

Utposten

7 2023
ÅRGANG 52

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



*Hagevandring med
direktøren i Ukom*

Legevaktbil
Kognitiv atferdsterapi
Bytte legemidler

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:

Therese Renaa

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:**aksell**TRYKT
I NORGE
NO - 1470Du finner Utposten på
www.utposten.no**1** LEDER: Taushet dreper

Therese Renaa

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:

– Folk er ute etter å bli lyttet til og tatt på alvor

Pål Iden intervjuet av Inga Marthe Grønseth og Marit Tuv

8 KRONIKK: Omstilling i Helse Nord

Jan Håkon Juul

10 Samfunnsmedisin i praksis på kommunenivå

Hans Johan Breidablik, Tina Løkke Vie, Oddne Skrede, Emma Bjørnsen og Eivind Meland

14 Fastlegers erfaringer med et ett-årskurs i kognitiv atferdsterapi

Kristin Sundby Myhrer og Ole Rikard Haavet

17 Kan du ikke bare spise da?

Oda Solheim Hammerstad

22 Legevaktbil Bodø legevakt – en 'legevakt på hjul'

Eldbjørn Furnes

25 Reisebrev fra Grønland

Sigrid Baumberger og Jarl Gåsvær

28 BETRAKTNING: Veien videre

Marte Kvittum Tangen

30 Bytte legemidler – ekvipotens

Ingrid Lunde Steen og Pål-Didrik Hoff Rland

32 UTEOMRÅDER I BARNEHAGER:

Kartlegging – et lokalt folkehelsearbeid

Rakel Rustand Bruland og Yvonne Hagerup

34 Opplæring bidro ikke til endret pasientforløp på legevakt

Lisbeth Nilsen

36 TI ÅR MED FORSKERSKOLEN I ALLMENNEMEDISIN: – Noen er blitt overrasket over hvor mye Forskerskolen har betydd for dem

Lisbeth Nilsen

38 Nidaroskongressen 2023

Tove Rutle

40 NFA Faggruppe Ultralyd

Morten Glasø

41 Sakset fra forskning. Kompilert av Lisbeth Nilsen**42** BOKANMELDelse:

Til inspirasjon og ettertanke

«Følsomhetens kraft» anmeldt av Eli Berg

43 BOKANMELDelse:

Med stor innlevelse

«Vi reiser alene» anmeldt av Eli Berg

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

Taushet dreper

Humanitær katastrofe. De siste ukene har disse ordene blitt gjentatt gang på gang. Vi ser klaustrofobiske bilder av hjelpeløse, innesperrede mennesker, uten mat eller vann og uten tilgang til helsehjelp. Vi er vitner til målrettede angrep mot flyktningeleirer, gater fulle av lemlestede, utbombede sykehus og ødelagte ambulanser. Ingen steder er trygge lenger. Vi har hatt en naiv forventning om at helsepersonell skal skjermes i en konflikt, at det skal være mulig å hjelpe skadde mennesker uten å risikere å selv bli drept. Det er tydelig at det ikke finnes noen spilleregler og at alt er lov i krig.

De som har jobbet i felt for humanitære organisasjoner beskriver ofte hvordan de mangler ord for å fortelle om det de har opplevd når de kommer hjem. Gleden over igjen å være sammen med sine nærmeste blandes med en følelse av uvirkelighet og ensomhet. Det er vanskelig å gli inn i hverdagen igjen. Det er som om tiden har stått stille i hjemlandet, mens man selv er kalibrert til nød og krise. Da man dro hjem forlot man i tillegg nye venner, kollegaer og pasienter, og det kan

være vanskelig å forsvare at man selv hadde muligheten til å dra. Nære venner i hjemlandet føles plutselig som fremmede fordi de lever i en helt annen verden, med andre bekymringer og gleder. Det blir umulig å omformulere opplevelsene til historier som kan deles i vanlige samtaler. Fortellinger om døde barn, utenkelig brutalitet og grunnleggende urettferdighet egner seg dårlig over en kopp kaffe. Det beste man kan oppnå er litt sympati og sensasjonslystne grøss, betalt med følelsen av å utlevere sårbare mennesker og redusere dem til ofre i historien. En erfaren sykepleier beskrev at hun aldri fortalte om de farlige og vanskelige situasjonene hun hadde opplevd i felt. Familie og venner hadde ingen forutsetninger for å forstå. De ville bare sitte igjen med økt bekymring når hun dro ut på nye oppdrag. Noen ganger er uvitenhet den største gaven man kan gi til andre.

Det er kanskje sånn med flere erfaringer i livet. Det er krevende å finne de rette ordene for å beskrive de vanskeligste følelsene. Ord kan være for upresise og meningsstomme til å formidle det man

ønsker å fortelle, særlig når man er i ytterkantene av livet. Hvordan beskriver man kreftene i en fødsel? Hvordan forteller man om stillheten i et dødsleie? Hvordan klarer man å ta innover seg betydningen av begrepet «humanitær katastrofe»?

Jeg scrollet meg gjennom filmer med søte dyr på Instagram, da jeg plutselig møtte blikket til Morten Rostrup fra Leger uten Grenser. Sliten og fortvilet, alene i et mørkt rom, forsøkte han å sette ord på marerittet i Gaza: «Vi vet ikke om ord kan redde liv, men vi vet at taushet dreper.»

La oss håpe at de fleste av oss aldri får full forståelse for hva som ligger i ordene «humanitær katastrofe», og at Norge alltid vil være et trygt og fredelig land der barn vokser opp med håp for fremtiden. Samtidig må vi orke å se og å høre om den urett som rammer andre, uten at vi når et metningspunkt og bare scroller videre. Vi kan velge å forbli i uvitenhet, men det har sin pris. Det truer hele menneskeheten når vi behandler hverandre som skadedyr som må utryddes.

THERESE RENAA



HAGEVANDRING MED DIREKTØREN I UKOM: – Folk er ute etter å bli lyt

Pål Iden ■ INTERVJUET AV INGA MARTHE GRØNSETH OG MARIT TUV

Han ser ut som en direktør, mannen vi møter oppe ved Tøyen hovedgård denne høstgrå søndagen: Fast i blikket, rak i ryggen, stødig i stemmen og lett å gjenkjenne fra flerfoldige medieoppslag de siste årene.

Direktøren for Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) leder oss med faste skritt gjennom Botanisk hage. Rogalendingen har for kort tid siden blitt hovedstadsborger. Det er blant vekster, og særlig trær, han føler seg aller mest hjemme.

Iden er et takknemlig intervjuobjekt. De fleste temaene vi tar opp engasjerer ham i

en slik grad at han har vansker med å vente med å svare til spørsmålet er ferdigstilt. Men et ekorn på én meters avstand får selv en målrettet mann til å stoppe opp, før han fortsetter å fortelle om Ukoms opprinnelse, mandat og hensikt. Pål har svarene klare på tungespissen, og hos ham hersker det ingen usikkerhet rundt hva Ukom er og skal være.



tet til og tatt på alvor



Pasientinitiativet

– Ukom er først og fremst et pasientinitiativ, kanskje til dels oppstått på grunn av systemkritikk. Noen toneangivende pårørende som hadde opplevd veldig dramatiske ting, nemlig å miste sine nære i det som vi kaller for sykehusulykker, tok grep. De kjente seg verken forstått, hørt eller tatt på alvor. De var sterkt kritiske til sykehusene, som de mente tildekket det som hadde skjedd, og til Helsetilsynet, som ikke møtte dem personlig og som fremstod som et ugjennomtrengelig system.

Den erfarne samfunnsmedisineren har alvor i blikket, og fortsetter:

– Tanken var at vi må få til mer læring, slik at disse tragiske hendelsene ikke skal

gjenta seg. Det var to politikere på Stortinget som grep den tanken: Bent Høie og Laila Dāvøy. De så til transportsektoren og havarikommisjonene, hvor oppdraget er å finne ut hva samfunnet kan lære av det som går galt, framfor å ansvarliggjøre eller plassere skyld. Erfaringen er at denne tilnærmingen gir større grad av åpenhet og mer grobunn for læring. Det var det som var tanken med Ukom, forklarer Iden.

I 2017 ble Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten vedtatt av Stortinget. Departementet brukte deretter ett år på å rigge systemet før stillingen som leder ble utlyst. Stillingen samlet trådene i alt det Iden hadde jobbet med

før. Veien til direktørstolen ble dermed et naturlig valg.

Systemtenkning har alltid ligget Pål's hjerte nært. Han har bakgrunn som allmennlege, kommuneoverlege og fylkeslege, og er spesialist i både allmenn- og samfunnsmedisin. Både han og kona Kristina, som også er medlem i *Utpostens* redaksjon, utdannet seg ved Universitetet i Bergen. Studiene tok sin tid fordi de valgte å få barn tidlig. Begge gjorde etter hvert unna turnustjeneste i Lærdal, før de returnerte til Bergen. På det tidspunktet hadde studieveennene deres flyttet videre. Regnet bøttet ned den høsten, selv til Bergen å være. De bestemte seg etter hvert for å sette kursen mot Bø i Telemark, litt nærmere konas familie.

Pål snur seg mot oss:

– Bø var forresten et fantastisk sted å bo! Vi hadde jo etter hvert fem barn som fikk vokse opp på et lite sted med mange tilbud. Det var jazzklubb, idrett, kulturskole, filmklubb og mye mer. Vi hadde nesten alle byfasiliteter, selv om det var et tettsted med bare 5000 faste innbyggere og 2000 studenter. Blant annet på grunn av Bø Sommarland var det 200 000 turister innom i sommersesongen. Det var spennende å være allmennlege på bygda, innrømmer han.

I 2006 ble han oppfordret til å søke fylkeslegestillingen i Telemark, hvor han ble værende i halvannet år. Deretter ble tilsvarende posisjon i Rogaland ledig. Ettersom Pål er rogalending og ønsket seg hjemover, gikk ferden videre til Stavanger. Der var han fylkeslege fra 2008 til 2016 og assisterende fagdirektør i Helse Vest i to år fram til Ukom var under oppseiling.

Proessen

Da Ukom ble opprettet i 2019, ble kommisjonen omtalt som noe ingen ville ha (kilde DM). Legeforeningen var også kritisk. Å ta rollen som direktør i Ukom må ha krevd både pågangsmot og hard hud – det er åpenbart at Pål Iden ikke er redd for utfordringer. Fem år etter opprettelsen er det imidlertid kommet bred støtte fra pasient- og brukerorganisasjoner, kompetansemiljø og yrkesforeninger i respons på høringsrunden om Varselutvalgets rapport som foreslår å innlemme Ukom i Helsetilsynet. Den erfarne lederen forklarer endringen med at «the proof of the pudding is in the eating».¹

– Jeg opplever at arbeidet vi har lagt ned er blitt verdsatt. I starten dro vi på en blikkjente-runde hvor vi spurte ulike aktører til råds om hvordan vi skulle forvalte det oppdraget vi hadde fått, og lyttet til hvilke forventninger de hadde til oss. Vi etablerte et refleksjonspanel bestående av skeptikere til oss og tydelige stemmer innenfor helse- og omsorgstjenesten, som kunne gi oss motstand og være våre kritiske venner, blant dem fagforeninger, kompetansesentra, representanter for akademia, og pasient- og brukerorganisasjoner.

Iden forteller videre:

– Vi møter panelet to ganger i året, hvor vi diskuterer strategi og hvilke saker vi bør se på. Panelet utgjør også en slags høringsinstans for rapportene våre, for å få opp motstanden internt i forkant av offentliggjøring. Jeg tror at det var et nyttig grep, og jeg tror vi har vist oss som en nyttig samtalepartner knyttet til pasientsikkerhet

¹ Man kan først hevde at noe er en suksess etter at det er blitt prøvd ut – Wikipedia.

og uheldige hendelser i helsetjenesten. Jeg håper i alle fall at det er grunnen til at noen nå ser at det har noe for seg å jobbe på denne måten, sier Ukom-lederen med overbevisning.

Potent tilsyn

Det er kjølig og litt regntungt i Botanisk hage denne søndagen. Vi har akkurat fortert en god lunsj på den lokale kaféen, høstløvet dekker bakken og praten går lett. Vi nøler dermed litt før vi våger oss inn på neste tema.

I Pål's tid som fylkeslege i Rogaland var det betydelig flere klagesaker og reaksjoner mot helsepersonell der enn for eksempel i Hordaland, også når det ble justert for innbyggertall. Vi lurer derfor på om hans oppfatning av målet med tilsyn har endret seg underveis, ettersom det kan fremstå som om han har en annen innstilling til dette nå.

Heller ikke denne gangen sparker direktøren i løvet eller ser ned i bakken:

– Nei, jeg har jo alltid vært opptatt av læring. Samtidig anerkjenner jeg at man må ha et potent tilsyn som virkelig slår til med rollen sin når det trengs. Når et tilsyn bare blir lærende, forlater det kjerneoppdraget sitt, som er å reagere når helsepersonell fra tid til annen faktisk har en atferd som ikke er forenlig med det rollen krever, eller der det lokalt er uforsvarlig praksis som får lov til å gå over tid. Da er det tilsynsvirkemidler som trengs.

Ukom-lederen er engasjert nå, og holder frem:

– Problemet oppstår dersom man går inn med juridisk metodikk på de hendelsene som ikke dreier seg om uforsvarlig yrkesutøvelse eller virksomheter som driver uforsvarlig. Når tilsyn brukes som juridisk verktøy på de hendelige hendelsene, altså ulykkene, så fører det til høyere skuldre og mer utrygghet hos helsepersonell. Jeg tror også det fører til dårligere pasientsikkerhet. Dette er en erkjennelse som jeg har fått når jeg har jobbet i disse systemene over tid.

Pasientsikkerhet

Vi i redaksjonen strever fortsatt litt med å skjønne forskjellen på ordinært tilsyn og tilnærmingen Ukom benytter. Iden forsøker å forklare på nytt, denne gangen ved hjelp av en fotballanalogi:

– På en måte har vi satt fotballdommere til å slå ned på baklengsmål og selvmål i helsetjenesten hvis vi bruker tilsynsmyndighet når vi ikke lykkes. Fotballdommeren skal være der for grove frispark, kamp-

fiksing, hands og taklinger som ikke hører hjemme på banen.

Han tar en liten pause for å sjekke at vi henger med, og forklarer videre:

– Når vi ikke lykkes med helsehjelpen, selv om alle jobber for det, og det oppstår en ulykke, så skal vi ikke gå inn med juridisk metode og se på om det er gode nok spillere på banen. I slike tilfeller er det en god trener som trengs, en manager som kan bygge opp igjen selvtilliten hos de som har vært på banen og involvert i hendelsen. Treneren må styrke dem og sørge for at det ikke skal skje igjen. Dette er ikke et juridisk spørsmål, men mye mer et faglig eller ledelsesspørsmål.

Iden mener at vi i disse tilfellene må se på svakhetene i den overordnede organiseringen av helsetjenesten, styringen, utdanningen av helsepersonell og de økonomiske prioriteringene. Bidrar noe av dette til en utrygg tjeneste ute i den skarpe enden? Er det utydigheter i lovverket, er de faglige retningslinjene gode nok til å gi trygghet for de som skal jobbe i tjenesten, og har utdanningen forberedt de som jobber i helsetjenesten på den komplekse hverdagen de skal ut i? Rapportene fra Ukom går med råd tilbake til beslutningstakere, lovgiver, direktorat og tilsyn.

Iden beskriver hvordan Ukom går i dialog med absolutt alle involverte for å se hvilken læring som kan trekkes ut av hendelsen:

– Det er til ettertanke at svært mange av de involverte sier at «dette er jo første gang noen har kommet for å snakke med oss om det vi har vært igjennom. Vi har fått et brev fra Statsforvalter der vi skal beskrive hva vi har gjort og ikke gjort, men jeg som jobber som ambulansarbeider eller legevaktslege har ikke snakket med noen om dette». Det er litt trist å høre at vi i 2023 fortsatt ikke er kommet lenger enn for 30 år siden på dette området, poengterer direktøren.

Paradoks

Samtalen dreier over på kompleksiteten i helsetjenesten, og de stadig nye strukturene som lages for å løse problemene når det gjelder blant annet kapasitet og samhandling.

– Det store paradokset i helsetjenesten er at jo mer selvbetjent og digitalisert systemet blir, jo større blir avstanden mellom de som behersker det og de som ikke gjør det. Jeg pleier å si at helsesystemet vårt er laget for sånne som meg, som er 60 år og har god styring på både tid og økonomi. Mange pasienter har det ikke slik, spesielt ikke barn og unge og de med store funksjonsnedsettelser. Et eksempel kan være de rusavhen-

gige. De blir tapere i systemet fordi det ikke er rigget for dem. Samtidig er det de som trenger tjenestene aller mest. Det er et paradoks, påpeker Iden, og fortsetter:

– Jeg tenker at fastlegene sitter med nøkkelen, den rollen er helt sentral. En fleksibel fastlege kan oppnå det samme som for eksempel et FACT-team. Det er blitt litt sånn at man må lage nye formaliserte system rundt for eksempel de rusavhengige for å oppnå den fleksibiliteten som kanskje fantes i større grad i fastlegetjenesten før samhandlingsreformen? Komplexiteten i systemet øker hele tiden fordi vi oppretter noe nytt i respons på at vi ikke har lyktes, og dermed blir det enda flere aktører som skal samhandle.

Pårørendeerfaringer

Selv om Pål Iden kan virke like stødig som trærne han så gjerne omgir seg med, kan

han fortelle at både personlige og yrkesmessige erfaringer har vært helt nødvendige for at han skal kunne håndtere den posisjonen han nå har på en god måte. Han innrømmer at han neppe ville våget seg ut på direktørjobben om det ikke hadde vært for erfaringen han fikk i Helse Vest:

– Som kommuneoverlege og fastlege kjenner man jo kommunehelsetjenesten veldig godt, men det å ha jobbet på et overordnet nivå i spesialisthelsetjenesten er en stor fordel hvis man skal jobbe inn mot både spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester, slik jeg gjør nå.

Som fastlege opplevde Iden at de rusavhengige, kriminelle og ressursvake ofte søkte mot ham. Han har fundert på om dette kan ha hatt sammenheng med de nonverbale signalene han sendte ut i møte med pasientene:

– Jeg tror vi burde snakke mer om hvordan våre egne livserfaringer former yrkesut-

øvelsen vår, begynner Pål forsiktig. Han forteller videre om storebroren, som utviklet rusproblemer i ungdomsårene og var inn og ut av behandling og fengsel i mange år fram til han døde av en overdose 49 år gammel.

– Det farget nok engasjementet mitt og måten jeg kommuniserte med de som sto i en utsatt posisjon.

Pål opplevde å være lillebroren til en av byens verstinger, som skapte mye frykt hos andre og som ingen fikk lov å være sammen med.

– Det ledet til overkompensering hos meg. Jeg skulle i alle fall være flink og vise omverdenen at ikke alle fra vår familie var mislykket. Samtidig tror jeg disse erfaringene ga meg større forståelse for den maktesløsheten veldig mange pasienter og pårørende står i.

Ukom har siden opprettelsen gått inn i mange saker som gjelder rusavhengige og andre sårbare grupper. Det har hendt at



noen har spurt om prioriteringene har sammenheng med Ukom-lederens erfaringer som pårørende. Pål trekker litt på smilebåndet og innrømmer at han forstår at det er mulig å tenke i de baner.

– Samtidig er det i møte med barn og unge, fremmedkulturelle som ikke kan helsesystemet vårt, og de med rusavhengighet eller psykisk utviklingshemming at pasientsikkerheten står svakest. Vi ville ikke gjort jobben vår i Ukom hvis vi ikke løftet fram de mest sårbare gruppene, understreker Iden.



Planteinteressen

I den ruvende eikealléen i Botanisk hage forteller fembarnsfarens om en hageinteresse som startet tidlig. Han vokste opp i blokk, men tanten hadde en hage hvor han som åtteåring fikk et stykke jord til å dyrke sine egne poteter og grønnsaker.

– Som liten var jeg nok det man kan kalle en nerd. Jeg har gjennom livet funnet mye glede i det å få ulike vekster til å trives. På landstedet vårt i Ryfylke har vi samlet en del planter og trær fra forskjellige steder i verden, og vi dyrker blant annet fiken, fersken, aprikoser, valnøtter og i underkant av 90 ulike vinstokker. Når man har travle jobber begge to, tror jeg det er viktig å ha noen felles prosjekt. For meg og kona har hageinteressen og det å overta det lille småbruket til min slekt, fungert som et forankringspunkt i en ellers rotløs og omflakkende tilværelse. Det å komme tilbake til sine egne røtter gjør at man kan forstå seg selv ut fra historien, sier han ettertenksomt.

I tillegg til å være interessert i planter, er Pål Iden et utpreget litterært menneske:

– Jeg ble ekstremt glad da Jon Fosse vant nobelprisen i litteratur!

Ukom-lederen er over snittet opptatt av språk og formidling, og har jobbet iherdig sammen med sin stab for at pasientene skal høres i rapportene fra kommisjonen. Innenfor offentlig forvaltning må dette sies å være nybrottsarbeid.

– Det byråkratiske språket kan skape avstand fordi det er så formelt. Skal vi få til læring, må vi tale både til hjernen og til hjertet. Å bruke sitater for å slippe til pasientstemmen og helsearbeiderne sine egne utsagn er et viktig virkemiddel for at teksten skal være lett å lese og føre til refleksjon og læring, poengterer den engasjerte samfunnsmedisineren.

Pionerarbeid

Ukom prøver å få innpass på ulike konferanser og ledersamlinger i helsevesenet nettopp for å så inn en annen tenkning.

– Men det tar tid å endre kultur, bekjenner Pål.

– Og så spør det om vi får lov til å fortsette med dette – det kom jo et utvalg denne våren som freidig foreslår å legge ned hele prosjektet. Det er litt påfallende at selv et utvalg som er nedsatt som ekspertgruppe faktisk ikke forstår tenkningen vår. Dette er jo nytenkning og ny metodikk som er fremmed på helsefeltet, fordi det har vært så dominert av juridisk tenkning, understreker han.

Varselutvalget har anbefalt en statlig varselordning med ny struktur, organisering og nytt innhold. Oppfølgingen av de alvorlige hendelsene skal legges til virksomhetene selv, statsforvalterne og Statens helsetilsyn. Ukom-direktøren er krystallklar på hva han ser vil være konsekvensene av dette:

– Uten uavhengighet og sanksjonsfrihet vil tilliten falle, med fare for at helsepersonell ikke tør uttale seg. Dette vil igjen gå på bekostning av pasientsikkerheten. En «nesten sanksjonsfri» løsning, som dette utvalget foreslår, har ingen plass i systemet, mener Iden.

– Enten så er det sanksjonsfritt eller så er det ikke sanksjonsfritt. Det som hindrer læring i organisasjoner lokalt er ikke at helsepersonell kan miste autorisasjonen sin, det skjer jo nesten aldri. Men det som derimot er til hinder for læring er når ledere, særlig på overordnet nivå, er redde for å eksponere svakheter og feil i sitt eget system. De legger lokk på det som har skjedd og taler stort sett tilsynsmyndighetene etter munnen. De svarer strategisk – ikke for å lære, men for å få avsluttet tilsynssaken, påpeker han med en oppgitt mine.

– Vi må i større grad definere når det er behov for tilsyn og når det er indikasjon for en lærende tilnærming. Jeg anslår at når vi snakker om de alvorlige ulykkeshendelsene i helsetjenesten, så er det indikasjon for en lærende tilnærming i nitti prosent av tilfellene, og kanskje mer enn det, og tilsyn i mindre enn ti prosent av tilfellene, oppsummerer Ukom-direktøren.

En av de første sakene Ukom gikk inn i var en hendelse hvor en 20 måneder gammel gutt døde av meningitt få timer etter at diagnosen var erkjent. De var da veldig tydelige overfor familien på at historien ble brukt for å belyse en faglig utfordring og ikke for å ansvarliggjøre noen. I etterkant fikk de tilsendt en blomsterbukett fra familien.

– De takket for at vi hadde tatt deres sak og skrev at de håpet den kunne føre til noe meningsfullt. Helsepersonell tror ofte at folk er ute etter hevn, men vår erfaring i Ukom er at folk er ute etter å bli lyttet til og tatt på alvor. Jeg synes det er gjennomgående at familiene søker en mening i det meningsløse, og at det gir dem mening å bidra til at helsetjenesten lærer, slik at det vonde de har opplevd ikke skal ramme andre.

Vi er tilbake ved porten til Botanisk hage, og Pål Iden rusler hjemover. Pasientstemmen vi hører i Ukom-direktørens avsluttende utsagn er raus, varm og bærer håp om en mer lærende helsetjeneste.

Varselutvalget har anbefalt en statlig varselordning med ny struktur, organisering og nytt innhold. Oppfølgingen av de alvorlige hendelsene skal legges til virksomhetene selv, statsforvalterne og Statens helsetilsyn. Ukom-direktøren er krystallklar på hva han ser vil være konsekvensene av dette:

■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM
 ■ MARITTUV@HOTMAIL.COM

Noen å snakke med.

Konfidensielt.

Lett tilgjengelig.



Det er ikke alle opplevelser som kan deles med eller forstås av de som ikke har samme erfaringer som deg. Med en støttekollega kan du prate om både personlige og profesjonelle utfordringer. Ordningen tilbys alle leger og medisinstudenter. www.legeforeningen.no/kollegastotte

3 gratis timer.
Uten journal.
Med taushetsplikt.



Støttekollegaordningen

DEN NORSKE LEGEFORENING

Omstilling i Helse Nord

■ JAN HÅKON JUUL • Kommuneoverlege og enhetsleder helse i Vågan

Helse Nord har etter noen år med overskudd gått med dundrende underskudd i foretakene og opplever nå betydelig personellmangel blant flere spesialiteter. Det er derfor startet et arbeid i hele regionen for å kunne omstille seg til en struktur på det nordnorske spesialiserte helsevesenet slik at det lar seg bemanne, bli mer fleksibelt og bærekraftig.

Helse Nord har satt sammen fem arbeidsgrupper som hver for seg skal legge frem sine forslag til en samlet rapport for hele Helse Nord sitt nedslagsfelt. Rapporten skal være ferdig til styremøtet i desember 2023, for så å legges ut på høring. Endelig forslag til omstillingen skal fremlegges Helse- og omsorgsdepartementet i april 2024.

De fem arbeidsgruppene er:

- 1 akutte og planlagte (elektive) funksjoner
- 2 psykisk helsevern
- 3 rehabiliterings- og private tjenester
- 4 diagnostiske funksjoner
- 5 samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten

Arbeidsgruppene består av ledere innenfor fagfeltene i de ulike foretakene, tillitsvalgte og kommunale representanter fra de fire ulike foretakene sitt nedslagsfelt. For ordens skyld kan det nevnes at dette er:

- 1 Finnmarkssykehuset
- 2 Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN)
- 3 Nordlandssykehuset
- 4 Helgelandssykehuset

Arbeidet startet opp med fellesmøte for alle gruppene 26. juni 2023, og de ulike gruppene startet sitt arbeid i medio-slutten av august. Gruppene skal avslutte sitt arbeid ved å levere sin rapport 10. november. Det sier seg selv at tidsrammen for alle deltakerne føles veldig belastende.

Nødvendig arbeid

Helse Nord begrunner arbeidet i tre hovedlinjer. Bemanning, medisinsk utvikling og befolkningsutvikling.

