

Utnosten

2 2016
ÅRGANG 45

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Global
helse på
lokalt nivå

Fokus på
overvekt

I møte med
LHBT-pasienter

KONTOR:**RMR/UTPOSTEN, v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**ADRESSELISTE REDAKTØRENE AV UTPOSTEN:****Tom Sundar**

Gaupfaret 8

2480 Koppang

MOBIL: 454 84 047

E-POST: tom.sundar@gmail.com**Mona S. Søndena**

Parkveien 19

9900 Kirkenes

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**Badboni El-Safadi**

Gudes gate 1

1530 Moss

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com**Sigurd Høye**

Tiurveien 1

0852 Oslo

MOBIL: 404 51 747

E-POST: sigurd.hoye@gmail.com**Anne Grethe Olsen**

Hvalrossveien 19

9600 Hammerfest

MOBIL: 907 48 456

E-POST: angr-ols@online.no**Kristine Asmervik**

Sverdrupsvei 42

7020 Trondheim

MOBIL: 928 12 335

E-POST: kri-as-d@online.no**Mina Piiksi Dahli**

Myklegardgata 3B

0656 Oslo

MOBIL: 957 97 708

E-POST: minadahli@gmail.com**Dag-Helge Rønnevik**

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDER: Global helse på lokalt nivå***Kristine Asmervik***2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Fastlege med kunnskapsblikk***Alexander Wahl intervjuet av Badboni El-Safadi og Tom Sundar***7 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:****Den ideelle samtalesituasjonen****– en urealistisk forventning i allmennpraksis?***Arild Aambø***12 Overdiagnostikk i historisk perspektiv***Georg Espolin Johnson***18 Aktivitetsskolen i Finnmark for****overvektige barn – samhandling gir resultater***Ane Sofie Kokkvoll***24 Tett samarbeid viktig i behandling****av overvekt i allmennpraksis***Jeanette Roede og Lis Pedersen Strøm***26 '4-åringen din er for tjukk!'***Ingun Toftemo***28 Overvekt – viktig å spørre pasienten!***Morten Dag Nilsen***29 Blindtarmbetennelse og****opplevelser med fransk helsevesen***Kjeld Malde***32 Noen kommer og noen går. Hvorfor
slutter allmennleger i Sogn og Fjordane?***Rune Arild Larsen og Gunnar Tschudi Bondevik***36 REFLEKSJONSNOTAT: 'Stillheten som samtale'***Julie Steinsdatter Stenehjelm***37 Nyttig å vite og enkelt å lære om
lesbiske, bifile og homofile pasienter***Mari Bjørkmann***40 ALLMENNMEDISINSK DOKTORAVHANDLING:****Brystsmerter på legevakten – diagnostikk,
behandling og legenes toleranse for risiko***Robert Burman***41 Avmakt og NAVmakt – en bekymringsmelding***Harald Sundby***43 Hvem skal passe folkets pasientopplysninger?***Nils Kristian Sandtrøen, Tor Halvor Bjørnstad-Tuveng og Marte Kvittum Tangen***44 FASTE SPALTER****LYRIKKSTAFETTEN 44****TIPS TIL PRAKSIS 45****RELIS 46**

Global helse på lokalt nivå

Ifølge WHO er FNs tusenårsmål essensielle for å oppnå verdensfred, økonomisk stabilitet, og å sikre de grunnleggende menneskerettighetene, likestilling og rettferdighet (1). Hvordan gikk det med tusenårsmålene frem mot 2015, og hva er utfordringen videre?

Flere land har oppnådd gode resultater. Tusenårsmål nr. 1 om å halvere verdens fattigdom vil nås. Allerede har 90 prosent av verdens befolkning tilgang til utdanning (tusenårsmål nr. 2). Enda er det langt igjen for å redusere diskriminering av kvinner og redusere barnedødeligheten og svangerskapsrelaterte dødsfall (tusenårsmål nr. 3, 4 og 5). Uroligheter, krig og mennesker på flukt medvirker til at vi ikke får bedre resultater på de nevnte målene (2).

Å utrydde smittsomme sykdommer som malaria, tuberkulose, HIV og aids er utfordrende (tusenårsmål nr. 6). Barn fra for eksempel Syria har bare delvis fått sine barnevaksiner, og tuberkulose får rotfeste under trangboddhet og dårlige sanitære forhold.

