

Utposten

3 2024
ÅRGANG 53

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Bærekraft
på fastlegekontoret

Ny direktør i FHI
Presentasjon AFE
ADHD

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

Marit Tuv

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.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

Sondre Bøye

MOBIL: 482 94 126

E-POST: sigurd.boye@gmail.com

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

MOBIL: 913 18 180

FORSIDEFOTO:

Pexels.com / Andrei Ciubotariu

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

Aksell

TRYKK:**aksell**Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Emily, geitekillingen og diagnostisering***Kristina Riis Iden***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:****Fra buekorps til lagbygging i FHI***Guri Rørtveit intervjuet av Arild Iversen og Inga Marthe Grønseth***6 Alle De Har Det?***Kari Thori Kogstad***7 ADHD hos barn***Hanne Cecilie Kaspersen***10 Medikalisering og sykeliggjøring av unge***Eivind Meland***12 Bærekraft på legekontoret.**

En samtale med Linn Getz og Stefán Hjörleifsson

*Njål Flem Mæland***18 FASTLEGEORDNINGA:****Status presens 2023, og så?***Torleiv Robberstad***21 'Life is a long story'.**

Reisebrev fra Malawi

*Trude Margrete Arnesen***26 Vil forske mer på minoritetshelse etter doktorgrad på jernmangel hos gravide***Lisbeth Nilsen***29 Sitter du inne med et kvalitetsforbedringsprosjekt du ønsker støtte til?***Lars Nord Holmer***30 AMFF: Han var den første stipendiaten som disputerte***Lisbeth Nilsen***32 Øyedråper mot allergisk konjunktivitt hos kontaktlinsebrukere***Christine Lindebø Bandlien og Ingunn Marie Randulff Nielsen***34 AFE TRONDHEIM: Liten 'hub' med store tema***Linn Okkenhaug Getz***39 INNPOSTEN:****UIT kan ha knekt koden for allmennmedisinsk undervisning***Erlend Sæther***39 Podkasting som metode***Siri Dalsmo Berge og Cathrine Abrahamsen***42 FASTE SPALTER****TIPS & RÅD 42****SAKSET FRA FORSKNING 43****LEGEFORENINGENS HJØRNE 44****HVA LESER LEGEN 45****RELIS 46****LYRIKKSTAFETTEN 48**

Emily, geitekillingen og diagnostisering



Emily Dickinson rangeres som en av USAs mest betydelige diktere i det nittende århundre. Hun skrev over 1700 dikt. Under ti av disse ble publisert i hennes levetid. Resten ble funnet sirlig organisert i bunker etter hennes død. Da hun var rundt 20 år, trakk hun seg tilbake fra samfunnet. Etter hvert forlot hun knapt rommet sitt, og levde isolert i familiens hus i Amherst resten av livet. I dag ville hun med stor sannsynlighet fått en diagnose. Hva gjør det med oss som samfunn, når vi kategoriserer mennesker som avviker fra normalen med en diagnose? Holder det de diagnostiserte fastlåst i en deterministisk virkelighet eller kan merkelappen være frigjørende og forklarende?

Diagnostisering er nyttig for legen eller psykologen som skal beskrive en biologisk patologisk tilstand eller fenomen. En gitt diagnose peker ut veien videre i vandringen gjennom evidensbaserte retningslinjer med algoritmer for håndtering, oppfølging, behandling og prognose. Dette gir trygghet for pasient, kliniker og pårørende. Dette er en viktig del av jobben vår!

Primærhelsetjenesten har ICPC-2, spesialisthelsetjenesten har ICD-10 (snart 11) og amerikanerne og forskningslitteraturen har et eget klassifikasjonssystem, DSM-5 for psykiatriske tilstander.

På 1940-tallet utarbeidet amerikanske forskere innenfor psykiatrien et system, for lettere å kategorisere symptomer og funksjon. De brukte sin kliniske erfaring og diskuterte seg fram til hva som skulle til for å tilfredsstille en diagnose. Anekdotene vil ha det til at diagnosene ble til ved håndopprekning, der den som fikk flest stemmer «vant». Opprinnelig var dette ment kun til bruk i et forskningseksperiment, men det ble tatt med videre inn i klinikken av forskerne, som en empirisk sannhet.

Den amerikanske psykiateren Allan Frances, som selv var sentral i arbeidet med den fjerde DSM-manualen, er nå en stor skeptiker til diagnoseutvidelsene og selve validiteten i hele systemet. Han påpeker at det er mange drivere i menasjeriet, blant annet Big Pharma som stadig ivrer for etablering av nye (psykologiske) tilstander som får egen diagnose og dermed trenger (farmakologisk) behandling. Kritikere hevder at diagnosesystemene tar bort toleransen for det avvikende. De fleste vil oppleve ubehagelige problemer i årenes løp uten at det trenger å bli sykeliggjort. Diagnoseskeptikeren ser også diagnostisering i et maktperspektiv, noen få definerer hva som er normalitet og avvik.

Prøysens eventyr om geitekillingen som kunne telle til ti, handler om å holde

orden. Geitekillingen hadde et stort fortrinn, en maktposisjon overfor de andre dyrene, fordi han kunne telle. Kalven, kua, oksen – alle protesterte på ulikt vis, men geitekillingen telte likevel. Dyrene ble krenket og sinte, de ville ikke være et tall! De ble tildelt en etikett, en kategori, noe annet enn det de identifiserte seg som.

Men tellingen kom til nytte. Da de skulle over en elv og båten bare kunne bære ti dyr, var det veldig fornuftig at geitekillingen telte. Moralene i eventyret handler nok overhodet ikke om definisjonsmakt. Poenget er at telling er nyttig. Det er fordelaktig at noen har orden på sakene og kan telle, kategorisere eller ... diagnostisere.

Utposten har invitert to kloke hoder til å sette ord på dette. Kari Kogstad skriver at diagnosen representerte en forklaring og ble til hjelp for det som buttet imot. Eivind Meland drøfter grunnene til at uhelse øker blant unge mennesker. Normale utfordringer blant tenåringer ender fort med en sykdomsdiagnose. Dette kan bremse mer enn det hjelper det unge mennesket, hevder han.

Emily Dickinson var en poetisk naturbegaelse, og hun hadde utvilsomt et klokt hode. Hun kom ikke ut av pikeværelset, men diktet der fram en litterær skatt til glede for ettertidens generasjoner. Hun skrev dikt om naturen, gleder og drømmer, men også om ensomhet, lengsel og melankoli. Bare de aller nærmeste visste at hun skrev dikt. Ville vi lest henne annerledes om hun hadde blitt diagnostisert med en psykiatrisk diagnose? Ville det farget vår tolkning av hennes poesi? Jeg er nokså sikker på at det ville vært begrensende og lukkende i leseopplevelsen.

Legekollega Toto Hølmekbakk har nylig levert en sterk gjendiktning av sentrale dikt blant Emily Dickinsons enorme produksjon med tittelen *Sjelen søker sitt eget selskap*. Har du ikke lesestoff til helgen, kan jeg varmt anbefale boka. Du må gjerne også hente fram Prøysens tekster og selvsagt kose deg med den rykende ferske *Utposten* du holder i hendene dine.

KRISTINA RIIS IDEN



MOCKUP / ALF PRØYSEN: GEITEKILLINGEN SOM KUNNE TELLE TIL TI. ILLUSTRERT AV VIVIAN ZAHL OLSEN. GYLDENDAL FORLAG

Fra buekorps til

Guri Rørtveit ■ INTERVJUET AV ARILD IVERSEN OG INGA MARTHE GRØNSETH

Det er sytten år siden *Utposten* sist møtte Guri Rørtveit. Allerede den gang var merittlisten lang, og den første april tok hun over som direktør i Folkehelseinstituttet etter Camilla Stoltenberg. *Utposten* traff Guri i hennes aller siste uke i Bergen.

Litt stressede på en onsdags morgen fyker *Utposten*s to utsendte inn døren i ALREK helseklynge i Bergen, med regndråper i pannen og vindfrisert hår. Vi viser oss å være litt tidlig ute – og en av oss, som tidligere har jobbet i samme bygg, treffer kjentfolk. Samtalen dreier fort over på at Guri skal slutte som instituttleder, og at det blir store sko å fylle etter henne. Hun beskrives av dem vi treffer som «varm, inkluderende og umulig å mislike».

Vi hadde neppe behovd å bekymre oss for hårsveisen, for stemningen blir fort avslappet. Guri kommer gående med rolig, men bestemt gange. Kombinasjonen av selvsikkerhet og varme illustreres når hun raskt ordner kaffe til alle tre, og trygt balanserer tre fulle kaffekopper bort til bordet. Hun avslører umiddelbart at det ikke var vanskelig å prioritere *Utposten*, som hun har holdt i «alle år» og stadig leser!

Praten går lett fra første stund, og vi får fart på nysgjerrigheten rundt hvem kvinnen bak merittlisten er.

UTPOSTEN: Hvorfor ble du lege, Guri? Hvorfor ikke noe annet, som for eksempel økonom?

– Jeg kommer fra en familie med to foreldre født på 1920-tallet fra små kår, uten tilgang til høyere utdanning. For dem var noe av det viktigste de kunne gi til sine barn mulighet til høyere utdanning, og når man ikke helt vet hva dette går ut på, er det enkle å bli lege – for å være helt ærlig. Det

er utdanning hvor du vet hva du blir. Jeg tror ikke jeg kan skryte på meg et sterkt legecall.

Hun forteller at hun vurderte å søke sivilingeniørstudiet, og senere tenkte hun også på historie. Hun var veldig i tvil, og legger til:

– Jeg søkte permisjon fra studiet og jobbet åtte måneder som lege med lisens på sykehuset i Levanger. Det var en fantastisk periode, og jeg skjønnte da at jeg kunne fungere som lege og at dette kunne være gøy. Det var verdens beste lærested!

– De var så flinke til å ta imot og slippe meg ut på dypt vann når de så at dette gikk, og etter dette har jeg ikke vært i tvil! Etter Levanger var det turnus i Vesterålen. Jeg fikk barn der og ble værende som kommunelege ett år. Deretter stod valget mellom Tromsø eller Bergen. Min mann er fra Tromsø, og det var egentlig hans tur å velge, men da han fikk jobb i Bergen ble det til at vi flyttet dit.

Avtroppende instituttleder for Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen, Guri Rørtveit.



lagbygging i FHI

Tilbake i barndomsbyen var det rett inn i allmennmedisin.

UTPOSTEN: På tross av den fantastiske tiden ved sykehuset i Levanger, var det altså allmennmedisin det ble?

– Jeg var på kirurgen i et halvt år, og det var utrolig gøy, men jeg tenker ikke på meg selv som praktisk. Etter hvert som jeg begynte i allmennmedisin var det utrolig mange hyggelige folk i feltet, og du kunne jobbe selvstendig – noe som var veldig kjekt.

Måten du treffer pasientene på, friheten og at du bestemmer veldig din egen arbeidsform, det likte jeg veldig godt. Jeg begynte så i en veiledningsgruppe. Veilederen min der, Stein Bratland, spurte om jeg ville evaluere SATS-prosjektet, som var et kvalitetsprosjekt. Det takket jeg «ja» til, fordi jeg hadde tenkt at jeg ville drive med forskning, men ikke visste helt hvordan jeg skulle finne en vei inn i miljøet. Gjennom prosjektet fikk jeg en veileder ved UiB og var i gang.

Etter hvert ble jeg spurt om jeg ville forske mer og ta doktorgrad med Steinar Hunskaar som veileder. Det sa jeg også ja til, og det var et gull-lodd! Vi fikk publisert i *New England Journal of Medicine*, enda et gull-lodd. Plutselig var det prismottakelser og tilgang til forskningsmidler. Jeg kunne reise til USA ett år med familien med forskningsrådsstipend. Artikkelen var en døråpner.

UTPOSTEN: Og da var du fortapt?

– Ja, det var jeg fra første stund da jeg begynte på dette instituttet. Det var så fantastisk! Jeg jobbet i mange år som allmennlege 50 prosent og 50 prosent på instituttet. Jeg sluttet som allmennlege i 2016, da jeg begynte som instituttleder. Det siste halvannet året som instituttleder var jeg vikar for en kollega på Fjellsiden legesenter, en til fire dager i måneden. – Det har vært en fantastisk glede og det tenkte jeg egentlig å fortsette med inn i sabbatsåret 2024, sier den engasjerte damen og fortsetter:

– Det er veldig viktig at allmennmedisinske forskere i størst mulig grad har en spesialitet i allmennmedisin, både innholdsmessig og strategisk. Samtidig mener jeg at det går an å forske på allmennmedisin uten å være allmennlege.

UTPOSTEN: La oss si at du er en allmennlege som sitter på fastlegekontoret og tenker «Dette var spennende! Denne problemstillingen har jeg lyst på å forske på!» Hvordan går du fram?

– Alle de fire allmennmedisinske forskningsmiljøene ønsker seg at allmennleger som får slike ideer tar kontakt. Det bør være kjempelav terskel, og bare å ta kontakt med en fast ansatt. Da kan jeg love på vegne av alle de allmennmedisinske forskningsmiljøene, at du vil bli tatt imot med åpne armer. Å rekruttere folk som har lyst til å forske er noe av det gøyeste og viktigste vi gjør! Det er sånn vi bygger opp miljøet vårt.

UTPOSTEN: Det å kombinere klinisk praksis med forskning kan være utfordrende, og det har du tidligere snakket om i *Utposten*. Hva tenker du om hvordan utviklingen på dette området har vært?

– For meg ga kombinasjonen forskning/klinisk allmennpraksis full uttelling etter spesialiseringsreglene, men det tror jeg kanskje ikke det gjør lenger. Det gjorde at du kom raskt til spesialiteten ved at forskningen ble anerkjent som en del av spesialiteten. Jeg tror at om vi hadde gått tilbake til det, ville det tatt ned terskelen, uten å ta ned kvaliteten på spesialistutdannelsen. Det å forske på allmennmedisin eller allmennmedisinske problemstillinger, kan ikke på noen måte sies å være å ta ned kvaliteten!

UTPOSTEN: Vi kan ikke bare snakke fag, vi må snakke litt «Guri» også. Vi har lusket litt her i gangene og plukket opp noen karakteristikk av deg: Varm, inkluderende og vanskelig å mislike. Hva tenker du når du hører dette?

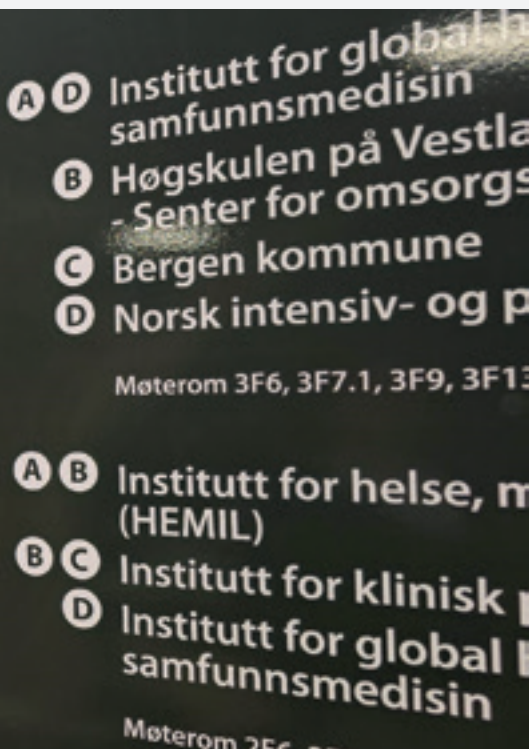
– Det var veldig hyggelig å høre, og det håper jeg at jeg er. Jeg hører også at jeg har en skarp side og det er jo ikke alltid like sikkert at jeg oppleves som varm og inkluderende da.

UTPOSTEN: Disse egenskapene kan vel komplettere hverandre og gjøre at det kanskje er lettere å være skarp når det trengs?

– Ja, det er et poeng, og det tror jeg du har rett i. Og så tenker jeg at jeg har jevnt godt humør, jeg er rett og slett ganske fornøyd. Jeg synes det er gøy å treffe folk på jobb. Det finnes så mye motstand og mange utfordrende situasjoner, men samtidig er det dette med allmennlegene. Har du hatt en vanskelig konsultasjon, så er det noe vi skal få til, og slik er det litt i arbeidslivet også. Prosjektene kan være vanskelige, men folk i seg selv kan også være krevende. Da er det ekstra gøy å få til.

UTPOSTEN: På universitetet er man i stor grad skjermet for politisk styring. I FHI kan du vel forvente at det blir mer politiske føringer og at faget kan bli satt under press. Hva tenker du om det?

– Det som er viktig for meg er at FHI er og skal forbli uavhengig. I faglige spørsmål skal det ikke være press, og et politisk press



skal ikke være noe man kommer gjennom med. Dette opplever jeg at instituttet har lang tradisjon for. Uavhengighet står til og med i tildelingsbrevet fra FHI.

UTPOSTEN: Under pandemien var det vel politiske beslutninger hvor FHI var veldig involvert, men det var politisk styring?

– FHI skal ha en spisset rolle som levedør av kunnskap og fag, mens Helsedirektoratet skal utøve myndighet. Da leverer FHI det faglige grunnlaget, mens Hdir fattar beslutninger, og de må i større grad ta inn politiske vurderinger. Vi kan levere et grunnlag som er annerledes enn konklusjonen, men det må vi tåle i et politisk styrt demokratisk samfunn. Samtidig er det viktig at den politiske styringen ikke skal påvirke det faglige grunnlaget.

UTPOSTEN: Når du har fått til så mye faglig – har du fått til noe annet? Driver du med noe annet, synger du i kirkekoret eller dri-

ver med paragliding, eller sitter du og leser artikler i fritiden også?

– Ha ha, har du ikke sett meg paraglide på søndagen? Nei, jeg er glad i friluftsliv. Jeg har en årlig telttur med venninner og også en årlig telttur med mannen min. Vi har en hytte på fjellet. Samtidig bor vi sentralt, og bruker det som et utgangspunkt for kulturaktiviteter. Vi går på konserter og teater. Jeg har vært med i kor for lenge siden, men det jeg har måttet prioritere ned er aktiviteter hvor andre krever at jeg møter opp til faste tider.

UTPOSTEN: De fleste av oss sliter med å flytte til et hus lengre borte i gata. Nå skal du flytte etter så mange år i Bergen til Oslo. Hva tenker du om å slå røtter et helt nytt sted nå?

– Jeg har aldri drømt om å bo i Oslo, det har faktisk aldri vært i tankene mine, men nå blir det slik. Vi ble raskt enige om at ukependling ikke var aktuelt. Da var det enten å flytte, eller ikke å søke. Da vi valgte

å flytte var det fordi dette var en spesiell anledning og mulighet, samtidig som jeg opplevde meg som så ønsket av de som skulle ansette. Når vi i tillegg har barn og barnebarn i Oslo, ble det et riktig valg. Vi har jo en del venner, så vi skal nok klare å stable på beina et nettverk.

– Det er likevel enormt vemodig å skulle flytte, det må jeg si. Jeg har aldri vært noen stor Bergenspatriot, men på søndag gikk jeg ned fra Fløyen og så kom et buekorps oppover. Jeg er oppvokst på Nordnes og der var det buekorps hver lørdag (Nordnæs Bataillon red.anm.). Det er den beste lyden! Jeg skjønner ikke østlendinger som ikke liker buekorps. Jeg forstår at det ser rart ut, men den trommelyden... da blir jeg revet med. Så har du alle de små gatene og huse- ne du ikke finner i Oslo. Men jeg tror det blir spennende og gøy å flytte til en ny by.

UTPOSTEN: Nå mister Vestland fylkeslegen sin og så mister Bergen lederen av Institutt

God stemning rundt bordet under intervjuet.



for global helse og samfunnsmedisin ved universitetet. All den medisinske toppkompetansen går inn til Oslo, distriktene tømmes. Hva tenker du om det?

– Jeg tenker at jeg kommer til Oslo med et distriktsperspektiv, det kommer jeg ikke til å miste. FHI er også gode på samhandling med kommunene. Se på hvor godt samarbeidet med FHI var med kommuneoverlegene under pandemien. Denne kontakten må vi beholde og styrke. Det samme med universitetene utenfor Oslo, FHI skal være aktive i nettverk utenfor Oslo og i Oslo.

– Det som jeg derimot er bekymret for, er når jeg ser på mine barn som er i slutten av 20-årene og i starten av 30-årene, at de og alle deres venner flytter til hovedstaden. Jeg tenker at vi må finne ut hva som gjør det og finne ut hva vi må endre på for å beholde den unge kompetansen i distriktene, fordi det er mye viktigere.

UTPOSTEN: Du har åpenbart flere områder du brenner for, Guri. Vi følger deg på Facebook og lurar på om du også er litt kvinnepolitisk engasjert? Eller er det litt farlig å svare på for en kommende direktør i FHI?

– Ja, jeg er feminist. Og da snakker vi mer om menneskerettigheter som ikke er partipolitiske. Et annet felt jeg har en mening om er folkehelsemeldingen, som jeg stiller meg helhjertet bak. Den sier at sosial ulikhet i helse er en av de største utfordringene vi har, som er et faglig ståsted som har politiske implikasjoner.

UTPOSTEN: Som fastleger har vi et ansvar som portvoktere, for å sikre riktig og rettferdig fordeling av helsegoder til dem som trenger det mest. Noen fastleger opplever at deler av det overordnede ansvaret blir stadig vanskeligere å ta, for eksempel rundt overdiagnostikk. Hva tenker du om vår rolle der? Kunne myndighetene bidratt tydeligere, slik at vi stod mindre alene i oppgaven som portvokter?

– Ja, vi bør tenke bredere rundt dette. Samtidig har vi som leger også en vei å gå, når sykehusdirektørene må gå ut og si at vi må prioritere bedre, og la være å bruke røntgendiagnostikk og laboratoriet i så stor utstrekning.

UTPOSTEN: Det er vanskelig å stå i dette på ditt eget lille legekantor, kanskje?

– Ja, men nå er også statsforvalteren interessert i «kloke valg». Statsforvalteren i Agder er allmennlege og har gått ut og sagt at de vil vurdere om det gjøres for mye, ikke bare for lite innenfor helsetjenesten. De vil være med på å finne den balansen. Dette er noe som begynner å gjennomsyre



Nordnæs Bataillon 2024. Øverst til venstre: Marsj opp Klosteret. Øverst til høyre: Nordnæsgutt i uniform (med foresattes tillatelse). Nederst: Marsj opp Haugeveien (Guri bodde i denne veien i sin barndom).

systemet. Problemet er at leger aldri har fått kjeft for å gjøre for mye, bare for lite.

Engasjementet lyser fra Guris øyne nå, og det er vanskelig å sette strek – men vår tildelte tid med den kommende FHI-direktøren er snart omme. Kaffen har blitt kald, for Guri kan å snakke slik at man glemmer alt annet enn å lytte.

UTPOSTEN: På tampen: Er det noe du vil formidle til leserne av *Utposten* spesielt?

– Jeg er opptatt av at FHI skal ha et godt kontaktnett ut mot fastleger og kommuneoverleger. Det er viktig at vi kan komme ut med informasjon, men vi må også kunne kontaktes når noe kan forbedres eller

mangler. Det håper jeg folk tar på alvor. Ikke at jeg kan ordne opp i absolutt alt, og jeg er ikke sikker på at det er så mye å ordne opp i. Men det er viktig å ha på plass gode strukturer. Når det kommer en pandemi eller en miljøkatastrofe har vi et system, slik at vi vet at vi jobber sammen.

UTPOSTEN: Du skal bygge et lag du nå!

– Ja! Men det er ikke sikkert det er nytt. Jeg tror det er et ganske godt lag allerede. Det er ikke et konkursbo. Det blir bare trenerskifte!

■ LEGE.ARILD.IVERSEN@GMAIL.COM
■ I.M.GRONSETH@GMAIL.COM

Alle De Har Det?

■ KARI THORI KOGSTAD • Fastlege og redaktør i Utposten

Over halvvegs inn i tredje tiår som fastlege er det for meg noe som står fram som viktig, kanskje viktigere enn noen gang, og ganske mye som står fram som ikke viktig.

Brei normalitet er en av mine kjernesaker og denne saken griper inn i mangt og mye.

I jobben som fastlege er det rik mulighet til å dyrke denne kampsaken – hver dag.

Jo smalere vi setter rammene for *normalt*, jo flere faller utafør. Hold dere klare for erkjennelse nummer to: *Innafor er utrolig mye bedre enn utafør*. Dette er ikke akkurat Einsteinske læresetninger, men heller mer REMA 1000 som minner oss på at det enkle er ofte det beste – her omdøpt til at det enkle er ofte det viktigste. Hva er egentlig normalt, eller som de av oss som har vært henfalte til Kompani Lauritzen har lært, hva er norm?

Fastlegen eksponeres for tusenvis av møter i løpet av et år. Når vi snakker om norsk standard for *normal person*, hvem passerer og hvem når ikke opp?

Kloke valg for hvem?

ADHD er et tema som aktualiserer normalitetsbegrepet. Det er skrevet mye om både over- og under-diagnostikk, om samfunnsstrukturen vi har og hva den har å si for diagnostisering. Vi leser om folk som *har fått livet ødelagt av medisiner* og om folk som er *reddet* av de samme preparatene. Hvilken posisjon skal fastlegen innta? Jeg vil dele min egen reise i dette landskapet med *Utpostens* lesere.

Tidligere da medisinerne hadde mindre plass, var jeg ikke så sjelden på ansvarsgruppemøter der skole, foreldre, helsesøster og fastlege drøftet hvordan i all verden Alexander skulle klare å få med seg noe som helst på skolen, om han burde plasseres i liten gruppe som han jo sjøl ikke ville. Jeg husker egne barn disse åra lot meg forstå at en slik *liten gruppe* var det samme som sosialt selvmord. Sånn sett skjønnte jeg Alexander og hans motstand mot dette lille, litt bedre. *Innafor* er bedre enn *utafør*.