Helse Nord har i 2022 stått for 40 prosent av all innleie fra vikarbyrå, til tross for at det kun er ni prosent av befolkningen som bor i Nord-Norge. I styresaken og på hjemmesidene står det beskrevet at dagens

struktur ikke lar seg bemanne. Det er derfor nødvendig med en økt sentralisering av tjenesteytingen. Dette er også blitt gjentatt et utall ganger av direktøren i Helse Nord, Marit Lind. De legger til grunn Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling*, som også vi i kommunene allerede ser på med bekymring. En fremtid med økende behov i befolkningen og færre hender som kan yte tjenester virker skremmende.

Den medisinske utviklingen med økt spesialisering og det økende antall muligheter innen utredning og behandling er udiskutabel. Det gir seg dermed selv at med færre fagfolk og flere ulike metoder som det skal være kunnskap og ferdigheter innen, vil det være sårbare fagmiljø hvis disse skal være spredt. Generalisten, som var ganske vanlig





Nordlandssykehuset
Lofoten på Gravdal.

da jeg hadde min praksis i sykehusene tidlig på 2000-tallet, er nå nesten borte.

Befolkningsutviklingen i Nord-Norge er et viktig bakteppe. Det har siden 1970-årene vært synkende fødselstall, og i 2023 vil det i Nord-Norge være færre personer i aldersgruppen 0–19 år i forhold til aldersgruppen 65+. Dessuten synker det totale folketallet med unntak av de store byene og noen få andre steder her i nord.

Bare en vei å gå?

Det er dessverre blitt veldig hakk i plata i denne utredningsprosessen. Det kan synes som at det ikke er noen andre løsninger for absolutt alle utfordringene enn å sentralisere. Det er ingen tanker om at alle som i dag jobber for vikarbyrå, eller utenfor helsevesenet, kan lokkes tilbake til faste, trygge ansettelser innenfor bedre rammevilkår.

Oppmerksomheten rundt #legermåle og sykepleiernes uttalelser i media de siste årene, tyder ikke på at man innenfor spesialisthelsetjenesten har gjort alt for å skape gode og levelige arbeidsvilkår. Felles rekrutteringsprosjekter mellom kommuner og sykehus må i større grad tas i bruk for å oppnå stabilitet. Sykehusene må legge mer til rette for spesialiseringsløp der rammen for gjennomføring blir mindre belastende for enkeltlegers familiære situasjon og deres personlige økonomi.

Det er all grunn til å diskutere om Legeforeningen sammen med Helsedirektoratet snarest bør utvikle spesialiseringsløp som er tilpasset den fremtiden vi er på vei inn i. Det bør være mulig for kloke hoder å snu trenden, ved å legge til rette for spesialisering som er mer tilpasset rurale strøk. Det bør være mulig å arbeide tett i team for

å dekke flere ferdigheter enn i dag, slik at de mindre sykehusene kan bestå.

Mange av forslagene vil kanskje oppnå gode resultater i en overordnet risiko- og sårbarhetsanalyse, og på papiret fremstå som fornuftig, men den vil skape en forsterkning av befolkningsnedgangen – det blir en selvoppfyllende profeti. Redusert fødetilbud og redusert desentralisert beredskap vil skape en utrygghet i den nordnorske befolkningen som vil bidra til færre fødsler og øke fraflytning. De som kommer til å flytte, vil neppe fra distriktene inn til de store nordnorske byene, men kanskje heller flytte lenger sør. De som flytter er også de som har ressurser og kapasitet til å gjennomføre en slik omveltning i livet. Det vil være de unge, ressurssterke som drar.

Ensidig fokus

Utredningen så langt bærer preg av å kun se på eget reir, der det i liten grad skjeles til samarbeidspartnere. Kommunene er riktignok deltakende i arbeidsgruppene, men tidsrammene legger ikke opp til at det er mulig å se på hvordan tiltakene rammer de kommunale tilbudene, eller hva kommunene må kompensere med.

Manglende fundament og grunnlag

Gruppene må på veldig kort tid ta stilling til en datainnsamling der vi stadig oppdager feil i grunnlagsdataene, og mange av dataene er kommet inn i prosessen helt på slutten. Mange av deltakerne i gruppen føler på et enormt tidspress. Det er liten tid til å diskutere flere alternativer eller innhente analyser som kan gi grunnlag for bedre beslutninger. Usikkerheten på om tiltakene vil ha en ønsket effekt, sitter som en klump i magen som ikke vil

bort. Det legges ikke opp til endringer i flere trinn, slik at man kan reversere eller kompensere hvis det ser ut til å gå galt.

Samhandling og overføring av oppgaver

Samhandlingsreformen la i stor grad opp til en styrt overføring av oppgaver til kommunene, der ressursene skulle økes nærmest der pasientene bor. Denne overføringen av oppgaver har gått i en rasende fart, uten noen som helst økning i ressursene til kommunenes helsetjenester. Samtidig har spesialisthelsetjenesten bygget ned sine tilbud med stort sett samme svaret: «Dette må kommunene ta hånd om». Det samme vil nok skje denne gangen. Distansen til mye av befolkningen vil gjøre at befolkningen vil kreve sine tjenester av de minste kommunene, som igjen må skaffe kompetansen til dette ved å smøre tiltak og kompetanse tynt utover. Det vil bli en krevende tid for kommunene her i nord, som både skal ivareta de forpliktelsene de i dag har, samtidig som de opplever et økende generasjonsgap i befolkningen med færre yngre og flere eldre.

Kommunenes samarbeid

Det skal bli interessant å se om kommunene i Nord-Norge klarer å stå samlet om saklige motsvar i sine høringsvar til prosjektrapporten, eller om det blir en kamp mellom regionene på hvor endringene skal komme. I så fall er det kun Helse Nord som blir å tjene på det, og befolkningen vil komme tapende ut av totalen til slutt.

Deltaker i undergruppe to «psykisk helse og rus» i omstillingsprosjektet

■ JANHAKONJUUL@GMAIL.COM

Samfunnsmedisin i praks

■ HANS JOHAN BREIDABLIK • Ph.d., fastlege/sjukeheimslege i Fjaler kommune, seniorrådgjevar Samhandlingsbarometeret, Helse Førde

■ TINA LØKKE VIE • Ph.d., Samhandlingsbarometeret, Helse Førde ■ ODDNE SKREDE • Ph.d., Samhandlingsbarometeret, Helse Førde

■ EMMA BJØRNSSEN • Cand.polit. sosiologi, Samhandlingsbarometeret, Helse Førde ■ EIVIND MELAND • Professor emeritus, Universitetet i Bergen

Samfunnsmedisin er eit medisinsk fagområde som har merkemda retta mot helsetilstanden i heile eller deler av befolkninga, og på livsmiljøet og samfunnsforholda som befolkninga lever i. Faget bygger på erkjenninga av at det er ein samheng mellom helse og samfunn.

I *Store medisinske leksikon* framkomer at ei sentral arbeidsoppgåve innan samfunnsmedisinen er overvaking og analyse av helsetilstanden i befolkninga og faktorar som kan påverke helsetilstanden positivt og negativt (1).

Kommuneoverlegen (KOL) har ei sentral rolle knytt til utøvinga av samfunnsmedisinen på lokalplanet, men då i samarbeid med ulike andre instansar i kommunen både på politisk og administrativt nivå. Særleg er folkehelsekoordinator/rådgjevar ein viktig samarbeidspart i arbeidet med oversiktsdokumentet over helse i befolkninga. Dette skal utarbeidast kvart fjerde år som kunnskapsgrunnlag for planarbeidet, sektorovergrepande tiltak og økonomiske prioriteringar (2).

Overvaking og analyse startar ofte med den lokalkunnskapen og erfaringskunnskapen KOL og andre sit inne med, kombinert med kunnskap frå litteratur på området.

Men det forutset også ein rimeleg enkel tilgang på innsamla data på kommunenivået. Folkehelseinstituttet (FHI) legg årleg ut sine *Folkehelseprofilar* på kommunenivå, og som inneheld eit vidt spekter av aktuelle variablar (<https://www.fhi.no/he/folkehelse/>). Helsedirektoratet har også ein nettstad med nasjonale kvalitetsindikatorar (<https://www.helseidirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer>). Data frå Statistisk Sentralbyrå (SSB), Kommunalt pasientregister (KPL) og KOSTRA-tal (kommune-stat-rapportering) er også tilgjengelege på nettet.

Ei særleg utfordring er at data (tal) frå små kommunar også ofte blir små, og med det utsett for mykje *tilfeldig variasjon*, som kan føre til overtolking av skilnadar. Ei løy-



FIGUR 1. Samhandlingsbarometeret (framside).

sing på dette er å slå saman tal for fleire år (såkalla *glidande gjennomsnitt*), og vidare å sjå på utviklingstendensar over lengre tidsrom. Men dersom ein vil nytte tradisjonelle statistikk-krav for vitskap som p-verdiar (signifikans) eller ikkje overlappende konfidensintervall, vil ein ofte ikkje oppnå dette for data frå mindre kommunar, sjølv om ein nyttar til dømes 90 prosent KI og ikkje det sedvanlege 95 prosentkravet.

Samhandlingsbarometeret (samhandlingsbarometeret.no/) vart starta opp av Helse Førde i forbindelse med innføringa av Samhandlingsreforma i 2012, men er seinare utvikla til å bli ein open nasjonal statistikkbank. Her kan dei som driv med samfunnsmedisin og folkehelse lett hente aktuell statistikk for sin kommune, helseforetaksområda (HFa) og nasjonalt (Noreg). Data som er publiserte her er henta frå ulike store

is på kommunenivå

nasjonale statistikkjelder. Mykje av dataene som er brukt i eksemplet under er henta frå dette Samhandlingsbarometeret.

Nabokommunar og likevel så ulike?

Vi har valt å bruke eit eksempel frå to mindre nabokommunar i Vestland fylke på sørsida av Sognefjorden; *Aurland* og *Vik*. Bakgrunnen er at desse kommunane ligg i kvar sin ende av skalaen for variabelen *tidleg død* i tidlegare Sogn og Fjordane fylke og er opp-taksområdet for Helse Førde HF.

Aurland har om lag 1800 innbyggjarar og Vik 2600. Begge har i overkant av 50 prosent av *spreidd busetnadsmønster*, og tilhøyrer *sen-tralitetssklasse 6* (lågaste). *Gjennomsnittsalderen* i Aurland er 43,8 år og i Vik 45,9 år, mot nasjonalt 41,1 år (2023) (ssb.no, tabell 13536). Begge kommunane har stagnerande folketal og negativt fødselsoverskot, men prognosane til SSB framover er klart betre for Aurland sitt vedkomande.

Det er klare skilnader i andel *innvandra-rar*, der Aurland ligg på 16,9 prosent, medan Vik ligg på 10,9 prosent.

Næringsstrukturen er ulik ved at Aurland har større omfang av turisme (t.d. ligg Flåm og Nærøyfjorden i denne kommunen), og

har klart fleire som arbeider innanfor gruppa «Overnatting og servering» med 129 av 962, mot Vik med 20 av 1342, medan Vik har fleire som arbeider innan primærnær-ing og industri (<https://www.ssb.no/stat-bank/table/13470/>).

Folkehelsemål: Dødelegheita i befolkninga er eit mykje brukt folkehelsemål, og har i utgangspunktet god kvalitet på statistikk-en. Målet reflekterer alvorlege sjukdom-mar som medfører død og voldsomme døds-fall, og reflekterer altså ikkje i utgangs-punktet omfanget av kroniske sjukdommar som befolkninga lever med (morbiditet der statistikken også er mindre presis).

Tidleg død (før 75 år) er eit mykje brukt folkehelsemål, og delar av denne er også mogle-g å påverke gjennom helsefremmande og førebyggjande tiltak («*førebyggbar død*»).

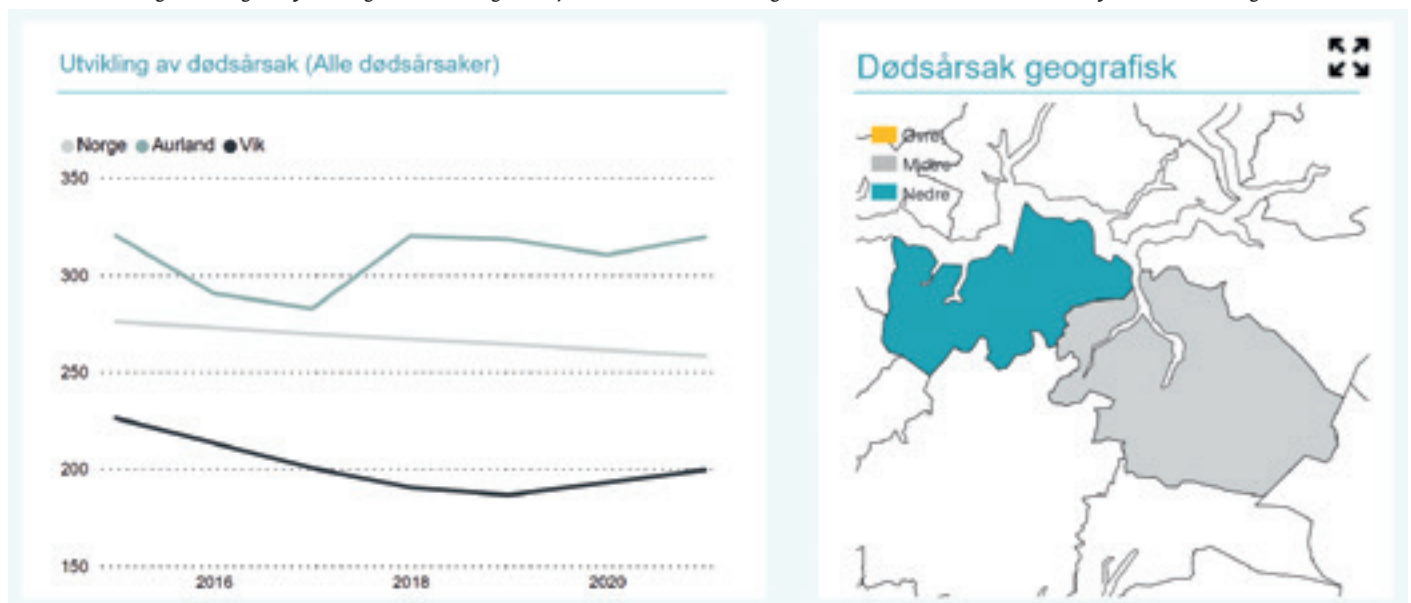
Her finn vi markerte skilnader mellom kommunane der Aurland med 310 dødsfall per 100 000 innb. ligg klart over landsgjen-nomsnittet (261) og Vik ligg klart under med 193 dødsfall per 100 000 innb. Skilna-dane er markerte for begge dei to største dødsårsakene; hjarte/karsjukdom (71/42) og kreftsjukdom (137/86). Vi finn klare kjønsskilnader for *menn* (486/251), og mindre for *kvinner* (152/139) (2013–2022).

Statistikken er her basert på ti års glidan-de gjennomsnitt, men likevel vil det hand-le om relativt få tilfelle i små kommunar, slik at skilnadar må tolkast med noko var-semd. Basert på råtala vil det dreie seg om gjennomsnittleg 5,8 dødsfall med tidleg død i Aurland årleg, og tilsvarende 5,4 i Vik. Over tiårsperioden vil det då vere mel-lom 50 og 60 døde inkluderte i statistikk-grunnlaget for kvar kommune. Vi har vald i det konkrete eksemplet også å berekne eit 90 prosent konfidensintervall (KI) for skil-nadane i tidleg død mellom kommunane. KI (90) er i dette tilfellet heller ikkje over-lappande (Aurland 253–393 og Vik 154–245).

Ser vi på utviklinga over tid (2015–2021) har også Vik hatt ei positiv utvikling og ligg heile perioden klart under landsgjen-nomsnittet, medan Aurland har variert noko, men er no tilbake på 2015- nivået.

Forventa levealder ved fødsel er eit anna folkehelsemål. Denne er for kvinner i Aur-land 85,1 år, medan tilsvarende i Vik er 86,8 år. For menn er tilsvarende 78,7 (Aur-land) år mot 80,4 år (Vik). Data er henta frå FHI. Kvinner i Aurland har altså 6,4 år len-ger forventa levetid enn menn i same kom-mune.

FIGUR 2. Utvikling av tidleg død for Norge, Aurland og Vik i perioden 2015–2021, og skisse av dei to nabokommunane, frå Samhandlingsbarometeret.



Andre aktuelle variablar knytt til samfunn, sjukdom og livsstil

Andel uførepensjonerte i befolkninga kan gje ein peikepinn på både sjukelegheit og andre lokale faktorar. Vi veit at auken i yngre uførepensjonerte (18–44 år) har vore markert i seinare år (3). Om vi ser på tal frå 2022, finn vi at Aurland her har 3,5 prosent uførepensjonerte blant yngre, medan Vik har 2,7 prosent. Men samle er uførepensjonering mykje på same nivå i begge kommunane med henholdsvis 8,5 vs. 8,4 prosent av befolkninga i yrkesaktive årsklassar, og begge kommunane ligg i underkant av landsgjennomsnittet.

Utanforskap er ein faktor som har fått mykje merksemd i seinare tid. Variabelen viser yngre personar (15–29 år) som ikkje er verken under utdanning, i lære eller i arbeidslivet. For denne variabelen ser ein markerte skilnader mellom dei to kommunane, der Aurland har 8,5 prosent og Vik berre litt over halvparten med 4,4 prosent. Nasjonalt ligg nivået på 9,5 prosent, altså høgare enn begge kommunane.

Utdanningsnivået er kjend for å vere ein sosioøkonomisk variabel med sterk helsemessig samanheng i Norge. Når det gjeld

andelen med berre *fullført grunnskule*, er det lite forskjell mellom kommunane; 19/21 prosent (Aurland/Vik) (Norge 22 prosent), medan for *høgskule/universitetsutdanna* har Aurland med sine 32 prosent ein klart høgare andel enn Vik med berre 26 prosent. Begge ligg imidlertid for denne under landsnivået på 37 prosent. *Gini-koeffisientar* som måler inntektsskilnader innanfor eit land eller ein befolkning, ligg på 0,23 (Aurland) og 0,21 (Vik), begge lågare enn landsnittet på 0,25 (4).

Helseutgifter og fastlegestabilitet. KOSTRA-tal for 2022 viser at Aurland har svært høg andel av driftsutgiftene knytt til kommunehelsetenesta (19,7 prosent) mot Vik med under halvparten (9,0) (nasjonalt er dette 6,1 prosent). Truleg kan dette ha med vikarutgifter å gjere, då den store veksten i Aurland er kome til i dei siste åra.

Fastlegestabilitet og dødelegheit har fått mykje merksemd i seinare tid, m.a. gjennom norsk forskning (5). Fram til 2021 var gjennomsnittleg fastlegestabilitet i Aurland berre to år, medan den var heile elleve år i Vik.

Forbruk av spesialisthelseteneste. Her kan vi sjå på samla DRG-forbruk pr. 1000

	AURLAND	VIK
Daglegrøyk	9,0 prosent	5,9 prosent
Episodisk høg alkoholbruk	14,2 prosent	12,3 prosent
Hyppig fiskemiddag	56 prosent	63 prosent
Frukt/bær dagleg	41 prosent	44 prosent
Fysisk aktivitet (30 min.)	27,9 prosent	29,1 prosent
Skader siste år	17,1 prosent	17,2 prosent

TABELL 1. *Livsstilsfaktorar.*

innb. for dei to kommunane som i noko grad kan reflektere det samla tenesteforbruket frå spesialisthelsetenesta til innbyggjarane i kommunane. Her ligg Aurland lågare enn Vik (287/363).

Livsstilsvariablar. Tradisjonelt omfattar dette variablar knytt til røyking, alkoholbruk, fysisk aktivitet, kosthald og ulykker/skadar. For vaksengruppa har vi her tal frå Folkehelseundersøkinga i Vestland 2022 i Samhandlingsbarometeret (<https://www.vestlandfylke.no/folkehelse/folkehelseundersokinga-2022/>).

Utsyn over Vik i Sogn, Vestland. PETR ŠMERKL, WIKIPEDIA





Utsyn over Aurlandsfjorden, Aurlandsvangen og Flâm. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS

Generelt ligg Vik litt betre an enn Aurland på livsstilsvariablane. Det er berre for andel daglegrøykarar at forskjellen er markert.

Sjølvopplevd helse: Begge kommunane ligg høgt på god sjølvopplevd helse (75–76 prosent).

Refleksjon over skilnader

Data viser ein klar skilnad i mortalitet (tidleg død) mellom nabokommunane Aurland og Vik i Sogn (no i Vestland Fylke). Vik ligg her betre an enn landsgjennomsnittet for Norge, medan Aurland ligg over, og ligg også på same nivå som kommunen gjorde i 2015. Det er særleg menn som står for den høge dødelegheita i Aurland.

Ettersom det er små årlege tal, nyttar statistikken glidande gjennomsnitt for ti år. At skilnadane er markerte for både hjarte/karsjukdom og kreft tyder ikkje på at det er einskildhendingar med voldsomme dødsfall som skaper skilnaden. Den viser seg også i noko grad for skilnader i forventale levealder ved fødsel.

I utgangspunktet kan slike endepunkt ha samanheng med svært mange einskild-

faktorar i lokalsamfunnet. I artikkelen her har vi sett på nokre av desse, også for å demonstere korleis ein kan nytte *Samhandlingsbarometeret* og andre statistikkjelder til arbeidet med samfunnsmedisin, kartlegging og folkehelse i einskildkommunar.

Ein skilnad mellom kommunane er omfanget av turisme som næring der Aurland med Flâm og Nærøysfjorden fører til at fleire har arbeidsplassar i slik næring, som tidlegare er kople til negative helsekonsekvensar (6).

Aurland har også ein klart høgare andel innvandrarakar enn nabokommunen Vik. Forsking kan likevel tyde på at innvandrarakar i Noreg generelt har ein lågare dødelighet og høgare forventale levealder enn befolkninga ellers (7).

For uføretrygda ligg begge under landsnivået, men Aurland har fleire yngre uføre enn Vik har, og også klart fleire yngre som lever i utanforskap.

Høgt utdanningsnivå er vanlegvis knytt til lågare dødelegheit, men Aurland har fleire med høg utdanning enn Vik har, medan begge ligg under landsgjennomsnittet. Kom-

binasjonen av høg utdanning og høg grad av utanforskap er eit uttrykk for relativ ulikheit. Wilkinsons hypotese om at relativ ulikheit representerer eit trugsmål mot helse kan manifestere seg mellom nabokommunar i et fylke (4).

Det har vore klart høgare fastlegestabilitet i Vik enn i Aurland.

Når det gjeld livsstilsfaktorar er andelen daglegrøykarar den mest klare skilnaden der Aurland har langt fleire daglegrøykarar, medan det berre er mindre skilnader for dei andre.

Det er også interessant å sjå at den sjølvopplevde helse er høg og like god for begge kommunane.

Konklusjon

Det kan sjå ut til å vere ein reell og aukande skilnad på omfanget av tidleg og førebyggbar død mellom to små nabokommunar i Sogn. Det er truleg uttrykk for ein sum av mange variablar, men kjønnskilnader, skilnader i yrke, innvandring, utanforskap, utdanningsnivå, relativ ulikheit, fastlegestabilitet og dagleg røyking ser ut til å vere mest framtrédande.

For Vik kommune vil folkehelsearbeidet kanskje først og fremst ha som mål å behalde den gode posisjonen ein har i høve tidleg død, medan for Aurland er det klare utfordringar i å få redusert den høge dødelegheita.

REFERANSAR

1. Store medisinske leksikon. <https://sml.sn.no/samfunnsmedisin>.
2. Forskrift om oversikt over folkehelsen. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-06-28-692>
3. Hvorfor så sterk uførevækt blant unge i årene 2014 – 2019? Arbeid og velferd nr. 1-2023
4. <https://www.ssb.no/inntekt-og-forbruk/inntekt-og-formue/statistikk/inntekts-og-formuesstatistikk-for-husholdninger/artikler/slik-maler-ssb-ulikhet>.
5. Sandvik H, Hetlevik O, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *BJGP*. 2022 Jan 27; 72(715): e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.
6. Texmon I (2009): Dødelighet etter yrke. Utvikling etter 2000. Rapport 2022/24. ISBN 978-82-587-1545-7 (elektronisk). <https://www.ssb.no/helse/helseforhold-og-levevaner/artikler/dodelighet-etter-yrke.utvikling-etter-2000/> /attachment/inline/4b3416c9-a586-44d3-830f-495ff5ab062f:3bb8095fbdcd0d0578f283c50614b81dd15fe4a35/RAPP2022-24.pdf.
7. Syse A. An observational study of immigrant mortality differences in Norway by reason for migration, length of stay and characteristics of sending countries. *BMC* (2018) 18: 508.
8. Wilkinson RG, Pickett KE. The problems of relative deprivation: why some societies do better than others. *Soc Sci Med*. 2007; 65(9): 1965–78.

■ HANS.JOHAN.BREIDABLIK@HELSE-FORDE.NO

Fastlegers erfaringer med et ett-årskurs i kognitiv atf

■ KRISTIN SUNDBY MYHRER • Spesialist i allmennmedisin, fastlege Lillestrøm legesenter

■ OLE RIKARD HAAVET • Spesialist i allmennmedisin, professor emeritus Avdeling for allmennmedisin UiO

Kognitiv atferdsterapi (KAT) synes å være relevant i de fleste av fastlegenes konsultasjoner. Fastlegene rapporterer at ved bruk av KAT blir de mindre slitne i møte med pasienter med psykiske helseutfordringer, og at de behandler flere av disse pasientene selv uten behov for å be spesialisthelsetjenesten om hjelp.

Én av fire pasienter fastlegene møter i allmennpraksis tar opp en psykisk utfordring som hoved- eller bitema (1). Dette utgjør nærmere fire millioner konsultasjoner årlig hos fastlegene i Norge. Allmennleger mangler gode ikke-medikamentelle metoder i møte med psykiske helseproblemer. KAT er et alternativ. KAT har dokumentert effekt ved behandling av psykiske og kroppslige plager og sykdommer, for eksempel depresjon, angst og kronisk smerte. Målet for KAT er å bidra til at pasienten oppdager sammenhengen mellom dys-

funksjonelle tanker og tilhørende følelser, atferd og kroppslige reaksjoner.

Mange fastleger har tatt korte KAT-kurs. Disse korte kursene skaper en interesse for KAT, men synes å være for overflatiske til at fastlegene får ferdigheter som gir effekt i den kliniske hverdag (2). Den norske legeförening og Norsk forening for kognitiv terapi har siden 2007 tilbudt et KAT-kurs som går over ett år. Mer enn 250 allmennleger har fullført dette kurset. Det er organisert med to to-dagers samlinger og tre enkeltdager. Gjennom disse dagene blir den teoretiske

I kveldsgruppene får kursdeltakerne veiledning ut fra videoopptak fra egne konsultasjoner.



ILLUSTRASJONSFOTO: SYMA PRODUCTIONS / SCANDINAVIAN STOCKPHOTO

ILLUSTRASJONSFOTO: COLUIMBOX

erdsterapi



gjennomgangen illustrert med øvelser i rollespill. Hjemmearbeid supplerer kursdagene. Deltakerne får en litteraturliste over pensum for kurset. Hjemmearbeid blir samtidig en øvelse som illustrerer pasientenes hjemmearbeid mellom behandlingstidene med KAT. Mellom kursdagene er det også organisert mindre lokale kveldsgrupper ledet av kollega som er utdannet veileder i KAT. I kveldsgruppene får kursdeltakerne veiledning ut fra videoopptak fra egne konsultasjoner. Kurset avsluttes med en to timers skriftlig eksamen. Ett-årskurset i KAT blir fulgt opp med tilbud om regelmessige oppfriskningskurs.