Påvirker global helse vår helsehverdag? Ja, det vil jeg si at den gjør – tenk bare på arbeidet i forbindelse med flyktningestrømmen. Vi skal også gi tilbud om MMR- og BCG-vaksiner. Samtidig har vi sett store epidemier i den senere tid: ebolaepidemien i Vest-Afrika og nå zikavirusepidemien i Sør- og Mellom-Amerika.

Ebolaepidemien ble i januar i år erklært avsluttet, men det kommer ganske sikkert nye utbrudd. Ebolaviruset har potensial til å spre seg raskt, ta mange liv og migrere mellom landene med vår tids største vektor – flymaskinen. På flyplasser, i sykehus, på legevakt, og på fastlegekontor har man jobbet fram prosedyrer for å hantes med eventuell smittespredning. Forskere og legemiddelindustri er godt i gang med å produsere en vaksine. Ebola aktualiserte begrepet helseberedskap, noe Norge og Folkehelseinstituttet har arbeidet internasjonalt med siden 2013. Kort sagt handler det om å styrke helseberedskapen i lav- og mellominntektsland og sette dem i stand til raskt å identifisere og håndtere sykdomsutbrudd, kriser og katastrofer som truer folkehelsen.

Farlige smittsomme sykdommer som malaria tilhører FNs tusenårsmål nr. 6. Men så har søskenbarnet til malariaviruset, zikaviruset, dukket opp og skapt furor; WHO har erklært en internasjonal folkehelsekrise. Zikafeber i svangerskapet kobles til det brått økende antall fødte barn med mikrokefali i Sør- og Mellom-Amerika.

Bare siden oktober 2015 er det født over 4000 barn med mikrokefali i Brasil, mot kun 150 i hele 2014. Viruset er imidlertid ikke nytt. Det har eksistert i over 70 år i områder i og omkring Zikaskogen i Uganda, der viruset først ble identifisert. Zikafeber har til nå vært en lite utbredt sykdom, men har spredt seg via stillehavsoyene til Sør- og Mellom-Amerika. I 2014 var Polynesia rammet av en epidemi. I Uganda er vektoren for zikaviruset en mygg som trives best i jungelen og biter i all hovedsak aper. I Sør- og Mellom-Amerika, derimot, finnes myggen i byer. Vann samles tradisjonelt opp i tanker nær husene og her legger myggen egg. Denne myggen foretrekker å bite mennesker. Helsemyndighetene i rammede land bruker militære styrker for å spre pesticider som skal drepe myggen, og man fraråder fertile kvinner å bli gravide i de neste to årene i håp om å redusere antall barn født med mikrokefali. Helsemyndigheten antar at det vil ta to til ti år å utvikle en vaksine.

Norske helsemyndigheter fraråder gravide og kvinner som planlegger å bli gravid å dra til områder med zikavirussmitte. Gravide som har vært i epidemiiske områder skal følges tett opp av spesialisthelsetjenesten. Blodprøver analyseres i Sverige, men FHI holder på å etablere et system for testing av zikavirus i Norge. Zikaviruset smitter mennesker via mygg, men funn av viruset i sæd har avstedkommet anbefalingen om bruk av kondom dersom man har vært på reise i epidemiiske områder. Ettersom mygg er vektor og denne trenger varmere klima, er det liten fare for en epidemi av zikafeber i Norden (3).

Noncommunicable diseases (NCD) er et av WHO's arbeidsfelt. NCD inkluderer hjerte-karsykdommer, hjerneslag, kreft,

diabetes og kroniske lungesykdommer – som samlet sett forårsaker 70 prosent av alle dødsfall i verden. Tre fjerdedeler av de som dør av NCD før 70-årsalder bor i et lav- eller middelsinntektsland. Risiko-faktorene for disse sykdommene er tobakk, fysisk inaktivitet, overforbruk av alkohol og usunt kosthold (4).