Nå titter fastlegen på timeboka si og oppdager ikke så sjelden at bak navnet til Markus eller Liam så står det «ADHD. Ønsker henvisning til BUP». Så går det litt opp og ned hvor godt vi kjenner Markus og Liam

fra før. Ganske ofte: ganske godt. Den raske vegen er å ekspedere henvisningen. Den tunge vegen er å finne ut *hvem* dette egentlig er. Hvordan er forholdene hjemme, hvordan fungerer det på skolen og på fritida, hvem ønsker henvisningen, hva er gjort lokalt? Kort sagt, hva er drivere og aller viktigst: Hva er det klokt å gjøre? Jeg kan røpe at jeg har tatt både korte og lange veger. Vær, vind og føreforhold i mitt fastlegelig kan være skiftende. Jeg har avpasset både fart og hvilket terreng jeg har begitt meg ut i, men uten tvil er jeg mest fornøyd etter en langtur – uansett hvor den endte.

I egne rekker fikk jeg meg for ikke så lenge siden en nesestyver. En av husets håpefulle stoppet litt opp i begynnelsen av 20-åra. Humpa var for stor. Kanskje var det ikke ei hump, men ei grøft eller en dal. Riktignok hadde livet humpet før også, men ikke mer enn det fastlegemora tenkte var en del av hennes favoritt-tema; brei normalitet. Utredning ga en klokkeklar ADHD – diagnose. For barnet mitt ble det en viktig anerkjennelse fra helsevesenet og en legitimering av at «det er faktisk litt vanskeligere for meg enn for resten av gjengen». Vi kom oss gjennom dette, men for meg ikke uten en opplevelse av å ha ofret eget barn i mitt korstog for det inkluderende samfunnet med brei normalitet. Litt mørkbanka av erfaringen, økte nok min hang til henvisning av tilsvarende ungdommer på kontoret som kom med spørsmålet om de kunne ha ADHD. De hadde tatt selvtester på nett, noe som før kunne sette meg i en litt kontrær posisjon. Litt sånn «ikke-kom-her-og-ha-diagnostisert-deg-før-du-kommer-til-meg»-holdning. Nå tenkte jeg bare at det skjønner jeg godt – du bare lurer. Det er lov. Akkurat det tror jeg jo er fint at jeg nå tenker, jeg holder meg til den.

Hva er det med Anders?

Så kommer Anders og besøker meg.

Han er ingen fast besøkende, men jeg kjenner han bittelitt fra før. Da han for et

par år tilbake måtte undersøke sine edlere deler hos meg, og jeg spurte hva han tenkte om det, satte han tillitsfulle øyer i meg og sa «Tja, jeg tenker at sånt har vel en lege lov til».

Det er lett å like Anders.

Han har nå et par år bak seg på barneskolen og mor forteller at de kommer til meg fordi de hjemme synes de har fått en litt annen gutt etter at han begynte på skolen. «Den blide fornøyde gutten vår ser vi mye mindre til». Nå har også den erfarne læreren skrevet et brev til fastlegen der konsentrasjonsvansker er framhevet som et stort problem, og aller mest for Anders. Mor forteller om en kartleggingsprøve der sønnen hadde falt helt ut, og læreren måtte sette seg ned ved sida av han. Anders griper da ordet og sier med høy stemme «Ja, det der var bare helt forferdelig. Helt fryktelig». Jeg spør han om han er enig i at det kan være vanskelig å konsentrere seg på skolen. Til dette repliserer han raskt at «Ja, du skjønner det at jeg er litt mer den praktiske typen».

Mor forteller at hjemme er ikke Anders like tålmodig i perlinga som det yngre søskenet er. Anders sukker og viser med hendene hvordan det er å sette plastperler ned på små spikermatter, og utbryter «Jeg foretrekker å gjøre noe litt mer nyttig enn det herre. Jeg vil heller snekre». Vi snakker litt om PPT og litt om BUP, og jeg forklarer Anders at han også må snakke med noen andre enn meg. Noen som har det som hele sin jobb å snakke med unger om konsentrasjon og sånne ting.

Jeg spør til slutt om det er noe Anders lurer på. Han setter igjen blikket i meg og sier: «Jeg lurer bare på en ting jeg.» Så blir han stille. Jeg oppmuntrer han til å komme med det – nå har han sjansen ettersom timen ikke er riktig over. Han trekker pusten, mens han holder blikket mitt og sier «Jeg lurer bare på om dette er fa'li».

Jeg går hardt ut og sier «Nei. Farlig er det ikke».

Som fastlege spør jeg meg sjøl om det samme – om det *jeg* gjør er farlig.

Havner mine bidrag på riktig eller gal side?

Skal vi henvise åtteåringer som heller vil snekre framfor å ha matteprøve, til disse instansene med store bokstaver, som i sin tur gir barnet et stempel med andre store bokstaver?

Hvem skal drifte samfunnet vårt når vi er på veg inn i aften sola?

Jeg setter min lit til at Anders kan snekre et fugebrett som jeg kan kjøre rullatoren min inntil, og legge solsikkefrø på.

Det blir bra!

■ K-TKOGS@ONLINE.NO

ADHD hos barn

■ HANNE CECILIE KASPERSEN • Spesialist i barne- og ungdomspsykiatri BUP Nedre Romerike, Ahus. Tidligere fastlege

I barne- og ungdomspsykiatrien sies det ofte at «har du sett ett barn med ADHD så har du sett ett». ADHD er en tilstand som viser seg på forskjellige måter med ulike uttrykk og tilleggsvansker. Det får konsekvenser for hvordan barnet best møtes av foreldre og lærere, hvilken tilpasning det trenger på skolen og hvilken medisinsk behandling som anbefales.

De forskjellige uttrykkene Attention deficit hyperactive disorder (ADHD) får, reflekterer hvilket område i hjernen som har endret funksjon. – Det kan dreie seg om prefrontal cortex, cerebellum, basalganglier og det limbiske system. Funksjoner er nedsett i ulik grad og omfang hos det enkelte barn som følge av forsinket modning og forsinket signaloverføring mellom nervecellene i disse hjerneområdene (1).

Dette gjenspeiles i at det er atten diagnosekriterier, og det enkelte barn kan ha ulik sammensetning av kriteriene for å få diagnosen. Av de atten diagnosekriteriene, er det ni som omhandler oppmerksomhetsvansker og ni som omhandler hyperaktivi-

tet og impulsivitet. Vi deler symptomene i hovedsakelig hyperaktivitet, hovedsakelig oppmerksomhetsvansker eller blandet type av hyperaktivitet og oppmerksomhetsvansker. I tillegg til selve kriteriene, må vanskene ha startet før sju års alder og gi funksjonsnedsettelse sosialt, i familien eller på skolen. De siste retningslinjene fra Helsedirektoratet fra 2022 anbefaler at vi bruker diagnosekriteriene fra det amerikanske DSM-5, selv om vi koder etter europeiske ICD-10 (2, 3).

Komorbide tilstander

De forskjellige kliniske uttrykkene vi finner hos barn med ADHD, gjenspeiler også ulike



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

grad av tilleggsversker. Både Tourettes syndrom, autismespekterlidelse og ADHD defineres som nevrou utviklingsforstyrrelser, og alle disse kan ha tilleggsversker i tillegg til spesifikke kriterier for den enkelte diagnose som eksekutive versker, rigiditet og sensoriske versker. I praksis ser man som følge av dette at barn med ADHD har versker med overganger, igangsetting av oppgaver, reguleringsversker når det gjelder følelser, matinntak, søvn og naturlige funksjoner. Barnet tåler også dårlig støy (selv om de ofte lager mye støy selv) eller visse typer klær på huden. De har oftere sosiale versker, samhandling med andre barn kan være krevende, og de blir ofte fortere slitne enn andre barn. Det fører ofte til at barnet har følelsesmessige svingninger med varierende styrke gjennom dagen. De kan være veldig glade, for så plutselig bli veldig lei seg eller sinte i løpet av kort tid.

Dette gir varierende fungering fra dag til dag og gjør det utfordrende for foreldre, lærere, klassekamerater og andre å forstå og å møte dem. Mange av barna har i tillegg evne til et hyperfokus når de interesserer seg for noe, slik at de kan fokusere lenge og tilegne seg mye kunnskap. Dette kan det være viktig å bygge videre på når man skal finne gode måter å tilpasse læring og aktiviteter med venner og familie.

Varierende symptombilde

Bildet er enda mer sammensatt! Barn med ADHD har ofte en eller flere komorbide tilstander (4, 5). Mange med ADHD har i tillegg enten autismespekterlidelse eller Tourettes syndrom. Andre samtidige tilstander kan være adferdsversker, angstlidelser, epilepsi og depresjon (mest hos ungdom). I tillegg kommer ulike former for spesifikke lærevansker som dysleksi og dyskalkuli eller kognitive versker (redu-

sert evnenivå). Språkversker og motoriske versker ses også med økt hyppighet hos pasienter med ADHD.

Stor variasjon i symptombilde, grad av alvorlighet og forekomst av komorbide tilstander tilsier at én behandlingstilnærming ikke passer for alle (4). Barna profitterer på at voksne skaper god struktur, er forutsigbare og etablerer gode rammer for den enkelte. De trenger igangsettingshjelp både hjemme og på skolen til ulike oppgaver og gode rutiner for måltider og søvn. Voksne bør bistå i å strukturere og navigere i sosiale aktiviteter med jevnaldrende. Barna responderer dårligere på konsekvenser eller straff for sin adferd – som de ofte ikke kan for, og bedre på positiv forsterkning av ønsket adferd og umiddelbar belønning (4, 5).

Behandling av ADHD

Behandling av komorbide tilstander i tillegg til ADHD må ses i sammenheng med hverandre (2, 5). Ofte vil det kreve et samarbeid mellom fastleger, pediater, BUP, skole, PPT, foreldre og eventuelle andre kommunale instanser som barnekoordinator. Avlastningstiltak er hyppig benyttet. Regelmessig møter mellom foreldre og aktuelle instanser kan ivareta et helhetlig tilbud som kan gi barnet best mulige utviklingsmuligheter til tross for vanskene.

ADHD-behandling har tre grunnpilarer: tilrettelegging i skole, foreldreveiledning og medisinerer. Faglige retningslinjer anbefaler sentralstimulerende medisinerer med metylfenidat, gjerne i en depotformulering, som førstevalg (2). Disse medisinerne har vært i bruk siden 1950-tallet og er virksomme for de fleste barn med ADHD, men dessverre gjelder ikke dette for alle. Metylfenidat bedrer konsentrasjon, motorisk uro og impulsivitet. Dermed påvirkes en rekke

faktorer som adferd og følelsesmessige svingninger i noen grad. I utprøvningsfase på BUP starter man med et sentralstimulerende eller ikke-sentralstimulerende medikament som passer til det enkelte barn.

Legen tilstreber best mulig effekt og minst mulig bivirkninger av medi-

kamentet. Grunnet versker med compliance og bivirkninger av medikamenter, er det ca. 60 prosent av barna som etter utredning fortsetter med medisiner. Selv med medisinerer kan det være behov for mye tilrettelegging for det enkelte barn, både hjemme og på skolen.

Oppfølging

Foreldre kan etter at barnet har fått ADHD-diagnose tilbys foreldreveiledning på BUP ved behov, i tillegg til at barnet får informasjon om sin tilstand tilpasset alder og helhetlig situasjon. Noen BUP arrangerer i tillegg kurs for foreldre, og det er også gode ressurser på ADHD Norge sine nettsider. Tilstanden og tilleggsverskene som oppstår vil variere ut ifra barnets alder og modenhet, og det kan være behov for veiledning av foreldre gjennom barnets oppvekst i kommunal regi. Noen barn rehvises til BUP hvis ikke tiltak i førstelinjen fører til bedring.

Skolene veiledes av lokal psykologisk-pedagogisk tjeneste i kommunen (PPT), men kan i enkeltsaker innhente råd fra BUP. PPT kan også koble på Statped hvis tilleggsverskene krever veiledning til skolene som PPT ikke har kompetanse på. Barna kan i skolesammenheng trenge tilpasninger. Ofte vil det innebære korte økter og flere pauser, læring i mindre grupper, en plan for dagen som skaper forutsigbarhet, hjelp til igangsetting og struktur, samt hjelp til sosial forståelse i samhandling med jevnaldrende på skolen.

ADHD -diagnosen kan altså være en del av et større bilde for et barn, men også alene skape mye funksjonssvikt på flere områder. Når tilstanden viser seg så forskjellig fra barn til barn, er det viktig med individuelle tilpasninger for at den det gjelder skal få gode utviklingsmuligheter.

REFERANSER

1. Purper-Ouakil D, Ramoz N, Lepagnol-Bestel AM. et al. Neurobiology of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatr Res* 69, 69–76 (2011). <https://doi.org/10.1203/PDR.obo13e318212b4of>.
2. Nasjonal faglig retningslinje for ADHD, 2022, Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/adhd>.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR). <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>.
4. NICE Guidelines 2018 (NG87). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87>.
5. Veileder i BUP, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening (2019) <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne-og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup>.

Forfatteren har ingen bindinger.

■ HAN-CK@HOTMAIL.COM



FØRSTE VAKSINE MOT RSV!¹

AREXVY

VAKSINE MOT RESPIRATORISK SYNCYTIALVIRUS (RSV)
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

DU KAN NÅ VAKSINERE MOT RSV MED AREXVY

Eldre voksne har økt risiko for
alvorlig RSV-infeksjon²

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

82,6 %

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

PRIMÆRT ENDEPUNKT*

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

SAMLET VAKSINE-EFFEKT MOT
RSV-LRTD HOS PASIENTER MED
MINST 1 KOMORBIDITET^{†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 titer og numerisk lavere hemagglutinasjons hemmingstiter for influensa A og B ved samtidig administrering av Arexvy og inaktivert sesonginfluensavaksine, enn når de ble administrert separat. Den kliniske relevansen av dette er ukjent. Vaksinene bør administreres på ulike injeksjonssteder.

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

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

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

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

GSK

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

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

Medikalisering og sykkeligjøring av unge

■ EIVIND MELAND • Professor emeritus ved UiB og ALIS-veileder i Bergen kommune

Utgangspunktet for denne artikkelen er en mistanke om at ungdom i økende grad utvikler psykisk og sosial uhelse. Gjør de det? Eller er en økning av subjektiv sykkelighet kun et uttrykk for at ungdom i økende grad fristes til å omsette symptomer som naturlig hører til menneskelivet, til sykdomsidentiteter?

Jeg har deltatt i et forskningssamarbeid hvor vi har brukt data fra fire forskjellige tverrsnittstudier blant elever i den videregående skole i Førde til å undersøke i hvilken grad symptomer på angst, depresjon og psykosomatiske plager endret seg i årene fra 1997 til 2009. Vi fant en signifikant økning i angstplager, men ikke i depressive eller psykosomatiske plager (1). Økningen gjorde seg gjeldende både blant ungdom fra intakte familier og blant ungdom fra skilte familier.

Nå er det nylig publisert en studie med representative data fra hele Norge, basert på 35 ulike tverrsnittstudier i årene fra 1992 til 2019 (2). Studien har ikke differensiert mellom ulike former for psykiske plager, men i stedet sett på hvor stor andel av ungdom som skårer over en klinisk relevant avkuttningsskåre for slike plager. De fant en 11 prosent økning (absolutt risiko) blant jenter, men bare en fem prosent og ikke signifikant økning blant gutter.

Mulige årsaksforklaringer

Artikkelen diskuterer mulige årsaksfaktorer, selv om dette har vært lite undersøkt med data fra de samme surveys. Opptatt av utseende og kroppsmissnøye har sannsynligvis en sammenheng med psykiske plager. Det er i tillegg støtte for at skjermbruk (også skjermbruk før introduksjonen av sosiale media) og redusert søvn spiller inn. Økt prestasjonspress i skolen ser også ut til å spille inn. Artikkelen diskuterer muligheten for økt villighet til å rapportere om psykiske vansker, men de finner lite støtte for en slik hypotese.

Forskningsgruppen som har arbeidet med data fra tidligere Sogn og Fjordane

fylke, har undersøkt kroppsmissnøye-dimensjonen i en studie med longitudinelle oppfølgingsdata (3). Funnene støtter hypotesen om at kroppsmissnøye kan være årsaksforbundet med redusert psykisk helse, spesielt blant jenter. Kropps- og vektbekymringer hadde ugunstige effekter på selvvurdert helse og selvfølelse. Kropps- og vektbekymringer påvirket toårs reduksjon av selvfølelse blant jenter. Paradoksalt nok var intensjonen om å bli tynnere forbundet med en økning i BMI. God selvvurdert helse og selvfølelse var assosiert med en slankere kropp etter to år.

Variasjoner i diagnostikk og håndtering

Vi kan heller ikke frikjenne helsevesenet fra ansvaret for «sykdoms-høker-virksomhet» (engelsk: disease mongering). I denne sammenheng bruker jeg begrepet deskriptivt, som uttrykk for at sykkelighet også har sammenheng med diagnostisk interesse og omdefinering av symptomer til kategorier. Det er vanskelig å forklare økningen i forekomst av autisme i det siste tiåret og den store fylkesvise variasjonen som er påvist, uten at vi også tar inn et slikt aspekt (4). Også mellom kommuner finner man store variasjoner. I tidligere Sogn og Fjordane fylke har vi vist at det er meget store og uforklarte variasjoner i bruk av psykiatriske helsetjenester mellom kommunene, og dermed variasjoner i hvilken grad man får tildelt diagnoser (5).

Det betyr ikke at autisme eller andre diagnoser hos barn og unge er påfunn fra overivrige barnepsykiatere. Diagnoser vil imidlertid, nesten uten unntak ha begrenset gyldighet, og være avhengig av hvor-

dan leger (noen med bånd til farmakologisk industri) avgjør de diagnostiske kriteriene for sykdommer (6). Forventninger og fortolkninger hos den enkelte, og i samfunnet, spiller også en vesentlig rolle for å forstå sykkelighet. Fysiske langtids-symptomer etter selvrapportert covid-19-infeksjon hadde ingen sammenheng med serologisk bekreftet SARS-CoV-2-infeksjon i en stor amerikansk studie (7). Det handler ikke om fusk og simulering. Den menneskelige hjerne fungerer i fellesskap og i dialog med alle andres hjerner. Smitte skjer ikke bare med mikroorganismer, men også med trykksverte og sosiale medier.

Sykdommer som 'indifferente' og 'interaktive' kategorier

Den kanadiske vitenskapsfilosofen Ian Hacking tilbyr oss et perspektiv som kan gi innsikt. Han kaller tilstander som må forstås som indifferente kategorier, som objekt hos individer, for indifferente. Lårhalsbrudd og fenylketonuri er eksempler fra en slik kategori. De fleste tilstander er heller interaktive, eller rettere, de fleste sykdommer har interaktive elementer. De kan ikke forstås som kategorier, uten at vi tar inn over oss at vi fortolker og finner mening i de kategoriene som vi og våre medmennesker tilhører. Kategoriene er med andre ord identiteter og fungerer som «magneter» med markedsverdi i samfunnet, i skolen og i velferdsstaten. Hacking kalte dette «looping effects» (8). Vi leger arbeider med andre ord alltid «med lim på fingrene».

En fransk lege og filosof, George Canguilhem, minner oss på at vi som behandlere må forstå at det vi driver med er en verdibasert og moralsk aktivitet. Han hevdet at for å fremme helse blant folk, måtte vi hjelpe hverandre til å overkomme selvidentiteter som vi blir for fusjonerte med (9). Vi kan forstå helseplager som kommunikasjon og informasjon. I stedet for å «spikre» identiteter på folk, kan hjelpen bestå i å drøfte, med respektfull nysgjerrighet,



ILLUSTRASJON: MORTEN HERINÆS / KI - ADOBE FIREFLY

hvilken informasjonsverdi autismealferd, angstatferd eller depresjonsatferd har.

Etter opplysningstida fikk den sekulære humanismen kraftig vind i seilene. Moderniteten lovet oss at vi kunne vinne full kontroll over livet og sykdommene bare vi beskrev dem nøyaktig og vitenskapelig. Leger og andre eksperter fikk en uinnskrenket navngivende og kategoriserende myndighet. Vi kaller det for nominalisme.

Den danske filosofen Knud Løgstrup så på dette som en form for hykleri. Vi satte oss over naturen, og lot «begrepsapparatet rasle og gå» (10). Velferdsstaten kan vanskelig overleve med et samfunn der medmennesker blir satt utenfor fellesskapet med merkelapper som ikke bare forteller noe om pasientene, men mange ganger like mye om behandlerne og kulturen vi lever i.

En individualistisk tidsalder og et alternativ

Kollektivistiske verdier har kommet på defensiven de siste tre desennier i vår del av verden, og det har blitt en del av den politiske korrektheten å se med forakt på kulturer som praktiserer lydighet mot autoriteter og plikt overfor fellesskapet. Går det an å skåne oss mot autoritære ytterligheter, og samtidig ivareta ansvaret vi har for hverandre?

Innledningsvis viste jeg hvordan selvopptatthet kan gjøre oss sårbare, selv-usikre og engstelige. Det er neppe bærekraftig. Det er heller ikke bærekraftig at helseproblemer og etterspørsel etter helse tjenester vokser, på tross av eksepsjonelt sterk vekst i ressursene som brukes på behandling. Klinisk og samfunnsmedisinsk arbeid kan gjøres mer bærekraftig ved å utvide den etiske horisonten til en mer funksjonsrettet og verdiforankret virksomhet (11, 12). Mennesket er menings- og verdisøkende. Vi yter bedre når vi er verdimotiverte med det felles beste som rettesnor (12, 13).

Psykiske lidelser og funksjonstap knyttet til somatiske lidelser, kan forstås og håndteres uten at vi trenger å være for oppatt av diagnostiske kategorier. Den årsaksorienterte terapien er i ferd med å bli overtatt av trans-diagnostiske terapiformer. Vi kan anerkjenne traumer som relevante og samtidig utforske det enkelte individs verdipreferanser. Dysfunksjonelle mestringsforsøk er ofte medvirkende til at helseproblemer forverres. Det dreier seg ofte om frykt og unnvikelsesatferd, noen ganger initiert og opprettholdt av velmenende terapeuter. Å fusjonere seg med helseplagene, eventuelt kombinert med krampaktig «motstandskamp», er ofte ledsaget av kronifisering av helseplager. Metakognitiv terapi, som aksepterings- og forpliktelsesterapi, er et eksempel på behandling med vennlig og selvmefølende aksept (14). Det er en etos like aktuelt for det personlige møtet, som for samfunnet i sin helhet (15).

Konklusjon og frampek

Den medisinske kultur bygger på en deskriptiv sykdomsmodell som vi har arvet fra opplysningstiden. Den viser nå tydelige krisetegn ved at den er grenseløs og lite bærekraftig. I fremtiden kan vi kanskje klare å endre det medisinske etos til først og fremst å ivareta vår funksjonsevne. Dette gjennom å styrke og utbre verdien av å tilhøre og ta ansvar for våre medmennesker. Det er vel verdt å prøve.

REFERANSER

1. Reiter SF, Hjørleifsson S, Breidablik HJ, Meland E. Impact of divorce and loss of parental contact on health complaints among adolescents. *Journal of public health*. 2013; 35(2): 278–85.
2. Potreby T, Nilsen SA, Bakken A, von Soest T, Kvaloy K, Samdal O, et al. Secular trends in mental health problems among young people in Nor-

way: a review and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024.

3. Meland E, Breidablik HJ, Thuen F, Samdal GB. How body concerns, body mass, self-rated health and self-esteem are mutually impacted in early adolescence: a longitudinal cohort study. *BMC Public Health*. 2021; 21(1): 496. doi: 10.4045/tidsskr.18.0960.
4. Surén P, Havdahl A, Øyen AS, Schjøberg S, et al. Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Tidsskr Nor Legeforen*. 2019; doi: 10.4045/tidsskr.18.0960.
5. Breidablik HJ, Meland E. Stor variasjon i bruk av psykisk helsevern i Sogn og Fjordane Tidsskrift for Norsk psykologforening 2018: 340–9.
6. Frances A, Batstra L. Why so many epidemics of childhood mental disorder? *J Dev Behav Pediatr*. 2013; 34(4): 291–2.
7. Matta J, Wiernik E, Robineau O, et al. Association of Self-reported COVID-19 Infection and SARS-CoV-2 Serology Test Results With Persistent Physical Symptoms Among French Adults During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Intern Med*. 2022; 182(1): 19–25.
8. Hacking I. *The Social Construction of What?* Cambridge MA and London: Harvard University Press; 2000.
9. Canguilhem G. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books; 1991.
10. Løgstrup KE. *Den etiske fordring*. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
11. Bickenbach J, Rubinelli S, Baffone C, Stucki G. The human functioning revolution: implications for health systems and sciences. *Front Sci* (2023)1:1118512. doi: 10.3389/fsci.2023.1118512. *Front Sci*. 2023;1:1118512.
12. Cohen GL, Sherman DK. The psychology of change: self-affirmation and social psychological intervention. *Annu Rev Psychol*. 2014; 65: 333–71.
13. Kasser T, Ryan RM. A dark side of the American dream: Correlates of financial success as a central life aspiration. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1993; 65(2): 410–22.
14. Hayes S, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and Commitment Therapy – The Process and Practice of Mindful Change*. New York, London: Guilford Press; 2012. 402 p.
15. Nørretranders T. *Vær nær – sammenheng i sammenfundet*: Forlaget Tor.d; 2013. 223 p.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

Bærekraft på fastlegekontoret

En samtale med Linn Getz og Stefán Hjörleifsson

■ NJÁL FLEM MÆLAND • Redaktør i Utposten

I hverdagen med pasientmøter tenker vi nok lite på om vår virksomhet som helsepersonell er bærekraftig. Vi er lite bevisste på at helsesektoren står for en betydelig del av CO₂-utslipp, nasjonalt og globalt beregnet til mer enn dobbelt så mye som flytrafikken. Som alle andre sektorer må også vi redusere klimaavtrykket fra vår virksomhet. Kan prosjektet «Bærekraft på legekantoret» være til hjelp? En samtale med to ildsjeler skulle avsløre at begrepet bærekraft favner videre enn klimaavtrykk.