Formålet med studien

Studien ville undersøke allmennlegenes egen opplevelse av hvordan et ettårig etterutdanningskurs i KAT virket på

- deres bruk av KAT,
- i hvilke konsultasjoner de brukte KAT og
- innvirkning på henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Vi ville også vite noe om:

- hvilke typer pasienter som ble behandlet,
- hvilke KAT-strategier som ble benyttet,
- innvirkninger på legens tilfredshet,
- om det endret praksis og varighet av eventuell endring og
- deres opplevelse av nytte for pasienten.

Metode

Deltagerne i studien var allmennleger som hadde fullført ett av de åtte kursene av ett års varighet i perioden 2007–2016. I 2017 sendte vi en mail til alle deltagerne og inviterte dem til å delta i studien. Spørreskjemaet ble sendt deltakerne som en Questback utspørring. 234 allmennleger ble kontaktet med introduksjonsmail og pur-remailer. Dette resulterte i 124 deltagere og en responsrate på 57 prosent.

Spørsmålene relatert til KAT var hvor mange strukturerte KAT-konsultasjoner legen gjennomførte per måned samt hvilke KAT-teknikker som ble brukt: agenda for konsultasjonen, prioritert liste over utfordringer pasienten ønsket løst, sokratiske spørsmål, ABC modell (Antecedents, Behavior, Consequences), registrering av daglig aktivitet, panikksirkel (trigger, følelser, kroppsreaksjon og katastrofetanker), angstkurve med effekt av eksponering, kasusformulering (sammenheng mellom aktuelle symptomer og tidlig utviklede tankemønstre), psykoedukasjon, oppsummering på slutten av konsultasjonen og hjemmeoppgaver.

Utkomme og statistisk analyse

Vi brukte deskriptiv statistikk for å beregne hyppighet og prosenter. Kjikvadrattester ble brukt til å undersøke assosiasjoner. Binære responser ble analysert med logistisk

regresjon. Vi modellerte dataene i to trinn. Metoden er nærmere beskrevet i originalartikkelen (3).

Resultat

Av 124 deltagende fastleger var det 63,7 prosent kvinner og 36,3 prosent menn. 75 prosent av legene brukte strukturerte KAT-metoder i konsultasjoner hver måned. 99,2 prosent rapporterte daglig bruk av KAT-teknikker.

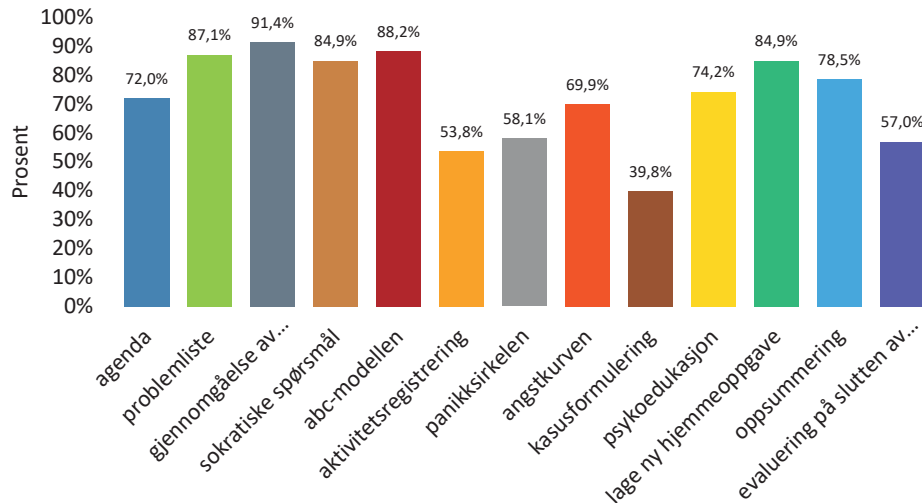
Pasienter

Fastlegene rapporterte at de hyppigste symptomene til pasientene som ble behandlet med KAT, var blandet angst og depresjon (43,5 prosent), angst (30,4 prosent) og depresjon (22,8 prosent).

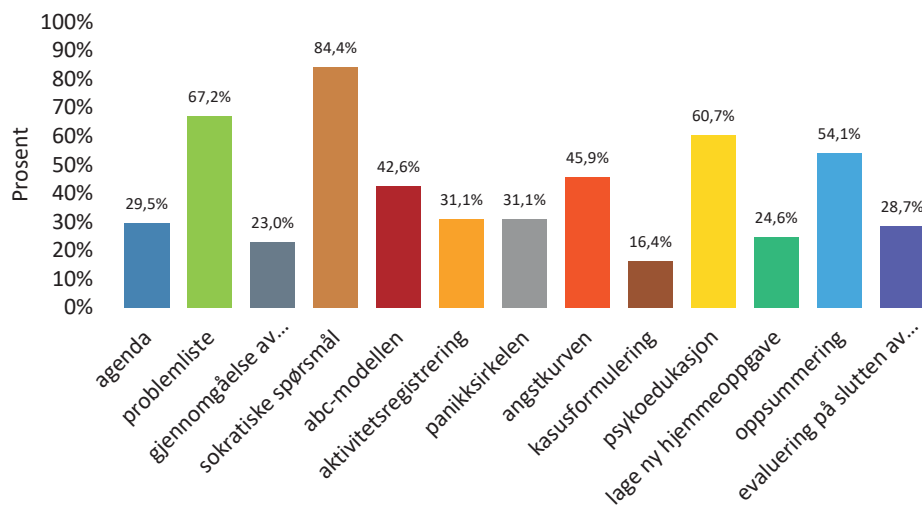
Strukturerte KAT konsultasjoner og ustrukturert bruk av KAT strategier

75 prosent av legene gjennomførte planlagte, strukturerte KAT-konsultasjoner minst en gang per måned, og 99,2 prosent brukte KAT hver dag i alle typer konsultasjoner. Det var ingen signifikante kjønnsforskjeller blant fastlegene i bruken av KAT.

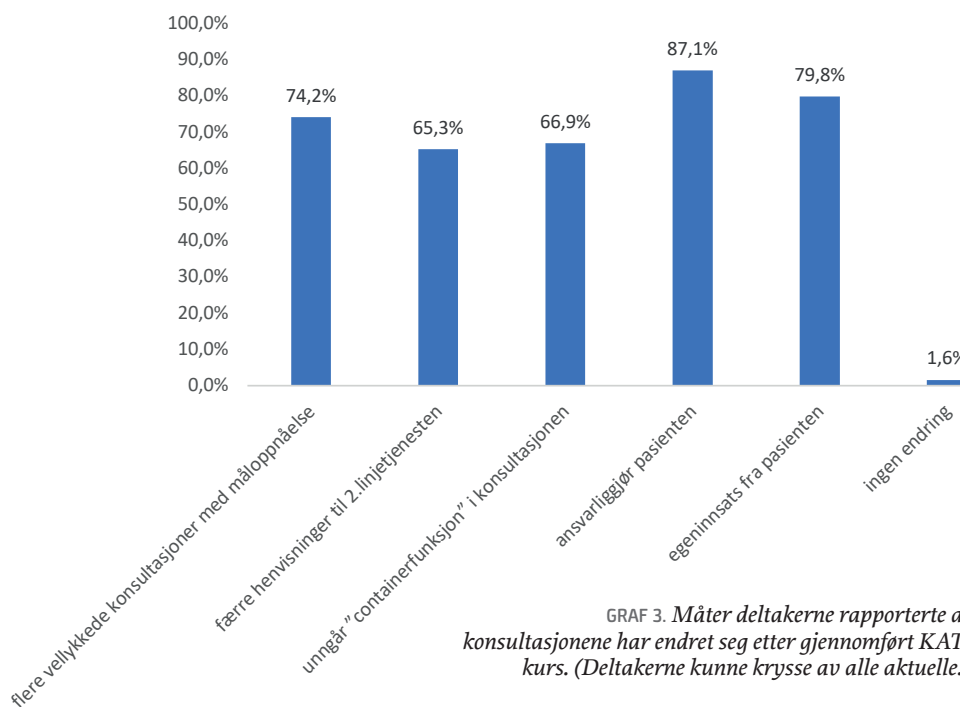
Alle KAT-strategier som ble undervist på kurset ble benyttet i både strukturerte KAT-konsultasjoner (GRAF 1) og i andre konsultasjoner (GRAF 2). Mer enn halvparten av legene brukte problemliste, sokratiske



GRAF 1. Elementer brukte i planlagte (strukturerte) KAT-konsultasjoner. (Deltakerne kunne krysse av alle aktuelle.)



GRAF 2. Elementer fra KAT brukt i vanlige (ikke-strukturelle) konsultasjoner. (Deltakerne kunne krysse av alle aktuelle.)



GRAF 3. Måter deltakerne rapporterte at konsultasjonene har endret seg etter gjennomført KAT-kurs. (Deltakerne kunne krysse av alle aktuelle.)

spørsmål, psykoedukasjon og oppsummering av konsultasjonen i alle typer konsultasjoner.

Endringer av praksis

Deltagerne i studien beskrev flere endringer etter gjennomført KAT-kurs (GRAF 3). Tre endringer i egen praksis kom fram: 1) fastlegene henviste færre pasienter til psykiatrisk andrelinjetjeneste, 2) de tok sjeldnere rollen som en passiv tilhører i konsultasjonen (container rolle) og 3) de gjorde endringer i timeboken med dedikerte timer til KAT-konsultasjoner.

Faktorer assosiert med færre henvisninger

Fastlegene rapporterte 5,4 ganger redusert sannsynlighet for henvisninger til andrelinjetjenesten hos legene som brukte sokratiske spørsmål, 4,7 ganger redusert sannsynlighet hvis de brukte oppsummering av konsultasjonen og 3,5 redusert sannsynlighet hvis de hadde deltatt på et oppfriskningskurs i KAT.

Faktorer assosiert med å unngå en containerrolle

I ujustert modell var sokratiske spørsmål, psykoedukasjon, hjemmeoppgaver, deltakelse i veiledet etterutdanningsgruppe og deltagelse i oppfriskningskurs signifikant assosiert med å unngå den såkalte containerrollen.

Endring av timebok

Mer enn 75 prosent av deltagerne rapporterte at de gjorde endringer i sin timebok for å tilpasse den til KAT-konsultasjoner. 58 prosent satte opp dobbelttimer.

Diskusjon

Funnene i undersøkelsen indikerer at ettårig kurs i KAT endrer de deltakende legenes håndtering av psykiske og somatiske helseproblemer, og at denne endringen synes å være varig. Endringene medførte at tidligere kursdeltakere var mer aktive i konsultasjonene og til at færre ble henvist til psykiatrisk andrelinjetjeneste. Praktisk talt alle de deltakende legene anga at de brukte KAT-strategier daglig.

Mer enn 75 prosent av responderne gjorde endringer i sin timebok for å sette av tid til KAT. Dette kan tyde på at de anså KAT som nyttig. Endringen ble opprettholdt uavhengig av hvor lang tid det var siden legen fullførte kurset. Våre funn passer med funnene til Malin et al. (4), at fastleger som har fullført et ettårig kurs i KAT, føler seg mer kompetente og sikre i utførelsen.

Selv om depresjon og angst var de hyppigste diagnosene som ble behandlet med

KAT, rapporterte alle deltagerne at de brukte KAT-strategier i behandlingen av andre diagnoser, som smerter og psykosomatisk lidelser.

Svarrespons på 57,1 prosent etter påminnelser ansees som akseptabelt for en Questback-undersøkelse. Funnene endret seg heller ikke selv om det kom nye respondenter ved hver av de to purrerundene. Det er imidlertid mulig at legene med best erfaring med det ett-årige KAT-kurset var overrepresentert i vår studie.

I studien er det fastlegene som rapporterer om egne erfaringer med hensyn til henvisning til spesialisthelsetjenesten. Et bedre mål ville vært objektive data på antall henvisninger til spesialisthelsetjenesten.

Konsekvenser for klinisk praksis og fremtidig forskning

Etterutdanning i KAT ser ut til å fremme bruken av KAT-strategier i klinisk allmennpraksis. Bruk av KAT kan bidra til tidligere intervensjon hos pasienter med mentale lidelser og gi færre henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Funnene våre kan være nyttige i fremtidig planlegging av utdanning av leger og i etterutdanning av fastleger.

Medforfattere i hovedartikkelen: Nick Kates, Ibrahimu Mdala, Bente Aschim, Sverre Lundevall, Egil W. Martinsen og Jan C Frich. Denne artikkelen er et utdrag av en artikkel publisert i tidsskriftet *Canadian Family Physician* i november 2023 (3).

REFERANSER

1. Bjorland E, Brekke M. What do patients bring up in consultations? An observational study in general practice. *Scand J Prim Health Care*. 2015; 33(3): 206–11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26205343>.
2. King M, Davidson O, Taylor F, Haines A, Sharp D, Turner R. Effectiveness of teaching general practitioners skills in brief cognitive behaviour therapy to treat patients with depression: randomised controlled trial. *BMJ*. 2002;324(7343): 947–50. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11964340>.
3. Haavet OR, Myhrer KS, Kates N, Mdala I, Aschim B, Lundevall S, et al. Experiences of cognitive behavioural therapy training programme on GP practices: A cross-sectional study. *Can Fam Physician*. Nov. 2023.
4. Malins S, Kai J, Atha C, Avery A, Guo B, James M, et al. Cognitive behaviour therapy for long-term frequent attenders in primary care: a feasibility case series and treatment development study. *Br J Gen Pract*. 2016; 66(651): e729–36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27432609>

■ KRISTIN@MYHRER.COM
■ O.R.HAAVET@MEDISIN.UIO

Kan du ikke bare spise da?

■ ODA SOLHEIM HAMMERSTAD

Spesialist i psykiatri, overlege ved Enhet for spiseforstyrrelser, DPS Gjøvik, Sykehuset Innlandet HF

Spiseforstyrrelser er lidelser som primært rammer unge kvinner. Mange av de er barneskoleelever første gang tanker og plager om kropp og utseende kommer snikende og begynner å dominere tankeinnholdet.

Mange rapporterer om flere år med slike tanker, før de faktisk taper vekt og problemene blir synlige for omverdenen.

Sårbarhet som risiko

Det er knapt noen pasienter som skaper mer følelse av avmakt hos hjelperne, enn de som vegrer seg for å spise.

Kjernesyntomer ved spiseforstyrrelsene er overopptatthet av mat, kropp og vekt. Selv om det er undervekten eller avvik i blodprøvesvar som får oss leger til å kjenne på trang til å handle raskt, er det graden av psykopatologi som gjør at vi må ha kjennskap og kompetanse på spiseforstyrrelser for å kunne bedre tilstanden på sikt.

Spiseforstyrrelser som fenomen har vært kjent i flere hundre år. Meningsdannelsen har endret seg en del, men symptomene kan man kjenne igjen på tvers av tid og landegrenser. Vi snakker ikke lenger om hellig anoreksi, men om psykisk lidelse med store konsekvenser for liv og livsutfoldelse hos de som rammes.

Holdningen og tilnærmingen til pasientene har også endret seg betydelig, og det er først de siste årene at vi har tilbud om behandling som er allment tilgjengelig.

Hva som ligger til grunn for en spiseforstyrrelse kan være så mangt. Det er nyttig å tenke på sårbarheten i lidelsen i en risikomodell, med et bio-psyko-sosialt perspektiv på utvikling av lidelse. Genetikk, personlighet, temperament og oppvekstvilkår spiller viktige roller. Relasjonen til seg selv, til andre og tilknytningsmønster er hyppige terapitema.



Blant mange vil man ikke finne noen spesi-
fikk årsak eller begrunnelse for at nettopp
denne pasienten ble rammet, mens andre
har historier preget av omsorgssvikt, over-
grep, mobbing, utenforskap eller grunn-
leggende reguleringsvansker.

Fra døgnbehandling i voksenpsykiatrien
erfarer vi at mange med langvarig og alvor-
lige plager gjerne har et sammensatt syk-
domsbilde med komorbide lidelser som de-
presjon, andre angstlidelser, personlighets-
forstyrrelser, ADHD, OCD, psykose eller au-
tisme. Mange strever med at det å regulere
seg ofte kretser rundt destruktive mestrings-
strategier, og at øvrig handlingsrepertoar er
begrenset og ikke gir tilstrekkelig effekt.

Hverdagsmat og atferdsendring

Maten vi anbefaler til pasienten er helt van-
lig hverdagsmat, det vi alle spiser. Maten bi-
drar til vektnormalisering og etter hvert
også stabilisering. Det er viktig å normali-
sere vekt tilstrekkelig, det vil si at man sik-
ter seg inn på vekten man antar er pasien-
tens biologiske likevekt. Dersom pasienten
har hatt en sunn vekt tidligere i voksen al-
der, er dette et godt utgangspunkt. Hvis det
ikke foreligger, anbefaler vi å nå en KMI på
minst 20. Hos kvinnelige pasienter er målet
i tillegg å få regelmessig menstruasjon. Det
er viktig å ikke gi seg på en for lav vekt,
da prognose og risiko for tilbakefall bedres
ved tilstrekkelig vektnormalisering.

Mange strever med kompenserende at-
ferd som oppkast, overtrening, bruk av
laksantia eller andre metoder for å hindre
vektoppgang. Flere opplever atferden som
skamfull, og det kan være vanskelig å ta
opp i frykt for reaksjonen til den som får
høre om det. Det å kunne bidra til å dempe
skammen vil kunne gi åpning for samtaler
som igjen kan gi grobunn for endring.

En del pasienter opplever å bli møtt med
krav til atferdsendring de ikke kjenner seg
klare til. Det er noe veldig menneskelig
over å ikke ville endre seg, med mindre det
foreligger gode grunner. For mange repre-
senterer spiseforstyrrelsen en venn og en
trøst, som at den gir en slags lovnad om å
føle seg bedre med seg selv. Det er allikevel
vanskelig, for ikke å si umulig, å skulle
følge alle reglene som spiseforstyrrelsen
har satt opp.

Angsten som bestemmer og begrenser

Angst er finurlige greier. På den ene siden
gir det god mening å unngå sterk angst og
ubehag, man vil jo tross alt sitt eget beste.
På den annen side blir handlingsrommet
stadig mer snevert om man lar angsten ta

beslutningene over tid. «Straffen» som føl-
ger av å bryte ut, gjøre motsatt av hva ang-
sten vil, kan være sterk, lammende og
smertefull. Det er forståelig at man vil un-
ngå dette.

Ambivalens er et stort tema i spisefor-
styrrelsen. Det er mange beskrivelser av
sterke stemmer som roper og skriker, som
neker deg mat, som lister opp alt du ikke
kan gjøre eller får lov til. Det er bråkete i
hodet, du får ikke fred. Særlig er det ufred
ved spisebordet. Ambivalensen gjør seg
gjeldende når du vet eller kjenner at du
trenger mer mat og drikke allikevel.

Min erfaring er at lidelsen er beheftet med
en voldsom tvil om hva man skal gjøre, i en
setting hvor man strever i valget mellom
fornuft og følelser. Mange vet hva de burde,
vet godt hva de har blitt fortalt igjen og
igjen. Så kommer tvilen og river og sliter,
angsten vokser seg større og sterkere, og
man kjenner seg usikker. Det er kanskje li-
kevel best å være på den trygge siden?

Innsikten til hva man holder på med kan
være påvirket på mange forskjellige måter.
Flere forteller at de etter hvert, med litt av-
stand til sykdommens dominans, oppfat-
ter eget tankeinnhold og fornuft som nær-
mest overtatt av angst. Det var ikke plass
til rasjonell vurdering av egne behov. I pe-
riodene med undervekt og sterk restriks-
jon var fornuften nær forduftet. Det gav
fullstendig mening å gjemme mat, knipe
på mengder og veie seg mange ganger om
dagen. Det gav system i kaos, det var noe
man kunne gjøre og forholde seg til.

Pasientene med spiseforstyrrelse er først
og fremst redde. Det uangripelige ytre, det
glatte smilet, det insisterende «det går
fint», det tjener mest som beskyttelse for å
blottlegge seg eller å beskytte en viktig og
virksom måte å regulere seg på. Mat som
virkemiddel er sterkt, det rokker ved noe
grunnleggende hos oss.

Trygghet og forutsigbarhet

Det er litt av en øvelse for en sykehuslege å
skulle foreslå hva fastleger skal gjøre og
kunne. Jeg drister meg til noen tanker, og
håper at det kan være til inspirasjon. Fast-
legens store fortrinn ligger i det faste, det
helhetlige og i kontinuiteten. Pasienten
møter en som har kjennskap til deg over
tid. Det kan være en trygghet i seg selv å bli
møtt flere ganger av en seriøs og trygg vok-
sen med kompetanse, en som ikke er like
redd som foreldrene. Fastlegen bør kunne
gi informasjon om hva en kropp trenger og
at det bør være balanse mellom mat, hvile
og aktivitet. Det er meningen at alle skal
ha en kropp.

I behandlingen av pasienter med spise-
forstyrrelse er jeg helt konsekvent i bud-
skapet om å ta vare på seg selv. Mat er om-
sorg, det er ikke snilt å la noen sulte, ei
heller seg selv. Man trenger hvile, varme og
gode mennesker rundt seg. Det å hjelpe til
å bedre sin evne til egenomsorg er ofte en
fin inngangsport.

Mange pasienter kjenner seg igjen i at de
er i «feilsøkemodus». De er ofte selvkritiske
og strenge, og langt strengere enn de er
mot andre. Det å få støtte og tillatelse til å
ta vare på seg selv, gjøre mot seg selv som
man ville gjort mot andre, det er av det
gode. Atferden knyttet til å sjekke krop-
pen, kontrollere maten og hva som er i den,
telle kalorier og antall skritt og alt som kan
høre til. Det har kanskje sin indre logikk,
men det holder deg tilbake og på stedet
hvil.

Ingen gode relasjoner er grenseløse. Pasi-
entene trenger en trygg og stødig ramme.
Forutsigbarhet i kontakten og i innholdet i
relasjonen til behandler er nødvendig. Vi
er hjelpere som er på jobb og derfor kan
hjelpe i arbeidstiden. Timer avtales, og der-
som det blir endringer så gir vi gjensidig
beskjed. Vi snakker åpent om hva som er
av bekymring og vi gir tilbakemeldinger
som er sanne, også når de er vonde.

Vi er selvsagt konsekvente i budskapet
om at man trenger mat, og i rammen ligger
det at vi må følge med på ulike parametere
som vekt og blodprøver.

Beklageligvis er behandling på dette feltet
en begrenset ressurs. Det er ofte ventetider
på innleggelse, og poliklinisk behandling
kan være av for kort varighet og med varier-
ende kompetanse. Mange pasienter trenger
oppfølging over tid og med en viss intensi-
tet, for å kunne ha tilstrekkelig med støtte
for å jobbe seg ut av spiseforstyrrelsen.

Jeg vil allikevel hevde at mange kan gjø-
re mye. Det å snakke om egenomsorg og
tilby en trygg ramme, med klar, tydelig
varme i tilnærmingen, det kan vi alle gjøre.
Kjeft, formaninger og skremselstaktikk
fungerer dårlig, selv om vi kan kjenne oss
både fristet og drevet til å bruke den delen
av oss. Forsvaret aktiveres gjerne, og vi
snakker ikke lenger med den syke, i beste
fall til. En allianse handler om at man fak-
tisk er åpen og ærlig om bekymringer og
utfordringer, men ikke at man selv mister
fokuset på å komme i og være i kontakt.

Pårørende som ressurs eller uheldig relasjon

Det å støtte pasienten til å løse problemene
sine i terapi og i relasjon, heller enn på tal-
lerken og badevekt, er budskapet vi ønsker



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

å formidle. Holdningen om at de grunnleggende sett forsøker å hjelpe seg selv, men strever med hvordan, er nyttig i møte med den syke og deres pårørende.

Pårørende kommer i alle farger og fasoner, og mange har forstrukket seg og har blitt rådvile på veien. De trenger nok ofte mer enn det synes som. Mange familier har begitt seg ut på stadig mer uhensiktsmessige måter å leve livene sine på. Mat og måltider tar særlig stor plass, og er en kilde til frustrasjon, fortvilelse og avmakt. Å leve med alvorlig lidelse i nær familie er energikrevende, og hele familien trenger ofte ivaretagelse. Det røkter ved noe grunnleggende hos foreldre at de ikke makter å gi barna sine mat. Noen foreldre strekker

ikke til, og noen få har også vært skadelige for sine barn. Dette må vi som helsepersonell forholde oss til, og vår lojalitet ligger hos pasienten. Der det beste for pasienten er å reetablere forholdet til foreldre som ønsker og vil det beste for barnet sitt, der skal vi støtte, trygge, lære opp og hjelpe foreldrene til å være de foreldrene som barnet trenger. Det gjelder jo tross alt de fleste av dem. Der relasjonen og dynamikken er skadelig, vond og fastlåst trenger pasienten å finne støtte, trygghet og hjelp i noen utenfor foreldrerelasjonen og ramme inn eller begrense relasjonen.

Vi ser på pasientene som de individer de er, og med de styrker og ressurser som faktisk er til stede. Det er ikke slik at de «bare»

skal spise, men det å spise er tross alt grunnleggende for levende organismer. Uten dette duger vi ikke til stort, ei heller til terapi.

Hvis vi klarer å ha minst to tanker i hodet samtidig, kan vi gjøre mye for mange. Tross alt blir de fleste ganske eller helt bra av sin spiseforstyrrelse i et lengre perspektiv. Det viktigste vi da kan gjøre er å begrense lidelse, både kroppslig og sosialt, og hjelpe den syke til å leve så normalt som mulig. Ved tidlig og riktig oppfølging av ungdommen som strever med selvbilde, dysfunksjonell regulering av følelser og trang til å dempe seg selv, så kan vi kanskje gripe inn før konsekvensene blir store.

■ ODAHAMMERSTAD@GMAIL.COM

ENSTILAR® «LEO»

Middel mot psoriasis. D3-vitaminanalog + gruppe III-kortikosteroid (sterke).