Også i Norge har vi en økende befolkningsandel som er overvektige, men hvorfor blir vi stadig større og tyngre når vi ikke spiser mer enn før? Er det hverdagsaktiviteten som er gått ned? Forskning.no publiserte nylig en artikkel som stilte spørsmål om overvektens ukjente årsaksfaktor – «faktor X» (5). Forfatteren antyder at det ikke er så enkelt som at én kalori inn tilsvarer én kalori ut for å holde vekten. Hva så med nedsatt forbrenning, tarmbakteriers sammensetning, mengden brunt fett eller miljøgifter? Uansett er dette et multifaktorielt problem som krever flere tilnærminger. I dette nummeret dedikerer vi overvektsproblematikken litt mer plass, i noen artikler er livsstils- og kostholdsendringer i fokus, andre konsentrerer seg mer om aktivitet for barn der også familien involveres for å demme opp for utviklingen av overvekt blant barn.

KRISTINE ASMERVIK

REFERANSER

1. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Lis t_6212&Main_6157=6263:0:25,7134&MainContent_6263=6464:0:25,7279&List_6212=6218:0:25,9607:1:0:0:0:0
2. www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/innsiktsmappe/fn_mdg/id613848#1
3. www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_6496&Main_6157=6263:0:25,6564&MainContent_6263=6496:0:25,6565&Content_6496=6178:117631:25,6565:0:6562:1:0:0:0
4. www.who.int/ncds/en/
5. www.forskning.no/2016/01/finnes-det-en-x-faktor-bak-fedmeepidemien

TUSENÅRSMÅLENE MOT 2015

- ❶ Utrydde ekstrem fattigdom og sult
- ❷ Sikre utdanning for alle
- ❸ Styrke kvinners stilling
- ❹ Redusere barnedødelighet
- ❺ Redusere svangerskapsrelatert dødelighet
- ❻ Stoppe spredning av hiv/aids, malaria og andre dødelige sykdommer
- ❼ Sikre miljømessig bærekraftig utvikling
- ❽ Bygge et globalt partnerskap for utvikling

Fastlege med k

Alexander Wahl ■ INTERVJUET AV BADBONI EL-SAFADI OG TOM SUNDAR

Alexander Wahl var et nokså ubeskrevet blad i norsk allmennmedisin da han i 2010 dukket opp i Helsebiblioteket som emneredaktør for primærhelsetjenestefag. Siden den gang har Oslolegen fått en fremskutt posisjon som kursleder, formidler og skribent. Og når det kommer til nettbaserte kunnskapskilder, er han riktig mann å spørre.

– Jeg begynte i Helsebiblioteket fordi jeg fornemmet at her lå det en helt ny verden for kunnskapsformidling og kunnskapsøk. Nå kunne vi som allmennleger få medisinske nyheter rett 'inn på skjermen'. Store internasjonale oppslagsverk og databaser var i ferd med å bli tilgjengelige for alle! At fagkunnskapen jeg tilegnet meg i Helsebiblioteket omgående kunne brukes i praksis, syntes jeg var besnærende. Og heldigvis ble min kliniske erfaring verd satt i Helsebibliotekets redaksjon.

– Det er jo det vi på fagspråket liker å kalle en «vinn-vinn-situasjon», sier Alexander Wahl engasjert. Han tar imot *Utposten* til en «dobbelttime» på Kurbadet legesenter, hans hovedarbeidssted sentralt i Oslo, hvor han driver fastlegepraksis sammen med tre kvinnelige kolleger. Wahl er på legekontoret tre dager i uken. De to øvrige ukedagene går med til å skjøtte stillingen som emneredaktør for fagområdet primærhelsetjeneste i Helsebiblioteket.

– Det gir meg en viss grad av tiltrengt fleksibilitet, sier han lunt og byr oss på hjemmelaget kake.

Fagkunnskap er grunnlaget for kvalitet

Allerede i 1986, da han var ung medisinstudent ved Universitetet i Oslo, ble han redaktør i studentavisa *Æsculap*. Det ga både mersmak for og innblikk i redaksjonelt arbeid – og nyttige erfaringer som han får bruk for i sitt nåværende arbeid som emne-

redaktør i Helsebiblioteket. Men den største motivasjon henter han fra arbeidet med sine pasienter.

– Jeg vil gi pasientene best mulig behandling. Da hører det selvsagt med at man først må diagnostisere korrekt. Det er jo nå en gang slik at både vanlige og sjeldne sykdommer presenteres først hos allmennlegen, og da er det vår oppgave å kunne erkjenne at 'denne pasienten bør utredes nærmere'. Da må vi være gode på fag, det inkluderer tidvis også sjeldne sykdommer, sier Alexander Wahl som for tiden er ansvarlig for pasientinformasjonen i Helsebiblioteket.