En venn av meg som jobber i oljebransjen og som ikke er spesielt opptatt av klima og miljø, kunne fortelle at han på en oljemesse ble frustrert over en utstiller som hadde «bærekraft» som en av sine tre kjerneverdier. Dette firmaet drev med produksjon av borekroner for oljeleting. «Selv jeg måtte reagere», fortalte han, «å lete etter olje er ikke bærekraftig, uansett metode!». Historien illustrerer at ordet bærekraft står i fare for å bli en tom og utslitt klisje. Begrepet bærekraft stammer fra Brundtlandkommisjonens rapport fra 1987, *Vår felles framtid* (1). I rapporten defineres begrepet slik:

«Utvikling som imøtekommer behovene til dagens generasjon uten å redusere mulighetene for kommende generasjoner til å dekke sine behov».

Omformulert: At det vi driver med kan fortsette til evig tid uten å være til skade. Anvendt på helsesektoren betyr det at vi skal kunne drive vår virksomhet uten å overbeskatte de ressursene vi er avhengige av; det være seg klima, råvarer eller helsepersonell. Vi er langt unna å nå det målet.

FN bruker begrepet i sine «bærekraftsmål», definert i 17 mål og hele 169 delmål (2). Flere av disse er rettet mot miljø og miljøvern, som «Klimainnsats» og «Bærekraftig energi». Andre tar for seg målsetninger som ikke direkte går på miljøvern, som «Avskaff fattigdom», «Likestilling mellom kjønnene», «Stopp sult» og «Kvalitetsutdanning». Bredden i disse målsetningene gjør ordet «bærekraft» utsatt. Det kan misbrukes som en lite forstått frase for alt som er godt og ønskelig.



Bærekraft på legekantoret

Norsk forening for allmennmedisin har startet et prosjekt med navnet «Bærekraft på legekantoret». De to akademiske aktivistene bak prosjektet er Linn Okkenhaug Getz ved NTNU i Trondheim og Stefán Hjörleifsson (avbildet over) ved Universitetet i Bergen. Vi har tatt en prat med dem for å finne ut hva prosjektet går ut på. Som fastlege går jeg inn i samtalen med en murrerende irritasjon: Det er krevende nok å



være kliniker uten å skulle tenke på CO₂-belastningen av alle valgene jeg tar – skal min hverdag bli enda vanskeligere nå? Siden jeg har en intakt frontallapp så starter jeg dog ikke med å stille det spørsmålet. Det får komme senere i samtalen.

Intervjuet foregår digitalt og dermed nært utslippsfritt. Stefán i Bergen snakker fra kjøkkenet hvor han lager forbilledlig vegetarmat. Linn i Trondheim tilstår å nettopp ha spist ultraprosessert fiskegrateng, riktig-



FNs bærekraftsmål ble vedtatt i 2015 og trådte i kraft året etter.

nok med mye salat til. Jeg ber de to om å si noe om hvordan det har seg at de fattet interesse for bærekraft i medisinen. Linn tar ordet.

– For meg går dette med bærekraft langt tilbake i tid. Jeg brukte ordet i min doktoravhandling fra 2006, så begrepet har vært med meg lenge. Den gang var jeg opptatt av medisins leting etter risikanter. Med tallrike risikofaktorer og lave grenser for intervensjon ble alle presumptivt friske trøndere i Hunt-undersøkelsen likevel pasienter. Det handler om mer enn økonomi – er det riktig å ha et uendelig helsevesen i det som den gang var en av verdens sunneste befolkninger? Det er hverken bærekraftig eller etisk riktig at vi alle er feilvarer!

Stefán tar ordet: – Jeg er en blandingsakademiker som har stelt mye med undervisning. Jeg har tjent to perioder i NFA-styret og jeg har vært med i faggrupper. Jeg ser på meg selv som en fagutvikler. Forskning er en del av det. Jeg veileder for tiden en forsker i et prosjekt om portvokterrollen, som jo er klart beslektet med temaet bærekraft. Hvordan setter vi grenser for vår virksomhet? Forskning er viktig fordi vi er opptatt av evidens. Dette er ikke politikk, men det å ta faget på alvor får politiske konsekvenser. Og så er det et viktig aspekt her som også opptar meg, nemlig formidling.

Kloke valg

Dette med formidling må vi høre mer om, det er åpenbart sentralt, tenker jeg. Men først: «Hvordan startet prosjektet?» Stefán

fortsetter: – Vi har hatt fem år med «kloke valg», jeg har vært med på det som NFA sin representant. I løpet av denne tiden har stadig flere spesialiteter kommet med anbefalinger. Men det er ikke nok å anbefale. Vi må også gjennomføre. Bærekraft på legekantoret er blitt NFA sin «gjør kloke valg»-satsing for å engasjere medlemmene. Vi startet det, så banket vi på NFA sin dør. Leder Marte Kvittum Tangen var, som meg selv, i tvil om bruken av begrepet bærekraft, men nå er det etablert og godtatt av henne og av styret. For oss handler det om klodens begrensede ressurser. Bruker vi ressursene rett? Vi vet at mye av aktiviteten i helsevesenet ikke fører til bedre helse. Om vi kan begrense denne unødige aktiviteten vil jo det være vinn-vinn for alle. Vi vil da bruke mindre ressurser, belaste helsearbeidere mindre og sykeliggjøre mindre – i ett og samme grep!

Jeg deler mine betenkeligheter rundt selve begrepet bærekraft, som jo synes å stå for alt som er positivt, nærmest grenseløst, også slik FN bruker begrepet. Linn tar ordet. – Ja, det kan virke slik ved første øyekast. Men det er noen sammenhenger her. Målene henger sammen på komplekse måter. En sterk, måteholden og trygg fastlegeordning hører inn under mål 3 – helse. Trygghet for helse bidrar til bærekraftige lokalsamfunn, som er mål nummer 11, og økt likhet, som er mål nummer 10. Det er også et middel for ansvarlig forbruk, mål nummer 12, som igjen er bra for klima og for vann, i form av mindre medikamentutslipp. En god og likeverdig helsetjeneste for alle bidrar til mindre fattigdom, mål

nummer 1. I disse målsetningene henger derfor alt sammen med alt.

Stefán skyter inn: – Om vi tar vitamin D som konkret eksempel, så er vitamin D-målinger og -tilskudd på resept blitt markedsført som løsningen på mange helseproblemer. Men forskning har ikke klart å vise en slik nytte. Jo mer vi forsker, jo mindre nytte finner vi. Befolkningen etterspør det, og legene tror kanskje på det. Det fører til kostbar aktivitet som belaster helsevesen og natur – uten nytte. Vitamin D trenger bare måles hos avgrensede pasientgrupper. Alle andre kan ta tran eller et reseptfritt tilskudd. Vår oppgave er å forklare dette for befolkningen, gjerne allerede mens de sitter på venterommet og ser på venteromsskjermen.

Linn tar over: – At vi klarer å sette slike grenser for aktiviteten i det offentlige helsevesenet er helt vesentlig for at vi skal beholde et sterkt, ikke-kommersielt helsetilbud. Dersom vi innenfor det offentlige bruker masse ressurser på tiltak som ikke er nyttige, så sprenger vi rammene. Gjør vi for mye «tull», så undergraver vi det offentlige helsetilbudet. Da vil vi få et parallelt hel-privat helsevesen med alt det negative det medfører. Så budskapet om bærekraft på legekantoret er også en kamp for det egalitære helsetilbudet som vi vet er så viktig for hele samfunnet vårt.

Portvokterrollen

Jeg blir tankefull. Dette er en ny tilnærming som jeg ikke har tenkt over før. Mine og pasienters valg og evne til å sette grenser for unødige aktivitet som rekvisisjoner og henvisnin-

KLIMATILTAK FOR ALLMENNLEGER



HVORFOR BRY SEG SOM FASTLEGE?



- Helsesektoren står for minst **5,5 % av Norges totale klimautslipp**. (1)
- Det er over dobbelt så mye som flytrafikken. (2)
- Utslippene er noenlunde likt fordelt mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. (1)
- Rundt 80% av utslippene fra allmennelegjetjenesten er fra medisiner. (3)

HVA KAN LEGEKONTORET GJØRE?

RESIRKULERING

Lag sorteringsystemer, særlig for matavfall, glass og metall

Sats på reparasjon fremfor å kjøpe nytt



ENERGISPARING

Skru av datamaskiner

Bruk bærbare datamaskiner

Bruk tidsstyrt termostatregulering

Skru av lyset når man forlater rommet



TRANSPORT

La bilen stå

Ta kurs lokalt. Når dette ikke er mulig - reis kollektivt!

Vurdér videokonferanse fremfor fysisk tilstedeværelse på møter



GODE VANER

Unngå unødig bruk av engangsutstyr (eks: bruk sterilisator, vask/sprit hender istedenfor hansker der det er mulig)



HVA KAN LEGEN GJØRE?

VELG PULVERINHALATOR

Inhalatorer utgjør en betydelig del av utslippene tilknyttet fastlegekontorene (3).

Dersom én pasient erstatte inhalasjonsaerosol med inhalasjonspulver/respimat, kan man **kutte utslippene med 200 - 400 kg CO₂e/år. Det tilsvarer 2-3 flyreiser Trondheim-Oslo (4).**

De fleste pasientene har tilstrekkelig teknikk og inspirasjonskraft til å benytte pulverinhalator.



FJERN-KONSULTASJONER?

Vurdér, sammen med pasienten, om fjernkonsultasjon kan være hensiktsmessig



OPPFORDRE PASIENTER

Klimafremmende kan også være helsefremmende!

Spis mer plantebasert, redusér inntak av rødt kjøtt

Mer mosjon – gå eller sykle



UNNGÅ OVER-DIAGNOSTISERING OG OVERBEHANDLING

Gjennomgå medisinlister, følg "Gjør kloke valg"- og "Bærekraft på legekontoret"-kampanjene (5,6)



Kilder: 1: "Klimagassutslipp i helse- og omsorgssektoren". Helsedirektoratet (2023) 2: "Høring - rapporten fra ekspertutvalget for klimavennlige investeringer". Den norske legeforening (2022) 3: "Sustainable and environmentally friendly general practice". British medical association (2020) 4: "Nytt om legemidler". Statens legemiddelverk (nr 18, 2019). 5: "Gjør kloke valg". Den norske legeforening (2023). 6: "Prosjekt - Bærekraft på legekontoret". Norsk forening for allmenneleggjemedisin (2023).

ger, får betydning ikke bare for miljø og økonomi, men også for fremtiden til den fastlegeordningen som jeg er så glad i. Budskapet er likevel vanskelig å formidle, tenker jeg og sier: – Vi har en skikkelig utfordring her. Selve budskapet er for folk flest dypt ulogisk. Det bor i oss at jo mer vi gjør, desto bedre er det. Å få er bedre enn å ikke få. Å hevde det motsatte føles som en umulig oppgave. I går, i forbindelse med undervisning jeg skulle holde, gjorde jeg et nettsøk på «testosteronmangel». Det øverste treffet er fra Volvat. Her nevnes diffuse og vanlige symptomer som det hevdes bør føre til undersøkelse av testosteronnivå. Videre står det:

«En studie oppgir at 20 prosent av 60 åringer, 30 prosent av 70 åringer og 50 prosent av 80-åringer lider av lavt testosteronnivå.» (3).

Lider! Selvsagt tilbyr Volvat målinger og tilskudd, mot klekkelig betaling. Som fastlege tenker jeg: Hjelp! Jeg blir gall! Jeg føler meg forsvarsløs!

Stefán ler over vegetargrytene sine, mens han funderer på valg av krydder og urter. – Eksemplet viser jo nettopp hvor viktig dette er, og hvor viktig det er å unngå en helsetjeneste som er villig til å selge hva som helst til sine kunder! Vi tror det er mulig. Det tror vi fordi vi har klart det med antibiotika. Kampanjer har over tid snudd folk sin holdning til bruk av antibiotika – fra å være noe som er etterspurt – til å være noe man helst vil slippe å ta. Før var det vanskelig å si nei til antibiotika, nå er utgangspunktet helt endret. Ikke absolutt alle i befolkningen forstår helt hvorfor. De tror kanskje det er de selv som blir resistente, men uansett: Vi har fått til en holdningsendring som gjør legens jobb mye lettere. Det kan vi få til også her! Det er en formidlingsoppgave, som vi så vidt har startet på. Vi må ikke la oss forblinde av overlever-historier som kan gi inntrykk av at storstilt screening av friske er en god ide. Virkeligheten er langt mer kompleks. En helsetjeneste som undersøker alle for alt, ender paradoksalt nok opp med å gjøre mer skade enn nytte, både på system og individnivå. Vi må være lure her. Folk må lære å ta godt vare på egen helse og søke lege når noe er galt, samtidig som vi ikke skal utsette oss for helsetjenester som kan skade oss.

Formidling

Vi er tilbake til det med formidling. Jeg spør: – La oss starte med hva dere har gjort – hva



Det er i dag større skepsis til antibiotika enn tidligere. Mindre bruk av medikamenter bidrar til å nå flere av FNs bærekraftsmål. ILLUSTRASJONSFOTO: MORTEN HERNES / KI - ADOBE FIREFLY

har prosjekt bærekraft på legekantoret konkret gjort så langt? Stefán fortsetter: – Vi har hatt flere medieoppslag. Vi har jobbet inn mot Helsedirektoratet. Vi har laget et kurs sammen med Noklus. Det er et enkelt femten minutter langt digitalt kurs, nærmest en appell, ment for hele legekantoret. Det handler om overdiagnostikk, med en kasuistikk som innbyr til diskusjon på kantoret for lege og medarbeider sammen. Kurset finnes gratis på Noklus sin nettside. Så har vi sammen med legenes klimaaksjon laget en plakat for legekantorene (4). Vi har laget ti lysbilder ment for skjermer på venterommet, og disse har blitt lastet ned av mer enn hundre legekantorer. De er ment å skulle gi pasientene noe å tygge på mens de venter på legetimen. Og så har vi laget podkaster, flere episoder. De er tiltenkt både befolkning og helsearbeidere. For eksempel heter en av dem «Hjelp! Fastlegen nektet å henvise meg til spesialist!». Vi snakker fram portvokterrollen som en påminnelse til helsearbeideren og som en opplæring av pasientene. Podkastene ligger lett tilgjengelig på Spotify. Vi har en egen, oversiktlig nettside på NFA sine sider, her kan alt materiell enkelt lastes ned (5).

Linn tar ordet: – Det er her en klar kobling til «7 teser for allmennmedisin» fra 2001 og de nye nordiske kjerneverdiene som ble lansert i 2020 (6, 7). Bare tenk på tesene om å

gjøre det viktigste, om å holde lege-pasientrollen i hevd og om å gi mest til dem som trenger mest. I grunnen er det lite nytt her. Målet er jo å utøve faget som det ble definert av de gamle guruene! Vi må altså tilbake til røttene våre, med en vinkling mot medisinsk overaktivitet og klima. Å unngå overdiagnostikk, å velge astmainhalator uten spray, riktig bruk av hansker, unngå unødig bruk av sterile hansker og å vaske sår med vanlig vann fra springen.

– Dere har faktisk fått utrettet mye, bemerk jeg imponert. – Jeg må nesten spørre om hvordan dere er organisert, og hvordan dere er finansiert? Linn forklarer: – Vi har fått penger fra kvalitetsfondet i Legeforeningen, men mest gjør vi dette som en frivillig forlengelse av våre universitetsstillinger. Vår motivasjon er at dette er viktig – for livskvalitet for oss og for våre etterkommere. Vi er heller ikke alene. Flere enn oss er involvert i forskningsprosjekter. Vi har to stipendiater. Vi har knyttet til oss to kommunikasjonsfolk, som syns dette er utfordrende, men spennende å jobbe med.

Emnekurs

– Kjenner jeg dere rett, så har dere ytterligere planer..., skyter jeg inn. – Det stemmer, fortsetter Linn. – Når dette leses har vi gjennom-

«Klimatiltak for allmennleger» er en plakat laget av legestudentene Iben Carnhed, Solveig Eline Berg og Fredrik G. Grimstad i samarbeid med legenes klimaaksjon. Plakaten informerer om klimautslipp knyttet til allmennlegetjenesten og inneholder forslag til tiltak for å kutte utslippene. Ifølge beregninger fra England har 80 prosent av utslippene knyttet til allmennlegetjenesten sammenheng med medikamentbruk. Derfor er det stort behov for å utvikle tiltak for å redusere unødvendig medisinbruk og særlig polyfarmasi.



Podkastene til Linn og Stefan kan man enkelt søke opp på Spotify eller YouTube. MOCKUP: MORTEN HERNES / PLACEIT

ført et eget emnekurs i bærekraft under allmennmedisinsk våruke (8). Vi vil da kombinere kliniske tema som bruk av laboratoriet med forsvarlighetskrav. En foreleser vil gi tips om praktisk journalføring som kan begrunne fravær av utredning. Det blir en tankesmie like mye som et kurs – veien blir til også på selve kurset. Som med retningslinjer så handler kurset om eierskap, utviklingen må skje sammen med dem som anvender kunnskapen. Vi funderer også på hvordan vi kan få med sykehuslegene. Våre valg som fastleger påvirker deres hverdag – for den enkelte fastlege vil det oppleves ganske likt om tre eller fire pasienter henvises hver dag – men for sykehusene vil summen av en rekke små endringer hos mange fastleger kunne bli dramatisk. På samme måte vil sykehuslegenes valg og anbefalinger påvirke fastlegens hverdag. Det er viktig at myndigheter og spesialisthelsetjenesten understøtter fastlegenes avgrensninger.

Med det er vi tilbake til at alt synes å henge sammen med alt. Og min samtale med Linn

og Stefan i dag henger jo også sammen med kurset på våruka – hvor det er jeg selv som skal gi råd om journalføringen når det ikke tas en prøve eller henvises. Min agenda er preget av at jeg også er NAV-lege. I den rollen ser jeg tydelig hvor uheldig det er når vi ikke klarer å avslutte utredninger før det har gått måneder og år. Lange utredningsløp befester sykerollen. Å avslutte utredning handler igjen om å være trygg som lege. Til sjuende og sist kan man godt si at bærekraft på legekantoret også handler om kjernen i legerollen: Å fremme helse. Overutredning og bifunn gir miljøbelastning, ja, men det kan også være direkte helseskadelig for den enkelte. Jeg innser at prosjekt bærekraft på legekantoret ikke er en sten til fastlegebyrden. Det er en hjelp til å lette byrden. Byrden kan lettes når holdninger i befolkningen endres, og når vi tar riktige valg for pasientene våre. Jeg nevner disse tankene for Linn og Stefan og vi trekker sammen konklusjonen: Gjort på rett måte kan mindre aktivitet gi mindre arbeid og bedre helse.

REFERANSER

1. <https://no.wikipedia.org/wiki/Brundtlandkommissjonen>.
2. <https://fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>. Lest 2/2 24.
3. <https://www.volvat.no/tjenester/urolog/lavt-testosteronniva/>. Lest 10/2 24.
4. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/17af95602b4741abaeb854e85676000a/plakat-klimatiltak-for-allmenleger-v3.pdf>.
5. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/baerekraft/>.
6. Tor Carlsen, Marte Kvittum Tangen, «Mål og visjoner for allmennmedisinen – tilbakeblikk og frampek», Utposten nr. 1, 2022.
7. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenmedisin/nyheter/2021/allmenmedisinen-kjerneverdier-i-lyd-og-bilde2/>.
8. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/allmennlegeforeningen/varuka/kurs/klinisk-emnekurs-i-baerekraft-pa-legekantoret-24.-26.-april-2024/>.

■ NFLEM@ONLINE.NO



SHINGRIX

VAKSINE MOT HELVETESILD
(REKOMBINANT, MED ADJUVANS)

HVIS DU KAN FORHINDRE HELVETESILD, HVORFOR SKULLE DU IKKE DET?

Vaksinér nå for
beskyttelse som varer¹



Shingrix gir opptil 97 % effekt hos voksne fra 50 år og eldre*²

Ca. 94 % av dine pasienter over 50 år har allerede viruset som forårsaker helvetesild i kroppen, og 1 av 3 personer vil få sykdommen i løpet av livet.^{3,4}

Indikasjon: Shingrix er indisert for å forhindre herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne \geq 50 år og voksne \geq 18 år med økt risiko for HZ. Bruk av Shingrix skal være iht. offentlige anbefalinger.

Dosering: Primært vaksinasjonsskjema består av 2 doser à 0,5 ml. Andre dose gis etter 2 mnd. Ved behov for fleksibilitet, les mer i preparatomtalen.

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON:

- Vaksinerings bør 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.

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

Pris: 1921,40 kr per sett (1 hetteglass pulver til injeksjonsvæske, 1 hetteglass 0,5 ml suspensjon til injeksjonsvæske). Shingrix er en ikke-levende vaksine

*To fase III-, placebo-kontrollerte, observatør-blindede effektstudier med Shingrix ble utført hos voksne \geq 50 år med 2 doser administrert med 2 måneders mellomrom:²

- ZOE-50: Totalt vaksinerte kohort (TVC) på 15 405 voksne \geq 50 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=7 695) eller placebo (n=7 710). Alder \geq 50 år: vaksineeffekt 97,2 %, 95 % KI [93,7; 99,0]. Median oppfølgingsperiode 3,1 år.
- ZOE-70: TVC på 13 900 voksne \geq 70 år som fikk minst én dose av enten Shingrix (n=6 950) eller placebo (n=6 950). Alder \geq 70 år (ZOE-50 og -70 samlet): vaksineeffekt 91,3 %, 95 % KI [86,8; 94,5] Shingrix (n=8 250) vs. placebo (n=8 346). Median oppfølgingsperiode på 4,0 år.

Studiene var ikke designet for å demonstrere effekten i subgrupper av fragile individer, inkludert de med flere komorbiditeter, selv om disse personene ikke ble ekskludert fra studiene.

Referanser: 1. Strezova A, et al. Long term protection against herpes zoster by the adjuvanted recombinant zoster vaccine: interim efficacy, immunogenicity, and safety results up to 10 years after initial vaccination. Open Forum Infect Dis 2022 Oct 23;9(10):ofac485. doi: 10.1093/ofid/ofac485 2. Shingrix preparatomtale (12/2022). 3. Rimseliene G et al. Varicella-zoster virus susceptibility and primary healthcare consultations in Norway. BMC Infect Dis. 2016 Jun 7;16:254. doi: 10.1186/s12879-016-1581-4. 4. Sæther EM. Helvetesild i et samfunnsperspektiv. Oslo Economics, mai 2023 (sykdomsinfo.no/samfunnsperspektiv)



For mer informasjon om Shingrix,
scan QR-koden eller gå inn på shingrix.no

Trade marks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor. PM-NO-SGX-JRNA-220001, september 2023

GSK

FASTLEGEORDNINGA: Status presens

■ TORLEIV ROBBERSTAD • Tidlegare distriktslege, helse- og sosialsjef og assisterande fylkeslege

Året 2023 blei noko betre enn 2022, med 233 fleire fastlegar og auka tilgang på vikarar. Men framleis har berre kvar åttande fastlege open liste, og 214 000 nordmenn har ikkje fastlege. Fjerdeparten av einlegepraksisane har vorte borte på to år. Heilkommersielle tiltak vil inn.

På Internett kan alle finne ajourførte opplysningar om fastlegane i dei 356 kommunane: om namn, alder, kjønn, vakansar, vikarar og opne lister (1). Dette skal hjelpe folk flest til å finne seg fastlege, så datakvaliteten er venteleg god. Denne studien ser på utviklinga frå 9.12.2022 til 23.12.2023, med å telje opplysningar frå kvar enkelt kommune, som ei oppfølging av tilsvarende studier frå 2021 og 2022 i *Utposten* (2, 3).

Funn

Fastlegedekking

I 2023 kom det 217 nye fastlegeheimlar og 233 fleire fastlegar, jf. tabell 1. Korrigert for folketalsauken, auka den reelle fastlegedekkinga med 3,5 prosent i 2023. Frå 2009 til 2023 kom det 1350 fleire fastlegeårsverk, men halvparten av desse trongs for å følgje opp folketalsauken.

Vakansar

Talet på vakansar heldt seg nokså konstant i heile 2023. No er vel fem prosent av heimlane utan fast lege, og femteparten av desse er utan vikar. Nesten halvparten av vakansane er i perifere kommunar (sentralitet 5–6), fjerdeparten er i kommunar med under 5000 innbyggjarar, – og Oslo har ingen vakansar.

Samla tilgang på legar

I tillegg til dei 233 nye fastlegane var det ei sterk auke i bruken av vikarar, jf. tabell 1.

Derfor var det vel 300 fleire legar i fastlegetenesta i desember 2023 enn eitt år tidlegare (i dette ikkje medrekna 245 vikarar i vakante heimlar).

Vikarbruk

Tiandeparten av fastlegane hadde vikar i minst 50 prosent, sju prosent fleire enn i 2022. Heile denne auken kom i meir sentrale kommunar (sentralitet 2–3). Vikarbruk i mindre vikariat auka med 50 prosent i 2023, og halvparten av denne auken var i dei 25 mest sentrale kommunane. Jf. tabell 2.

Opne lister

Bare kvar åttande fastlegeheimel har opne lister, likeins som i 2022.

Tredjeparten av kommunane (med 30 prosent av befolkninga) har ingen opne fastlegelister, noko som er 50 prosent fleire enn i 2022. Dei 12 største er Sarpsborg, Ringerike, Ullensaker, Porsgrunn, Skien, Arendal, Haugesund, Sandnes, Karmøy, Molde, Bodø og Tromsø, og ni av desse hadde det likeins i 2022. I Oslo auka prosentdelen opne lister frå 18 til 25.