SKUM: 1 g *inh.*: Kalsipotriol 50 µg (som monohydrat), betametason 0,5 mg (som dipropionat), flytende parafin, polyoksypropylenstearyleter, hvit vaselin, butylhydroksytoluen (E 321), helracemisk α-tokoferol, butan, dimetyleter. **Indikasjoner:** *Voksne:* Lokal behandling av psoriasis vulgaris. **Dosering:** *Voksne:* Påføres affiserte områder 1 gang daglig. Anbefalt behandlingsperiode er 4 uker. Maks. daglig dose er 15 g som tilsv. mengden dispenseren avgir dersom den trykkes helt ned i ca. 1 minutt. 2-sekunders nedtrykking avgir ca. 0,5 g. 0,5 g er nok til å dekke et område tilsv. en håndflate hos voksne. Beholderen skal vare i minst 4 dager. Behandlet område skal ikke utgjøre >30% av kroppens overflate. Ved bruk på hodebunnen sprayes skummet direkte på håndflaten, og påføres deretter de berørte områdene med fingertuppene. *Vedlikeholdsbehandling:* Pasienter som har respondert etter 4-ukers behandling med Enstilar én gang daglig, er egnede kandidater for langsiktig vedlikeholdsbehandling. Enstilar skal påføres to ganger ukentlig på to ikke-påfølgende dager på områder som tidligere har vært affisert av psoriasis vulgaris. Ved tegn til tilbakefall skal behandling ved utbrudd, som beskrevet ovenfor, startes på nytt. **Spesielle pasientgrupper:** *Alvorlig nedsatt lever-/nyrefunksjon:* Sikkerhet og effekt ikke fastslått. *Barn og ungdom <18 år:* Sikkerhet og effekt ikke fastslått. Langsiktig vedlikeholdsbehandling. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Ved erytrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffsiftet. Pga. innholdet av kortikosteroid er preparatet kontraindisert ved viruslesjoner i huden (f.eks. herpes eller varicella), sopp- eller bakterieinfeksjoner i huden, infeksjoner forårsaket av parasitter, hudmanifestasjoner i forbindelse med tuberkulose, perioral dermatitt, atrofisk hud, atrofisk striae, skjørhet av hudvener, iktyose, acne vulgaris, acne rosacea, rosacea, hudsår og skader. **Forsiktighetsregler:** Bivirkninger som sees i forbindelse med systemisk kortikosteroidbehandling, som f.eks. binyrebarksuppresjon eller nedsatt glykemisk kontroll ved diabetes mellitus, kan også forekomme ved lokal kortikosteroidbehandling pga. systemisk absorpsjon. Påføring under okklusjon, på store områder skadet hud, på slimhinner eller i hudfolder bør unngås, pga. økt systemisk absorpsjon av kortikosteroider. Synsforstyrrelser: kan forekomme ved bruk av systemiske og topiske kortikosteroider. Ved symptomer som tåkesyn/andre synsforstyrrelser, skal pasienten vurderes for henvisning til øyelege for evaluering av mulige årsaker. Hyperkalsemi: Kan forekomme, men risikoen er minimal dersom maks. daglig dose (15 g) ikke overskrides. Serumkalsium normaliseres når behandlingen seponeres. Bør ikke brukes på ansikt og genitaler da huden i disse områdene er svært følsom for kortikosteroider. Samtidig behandling med andre steroider på samme behandlingsoverflate bør unngås. Pasienten må instrueres i korrekt bruk for å unngå applikasjon og utilsiktet overføring på ansikt, munn og øyne. Hendene må vaskes etter hver påføring for å unngå utilsiktet overføring til disse områdene samt utilsiktet absorbering av legemiddel på hendene. Om lesjonene blir sekundærinfisert, bør antimikrobiell behandling gis. Behandling med kortikosteroider bør imidlertid seponeres om infeksjonen forverres. Ved psoriasisbehandling med lokale kortikosteroider kan det være en risiko for utvikling av «rebound»-effekt ved seponering. Pasienten bør følges opp etter avsluttet behandling. Det er økt risiko for lokale og systemiske bivirkninger ved langtidsbehandling. Behandlingen bør seponeres hvis bivirkninger oppstår som følge av lang tids bruk. Unngå overdreven bruk av naturlig eller kunstig sollys. Kombinasjonen lokal kalsipotriolbehandling og UV-lys bør kun benyttes hvis lege og pasient anser fordelene større enn potensiell risiko. Ingen erfaring med bruk ved guttat psoriasis. Inneholder butylhydroksytoluen, som kan gi lokale hudreaksjoner (f.eks. kontaktdermatitt) eller irritasjon av øyne og slimhinner. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Utilstrekkelige data på bruk hos gravide. Bør kun brukes under graviditet når fordel oppveier risiko. *Amming:* Betametason går over i morsmelk, men risiko for bivirkninger hos barnet synes lite sannsynlig ved terapeutiske doser. Ingen data på overgang av kalsipotriol til morsmelk. Forsiktighet bør utvises ved forskrivning til ammende. Bør ikke brukes på brystene under amming. *Fertilitet:* Det er ingen data på fertilitet hos mennesker. **Bivirkninger:** *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Hud: Depigmentering i huden. Immunsystemet: Hypersensitivitet. Infeksiøse: Follikulitt. Stoffskifte/ernæring: Hyperkalsemi (mild). *Øvrige:* «Rebound»-effekt, pruritus på applikasjonsstedet, irritasjon på applikasjonsstedet, smerte på administrasjonsstedet. *Ukjent frekvens:* *Øye:* Tåkesyn. Hud: Endringer i hårfarge (forbigående). **Følgende bivirkninger anses relatert til de farmakologiske grupper for hhv. kalsipotriol og betametason:** *Kalsipotriol:* Reaksjoner på applikasjonsstedet, pruritus, hudirritasjon, sviende og stikkende følelse, tørr hud, erytem, utslett, dermatitt, eksem, for- og etterverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner, inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og aniktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsemi. *Betametasondipropionat:* Lokale reaksjoner inkl. hu-datrofi, telangiektasi, striae, follikulitt, hypertrikose, perioral dermatitt, allergisk kontaktdermatitt, depigmentering og kolloid milia, kan oppstå etter lokalbehandling, særlig ved langvarig bruk. Ri-siko for utvikling av pustuløs psoriasis. Systemiske reaksjoner ved lokalbehandling med kortikosteroider er sjeldne hos voksne, men kan være alvorlige. Binyrebarksuppresjon, katarakt, infeksjo-ner, nedsatt glykemisk kontroll av diabetes mellitus og økt intraokulært trykk kan forekomme, særlig ved langtidsbehandling. Systemiske reaksjoner sees oftere ved okklusjonsbehandling (plast, hudfolder), ved påføring på store områder og ved langtidsbruk. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Bruk av mer enn anbefalt dose kan føre til forhøyet serumkalsium, som faller når behandlingen seponeres. Symptomer på hyperkalsemi inkl. polyuri, forstoppelse, muskelsvakhet, forvirring og koma. Svært langvarig bruk av lokale kortikosteroider kan føre til binyrebarksuppresjon som normalt er reversibelt. *Behandling:* Binyrebarksuppresjon behandles symptomatisk. Ved kronisk toksisitet skal preparatet seponeres gradvis. Se Giftinformasjonens anbefalinger for kalsipotriol D05A X02 og glukokortikoider H02A B på www.felleskatalogen.no **Egenskaper:** *Klassifisering:* D3-vitaminanalog i kombinasjon med gruppe III-kortikosteroid. *Virkningsmekanisme:* Kalsipotriol stimulerer differensieringen og hemmer proliferasjonen av kerati-nocytter. Betametason har antiinflammatoriske og immunundertrykkende egenskaper. *Absorpsjon:* Perkutant absorpsjonsmengde er liten. *Fordeling:* Studier på rotter viser høyest nivå i nyrer og lever. *Metabolisme:* Etter systemisk eksponering vil både kalsipotriol og betametason metaboliseres raskt. *Kalsipotriol:* Primært via feces. *Betametasondipropionat:* Via urin. **Pakninger og priser:** 60 g kr. 550,10. 2x60 g kr. 1057,20. Pris per 15.10.2020 (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag) Inneholder: LEO Pharma, www.leo-pharma.no Basert på SPC datert 22.09.2020. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne. REF-15389



START | CONTINUE

ENSTILAR® (CALCIPOTRIOL / BETAMETASON) KUTAN SKUM FOR BEHANDLING AV PSORIASIS VULGARIS HOS VOKSNE

EFFEKTIV BEHANDLING AV AKTIV SYKDOM¹⁻⁵

Mer effektiv enn andre
kombinasjonsbehandlinger
med de samme virkestoffene^{4,5}



VEDLIKEHOLDSBEHANDLING I ROLIG FASE^{1,6}

Proaktiv vedlikeholdsbehandling gir
flere dager i remisjon enn reaktiv
behandling⁶

Enstilar® er den første lokalbehandlingen av psoriasis som har vist at proaktiv terapi gir færre og kortere tilbakefall sammenlignet med reaktiv behandling⁶

Enstilar®
kalcipotriol/betametasondipropionat

Referanser:

1. Produktresyme Enstilar®. 2. Pink A E, Jalili A, Berg P et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2019; 33(6):1116–1123. 3. Leonardi C, Bagel J, Yamauchi P et al. J Drugs Dermatol 2015;14(12):1468–1477. 4. Koo J, Tying S, Werschler W.P J Dermatolog Treat, 2016; 27(2):120–127. 5. Paul C, Stein Gold L, Cambazard F et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017;31(1):119–126. 6. Lebwohl, Kirck, Lacour et al. Twice-weekly topical calcipotriene / betamethasone dipropionate foam as proactive management of plaque psoriasis increases time in remission and is well tolerated over 52 weeks (PSO-LONG trial) Journal of the American Academy of Dermatology (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2020.09.037>

Et forkortet produktsammendrag finner du annet sted i bladet.
LEO® MAT-40798 © LEO PHARMAAS, JAN 2021, ORG NR 946397369



LEO Pharma AS
Fornebuveien 37 | 1366 Lysaker
info.no@leo-pharma.com
Tlf +47 22 51 49 00
www.leo-pharma.no

Legevaktbil Bodø legevakt

■ ELDBJØRN FURNES • Fastlege Bodø kommune og prosjektleder

Bodø legevakt er en kommunal legevakt med et nedslagsfelt på ca. 55 000 innbyggere. Over flere år har arbeidspresset vært høyt og legebemanningen lav. Med unntak av kortere perioder med «overlapping» mellom vaktene, har det for det meste vært bemannet med én lege på vakt, inklusiv nattevaktene.

Avlønning på ettermiddag og kveld har vært egenandeler og refusjon, mens nattevakter har vært fastlønnet i henhold til særavtalen mellom Legeforeningen og KS (SFS 2305). Over flere år har det blitt sett på muligheten for å etablere legevaktbil ved Bodø legevakt, og i 2021 ble det ansatt en fastlege i 20 prosent bistilling som prosjektleder.

Om prosjektet – 'Etablering av legevaktbil tilknyttet Bodø legevakt'

Målet er å innfri vilkår i akuttmedisinfor-skriften, følge Helsedirektoratet sine anbefalinger for legevakt, samt bedre samhandling mellom de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus. Ved anskaffelse av legevaktbil, vil en øke pasienttilfredshet og bedre bemanning og beredskap ved Bodø legevakt. Vi ønsker med dette å bidra til økt stabilitet av lege- og sykepleiertjenester i kommunehelsetjenesten, bedre samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten, øke antall sykebesøk og utrykninger ved røde utalarmeringer, samt gi effektiv behandling med høyest mulig faglig kvalitet på lavest mulig omsorgsnivå.

Effekten av prosjektet blir målt gjennom parametere som er nærmest mulig den tjenesten som blir levert. Det evalueres fortløpende via målbare faktorer som antall sykebesøk, ventetid på legevakt og innvirkning på ambulansetjenesten, KAD-avdeling og sykehusets akuttmottak.

Bemanning

Legevaktbilen ved Bodø legevakt har lege og sykepleier med fastlønnsavtale. Inntekter til kommunen er i hovedsak refusjoner fra Helfo og egenandeler fra pasienter.

Utgifter består i kjøp/leasing av bil, samt nødvendig innredning og medisinsk utstyr.

Vaktbelastning kan ikke være for høy, og må tilpasses andre arbeidsoppgaver. Legevaktbil er primært tiltenkt sykebesøk, og fremdeles er det ambulansetjenesten sitt ansvar å rykke ut på røde utalarmeringer. Et sømløst samarbeid med akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) er avgjørende.

Legevaktbil er operativ på ettermiddag og kveld alle hverdager (15.30–22.00) og helger (11.30–19.00). Resten av døgnet, med unntak av dagtid på hverdager, er vakthavende lege bakvakt for legevaktbilen.

Personell på legevaktbil må ha regelmessig trening med de andre aktørene i den akuttmedisinske tjenesten, og det er etablert samarbeid med 330 Skvadron, samt arbeidsgrupper med både AMK og ambulansetjenesten. Det er ansatt tolv leger i fast vaktturnus, samt seks fast ansatte sykepleiere i 25 prosent stillinger som ellers jobber som sykepleiere ved Bodø legevakt. Alle leger er erfarne fastleger, hvor de fleste er spesialister i allmennmedisin.

Akuttmedisinfor-skriften – en viktig 'brekkstang' for å overbevise helseleder og politikere

Prosjektet har som mål å oppfylle vilkårene i akuttmedisinfor-skriften § 6 punkt c:

«Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet.

Legevaktordningen skal blant annet

- vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp
- diagnostisere og behandle akutte medisinske tilstander ved legekonsultasjoner og sykebesøk og ved behov henvise til andre tjenester i kommunen, blant annet fastlege, og eventuelt spesialisthelsetjeneste og

c) yte hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner, blant annet rykke ut umiddelbart når det er nødvendig.»

Helsedirektoratets veileder for legevakt og legevaktsentral ber kommunene tilrettelegge for at legevakten er organisert slik at lege kan rykke ut når det er medisinsk nødvendig. Det skal være lokale rutiner og prosedyrer for å vurdere, diagnostisere og behandle akuttmedisinske tilstander i sykebesøk. Det presiseres i veileder at sykebesøk primært skal være et tilbud om

«diagnostikk, behandling og vurdering av pasienter som på bakgrunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke bør eller bare med stort besvær og belastning kan møte frem i legevaktlokalet, eller når legen vurderer at sykebesøk er nødvendig eller best for å sikre pasienten forsvarlig helsehjelp.»

Veilederen anbefaler å vurdere sykebesøk i de tilfeller hvor ambulansetransport inn til legevakt er nødvendig, men hvor sannsynlighet for innleggelse er lav. Legevaktordningen utgjør, sammen med AMK og ambulansetjenesten, de akuttmedisinske tjenestene utenfor sykehus.

I henhold til beslutningsverktøyet *Norsk index for medisinsk nødhjelp*, som brukes av alle AMK- og legevaktentralene, skal ambulans og legevaktlege alarmeres om alle pasienter i legevakt-distriktet som får hastegraden rød respons.

Rød respons defineres som pasient(er) som er i, eller raskt kan komme i, en livstruende tilstand, og der vitale funksjoner er truet eller forstyrret. Samhandling mellom de ulike deler av den akuttmedisinske tjeneste er av avgjørende betydning, noe som også er presisert i akuttmedisinfor-skriften § 4.

Ved etablering av legevaktbil tilbyr Bodø kommune en tjeneste som kommer befolkningen til gode, samt ivaretar akuttmedisinfor-skriftens krav og Helsedirektoratets anbefalinger til legevaktlegers deltakelse i utrykningsarbeid og sykebesøk, og bedrer samhandling og trening i den akuttmedisinske tjenesten. Begge deler har blitt brukt som et aktivt argument for å overbevise helseledere og helsepolitikere om at kommunen trenger en legevaktbil.

- en 'legevakt på hjul'



SKJERMDUMP: AN.NO / 11.4.2023

Arbeidsflyt

Legevaktbilen er i hovedsak legevaktens ressurs for å håndtere sykebesøk, og er stasjonert ved Bodø legevakt. Den kan også bli brukt til akutte oppdrag på oppfordring fra AMK, forutsatt at det ikke skaper samtidighetskonflikter.

Bilen er operativ på dagtid (helger), ettermiddag og kveld. Den er utstyrt med alt diagnostisk utstyr som er nødvendig for å gi en god helsehjelp ved sykebesøk.

En vellykket gjennomføring av prosjektet vil øke pasienttilfredshet, redusere hen-

teoppdrag som ambulansetjenesten og politiet må gjøre på vegne av legevakten, ha ansvarlige driftsinntekter og -utgifter, samt styrke grunnbemanning og beredskapskapasiteten ved Bodø legevakt.

Mål

Samfunns mål

- Bedre samhandling mellom legevakt og AMK, ambulansetjenesten, kommunale tjenester (omsorgsboliger, hjemmesykepleie, oppfølgingstjenesten, digital hjem-

meoppfølging, virtuell helseavdeling, sykehjem og KAD), sykehus og politi.

- Bidra til økt faglig kompetanse og trygghet i kommunale tjenester som hjemmetjeneste, oppfølgingstjeneste, sykehjem og andre kommunale institusjoner.
- Fremme rekruttering og stabilisering av sykepleiere ved legevakt, i hjemmetjeneste, sykehjem og andre kommunale institusjoner.
- Stabilisere legevakt og fastlegeordning gjennom å redusere den totale arbeidsbelastningen, samt gi en bedre forde-

ling av arbeidsoppgaver for leger i legevakt.

For at Bodø kommune skal møte fremtidens utfordringer med demografiske endringer i befolkningen, må en tenke alternative løsninger for kommunale helse- og omsorgstjenester. Tilgang til legevaktbil vil være en stor fordel for å kunne bistå med høyt kvalifisert helsehjelp når behovet er til stede.

Det vil være en stabiliserende faktor for både sykepleiere og leger tilknyttet primærhelsetjenesten. Bedre samhandling prehospitalt og mellom første- og andrelinjetjenesten, er av stor samfunnsmessig og økonomisk betydning.

Resultatmål

- Effektiv behandling, med høyest mulig faglig kvalitet, på lavest mulig omsorgsnivå.
- Oppfylle kravet i akuttmedisinforskriften ved å gjennomføre flere sykebesøk, samt øke utrykningsgrad ved røde utalarmeringer.
- Bidra til at hjemmetjenesten kan gi flere innbyggere med komplekse helsetilstander forsvarlig helsehjelp.

Anskaffelse av legevaktbil til Bodø legevakt vil fungere som en «legevakt på hjul».

Det vil ha stor betydning for de pasienter som ikke kan komme til legevakt på egen hånd, men trenger medisinsk vurdering av lege i eget hjem eller institusjon.

Effekt mål i prosjektet

- antall sykebesøk
- antall utrykninger fra legevakta til sykehjem og andre kommunale institusjoner, samt øke antall sykebesøk til brukere av hjemmetjeneste og oppfølgings-tjeneste
- antall utrykninger fra legevakt på «rød respons»
- ventetid på legevakta
- antall innleggelser på KAD
- antall innleggelser fra legevakta til akutt-mottaket

- antall fremstillinger av politi på legevakta
- antall ambulansetrykninger
- andel av sykebesøk som resulterer i at pasienter forblir hjemme eller på institusjon
- endring i over- eller undertriage ved utrykning på røde og gule/uavklarte responser.

Utdypende om effektmål:

Flertallet av pasientene i en slik selektert gruppe vil komme til legevakta om de ikke får legebek. I tillegg vil en stor andel av den samme pasientgruppen ha behov for ambulans uten en forutgående legevurdering. Dersom lege i sykebesøk beslutter å innlegge pasient på KAD eller i sykehus, vil det avklares hjemme hos pasient, uten at en må gå via en vurdering på legevakt. Det gir hurtigere medisinsk avklaring, samt at det sparer tid og ressurser, både for legevakt og ambulansetjeneste.

Det har også innvirkning på triage; når en lege vurderer pasienter i sykebesøk, vil forutgående triage ofte bli endret. I «Auste-vollstudien» (Rørtveit og Hunskaar 2009) ble det observert at legen nedjusterte situasjonsalvoret hos 43 prosent og oppjusterte hos 11 prosent av utrykningene. Ved AMK-sendte alarmer nedjusterte legen sin vurdering av situasjonsalvoret fra meldingsmottak til pasientundersøkelse i 67 prosent av tilfellene.

Prosjektet forventes å ha stor effekt på de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. Økt antall utrykninger og vurderinger i hjemmet, kommunale sykehjem og andre institusjoner, vil være en stor fordel med økt trygghet og sikkerhet for både brukere og ansatte. Økt andel innleggelser på KAD vil optimalisere beleggprosent.

Årlig innlegges ca. 13 000 pasienter ved Nordlandssykehuset i Bodø, og antall innleggelser øker hvert år. Derfor vil det være krevende å vise en direkte effekt på antall innleggelser i spesialisthelsetjenesten, men antall innleggelser fra legevakt til akutt-mottaket kan måles.

Erfaringer hittil

Prosjektet har nå vært i drift siden april 2023 og er i første omgang et treårig prosjekt med fortløpende evaluering underveis. Vi har valgt leasingavtale på bilen og utstyrt den med laboratorieteknisk utstyr (CRP, B-Leu, B-Hb, U-stix), akuttmedisinsk utstyr og utstyr for blant annet kirurgi og kateterisering.

Alle leger og sykepleiere har gjennomgått «utsjekk» på alt av tilgjengelig utstyr, organisering av oppdrag, bruk av nødnett-radio og samhandling med andre prehospitaltjenester. Arbeidstøy er nasjonal uniform for leger og sykepleiere, i henhold til nasjonal veileder for legevakt.

Bilen er utstyrt med blålys, hvor sykepleier er sjåfør med kompetansebevis for utrykningskjøretøy (kode 160).

Prosjektleder har fått sitt engasjement forlenget i hele prosjektperioden og gjennomfører fortløpende evaluering og registrering av all aktivitet, samt inntjening og antall oppdrag/vakt.

På nåværende tidspunkt har vi ca. fire sykebesøk per vakt, hvor de fleste oppdrag er «gule» eller «grønne», med hovedvekt av oppdrag tilknyttet kommunale hjemmetjenester, sykehjem, korttidsplasser og fengsel. Responstid på nødnettet er redusert, kommunikasjon og samarbeid med både AMK og ambulansetjeneste er økt, samt at pågående arbeidsgrupper mellom legevakt, AMK og ambulansetjeneste har som mål å optimalisere samarbeidet ytterligere.

Leger og sykepleiere gir uttrykk for at det er en meget givende og spennende måte å arbeide på, og det har allerede blitt gjennomført flere evalueringsmøter med begge arbeidsgrupper til stede, samt fortløpende utbedring av både utstyr og arbeidsflyt. Prosjektet har hatt for kort levetid til at en på nåværende tidspunkt kan servere håndfast statistikk, men det er liten tvil om at dette er en tjeneste som er kommet for å bli.

■ ELDBJORN.FURNES@GMAIL.COM



Reisebrev fra Grønland



■ SIGRID BAUMBERGER OG JARL GÅSVÆR • Fastleger i Vågan kommune

To leger fra Lofoten har i høst jobbet på regionssykehuset i Qaqortoq på Grønland. Her er deres erfaringer sendt i to reisebrev.

Første brev hjem.

Kjære dere,

Vi er jo to fastleger som skal være på Grønland i snau seks uker. Nå har vi vært her i to uker. Dette reisebrevet er vårt forsøk på en beskrivelse og tolkning av de enorme sosiale utfordringene som finnes her, spesielt innen helse, og vår opplevelse av det hele.

Sydgrønland

Qaqortoq er Sydgrønlands¹ største by med et regionssykehus som vi trodde var mer som en sykestue, men det er faktisk et sykehus. I byen bor ca. 3000 mennesker, mens det i regionen bor rundt 7000 mennesker som alle sogner til sykehuset. Eneste ankomst er via helikopter og kanskje en båt av og til. Sykehuset er kun bemannet av vikarierende leger, de fleste fra Danmark eller resten av Skandinavia. Antallet leger som jobber på sykehuset varierer, men alt fra en til fem stykker med bakgrunn innen alle spesialiteter. Qaqortoq har mange butikker, noen kaféer, museum og fargerike hus. Tilsynelatende kunne dette ha vært et tettsted i Nord-Norge, men det er bare tilsynelatende.

¹ Sydgrønland (Kujalleq) er den sørligste kommunen på Grønland og ble etablert 1. januar 2009. Den har en befolkning på i overkant av 6200 (2023) innbyggere. Det er den minste kommunen på Grønland, med 53 000 km², noe som er ca. 10 000 km² større enn Danmark.

Dansk koloni

Grønland var tidligere en dansk koloni, de fikk «selvstyre» i 1978, og ytterligere autonomi så sent som i 2009. De er likevel fortsatt helt avhengig av folket med bløte konsonanter. Ergo, ikke et rent selvstyre. Det hviler fremdeles en kontrollerende, betalende og «trygg» dansk hånd over landet. For eksempel er hele helsevesenet fortsatt kraftig finansiert av den danske statskasse og er gratis for innbyggerne, inklusivt alle medisiner. Danmark har flere interesser i landet, både geopolitiske og i mulige naturressurser. Danmark vil nok ikke gi slipp på landet frivillig og Grønland står heller ikke på egne ben. Som så mange andre tidligere koloniserte land, etterlates folket marginalisert og med en paradoksal avhengighet til sin tidligere styresmakt. For ikke å nevne avhengighet til alkohol.

Få utdanningsinstitusjoner

Mens de eldre grønlanderne ofte snakker dansk, er tendensen hos de unge at de kun snakker grønlandsk, som et uttrykk for deres ønske om å bli selvstendige. Ett av mange problemer som da oppstår, er manglende høyere utdanning hos den kommende generasjonen, fordi der ikke finnes like mange utdanningsmuligheter på Grønland. Høyere utdanning forutsetter at du behersker dansk. Det er komisk å se hvor

Regionssykehuset i Qaqortoq (Julianehåb) som er den største byen i Sydgrønland.



overrasket danskene blir over skepsisen de kan møte på jobb. Enkelte tenker nok at de er her på en slags bistandsreise og at grønlanderne burde være takknemlige for all hjelp. Historien repeterer seg? Uansett, det er jo flere sider av den saken, og vi kan kjenne litt på det selv. Den lokale kulturen er så annerledes enn vår egen og oppførselen så bisarr, i våre øyne. Forståelse av hva som er god helse, virker fraværende. Sammen med et mer vestlig kosthold, alkohol og røyk, gir dette en svært syk befolkning. Samtidig finner vi stadig likheter til vår praksis i Vågan, så helt ukjent er det



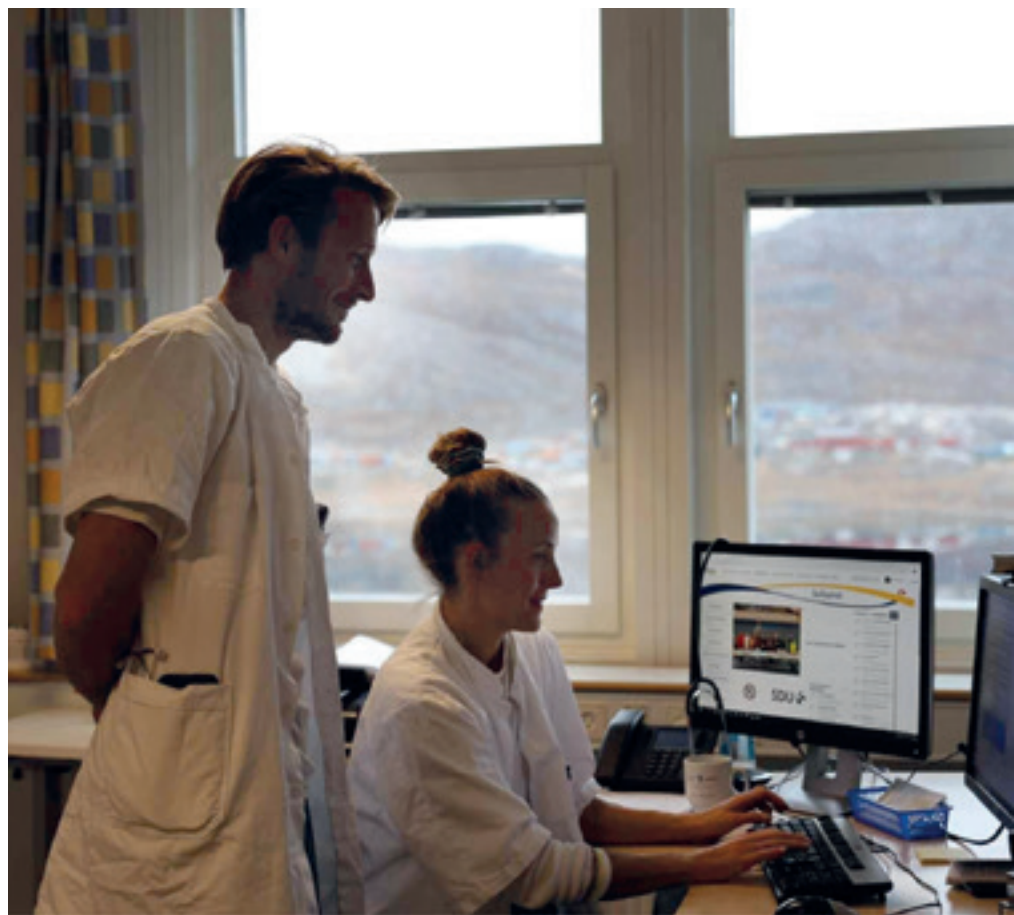
Rom og tid for å nyte naturen på Grønland.



ikke. Uansett gjør det at våre vestlige ideer og tankesett nok ikke passer så godt inn her. Det gir utfordringer for oss når vi skal behandle pasienter. Ufaglærte tolker, med ymse språkkunnskaper, hjelper heller ikke på kommunikasjonen.