– I mange år har allmennmedisinen kjempet for å definere eget fag, og det er bra, men av og til har jeg hørt sjeldne sykdommer bli omtalt av allmennleger på litt nedsettende vis som «Rikshospitalmedisin». Den type holdning har jeg lite til overs for. Som allmennleger må vi kunne tenke 'både og': Vi må si ja til å håndtere både hverdagsplagene, folkesykdommene og de sjeldne sykdommene. Vi må enkelt sagt ta ansvar for det som kommer på vår liste, sier 52-åringen.

Et karakteristisk kunnskapsblikk.

Rock'n Roll

Da han begynte i Helsebiblioteket, gikk det ikke lang tid før han ble etterspurt til å holde innlegg og kurs om nettbaserte kunnskapssøk for allmennleger. Men for en som ikke var veldig vant til å holde powerpoint-presentasjoner ble det en bratt læringskurve.



kunnskapsblikk



På det lune kontoret føler pasientene seg godt ivaretatt.

– Jeg husker spesielt godt et kurs på Primærmedisinsk uke i 2010. Jeg stod der, relativt fersk i rollen, foran en sal med flinke leger og tviholdt på manuset den første timen. Men så tenkte jeg: «Dette må jeg gjøre noe med!» Og for hver sesjon utover dagen slapp jeg meg mer og mer løs. Det fungerte, og mot slutten av kurset hadde jeg kastet manus. Da dagen var over, kom en av kursdeltakerne bort og

sa: «Dette var skikkelig Rock'n Roll!» – og det var den beste tilbakemeldingen jeg kunne få! smiler Alexander Wahl.

Det hører med til historien at en av kursdeltakerne den dagen var Sverre Lundevall, som var veilederkoordinator i Legeforeningen. Han inviterte Wahl til å komme og holde innlegg for veilederkorpset. Ikke bare var det en tillitserklæring; det skulle også bli en døråpner inn til et senere engasjement som veileder i allmennmedisin.

Wahl har bestandig hatt en eller annen bistilling ved siden av fastlegearbeidet – som helsestasjonslege, skolelege, vaksinasjonslege eller sykehjemslege. Men jobben i Helsebiblioteket var den første han opp-

levde som 'annerledes'. I redaktørrollen – som han tidligere hadde oppfattet som noe 'svevende' – fikk han etter hvert følelsen av å ha et viktig pedagogisk ansvar. Men det skremte ham ikke: – Jeg har fått veldig god hjelp av kollegene i redaksjonen, samtidig har de gitt meg tillitt til å gjøre det jeg synes er fornuftig å gjøre. Årene i Helsebiblioteket har jeg aldri angret på!

Trenger gode filtre

Intervjuobjektet medgir at han bestandig har vært interessert i elektroniske duppeter og hjelpemidler, allerede fra turnusdagene. Det var også på den tiden han



I øyehøyde til de minste pasientene er det små klistrelapper som vekker barnas interesse og gir ønsket kontakt.

sendte sin aller første tekst til *Utposten*, en petit-artikkel som han kalte: «Sesam sesam – lukk deg opp!».

– Den handlet om en pasient med en svært sjelden diagnose. Den var så sjelden at de ikke visste hva som feilte ham på sykehuspoliklinikken. Som turnuslege fikk jeg beskjed om at det skulle komme en pasient man ikke ble helt klok på. Jeg ble bedt om å finne ut hva som feilte ham. Det hele var sagt litt ironisk, i og med at ingen trodde at jeg skulle klare det. Jeg gikk på kontoret og begynte å søke inne på datamaskinen. På den tiden fantes ikke Internett og jeg måtte søke i Pubmed via CD. Jeg tastet inn en rekke symptomer og da kom det opp mange alternativer, blant annet Bartter's syndrom – en elektrolyttforstyrrelse og nyresykdom. Anbefalt behandling var å gi ACE-hemmer. Det jeg fant ut, fikk konsekvenser for behandlingen av denne pasienten, og da skjønte jeg for alvor hvor stort potensial dette elektroniske verktøyet hadde. Senere var jeg på kurs i USA for å lære å bruke *Palm*, datidens håndholdte datamaskin. Å bruke et elektronisk oppslagsverk på denne måten var rett og slett

fascinerende og jeg skjønte at jeg måtte bli god på det, for å finne svar raskt, sier Alexander Wahl.