Einlegepraksisar

I 2023 var det 126 einlegepraksisar, 40 færre enn i 2021; og halvparten av dei var i dei mest sentrale kommunane. Nesten to av tre av desse legane var over 54 år, og bare 11 var under 40 år. I dette er det ikkje medrekna 14 små einlegekommunar.

Heilkommersielle tiltak

Dr. Dropin tilbyr allmennlegetenester i Oslo, Bærum, Stavanger, Bergen og Trondheim (4). Dette er dei fem mest folkerike kommunane, alle har fleire opne fastlegelister, alle er vertskommunar for somatiske sjukehus, og tre av dei ligg på landstoppen i kommunal inntekt.

Drøfting

Dei siste ti åra er det blitt 20 prosent fleire fastlegar, og det har i gjennomsnitt vorte 150 færre pasientar per fastlegeliste. Likevel er bare kvar åttande liste open, mot kvar fjerde for ti år sidan. Nesten fire gonger så mange lister er utan fast lege og ti gonger så mange menneske har ikkje fastlege, jf. tabell 3 på side 20. I 2023 letna det litt, med god nettovest av årsverk, som det er naturleg å sjå i samband med auka statleg engasjement. Det kom fleire vikarar, men ikkje fleire opne lister.

Det er forskriftsfesta at kommunen skal «sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastleges liste» og at kapasiteten «må være stor nok til at mulighetene for å bytte fastlege er til stede» (5). No har 214 000 menneske ikkje fastlege (6), og nesten tredjeparten av befolkninga bur i kommunar utan opne fastlegelister. Her er det eit stort sprik til den statlege målsetjinga om «gode og likeverdige legetjenester til hele befolkningen – uavhengig av bosted» (7). Korfor blei det slik for grunnmuren i norsk helseteneste?

Resursmangel. Samhandlingsreforma av 2012 overførte mange arbeidsoppgåver frå den statlege spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, men utan tilsvarende ressursstyrking.

Sidan har fastlegeordninga skranta. Som rådmannen i Kristiansund sa i 2019: «Samhandling er ikke spørsmål om hvordan kommunen kan tilrettelegge for at helseforetaket skal drive billigst mulig» (8). Fastlegeordninga er langt på veg blitt styrt etter «dreg du den, så dreg du den»-prinsipp.

TABELL 1. Fastlegeheimlar, vakansar og vikarbruk 2020–2023.

	31.12.2020	15.12.2021	09.12.2022	23.12.2023
Fastlegeheimlar	5 133	5 231	5 409	5 626
Lister utan fast lege	182	228	320	304
Alle fastlegar	4 951	5 003	5 089	5 322
Fastlegar med vikar >50%		575	576	614
Fastlegar med vikar <50%		348	350	525

2023, og så?

pet, som i si tid ikkje fungerte så godt for tømmerkøyning med hest.

Låg prioritering. I perioden 2015–2022 kom det ti prosent (470) fleire fastlegeårsverk, og 22 prosent (2900) nye legeårsverk til spesialisthelsetenesta (9). Dette er eit klart rikspolitisk signal. Er det lettast å prioritere fastløna statlege årsverk, fordi dei fleste fastlegane er sjølvstendig næringsdrivande som kommunale kontraktørar?

Diagnoseinflasjon.

Etikkprofessor Bjørn Hofmann peika nyleg på at:

«Et velferdssystem som i økende grad skal håndtere diagnoser som ikke er sykdomsrelaterede, men bare skal fremme folks velvære, vil ikke være bærekraftig».

Han meiner at diagnoser må kunne knyttast til sjukdom, at ein må prioritere dei me kan hjelpe best, og at me må «motstå fristelsen til å legge allmennmenneskelige problemer over på helsetjenesten og samfunnsproblemer over på individet» (10). Helsetenesta har si «Luksusfelle,» og prioritering er å skilje mellom «Må ha», «Bør ha» og «Kjekt å ha». Som Peer Gynt sa det: «Ja, tenke det; ønske det; ville det med; – men gjøre det; Nej, det skjønner jeg ikke!» (11).

Arbeidsvilkår. Stadig fleire legar ønskjer seg meir tid til privatliv. Likevel var det frå 2016–19 ein signifikant auke av andelen fastlegar som rapporterte meir enn 48 timars arbeidstid (12). Arbeidstakarar har eit avtaleverk om sosiale ordningar og rettar, som er kostnadsdrivande, men mykje meir finmaska enn lovkrava om forsvarleg praksis. Fastlegar flest er sjølvstendig næringsdrivande, som fell utanfor dette avtaleverket og slik blir billegare i drift.

Kommunale subsidiar. I 2021 brukte fire av fem kommunar 813 millioner kroner ekstra for å rekruttere og halde på fastlegar: meir enn dobbelt så mykje som i

2017 (13). Dette er utgifter som dagens inntektsmodell for kommunane ikkje fangar opp og som dei har dårleg råd til.

Vikarar kostar mykje, og femteparten av dei 300 vakansane står tome. Halvparten av vakansane er i små og perifere kommunar, som har tronge budsjett og tilsvarende vanskar med å finne pengar til ein rådyr vikar. Her er det seljar sin marknad. Nokre døme:

- Rødøy kommune (1139 innb.) har ikkje hatt fastlegar på mange år, men brukar to vikarar som leiger seg ut gjennom sine eigne firma. Dette kostar kommunen seks mill. kroner årleg (14).
- I Sykkylven kommune (7630 innb.) sa ein ung legevikar at «eg føler eg har vore på ferie». Vekeløna var over 50 000 kroner for 40 timar i veka, pluss litt overtid (15).
- Andøy kommune (4,570 innb.) hadde nyleg ledig ei full stilling med listelengde 650 innbyggjarar. To nye legar ville dele denne for ei årsløn på til saman 2,4 mill. kroner og i tillegg 30 prosent refusjon frå Helfo. Kommunen sa nei; Kravet var det doble av lønnsnivået for erfarne legar med full listelengde, og det ville vore billigare å leige inn vikarlegar, endå «nedsiden av vikarbyrå er dårlig kontinuitet og ofte lav kvalitet». (14).

Årsløn for ein vikar ser ut til å vere ca. 2,5 mill. kroner. Til samanlikning får statsminister og stortingspresident 1,94 mill. kroner årleg, men der er det bra tilgang på søkjarar.

Solidaritet og ansvar. Velferdssamfunnet omfordeler inntekter, slik at alle kommunar skal kunne gje jamgode tenester til innbyggjarane sine. Men riksdekkande gjennomsnittstal fortel ingenting om fordelinga av svikt, slik som kva for ein tredjepart av kommunane som ikkje har opne fastlegelister, eller kor dei 214 000 innbyggjarar utan fastlege bur. Staten har delegert ansvaret for helse- og omsorgstenester, grunnskular og barnehagar til kommunane, men det er framleis eit rikspolitisk ansvar at kommunar flest har pengar og personell nok til å oppfylle dei statlege målsetjingane.

TABELL 2. Fastlegeheimlar ved årsslutt 2023: prosentdelar utan fast lege eller med vikariat, etter sentralitet.

ENTRALITET	ALLE	1	2	3	4	5	6
Tal på kommunar	356	6	19	51	72	95	113
Utan fast lege	5	0,3	3	4	8	11	15
Fastlegar med vikar >50%	11	16	10	10	10	9	13
Fastlegar med vikar <50%	9	18	11	8	7	4	4

Merknad: gruppe 1 er dei mest sentrale kommunane, og gruppe 6 dei minst sentrale.



Desentralisering av driftsansvar er eit godt prinsipp, for det er kommunane som veit best kor skoen trykkjer. Men når skorne er for små, lommeboka er tom og plasterprisen er skyhøg: kva då? I England blei det sagt – bare halvvegs i spøk – om National Health Service: «In times of scarcity, centralize praise and desentralize blame» (16).

Dersom fastlegane skal få kortare arbeidsdag, trengs det fleire legar og/eller færre arbeidsoppgåver. Store og sentrale kommunar vil nok alltid rekruttere betre; med greiare tilgang til spesialisthelsetenesta, betre jobbtilgang for ektefelle/partnar, breiare sosiale tilbod, med vidare. Derfor trengs det også målretta tiltak for å få fleire fastlegar til problemkommunane, og det handlar om omfordeling av skattepengar. Kan staten toppfinansiere over eit visst nivå for å dekke vakansar, i tråd med finan-

sieringa for særleg ressurskrevande pasientar i enkeltkommunane?

Kommersielle allmennelegetilbod reklamerer med at dei «kan hjelpe deg med de fleste problemstillinger fastlegen kan hjelpe deg med» (4), men dei manglar den livsviktige kontinuiteten i tenesta. Etter internettreaklamen å døme liknar dei meir på eksklusive legevaktordningar i storkommunar med ung befolkning, med stabil og god inn-tening for eingongslegar. Dei vil gjerne vere supplement for offentlege helsetenester, og dette går nok rett til hjarta på sterktruande marknadsfolk. Faren for at dette skal bli ei parallell teneste ser eg som mykje mindre enn risikoen for at dei skal få offentleg finansiering i form av skattepengar, til fortrengsel for kommunale plikttenester.

Er ikkje svikten i fastlegeordninga også ein del av interesssemotsetnaden mellom sentralisme og utkant-Noreg?

TABELL 3. Fastlegar 2013–2023: listelengde, opne lister, lister utan fast lege og innbyggjarar utan fastlege.

	2013	2018	2022	2023
Gjennomsnittleg listelengde	1 150	1 097	1 036	1 005*
Prosentdel opne lister	41,8	32,1	12,9	12,9
Prosentdel lister utan fast lege	1,5	2,0	6,0	5,7
Prosentdel innbyggjarar utan fastlege	0,4	?	3,7	3,9*

* Henta frå referanse 6.

REFERANSAR

1. www.helsenorge.no/bytte-fastlege. Lese 23. mars, 10. juni, 26. september og 23. desember 2023.
2. Robberstad T.: «Fastlegeordninga: status presens 2021». Utposten nr 2/2022.
3. Robberstad T.: «Fastlegeordninga: status presens 2022». Utposten nr 1/2023.
4. booking.drdropin.no. Lese 15. februar 2024.
5. Forskrift 2012-08-29-842 om fastlegeordning i kommunene.
6. Helsedirektoratet: Handlingsplan for allmennelegetjenesten – månedsrapport januar 2024.
7. Oppfølging av Handlingsplan for allmennelegetjenesten 2020–2024. Statusrapport – 2. tertial 2022. Helsedirektoratet 1. november 2022.
8. «Kommuner: overkjørt og underfinansiert». Dagens Medisin nr 10/2019 s.4.
9. ssb.no/statistikkbanken:tabell13953.
10. Hofmann B.: «Diagnosegaloppen». Kronikk på nrk.no 22. januar 2024.
11. Ibsen H.: Peer Gynt, 3. akt.
12. Rostad J.: «Mange leger jobber mer enn før». Tidsskr nor Legeforen nr 12, 2023; 43, s 1073.
13. IPSOS og FØA. Variasjoner i finansiering av fastlegeordninga – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Oslo, juli 2022.
14. «Leger krevde skyhøy lønn, fikk blankt nei». Nr.no. Lese 14. januar 2024
15. «Vikarbyrå tilbyr danske legar over 200 000 i månaden». Nr.no 14. september 2022.
16. Førellesing på King's Fund, London, til klasse frå Nordiska Hälsovårdshögskolan. 1982.

'Life is a long story'

– reisebrev fra Malawi

■ TRUDE MARGRETE ARNESEN • Overlege, Folkehelseinstituttet

Ved Malawisjøen yrer det av aktivitet. De unge fiskerne gjør seg klare for å sitte natta gjennom på en uthulet trestamme med et lys i baugen for å lokke fisken til garnene. Når det er mye vind, går bare de modigste ut.

Denne helga hadde det vært mye vind i over en uke, og folk begynte å bli desperate. De fleste båtene forble på land, men ikke mannskapet på *Life is a long story*. Kvelden i forveien lastet den opp trestammer og fiskere og tøffet ut i natten.

Life is a long story – de tøffeste fiskerne ved Malawisjøen?

Ved dag gry så vi at den kom tilbake. På stranda var det allerede stor forventning og fullt folkeliv. Det så ut som det var flere kjøpere enn fisk til salgs. De sto på båten og bød over hverandre. Rundt fiskerne går livet så det suser; det er noen som selger saft, andre som vasker klær og mange unger som slår frydefullt salto. Det ser ut som et paradisi, men jeg er redd det også kan være det motsatte.

'Jeg har valgt å være lykkelig'

Refrenget i en populær sang i Malawi som heter *Kusangalala* går slik: «Det er problemer overalt, hele dagen er det bare problemer. Men jeg, jeg har valgt å være lykkelig».

Flere har tatt fram denne sangen når jeg spør hvordan de klarer å svelge unna det ene sjokket etter det andre. Noen mener den er en slags nasjonalsang fordi det sier så mye om hvordan folk her møter verden.

Folk er virkelig vennlige, blide, høflige, ler lett, og blir for eksempel mye mindre irriterte enn den altfor tette trafikken, de tomme magene, den høye temperaturen og de mange kløende parykkene skulle tilsi. Har noen et problem, stimler det folk til for å hjelpe.

Det virker som det må være en forbindelse mellom at folk her er så smertelig klar over at ting kan rase sammen i morgen, og at så mange klarer å velge å være lykkelige. I bønnene før og etter møtene



her, lister folk opp grunnene de har til å være takknemlige – inkludert at de kom levende fram til møtet. De tar det ikke for gitt, og legger gjerne til en bønn om at de mange som er forsinket til møtet også må komme trygt fram.

Mannen min og jeg har nå bodd her i Lilongwe i over et halvt år, og det er virkelig så mye å lære. Jeg vet nesten ikke hvor jeg skal begynne.

Søsterinstitutter

Vi er her som ledd i et langvarig samarbeide mellom folkehelseinstituttene i Malawi (PHIM) og Norge (FHI). I sin tid ble de to instituttene spleiset av den internasjonale foreningen for folkehelseinstitutter. Tanken er at de to instituttene, og fagfolkene som jobber der, vil kunne forstå hverandre og være til nytte for hverandre, tross at betingelsene man jobber under er ulike. De første besøkene ble gjort i 2007. Ifølge dr. Chilima, den forrige direktøren, som nettopp har skrevet historien om hvordan PHIM ble til, var støtten fra FHI viktig i tilblivelsen av instituttet (1).

Det er her kampen står

I kampen mellom mikrober og mennesker, er det naturlig at menneskeheten møter truslene der de er og forsterker forsvarsverkene der de er svakest.

De omtrent 70 ansatte ved PHIM har en svær oppgave. Etter covid-19, der de hadde en lignende rolle som FHI, har de hatt en sentral rolle i innsatsen i den ene samfunnsmedisinske katastrofen etter den andre. Året 2023 startet med en stor flom med



Besøk på jenteskole i Nkhotakhota.



Barn er oppfinnsomme – her er en hjemmelaget drage.

Middag hjemme hos oss med ledelsen for PHIM og delegasjon fra Global Fund.





Ferdigstilling av nasjonale retningslinjer for biosikkerhet – rett før Anthrax-utbrudd i nabolandet.



Mennesker og dyr lever nært.

Fotballinteressen er stor.



flere nabolag som ble tatt, og fortsatte med bekjempelsen av det største kolerautbruddet i Malawi noensinne.

WHO – og menneskeheten – har lenge hatt et håp om å utrydde polio, på samme måte som kopper ble erklært utryddet i 1980. Afrika hadde faktisk oppnådd status som poliofritt da vill-virus polio ble oppdaget hos et barn som ikke hadde vært utenfor Malawi.

PHIM og resten av det offentlige helsevesenet i Malawi gjorde en enorm innsats for å sikre god vaksinedekning og hindre videre spredning. De mange landsdekkende dør-til-dør-aksjonene gjorde de ikke bare på vegne av egen befolkning – alle mennesker vil tjene på det hvis vi kan utrydde polio, og det er her kampen står.

I tillegg har det vært tilfeller av mistenkt Marburgvirus-sykdom og antraks. De ansatte er trente til raskt å undersøke og eventuelt agere på slike mistanker. Det var en fantastisk timing i at vi rett før antraksutbruddet hadde hatt besøk av noen av våre fremste fagfolk fra FHI til å bistå ferdigstillingen av nasjonale retningslinjer for biosikkerhet. Men systemet er sårbart, og det kan ta en evighet å frembringe ressurser til for eksempel bensin og strøm. Da har det vært godt at vårt prosjekt har et fleksibelt budsjett, slik at vi har kunnet hjelpe samme kveld.

Det er også godt å se at det skjer mye på de andre feltene der vi bistår. Med hensyn til infeksjonsovervåking kommer nå det Globale Fondet tungt inn. Kanskje henger det sammen med noe av det vi har gjort, og i alle fall kan vi bistå. Doktorgradskandidaten har fått inn sin første artikkel, og det kan se ut som en ny spesialitet i samfunnsmedisin vil se dagens lys. Beredskapen på PHIM vil forbedres hvis vi får opp de solcellepanelene vi nå planlegger for, og det skal bli fint å få opp skilt som viser at man faktisk er kommet fram til det nasjonale folkehelseinstituttet.



Heldagsmøte for å ferdigstille læreplanen for en ny samfunnsmedisinsk spesialitet – samme dag som den malawiske kwacha'en er blitt devaluert med 44 prosent.

Primum non nocere

Selv om jeg er den eneste ikke-afrikaneren som sitter på PHIM, er FHI langt fra de eneste partnerne PHIM har. Det malawiske helsetesenet er i stor grad donor-finansiert.

Den største utfordringen i årets siste måneder var faktisk dessverre giverindusert. Situasjonen var i lange perioder at nesten alle på instituttet var bortreist på workshops. Arrangørene gir økonomisk kompensasjon for at folk skal komme, og folk har ikke råd til å la være. Selv om temaet for workshopene ofte er veldig bra og inn-satsen upåklagelig, er lengden og antallet deltakere så omfattende at det i perioder risikerer å paralisere de tjenestene de er der for å støtte.

Selv om dette problemet er gammelt og velkjent, var jeg overhodet ikke forberedt på omfanget. Det ble først synlig for meg når jeg selv satt på PHIM og så den kombinerte effekten. Direktøren ved instituttet var i perioder helt fortvilet fordi han ikke hadde folk til å gjøre oppgavene. Han kunne heller ikke beordre folk til å la være å dra, fordi de da i praksis ville miste halve inntekten sin. For min egen del har jeg flere ganger valgt å følge etter, for å få tak i folk i pausene.

For å redusere skadevirkningene av workshopene tror jeg at man på en eller annen måte må gjøre giverne ansvarlige for den offentlig betalte arbeidstiden som



går med på mottakersiden. I tillegg til økonomiske kostnader for arrangøren, må bruken av arbeidstid hos mottakeren synliggjøres.

Regnestykker som ikke går opp

Fra jeg som ungdom loffet rundt i Vest-Afrika, har jeg undret meg over alle regnestykkene som tilsynelatende ikke går opp. Hvordan klarer folk å livnære seg på det lille de tjener, for ikke å snakke om å sende barna på skolen? Hvordan klarer folk som bor i en stråhytte å komme ut av den med nystrokkne klær? Og når tørketida går mot slutten og det er lenge siden siste avling, hvordan blir det nok kalorier til at de fattigste ikke ser helt utsultet ut?

Tilsvarende med hensyn til fisk fra Malawisjøen – hvordan blir det noe til overs i alle leddene? Først oppkjøperne, så de som tørker fisken, så de som frakter den nærmere hovedstaden, og deretter de mange som står langs rekker av bord og selger sølvglinsende, tørket *usipa* og *kapenta* (småfisk) hele

veien inn mot Lilongwe. Og det er knapt en kjøper å se.

Rett før jul ble den lokale valutaen, den malawiske kwacha'en, devaluert med 44 prosent. Bensinpriser og alle importvarer har økt tilsvarende. Dette skjedde over natta. Folk som så vidt klarte å kjøpe (importert) gjødsel forrige måned, har nå plutselig fått svært mye mindre å kjøpe for. Kollegene mine her på PHIM, som i høyeste grad ble personlig rammet av dette, fikk vite det samme morgen som et heldagsmøte vi hadde planlagt lenge om den nye samfunnsmedisinske spesialiteten. I praksis betyr det nesten en halvering av deres kjøpekraft. En slik hendelse ville nok påvirket agendaen på et møte i Norge, og det må jo ha kokt under overflaten. Men her takket folk alvorlig og oppriktig for at de kunne være til stede i dag – ikke alle kunne det. Sånn er det også mulig å velge å ta det!

REFERANSER

1. <https://phim.health.gov.mw/>.

■ TRUDEMARGRETE.ARNESEN@FHI.NO

Fint på workshop ved lake'en. Her er jeg med gode kolleger fra instituttet. Bare så synd at workshopene er så mange og lange at instituttet tømmes for fagfolk.



Er du i risikogruppen for lav pensjon?

Tilstand: Manglende pensjonssparing.

Smittefare: Smitter lett blant privatpraktiserende leger.

Symptomer: Få til ingen symptomer før pensjonsalder. Ved pensjonsalder får smittede en kraftig reduksjon i inntekt.

Forebyggende behandling: Legeforetakenes pensjonsordning i Storebrand. Behandlingen lar deg spare inntil 7 % av inntekt opptil 12G – og få skattefordel på pengene. Dette er også den eneste behandlingen som ikke gir avkortning i sykeavbruddsforsikringen for leger.

Les mer og bestill behandling



Vil forske mer på minoritets doktorgrad på jernmangel

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

– Tanken på forskning er faktisk mer inspirerende i dag enn da jeg satt nedtyngt av arbeid og tenkte at jeg aldri ville bli ferdig med doktorgraden min, sier fastlege Marthe-Lise Næss-Andresen. Studien hennes avdekket opptil 4,4 ganger høyere risiko for jernmangel hos gravide minoritetskvinner, sammenlignet med vestlige kvinner.

Pandemien ble en brems for forskningen hennes, men 30. januar i år disputerte Marthe-Lise Næss-Andresen med en avhandling om jernmangel og anemi under svangerskap og barsel i en multietnisk befolkning. Alle de tre publiserte studiene som inngår i doktorgradsarbeidet, har data fra prosjektet STORK Groruddalen (SE FAKTABOKS).

Bydelen Groruddalen i Oslo har en multietnisk befolkning. I den første studien fant hun en betydelig høyere forekomst av jernmangel og anemi blant minoritetskvinnene, særlig blant kvinner med bak-

grunn fra Sør-Asia, Midtøsten og afrikanske land sør for Sahara.

– Vi fant at gravide minoritetskvinner har opptil 4,4 ganger høyere sannsynlighet for jernmangel enn vestlige kvinner. Konsekvensene av ikke å fange opp kvinner med jernmangel og anemi kan bli alvorlige, som økt risiko for en for tidlig fødsel, lav fødselsvekt hos barnet eller post partumblødning hos mor. Informasjon må tilrettelegges slik at også minoritetskvinner forstår budskapet, og kanskje trenger de litt ekstra oppfølging, sier Marthe-Lise Næss-

Andresen, som er fastlege ved Vette legeklinikk i Asker.

Forskjellen mellom innvandrerkvinner og vestlige kvinner var signifikant også etter at det ble korrigert for alder, paritet, sosioøkonomiske forhold, kosthold, blødning under fødsel, inntak av jerntilskudd og grad av integrasjon.

Drøyt seks av ti fulgte råd om tilskudd

Også andre studier har funnet høyere risiko for jernmangel hos innvandrerkvinner. Det som skiller den norske undersøkelsen fra tidligere studier, er at jernstatus ble målt ved både hemoglobin og tre andre markører: S-ferritin (jernlager), transferinreseptor (sTfR) og total body iron. Jernmangel varierte betydelig ut ifra målemetode. Det var ikke mulig å si hvilken metode som er best egnet, og jernmangel kunne forekomme selv om hemoglobinni-

FAKTA OM STORK GRORUDDALEN

- STORK Groruddalen er en befolkningsbasert kohortundersøkelse som blant annet har data fra nær 800 friske, gravide som gikk til svangerskapskontroll ved helsestasjoner i bydelene Bjerke, Stovner og Grorud i Oslo.
- Nesten 60 prosent tilhører en etnisk minoritetsgruppe
- Kvinnene kom fra 65 ulike land, og 14 prosent av immigrantene hadde bodd under ett år i Norge før graviditeten.
- Dataene er innhentet i perioden 2008-2010.
- Kvinnene ble undersøkt omkring svangerskapsuke 14, midtveis i svangerskapet og 14 uker etter fødsel.
- I STORK Groruddalen er all informasjon oversatt til åtte språk. De som trenger det, har fått tolk, og det er også analfabeter blant kvinnene i studien.
- Cirka 20 prosent av de gravide anga norsk-kunnskapene sine som svake, og omtrent like mange trengte tolk.



– Det er lite kunnskap om migrasjonshelse, og mye av kunnskapen er fra små studier, mener Marthe-Lise Næss-Andresen.

FOTO: RACHILD ELVES/KOLONIHAVEN STUDIO

helse etter hos gravide



– Konsekvensene av ikke å fange opp kvinner med jernmangel og anemi kan bli alvorlige. Informasjon må tilrettelegges slik at også minoritetskvinner forstår budskapet, og kanskje trenger de litt ekstra oppfølging, sier fastlege og forsker Marthe-Lise Næss Andresen. FOTO: LISBETH NILSEN

vået var normalt, spesielt hos minoritetskvinner.

Da studien pågikk, var det ingen anbefaling om å måle hemoglobin og ferritin tidlig i svangerskapet, eller om å gi råd om jerntilskudd. I dag er dette inne i nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorg.

I den andre publiserte artikkelen var temaet jernstatus 14 uker etter fødsel. Det var ikke så store forskjeller mellom gruppene når det gjaldt jernmangel. Men til forskernes overraskelse hadde flere innvandrerkvinner enn vestlige kvinner anemi post partum – med opptil nesten tre ganger så stor forekomst.