Sykehuset

Ting vi fikk høre på studiet som «dette vil du aldri se i Norge», opplever vi her. Pasienter kommer ofte sent i forløpet med sine sykdommer. Gonoré og syfilis florerer, og vi har en egen tuberkulosesykepleier. Her er tette eggledere, uønskede graviditeter i hoptell, og noen vil filme embryoet før aborten settes i gang. Vold og overgrep er dagligdags, det meste skjer i alkoholens rus, og lønnsdagene er alltid de verste i så måte. Fem av de siste sju dagene har en av oss gått døgnvakt, samtidig med arbeid på poliklinikken. Vår eneste kirurg, en traumeortoped fra Nord-Finland, drar om litt og vi blir resten av tiden uten en kirurg på sykehuset.



Å jobbe på Grønland gir andre perspektiv enn fastlegejobben hjemme.

Detox

Høstværet har lagt seg over byen. Evakuering med helikopter til Grønlands største sykehus i Nuuk har vært umulig de siste dagene. Da må man gjøre så godt man kan, med det lille vi har – heldigvis har vi enda sluppet billig unna.

Sammenliknet med en norsk hverdag, hvor tilfredsheten skal øke med antall gjøremål i løpet av dagen, er det et rolig liv her. Vi kaller det detox stimuli. Inntrykkene forsterkes, maten smaker bedre, lufta er klarere. Kanskje må vi gjøre noen tiltak når vi kommer hjem?

Til tross for alle utfordringene i landet, er grønlenderne på sitt vis et vennlig og fredelig folk, så lenge de ikke er rusa, bare så det er sagt.

Hilsen Sigrid og Jarl

Andre brev hjem.

Kjære dere,

Vi har siden forrige reisebrev jobbet tre uker på syd-Grønlands «største» sykehus. Nå har vi bare en uke igjen. Den kommende uken er vi begge stasjonert på utekontor i ulike bygder langs kysten. Her finnes verken PC-er, 4G eller undersøkelsesbenker. Vi ser med spenning frem til litt skikkelig «off grid»-medisin.

Vår eneste kirurgiske beredskap dro for tre uker siden, og de siste dagene har vi også vært uten anestesisykepleier. Dette medfører at alt som kan bli kritisk eller er kritisk skal flys til hovedstaden – så lenge det er flyvær. Definisjonen av flyvær er noe sånt som: «ikke lave skyer, ikke tåke, ikke skumring, ikke nediset rullebane/heli-pad, ikke medium-sterk vind, ikke natt». Vi savner SAR-Queen som vi skjemmes bort med i Nord-Norge.

Poliklinikken

På poliklinikken behandler vi stadig ting som vi ikke ser i Vågan. Det er nesten daglig sporsikring etter voldtekt. Når vi ser kuler, underlige eksem eller litt forvirrede personer, tenker vi først på tuberkulose, gonoré og nevrosyfilis. Vi har sett reumatiske sykdommer som aldri har vært behandlet, blant annet en mann med drop-hånd bilateralt som følge av ødeleggelse av alle ekstensorsenene på hendene. Antall aborter er overveldende og årsakssammenhengene er nok mange. Dere har kanskje fått med dere «spiralkampanjen» som danske myndigheter innførte over hele Grønland på 60- og 70-tallet? Her fikk kvinner helt ned til 13-års alder innsatt spiral i forsøk på å begrense den inuittske befolkningsveksten – oftest uten direkte samtyk-



Sigrid og Jarl med lokale helter.



Godt utstyrt akuttrom må til i distrikt.

ke. Man kan bare tenke seg hva dette har gjort med tillitten til helsevesenet og den danske stat.

Ættestupet

En gladsak er at vi har hatt overraskende få selvmord de siste ukene. Grønland hadde den nesten ikke-eksisterende selvmordsrate før 1960. Siden den gang har mye skjedd, og nå topper de statistikken globalt med 200 selvmord per 100 000, mot 20 per 100 000 i verden. Dette er en tendens man ser for urfolk generelt. Sosioøkonomisk status, alkohol, mental helse, traumatiske hendelser, oppvekst, manglende utdanning og arbeidsledighet er noen åpenbare faktorer. Det er også paralleller her til det norrøne «ættestupet». Den inuittiske kulturen fremmer det å «spare» de rundt seg dersom man er en byrde. Det er ikke vanlig å prate om at man har det vondt – så man handler istedenfor å søke hjelp.

Barna på Grønland

Utenfor sykehuset yrer det av liv. Barna leker utendørs, til påfallende langt på natt. Dette fikk oss først til å smile – dette ser vi lite av i Norge. Dessverre fortalte en politimann oss at dette var noe de gjorde for å

slippe å gå hjem, av åpenbare årsaker. Spesielt voldsomt blir det i lønningshelgene – da flyter alkoholen og volden øker.

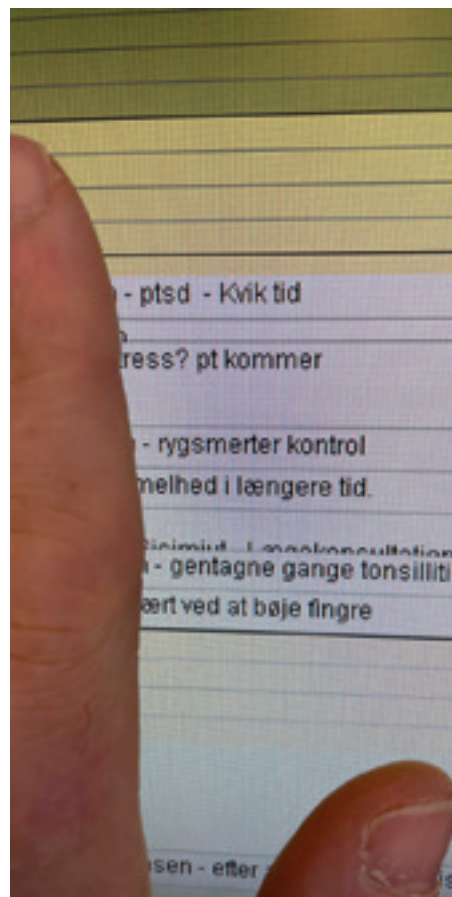
De unge er så mye ute at de har blitt spesialister på å fiske gyteklar sjørøye med håndsnøre. Bestanden er visstnok meget god, og grønlenderne ser ikke ut til å ofre gytingen en tanke. I tillegg snakkes det om laks i sjøen og gode torskefangster. Vi har derfor gått til innkjøp av en fiskestang, som har gitt oss mangt et godt måltid. Vi føler oss som ekte arbeidsinnvandrere, der vi står like bortenfor havna, fisker dagens torsk, og går hjem med fangsten i en handlepose fra nærbutikken. Et bidrag til karakterbristen må være at vi ikke røyker, slik 70 prosent av den voksne befolkningen gjør her.

Om en uke er vi på vei hjemover. Bare det er flyvær. Livet og jobben i Qaqortoq har vært spennende og meningsfull. Faglig har det vært lærerikt. Selv om vi beskriver mye av det som ikke fungerer her, må vi selvsagt poengtere at grønlenderne stort sett er inkluderende, varme og fredfulle. Vi kommer garantert til å dra tilbake til Grønland, og kan anbefale andre kollegaer å gjøre det samme. Behovet for legevikarer er stort over hele landet.

Hilsen Sigrid og Jarl

■ JARL.GASVAER@VAGAN.KOMMUNE.NO

PTSD løses gjerne på 10-minutterskonsultasjon.



Veien videre

■ MARTE KVITNUM TANGEN • Leder, Norsk forening for allmennmedisin

VI STÅR NÅ MIDT I en akutt fastlegekrise, en legevaktkrise og en sykehjemskrise – en generell allmennmedisinsk krise – men faget vårt vil bestå og skal videreutvikles. Grunnmuren i vår helsetjeneste fortjener bedre kår og uten vår portvokterrolle vil hele den offentlige helsetjenesten kollapse. Innføringen av fastlegeordningen i 2001 var en suksess og mange land misunner oss vår måte å organisere allmennlegetjenester på. Det er utfordrende å være kontinuitetsbærer og å inneha et så tydelig definert ansvar som det å være fastlege innebærer. Det vil komme diskusjoner om andre måter å organisere allmennlegetjenester på, men NFA er tydelig på at fastlegeordningen med det personlige listeansvaret må styrkes og videreføres. Selvfølgelig skal vi fortsette å samarbeide med andre, slik vi alltid har gjort. Når oppgavefordeling skal diskuteres, må den totale ressursbruken vurderes og hva som gir best helse for pasientene vektlegges.

BEHOVET FOR GENERALISTEN og kontinuitetsbæreren vil bli enda større i framtida. Med stadig økende hyperspesialisering og presset kapasitet i spesialisthelsetjenesten, vil behovet for helhetstenking og det å sende pasientene inn i riktig port bli stadig større. Vi vet at kontinuitet i omsorgen innebærer betydelige helsegevinster for den enkelte og for samfunnet, og vi har ikke behov for kreative endringer i overordnet organisering, men reguleringsmekanismer som sørger for økte ressurser når oppgavene øker.

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

HVORDAN SKAL VI komme i posisjon for å få større forståelse for behovet for å satse på allmennmedisin og kunne møte velor-

ganiserte og sterke regionale helseforetak? I kampen om ressursene taper vi gang etter gang, og kanskje er et nasjonalt foretak for primærmedisin det vi trenger for å styrke allmennmedisinens kår med både stabilisering av fastlegeordningen, sikring av legevaktstjenester til hele befolkningen, mer forskning, mer utdanningskapasitet og kvalitetsarbeid i framtida.

HÅNTERINGEN AV COVID-19-pandemien var et tydelig eksempel på mangelen på nasjonal koordinering av fastlegetjenester, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene. Helsedirektoratet er en faglig rådgiver og gir normerende faglige anbefalinger, men har ikke overordnet ledelsesansvar for allmennlegetjenester. Vi trenger i krisetider god ledelse på legekontorene og nasjonalt som ser hvilke behov vi har.

FASTLEGEROLLEN ER EN DEL av allmennmedisin og vi i NFA skal fortsatt engasjere oss for hele faget allmennmedisin og ikke bli en fastlegeforening. Stadig flere medlemmer har heltidsengasjement som legevaktleger, sykehjemsleger, helsestasjonsleger, helprivate allmennleger, forskere, allmennleger i akademiske eller byråkratiske stillinger, i teknologibedrifter og mye mer. Generalisten er ettertraktet. Kjerneoppgaven i allmennmedisin er fortsatt diagnostikk, behandling og det å forstå helheten. For å oppnå denne kjernekompetansen mener vi at kunnskap om det å følge opp en uselektert pasientpopulasjon (i alle aldre og med ulik sosial status og etnisitet) over en gitt tid i åpen praksis er en forutsetning for spesialistgodkjenning. Etter oppnådd spesialisitet kan kompetansen videreføres og utvikles på mange andre områder enn ved å være fastlege. Selv om det er ressursmangel og rekrutteringskrise, må kvaliteten på utdanninga aldri vike. Veiledere for ALIS må være spesialister i allmennmedisin og vi må fortsatt ha krav om minst to år i åpen uselektert fastlegepraksis for å bli spesialist i allmennmedisin. I framtida vil enda mer av utdanningen av medisinstudenter og spesialister foregå i kommunene, der folk bor.

ALLMENNMEDISIN er både et teoretisk og et praktisk fag. Det kan aldri læres uten deling fra en erfaringskilde. Det kan ikke læres uten erfarne supervisører og veiledere, og de som rekrutteres inn må ha ei dør å banke på. Det er bekymringsfullt med den fagkompetansen vi mister litt etter litt når stadig flere erfarne allmennleger velger seg bort fra allmennmedisin, men vi får håpe at vinden kan snu. I denne historiefortellingen ser vi at vinden har blåst feil vei også tidligere.

DET HAR SKJEDD en formidabel utvikling av faget allmennmedisin på disse førti årene med en tydelig ideologisk forankring, et aktivt og viktig forskningsmiljø, utvikling av kompetansemiljø som Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Nasjonalt senter for legevaktmedisin, utvikling av modeller for relevant kvalitetsarbeid og en utvikling av en stadig bedre spesialistutdanning med veiledning som sentralt element både i grupper og individuelt.

DE 'SJU TESENE' og senere nordiske «Core Values» gir stødig retningsanvisning for fagets innhold, og motkreftene er godt beskrevet med kommersialisering, medikalisering, økt forbrukerbevissthet og rettighetstenkning. Vi trenger å bevisstgjøre og om mulig få en større felles forståelse med befolkningen om hva god helsehjelp er og hva man kan forvente. Vi er helt i startgropa med et bærekraftprosjekt sammen med Gjør Kloke Valg, Allmennmedisinsk forskningsenhet i Trondheim og Bergen, Noklus og kanskje etter hvert enda flere, for å stimulere til mer bærekraftig praktisering av allmennmedisin. Vi ønsker å bidra til å styrke befolkningens helsekompetanse ved å informere om hvordan allmennleger arbeider. Budskapet om risikoene ved overdiagnostikk og overbehandling er vanskelig å formidle i møtet med hver enkelt pasient, men slik det er i dag brukes ikke ressursene godt nok og truer vår solidariske offentlige helsetjeneste. Vi har en forpliktelse til å bidra til å redusere sosial ulikhet i helse og sikre alle lik tilgang, slik det tydelig er formulert i Core Values:

“We prioritise those whose needs for health-care 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.”

STADIG OFTERE møter vi budskap som «gå til legen og krev å få...». Portvokterrollen er kraftig svekket. Vi trenger å endre budskapet til «kjenn etter og oppsøk legen ved behov». Allmennlegen er god til å vurdere symptomer i sammenheng, men selv sagt ikke alltid perfekt. Det er allikevel ingen andre spesialister som er bedre til å vurdere et sett med symptomer. Vi må formidle betydningen av kontinuitet og tillit enda tydeligere, pasientene må snakke om og fortelle hvordan de har det, bli lyttet til, og så ha tillit til at de tiltak som er best for å ivareta best mulig helse iverksettes.

PRIORITERINGSDEBATTEN i helsetjenesten vil hardne til i årene framover. Det er noe vi må slutte å gjøre, skal vi prioritere. Kosmetisk kirurgi uten indikasjon er ett eksempel hvor vi i NFA har tatt et tydelig standpunkt og sagt at det ikke er noe allmennleger bør drive med. Vi vil også få stadig større tilbud av helprivate og kommersielle allmennlegetjenester, og hvordan det skal passe sammen med våre allmennmedisinske kjerneverdier og vår ideologi, må vi være åpne for å ha saklig faglig debatt om. Gode nasjonale prioriteringsverktøy for alle deler av helse- og omsorgssektoren i kommunene er viktige, men det er vanskelig å prioritere i direkte møte med pasienten. Det er lettere med generelle prioriteringsbetraktninger på gruppenivå. Prioriteringsverktøyer må være detaljerte og konkrete. De generelle har mindre verdi i den kliniske hverdagen. Samtidig er det slik at faget vårt alltid må ha muligheter for skjønnsvurderinger for å kunne gi best mulig og rettferdige helsetjenester. Vi trenger å se anbefalinger og retningslinjer i sammenheng, og det nylig lanserte begrepet «time needed to treat» må vi få innarbeidet som en del av prioriteringskriterier. Vi vil møte stadig flere forslag til screeningprogram og forebyggingstiltak på hele befolkningsgrupper. Dette er utfordringer allmennmedisinske miljø har vært opptatt av i årtier, og vi må hente fram de tidligere velfunderte argumentene for hvordan vi skal tenke om risiko og screeninginitiativ. Vi opplever en økende pågang fra pasienter med bekymring for sykdom, og myndighetene stiller stadig økte krav til forebyggende individuell innsats.

VI KAN IKKE LØSE alle prioriteringer med skreddersydde anbefalinger gjennom kliniske retningslinjer. Vi vet at hver pasient er unik, og de fleste som har en kronisk sykdom har mer enn bare en sykdom. Retningslinjer er laget for spesifikke diagnoser, men vi har ingen retningslinjer for hvordan de ulike retningslinjene skal prioriteres for den enkelte pasient med sammensatte lidelser. Vi har fortsatt tro på at kjennskap til pasienten og «hva er viktigst for deg»-tilnærming gir hver enkelt den beste behandlingen.

EN AV TESENE i «Sju teser» er «Gi mest til dem som trenger det mest». Begrepet har senere blitt adoptert av alle i alle mulige settinger, men i vår prioritering må dette fortsatt være ledestjernen.

ALLMENNMEDISIN kan også være et ensomt fag med tydelig og stort ansvar. Vi vet mange er redde for å gjøre feil, og mange sitter alene med håndtering av vanskelig og komplekse problemstillinger. Avvikling av virkemiddelet advarsel ved faglige feil mener vi er viktig. Hvis vi klarer å få en god innretning på faglig pålegg og samtidig i mye større grad kan vektlegge betydningen av egenomsorg, kan livet som allmennlege bli bedre.

KUNNSKAPSGRUNNLAGET endrer seg, behandlingsmuligheter og metoder for oppfølging av pasienter utvikler seg. Forventninger etableres gjennom politiske beslutninger og samfunnsmessige endringer. NFA ser et klart behov for at vi må fortsette å være en tydelig aktør for å fremheve faget allmennmedisin – vise betydningen allmennmedisin har for hele helsetjenesten. Norsk forening for allmennmedisin vil bestå inn i framtida, allmenn-

medisin er vårt fag og vi må definere det. Hvis vi ikke bidrar, vil noen andre definere det for oss. Vi er helt avhengige av et fortsatt stort faglig engasjement som ikke alltid kan honoreres med kroner. Vi kan være stolte av at det ble etablert et college for 40 år siden og at vi har klart å videreføre mye av grunntankene inn i en forening med snart 9000 medlemmer. NFA skal fortsette å engasjere seg for faget, organisering og utbygging, samhandling, grunn- videre- og etterutdanning, debatt- og opplysningsarbeid, internasjonalt arbeid og bidra til mer forskning, kvalitetsutvikling og prioriterings- og etikkdebatter.

Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin, kommer i denne artikkelen med betraktninger om veien videre.
ARKIVFOTO



Bytte legemidler – ekvipotens



■ INGRID LUNDE STEEN • Leder, master i farmasi, RELIS Midt-Norge Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

■ PÅL-DIDRIK HOFF ROLAND • Legemiddelrådgiver, cand.pharm., RELIS Midt-Norge Avd. for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

RELIS får jevnlig spørsmål om hva som er den ekvipotente dosen av legemiddel A til legemiddel B. Selv om de er i samme legemiddelgruppe vil to ulike legemidler kunne ha både forskjellige farmakodynamiske og farmakokinetiske egenskaper. Den vitenskapelige dokumentasjonen for både effekt og sikkerhet kan også avvike mellom produktene.

Ved bytte av legemidler innen samme gruppe er kunnskap om ekvipotente doser nyttig (1). Det at det foreligger en ekvipotent dose av et legemiddel bør ikke alene være kriterium ved valg av alternativ behandling. Hvilke andre faktorer som bør spille inn når man skal vurdere alternativ behandling for en pasient, vil variere i hvert enkelt tilfelle.

Ekvivalens

Ekvivalens stammer fra de latinske ordene *aequus* (lik) og *valere* (å være verd), og brukes i denne sammenhengen i betydningen likeverdig, som i tilsvarende. Potens stammer fra det latinske *potentia* (kraft, makt, kapasitet, evne til), og ekvipotens mellom to legemidler forstås derfor vanligvis som at legemidlene i aktuelle doseringer «har lik effekt» (2). Dermed angis ofte ekvipotens som X mg legemiddel A tilsvarende Y mg legemiddel B. Dette kompliseres i klinikken blant annet av at man samtidig må vurdere om dette også gir tilsvarende bivirkningsrisiko og om A og B har samme interaksjonspotensial med pasientens øvrige legemidler.

På grunn av hyppigere mangelsituasjoner og behov for å bytte legemiddel innenfor en legemiddelgruppe ser vi i RELIS en økning i denne typen henvendelser (3). Under følger noen eksempler på legemiddelgrupper hvor man ofte opererer med begreper som ekvipotens og ekvivalente doser og behandlingsområder hvor RELIS ofte får spørsmål om dette.

Opioider

Ekvianalgetiske doser brukes for eksempel ofte om opioider, men det er ulike metoder

for å estimere dette (4). I *Norsk legemiddel-håndbok* er ekvianalgetisk ratio definert som forholdstallet mellom den orale morfinsdosen og dosen til det aktuelle opioidanalgetikum med identisk analgetisk effekt (5, 6). Fra dette brukes også begrepet orale morfinkvivalenter (OMEQ) som angir hvor mange milligram oral dose morfin en gitt dose av et opioid tilsvarende (7).

Ved konvertering mellom de ulike preparatene og administrasjonsveiene må man være oppmerksom på at individuelle forskjeller i biotilgjengelighet kan påvirke hva som er ekvianalgetiske doser. Verdiene er kun veiledende og kan variere både mellom pasienter og i ulike situasjoner. Selv om man kan regne seg om til en ekvianalgetisk dose av et annet analgetikum, er det flere faktorer som kan ha betydning når man skal vurdere egnet behandling for en pasient.

I tillegg til den analgetiske effekten bør man blant annet ta hensyn til den respirasjonshemmende effekten av opioider, da det ikke er gitt at ratioen er den samme for ulike effekter. Vi vet heller ikke med sikkerhet hvordan toleranseutvikling vil påvirke den ekvianalgetiske dosen mellom to opioider. Tilgjengelig administrasjonsform, halveringstid og tid til maksimal effekt vil også være viktige faktorer i valg av analgetikum.

For å illustrere kompleksiteten i klinikken for begrepene vil det være mulig å finne en ekvianalgetisk ratio mellom morfin og tramadol inntil et visst nivå, og dermed også ekvipotente doser.

Selv om dosene er ekvianalgetiske, vil tramadol 50 mg og morfin 7,5 mg ha et ulikt interaksjonspotensial (5, 6). Eksempelvis vil man ved samtidig bruk av trama-

dol og paroksetin kunne risikere terapivikt av tramadol, da konsentrasjonen av den aktive tramadol-metabolitten reduseres. Samtidig gir denne kombinasjonen en økt risiko for serotonergt syndrom gjennom en farmakodynamisk interaksjon. Til sammenligning foreligger det ingen kjente interaksjoner mellom morfin og paroksetin. Ekvianalgetisk betyr altså ikke alltid et likeverdig alternativ.

Glukokortikoider

I flere oppslagsverk kan man finne tabeller som viser de viktigste farmakologiske egenskaper til naturlige og syntetiske glukokortikoider, og ekvipotente antiinflammatoriske doser av glukokortikoidene til systemisk bruk (8–11). Ekvipotens for glukokortikoider er utfordrende av flere grunner. De fleste slike tabeller bygger på eldre in vitro-studier av utvalgte antiinflammatoriske effekter, mens glukokortikoider også har mange andre effekter og brukes på mange ulike indikasjoner. Glukokortikoidene har ulik farmakodynamikk, og sammenligninger av antiinflammatorisk effekt sier ingenting om farmakokinetikken til de enkelte preparatene. Alle glukokortikoidene inkluderes heller ikke i tabellene da den tilsiktede effekten er lokal.

Som eksempel kan vi se på en sammenligning av budesonid og prednisolon. Budesonid depotkapsel er et potent glukokortikoid, og skiller seg fra både hydrokortison og prednisolon ved å ha lokal effekt i tarm og en svært rask nedbrytning og følgelig minimal risiko for systemiske bivirkninger. Biotilgjengeligheten til budesonid er 10–20

prosent ved både peroral og rektal tilførsel. Til sammenligning absorberes prednisolon nesten fullstendig, og etter peroral tilførsel er den systemiske biotilgjengeligheten av prednisolon 80–100 prosent. Den lave systemiske effekten av budesonid resulterer i mindre effekt på binyrefunksjon og beinmasse sammenlignet med konvensjonelle glukokortikoider (8). Det er ikke mulig å gjøre noen direkte sammenlikning av budesonid depotkapsler og prednisolondose ettersom budesonid primært skal virke lokalt i tarm mens prednisolon virker systemisk.

I noen tilfeller kan man måtte bytte fra oral prednisolon til intravenøs hydrokortison, for eksempel på grunn av alvorlig oppkast. Hydrokortison har en ratio på 1 til 1 for anti-inflammatoriske og mineralokortikoider (vannretensjon) egenskaper. Prednisolon har derimot en ratio på 4 til 0,8 for anti-inflammatoriske og mineralokortikoid egenskaper. Den relativt høye mineralokortikoidaktiviteten til hydrokortison gjør hydrokortison uegnet som langtidsbehandling, og pasienter bør byttes tilbake fra intravenøs hydrokortison til et oralt kortikosteroid så snart som mulig igjen. Med tanke på antiinflammatorisk effekt, er 5 mg oral prednisolon ekvipotent med 20 mg oral hydrokortison. Ettersom hydrokortison har en biotilgjengelighet på nær 100 prosent vil den samme ekvipotente dosen gjelde for intravenøs hydrokortison (12).

Andre eksempler

Antidepressive legemidler sett under ett er en heterogen gruppe med virkestoff. Det antas at alle selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) virker på samme måte ved depresjon, og det er følgelig ikke teoretisk grunnlag for å anta at det skal være vesentlig forskjell i effekt eller bivirkningsprofil mellom dem. Forskjeller i eliminasjonsvei og halveringstid kan likevel påvirke både effekt og bivirkningsprofil i løpet av døgnet, og gjøre et legemiddelalternativ mer gunstig enn et annet hos den enkelte pasient (13). Antihistaminer, PPI og NSAID er eksempler på andre legemiddelgrupper der det ikke finnes konkrete ekvipotentstabeller, men hvor man gjerne opererer med teoretiske ekvipotente doser basert på definert døgndose (DDD), eller vanlig standarddose, ettersom alle virker «likt» (14, 15).

I mange tilfeller kan det også være nødvendig å ta hensyn til interaksjoner på grunn av metabolisme via CYP-enzymmer i forbindelse med behandling med SSRI, kardiovaskulære bivirkninger og bivirkninger i mage/tarm for NSAID og ulik grad av sedasjon for antihistamin.