– Her er vi inne på hovedbudskapet mitt når jeg underviser, nemlig at Helsebiblioteket er et unikt verktøy. Dersom man blir god på det, kan man bruke desto mer tid på pasientene, understreker han. Og han legger til: – Tiden etter Internett og Helsennett preges av at medisinsk informasjon er blitt tilgjengelig på en helt ny måte i vår arbeidshverdag. Men et dilemma i allmennpraksis er å bli klar over når en medisinsk nyhet er så viktig at man som lege bør endre praksis. Vi utsettes for mye informasjon i vår arbeidshverdag, derfor trenger vi gode filtre for å sile ut det som er viktig. Da må vi vite hvor vi kan slå opp for å finne nødvendig informasjon, holde oss oppdatert og sørge for at vi jobber i tråd med gjeldende retningslinjer.

Legemidler til besvær

Et tema som opptar Wahl, er legers forskrivning av legemidler. Over tid har han oppdagat at en rekke legemidler ikke gir

den ønskete effekten på pasientene, men likevel finnes de fortsatt i salg.

– Før et legemiddel skal kunne tas i bruk i Europa, må EMA (RED. ANM.: *European Medicines Agency*) godkjenne det. Dette er en lang prosess. Legemiddelet må gjennom en rekke tester og publiserte effektstudier. Imidlertid er det uvisst hvorvidt legemiddelfirmaene faktisk publiserer studier som ikke viser effekt. Nettopp dette ønsker ALLTRIALS CAMPAIGN (1) å avdekke, for å sikre et bredere evidensgrunnlag før de godkjenner legemidler. Så er det jo slik at det kommer nye studier etter at et legemiddel er introdusert. Selv om studier skulle svekke troverdigheten til et legemiddel, blir det ikke trukket fra markedet. Det eneste som kan gjøre at et legemiddel blir trukket er at salget går ned. Men sånn bør det ikke være, mener Alexander Wahl.

– Det som gjør at et legemiddel fortsatt er i salg er ikke nødvendigvis effekten det var ment å ha, men at legestanden har vendt seg til å forskrive det. Ta for eksempel glukosamin: Minst 10 studier har vist at det ikke har effekt på å forebygge smerter ved gonartrose, slik det var forespeilet

tidligere (2). Dette er et nokså harmløst legemiddel med få bivirkninger. Det finnes alternativer med uheldige bivirkninger som til og med kan være farlig å bruke. Eller ta Cordarone, for eksempel, der en metaanalyse (3) viser at det ikke var lavere dødelighet ved bruk av dette legemiddelet sammenliknet med placebo. Cordarone har dessuten toksiske effekter på lungene og stoffskiftet samt en hel bråte med andre bivirkninger. Med andre ord har vi en medisin som ikke gir økt overlevelseshastighet, men som kan gi en rekke alvorlige bivirkninger. Og i Norge var det i 2014 over 5000 nye pasienter som ble satt på dette legemiddelet, trass i at indikasjonene er kjempestrengt. Det står at medikamentet kun skal skrives ut dersom andre antiarytmika ikke har hatt effekt. Men si meg: Hvem er det som følger opp dette? spør Wahl.

Han utdyper sitt standpunkt: – Jeg betviler ikke at det finnes sub-grupper som må ha denne medisinen på grunnlag av sine symptomer, men at tallet skal være over 5000 personer i Norge i løpet av ett år kan jeg vanskelig forstå. Vi må også huske at mange av studiene er designet for en nokså ensartet populasjon, mens medisinen i realiteten skrives ut «til alle pasienter». Noen av disse har tilleggsdiagnoser; de bruker flere medisiner i kombinasjon og tilhører en annen aldersgruppe enn det som var tilfellet i studiene.

Det han etterlyser er flere «real life»-studier der pasientene er randomisert slik at man kan se om effekten virkelig er til stede i brukergruppen og ikke bare i et nokså kontrollert studium som også er svært selektert.