Den tredje studien undersøkte om de som fikk råd om jerntilskudd, hvorav de fleste var minoritetskvinner, tok tilskudd litt over halvveis i svangerskapet. Nesten to tredjedeler (65 prosent) svarte «ja» på spørsmål om de hadde tatt jerntilskudd siste 14 dager.

– Tallene våre viser at compliance er så som så, og her har vi fastleger et forbe-

dringspotensial. Vi må sørge for at den informasjonen vi gir blir forstått. Kan hende er det ikke nok å anbefale tilskudd, men også forklare hvordan bivirkningene av jerntilskudd kan unngås og hvilken mat og drikke som hemmer opptaket av jern, mener fastlegeforskeren.

Måtte prioritere klinikken

Hele tiden mens hun forsket, jobbet hun tre dager i uken som fastlege med full pasientliste. Doktorarbeidet hennes, som er støttet av Allmenntilleggsforskning, tok lengre tid å få fullført enn planlagt.

– Det yngste barnet mitt var to år da jeg begynte på doktorarbeidet mitt, og var 12 da jeg disputerte. Da pandemien kom ble det mye jobb på oss fastleger, så klinikken ble prioritert, og jeg måtte ta permisjon fra forskningen. Mannen min er sykehuslege, og ingen av oss voksne var hjemme da de tre barna våre hadde hjemmeskole. Barna

synes det var greit, selv om vi voksne opplevde situasjonen som lite tilfredsstillende.

Sommeren og høsten 2020 skulle Marthe-Lise Næss-Andresen ha presentert forskningen sin på WONCAs europeiske kongress og på verdenskongressen. Men, pandemien satt en stopper for det.

– Jeg la frem resultater på en digital WONCA-kongress og hadde to tilhørere! Det blir ikke helt det samme med digitale konferanser.

USA og prestisjefyllt publisering

Fra 2015 til 2018 var hun student på Nasjonal forskerskole i allmenntilleggsforskning (NAFALM). Den gang hadde NAFALM midler til utenlandsopphold, og Marthe-Lise og familien tilbrakte tre måneder i 2018 i San Diego.

– Mannen min, som er urolog, fikk overlegepermisjon, og barna på seks, ni og tolv år gikk på en privatskole i San Diego. Det



Under forskeroppholdet i USA jobbet hun med den første artikkelen, men hadde også tid til å surfe.

FOTO: PRIVAT

var en fantastisk mulighet. Jeg slapp å gå ut og inn av klinikken, fikk egentid til å skrive og hadde en kjempeprogresjon.

I tre måneder var hun – og mannen – tilknyttet University of California, San Diego.

– Jeg jobbet med den første artikkelen min og hadde korte, intense dager. To av forskerne jeg jobbet mye med var hematologer, John W. Adamson og Annette Von Drygalski. John kjente godt til James D. Cook, som har jobbet mye med jernmangel og som jeg har referert til i forskningen min. Annette hadde jobbet mye i Afrika. Det ble mange gode diskusjoner og møter. Amerikanerne gjør at du føler deg veldig velkommen, og gir følelsen av at det du gjør er interessant.

Den første studien ble publisert i et høyt rangert tidsskrift i 2019.

– Det var imponerende at vi fikk inn den første artikkelen i *American Journal of Clinical Nutrition*, og jeg er veldig stolt av det.

Vil forske mer

Prøveforelesningen hennes handlet om utfordringer knyttet til ernæringsmangeltilstander i en multietnisk populasjon i Norge.

– Dette var et interessant tema og har gitt meg lyst til å forske mer på mangeltilstander og sårbare grupper. Jeg kan fortsette på STORK 2, der de samme kvinnene fra STORK 1 følges videre, og hvor forskerne blant annet skal se på utvikling av diabetes og hjerte- og karsykdom. Og – så synes jeg det hadde vært kjempemorsomt å veilede noen.

Hun berømmer alle ressurspersonene ved Universitetet i Oslo og «den utrolig fine forskningsgruppen» i STORK Groruddalen.

– Det er lite kunnskap om migrasjons-helse, og mye av kunnskapen er fra små studier. I Norge har STORK Groruddalen bidratt med flere studier, og Anne Karen Jenum, Kåre Birkeland og Line Sletner har gjort en kjempejobb i forbindelse med det-



Marthe-Lise under disputasen ved Universitetet i Oslo 30. januar i år.

FOTO: PRIVAT



Som NAFALM-elev hadde Marthe-Lise et tre måneders USA-forskeropphold i 2018 ved University of California i San Diego. FOTO: PRIVAT

te prosjektet. Jeg har lært masse i løpet av disse årene. I dag sitter jeg med mye kunnskap på området, og jeg har lyst til å ta det videre. Faktisk er tanken på forskning mer inspirerende i dag enn da jeg satt nedtyngt av arbeid og tenkte at jeg aldri ville bli ferdig med doktorgraden min. Det hadde også vært veldig interessant å jobbe mer ute i felt med de som er gode på minoritets-helse. En doktorgrad åpner mange dører, så jeg får se hvor jeg ender. Akkurat nå er det godt å hvile litt.

Dette er de tre studiene i doktoravhandlingen til fastlege Marthe-Lise Næss-Andressen:

- American Journal of Clinical Nutrition 2019 Mar 1;109(3):566-575. doi: 10.1093/ajcn/nqy366. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30831600/>
- Journal of Nutritional Science 2022 Jun 13;11:e46. doi: 10.1017/jns.2022.45. eCollection 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35754987/>
- BMC Pregnancy Childbirth. 2023 May 13;23(1):350. doi: 10.1186/s12884-023-05668-5.

■ BETHNIL17@GMAIL.COM

Sitter du inne med et kvalitetsforbedringsprosjekt du ønsker støtte til?

■ LARS NORD HOLMER • Rådgiver, Medisinsk fagavdeling, Den norske legeforening

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Kvalitetsfondet) deler hvert år ut penger til kvalitetsprosjekter i helse-tjenesten. Fondets formål er å bidra til et systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet.

I 2023 delte fondet ut over 12 millioner kroner, fordelt på over 40 ulike prosjekter. Av pengene som fondet tildeler, skal 60 prosent gis til prosjekter i primærhelsetjenesten. I tillegg fikk Kvalitetsfondet i 2023 en engangsbevilgning på fem millioner fra Helse- og omsorgsdepartementet, som er øremerket primærhelsetjenesten.

Ingen prosjekter er for store og ingen for små; fondet støtter både korte, små enkeltprosjekter og større, flerårige prosjekter. Et eksempel er «Fastlegeverdagen». Dette var et prosjekt som hadde som formål å beskrive hva typiske fastlegeoppgaver består av, og hva pasientene kan forvente seg når de møter fastlegen. Prosjektet startet våren 2021 og resulterte i boken *Sånn tenker fastlegen din*. Boken er basert på tegneseriestripen *Fargegata legesenter*, som du kanskje har lest på fastlegen.no, og har et humoristisk skråblikk på alt som skjer på et fastlegekontor (1). Et litt større prosjekt Kvalitetsfondet har støttet siden 2020 er rettet mot å forbedre behandlingsmulighetene for fastleger og andre som arbeider med muskel- og skjelettplager. Prosjektet har utviklet enkle og tilgjengelige øvelsesprogrammer for pasientene. Målet er å legge grunnlaget for kvalitetssikret behandling for pasientene tidlig i behandlingsforløpet.

Et siste eksempel er et samhandlingsprosjekt mellom Norsk psykiatrisk forening

og Norsk forening for allmennmedisin. Med støtte fra Kvalitetsfondet fikk de mulighet til å lage korte informasjonsfilmer om blant annet henvisning til psykisk helsevern og vurdering av samtykkekompetanse. Dette er oppgaver som kan være krevende for fastleger. I samarbeid har foreningene laget filmer til bruk i opplæring. Informasjonsfilmene har blitt delt på NPF og NFA sine sider, samt blitt vist på faglandsrådsmøtene i 2022 og 2023 (2).

Det er et stort spenn i hvilke typer prosjekter man kan søke om støtte til. Du finner flere eksempler på fondets hjemmesider – noen av dem kan kanskje være til nytte i din praksis (3)? I vedtektene til fondet er det seks punkter som fondsutvalget vurderer søknadene etter, se faktaboks 1. Punktene er ganske vide, så det er i prinsippet kun kreativiteten som setter grenser for hva man kan søke om. Det viktigste kriteriet er at det skal knyttes opp til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er imidlertid et par ekskluderende punkter, oppsummert i faktaboks 2.

Det er søknadsfrist to ganger i året, og neste frist er 1. okt. 2024. For å søke går man inn på Kvalitetsfondet sine sider (www.bit.ly/fkps19) og fyller ut det digitale søknadskjemaet. Søknaden må inneholde en beskrivelse av prosjektet, formålet, budsjett og prosjektperioden man søker for. En pro-

sjektperiode kan vare i inntil 12 måneder, og man kan få tilskudd til prosjekter i inntil tre år. Det er ingen begrensning på hvor mye eller hvor lite støtte man kan søke, men ved større prosjekter teller det positivt om man også har fått finansiering fra andre kilder. Fondet kan bevilge til samme prosjekt for inntil tre år, men vedtakene gjelder for ett år av gangen. Det er med andre ord ingen garanti for at et og samme prosjekt får bevilgning i tre år til sammen.

For at søknaden skal bli god, må det komme tydelig fram hvordan prosjektet knyttes opp til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det er også lurt å få frem hva generaliseringsverdien av prosjektet er. Prosjektbeskrivelsen bør inkludere klare mål for prosjektet. Søknaden må inneholde en beskrivelse av metoden eller tilnærmingen som skal benyttes for å gjennomføre prosjektet. Dette inkluderer også en beskrivelse av aktiviteter, tidsrammer, milepæler og ansvar for ulike deler av prosjektet.

Avslutningsvis må en budsjettoversikt skisseres, som viser kostnadene forbundet med prosjektet. Dette kan inkludere for eksempel lønn, materialer, reiseutgifter i forbindelse med konferanser og produksjonskostnader. Det viktigste kjennetegnet for en god søknad er at det er tydelig for fondsutvalget hva hensikten med prosjektet er, og hvordan det skal gjennomføres.

Mye av Kvalitetsfondets midler er altså øremerket primærhelsetjenesten, men mange av søknadene kommer fra spesialisthelsetjenesten. Du oppfordres derfor til å søke, dersom du sitter inne med et kvalitetsforbedring- eller pasientsikkerhetsprosjekt! ■

REFERANSER

1. Roksund G. Fargerikt og informativt om fastlegen. Tidsskr Nor Legeforen 2022 Vol. 142. doi: 10.4045/tidsskr.22.0224.
2. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norskiatrykiatri/utdanning/filmpremiere-pa-faglandsradsmotet/>
3. <https://www.legeforeningen.no/fag/kvalitet-og-pasientsikkerhet/ferdige-prosjekter/>.

QR-kode for filmene til Norsk psykiatrisk forening og Norsk forening for allmennmedisin



FAKTABOKS 2:

Hva fondet ikke støtter

1. Ting som ikke har nytteverdi utover eget kontor, for eksempel oppussing eller innkjøp av utstyr.
2. Kommersiell virksomhet, eller prosjekter som er knyttet til industrien.
3. Prosjekter der forskning er hovedformålet støttes vanligvis ikke.
4. Prosjekter som går på kvalitet i utdanningen, eller som faller inn under kommunenes ansvarsområder.

FAKTABOKS 1: Fondet gir tilskudd til hel eller delvis dekning av utgifter forbundet med

1. Utredning, utvikling og evaluering av metoder for kvalitetsvurdering, kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den daglige drift.
2. Kompetanseheving innenfor forbedringskunnskap, herunder system- og prosessveiledning.
3. Utprøve og forbedre metoder og teknikker i konsultasjonen, veiledning av og samarbeid med andre grupper og helseopplysning med mer.
4. Utprøve og forbedre metoder for læring og vedlikehold av praktiske ferdigheter.
5. Utarbeiding av veiledere innenfor det medisinske fagområdet.
6. Prosjekter initiert av Legeforeningens organisasjonsledd som skal bedre kvalitet og pasientsikkerhet i de medisinske tjenestene.

AMFF: Han var den første sti

■ LISBETH NILSEN • *Frilansjournalist*

Fastlege Knut-Arne Wensaas ble den første stipendiaten som i 2011 tok en doktorgrad med forskningsmidler fra Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF). Siden den første stipendtildeingen, har 64 andre AMFF-forskere disputert.

I 2008 ble det første stipendet fra Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) tildelt. Fondet skulle bidra til mer forskning innen allmennmedisin, på allmennmedisins premisser. Siden da har alt 121 forskere fått stipend. Den samlede tildelingen har vært på 221 millioner kroner.

Stipendmidlene kan bare tildeles doktorgradsprosjekter. Per mars i år holder 31 AMFF-stipendiater på med en doktorgrad, og 65 har disputert. Bare 17 av stipendiatene har avsluttet prosjektet uten disputas.

Fra egen praksis

Fastlege i Bergen Knut-Arne Wensaas fikk stipend det første året forskningsmidlene ble tildelt, og han ble den aller første AMFF-stipendiaten som disputerte. I lik-

het med mange andre av stipendiatene, startet forskningen med erfaringer fra egen praksis.

– Høsten 2004 fikk jeg flere pasienter med diaré, blant dem en gravid kvinne i slutten av svangerskapet. Hun ble innlagt på sykehus, og overlegen på Kvinneklubben trodde ikke dette var norovirus. Han tok avføringsprøve som han mikroskoperte selv. Fant han noe som svømte, ville han sende prøven til parasittlaboratoriet, hvis ikke måtte de undersøke for bakterier. Det svømte, og de fant parasitten *Giardia lamblia*, forteller Wensaas.

Pasienten var den første som fikk påvist *Giardia*-infeksjon i det som viste seg å være et stort utbrudd. Det er anslått at mer enn 5.000 ble syke på grunn av en forurenset drikkevannskilde.

Fastlegene i forkant

– Etter dette tok vi prøver hver gang vi hadde pasienter med diaré, og vi fikk napp på flere. Jeg var i kontakt med smittevernkontoret flere ganger, men det tok et par uker før de skjønnte at det var et lokalt utbrudd. På fastlegekontoret opplevde vi å være i forkant, både i diagnostikk og med erfaringer om hvordan det gikk med pasientene. Likevel var hovedfokus på legevakt og sykehus, og det motiverte meg for å skrive om utbruddet fra fastlegenes ståsted. Guri Rørtveit, som var ung forsker på den tida, ville veilede meg.

Slik startet forskningen som endte med en disputas 25. november 2011. Wensaas var med i en større forskergruppe med både allmennleger og sykehusleger, og ytterligere fire leger i gruppa har tatt doktorgrad på data fra *Giardia*-utbruddet. Et av de viktigste funnene er at *Giardia*-infeksjon kan føre til langvarige plager som kronisk utmattelse og irritabel tarm syndrom.

– AMFF-stipendet var en anerkjennelse og ga forutsigbar økonomi. Jeg var tilknyttet AFE, Allmennmedisinsk forskningsen-

Fra Knut-Arne Wensaas sin disputas 25. november 2011 med bedømmelseskomiteen og disputasleder. Fra venstre: Grethe Tell (UiB), Mette Brekke (UiO), doktoranden, Anne Kjersti Daltveit (UiB) og Robin Spiller (University of Newcastle). FOTO: PRIVAT



stipendiaten som disputerte



– AMFF-stipendet var en anerkjennelse og ga forutsigbar økonomi, sier Bergen-fastlege og forsker Knut-Arne Wensaas. FOTO: HENRIETTE RYGG NILSEN

het, i Bergen. Kombinasjonen AFE og AMFF ga gode rammer som passet perfekt for meg, sier Wensaas, som jobbet som fastlege mens han holdt på med doktoravhandlingen.

Etter disputasen har han fortsatt å jobbe med utbruddsforskning. Han har en deltidsstilling som seniorforsker ved AFE Bergen og er også engasjert internasjonalt i forskning på kronisk utmattelse etter infeksjon.

Færrest fra NTNU

I likhet med Knut-Arne Wensaas, jobber flertallet av stipendiatene som fastleger parallelt med forskningen. De fleste bruker mer enn fem år på doktorgraden. 55 av de 121 stipendiatene har vært tilknyttet Universitetet i Oslo, 39 ved Universitetet i Bergen, 17 ved Universitetet i Tromsø og 10 ved NTNU. Nesten 60 prosent av stipendiatene er kvinner.

Ståle O. Sagabråten, har vært leder av Fagrådet i AMFF fra starten og frem til i år.

– Rollen min som kliniker var å se om prosjektene var relevante for faget vårt, og det har de vært. Det er gledelig at AMFF har en overvekt av kvinnelige stipendiat, for over halvparten av fastlegene er nå kvinner, og mer enn halvparten av pasientene våre

er kvinner, sier Sagabråten, som er mangeårig fastlege i Nesbyen og har vært medlem i regjeringens Kvinnehelseutvalg.

Mye legevakt og kvinnehelse

Han forteller at tidligere var det vanlig at Fagrådet ga råd til forskerne og veilederne om hvordan prosjektet kunne forbedres for å være kvalifisert til å få midler. I dag er søknadene mer ferdige doktorgradsprotokoller. Også metodene har endret seg i løpet av årene.

– Forskerne har gått fra å benytte én metode til å kombinere både kvalitative og kvantitative studier. Dette viser også egenarten ved faget vårt: Allmenntilleggsmedisin kan ikke bare telles, men også innholdet i faget vårt og kommunikasjon er vesentlig.

Nesten ett av fem AMFF-prosjekter er innenfor legevakt-området. Deretter følger kvinnehelse og geriatri. Nesten en tredel av prosjektene er i kategorien generell helse, folkehelse og helsetjenesteforskning og mange innen psykisk helse.

Sagabråten, som også er leder av Fagstyret i Legeforeningen, mener AMFF-prosjektene har tematikk som det ellers ikke er forsket mye på.

– Dette gjelder for eksempel MUPS, hvor blant andre Cathrine Abrahamsen har le-

AMFF – TALL OG FAKTA

- Allmenntilleggsmedisinsk forskningsfond (AMFF), som ble grunnlagt i 2007, gir støtte til doktorgradsprojekter innen allmenntilleggsmedisin.
- I perioden 2008–2023 er det tildelt 221 mill. stipendtkroner til i alt 121 forskere.
- Per 1. mars 2024 har 65 AMFF-stipendiatere disputert, og 31 holder på med en doktorgrad.
- Årlig tildeles i gjennomsnittlig 13,8 millioner kroner, fordelt på 28 stipend.
- Hvert år får i gjennomsnitt 5,8 nye stipendiatere stipend.
- Stipend utlyses to ganger i året, og hver stipendmottaker kan søke om midler for samlet opptil 36 måneder.
- Neste søknadsfrist for AMFF-stipend er 15. september 2024.

KILDE: ALLMENNTILLEGGSMEDISINSK FORSKNINGSFOND VI/JON ØRSTAVIK

vert etterspurt kunnskap gjennom forskning på sitt egenutviklede samtaleverktøy, sier Sagabråten.

Han mener det trengs mer kunnskap om kvinner midt i livet som blir borte fra jobb.

– Her er allerede AMFF-stipendiat Marianne Natvik i gang med arbeid om overgangsalderen.

Bekymret for økonomien

Manglende finansiering av allmenntilleggsmedisinsk forskning er hans største bekymring.

– Myndighetene må på banen og bevilge mer penger. Satsene for forskerne går opp hvert år, men midlene til fondet har ikke økt i samme grad. Min bekymring er at man ikke har klart å styrke økonomien til en forskningskanal som har klart å levere det man har ønsket: Forskning i allmenntilleggsmedisin på allmenntilleggsmedisinens premisser, sier Ståle O. Sagabråten.

I 2020 var det bare nye prosjekter som fikk AMFF-midler. Høsten i fjor ble det for første gang ikke tildelt midler til nye prosjekter på grunn av svak økonomi i fondet. Ifølge Jon Ørstavik, som er sekretariatsleder i AMFF, er situasjonen bedre i år, og fondet vil kunne ta inn nye prosjekter igjen i 2024.

Øyedråper mot allergisk konjunktivitt hos kontakt

■ CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN • Overlege, spes. klinisk farmakologi og allmennmedisin, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

■ INGUNN MARIE RANDULFF NIELSEN • Lege, spesialrådgiver, RELIS Sør-Øst, Avdeling for farmakologi, Oslo universitetssykehus HF

Mange kontaktlinsebrukere opplever svie og ubehag ved drypping med øyedråper mot allergi. Bør slike øyedråper unngås ved allergisk konjunktivitt hos kontaktlinsebrukere? Hvilke øyedråper mot allergi er eventuelt egnet for kontaktlinsebrukere?

Ved allergisk konjunktivitt kan det som lokalbehandling benyttes øyedråper i form av antihistamin (histamin H1-antagonister) eller mastcellestabilisator (kromoglikat) (1, 2). Hos kontaktlinsebrukere kan øyedråpene forårsake lokal irritasjon og avleires i linsene. Dette skyldes konserveringsmiddelet benzalkoniumklorid (3).

Antihistaminer

Antihistaminene emedastin (Emadine), ketotifen (Zaditen), levokabastin (Livostin) og olopatadin (Opatanol, Toreadin) er godkjente i Norge for bruk mot allergisk konjunktivitt. Antihistaminer virker hovedsakelig ved at de binder seg til H₁-reseptorer og blokkerer disse for histamin, som er frisatt som ledd i en allergisk reaksjon (1). Enkelte antihistaminer, som ketotifen (Zaditen) og olopatadin (Opatanol, Toreadin), har også en viss mastcellestabiliserende virkning (4).

Antihistaminene virker etter få minutter, men full forebyggende effekt kan ventes etter to ukers bruk (5). Anbefalt dosering er oftest to ganger daglig for antihistaminer. Dosen kan økes til fire ganger daglig ved behov (6).

Kombinasjoner med antihistamin og adrenergikum, som antazolin+tetryzolin (Spersallerg), kan brukes som akuttbehandling. Kombinasjonen skal ikke brukes i mer enn fjorten dager. Årsaken til at

bruken bør begrenses er risiko for tilbakevendende hyperemi og toksisk follikulær konjunktivitt ved langvarig bruk av antazolin+tetryzolin (Spersallerg) (2).

Mastcellestabilisatorer

Mastcellestabilisatoren kromoglikat er godkjent for bruk i Norge, og finnes som øyedråper i form av preparatene Lecrolyn sine og Lomudal. Nedokromil er også en mastcellestabilisator, men er ikke godkjent i Norge. Kromoglikat forhindrer degranulering av mastcellen og reduserer dermed frigjøring av histamin og andre inflammasjonsfremkallende substanser. Videre hemmes aktivering og frigjøring av mediatorsubstanser fra eosinofile celler. Virkningsmekanismen er ikke fullt ut forstått (7, 8).

Best resultat oppnås hvis kromoglikat tas før eksponering for allergener. Start av behandling ved eksisterende symptomer vil gi symptomlindring etter fem til fjorten dager, i motsetning til ved bruk av antihistaminer, der man forventer umiddelbar effekt (5). Ved bruk av kromoglikat 20 mg/ml dråpeflaske (Lomudal) er anbefalt dosering fire ganger daglig (8). Kromoglikat 40 mg/ml endosebeholdere (Lomudal) eller dråpeflaske (Lecrolyn sine) anbefales dosert to ganger daglig, dersom ikke allergeneksponeringen tilsier behov for inntil fire ganger daglig (7, 8).

Benzalkoniumklorid

Mange øyedråper mot allergi inneholder konserveringsmiddelet benzalkoniumklorid som et av hjelpestoffene. Det har anti-septiske og desinfiserende egenskaper (9).

Benzalkoniumklorid er rapportert å kunne forårsake øyeirritasjon, symptomer på tørre øyne og kan påvirke tårefilmen og hornhinnen. Benzalkoniumklorid er et av de oftalmologiske hjelpestoffene som virker

mest nedbrytende på stabiliteten av lipidfilmen og epitelmembranene i hornhinnen. Benzalkoniumklorid skal derfor brukes med forsiktighet hos pasienter med tørre øyne og til pasienter der det er risiko for sykdom i eller svekkelse av hornhinnen. Pasienter bør følges opp regelmessig ved langvarig bruk (6, 9).

Misfarging av kontaktlinser

I tillegg kan benzalkoniumklorid misfarge myke kontaktlinser. Preparatomtalene angir at benzalkoniumklorid kan absorberes av myke kontaktlinser og føre til at fargen på kontaktlinsene endres (6, 8). Dersom en kontaktlinsebruker anvender øyedråper som inneholder dette konserveringsmiddelet, bør kontaktlinsene fjernes før applisering og ikke gjeninnsettes før tidligst 15 minutter etter drypping (6, 9, 10).

Dråpeflasker

Dråpeflaskene til de markedsførte antihistaminene emedastin (Emadine), ketotifen (Zaditen), levokabastin (Livostin), olopatadin (Opatanol, Toreadin) og antazolin+tetryzolin (Spersallerg), inneholder alle konserveringsmiddelet benzalkoniumklorid (6, 10–13). Disse øyedråpene bør derfor unngås hos kontaktlinsebrukere på grunn av risiko for øyeirritasjon og misfarging av linsene. Dråpeflasken med salgsnavn Lomudal inneholder også benzalkoniumklorid (8).

Dråpeflasken til mastcellestabilisatoren kromoglikat med salgsnavnet Lecrolyn sine er ikke tilsatt benzalkoniumklorid. I den godkjente norske preparatomtalen (SPC) er det angitt at Lecrolyn sine kan brukes sammen med kontaktlinser (7).

Endosebeholdere

Endosebeholdere inneholder ikke konserveringsmidler som benzalkoniumklorid og vil

linsebrukere



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

derfor være å foretrekke for kontaktlinsebrukere, sammen med dråpeflasken Lecrolyn sine. Blant øyedråper mot allergi i endosebeholdere er følgende for salg på det norske markedet: Emedastin (Emadine), ketotifen (Zaditen), antazolin-tetryzolin (Spersallerg) og kromoglikat (Lomudal).

