legeforen.* 2022 May; 11. (Med kommentarer).
7. Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T. Antidepressant Withdrawal and Rebound Phenomena. *Dtsch Arztebl Int.* 2019 May 17; 116(20): 355–361.
8. Hirsch M. Discontinuing antidepressant medications in adults. In: *UpToDate.* <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 21. oktober 2022).
9. Gastaldon C, Schoretsanis G, Arzenton E, Raschi E, Papola D, Ostuzzi G, Moretti U, Seifritz E, Kane JM, Trifiro G, Barbui C. Withdrawal Syndrome Following Discontinuation of 28 Antidepressants: Pharmacovigilance Analysis of 31,688 Reports from the WHO Spontaneous Reporting Database. *Drug Saf.* 2022 Dec; 45(12): 1539–1549.
10. Cosci F, Chouinard VA, Chouinard G. Discontinuation of Antidepressant Medications: A Significant Healthcare Problem Insufficiently Addressed by the NICE Guidelines. *Psychother Psychosom.* 2023; 92(3): 148–151.
11. Davies J, Read J, Hengartner MP, Cosci F, Fava G, Chouinard G, van Os J, Nardi A, Götzsche P, Groot P, Offidani E, Timimi S, Moncrieff J, Spada M, Guy A. Clinical guidelines on antidepressant withdrawal urgently need updating. *BMJ.* 2019 May 20; 365: 12238.
12. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. G27.10.1 Tabell 1: Forslag til nedtrapping for legemidler som bør trappes ned gradvis før seponering. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist endret: 12. april 2021).
13. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry.* 2019 Jun; 6(6): 538–546.
14. Récalt AM, Cohen D. Withdrawal Confounding in Randomized Controlled Trials of Antipsychotic, Antidepressant, and Stimulant Drugs, 2000–2017. *Psychother Psychosom.* 2019; 88(2): 105–113.

KAREN BOLDINGH DEBERNARD,
Cand.pharm, ph.d.
RELIS Sør-Øst, Avd. for farmakologi,
Oslo universitetssykehus.

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

Viljen og ståstaden i livet

Å verte utfordra til lyrikksafetten er ei stor glede.

Å finne dikt som kan gi gjenkjenning eller ettertanke for lesarane i *Utposten* hadde vore fint.

Eg har vore i allmennpraksis i over 40 år og ser bakover på kva dette har gitt meg og gjort med meg.

Nokon har sagt at vi har orkesterplass til livet. Men jammen er vi også dirigentar.

Vi skal trøyste, bere, lindre og lækje.

Men eg har samstundes fått spegle meg i alle dei menneska eg har møtt; som ung lege, som mor, som ektemake, som dotter, som middelaldra og som eldre.

Ståstad

Vi legg ein mosaikk av vår barndom
Vi må blankpuss bitane sjølve
Vi har ingen å rådspørje lenger
Vi er både nøkterne og nostalgiske
Vi er langsente og tydelege
Vi har fjorten uferdige rynker
Vi har fastare handtrykk enn før
Vi har litt søvnige skuldrer@
Vi taler med dei som er borte
Vi speglar oss når ingen ser det
Vi er nesten vakre
Vi skal bli enda vakrare
Berre vent –

Eg har vore privilegert som har hatt nærkontakt med menneske som har levd liva sine ulikt, takla vanskane ulikt, levd sorga og saknet ulikt. Og som har delt dette fortruleg med meg.

Eg har fått sett livets ulike fasettar på nært hald og lært at livet er skjørt, relasjonar er skjøre, helse er ikkje eit opplagt gode.

Skal tru om ikkje denne kunnskapen og desse erfaringane gjer oss meir medvitne og takksame for liv og helse og fellesskap?

Eg deler to dikt av Åse Marie Nesse (1934–2001), kjent gjendiktart av Goethes *Faust* og kjent for eigne dikt om livets ulike fasar.

Vi har ikkje lenger meiningar om alt
Vi let mange fjelltoppar stå i fred
Vi nøyer oss med angen av blomane
Vi har ennå att eit par illusjonar
Vi er skeptiske og truverdige
Vi dagdrøymmer om realitetar
Vi ligg lenge og lyttar ut i natta
Vi snur oss oftare i søvne
Vi vågar å vedstå oss grenser
Vi har ikkje heile livet framfor oss
Vi er nesten sanne
Vi skal bli enda sannare
Berre vent –
(Åse Marie Nesse; *Levande tid*, 1989)

Ståstad er eit «eg-dikt».

Som fastslege arbeider vi individuelt. Vi har mange ulike ståstader, men er samstundes i endring.

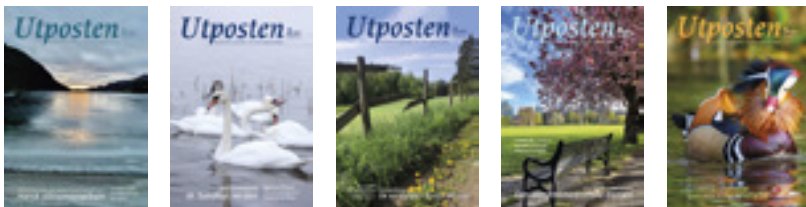
Viljen er skriven til den fengsla russiske forfattaren Irina Ratusjinskaja (1954–2017) og får oss til å løfte blikket utover og minne oss om at vi er sterkast saman.

Eg utfordrar Aina Haaland, fastlege ved Vatne legekantor i nye Haram kommune i Møre og Romsdal.

Beste helsingar
SOLVEIG ULSTEIN

Viljen

Det går ein stor vilje gjennom verden
Den tvingar Negevs ørken til å bløme
Den får korn til å gro i Katmandu
Den vatnar 4 tulipanar i Narvik
Den syg honning av Winnipegs prærie
Den fargar bjørkeskogen grøn i Sibir
Den finn røde skattar i Sierra Nevada
Den tiner Vatnajökull millimetervis
Den lokkar fram vindruer i lavastein
Den let tørstande palmar bere frukt
Den sår solsikkefrø mellom tistlar
Den spinn silke av bølgeblekkdraumar
Den set ut garn på tusen famnars djup
Den er rødstrupens song blant kanonar
Den held mennesket oppreist i motvind
(Åse Marie Nesse: *Men du syng, Irina*, 1986)



Utposten

annonseinfo 2024

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

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Karianne Rutle

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

MATERIELL:

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

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

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

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

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs

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

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	8. januar	17. januar	29. januar
②	14. februar	28. februar	11. mars
③	10. april	24. april	6. mai
④	22. mai	5. juni	17. juni
⑤	14. august	28. august	9. september
⑥	25. september	9. oktober	21. oktober
⑦/⑧	6. november	27. november	9. desember

ANNONSEINFO

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

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

WEB

annonser på Utpostens nettsider

FORMAT OG PLASSERING

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

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

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

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

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 31.1: 1-2024
- 13.3: 2-2024
- 8.5: 3-2024
- 19.6: 4-2024
- 11.9: 5-2024
- 23.10: 6-2024
- 11.12: 7/8-2024

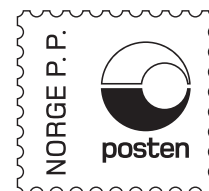
WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 913 08 747

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32
2066 Jessheim