Bruk av DDD kan by på utfordringer etter som DDD er «antatt gjennomsnittlige døgndose brukt ved preparatets hovedindikasjon hos voksne» (WHO), og ikke nødvendigvis reflekterer bruken i det aktuelle tilfellet. Et eksempel er benzodiazepinene hvor DDD for oksazepam er angitt for behandling av angst (50 mg), mens DDD for klonazepam gjelder behandling av epilepsi (8 mg) (16, 17). Dette gir en ratio på 6,25 og direkte omregnet fra DDD vil da klonazepam 1 mg tilsvare oksazepam 6,25 mg. I ulike kilder er klonazepam i doser fra 0,25 til 4 mg (en dosevariasjon på 16 ganger) angitt som ekvipotent med oksazepam 10 mg (16).

Det er generelt vanskelig å foreslå ekvipotente doser mellom benzodiazepiner. Det er store forskjeller i antall mg som gir effekt ved samme indikasjon. De varierer også i stor grad i de farmakokinetiske egenskapene sine, blant annet halveringstid. I tillegg gir de forskjellig grad av sedasjon, og som nevnt over kan de være godkjent for ulike indikasjoner (18).

For sentralstimulerende legemidler brukt i behandling av ADHD er både mest effektive og høyeste tolerable dose individuell. Det er også variasjoner i hva som anses som maksimal anbefalt dosering. Følgelig er det utfordrende å finne et forholdstall man kan bruke for å regne om eksempelvis X mg metylfenidat til Y mg lisdexamfetamin (19).

Legemiddelgruppene nevnt over er ikke ment som en uttømmende liste over legemiddelgrupper hvor man søker etter informasjon om ekvivalente doser. Både statiner, antihypertensiva og diuretika er andre eksempler hvor en ekvivalenstabell eller et forholdstall ofte etterspørres. I praksis må en slik dosekvivalens beregnes ved et hvert bytte av legemiddel, uavhengig av årsak, med ønske om tilsvarende effekt.

Konverteringsverktøy

I konverteringstabeller og lignende er det ofte et sett med forutsetninger for bruken. Dette kan for eksempel være indikasjon eller ved langtidsbehandling (toleranse). Som et eksempel er det på trapped.no tatt utgangspunkt i «konverteringsverdier» basert på forholdstall mellom aktuelle DDD-verdier og gjort tilpasninger basert på kliniske erfaringer. Slike verktøy må derfor brukes med de angitte forutsetningene som utgangspunkt og på eget ansvar. Dosen legemiddel som skal gis, må alltid vurderes individuelt og konkret. De veiledende doseringsanbefalingene kan både være for høye og for lave (16, 20). Generelt vil en god tilnærming være å starte med noe lavere dose enn «antatt ekvivalent» og titrere opp til ønsket effekt.

Oppsummering

En rasjonell tilnærming ved bytte av legemiddel innenfor en bestemt legemiddelgruppe, vil være å starte det nye legemiddelet på en antatt tilsvarende eller lavere dose med bakgrunn i anbefalt startdosering (eller angitt normaldosering) og titrere til ønsket effekt, samtidig som pasienten følges opp med tanke på bivirkninger. Dosen legemiddel som skal gis, må alltid vurderes individuelt, og man kan aldri stole utelukkende på en ekvivalent dose fra et konverteringsverktøy. Flere faktorer er viktige for valg av behandling, blant annet bivirkningsprofil og interaksjonspotensial med pasientens øvrige legemidler. Dosen bør optimaliseres etter klinisk respons til den laveste effektive dose. Ved usikkerhet rundt bytte av legemiddel og ekvipotent dose, spør gjerne RELIS om beslutningsstøtte.

REFERANSER

- Jahnsen JA, Schjøtt J. Bytte legemidler – hva bør man tenke på? *Utposten* 2022; 51(1): 54–5.
- Store norske leksikon. www.sn.no/ (Sist oppdatert: 16. juni 2022).
- Roland PDH, Spigset O. Legemiddelangel – hva kan RELIS bidra med? <https://relis.no/content/5037/> (Publisert: 5. august 2019).
- RELIS database 2014; spm.nr. 5034, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).
- Norsk legemiddelhandboka. Ekvipotentstabell for opioider. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 11. April 2023).
- Helsedirektoratet. Ekvipotens av opioiddoser. www.helsedirektoratet.no (Oppdatert: 19. Oktober 2021).
- Svendsen K, Borchgrevink P et al. Choosing the unit of measurement counts: the use of oral morphine equivalents in studies of opioid consumption is a useful addition to defined daily doses. *Palliat Med* 2011; 25(7): 725–32.
- RELIS database 2019; spm.nr. 7885, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).
- RELIS database 2019; spm.nr. 7751, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).
- Nieman LK. Pharmacologic use of glucocorticoids. Version 21.0. In: *UpToDate*. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 1. desember 2022).
- Norsk legemiddelhandboka. Glukokortikoider til systemisk bruk. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 11. oktober 2021).
- Specialist pharmacy service (SPS). Switching between oral prednisolone and IV hydrocortisone. <https://www.sps.nhs.uk/> (Publisert: 29. september 2023).
- Hirsch M, Birnbaum RJ. Switching antidepressant medications in adults. Version 25.0. In: *UpToDate*. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 20. oktober 2022).
- RELIS database 20123; spm.nr. 9533, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no) (PPI).
- RELIS database 2021; spm.nr. 6489, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no) (Alimemazin).
- RELIS database 2021; spm.nr. 8823, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).
- RELIS database 2022; spm.nr. 8892, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).
- Specialist pharmacy service (SPS). Choosing equivalent doses of oral benzodiazepines. <https://www.sps.nhs.uk/> (Sist oppdatert: 2. juni 2023).
- Roland PDH, Steen IL. Høye doser sentralstimulerende legemidler ved ADHD. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2021; 129(5): 15–6.
- Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL). Omregning av benzodiazepiner. <https://trapped.no/ekvi.php> (Søk: 25. september 2023).

■ INGRID.LUNDE.STEEN@RELIS.NO

UTEOMRÅDER I BARNEHAGER: Kartlegging – et lokalt fol

■ **RAKEL RUSTAND BRULAND** • Rådgiver innen miljørettet helsevern ved Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen og høyskolelektor ved Høgskolen i Innlandet. Mastergrad i folkehelse

■ **YVONNE HAGERUP** • Kommuneoverlege ved Samfunnsmedisinsk enhet for Hamarregionen. Lege i spesialisering i samfunnsmedisin

Barnehagene er en viktig arena for utjevning av sosiale ulikheter i helse. De fleste barn er i barnehage, og de er der store deler av våkentiden sin. Barnehagene kan dermed bidra til at mange barn oppnår anbefalingene for daglig fysisk aktivitet.

Vi ønsket å kartlegge hvordan barnehagene i en kommune la til rette for fysisk aktivitet. Som sammenlikningsgrunnlag brukte vi en nabokommune som hadde hatt fysisk aktivitet som fokusområde i flere år.

Bakgrunn

Nasjonalt utgangspunkt

Folkehelselovens formål er å bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller. Nasjonalt er det flere helseindikatorer som beveger seg i feil retning, blant annet er det økning i overvekt og inaktivitet i befolkningen, som påvirker folkehelsen negativt (1). Folkehelsemeldingen legger vekt på at daglig og variert fysisk aktivitet er nødvendig for den normale veksten og utviklingen til barn og unge – fysisk, psykisk, sosialt og kognitivt. Barn tilbringer mye av sin våkentid i barnehagen, og barnehagene er følgelig en viktig arena for at barna skal oppnå anbefalt daglig aktivitetsnivå. Rammeplanen for barnehagene (2) legger vekt på at barnehagen er en viktig arena for fysisk aktivitet og utjevning av sosiale helseforskjeller. Det bør legges til rette for at alle barn får mulighet til å utforske ulike aktiviteter i barnehagen. Universelle tiltak i barnehagene vil nå de aller fleste barn, og vil dermed kunne bidra til utjevning av sosiale ulikheter i helse.

Den 1. juli 2023 kom det ny forskrift for miljørettet helsevern i barnehager og skoler. I den nye forskriften legges det vekt på at uteområder skal være helsemessig tilfredsstillende. Virksomhetens fysiske miljø skal være forsvarlig ut fra en vurdering av faktorer i miljøet som kan påvirke barns og elevers helse, trivsel, lek og læring. Det står videre at uteområdene skal kunne dek-

ke behov for aktivitet og hvile, og forebygge sykdom, skader, ulykker, overgrep og andre alvorlige hendelser.

Lokalt utgangspunkt

Hamarregionen består av fire kommuner; Løten, Stange, Ringsaker og Hamar. Samfunnsmedisinsk enhet dekker kommuneoverlegefunksjon og miljørettet helsevern for alle disse kommunene. I regionen er andelen barn som bor i husholdninger med vedvarende lav inntekt, høyere enn i landet som helhet (3). Barn som vokser opp i familier med lav sosioøkonomisk status, har i større grad helseutfordringer gjennom livet, og disse kan blant annet knyttes til inaktivitet. For å motvirke sosial ulikhet i helse, er det viktig å legge til rette for fysisk aktivitet for alle barn.

Formål

Vi ønsket å kartlegge hvordan barnehagene i to av kommunene i regionen legger til rette for fysisk aktivitet. Gjennom å se på likheter og ulikheter mellom barnehagene i ulike kommuner, ønsket vi å kunne si noe om hva som kunne fremme fysisk aktivitet og eventuelt hva som begrenset aktivitet.

Finansiering

Vi søkte og fikk tildelt midler fra Innlandet fylkeskommune for å gjennomføre kartleggingen.

Metodisk tilnærming

Rådgivere innen miljørettet helsevern besøkte alle barnehagene i to ulike kommuner i regionen. I den ene kommunen hadde det i flere år vært et systematisk arbeid for fysisk aktivitet i barnehagene. Vi sammen-

liknet de to kommunene for å se etter forskjeller.

Det ble brukt et kartleggings skjema som både systematiserte observasjoner av uteområdene og inneholdt spørsmål til styrere og ansatte. Det ble til sammen gjort kartleggingsbesøk i 20 kommunale og 13 private barnehager. Spørsmålene i kartleggings-skjemaet ble formulert med utgangspunkt i den tidligere forskriften om miljørettet helsevern i skoler og barnehager (1995).

Prosjektet er tenkt å kunne være et hjelpemiddel for kommunene til å iverksette forbedringsarbeid knyttet til fysisk aktivitet ute i barnehagene – for å bidra til å oppfylle folkehelselovens formålsparagraf om å motvirke sosiale helseforskjeller.

Resultater

Alle barnehagene hadde uteområder som la til rette for fysisk aktivitet. Det var varierende rutiner i barnehagene, fordi fysisk aktivitet inngikk naturlig i mange aktiviteter. Nesten alle barnehagene hadde turdag ukentlig. Gjennom samtale med ansatte kom det frem at balanse mellom frilek og delaktige voksne var viktig for at interesse og motivasjon for fysisk aktivitet ble opprettholdt blant barna. Aktive voksne og lek i skogsområder ble nevnt som viktige faktorer for å stimulere til fysisk aktivitet utendørs. Mangel på bemanning ble nevnt som en viktig hemmende faktor.

Det var få styrere og ansatte som kjente til Helsedirektoratet sine anbefalinger knyttet til fysisk aktivitet for barnehagebarn. Nesten alle ansatte og styrere ønsket mer bevisstgjøring og erfaringsutveksling rundt fysisk aktivitet, og opplevde at det var forbedringspotensialer i barnehagen på dette.

Utetiden til barna varierte mellom barnehagene fra to timer til hele dagen. Barnehagene som var ute fire timer eller mer, var aktivitetsbarnehager, natur- eller gårdsbarnehager. Generelt kunne alle ansatte fortelle at barna var mer utendørs vår og som-

kehelsearbeid



ILLUSTRASJONSFOTO: MOD. KJØBDE FRENZY

mer, sammenlignet med høst og vinter. Noen barnehager brukte hyppig tilleggsarealer til fysisk aktivitet. Flere barnehager gikk for eksempel til nærmiljøanlegg, og introduserte barna for ulike idretter og aktiviteter der.

Jevnt over ønsket styrere og ansatte mer bevisstgjøring og erfaringsutveksling på tvers av barnehagene. I kommunen som allerede hadde arbeidet systematisk med fysisk aktivitet, fortalte flere styrere og ansatte at dette hadde ført til at kunnskap og kompetanse om fysisk aktivitet hadde økt, og særlig bevisstheten rundt hvorfor ulike aktiviteter ble gjennomført. Samtlige ansatte i denne kommunen fortalte at bevisstgjøringen førte til at de i større grad aktiviserte de barna som i utgangspunktet var minst fysisk aktive.

Oppsummering og refleksjoner

Etter gjennomføring av kartleggingen ble det avdekket forbedringspunkter knyttet til strukturelle forhold. Kommuneplanens bestemmelser bør inkludere kvalitetskrav til beliggenhet, areal og innhold på uteområdet. Ved valg av nye tomter er trafikkforhold, støyforhold, luftkvalitet, tilleggsareal, sol og skygge sentrale faktorer. Gjeldende retningslinjer for planlegging og opparbeidelse av barnehagers utearealer bør legges til grunn i kommuneplanens bestemmel-

ser. Ved slikt arbeid kan tverrfaglig samarbeid på tvers av sektorer i kommunen være hensiktsmessig.

God lagerkapasitet for oppbevaring av lekeutstyr og lekeapparater til ulike årstider er hensiktsmessig på uteområdet.

Eksempler på elementer som vi fant la til rette for variert fysisk aktivitet ute

- naturtomt
- naturelementer som trær, steiner, busker og kratt
- variert topografi
- områder med variert underlag
- runder
- ballbinger
- utstyr og lekeapparater med flerbruksmuligheter
- konstruksjonsleker og andre småleker
- ulike oppholdssoner med mulighet for aktivitet og hvile
- varmemuligheter

Det bør være skriftlige rutiner for fysisk aktivitet ute, for eksempel i et årshjul. Dette kan implementeres i overordnede føringer.

Kartleggingen viste at lav bemanning var en hemmende faktor. Barnehagene bør ha kapasitet til å gjennomføre planlagte uteaktiviteter, og tilrettelegge for en variert sammensetning i personalgruppen. Egne resurspersoner med definerte ansvarsområder knyttet til fysisk aktivitet, kan bidra til be-

visstgjøring og erfaringsutveksling i barnehagene. Dette kan også bidra til erfaringsutveksling med andre barnehager om planlegging og gjennomføring av uteaktiviteter. Det kan være hensiktsmessig med bevisstgjøring og opplæring av ansatte og nyansette rundt betydningen av fysisk aktivitet ute. Dette kan bidra til økt fokus på tilstrekkelig utetid, kvalitet på utetiden og at tilgjengelig tilleggsareal blir utnyttet.

Barnehager bør regelmessig legge opp til turer utenfor eget område og gjennomføre planlagte turer. Ved å samarbeide med andre aktører, kan det legges til rette for gode aktivitetsopplevelser ute for barn og voksne. Utlån av klær og utstyr til barna kan bidra til gode opplevelser og legge til rette for å få med alle barn i fysisk aktivitet.

Konklusjon

Med utgangspunkt i forebyggingsparadokset, er det viktig å legge til rette for fysisk aktivitet for alle barn. Ved å få med de barna som er tilbøyelige til å være mindre aktive, vil flere barn oppnå anbefalingen om minst 180 minutter fysisk aktivitet daglig. Dermed kan barnehagene bidra til å motvirke sosiale helseforskjeller. Vi anbefaler at kommunene jobber systematisk med å legge til rette for fysisk aktivitet utendørs i barnehagene, og at dette arbeidet forankres både i den kommunale ledelsen, styrere og ansatte. Dette kartleggingsprosjektet har gitt oss kunnskap om faktorer som kan påvirke fysisk aktivitet utendørs i barnehager. Denne kunnskapen kan brukes videre i planarbeid og tilsyn. Ved renovering og planlegging av nye barnehager bør miljørettet helsevern involveres tidlig i prosessen.

I den daglige driften av barnehagene bør fokus på fysisk aktivitet, voksen deltakelse, og det å få med alle barna være satt i system. Det bør også legges til rette for erfaringsutveksling på tvers av barnehagene. Slik kan barnehager legge til rette for at alle barn når anbefalingene om fysisk aktivitet, og på den måten bidra til å motvirke sosial ulikhet i helse.

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. (2022). Barn og unge – generelle råd. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/barn-og-unge#barn-1-5-ar-rad-anbefaling-fysisk-aktivitet>.
2. Utdanningsdirektoratet. (2017). Rammeplan for barnehagen. Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver. <https://www.udir.no/laring-og-trivsel/rammeplan-for-barnehagen/>.
3. Folkehelseinstituttet. (2023). Last ned oppvekstprofil for kommuner og bydeler. <https://www.fhi.no/fp/oppvekstprofiler/hent-oppvekstprofil/>.
4. Meld. St. 15 (2022–2023). Folkehelsemeldinga – Nasjonal strategi for utjamning av sosiale helseforskjeller. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20222023/id2969572/>

■ RAKEL.RUSTAND.BRULAND@HAMAR.KOMMUNE.NO

Opplæring bidro ikke til endret pasientforløp på

■ LISBETH NILSEN • Frilanser



Sykepleiere på legevakt så ikke på sin egen rolle som portvoktere, men som serviceytere. Det har lege og ph.d. Bent Håkan Lindberg avdekket i sin forskning. Han undersøkte derfor effekten av et skreddersydd kursopplegg i triagering av pasienter med luftveissymptomer – for å se om det ble færre unødige legekonsultasjoner på legevakt.

– Da jeg hadde vakt på legevakt, tenkte jeg ofte: Hvorfor fikk denne pasienten time? Og særlig dukket spørsmålet opp hvis det var en luftveisinfeksjon, som det var lite å gjøre noe med og som ikke trengte behandling med antibiotika. Hvorfor klarte ikke sykepleier å avtale at pasienten ble hjemme eller dro til fastlegen dagen etter? spør ph.d. Bent Håkan Lindberg.

Han er spesialist i allmennmedisin, overlege ved Hedmarken legevakt og stipendiat ved Avdeling for allmennmedisin, Universitetet i Oslo. I august i år disputerte han.

I tre studier har han sett på legenes forskrivningspraksis av antibiotika ved luftveisinfeksjoner, kartlagt sykepleiernes port-

vokterrolle og undersøkt om opplæring av sykepleierne fører til endret triagering og færre legekonsultasjoner.

Ble overrasket over funn

I den andre studien, som ble publisert i 2021, intervjuet han sykepleiere på legevakt om hvordan de triagerer pasienter som ringer inn for milde til moderate symptomer på luftveisinfeksjon. Funnene overrasket Lindberg: Sykepleierne så ikke på sin egen rolle som portvoktere, men som serviceytere.

– Ingen av sykepleierne ville bruke ordet portvokter for å beskrive sin egen rolle. Likevel var de ambivalente, for i praksis utø-

ver de en portvokterrolle. De ønsker å oppnå konsensus med innringer, de argumenter hvis det ikke er nødvendig med en konsultasjon og veileder innringer til et riktigere sted å få hjelp. De er klare på at det som kan vente, skal vente. Likevel gir de time til dem som står på sitt, forteller forskeren.

Noen av sykepleierne fortalte at de iblant tilbød pasienter å ta CRP, for lettere å kunne argumentere for at en konsultasjon var unødvendig.

Når det var umulig å bli enig med innringer, fikk pasienten som regel en time. Sykepleierne viste til kravet om rask responstid på telefon og tidspress. De vurderte det derfor som mer effektivt å gi en time enn å bruke tid på diskusjon over telefon – selv om legekapasiteten også var begrenset.

– Dette var absolutt mer komplekst enn jeg trodde. Da jeg intervjuet sykepleierne, forstod jeg at det er mange faktorer som påvirker, og at det ikke nødvendigvis er så enkelt som å avvise innringere som ikke har behov for en konsultasjon, sier Bent Håkan Lindberg.

– Det har vært morsomt å planlegge og gjennomføre studien og motivere legevaktene til å delta, sier Bent Håkan Lindberg, mangeårig fastlege og nå overlege ved Hedmarken legevakt. FOTO: ATLE RØRBAKK



Randomisert studie

Ville enda bedre kunnskap hos sykepleierne føre til færre legekonsultasjoner? Det var tema for den tredje studien til Lindberg. Halvparten av legevaktene ble randomisert til å få tilgang til et opplæringsprogram for sykepleierne som besvarer pasienthenvelselsene (intervensjonsgruppen), og den andre halvparten utgjorde kontrollgruppen. Intervensjonen bestod av et 90-minutters e-læringskurs om triagering av pasienter med symptomer på luftveisinfeksjon, samt et 90-minutters opplegg for gruppediskusjoner om praksis og kommunikasjon.

Konklusjonen var neppe det artikkelforfatterne hadde håpet på.

– Det var nesten ingen forskjell i antallet legekonsultasjoner for luftveisinfeksjoner i intervensjonsgruppen og kontrollgruppen. Og det var liten variasjon mellom de ulike legevaktene, forteller forskeren.

legevakt



– Da jeg intervjuet sykepleierne, forstod jeg at det er mange faktorer som påvirker, og at det ikke nødvendigvis er så enkelt som å avvise innringere som ikke har behov for en konsultasjon, sier forsker og legevaktoverlege Bent Håkan Lindberg. FOTO: ATLE RØRBAKK

Det trengs et paradigmeskifte

Mange av sykepleierne som ble tilbudt kurset, var erfarne sykepleiere. – Når du er erfarer og jobber med pasientkontakt til daglig, burde dette kurset være nok. Jeg tror den primære forklaringen på manglende effekt av intervensjonen ligger i systemet – det er for mange eksterne faktorer som påvirker hvem som får og hvem som ikke får legetime. Svaret kan ikke legges på den enkelte sykepleier alene. Det trengs et paradigmeskifte i retning av et større systemansvar.

Tilbakemeldinger fra flere legevakter tydet på at tid var en flaskehals: En del legevakter hadde ikke rukket å sette i gang kursopplegget før forskerne startet med å samle inn data.

– Det er en usikkerhet knyttet til hvor mange legevakter som reelt hadde gjennomført kurset før datainnsamling, og det kan påvirke resultatene. Fullført e-læringskurs ble lagt inn som en forklaringsvariabel, men vi fant heller ikke noen nedgang i legekonsultasjoner i denne gruppen. Sykepleiere som hadde deltatt på kurs, fortalte meg at det hadde bidratt til at de føler seg tryggere. Men det hadde ikke nødvendigvis effekt på antallet konsultasjoner på legevakt, fordi det er så mange komplekse faktorer som påvirker, sier Lindberg.

Mer antibiotika når travelt

Ifølge forskningen hans ble 13,9 prosent av alle luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten diagnostisert på legevakt. Av alle konsultasjoner på legevakt i vintersesongen, ut-

gjorde luftveisinfeksjoner 22,9 prosent, mens blant fastlegene var andelen på 14 prosent.

Legevakt stod for rundt 20 prosent av all antibiotika som forskrives for luftveisinfeksjoner i primærhelsetjenesten. Lindbergs analyse av retrospektive 2014-data fra to legevakter var rettet mot forskrivningspraksis av antibiotika hos 117 legevaktleger og hvilke faktorer som hadde sammenheng med antibiotikaforskrivning. Hovedfunnet i den første studien hans var at forskrivningen økte ved travle vakter, målt som median kortere tid i hver konsultasjon.

Andelen konsultasjoner der det ble gitt antibiotika, steg fra median 28,7 prosent i den femdelen (kvintilen) av konsultasjonene med lengst varighet til median 36,6 prosent i kvintilen med kortest varighet. Drøyt én av tre pasienter med luftveisinfeksjon fikk antibiotika til tross for at infeksjonen ville gått over av seg selv.

– Hvorfor blir det travelt? Kan vi gjøre noe med travelheten? Det var utgangspunktet for studie 2 og 3 blant sykepleierne, forteller Lindberg.

Samtale bedre enn kampanjer

Lindberg har selv vært fastlege i mange år.

– Fastlegene har de beste forutsetningene for å være restriktive med antibiotika. Legevaktlegen har kanskje bare 15 minutter til å oppnå tillit og skape trygghet. Resultatene fra forskningen vår er et godt argument for en sterk fastlegetjeneste. Fastlegene må ha slakk nok til å kunne ta inn det som haster samme dag.

– Hvor stor tro har du på kampanjer mot overdiagnostikk og overbehandling, som publikumskampanjen «Mer er ikke alltid bedre»?

– Det viktigste er å kommunisere et slikt budskap på flere nivåer samtidig, slik at både befolkningen, legene og legevaktssykepleierne får det samme budskapet i samme tidsrom. Da er det enklere å nå gjennom også i samtalen mellom den enkelte pasient og lege, eller den enkelte innringer og legevaktssykepleier, sier Bent Håkan Lindberg.

Doktorarbeidet hans er finansiert av Allmenntilleggs medisinsk forskningsfond.

– Det har vært morsomt å planlegge og gjennomføre studien og motivere legevaktene til å delta. Som overlege på en legevakt kjenner jeg jo godt til deres ståsted og spørsmålet «Hvordan skal vi få tid til dette?». Forskeren i meg og overlegen har møtt hverandre i døra. Det hadde vært mer gøy å kunne vise en kjempeskjell etter intervensjonen, men sånn ble det, og sånn er forskning, konstaterer legevaktforskeren.

Dette er de publiserte studiene som inngår i doktoravhandlingen til Bent Håkan Lindberg:

- Scand J Prim Health Care, 2017, doi: 10.1080/02813432.2017.1333301. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5499318/>.
- Scand J Prim Health Care, 2021, doi: 10.1080/02813432.2021.1908715. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8293966/>.
- BMC Health Serv Res, 2023, doi:10.1186/s12913-022-08994-0 <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08994-0>.

TI ÅR MED FORSKERSKOLEN I ALLMENNEMEDISIN: – Noen er blitt overrasket Forskerskolen har betydd

■ LISBETH NILSEN • Frilanser

Forskerskolen i allmenntmedisin feirer tiårsjubileum i år. I alt 137 studenter er blitt tatt opp, og så langt har 58 forskere avlagt en doktorgrad.

– Det viser at det har skjedd mye i allmenntmedisinsk forskning de siste ti årene, sier NAFALM-leder Anja Brænd.

I 2013 ble Nasjonal forskerskole i allmenntmedisin (NAFALM) etablert som én av flere forskerskoler med støtte fra Forskningsrådet. Elin Olaug Rosvold var den første NAFALM-lederen, fulgt av Atle Klovning og Anja Brænd.

I år feirer Forskerskolen tiårsjubileum. Siden det første kullet er 137 studenter tatt opp ved Forskerskolen, inkludert neste års kull. Per 1. oktober i år hadde 58 NAFALM-studenter disputert.

– Det viser at det har skjedd mye i allmenntmedisinsk forskning de siste ti årene, sier en jubileumsglad Anja Brænd.

Hun er førsteamanuensis og avdelingsleder for Avdeling for allmenntmedisin ved Universitetet i Oslo og har vært NAFALM-leder siden 2019.

Få som gir seg

Mange av stipendiatene bruker opptil seks år på å fullføre et ph.d.-løp blant annet fordi forskningen kombineres med fastlegejobb eller annen klinisk jobb.

– Nå er vi godt i gang med et nytt kull og hadde en fin samling for alle studentene i Trondheim i september. I år har vi også startet opp igjen med en alumnisamling, der de som er ferdige med Forskerskolen kan utvikle sitt eget faglige fellesskap videre.

I fjor søkte ti forskere om opptak, og i år var det fem som søkte. Alle disse 15 fikk plass. Kriteriene for å søke er å være i gang med et doktorgradsprosjekt med relevans for allmenntmedisin, eller være i ferd med å bli tatt opp i et ph.d.-program ved et universitet.

– Hvilke tilbakemeldinger får dere fra stipendiatene?