Bærekraftig valg

Det kan nevnes at dråpeflasken med kromoglikat uten benzalkoniumklorid (Lecrolyn sine) sine vil være det mest miljøvennlige valget for kontaktlinsebrukere, da bruk av endosebeholdere vil medføre større mengder plastavfall. Endosebeholderen skal kastes etter applikasjon, selv om den ikke er tom (8).

Oppsummering

Benzalkoniumklorid finnes i de fleste øyedråper mot allergisk konjunktivitt. Øyedråper med benzalkoniumklorid bør unngås

hos kontaktlinsebrukere. Endosebeholdere og dråpeflasken med kromoglikat og salgsnavn Lecrolyn sine inneholder ikke konserveringsmidler, og vil være å foretrekke for kontaktlinsebrukere. Dråpeflasken Lecrolyn sine vil være det mest miljøvennlige valget for kontaktlinsebrukere, da bruk av endosebeholdere vil medføre større mengder plastavfall.

REFERANSER

1. Castillo M, Scott NW et al. Topical antihistamines and mast cell stabilisers for treating seasonal and perennial allergic conjunctivitis. Cochrane Database Syst Rev. 2015; 2015(6): CD009566.
2. Norsk legemiddelhåndbok. Allergisk konjunktivitt. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 22. november 2020).
3. Norsk legemiddelhåndbok. Levokabastin. <https://www.legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 21. februar 2018).
4. Nørregaard JC. Antiallergika til øjnene. Medicin.dk. <https://pro.medicin.dk/> (Sist oppdatert: 8. september 2021).

5. Hamrah P. Allergic conjunctivitis: Management. Version 28.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 21. januar 2023).
6. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Livostin. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 27. oktober 2020).
7. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Lecrolyn sine. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 23. april 2021).
8. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Lomudal. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 30. november 2023).
9. RELIS database 2023; spm.nr. 16293, RELIS Sør-Øst. (www.relis.no).
10. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Zaditen. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 8. juli 2020).
11. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Emadine. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 10. juli 2023).
12. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Opatanol. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 24. august 2022).
13. Direktoratet for medisinske produkter. Preparatomtale (SPC) Spersallerg. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 15. januar 2019).

■ CHRISTINE.LINDEBO.BANDLIEN@STOLAV.NO

Utposten presenterer de allmennmedisinske forskningsenhetene (AFE) i denne og de neste utgavene. Først ut i vår presentasjonsrunde er **AFE Trondheim**.

Hver universitetsby med medisinstudium i Norge har en Allmennmedisinsk forskningsenhet. AFE-ene ble etablert i 2006, eksterntfinansiert fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) gjennom det årlige statsbudsjettet.

Hvorfor finansierer HOD de fire AFE-ene? Allmennelegetjenesten/ fastlegehelsetjenesten er helsevesenets største arena for diagnostikk, behandling og oppfølging av individuelle pasienter. Den er i hovedsak statlig finansiert, men er et kommunalt ansvar. Kommunene har imidlertid ikke noe formelt sørge-for-ansvar for forskning i sine helsetjenester og kan ikke forventes å ha prioritet på pasientrettet, medisinsk forskning med relevans for klinisk allmennmedisin. Kommunenes prioritet vil være helsetjenesteforskning i omsorgstjenestene hvor det store potensialet for lokale, økonomiske innsparinger ligger. HOD har derfor et spesielt ansvar for klinisk medisinsk forskning i primærhelsetjenesten, på linje med klinisk forskning i helseforetakene. Men når det er sagt, henger bevilgningene til allmennmedisinsk forskning dessverre betydelig etter det som kanaliseres til spesialisthelsetjenesten.

Tross trange økonomiske rammebetingelser, har AFE-ene bidratt med mye god forskning, noe som til og med har vært bemerket i de årlige statsbudsjettene. AFE-ene har også hatt en viktig rolle i å promotere forskningsinfrastrukturen *PraksisNett* og *Nasjonal forskerskole i Allmennmedisin*. Etter at NFR-finansieringen til disse store prosjektene opphørte rundt 2021, brukes det av basisfinansene i AFE-ene for å understøtte videre aktivitet. Det har de siste par år vært arbeidet iherdig opp mot Helsedirektoratet/HOD i håp om økte tilskudd via statsbudsjettet med langsiktige perspektiv.

Helse- og omsorgsdepartementet planlegger en omlegging av kompetansesentrene utenfor spesialisthelsetjenesten. Hvordan det skal se ut, er i skrivende stund ikke klart. Ett av forslagene var at AFE-ene skulle flyttes ut i en kommunal instituttsektor. Fra AFE-enes perspektiv oppleves dette som svært uhenksmessig, da de i sin natur er avhengig av tett samarbeid med universitetene. Saken har vært ute på høring sist høst. AFE-ene utarbeidet et felles innspill til Helse- og omsorgsdepartementet, inkludert et kart som viser AFE-ene som del av «det allmennmedisinske økosystemet», der også kompetansesentrene Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Norsk kompetansesenter for legevaksmedisin (NKLM) og Antibiotikasenteret og ikke minst de allmennmedisinske instituttene – inngår.

HOD kan i løpet av våren komme med en avgjørelse. Inntil da kan vi bare håpe framtiden blir slik AFE-ene ønsker – i tett samarbeid med universitetene.

Kristina Riis Iden, redaktør i Utposten

AFE TRONDHEIM: Liten 'hub' med store tema

■ LINN OKKENHAUG GETZ • Professor, Leder AFE Trondheim,

professor Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU

Allmennmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Trondheim er en liten, men energisk 'hub' i vårt felles allmennmedisinske økosystem.

Vi deler interesser og mandat med de andre AFE-ene, men preges samtidig av en egen forskningsprofil som vi her vil fortelle litt om.

Vi lover å ende presentasjonen i nåtid, men veien fram går først tilbake.

AFE Trondheims første leder, professor i allmennmedisin, Irene Hetlevik (1), introduserte «de fire U-ene» som rettesnor for å komme fram til faglig relevante forskningsspørsmål på allmennmedisinens egne premisser. U-ene henviste til faglige opplevelser av **u**ndring, **u**ro, **u**behag og/eller **u**tilstrekkelighet. I tillegg definerte Irene to akser for den akademiske aktiviteten; *praksisnær empirisk forskning og teoriutvikling*. Datagrunnlaget skulle ha direkte faglig relevans i klinikken, samtidig som forskningen gjerne skulle belyse dilemmaer knyttet til medisinsens teoretiske fundament og tattfor-gitt-heter. Irene mente at det å være en generalist i helsetjenestens førstelinje ble stadig mer utfordrende i en økende fragmentert og spesialisert medisin, og lanserte en metafor som mange fortsatt kjenner: «Den fulle allmennmedisinske bøtten». Her var hun langt forut for sin tid med tanke på fastlegekrisen (2). Irene Hetleviks dype faglige engasjement ledet blant annet til følgende:

Retningslinjekritikk: en motstrøms forskningsportefølje

AFE Trondheim markerte seg raskt som en tydelig, evidensbasert kritiker av den raskt framvoksende porteføljen av *kliniske retningslinjer* som fastleger var ment å etterleve. Antallet retningslinjer var raskt stignende, hver sykdom fikk egen retningslinje, og cut-off-verdiene for klinisk intervensjon og oppfølging var urealistisk lave. «Disse umulige kravene må vi dokumentere før fastle-

gene bukker under», sa Irene Hetlevik etter selv å ha forsvart en doktorgrad om mislykket implementering av retningslinjer for blodtrykksbehandling i primærhelsetjenesten (3).

I perioden 2006–2023 leverte AFE en serie doktorgrader som fra ulike perspektiv har undersøkt og problematisert eksisterende retningslinjer. Et eksempel var allmennelege Halfdan Peturssons ph.d. *The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice* (4). En figur fra denne kom til å vekke betydelig oppmerksomhet (SE FIGUR 1, FAKSIMILE FRA DOKTORAVHANDLING, S. 36). Basert på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) viste den andelen av nordtrøndere i ulike aldersgrupper som katego-

Den første lederen av AFE Trondheim, var Irene Hetlevik, professor i allmennmedisin.



FOTO: PRIVAT



Ledertrioen ved AFE Trondheim: Fra venstre mot høyre: Bjarne Austad, fastlege ved Øya legesenter, Bente Prytz Mjølstad, fastlege ved Saksvik legekontor og Linn Okkenhaug Getz, leder av AFE. Alle tre har kombinerte stillinger ved AFE og NTNU.

rises i «rød» sone i henhold til retningslinjer for hjerte- og karsykdom, blodtrykk og/eller diabetes. Kategori «rød» betød behov for individuell medisinsk intervensjon og oppfølging. Kategori «grønn» betød «frisk nok». «Selvlysende data!» var Irene Hetleviks kommentar. Den samme avhandlingen dokumenterte dernest at oppfølging av blodtryksretningslinjer alene (alle andre medisinske oppgaver utelatt) ville kreve flere allmennleger enn det på samme tid fantes i Nord-Trøndelag. I og med at datagrunnlaget stammet fra en av verdens lengstlevende befolkninger, reiste avhandlingen grunnleggende spørsmål ved kvaliteten og nytteverdien av datidens «evidensbaserte» retningslinjer. Slik intern kritikk av medisinen var ikke spesielt populær i sin samtid. «AFE Trondheim skiter i eget reir», fikk vi høre. Irene Hetlevik responderte som vanlig stoisk: «Her er vi i AFE tydeligvis inne på noe viktig». Vi yngre som

jobbet tett sammen med Irene Hetlevik mener det er grunn til å gi henne en god del av æren for at begrep som *medisinsk overaktivitet*, *overdiagnostikk* og *behandlingsbyrde* etter hvert kom inn på den internasjonale agendaen i form av kongresser som *Preventing overdiagnosis* og kampanjer som *Less is more* og *Gjør kloke valg*. I dag er det legitimt å tenke kritisk om eget fag. Ingen av oss etterfølgerne har behøvd å vise kompromissløst mot i årevis, slik Irene måtte.

Multimorbiditet: på sporet av 'årsaker bak årsakene'

Et annet tema der AFE Trondheim var tidlig ute med grunnleggende spørsmål, dreier seg om fenomenet multimorbiditet. Et innovativt ph.d.-prosjekt ble gjennomført av den islandske allmennlegen Margrét Ólafía Tómasdóttir som i dag leder den islandske allmennlegeforeningen: *Multimorbidity in*

the Norwegian HUNT population. An epidemiological study with reference to the concept allostatic load (5). Prosjektet dokumenterte at multimorbiditet med økende alder er en regel heller enn et unntak (SE FIGUR 2, FAKSIMILE FRA DOKTORAVHANDLING, S. 36). Dette tar imidlertid ikke kliniske retningslinjer høyde for. Men hvorfor, og ikke minst hvordan, «klumper» kroniske sykdommer og diagnoser seg sammen? Analysene viste at mennesker som lever sosialt utsatt, ikke minst de som erfarer en vond og vanskelig barndom og/eller kjenner seg eksistensielt utrygge i voksen alder, har betydelig økt risiko for å utvikle multimorbiditet. Funnene kunne drøftes i lys av det stressfysiologiske begrepet *allostatisk overbelastning*, som senere har funnet veien til læreboka *Allmennedisin* (6). Og det bringer oss til et annet kjerne tema for AFE Trondheim: hvordan livserfaringer «innskriveres» i menneskets biologi – på godt og vondt.

AFE Trondheims base ligger i 3. etasje i «Samfunnsmedisinbygget» på Campus Øya, der St. Olavs hospital ligger. FOTO: GEIR MOGEN, NTNU



Livserfaringer, helse og sykdom – et allmennmedisinsk anliggende

En annen viktig inspirator og veileder i AFE Trondheim har vært (og er) professor i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen, også hun en modig, motstrøms klinisk-akademisk pioner på internasjonalt nivå (7). I Norge har Anna Luise lenge vært aktuell med fagboka *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*, nå i fjerde utgave (8). Anna Luisens bidrag som medtenker og medforfatter har betydd mye for mange. Hun sto sentralt i den norske nybrott-artikkelen «Menneskets biologi mettet med erfaring» (9), Bente Prytz Mjølstads ph.d. «Knowing patients as persons» (10) og Ingrid Sordal Føllings ph.d. om brukere av kommunale frisklivssentra

ler (11). Anna Luise var førsteforfatter av forløperen til kapittelet «Livserfaringer, helse og sykdom» i læreboka *Allmenntidning*. Og ikke minst har hun inspirert det pågående ph.d.-prosjektet *Livserfaringer, helse og sykdom – et allmenntidningsanliggende* (12).

Jakten på bærekraften

Da Linn Getz i 2006, samme år som AFE Trondheim ble etablert, forsvarte sin retningsslinjekritiske doktorgrad med Irene Hetlevik og Anna Luise Kirkengen som veiledere, var ordene «bærekraft» og «ansvar» å finne i avhandlingens tittel (13). «Vi må sikre at medisinen forblir bærekraftig og tjener menneskenes beste», tenkte forskerteamet, med henvisning til den berømte rapporten *Vår felles framtid* fra Gro Harlem Brundtlands kommisjon (14). Forankring i bærekraftbegrepet skulle bli et frampek til senere aktiviteter (SE INNOVASJONSPROSJEKTER ANNO 2024).

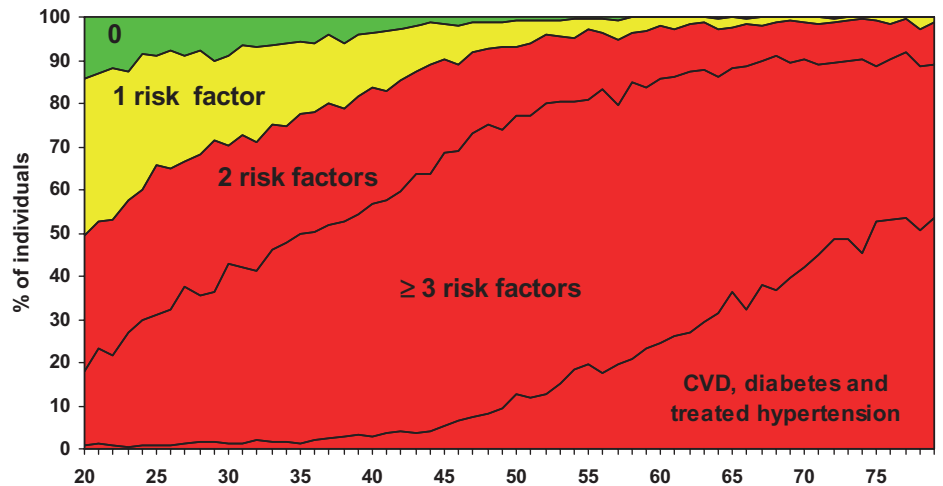
AFE Trondheim anno 2024: pågående prosjekter og aktiviteter

Dermed har vi landet i nåtid. Hva skjer i AFE Trondheim disse dagene? Det er ingen spøk å gå i fotsporene til våre akademiske stammødre, som beskrevet over. Og som kjent har basisbevilgningene til AFE-ene aldri nådd de ambisiøse målene som ble forespeilet ved etableringen. Til tross for dette har AFE Trondheim betydelig livskraft, om enn med stram livrem. Bli du nysgjerrig, kan du slå opp i *Årsmelding 2023*. En stikkordmessig liste over pågående aktiviteter finner du på side 38.

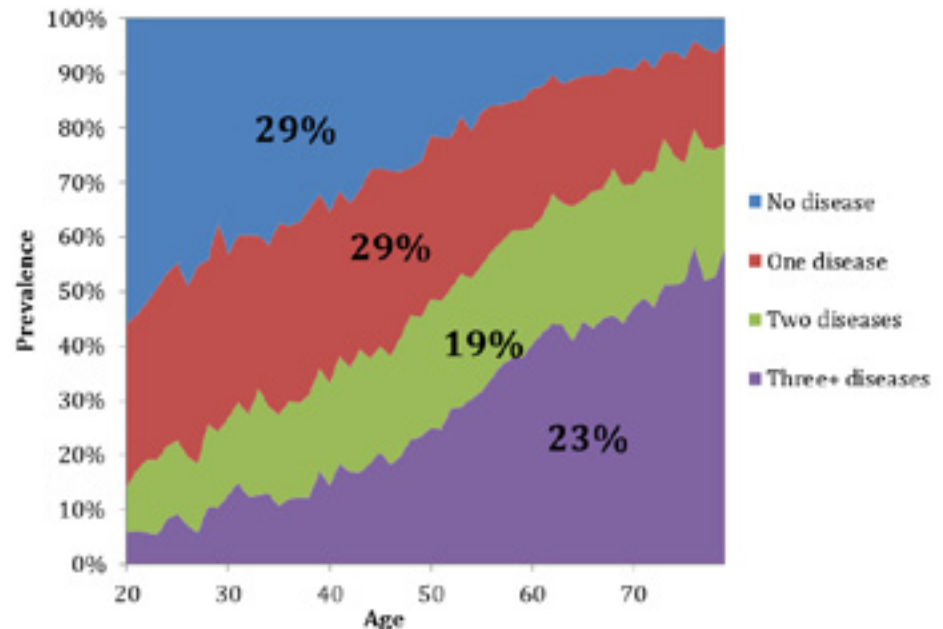
Skulle du kjenne på en faglig «U» eller flere (forklart over), eller har du noe annet du gjerne skulle utforsket videre? Ta kontakt!

REFERANSER

- Sundar T intervjuer Hetlevik I. Allmenntidningsmoder. Tidsskriftet 2001; 121: 3122–3.
- Hetlevik I. Den fulle allmenntidningsbøtten. Tidsskriftet 1999; 119: 3547.
- Hetlevik I. The role of clinical guidelines in cardiovascular risk intervention in general practice. Doktoravhandling. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 1999.
- Petursson H. The validity and relevance of international cardiovascular disease prevention guidelines for general practice. Doktoravhandling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2012.
- Tómasdóttir MO. Multimorbidity in the Norwegian HUNT population: an epidemiological study with reference to the concept allostatic load. Doktorgradsavhandling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet og Universitetet på Island, 2017.
- Hunskår S (red). Allmenntidning. 4. utg. Gyldendal, 2023.



FIGUR 1: En god figur kan iblant si mer enn tusen ord. Slik fordelte risiko for hjertekarsykdom/diabetes seg innen en av verdens lengstlevende befolkninger, basert på internasjonale retningslinjer fra 2003. Figuren er fra Peturssons ph.d. (se referanse 4).



FIGUR 2: Denne figuren er fra Tómasdóttirs ph.d. (se referanse 5) basert på den norske HUNT-studien illustrerer hvor hyppig det er at voksne personer/pasienter har flere sykdommer samtidig. At det også er slik i klinisk praksis, ble dernest utførlig dokumentert i Rune Aakvik Pedersens ph.d. om oppfølging av pasienter etter hjerneslag (Pedersen RA. Challenges in the follow-up of patients with stroke in general practice. Doktoravhandling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2021.)

- Swensen E. Utsøkt Upassende. Portrett av Anna Luise Kirkengen. Tidsskriftet 2006; 126: 2288–9.
- Kirkengen AL, Næss AB: Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Universitetsforlaget, 4. utg. 2021.
- Mjølstad BP. Knowing patients as persons: A theory-driven, qualitative study of the relevance of person-related knowledge in primary health care. Doktoravhandling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2015.
- Følling IS. Participants in Healthy Life Centre's presumptions for lifestyle change: Preventing overweight, obesity and type 2 diabetes in the Norwegian Primary Health Care. Doktorav-

- handling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2017.
- Rønneberg M, Mjølstad BP, Hvas L, Getz L. Perceptions of the medical relevance of patients' stories of painful and adverse life experiences: a focus group study among Norwegian General Practitioners. Int J Qual Stud Health Well-being 2022 Dec; 17(1): 2108560.
- Getz L. Sustainable and responsible preventive medicine: Conceptualising ethical dilemmas arising from clinical implementation of advancing medical technology. Doktoravhandling. Norges teknisk-vitenskapelige universitet, 2006.
- Our Common Future, 1987. Wikipedia

■ LINN.GETZ@NTNU.NO

AFE TRONDHEIM 2024: HVEM, HVA, HVOR

Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE) i Trondheim ble etablert i 2006 med finansiering fra Helsedirektoratet, på linje med tilsvarende enheter i Tromsø, Bergen og Oslo. Organisatorisk hører enheten under Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie (ISM) ved NTNUs Fakultet for Medisin og helsevitenskap. Både internt og eksternt er AFE Trondheims stipendiater og andre forskere involvert i en rekke prosjekt som binder sammen flere profesjoner, spesialiteter og fagmiljø. Akademisk samspill med universitetsmiljøet ved NTNU er viktig for aktiviteten.

AFE Trondheims base ligger i 3. etasje i «Samfunnsmedisinbygget» på Campus Øya der St. Olavs hospital ligger (se foto nederst side 35). Enheten ledes av Linn O. Getz som deler sin tid mellom rollen som leder av AFE Trondheim og et professorat i medisinske atferdsfag. Flere av stipendiatene våre bor og arbeider i distrikt og byer et stykke vei fra ISM.

Forskende fastleger med tilknytning til AFE Trondheim har ofte ph.d.-stipend gjennom Legeforeningen, særlig Allmenntmedisinsk Forskningsfond (AMFF) og Allmenntmedisinsk Forskningsutvalg (AFU). Andre finansieringskilder er Norges forskningsråd, Samarbeidsorganet i helseforetaket og NTNU universitetsstipend.

AFE Trondheim har egen hjemmeside.

Allmenntmedisinsk forskningsenhet (AFE) – Forskning – Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie – NTNU www.ntnu.no/ism/allmenntmedisin. Der kan du se hvem som inngår i forskergruppen med hvilke prosjekt vi driver med. Og ikke minst finner du våre årsmeldinger fra 2006–2023. Til høyre faksmile av årsmeldingen for 2023.

Årsmelding 2023

ALLMENNTMEDISINSK FORSKNINGSENHET
I TRONDHEIM (AFE TRONDHEIM)

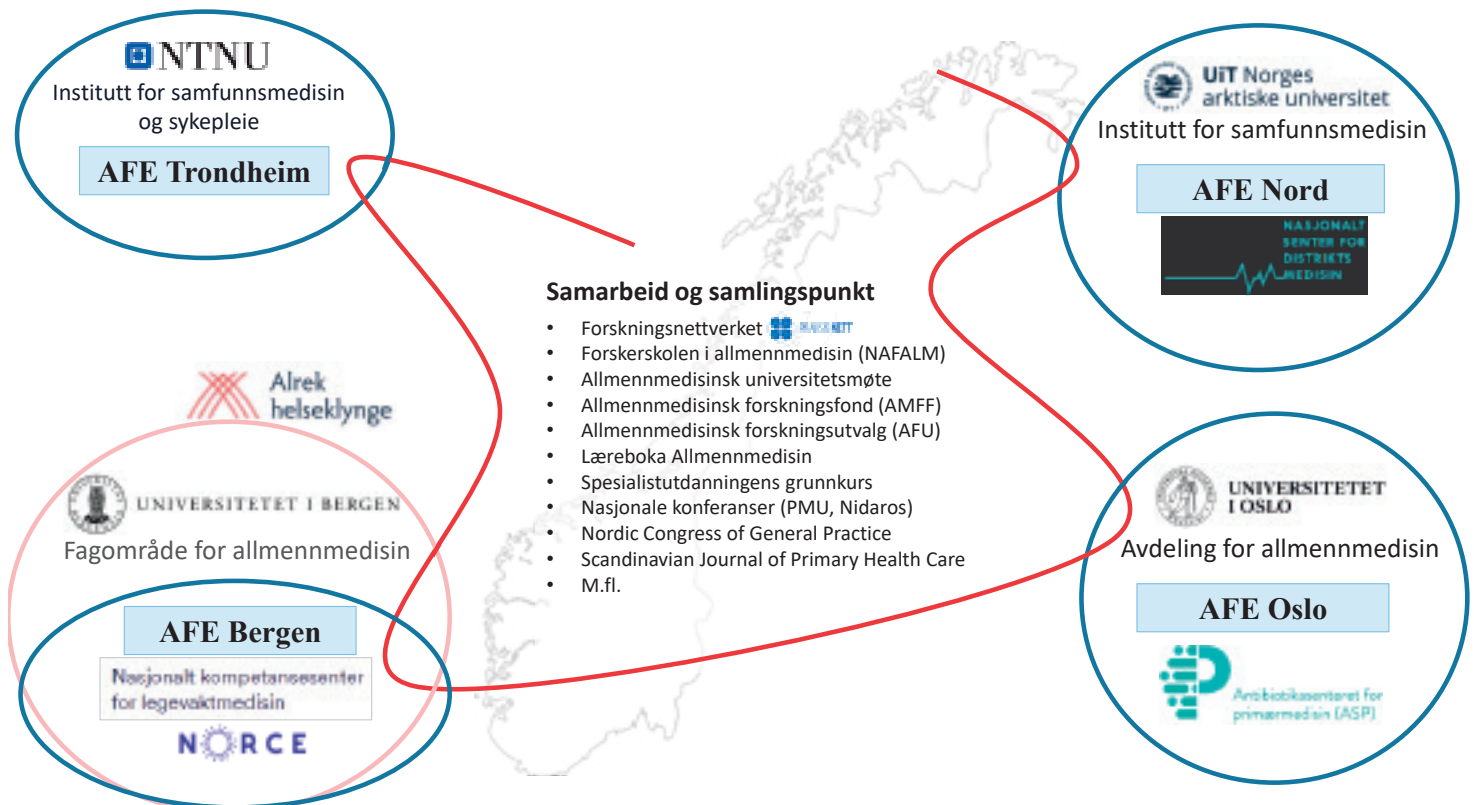


Norges teknisk naturvitenskapelige universitet



SLIK ER AFE-ENE OG KOMPETANSESENTRENE ORGANISERT

P.T. SEPT. 2023. FIGUR: SIGURD HØYE



PÅGÅENDE PHD-PROSJEKTER DER SENIORER I AFE TRONDHEIM ER VEILEDERE/SAMARBEIDSPARTNERE

Stikkord om forskningstema, ikke komplette titler:

- Retningslinje-forskning: Fungerer oppfølging av øredren hos fastlegen, videreføring av Bjarne Austads ph.d.
- Migrasjon og helse: Unge asylsøkeres helse og relasjon til helsetjenesten.
- E-helse: Digitale konsultasjoner på fastlegekontoret.
- Kvinnehelse, et knippe prosjekt: Persontilpasset barseloppfølging hos fastlegen. Cervix-screeningprogrammet i endring, Svangerskapsomsorg i allmennpraksis, Overvektige

gravides opplevelse av svangerskapsomsorgen, Oppfølging av fødselsrelaterte traumesymptomer.

- Personsentrert medisin og teoriutvikling: Livserfaringer og helse- et allmennmedisinsk anliggende.
- Bærekraft på legekantoret – hvordan involvere befolkningen i dilemmaer knyttet til overforbruk av helsetjenester, med røtter i bl.a. Linn O. Getz og Henrik Vogts ph.d.-er.
- Ungdomsmedisin: Fastlegens rolle i ungdomsmedisin, Rus og regulering – på jakt etter toleransevinduet.

- Samarbeid på tvers: Hjemmesykehus for voksne.
- Kognitiv terapi – effektivt ved kroniske utmattelse?
- Luktesansen – en Askepott blant sansene?
- Alkoholforbruk blant eldre med kognitiv svikt.
- Depressive symptom blant hjemmeboende eldre.
- Arv x Miljø: gener og blodtrykk i HUNT populasjonen.
- Global allmennmedisin: Helhetlig oppfølging av hypertensjon i Nepals befolkning.

PROSJEKT I OPPSTARTFASEN, FORELØPIG STØTTET AV ALLMENNMEDISINSK FORSKNINGSUTVALG (AFU):

- Bli-kjent-samtaler hos fastlegen (ledet fra AFE Nord) knyttet til Kap. 1.6 i Læreboka *Allmennmedisin*.
- Legekantoret som organisasjon – samspill og samarbeid. En etnografisk studie.

AKADEMISKE NETTVERK (OMTALES PÅ AFE TRONDHEIMS HJEMMESIDE)

- Nettverk for forskning på palliasjon i primærhelsetjenesten, ledes fra AFE Trondheim under ledelse av palliasjonsforsker Anne Fasting som forsvarte sin ph.d. i 2023.
- Tankesmia Blikk på barn – AFE Trondheim har flere medlemmer.
- «Tenketanken i AFE Trondheim» (2008-2022) var et tverrfaglig diskusjonsforum ledet av Anna Luise Kirkengen.

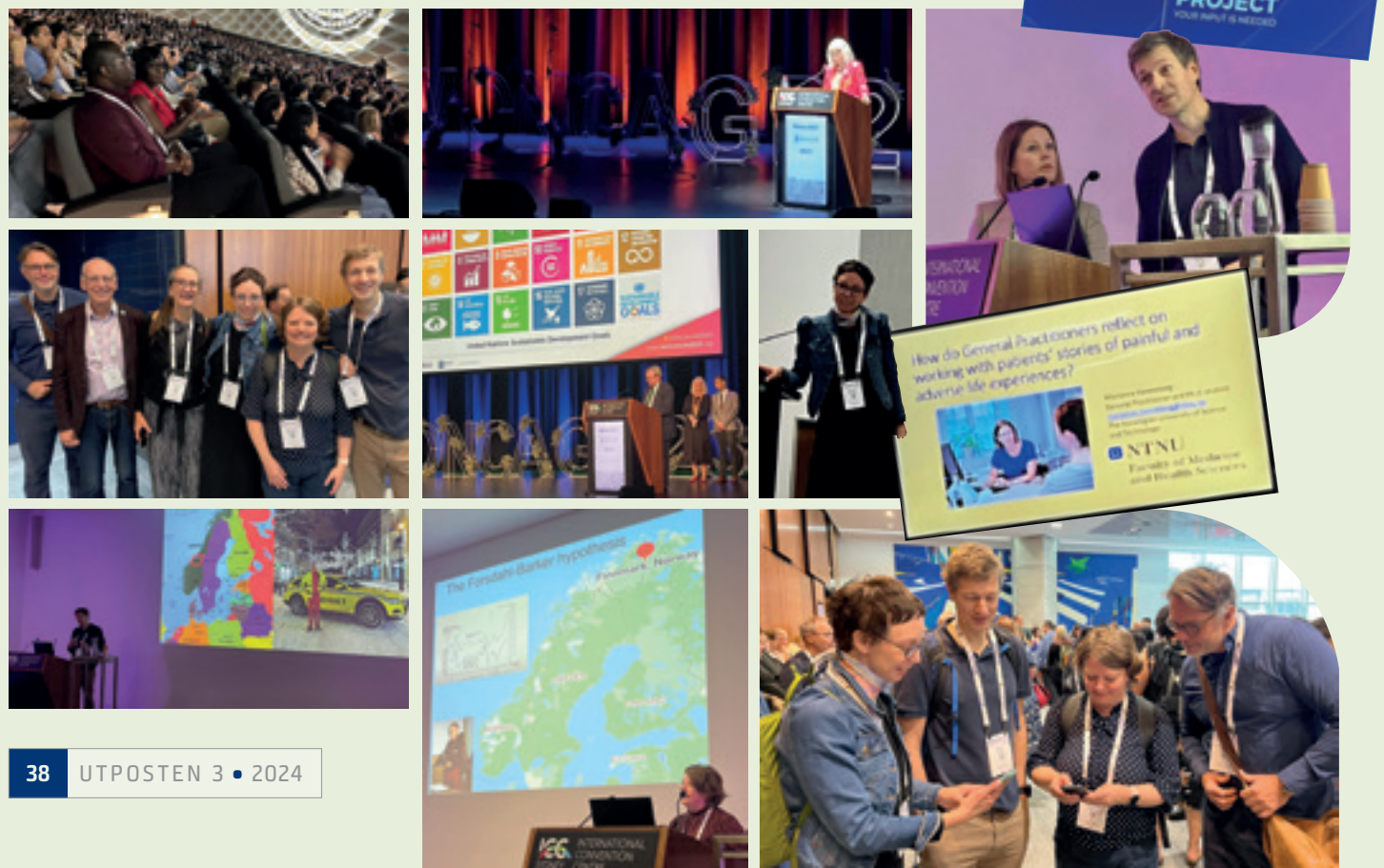
INNOVASJONSPROSJEKT I SAMARBEID MED NFA

Etter å ha børsstet støv av bærekraftbegrepet og tumlet med det en stund, startet AFE Trondheim et samarbeid, først med AFE Bergen og senere Fagområdet Allmennmedisin ved UiB, om et innovasjonsprosjekt med tittel Bærekraft på legekantoret. Norsk Forening for Allmennmedisin sa seg dernest villig til å være vertskap for prosjektet. Se artikkel i denne utgaven av *Utposten* på side 12 og prosjektets hjemmeside hos NFA.

FORMIDLING

AFE Trondheim har helt siden starten drevet mye formidling. Ikke minst har vi vært sterkt representert ved de nordiske kongressene i allmennmedisin der vi gjennom tidene også har hatt flere plenumsforelesninger. Vi har en rekke påmeldte bidrag til den kommende konferansen i Turku i juni 2024. I 2023 reiste en gjeng fra oss usedvanlig langt for å delta på Wonca World-konferansen i Sydney. Klimaregnskapet ble forhåpentlig oppveiet av våre mange faglige innslag.

Glimt fra noen av AFE-Trondheim-delegasjonens mange faglige bidrag på WONCA World-kongressen i Sydney i oktober 2023.



UNIVERSITETET I TROMSØ:

Kan ha knekt koden for allmennmedisinsk undervisning

«Vi utdanner primært leger til primærhelsetjenesten» er et kjent mantra for mange medisinstudenter, kanskje spesielt om du har studert ved Universitetet i Tromsø (UiT). Allmennmedisin som fag har alltid stått sterkt her, og fra mitt ståsted som student, vil jeg si at undervisning i allmennmedisin er noe man virkelig får til ved UiT. To nøkler til UiTs suksess er symptomforelesninger og egne kurs om usikkerhet i klinisk praksis.

Ved UiT har vi undervisning organisert etter organsystemer. Som et eksempel har vi delemnet «Nyrefunksjon 2» på tredje studieår. I dette delemnet inngår ikke kun nyrefysiologi og medisin, men også urologi, relevant patologi, farmakologi og mikrobiologi for nyrer og urinveier. Dette legger til rette for svært lærerike symptomforelesninger fra allmennmedisinere på slutten av delemnet.

I dette delemnet hadde vi en symptomforelesning om hematuri. Det var satt av tre timer, og forelesningen gikk kort og godt ut på hva man gjør når man får en pasient med hematuri inn på legekantoret. Da ble det tidligere tema innenfor delemnet som nyremedisin, urologi, patologi og mikrobiologi relevante. Dette var selvfølgelig nyttig repetisjon, men ikke minst en god forsmak på hvordan det faktisk er å jobbe som lege i primærhelsetjenesten. For pasienter kommer jo til legen med symptomer, og ikke allerede kategoriserte inn i passende sykehusspesialiteter.

En annen undervisningsform innenfor allmennmedisin som jeg synes er svært nyttig, er gruppeundervisningen «usikkerhet i klinisk praksis». Denne undervisningen går enda et skritt videre fra symptomforelesningene. Her går vi videre fra diagnosestilling og utredning, til hva man

gjør når man får svar på undersøkelsene. Det blir derfor rom for å reflektere rundt den usikkerheten enhver lege må akseptere å stå i. Undervisningen gjorde oss mer rustet til å svare på spørsmål som:

Hva gjør man dersom man ender opp med lett forhøyede blodprøvesvar uten relevant klinikk? Hvorfor bestilte man prøvene i det hele tatt? Hvilke former for usikkerhet skal man tørre å stå i og hva må man få oppklart?

UiT har gode og praksisrelevante undervisningsmetoder i allmennmedisin. I ei framtid der pasientene blir eldre og det blir flere med komplekse sykdomsbilder, er UiTs symptomforelesninger og usikkerhetsforelesninger gode verktøy for å gjøre morgendagens leger klare for framtida.

ERLEND SÆTHER

Medisinstudent, Universitetet i Tromsø ■ ESS082@UIT.NO

Podkasting som metode

Siri Dalsmo Berge og Cathrine Abrahamsen møttes på et digitalt kurs våren 2020. Det ble vennskap ved «første blick» og i to år var vi telefonvenner, før vi endelig møttes fysisk.

Vi er begge fastleger og forskere. Siri forsker på hvordan fastlegen kan hjelpe pasienter med samlivsproblemer. Cathrine forsker på hvordan et strukturert samtaleverktøy kan bidra til mestring hos både lege og pasient. Begge er vi opptatt av formidling og at dette kan gjøres jordnært og enkelt. Podkast pekte seg ut som vår formidlingsarena.

Podkasten ble til

Podkast som mediefenomen startet opp tidlig på 2000-tallet, som en lett måte å nå ut til sine lyttere. Siden har det bare økt på i popularitet og er i dag en viktig del av vår medievirkelighet.

Dette skyldes først og fremst at det er teknisk enkelt å lage en podkast. For oss som er engasjerte og har mange faglig spennende diskusjoner, var det lett å tenke at dette er samtaler andre også kan ta del i. Samliv,

hverdagens utfordring og mestring, handler om livet til pasientene på fastlegekontoret. Har du noen ganger opplevd hjernetåke og at livet er kaos? Kanskje kranter du mer enn du liker med partneren din? Kanskje dere sjelden har sex, og når det skjer oppleves det som en plikt? Kanskje har du kroppslige plager som du ikke helt har fått svar på hva skyldes? Kanskje ser du på venner, familie og naboen som mer vellykket enn deg? Kanskje stemmer ingenting av dette for deg, men du kjenner noen det stemmer for? Dette er tema som også er relevant for de som ikke går til legen med sine bekymringer. Det er allmennmenneskelige tema vi prater om. Vi har funnet vår nisje.

Etter litt planlegging laget vi podkasten *Fastlegetimen*, en podkast for helt vanlige mennesker med hverdagslige problemer. Målet er å lære bort konkrete verktøy for livets vansker i parholdet, familien, på job-

ben og livet ellers. Vi ønsker at dette skal være interaktivt, derfor opprettet vi en egen e-post hvor lytteren kan sende inn spørsmål. Dette blir bonusepisoder som utgis mellom de ukentlige episodene.

Tema i podkasten

Det finnes mange norske medisinske podkaster. Den mest kjente blant allmennleger er podkasten *KVALLM* laget av Morten Munkvik og Kristian Jong Høines. Den har passert 500 episoder på lufta! Legeforeningen har sin egen podkast, *Legeprat*, Tidsskriftet har *Stetoskopet*, infeksjonsmedisinere ved Haukeland har *Pestpodden*, nevrologene har *Nevropodden* osv. Vi ønsker å være med på dette – formidle det vi brenner for til lytterne, som vi ønsker ikke bare skal være allmennleger.

I podkasten *Fastlegetimen* lover vi enkle tips for hverdagslivet, god stemning og humor.

SIRI DALSMO BERGE

Fastlege ved Bjonneslegene og ph.d.-stipendiat ved UiB

CATHRINE ABRAHAMSEN

Fastlege ved Tinghauglegene og ph.d.-stipendiat ved UiO

ENSTILAR® «LEO»

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

SKUM: 1 g inneh.: 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 dispensereren 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 erythrodermisk- og pustuløs psoriasis. Pga. innholdet av kalsipotriol er preparatet kontraindisert hos pasienter med forstyrrelser i kalsiumstoffskelettet. 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 hudveier, 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 genitalier 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 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- eller etterverring av psoriasis, fotosensitivitet og overfølsomhetsreaksjoner, inkl. meget sjeldne tilfeller av angioødem og ansiktsødem. Systemiske effekter ved lokalbehandling kan i svært sjeldne tilfeller forårsake hyperkalsemi eller hyperkalsemi. **Betametasondipropionat:** Lokale reaksjoner inkl. hu-datrofi, telangiectasi, 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 keratinocytter. Betametason har antiinflammatoriske og immunundertrykkende egenskaper. **Absorpsjon:** Perkutan 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) Innehaver: LEO Pharma, www.leo-pharma.no Basert på SPC datert 22.09.2020. Refusjonsberettiget bruk: Lokal behandling av psoriasis vulgaris hos voksne.

REF-15389



LEO Pharma AS

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

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

Referenser:

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 PHARMA AS, 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

Om å investere i egen arbeidsplass

I 2016 flyttet legesenteret jeg jobber på til nye lokaler. Fra før hadde jeg kontormøbler, kontorstol og datautstyr fra en solo-praksis jeg overtok før jeg kom dit. Dette var gammelt utstyr, så både skrivebord, dataskjerm og ikke minst kontor- og pasientstoler var nokså begredelige.

Siden vi allikevel skulle flytte, bestemte jeg meg for å anskaffe alt nytt, og også planlegge for et legekunntor uten anatomiske plansjer på veggen – eller synlige papirer på skrivebordet. Jeg ønsket i tillegg et oppsett med større dataskjerm, slik at jeg kunne ha flere vinduer oppe samtidig, i tillegg til journalsystemet.

Som sagt, så gjort. Jeg tok kontakt med en interiørforretning i Trondheim, og bestilte der et hev/senk-skrivebord med løsninger for strømledninger, skaphyller og skuffer i litt nye og intense farger, samt en liten kommodeseksjon.

Bak venstre og høyre skapdør står det økonomi-permer og noe litteratur, i midten papir og hansker – og de tre skuffene er

delt inn i pasientpapirer øverst, kontor-drift i midten og «til makulering» nederst. Jeg har derfor nesten aldri papir liggende synlig på pulten – men det skal sies at noe har blitt litt avglemt i øverste skuff...

Kontorstol ble byttet ut med noe ordentlig fra HÅG, og to pasientstoler – med armlener – i lett vaskbart stoff ble anskaffet. Etter åtte års bruk ser disse fortsatt nye ut, kun kontorstolen har fått nytt stoff i sitteputen, og jeg sitter fortsatt like godt!

Da jeg skulle kjøpe skjerm, vurderte jeg lenge et to-skjerm-oppsett, men kom over en stor buet skjerm med innebygget kamera, høyttaler og mikrofon. Denne, montert på en solid bæream, «svever» over pulten, og kan lett dyttes unna når jeg trenger plass. Den kan også roteres rundt for å vise frem noe til pasienten, og flyttes akkurat dit presbyopien ønsker at den står.

Mitt journalsystem CGM ønsker gjerne å bruke hele skjermen, og jeg har derfor et annet program som går i bakgrunnen og kun gir 2/3 av skjermen til journalsystemet. På

den resterende 1/3 spretter notatvinduet opp, slik at jeg lett har tilgang til epikriser og tidligere notater når jeg skriver dagens notat.

Skjermen jeg kjøpte i 2016 er 32 tommer. Etter dette har markedet for buede gaming-skjermer tatt av, og 32 tommer er nå ganske lite. For min bruk, der skjermen er delvis mellom meg og pasienten, er skjermstørrelsen likevel et godt kompromiss mellom fysisk og elektronisk skrivebordsplass. Innebygget kamera, høyttaler og mikrofon fungerer fint for NAV-møter, og skjermstørrelsen gjør at det er lett å signere e-resepter under mindre interessante deler av møtene...

Moralen? Invester i din egen arbeidsplass! Hvis selv du begynner å se at møblene er slitne og skjermen er for trang: Gjør noe med det! Ja, det koster penger, men trivsel på kontoret og eierskap til egen arbeidsplass gjør fastlegehverdagen lettere.

TORSTEIN SAKSHAUG
Fastlege, Sørbyen legesenter, Trondheim
■ TORSTESA@GMAIL.COM





EGEN HELSEATFERD

Ulik påvirkning fra foreldre og ektefelle

En norsk studie, med data fra Tromsø-undersøkelsen (2015-2016), støtter hypotesen om at egen helseatferd påvirkes av utdanningsnivået til våre nærmeste, som ektefelle, mor eller far. Forskerne finner også noen forskjeller på hvem som har størst påvirkning på hva: Mens foreldres utdanning har relativt større betydning når det gjelder å oppmuntre til en sunn livsstil, spiller ektefelle en viktigere rolle i å unngå det som er helseskadelig. Foreldres påvirkning på en gunstig helseatferd er sterkere hos kvinner enn menn. Ektefelles utdanningsnivå er viktigere i aldersgruppen 40 til 59 år enn i eldre aldersgrupper.

● Social Science & Medicine (G Chen et al), februar 2024, doi: 10.1016/j.socscimed.2024.116581

82 %

av leger er bekymret for at pasientens legemiddelliste ikke er oppdatert og korrekt, og særlig for pasienter som får mange legemidler, mens det samme gjelder 43 prosent av sykepleiere. Det viser en studie der forskere ved Nasjonalt senter for e-helseforskning undersøkte helsepersonells utfordringer ved håndtering av pasienters legemiddelinformasjon. Undersøkelsen inkluderer svar fra 262 leger og 244 sykepleiere i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Legene, og særlig fastlegene, følte et stort ansvar for koordinering av pasientens legemiddelliste. Pasientens egen informasjon var hovedkilden for sykehusleger, mens fastlegene i større grad lente seg på elektronisk reseptoversikt. Mer enn åtte av ti leger var tilhengere av en digitalt delt legemiddelliste, som har vært prøvd ut i Norge siden 2021. Etter planen skal en slik liste, kalt pasientens legemiddelliste, innføres i 2024.

● BMC Health Services Research (Wang og Manskow), januar 2024, doi: 10.1186/s12913-023-10485-9

AKUTTE RYGGSMERTER

Fire ulike pasientgrupper

Norske forskere har sett på eldre som har vært hos fastlege, fysioterapeut eller kiropraktor på grunn av akutte ryggsmarter. Forskerne delte inn pasientene i fire grupper: Positiv-gruppen (lite unngåelsesatferd/bevegelsesfrykt og kortere smertevarighet), frykt-gruppen (stor grad av unngåelsesatferd, høy smerteintensitet), engstelig-gruppen (mye depresjon og katastrofetenkning) og håpefull-gruppen (mye smerter, men store forventninger til bedring). Pasienter med mer alvorlige smerter, det vil si høyere smerteintensitet og lengre varighet, oppsøkte oftere fastlege eller fysioterapeut. De med utbredte smerter, men forventninger om å bli frisk, var oftere hos kiropraktor. Også i den såkalte positiv-gruppen var det en høyere andel av pasientene som hadde oppsøkt kiropraktor. Studien inkluderte 435 personer på 55 år eller mer, som oppsøkte hjelp for ryggsmarter i perioden 2015-2020.

● BMC Musculoskeletal Disorders (L Kretz Grøndahl et al), januar 2024, doi: 10.1186/s12891-024-07163-0

LEGER SOM SØKTE EGENHJELP

Bidro til endringer på jobb og privat

Leger som har søkt hjelp på Villa Sana eller i Støttekollegaordningen har ulike grunner til å søke hjelp; som bekymring og ønske om å få råd, føle seg ute av stand til mestring på egenhånd, ha vært sykmeldt og trenge hjelp til å komme tilbake til jobb – eller ut av jobb. Både arbeidsrelaterte og private problemer var årsaker for at de ønsket hjelp. Ett år etterpå hadde legene gjort endringer på jobb og privat, og noen hadde begynt i terapi. Studien indikerer at legene også hadde endret forventningene til hva det vil si å være lege, at de anerkjenner sine begrensninger, at deres egenverdi ikke bare er knyttet til hvordan de mestrer jobben, og at de ikke alltid må være den som er sterk. Dybdeintervjuer og semistrukturerte intervjuer med legene ble gjennomført både innen ti dager etter at de hadde brukt hjelpetilbudet og ett år senere. Data ble samlet inn og analysert i løpet av en treårsperiode.

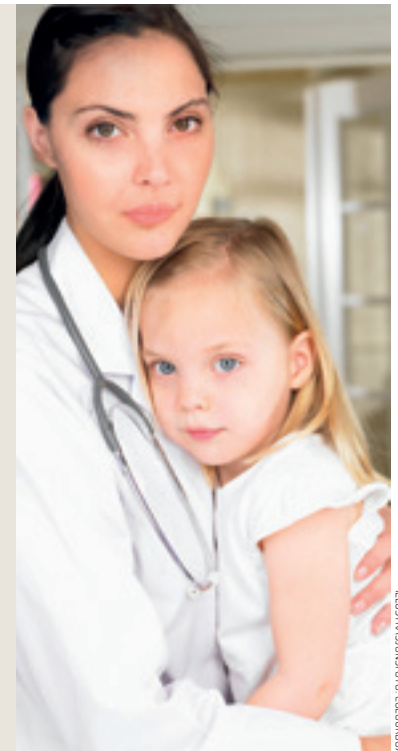
● Doktoravhandling Ingrid Marie Taxt Horne, «Understanding peer support for doctors», disputas ved Universitetet i Oslo 4. februar 2024

SELMORD HOS FORELDRE

Jenter oftere hos fastlegen enn gutter

Forskere fra Folkehelseinstituttet (FHI) har sett på fastlegekonsultasjoner hos barn som mister mor eller far ved selvmord. Hos de etterlatte fant forskerne at tallet på konsultasjoner vedrørende psykisk helse økte gradvis i årene før mors eller fars selvmord, og signifikant mer for jenter enn gutter. To år før selvmord hos mor eller far, hadde 2,4 prosent av de etterlatte unge vært hos fastlegen på grunn av psykiske vansker, og andelen økte til 8,4 prosent det året mor eller far døde. Mens andre studier har sett alvorlige psykiske problemer hos etterlatte, viser den norske studien at de unge også gikk til fastlegen med milde til moderate psykiske plager. Forskerne hadde data på sosiodemografiske faktorer, men fant ikke at foreldres utdanning hadde betydning. På linje med annen forskning, viser studien at det er en større belastning å miste en mor eller far ved selvmord enn av andre årsaker. Studien omfatter hele populasjon av unge i alderen 10-19 år i perioden 2006-2015. I disse årene mistet 1405 en forelder i selvmord, mens nær 13 000 mistet mor eller far av annen dødsårsak. Nær sju av ti etterlatte i selvmord hadde mistet faren sin.

● European Child & Adolescent Psychiatry (RK Hart et al), desember 2023, doi: 10.1007/s00787-022-02095-3



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

ANTIBIOTIKA TIL BARN

Like lenge syke uten medisin

Barn med luftveissymptomer/feber så ikke ut til å bli fortere friske hvis de fikk antibiotika, sammenlignet med ingen antibiotikabehandling. Antibiotikabehandling bidro heller ikke til kortere fravær i barnehage. Det finner norske forskere bak en observasjonsstudie med data fra 266 barn i alderen null til seks år, samlet inn fra fire legevakter i Bergensområdet og fra mottaket på barneavdelingen ved Haukeland universitetssykehus. Drøyt 30 prosent av barna fikk antibiotika. Det var ingen forskjeller mellom de to gruppene med tanke på symptomvarighet og barnehagefravær. Da forskerne så på barna som hadde fått antibiotika for ørebetennelse, opplevde halvparten av foreldrene behandlingen som uproblematisk, men noen hadde stoppet antibiotika innen fire dager. Mer enn fire av ti barn fikk bivirkninger av antibiotika-kuren, i hovedsak mageproblemer. Studien ble gjennomført for cirka ti år siden.

● Scandinavian Journal of Primary Health Care (LKT Alvsåker et al), januar 2024, doi: 10.1080/02813432.2024.2305929



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Leger i samfunnsmedisinsk arbeid – hvem er vi og hva er vi opptatt av?