– Noen er blitt overrasket over hvor mye Forskerskolen har betydd for dem. Ikke bare opplever de kursene som lærerike, men jeg tror også de har vært igjennom en viktig modningsprosess. De blir godt kjent med hverandre og hverandres prosjekter. De får felles erfaringer og gode diskusjoner, og blir utfordret og får brynet seg på hverandre. Det kan være ensomt å være stipendiat, selv

om alle er tilknyttet et universitet. I tillegg til fellesskapet ved Forskerskolen, får de et nettverk med forskere og veiledere fra andre universiteter. Alle studentene følger jo ph.d.-kurs ved sitt universitet, men Forskerskolen er kurs i en mye større målestokk og med kanskje alle doktorgradsstipendiater ved det medisinske fakultetet. Det å være student på Forskerskolen i allmenntmedisin blir derfor noe helt annet.

– Hvor mange studenter har gitt seg underveis?

– Bare en håndfull har avbrutt Forskerskolen og ph.d.-løpet. Så er det omtrent like mange som har avbrutt skolen, men likevel har fullført ph.d.-løpet.

Student i første kull

Forskerskolestudentene er tilknyttet et fast kull i tre år, men kan ha en tilknytning lengre enn det.

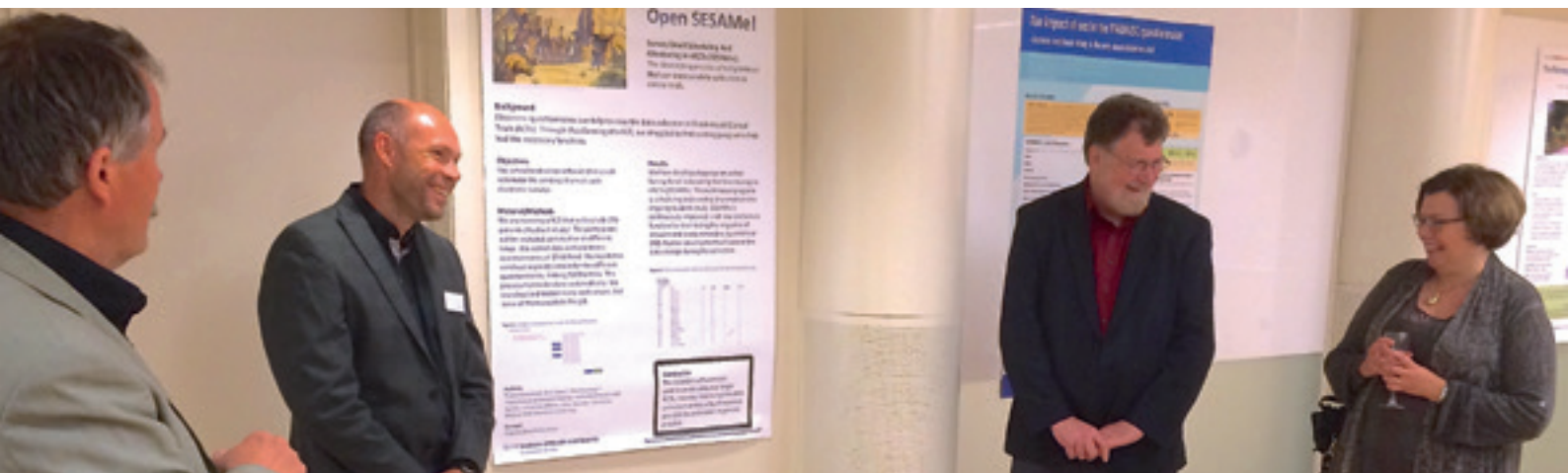
– Pandemien førte til at noen forskere fikk utsatt prosjektet sitt, forteller Anja Brænd.

Hun var selv én av de 16 studentene i det første kullet av Forskerskolen.

– Den gang lå alt i støpeskjeen. Jeg var engasjert som stipendiat-representant og fikk være med på beslutninger om hva Forskerskolen skulle være og hvordan vi kunne tilby noe vi ikke ville fått ellers.

Fra posterpresentasjon med tilbakemeldinger på samlingen i 2015.

Fra venstre: Jørund Straand, Trygve Skonnord, Stuart Spencer og Elin Olaug Rosvold. FOTO: PER HJORTDAHL



over hvor mye for dem



Her er deltagerne på
NAFALM-samlingen på
Sundvolden i 2015.
FOTO: SIRI EVJU JANSEN

– Hvilket utbytte hadde du av Forskerskolen?
– Det betød mye for meg, og blant annet gjorde det meg godt kjent med forskere og veiledere i og utenfor Oslo, som jeg ellers ikke ville ha blitt kjent med.

Nasjonal dugnad

Frem til 2023 hadde Forskerskolen i gjennomsnitt 2,6 millioner kroner i årlig drifts-

budsjett. Da støtten fra Forskningsrådet opphørte i 2022, ble budsjettet kraftig nedjustert.

– De allmennt medisinske forskningsenhetene – AFE-ene – og universitetsmiljøene har gått sammen om et spleiselag med begrensede midler til drift og undervisningskostnader. AFE-ene og universitetene stiller i tillegg med veiledere. Det er en dugnad og en samstemt vilje fra det allmennt medi-

sinske forskningsmiljøet om at vi skal få det til, sier Anja Brænd og legger til:

– Vi oppfatter dette som at Forskerskolen er viktig både for stipendiatene og for de allmennt medisinske forskningsmiljøene. Vi vet ennå ikke hvor bærekraftig dagens løsning er. Ifølge Forskningsrådet er neste utlysning for forskerskolene planlagt i 2024. Sjansene våre til nye midler kommer veldig an på utlysningen, på hva Forskningsrådet er ute etter.

– Bare en håndfull har avbrutt Forskerskolen og ph.d.-løpet. Så er det omtrent like mange som har avbrutt skolen, men likevel har fullført ph.d.-løpet, sier Anja Brænd, leder av Forskerskolen i allmennt medisin (NAFALM). ARKIVFOTO: VIDAR SANDNES

Fra venstre:
Magnus Hjortdahl og Stuart Spencer. FOTO PER HJORTDAHL



Nidaroskongressen 2023

■ TOVE RUTLE • Frilanser

Solskinn fra blå himmel, fire friske grader og naturen i vakre høstfarger ble velkomsten til Trondheim og Nidaroskongressen 2023. Det er fire år siden forrige Nidaroskongress, så det var herlig å bli ønsket velkommen på trøndersk til interessante og spennende kursdager.

Tusen leger og medarbeidere deltok på 37 ulike kurs, aktuelle plenumsforedrag og ikke minst mange morsomme sosiale tilbud på kveldstid. Noe for enhver smak, og slett ikke bare for unge primærleger. En flott mulighet til fine dager med kolleger og medarbeidere.

Ingjerd Myrvoll har ledet kongresskomiteen siden 2017, sammen med en solid og trofast kurskomite. Til stor glede og inspirasjon for kursdeltakerne, var det et flott og variert program for både leger og medarbeidere.

Plenumsforedraget mandag var ved Anne Spurkland. Inspirerende og morsomt presenterte hun «Koronapandemien er bak oss. Hva nå?» Kåseriet som fulgte med skuespiller Marianne Meløy fra Øksnes, var en morsom betraktning av allmennlegene, og hun gav fargerike beskrivelser fra egne pasientopplevelser.

Fire fra sekretariatet ønsket hjertelig velkommen. Fra venstre: Davor Babic, Ingjerd Myrvoll, Mona Jacobsen og Lena Ervik.



Plenumsforelesningen tirsdag var med statssekretær Ole Henrik Krat Bjørkholt og hadde tittelen «Fastlegeordningen – en ny vår». Jeg opplevde at dette var et politisk innlegg uten de store vyene, og jeg tillot meg å anbefale Helse- og omsorgsdepartementet å abonnere på *Utposten*. Det vil kunne gi en fantastisk mulighet til innblikk og innsikt i hva som rører seg i allmenn- og samfunnsmedisin i dag. Jeg lykkes dessverre ikke denne gangen, men anbefalingen opprettholdes.

Det var som nevnt en mengde gode kurs, og jeg fremhever gjerne «Kommunikasjon for medarbeidere i allmennpraksis» med Njål Flem Mæland, kurset om «Overdiagnostikk og overbehandling i allmennpraksis» og kommunikasjonskursene for både leger og medarbeidere, som ga viktige refleksjoner til den primærmedisinske hverdag.

Gisle Roksund, Magne Nylenna og Kjell Olav B. Svendsen var hjertelig til stede på Nidaroskongressen.



Martin Bruusgaard Harbitz melder følgende fra Forskningsdagen:

«Forskningsdagen under Nidaroskongressen er en viktig arena for formidling av praksisnær og aktuell forskning i primærmedisin, og var i år preget av kvalitet fremfor kvantitet. Sju gode abstrakt var sendt inn på forhånd av kolleger fra hele landet som ønsket å presentere og diskutere forskning. Bredden i temaene var sedvanlig allmennmedisinsk – stor og kompleks: stressmestringskurs, legevakt-tema, fastlegebruk etter innføring av fraværsgrense på VGS, psykisk sykdom i allmennpraksis og hva skjer med



Tove Rutle og Kari T. Kogstad promoterte Utposten på Nidaroskongressen.

listepasientene når en fastlege slutter? Deltakerne fikk presentere sine egne prosjekter og motta tilbakemeldinger fra de andre deltakerne, alt under kyndig kursledelse av Gunnhild Åberge Vie og Pål Jørgensen».

Tonje Rambøll Johannessen jobber som legevaktlege i Oslo og vant AMFFs reisestipend 2023 for sin doktorgradsavhandling. Hun har forsket på håndteringen av pasienter med brystsmarter og anvendelse av troponin for å utelukke akutt hjerteinfarkt

på legevakt. For den som havner på legevakt med brystsmarter, kan forskningen til Tonje sikre mer presis diagnostikk og redusert forbruk av spesialisthelsetjenester.

Allmenntmedisinsk Forskningsutvalg (AFU) forskningspris gikk til Trygve Sølberg Ellingsen, fastlege i Hommelvik og førsteamanuensis ved UiT Norges Arktiske Universitet. Trygve ønsker å undersøke hvor godt kartleggingsanbefalingene fra Helsedirektoratet fungerer til å predikere

Lederen av kongressen Ingjerd Myrvoll og statssekretær Ole Henrik Krat Bjørkholt.



senere psykisk uhelse hos flyktninger. Komiteen vurderer at dette er et viktig prosjekt som vil bidra med nødvendig kunnskap om oppfølging av en pasientgruppe som kan ha store behov.

Anders Forsdahls pris

Peder Halvorsen, fastlege i Alta og professor i allmenntmedisin ved UiT Norges Arktiske universitet vant Anders Forsdahls pris. Denne prisen deles ut årlig av Nasjonalt senter for distriktsmedisin for å hedre en person som over tid har utrettet en markant innsats for helsetjenesten i Distrikts-Norge. Prisvinneren ble beskrevet slik av forslagsstillerne:

«Peder Halvorsen har en kombinasjon av vidsyn, klartenkhet, strategisk teft og vennlig væremåte, som gjør ham til en ønsket samarbeidspartner i alle sammenhenger. Hans lojalitet og faglige engasjement for distriktene, og særlig Alta og Finnmark, har vært en grunnstein i hele hans karriere. Han har på imponerende vis klart å kombinere sitt distriktsmedisinske engasjement med en akademisk karriere, noe som styrker både distriktene og akademia. Peder Halvorsen er en meget verdig vinner av Anders Forsdahls pris 2023».

Nidarosprisen

I statuttene heter det:

«Nidarosprisen deles ut til en allmenntmedisiner som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling innen allmenntmedisinen».

Årets prisvinner, Torgeir Fjermestad, er både spesialist i allmenntmedisin og samfunnsmedisin. Han har jobbet nesten 40 år som fastlege på samme legekontor, vært kommuneoverlege i kommunen sin, vært faglig svært interessert, og har skrevet flere artikler til *Utposten* og *Tidsskriftet*. Sist, men ikke minst: Han har vært i komiteen for Nidaroskongressen siden dens spede begynnelse på tidlig 90-tall, og har vært leder for Nidaroskongressen i svært mange år fram til 2015.

Nok en Nidaroskongress er gjennomført, til glede og inspirasjon for mange. Takk til arrangørene, og alle bidragsytere og ikke minst til alle deltakerne som gav ny giv til hverdagen på legekantoret.

Sånn du ikke visste
Du vet sånne folk
som plutselig gir deg noe
som du ikke visste du trengte,
slik som gode ord, et smil,
en klem eller bare et godt blikk.
Sånn må du ta godt vare på!

ROBERT TJOMLID

NFA Faggruppe Ultralyd

Faggruppe Ultralyd, FUA, tidligere Referansegruppe for ultralyddiagnostikk i allmennmedisin, ble etablert i 2009. Forening for ultralyd i allmennpraksis (FUA) var da ganske nyetablert (2007). Bakgrunnen for begge var en økende interesse for ultralyddiagnostikk blant norske allmennleger. Fra å være store og tunge sykehusapparater, var ultralydutstyret ved de tider blitt mindre, mer brukervennlig og prisene mer spiselige for allmennlegenes budsjetter. Flere kolleger var allerede i gang i egen praksis, men det manglet en struktur for opplæring og man slapp sjelden til på andre spesialiteters kurs. Også her, når vi allmennleger ønsket å ta i bruk teknologi som har vært i våre sykehuskollegers hender, ble vi møtt med skepsis. Det var derfor behov for å samle kreftene. FUA ble grunnlagt med mål om å sikre forsvarlig bruk, gjennom kursvirksomhet og forskning, men også gode økonomiske løsninger med tanke på investering og daglig bruk. For å møte skepsisen fra våre kolleger ble det dessuten vesentlig med en tydelig begrepsavklaring mellom klinikers bruk og radiologens. I dag snakker vi derfor om pasientnær- eller klinisk ultralyd (fra engelsk «Point of Care» eller «Bed Side Ultrasound»). Det er en rask og avgrenset undersøkelse for å få svar på en klinisk mistanke, eksempelvis om det er pleuravæske, og som er noe helt annet enn en komplett radiologisk, eller kardiologisk beskrivelse av organer og tilliggende strukturer.

NFA så også disse utfordringene og ønsket å knytte til seg allmennlegekolleger

med kompetanse på området. Det naturlige var å kontakte FUA. Slik ble det at styret i FUA også har vært NFA sin referansegruppe, og nå faggruppe, innen ultralyddiagnostikk. Med en slik sammensetning var det naturlig at faggruppens virksomhet på mange måter ble et speilbilde av FUA sine fokusområder. I hovedsak har det dreid seg om undervisning, både som faste arrangementer (Oppdalsuka vår og høst og Primærmedisinsk uke annethvert år), og lokale kurs rundt om i landet ved behov. Videre har faggruppa jobbet for bedre takster og flere indikasjonsområder. Det siste kom til en viss grad på plass i 2022, men fortsatt er takstbeløpet for lavt. De senere årene har gruppa også hatt fokus på internasjonalt og spesielt nordisk og nå også europeisk samarbeid. Studentundervisning i ultralyd har vært et annet viktig område. Flere av medlemmene har deltatt og deltar på forskjellige arenaer og i prosjekter der disse områdene er tema.

Forskning fra inn- og utland har vist at ultralyd er et sentralt verktøy for økt presisjon i diagnostikk og behandling på legekontoret, på legevakt og ved sykesengen. Teknologien utvikles stadig. Store mastodonter av apparater er nå samlet i et hendig trådløst lydhode med mobiltelefonen eller nettbrettet som skjerm. Avansert bildediagnostikk følger i legekofferten eller i frakkelommen ut der pasienten er. I løpet av sekunder til minutter får en framstilt visuelt det en tidligere mente å kunne kjenne, eller høre. Det har tatt 20 år å kom-

me hit. Det gjenstår et implementeringsarbeid. Faggruppa og FUA har fortsatt en jobb å gjøre.

Sammenfatning

Faggruppe ultralyd er ensbetydende med styret i Forening for ultralyd i allmennpraksis. Siden opprettelsen har faggruppen i all hovedsak arrangert kurs, og drevet påvirkningsarbeid for at ultralyddiagnostikk skal bli en like naturlig del av allmennmedisinsk virksomhet som EKG, spirometri og ambulerende blodtrykksmåling, for å nevne noen. Aktiviteten i gruppa ble redusert under pandemien. Den er nå lagt bak oss og det har kommet til nye medlemmer. Faggruppa har nylig satt retning for det videre arbeidet, bedre økonomiske vilkår, fagutvikling og forskning, implementering i legestudiet og i spesialistutdannelsen i allmennmedisin samt tettere europeisk samarbeid.

Aktuelle lenker:

- Faggruppe ultralyd
- European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology

Facebook-grupper:

- Fuanorge
- European Network of Ultrasound in General Practice

MORTEN GLASØ
Leder ■ MORTEN.GLASØ@AHUS.NO

Kun for helsepersonell

Hiprex

(metenaminhippurat)

HIP-2022-0144-12/22



ALVORLIG PSYKISK SYKE Testet ut utvidet konsultasjon

Danske forskere har forsøkt å finne en eventuell nytte av en utvidet konsultasjon for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, som har lavere forventet levetid og dårligere livskvalitet enn psykisk friske. Fastlegene hadde prøvd å få kontakt med 57 alvorlig psykisk syke pasienter. 38 pasienter fikk en utvidet konsultasjon – som førte til endringer i den somatiske behandlingen for 82 prosent av dem. Fem fastlegekontor med i alt syv fastleger deltok i den kvalitative studien, som på grunn av pandemien ble avsluttet 3,5 måneder før de planlagte seks månedene. Gjennomføringen av konsultasjonene varierte, og avvok fra opprinnelig plan. Likevel mente fastlegene at utvidede konsultasjoner var gjennomførbart og i de fleste tilfellene også til det bedre for pasientene. Også de fleste pasientene mente en slik konsultasjon hadde vært nyttig.

● BMC Primary Care (ABR Jönsson et al), oktober 2023, doi: 10.1186/s12875-023-02152-z.

KORONASYKE OG HJEMMEISOLASJON 32 %

av koronasyke i hjemmeisolasjon hadde vært fulgt opp av helsepersonell i primærhelsetjenesten, og nesten 40 prosent hadde søkt eller fått informasjon om covid-19 fra fastlegen. Jo høyere symptomskår, dess større sannsynlighet for informasjon fra fastlegen. Dette fremgår av en norsk web-basert spørreundersøkelse blant voksne med covid-19 som ikke hadde vært innlagt på sykehus. I alt 477 personer svarte på undersøkelsen, som pågikk i perioden mars 2020 til juli 2021. Nær sju av ti respondenter var kvinner, og 90 prosent var yngre enn 60 år. De vanligste symptomene var slapphet og/eller vondt i musklene, nesesyntomer og hodepine. Alvorlighetsgraden på sykdom var relativt lav, med store variasjoner. Kvinner hadde høyere selvrapporert symptomskår enn menn. Cirka halvparten av alle deltagerne hadde nedsatt lukt-/smaksans.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (G Haugen Fossum et al), oktober 2023, doi: 10.1080/02813432.2023.2266477



ALLE ILLUSTRASJONSFOTO: KI / ADOBE FIREFLY

HØY TURN-OVER BLANT FASTLEGER Flere akuttinnlagte pasienter

Hvert år opplevde seks prosent av engelske fastlegekontorer vedvarende høy turn-over – med en topp i 2014 på ni prosent. Det viser britiske forskere i en retrospektiv observasjonsstudie med data fra perioden 2007–2019. Vedvarende høy turn-over ble definert som legekontorer med mer enn ti prosent endring i fastlegebemanningen i minst tre år på rad. Spesielt utsatt var større praksiser i utkantstrøk og med høyere andel syke pasienter. Vedvarende høy turn-over blant fastleger ble forbundet med i underkant av en dobling av akutte sykehusinnleggelse. Drøyt ti prosent færre pasienter fikk time samme dag på legekontor med stor turnover enn i allmennpraksis med høyere fastlegekontinuitet. Forskerne understreker at studien ikke kan si noe sikkert om en årsakssammenheng og at det trengs mer forskning.

● BMJ Quality & Safety (R Parisi et al), juli 2023, doi: 10.1136/bmjqs-2022-015353



LAV UTDANNING

Oftere en høykostnadspasient

To tredeler av de økonomiske ressursene ved norske sykehus går til ti prosent av pasientene, ifølge artikkelforfatterne bak en observasjonsstudie. De fleste av de såkalt høy-kostnadspasientene er eldre som blir akutt innlagt på sykehus, som har lengre sykehusopphold og flere reinnleggelse enn andre pasienter. Studien har hatt som mål å se nærmere på hvem disse pasientene er. Forskerne fant blant annet at eldre menn oftere var høy-kostnadspasienter enn dem i aldersgruppen 65 til 69 år. Pasientene med høyest utdanningsnivå var sjeldnere høykostnads-pasienter, sammenlignet med pasienter som bare hadde grunnskole. Studien har nasjonale registerdata på pasienter i Norge 65 år eller eldre med minst én akutt innleggelse på somatisk sykehus i 2019. Høykostnadspasienter ble definert å utgjøre de ti prosentene med høyest DRG-kostnadsvekt.

● BMJ Open (M Lønhaug-Næss et al), oktober 2023, doi: 10.1136/bmjopen-2023-074411

APOTEK

Tilbød HbA1c-måling til risikogruppe

Kan apotek fange opp personer i risikogruppen for type 2-diabetes? Det har Bergens-forskere undersøkt. Av de 245 personene som hadde meldt interesse for å delta i undersøkelsen, ble 27 prosent vurdert å ha høy risiko for å utvikle diabetes, ut ifra skår på en risikotest. Disse ble tilbudt en måling av HbA1c. Denne avdekket at 46 prosent hadde normale verdier, 43 prosent hadde HbA1c-verdi forenlig med prediabetes, og ni prosent hadde HbA1c på over 48 mmol/mol, som indikerer diabetes. Nær ni av ti som deltok i studien oppga at de hadde vært hos fastlegen minst én gang i året. Studien ble gjennomført høsten 2016 til våren 2017. Deltagerne var 45 år eller eldre, og alle ble fulgt opp to måneder etter intervensjonen.

● The International Journal of Pharmacy Practice (AJ Risøy et al), september 2023, doi: 10.1093/ijpp/riad005.





Til inspirasjon og ettertanke

Gunnar Tellnes, Marit Benthe Norheim (red.)
Følsomhetens kraft
 Folkehelse og livskvalitet i møtet mellom kunst, livssyn, psykiatri og natur
 286 sider
 Hertevig Forlag
 Stavanger 2022
 ISBN 978-82-8216-202-9

Bakgrunnen for denne boken er et ønske fra organisasjonen NaKuHel (Natur-Kultur-Helse) om å hedre Erik Bomann-Larsen i forbindelse med hans 70-årsdag. Selv kaller Bomann-Larsen seg en «forsker i følsomhet». Mangeårige psykiske helseutfordringer har ikke hindret ham i en betydelig kreativitet. Som Gunnar Tellnes skriver i bokens innledning:

«Hans kreativitet, interesse og lidenskap for å skrive og tegne har sannsynligvis på helsefremmende og salutogen måte bidratt til å gi ham mening i livet».

Denne bokutgivelsen har 40 forfattere – intet mindre! Som bokens tittel antyder er det et stort spenn i skribentenes bakgrunn når det gjelder å belyse *følsomhetens kraft*. Vi møter alt fra ulike spesialiteter innen medisinske fagområder, til musikk og billedkunst. Filosofi og livssyn har fått sin plass, og ikke minst hvordan ovennevnte kan kobles til det livgivende med naturen som omgir oss.

Noen flere stikkord som kan antyde mangfoldet blant bidragsyterne – i uprioritert rekkefølge og på ingen måte utfyllende for hver enkelt forfatter: Folkehøyskolelærer, journalist, musiker, sosialantropolog, kunsthistoriker, religionsfilosof, ansvar innen lærerutdanning, kirkelig ansatte «fra topp til bunn», engasjement innen integrering av innvandrere og flyktninger – for å nevne noen «knagger». Innenfor terapisektoren kan

nevnes: allmenn- og samfunnsmedisin, flere sykehus-spesialiteter, musikk-terapi, kunst og traumer, skogsterapi, terapeutisk hagebruk, hypnoseterapi og flere innfallsvinkler innen yoga/meditasjon/selvtutvikling. Kort sagt: «Det er flere veier til Rom», les til å forstå eller ane hva *følsomhetens kraft* kan bidra til i et menneskes liv.

Er dette en bok for *Utpostens* lesere? Den er kanskje ikke en typisk sengelektyre. En våkenhet og ikke minst en åpenhet mot spennvidden i tematikken vil nok være en forutsetning for potensielt utbytte. For kanskje blir noen av oss litt provosert, kanskje imponert – og ikke minst ønskelig kanskje: Vi utfordres til å utvide våre perspektiver på det arbeidet hver av oss bidrar med innen helsevesenet.

Så ja, boken anbefales.

ELI BERG

Endrede abonnementspriser

Vi ser dessverre behov for å øke abonnementsprisene våre fra 1. januar 2024, grunnet stor økning produksjons- og utsendelseskostnader. Samtidig vil vi differensiere prisene, slik at du nå kan velge å lese *Utposten* kun på nett og spare penger. **Vanlig abonnement** (blad i posten og nett-tilgang) kr. 850,- / **Nettabonnement** kr. 690,-. **Studentabonnement** (blad i posten og nett-tilgang) kr. 400,-. Til info: Abonnementsutgiftene er fradragsberettiget.

UTMÅLING AV DET INTRAOKULÆRE TRYKKET (IOP)

HÅNDHOLDTE TONOMETERE OG TILBEHØR FRA ICARE KJØPES HOS RODENSTOCK NORGE



IC200

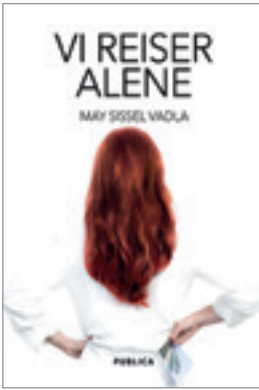
HOME 2

IC100

Ta kontakt med oss:

Tlf.: 915 49 371
 Epost: olst@rodenstock.no
 UTSTYRS-AVDELINGEN.NO

R
RODENSTOCK
 UTSTYRS-AVDELINGEN



May Sissel Vadla
Vi reiser alene
 206 sider
 Forlagshuset Publica
 Sandnes 2022
 ISBN 978-82-84-16072

Kollega og forfatter May Sissel Vadla har gjort det igjen: Skrevet en bok som tar leseren til et liv utenfor komfortsonen, et liv som utfordrer oss både som leger og mennesker – og kanskje også oss selv? To tidligere utgivelser fra samme forfatter er presentert i *Utposten*: «Det som sies høyt» i nummer 5 i 2019 og «Hjertets bakvegg» i nummer 6 i 2020. De tre utgivelsene «står på egne bein». I bøkene blir vi kjent med tre forskjellige hovedpersoner, og ramme rundt livet deres inneholder ulike hverdagsferinger. Men det er noen fellestrekk ved bøkene. Vi møter en hudløs åpenhet og ærlighet hos mennesker som er tilsynelatende vellykkede i utgangspunktet, men

Med stor innlevelse

som sliter nær grensen av det de evner å leve med.

Kapittel 1 består av to setninger: «På bordet ligger en flybillett. Hun reiser alene». Og nettopp dette at denne ressurspersonen – en jurist som «alle vil ha» i sin stab pga. solid faglig dyktighet – er en person i dyp ensomhet. Hun har mann og barn – og «de er så snille». Og en ny jobb som hun har drømt om hele livet er nylig tildelt henne. Men vi undres gjennom hele boken over hva som har gitt henne denne dype lengselen etter noe mer. Sakset fra baksideteksten:

«Men når drømmen nås, blir ingenting slik hun hadde tenkt. Livet krever mer enn hun klarer å levere, og hun søker stadig oftere blomsterbutikken eller huset med den slitte skinnstolen for å hvile. Hvem er hun nå? Nå, når hun ikke lenger er den de tror hun er?»

Som de to foregående utgivelsene fra May Sissel Vadla, er boken skrevet i romans form.

Men som de øvrige er også dette en bok som bør karakteriseres som sakprosa. Den kan fange og fenge en doktor – ikke minst en allmennpraktiker – som følger hele familier over kanskje mange år. Mye vet vi om pasientene våre etter hvert. Men fanger vi inn det som er det aller viktigste for å kunne forstå hva pasientene våre har med seg i «bagasjen» og som kan prege livene deres? Igjen evner forfatteren å vise til hva som kan stå på spill for de som søker oss på legkontoret. Om vi som leger gjerne viser genuin åpenhet og interesse, men – ikke minst viktig – ikke får mulighet til å bruke nok tid for at pasienten kan våge å nærme seg «hjertets bakvegg» – ja, så kan det gi for lite hjelp, noe som kvinnen i denne fortellingen erfarte. I tillegg vektlegger forfatteren hvor viktig også andre personer kan være for at livet ikke blir helt meningsløst.

Boken anbefales.

ELI BERG



Trygghet for pasienten og tidsbesparende for legekantoret*

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 legekantoret

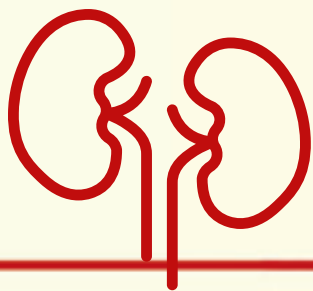
99%

opplever Furst Pasient som nyttig

*Se furst.no/bu2023

furstpasient.no
furst.no

FURST



TRONDHEIM

1.-2. FEBRUAR 2024

Kurs om hypertensjon

Anbefalt kurs for leger i spesialisering i nyresykdommer. Kurset kan også være nyttig for leger innen andre faggrupper som behandler pasienter med hypertensjon og komplikasjoner til hypertensjon. Erfaringsmessig vil allmennleger, generelle indremedisinere, kardiologer, nevrologer, endokrinologer og geriatere samt LIS i disse fagene kunne ha stor glede og nytte av kurset. Kurset vil dekke læringsmål i flere av disse spesialitetene, og det er søkt om godkjenning av kurset for spesialisering og emnekurs i allmennmedisin. Kurset er godkjent med 15 timer som emnekurs/klinisk emnekurs i allmennmedisin.

Programoversikt følger nedenfor. Detaljert program og informasjon om påmelding finnes på Kurs i hypertensjon (NYR) – Specialisthelsetjenesten /

<https://www.spesialisthelsetjenesten.no/lis/kurs-for-leger-i-spesialisering/kurs-i-hypertensjon-nyr?arrId=1>

Program

Torsdag 1. februar 2024

- 08.15–08.30 **Velkommen.**
- 08.30–08.45 **Epidemiologi:** Hypertensjon i Norge.
- 08.45–09.00 **Epidemiologi:** Hypertensjon i verden.
- 09.00–11.00 **Måling av blodtrykk og utredning av hypertensjon.**
- 09.00–09.30 Du måler et blodtrykk til 162/87mmHg. Hva nå? Strategier for blodtrykkmåling i og utenfor kontoret (inkludert ortostatisk hypotensjon).
- 09.30–09.45 **Pause, te/kaffe.**
- 09.45–10.15 Grunnleggende utredning av hypertensjon i allmennpraksis.
- 10.15–10.30 Endokrin hypertensjon og hyperaldosteronisme.
- 10.30–10.45 Utredning og behandling av nyrearteriestenose.
- 10.45–11.00 **Pause, te/kaffe.**
- 11.00–12.00 **2023 Europeiske retningslinjer for utredning og behandling av hypertensjon (ESH),**
- 11.00–11.45 Nye reviderte retningslinjer for hypertensjon fra European Society of Hypertension 2023. En oversikt med fokus på viktige endringer.
- 11.45–12.00 Plenumsdiskusjon.
- 12.00–13.00 **Lunsj,**
- 13.00–15.30 Hypertensjonsrelatert organskade,**
- 13.00–13.30 Hypertensjon og nyresykdom–gjensidig påvirkning.
- 13.30–14.00 Blodtrykk og hjerneslag.
- 14.00–14.15 **Pause, te/kaffe.**
- 14.15–14.45 Blodtrykk og hjertesykdom.
- 14.45–15.15 Blodtrykk og diabetes mellitus–double trouble!
- 15.15–15.30 **Pause, te/kaffe.**
- 15.30–16.30 Behandling av hypertensjon–viktige livsstiltak**
- 15.30–15.50 Fysisk trening ved hypertensjon. Hvem skal trene og hvordan?
- 15.50–16.10 Hva betyr kost ved hypertensjon?
- 16.10–16.30 Plenumsdiskusjon.

Fredag 2. februar 2024

- 08.30–09.15 Compliance, adherence og persistence – helsepedagogiske utfordringer! Hvordan kan vi bedre pasientens etterlevelse?**
- 08.30–08.45 Compliance, adherence og persistence i hypertensjon.
- 08.45–09.00 Erfaringer fra stor, norsk hypertensjonsstudie (IDA)–kasuistikker.
- 09.00–09.15 Paneldiskusjon
- 09.15–11.30 Behandling av hypertensjon – medikamentell intervensjon**
- 09.15–09.45 Kronisk nyresykdom, hvordan bremse funksjonstapet?
- 09.45–10.00 **Pause, te/kaffe**
- 10.00–10.30 Nye behandlingsprinsipper ved diabetisk nefropati.
- 10.30–11.00 Behandlingsresistent hypertensjon – hva gjør vi?
- 11.00–11.30 Hypertensive kriser – når hypertensjon blir akutt.
- 11.30–12.30 Lunsj.
- 12.30–13.30 Hypertensjon hos yngre og eldre.**
- 12.30–12.50 Behandling av høyt blodtrykk hos barn og ungdom.
- 12.50–13.10 Hypertensjon hos eldre – hvem skal vi behandle?
- 13.10–13.30 **Pause, te/kaffe.**
- 13.30–14.45 Hypertensjon–frontlinjer og fremtidsutsikter!**
- 13.30–14.00 Artificial intelligence (AI) i hypertensjonsbehandling – Fremtiden er her nå.*
- 14.00–14.45 Hypertensjon i klinisk praksis – hva er bra, og hva kan bli bedre? Paneldiskusjon.
- 14.45–15.15 Kursprøve og evaluering**

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.

Hanne Undlien?



«Fosse» sa legesekretær Helle da jeg stakk hodet inn i resepsjonen. Jeg så ut som et spørsmålsteget. Jon Fosse har vunnet Nobelprisen! Helle har jobbet et langt liv i forlagsbransjen før hun kom til oss, og hun minnet meg senere på dagen om en bok jeg aldri hadde fått somlet meg til, men lenge planlagt å lese; *Meg eier ingen* av Åsa Linderborg. Dagen etter orienterte jeg meg om hvor nærmeste bibliotek var etter nylig å ha flyttet og skjønnte at det var fem minutter på sykkel. Åsa Linderborgs bok lå i sykkelvesken på returen!

Hvorfor blir jeg så fascinert av selvbiografier? Hvorfor liker jeg å være fastlege? Det har noe felles. Gode historier, ekte levde liv, å skjønne mer av dette fantastiske, men akk så vanskelige livet.

Til jul fikk jeg *Overleverne* av Alex Schulman. Det er ikke egentlig en selvbiografi, men en historie så nær hans liv man kommer. En oppvekst med foreldre som elsket og hatet hverandre, og deres tre barn som sammen bar på hemmeligheten om mors alkoholmisbruk. På slutten av boken kommer en (ikke-selvbiografisk) avsløring som tok helt pusten fra meg. Jeg sier ikke mer ...

Det er en hudløs beskrivelse om barns fullstendige avhengighet og hengivenhet til foreldre som man også finner i Linderborgs bok. Her er ikke alkoholismen skjult, Åsa vokser opp med en alenefar som blir forlatt av kona da barnet er fire år gammelt. Det er en oppvekst med sterk kjærlig-

het, en far som ikke leker, men alltid prater med barnet, der språket blir leken. Han er alltid til stede når de er sammen, snakker alltid kjærlig til henne og skaper en trygghet i relasjonen som står i sterk kontrast til de manglende rammene og den åpenbare utryggheten som blant annet alkoholen skaper.

Åsas far er en arbeiderklassesmann uten utdanning som beskrives av datteren med ømhet og brutal ærlighet. En som skyver mennesker som bryr seg om ham bort, en umoden mann som utnytter foreldrene sine og syter fordi de ikke gir ham nok, en som alltid er blakk og som forveksler ødselhet med fattigdom og drømmer om det klasseløse samfunnet. Han hater jobben og lever for ferien; «Hele året gikk han og ventet på at det skulle bli ferie, men ikke for at han skulle gjøre en masse ting. Det var bare for å slippe å jobbe. Om sommeren gjorde han ingenting.»

Åsa sover i fars 90 cm brede seng til hun blir ti år gammel, de har ikke sengetøy eller håndklær. Hun får godteri hver dag, sengetid finnes ikke, far vil gjerne ha selskap og tenker at Åsa og han trenger like mye søvn. Hver helg bades skitten av hos tante, mors og fars storfamilie er sterkt til stede. Åsas mor finnes og er der hver annen helg og i ferier. Hvorfor tok hun ikke med Åsa da hun reiste? Fordi hun ville gi faren det fineste hun hadde.

På slutten av boken oppsummerer hun det slik:

«Hadde de sveket meg?»

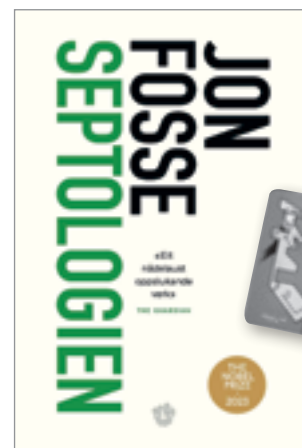
Hun, kanskje, men ikke han. Han hadde jo gitt meg all den kjærligheten som var å få.

Han, kanskje, men ikke hun. Hun hadde jo faktisk vært der hele tiden.»

På tampen ønsker jeg å gi *Utpostens* leserne ett boktips til: Wencke Mühleisens *Kanskje det ennå finnes en åpen plass i verden*. Boken har ingredienser som alltid trigger meg: Hvordan ender mennesker i forblindet ideologi? Boken er et dypdykk i forfatterens farshistorie som tysk nazist og hennes liv i et venstreorientert kollektiv som omskapes til en sekt. Den er skrevet med et motsetningsfylt kjærlighetsforhold til far, et forsøk på å forstå og beskrive hvor han kom fra og hvem han ble. Med en smertefull erkjennelse av at til tross for de radikalt forskjellige verdivalgene de gjorde, lå en felles beinhard ekstremisme i bunn, en vilje til å gå svært langt.

Jeg har alltid undret meg over hvordan et tenkende og intelligent menneske kan bli sugd inn i kollektiv hjernevasking.

Til slutt; Fosse. Han har jeg fortsatt til gode å lese. Kanskje jeg, inspirert av Helle, skal låne *Septologien* neste gang jeg er på biblioteket?



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 farmasøyer 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.

Retningslinjer for behandling av depresjon

Helsedirektoratet valgte den 20. april 2023 å avpublisere Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten (2009) (1).

Bakgrunnen for avpubliseringen er at den var utdatert. Det er i dag usikkert om det vil bli laget nye nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon (1, 2).

Vi ønsket derfor å undersøke om det er gjeldende retningslinjer for behandling av depresjon hos våre naboland som kan være til nytte for oss i Norge. Vi vil også trekke frem kilder vi selv bruker.

Helsebiblioteket

I forbindelse med avpubliseringen av retningslinjene har Helsebiblioteket laget en samleside med nyttige lenker for behandling av depresjon og bipolar lidelse (3): *Retningslinjer og oppslagsverk om depresjon og bipolar lidelse*.

For behandling av voksne lenkes det til Nasjonal faglig retningslinje for bipolar lidelse, Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling (ECT) og Legemiddelhåndbokas terapikapittel om depresjoner og bipolar lidelse. For behandling av barn lenkes det til Faglig veileder i barne- og ungdomspsykiatri. Nederst på siden er det i tillegg lenker til søkestrenger for alle retningslinjer som er tilgjengelig via Helsebiblioteket for både depresjon og mani, samt psykisk helse generelt.

Helsebiblioteket viser i tillegg til oppslagsverkene *BMJ Best Practice* og *UpToDate*, som er tilgjengelig for alle i Norge (med norsk IP-adresse). *BMJ Best Practice* er et britisk oppslagsverk først og fremst beregnet på allmennleger. *UpToDate* er et amerikansk oppslagsverk som er svært populært blant sykehusleger. Dette er oppslagsverk vi selv bruker og har gode erfaringer med. Det kan være nyttig å vite at oppslagsverkene har behandlingsal-

goritmer for blant annet depresjon og at man kan finne behandlingsalgoritmer for ulike pasientgrupper og komorbiditeter. Ettersom UpToDate er et amerikansk oppslagsverk kan terapitradisjon og legemiddelvalg skille seg fra skandinaviske og europeiske kilder.

Andre kilder

Norsk elektronisk legehåndbok (NEL) er et generelt medisinsk oppslagsverk for leger og annet helsepersonell (4). Under «Kliniske kapitler» finnes kategorien «Psykiatri», hvor alle kapitlene om psykiatriske tilstander og sykdommer er samlet. Det finnes for eksempel et generelt kapittel om depresjon, i tillegg til kapitler om bipolar affektiv lidelse, svangerskaps- og barseldepresjon, samt depresjon hos eldre.

Psykiatrienet er en nederlandsk nettside som har tabeller med nyttig informasjon om bytte mellom ulike antidepressiva og antipsykotika (5). Tabellene er tiltenkt å være et hjelpemiddel for leger og farmasøyer, og inneholder de legemidlene som er mest brukt i Nederland.

Retningslinjer

Danmark har per dags dato ikke gjeldende retningslinjer for behandling av depresjon hos voksne (6). I Danmark kategoriserer Sundhedsstyrelsen eldre nasjonale kliniske retningslinjer og anbefalinger som ikke gjeldende, når litteratursøket er mer enn tre år gammelt, eller det ikke er foretatt en faglig vurdering av anbefalingene innenfor de siste tre årene. Både Sverige og England har retningslinjer av nyere dato og refereres til under.

Svenske retningslinjer

Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom ble oppdatert i 2021, og henvider seg i all hovedsak til beslutningstage-re i helsevesenet som bestemmer tilbud og ressurser, som politikere og virksomhetsledere (7). De svenske retningslinjene sier derfor lite om medikamentell behandling av depresjon, men omtaler bruk av ketamin som vi vil komme tilbake til senere.

For medikamentell behandling av depresjon henviser retningslinjene ofte til *behandlingsanbefalinger publisert av det svenske legemiddelverket* (8). Behandlingsanbefalingene omfatter behandling av depresjon, angst og tvangssyndrom hos barn, ungdom, voksne, gravide og eldre pasienter. De inkluderer altså behandling av flere pasientgrupper enn de avpubliserte norske retningslinjene. Anbefalingene ble publisert i desember 2016 og er fremdeles gjeldende i Sverige. De henvider seg først og fremst til forskrivere innen primærhelsetjenesten, men omtaler også behandling som hører inn under spesialisthelsetjenesten. Disse anbefalingene er dermed mer egnet til bruk i klinikken enn de ovennevnte nasjonale retningslinjene fra 2021.

Engelske retningslinjer

«National Institute for Health and Care Excellence» (NICE) utarbeider evidensbaserte retningslinjer for England. I 2022 publiserte NICE en oppdatert versjon av *retningslinjene for behandling av depresjon hos voksne over 18 år* (9). Retningslinjene er tiltenkt både helsepersonell, andre profesjoner som tilbyr tjenester til personer med depresjon og personer som har depresjon eller er i familie med noen med depresjon. NICE presiserer at retningslinjen er anbefalinger som ikke må hindre individuelle vurderinger.

Retningslinjen omhandler behandling av de første episodene med depresjon og videre



ILLUSTRASJONSFOTO: KI / ADOBE FIREFLY

behandling, råd for å forebygge tilbakefall, og håndtering av kronisk depresjon, psykisk depresjon og depresjon ved samtidig personlighetsforstyrrelse. Behandlingsmulighetene er organisert i tabeller og bilder etter hva komiteen tolker som er mest klinisk og kostnadseffektivt, samt andre faktorer ved gjennomføring av behandlingsmetoden.

Ketamin mot depresjon

Vi har de siste årene mottatt flere spørsmål om bruk av ketamin ved depresjon, og inkluderer derfor litt mer om denne behandlingsformen. Blant legemidler mot depresjon skiller ketamin seg ut både med tanke på virkningsmekanisme og bivirkingsprofil. Ketamin er opprinnelig et anestesimiddel, men har vært tilgjengelig i Europa siden 2019 som neseppray (Spravato) med depresjon som indikasjon (10). Bruk av ketamin for behandling av alvorlig, behandlingsresistent depresjon var ikke omtalt i de tidligere norske retningslinjene, men har vært mye diskutert i norske fagmiljø (11, 12)

I Sverige åpner *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom* opp for bruk av Spravato i unntakstilfeller til pasienter med behandlingsresistent depresjon. Det presiseres at legemiddelet trolig har liten effekt, at pasientene skal observeres av helsepersonell hver gang de tar legemiddelet, og at behandlere skal være bevisst risikoen for utvikling av avhengighet (7). I de engelske retningslinjene fremheves det at datagrunn-

laget er for lite til å kunne estimere kostnadseffektiviteten, og at det sannsynligvis ikke vil være en fornuftig bruk av ressurser (13). I Norge skal Spravato kun utleveres etter rekvisisjon fra sykehus og beslutning om forskrivning skal tas av en psykiater (10). Pasienten skal observeres av helsepersonell både under og etter administrasjon av hver dose. Prisen per dags dato som oppgis i Felleskatalogen er på over 2500 kroner per dose (10).

Det er i dag flere private klinikker i Norge som tilbyr behandling med ketamin-infusjon mot depresjon, uten krav om henvisning (11, 12). I 2024 kommer en metodevurdering for intravenøs ketamin for behandlingsresistent depresjon og akutt selvmordsfare/-tanker (2, 14).

REFERANSER

- Helsedirektoratet (2023). Avpublisering av Nasjonal retningslinje for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 20. april 2023, lest 3. oktober 2023). Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/avpublisering-av-nasjonal-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon>.
- Magasinet Psykisk helse. Helsedirektoratet trekker tilbake retningslinjer for depresjon. <https://psykiskhelse.no/magasinet/trekker-tilbake-retningslinjer-for-depresjon/> (Sist oppdatert: 1. juli 2023).
- Helsebiblioteket. Retningslinjer og oppslagsverk om depresjon og bipolar lidelse. <https://helsebiblioteket.no/> (Publisert: 2. mai 2023).
- Norsk elektronisk legehåndbok. <https://legehandboka.no/> (Lest: 24. oktober 2023).
- Psychiatrienet. https://wiki.psychiatrienet.nl/wiki/Main_Page (Lest: 24. oktober 2023).

6. Sundhedsstyrelsen. NKR: Non-farmakologisk behandling af unipolar depression – ikke gældende. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/> (Lest: 18. oktober 2023).

7. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom – Stöd för styrning och ledning. <https://www.socialstyrelsen.se/> (Publisert: 13. april 2021).

8. Läkemedelsverket. Depression, ångestsyndrom och tvångssyndrom hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation: Information från Läkemedelsverket 2016; 27(6): 26–59. <https://www.lakemedelsverket.se/>.

9. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE guideline. <https://www.nice.org.uk/> (Sist oppdatert: februar 2023).

10. Felleskatalogen. Spravato. <https://www.felleskatalogen.no/> (Sist oppdatert: 15. desember 2022).

11. RELIS database 2019; spm.nr. 7544, RELIS Midt-Norge. (www.relis.no).

12. RELIS database 2021; spm.nr. 6804, RELIS Nord-Norge. (www.relis.no)

13. National Institute for Health and Care Excellence. Esketamine nasal spray for treatment-resistant depression. Technology appraisal guidance. <https://www.nice.org.uk/> (Publisert: 14. desember 2022)

14. Larsen MS, Meneses-Echavez JF, Kornør H. Intravenøs ketamin for behandlingsresistent depresjon og akutt selvmordsfare/-tanker: forenklet metodevurdering – kartlegging. [Intravenous ketamine for treatment-resistant depression and acute suicide risk/ideation: a single technology assessment – mapping]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022. <https://www.fhi.no/publ/2022/intravenos-ketamin-for-behandlingsresistent-depresjon-og-akutt-selvmordsfar/>.

RUNA TELLE KVALSVIK

Master i farmasi, RELIS Vest, Haukeland universitetssjukehus

VILDE SIGFRID SKAR BULLING

Master i farmasi, RELIS Vest, Haukeland universitetssjukehus

JAN ANKER JAHNSEN

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

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

Velkommen og lykke till!  Tove Rutle – lagleder

Livets ulike faser...

Eg har mottatt stafettspinnen frå Solveig Ulstein, kollega i Ålesund. Solveig representerer mitt første møte med allmennmedisin utanfor det som var organisert gjennom studiet, gjennom sommarvikariat på Moa legesenter sommaren 2006. Engasjementet hennar for faget og pasientane var ein fin inspirasjon for meg som allereie hadde begynt å tenke at allmennmedisin var rett plass for meg.

I arbeidet mitt som fastlege har eg stort sett alltid hatt sjukeheim som kommunal

del, men har det ikkje lenger. Tidvis er dette eit sagn, både fordi det representerer spennande og utfordrande medisin, men også gode møte med menneske som har mykje å gje og dele av livserfaring. Eg har valt eit dikt som passar godt både i sjukeheimsmedisinen, men også i mange av møta vi har på kontoret. Kvardagen vår i allmennmedisin gjer at vi har heilt unike føresetnader for å bli godt kjent med dei vi følger opp, gjerne gjennom mange år. Jobben blir meir gjevande for kvart år, synes eg!

Diktet skal ha blitt funne i nattbordskuffa til ei eldre kvinne på ein sjukeheim i England etter hennar død.

Eg vil gje stafettspinnen vidare til min gode venn og kullvenninne Jenny Menes, som redda mang ei kollokviegruppe opp gjennom studiet med sin velsigna sans for disiplin kombinert med humor!

Beste helsing
AINA HAALAND



Hva ser du, søster, i din stue?
En gammel, sur og besværlig frue,
usikker på hånden og fjern i blikket.
litt griset og rotet hvor hun har ligget.
Hun snakker høyt, men hun hører deg ikke,
hun sikler og hoster, har snue og hikke.
Hun takker deg ikke for alt det du gjør,
men klager og syter, har dårlig humør.

Er det hva du tenker? Er det hva du ser?
Lukk øynene opp og se – det er mer!
Nå skal jeg fortelle deg om hvem jeg er,
den gamle damen som ligger her.

Jeg er en pike på 10 i et lykkelig hjem
med foreldre og søsken – jeg elsker dem!
Jeg er ungmø på 16 med hjerte som banker
av håp og drøm og romantiske tanker.

Jeg er brud på 20 med blussende kinn,
i mitt eget hjem går jeg lykkelig inn.
Jeg er mor med små barn, jeg bygger et hjem,
mot alt som er vondt vil jeg verne dem.
Og barna vokser med gråt og latter.
Så blir de store, og så er vi atter
to voksne alene som nyter freden
og trøster hverandre og deler gleden
når vi blir femti og barnebarn kommer
og bringer uro og latter hver sommer.

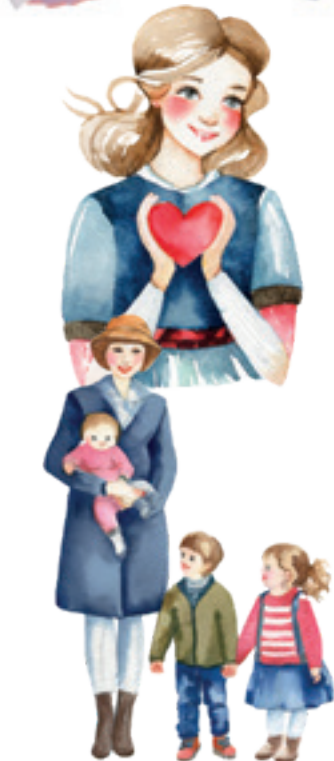
Så dør min mann, jeg blir ensom med sorgen
og sitter alene fra kveld til morgen,
for barna har egne barn med hjem
det er så mye som opptar dem.
Borte er alle de gode år
de trygge, glade og vante kår.

Nå plukker alderen fjærene av meg.
Min styrke, mitt mot, blir snart tatt fra meg.
Ryggen blir bøyd og synet svikter
jeg har ikke krefter til dagens plikter.
Mitt hjerte er tungt og håret er grått.
Med hørselen skranter det også smått.

Men inne bak skrøpeligheten finnes
det ennå så meget vakkert å minnes;
barndom, ungdom, sorger og gleder,
samliv, mennesker, tider og steder.
Når alderdomsbyrdene tynger meg ned
så synger allikevel minnene med.
Men det som er aller mest tungt å bære
er det at evig kan ingenting være!

Hva ser du, søster? – En tung og senil
og trett gammel skrott?
Nei. Prøv en gang til!
Se bedre etter – se om du kan finne:
et barn, en brud, en mor, en kvinne!
Se meg som sitter der innerst inne!
Det er meg du må prøve å se – og finne!

Ukjent



ILLUSTRASJONER: KJ / ADOBE FRETLY

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^{3,4}

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

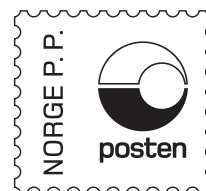
Kan gis samtidig med sesonginfluensavaksine (kvadrivalent, standarddose, uten adjuvans, inaktivert). Samtidig og separat administrering er non-inferior, imidlertid ble det observert en numerisk lavere RSV-A og B-nøytraliserende titre og numerisk lavere hemagglutinasjons hemmingstitre for influensa A 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.



Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32A
2066 Jessheim



Ødelegger
rusmidlene
livskvaliteten?

Nå kan du få hjelp til å snakke om det

Legeforeningen, Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Trasoppklinikken har opprettet et hjelpetilbud til leger med rusproblemer. Målet er å kartlegge legens ruslidelse og psykiske helse, for deretter å komme med forslag til videre behandling.

Er du lege med et rusproblem, eller er du pårørende til en?

Da kan du ta direkte kontakt med Shahram Shaygani, 920 51 842 / s.shaygani@trasoppklinikken.no eller Anders Gaasland, 924 24 324 / a.gaasland@trasoppklinikken.no.

Henvising er ikke nødvendig. Dere avtaler konsultasjonstid så raskt som mulig, og du får tilbud om 1 til 5 gratis samtaler ut fra en individuell vurdering. Dekning av reiseutgifter for leger som kommer til samtale skjer etter fastsatte satser.



Støttekollegaordningen
DEN NORSKE LEGEFORENING