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid dekker et stort spekter av stillinger og funksjoner. Vi jobber stort sett i kommuner eller i en av statens mange virksomheter. De færreste av oss har et stort samfunnsmedisinsk arbeidsmiljø, og de fleste av oss er den eneste samfunnsmedisinske røsten i mils omkrets. Likevel finner vi hverandre – og de siste års digitale utvikling har gjort det enklere å skape fell es møteplasser og samfunnsmedisinske nettverk. Utdanningen til spesialiteten vår, med gruppeveiledning og nasjonale utdanningskurs, har vært og er en viktig arena for å møte likesinnede. For de av oss som er spesialister er det alltid en glede å få komme på årsmøtekurs, si takk for sist og dele erfaringer på tvers av arbeidssteder.

Styret i LSA er relativt bredt sammensatt, med både spesialister og kandidater i spesialisering i samfunnsmedisin, kommuneoverleger og statlig ansatte. Vi sier relativt, for vi skulle gjerne hatt flere av oss representert, og erkjenner at vi har mindre kjennskap til arbeidsforholdene for kolleger i NAV og hos statsforvalterne – for å nevne noen. Ingen i styret er frikjøpte i sine verv, så tidvis kan arbeidsbelastningen være stor, særlig når det koker litt på jobb og Legeforeningen skal ha sitt.

Hovedformålet til LSA er å aktivt fremme medlemmenes faglige og økonomiske interesser. Vi skal også aktivt bidra til en økt samfunnsmedisinsk forståelse internt

i Legeforeningen, i helsetjenesten og i samfunnet generelt. Vi ønsker å være fremoverlent og har vedtatt et arbeidsprogram for perioden 2023–2025 med følgende hovedpunkter:

- LSA skal være relevant og tilgjengelig for våre medlemmer.
- LSA skal jobbe for gode, oversiktlige og forutsigbare arbeidsforhold for samfunnsmedisinere.
- LSA skal jobbe for gjennomslag i samfunnsmedisinske saker.

For den nysgjerrige leser er det bare å sjekke ut nettsiden vår og det utfyllende arbeidsprogrammet for å lese mer om hvordan vi jobber for å nå disse målene.

Et av målene våre er å bidra inn i Helse- og omsorgsdepartementets eksterne arbeidsgruppe for den nasjonale veilederen for kommunelegefunksjonen. Vi liker å omtale den som kommuneoverlegeveilederen, men skriftlig brukes kommunelege, fordi den skal baseres på gjeldende lov. Det er en stor jobb å svare ut bestillingen fra Helse- og omsorgsdepartementet, men heldigvis har Helse- og omsorgsdepartementet dyktige folk, både samfunnsmedisinere og andre aktuelle fagfolk. Ikke minst har de håndplukket en utmerket prosjektleder. Arbeidsgruppen består for øvrig av flest leger. Noen er oppnevnt fra Legeforeningen, noen fra KS, andre fra statlige virksomheter som Helse- og omsorgsdepartementet, Folkehelseinstituttet og Statsforvalter.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin er også representert med en SamLIS. Alle leger er medlem i LSA som sin yrkesforening i Legeforeningen.

Kommunelegeveilederen skal bidra til å øke «bestillerkompetansen» i kommune, altså at kommuneledelsen i større grad skal forstå i hvilke saker og på hvilket tidspunkt kommuneoverlegen bør involveres. Veilederen vil gi anbefalinger om kommuneoverlegens plassering i organisasjonen, nødvendig kapasitet i funksjonen, oppgaver etter lov og forskrift, krav til kompetanse og utdanning, samarbeid med andre aktører, samt planlegging og rapportering.

Dette er, med andre ord, ikke en faglig veileder for kommuneoverlegene.

Behovet for en nasjonal veileder er stort. En av kollegene i arbeidsgruppen beskrev dette på en fin måte:

«Kommuneoverlegekollegene i min region snakket sammen om hva vi jobber med. Alle nevnte vesentlige oppgaver som for eksempel vedtak om tvungen legeundersøkelse og smittevern, men ellers jobber den enkelte med det som er av faglig interesse, og det er ulikt fra kommuneoverlege til kommuneoverlege.»

Den nasjonale kommunelegeveilederen kommer på høring til sommeren. Det er bare å glede seg.

KRISTIN COTTA SCHÖNBERG

Leder ■ KRISTIN.COTTA.SCHONBERG@ASKOY.KOMMUNE.NO



Styret mars 2024:
Vi har jobbet med innspill til den nasjonale kommunelegeveilederen. Fra venstre Kristin Cotta Schönberg, Meera Grepp, Paul Olav Røsbø, Tord Moltumyr, Ingrid Kristiansen, Guro Hafnor Røstvig og Anna Randby. Miert Skjoldborg Lindboe var ikke tilstede.

FOTO: TONE SKOGLUND, LEGEFORENINGEN

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 Lars Christian Naterstad Lervik?



Aj, tenkte jeg, «legen som leser», for en smigrende forespørsel! Det er bare ett problem, jeg leser praktisk talt ikke lenger, så dette er jo pinlig! Jeg har ikke tid eller mulighet, klassisk tidsklemme. Men så går noe opp for meg etter samtale med min gode kollega dr. Mæland. Jeg leser jo faktisk, jeg leser bare ikke særlig mye for meg selv lenger. Hver kveld har vi fast leserutine for de tre barna våre, noe som følgende gjør at legging ofte tar en og en halv time. Som trebarnsfar (to, fem og åtte år), fastlege, forsker, førsteamuensis og aktiv i foreningsarbeid leser jeg jo, men helt klart mest for barna. Det som jeg rekreasjonsleser for meg selv foregår ofte på nettforum om hobbyer som sykling, elbil og smart-husløsninger (til min kones varierende irritasjon), eller påbegynte bøker i feriene (sist Inga Strömkes bok om AI og maskinlæring). Men så var det høytlesningen da. Den har gjort at jeg de siste åtte årene har fått lov til å bli kjent med fargerike karakterer og universer i alle former og fasonger.

Med et aldersspenn på barna fra to til åtte, så er det nok bøkene for de eldste som er mest interessante. For minstemann har jeg nå lest, omtrent 140 ganger (+ omtrent

like mange for de største da de var på samme alder), om at Brillebjørn ikke vil dra hjem fra barnehagen, eller omtrent like mange ganger at Brillebjørn slukker bålet for mor (som har rotet strikkesøyet inni bålet). Jeg må ærlig innrømme at innlevelsen her varierer noe. For de eldre er det mer moro, for femåringen har Jakob Martin Strid sine bøker blitt svært populære. Her har vi blitt kjent med Lille Larsen som får hele huset flyttet opp på Brekkeben-fjellet, for så å få tilsendt spekeskinke og grytekluter gjennom vinduet via en minigondol fra bekymrede medborgere. Vi har lest om Mimbo Jimbo som spiser mysteriesopp og blir gigantisk, og dernest må vandre til Sibir med vennene sine i en luftballong for å møte heksen Baba Jaga, som har sluttet å bruke magi på grunn av lumbago og heller forholder seg til kjernekraft (kanskje har vi noe å lære her). Mitcho, Sebastian og professor Glykose som reiser til den Magiske Øya i en kjempestor pære. Eller så har jo Erlend Loe også skrevet *Rumpemelk fra Afrika* som må sies å være en inntertier. Roald Dahl sine bøker er også flotte, spesielt har vi satt pris på møtene med Matilda og rektor Trunchbull, den verste krokodilla i elva og den magiske fin-

gen. For storjenta på åtte så har vi lest flere spennende fantasiserier, blant annet L.D. Lapinskis *Fremmesteds reisebyrå*, hvor hovedpersonen reiser til forskjellige verdener gjennom magiske kofferter. Dessuten J.K. Rowlings bøker om Harry Potter, som etter hvert tar for seg både magi og kompliserte tenåringsfølelser.

Selve lesestunden har blitt et kveldsrituale som både jeg og barna ser frem til. Den er fylt med eventyr og fantasi, gjerne etter diskusjoner om tannpuss og leggetid. Det at bøkene fenger både liten og stor hjelper også på. Jeg husker selv å ha blitt lest for som liten, kanskje best husker jeg Jostein Gaarders *Kabalmysteriet*. Den gjorde stort inntrykk på meg. Som far selv er det nå stort sett givende å bli kjent med nye og gamle fjes, men selve lesestunden er verdifull uansett forfatter. Dette er virkelig kvalitetstid.

Så lese, ja det gjør jeg visst! Det er faktisk noe av det jeg gleder meg mest til i hverdagen.

Fastlege, Hallset legesenter
■ LARSCHR.LERVIK@GMAIL.COM



RELIS

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

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

KUPP – KUNNSKAPSBASERTE OPPDATERINGSVISITTER: **Riktigere bruk av protonpumpe**

I løpet av våren 2024 lanseres en ny KUPP-kampanje, *Riktigere bruk av protonpumpehemmere*, i regi av RELIS og de klinisk farmakologiske enhetene ved universitetssykehusene. Dette er den sjuende KUPP-kampanjen i rekken, og målet er å starte med fastlegebesøk i ny kampanje allerede før sommeren.

Antallet brukere av protonpumpehemmere (PPI) har vært økende og vi ser nå et betydelig overforbruk av PPI. Tall fra Reseptregisteret/Legemiddelregisteret mellom 2004 og 2022 viser en kontinuerlig økning og uten tegn til at forbruket flater ut (1, 2).

Disse endringene kan ikke uten videre relateres til økte syrerelaterte plager i befolkningen (3). I tillegg til kontinuerlig økt bruk av PPI, har også bruken av kombinasjonspreparatet naproksen+esomeprazol (Vimovo) økt, samtidig som vi ser en ned-

adgående trend på forskrivning av H2-blokkere. De siste årene har mer enn én av ti innbyggere i Norge fått utskrevet minst en resept på PPI årlig. De fleste av dem har brukt det fast i flere år uten at det foreligger god medisinsk grunn (4).

EG Infodoc

Ønsker du et journalsystem som både er skybasert og som har høy kvalitet og mye funksjonalitet?

Over 800 klinikker stoler på EG Infodoc



Under 1 min ventetid på telefonlinjene våre



Tett samarbeid med brukere



99.98% oppetid siste tre måneder

Få en gratis, uforpliktende demo av systemet tilpasset etter dine behov

eg.no/infodoc
 415 32 020
infodoc_post@eg.no



Let's go further



Ønsker du KUPP-besøk med Riktigere bruk av protonpumpehemmere Elektronisk booking via relis.no/bestill-besok/ eller QR-koden.



ILLUSTRASJONSSTUDIO COLLABORBOX

Hva er KUPP?

KUPP bidrar med faglig påfyll basert på nyeste forskning og nasjonale retningslinjer for allmennleger i hele Norge, uten kostnad for den enkelte lege. KUPP er et samarbeid mellom RELIS og de klinisk farmakologiske enheter ved universitetssykehusene, og er nå etablert i hele Norge.

Hvordan foregår KUPP?

KUPP er en metode som baserer seg på en en-til-en samtale mellom lege i allmennpraksis og lege eller farmasøyt fra KUPP. Varigheten er 20–30 minutter, det foregår på legens eget kontor eller digitalt, gjerne i legens arbeidstid. Samtalen tar utgangspunkt i en brosjyre, med relevant bakgrunnsinformasjon og konkrete hovedbudskap med praktiske råd.

Hvorfor KUPP?

KUPP bidrar til riktigere legemiddelbruk (7–10). Det er dokumentert økt kvalitet i forskrivning og pasientbehandling. Gjennom dialog individualiseres KUPP til den enkelte leges behov. KUPP gir allmennlegen mulighet til å tilegne seg oppdatert kunnskap med minimal ressursbruk.

Book et KUPP-besøk

Vi tilbyr KUPP ved fysisk oppmøte på legekontoret eller digitalt, for eksempel via Teams. Ta kontakt for å avtale tidspunkt for besøk. Som lege i allmennpraksis kan du selv bestille KUPP-besøk på hjemmesiden relis.no/bestill-besok.

REFERANSER:

1. Folkehelseinstituttet. Reseptregisteret. <http://www.reseptregisteret.no/> (Søk: 22. mars 2024).
2. Folkehelseinstituttet. Legemiddelregisteret. <https://www.fhi.no/he/legemiddelregisteret/> Registerdata for 2021–2022 tilsendt på forespørsel.
3. Overlege, spesialist i indremedisin og fordøyelsessykdommer. Nasjonal kompetansetjeneste for funksjonelle mage-tarmsykdommer (NKFM), Haukeland universitetssykehus, pers.medd. 22. mars 2024.
4. Raknes G, Giverhaug T. Problematiske protonpumpehemmere. Tidsskr Nor Legeforen 2020; 140 (16): 1624–6.
5. Legemiddelindustrien. Felleskatalogen. <https://www.felleskatalogen.no/> (22. mars 2024).
6. Helgadottir H, Björnsson ES. Problems Associated with De-prescribing of Proton Pump Inhibitors. Int J Mol Sci. 2019; 20(21): 5469.
7. Langaas HC, Hurley E, Dyrkorn R, Spigset O. Effectiveness of an academic detailing intervention in primary care on the prescribing of non-steroidal anti-inflammatory drugs. Eur J Clin Pharmacol. 2019; 75(4): 577–586.
8. Espnes KA, Nøst TH, Handal M, Skurtveit SO, Langaas HC. Can academic detailing reduce opioid prescriptions in chronic non-cancer pain? BMC Prim Care. 2023; 24(1): 84. Published 2023 Mar 27.
9. Langaas HC, Salvesen Ø, Dyrkorn R, Blix HS, Spigset O. Academic detailing as a method to improve general practitioners' drug prescribing in type 2 diabetes: evaluation of changes in prescribing. Scand J Prim Health Care. 2023; 41(3): 224–231.
10. Schjøtt J, Steen IL, Espnes KA, Riedel B. Self-perceived learning outcomes of virtual and in-person academic detailing among general practitioners in Norway. Basic Clin Pharmacol Toxicol. 2024; 134(2): 284–289.

ANN-KATRIN BERG

Cand.pharm og Legemiddelrådgiver, RELIS Midt-Norge, ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital.

KETIL ARNE ESPNES

Spesialist i allmennmedisin og klinisk farmakologi. Overlege ved Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital og Medisinsk faglig rådgiver i KUPP.

Ulike syrerelaterte tilstander

Protonpumpehemmere brukes i behandling av magesyrerelaterte tilstander som reflukssykdom og øsofagitt (inkl. Barretts øsofagus). PPI brukes også sammen med antibiotika i behandling av *Helicobacter pylori*-relaterte magesår, samt i forebygging av sår i magesekk og tolvfingertarm ved kontinuerlig bruk av ikke-steroide antiinflammatoriske midler (NSAID). I tillegg er PPI en del av behandlingen ved Strøm-Zollinger-Ellisons syndrom.

Per i dag er det fire protonpumpehemmere (ATC-kode A02BC) som markedsføres i Norge. Det er omeprazol, pantoprazol, lansoprazol og esomeprazol. Disse har tilnærmet lik virkningsmekanisme og klinisk effekt, men de har enkelte farmakokinetiske forskjeller (5).

Er PPI avhengighetsskapende?

Bruk av PPI i mer enn noen få uker gir stor fare for rebound hypersekresjon. Pasienter opplever syrerelaterte plager, også de som i utgangspunktet hadde normal syresekresjon. Dette kan oppleves som avhengighetsskapende og gjør det svært vanskelig for pasienten å slutte med PPI (6).

Årsaken til at dette skjer er at under behandling med PPI får man redusert magesyre. Det fører til at hemming av gastrin-produserende G-celler oppheves, og på sikt gir dette G-celle hypertrofi og hypergastrinemi. Etter seponering av PPI gir dette rebound hypersekresjon av magesyre, og magesyresekresjonen vil ofte øke til nivåer som er høyere enn før behandlingen startet (6).

Selv friske personer uten tidligere fordøyelsesbesvær vil utvikle symptomer fra magesekk og spiserør ved seponering av PPI etter langvarig bruk. Slike rebound-effekter kan feiltolkes, både av pasient og lege, som fortsatt behandlingsbehov (4).

Potensielle skadevirkninger

Langvarig bruk av PPI har vært knyttet til en rekke potensielle skadevirkninger uten at en sikker årsakssammenheng kan fastslås. Klok av medisinsk skade bør vi likevel redusere bruk av PPI på usikker indikasjon som et føre-var prinsipp.

Målet med kampanjen

Vårt mål med kampanjen er å redusere toltalt forbruk av PPI.

I løpet av KUPP-besøket får fastlegen konkrete råd om når det kan være riktig å forskrive PPI, når bør PPI kontinuieres og når bør PPI vurderes seponert. Kampanjen vil blant annet gi fastlegen praktiske råd for hvordan seponering av PPI kan gjøres.

Budskapene blir grundig gjennomgått i dialogen med fastlegen, og fastlegen får mulighet til å tilpasse gjennomgangen ut fra egen pasientgruppe, egne erfaringer og kunnskap innen emnet. KUPP er en svært godt egnet metode for å gi mer kunnskap om bruk av PPI i befolkningen og for å skape en bevissthet rundt slik forskrivning.

KUPP-metoden

Vi har siden KUPP-oppstarten i 2015 gjennomført nærmere 7000 fastlegebesøk med oppdatert kunnskap innen seks ulike kliniske emner. I enkelte regioner har det vært en dekningsgrad på 70–80 prosent på de siste to kampanjene. KUPP-kampanjene som er gjennomført er godt mottatt av fastlegene. Så mange som 99 prosent av fastlegene som har hatt besøk, ønsker nytt besøk og mener at KUPP er en egnet metode for praksisnær produsentuavhengig legemiddelinformasjon. Med ny kampanje er målet å gi tilbud om nytt besøk til de fastleger som allerede har blitt KUPP-et, men også tilby flere fastleger et KUPP-besøk.

I den lyriske stafetten vil vi at kolleger skal dele stemninger, tanker og assosiasjoner rundt et dikt som har betydning 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

Krukkelyrikk

Kan tekst og bokstaver nedskrevet på en krukke også være lyrikk?

Lyrikk, dikt eller poesi er definert som konsentrerte, subjektive tekster og kjennetegnes av språklig kreativitet (1).

Jeg må innrømme at jeg ikke er veldig god på dikt, hverken å finne eller å lese.

Jeg elsker krusker. I 2022 fant jeg en keramikk-krukke på Kistefos-museet. Kunstneren er Magne Furuholmen og den er laget i 2007. Som kunstner har han mange talenter å spille på; er musiker og komponist, men også billedkunstner og keramikker. Tekst og bokstaver er sentrale som bildeelementer i hans arbeider (2). Hva skjer hvis man dekonstruerer setninger, bryter dem ned til enkeltstående ord eller setter de sammen i nye kombinasjoner?

Denne keramikk-krukken talte til meg, både fordi den i seg selv er vakker, men

også fordi det på den brente leiren er malt eller skrapet ut ord eller tanker i en fri form, som utfordrer en til å tenke om igjen og om igjen på bokstavbildet og tekstbildet.

Hypnos descending

sweet droning, sweet dream /
late evening, or so it would seem /
I never thought. never thought I would /
the witchery of dry white wine /
slow moving stillness of syrupy time /
early morning sunrise /
or so it would seem /
I didn't think. didn't think we could

Hva fanget min oppmerksomhet og assosiasjon? Jo, ordene «hypnos descending».

Jeg tok utdanning i hypnose på RBUP/Rikshospitalet i 2020, og hadde stor glede av å praktisere klinisk hypnose (hypnoterapi) de siste årene jeg jobbet. Det er ganske sannsynlig at Furuholmen ikke tenkte på klinisk hypnose da han skrev setningene, kanskje heller på gresk mytologi? Men det traff meg som kreativt, vakkert og musisk.

REFERANSER

1. Store Norske leksikon
2. Magne Furuholmen/ In transit, ISBN987-82-7547-609-6.
3. Helgeland, H., Lindheim, M. Ø., Diseth, T. H. & Brodal, P. A. (2021) <https://tidsskriftet.no/2021/04/kronikk/klinisk-hypnose-en-revitalisering-av-legekunsten>.

Jeg vil utfordre min kjære søster Elisabeth Juvkam til neste utgave av *Utpostens* lyrikkspalte. Hun er en høyt verdsatt allmenn- og fastlege på Lønnås legesenter i Bærum. Det er ingen tvil om at hennes interesse og kunnskap om dikt klart overgår min.

KARI HILDE JUVKAM



ukentlig dosering


mounjaro[®]
tirzepatid injeksjon

Fremtidige muligheter med Mounjaro

Lilly har foreløpig ikke tilgjengelig produkt i Norge,
men du kan holde deg oppdatert ved å melde
deg på vårt nyhetsbrev. Skann QR-koden her



VEKTKONTROLL

Mounjaro er indisert som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkludert vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial KMI (kroppsmasseindeks) på

- ≥ 30 kg/m² (fedme) eller
- ≥ 27 kg/m² til < 30 kg/m² (overvekt) ved forekomst av minst én vektrelatert komorbiditet (f.eks. hypertensjon, dyslipidemi, obstruktiv søvnapné, kardiovaskulær sykdom, prediabetes eller diabetes mellitus type 2).



DIABETES TYPE 2

Mounjaro er indisert til behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og mosjon

- som monoterapi når metformin ikke kan benyttes på grunn av intoleranse eller kontraindikasjoner
- i tillegg til andre legemidler til behandling av diabetes.

De hyppigst rapporterte bivirkningene er gastrointestinale sykdommer,
inkludert kvalme, diaré, forstoppelse og oppkast.

Mounjaro tirzepatid injeksjonsvasker, oppløsning i ferdigfylt penn

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking Reseptgruppe C **Indikasjoner:** Diabetes mellitus type 2: Behandling av voksne med utilstrekkelig kontrollert diabetes mellitus type 2 som tillegg til diett og mosjon. Som monoterapi når metformin ikke kan benyttes pga. intoleranse eller kontraindikasjoner eller i tillegg til andre antidiabetikum. **Vektkontroll:** Som tillegg til diett med redusert kaloriinntak og økt fysisk aktivitet for vektkontroll, inkl. vekttap og vedlikehold av vekt, hos voksne med initial KMI på: ≥ 30 kg/m² eller ≥ 27 kg/m² - < 30 kg/m² ved forekomst av minst en vektrelatert komorbiditet. **Dosering:** Startdose er 2,5 mg 1 gang i uken, deretter skal dosen økes til 5 mg 1 gang i uken. Doseøkning a 2,5 mg kan foretas hver 4. uke om nødvendig. Anbefalt vedlikeholdsdose er 5, 10 og 15 mg, og maks. dose er 15 mg. Kan legges til eksisterende behandling med metformin og/eller SGLT2-hemmer uten doseendring, eller eksisterende behandling med sulfonylurea og/eller insulin, vurder behov for dosereduksjon. Se SPC for glemt dose, endring av doseringsplan, spesielle pasientgrupper og administrasjon. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Akutt pankreatitt er sett, og pasienter skal informeres om symptomer på dette. Ved mistenkt pankreatitt, skal tirzepatid seponeres, og ikke startes på nytt ved bekreftet pankreatittdiagnose. Kombinasjon med legemidler med effekt på insulinsekresjon (f.eks. sulfonylurea og/eller insulin), kan gi økt risiko for hypoglykemi (se dosering). Gastrointestinale bivirkninger, inkl. kvalme, oppkast og diaré er sett, og kan fore til dehydrering, noe som kan medføre nedsatt nyrefunksjon, inkl. akutt nyresvikt. Pasienter skal informeres om mulig risiko for dehydrering, og ta forholdsregler for å unngå vaskeunderskudd og elektrolyttforstyrrelser, spesielt eldre. Forsiktighet skal utvises ved alvorlig gastrointestinal sykdom, inkl. alvorlig gastroparese, pga. manglende erfaring. Forsiktighet skal utvises med egnet overvåking ved ikke-proliferativ diabetisk retinopati som krever akutt behandling, proliferativ diabetisk retinopati eller diabetisk makulaødem. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Ikke anbefalt under graviditet eller til fertile kvinner som ikke bruker prevensjonsmiddel. Ingen/begrenset human data. Påvist reproduksjonstoksitasitet hos dyr. **Amming:** Overgang i morsmelk er ukjent. Det må tas en beslutning om amming skal opphøre eller behandling avstas fra, basert på nytte-/risikovurdering. Fertilitet: Ikke kjent hos mennesker. **Bivirkninger:** Svært vanlige: Hypoglykemi*, kvalme, diaré. Vanlige: Overfølsomhetsreaksjoner, svimmelhet, hypotensjon, abdominalsmerter, oppkast, dyspepsi, forstoppelse, abdominal distensjon, raping, flatulens, gastroesofageal reflukssykdom, alopeci, fatigue, reaksjoner på injeksjonsstedet, økt hjertefrekvens, økt lipase, økt amylase. Mindre vanlige: Gallestein, kolecystitt, akutt pankreatitt, økt blodkalsitonin. Sjeldne: Anafylaktisk reaksjon, angioødem *Svart vanlig ved samtidig bruk av sulfonylurea eller insulin, vanlig ved samtidig bruk av metformin og SGLT2-hemmer og mindre vanlig ved samtidig bruk av metformin. **Overdosering/Forgiftning:** Behandling: Hensiktsmessig støttebehandling iht. pasientens kliniske tegn/symptomer. **For mer informasjon, se preparatomtalen (SPC) Innehaver av markedsføringstillatelsen:** Eli Lilly, Norge. **Kontaktinformasjon:** Telefon: 22881800 E-post: scan_medinfo@lilly.com **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 11.12.2023 **Pakninger og priser per 25.01.2024:** 2,5 mg: 4 x 0,5 ml (ferdigfylt penn) kr 3108,70 **5 mg:** 4 x 0,5 ml. (ferdigfylt penn) kr. 3108,70. (priser og ev. refusjon oppdateres hver 14. dag). **Utarbeidet** 01/2024

NORGE P. P.
Avsender:
Utposten
Sjøbergveien 32A
2066 Jessheim

Abonner på Utposten