Forskning i allmennmedisin

Her viser han til nye forskningsnettverk som står på trappene, der allmennleger kan bidra til å gjennomføre «real life»-studier og i større grad avstedkomme resultater med norske pasienter, Wahl oppfordrer flest mulig til å delta, både fordi det gjør arbeidsdagen mer spennende og fordi det danner en bred erfaringsbase for riktig legemiddelbruk.

– Forskning er viktig for allmennleger. Vi trenger å lære om metodikk, om tolkning av forskningsresultater og ikke minst om å ha et kritisk blikk, påpeker mannen som selv var i gang med en studie for mange år siden. Han studerte helsemessige kostnader av opprydningsarbeid etter stormherjinger på Vestlandet i 1991. Mens noen forskere konsentrerte seg om ulykker og død som følge av stormen, rettet han oppmerksomheten mot skadevirkningene av selve opp-

rydningen – for eksempel hos ‘gamlefar’ som stod på hustaket med hammeren eller en annen som stod der med motorsagen, og ikke var vant til å bruke den.

– Det var en forholdsvis enkel studie med opptelling. Rett før jeg sendte inn manuskriptet hadde noen i nabokommunen publisert en liknende studie, medgir Alexander Wahl. Artikkelen havnet i søpla, men i ettertid gleder han seg over den verdifulle erfaringen han fikk med å sette i gang et forskningsprosjekt. Og han leser forskningsresultater med andre øyne enn det han gjorde før han tilegnet seg denne kunnskapen.

– Jeg har stor respekt for de som forsker. Jeg tror det er viktig å knytte seg til et forskningsmiljø ved et universitet. Der kan man få god veiledning til å designe et godt prosjekt med solid statistikk. Dessuten får man vite om ens egne erfaringer er tuftet på forskningsbasert kunnskap. Det er godt med tro, men viten er bedre!

Peking-anda

Det er ikke bare i fastlegepraksisen at Alexander Wahl er omgitt av kvinner. På hjemmebane har han sin kone Anette og to voksne døtre. Da de reiste til turnustjenesten på Nordvestlandet i 1992 var det ikke uten dramatik, for på tur til Molde oppstod et uvær man sjeldent hadde sett maken til.

– Jeg husker snøflak så store at vi flere ganger måtte stoppe bilen for å måke vindusrutene. Trær hadde blåst over svære kantstein. Det var en skummel, men litt eventyrlig start på turnustiden, minnes han. Distriktsturnusen hadde han i Gjemnes på Nordmøre, en liten kommune med 2000 innbyggere som ble betjent av to leger og en turnuskandidat. Etter distriktsturnus kom Wahl til Molde sykehus – der han var LIS-lege i 13 måneder før han dro videre. Etter å ha jobbet i flere kommuner rundt Molde, bestemte familien seg for å flytte tilbake til Oslo-området.

Det hører med til historien at den gang Wahl var turnuslege i distrikt, ble både kommunelege 1 og kommunelege 2 syk-meldt på samme tid. Da ble han plutselig alene som doktor i bygda og fikk virkelig «smake» på faget samfunnsmedisin.

– Instruksen var klar når det gjaldt hvilke lovparagrafer jeg skulle ignorere. Alle syntes nemlig at det var så mange lover og forskrifter å forholde seg til, at man kunne gå «helt i spagaten». Og i ettertid er det bare å erkjenne at det oppstod en moralsk dissonans hvor man som offentlig embedsmann står ansvarlig samtidig som man ikke følger opp idealene fra de offentlig styrende myndigheter. Vi hadde ikke bemanning og ressurser nok til det.

Samtalen tar en relevant digresjon: – Det kan jo bli litt sånn som med «Peking-anda»; at man blir stappet full av all informasjon om hvordan ting skal være, men så kommer neste offentlige tjenestemann og fortsetter å stappe og forteller hvordan han mener forskriftene skal følges. Det ender jo med at anda blir veldig tykk, men så får den heller ikke til noe som helst, sier Alexander Wahl med et smil.

Sykkelen er fremkomst-middelet, uansett vær.



– Poenget er: Jeg tror nok at legestanden er seg sitt ansvar bevisst. Vi lærer å prioritere. For eksempel ser vi at dagens allmenn- og samfunnsmedisinere retter sin oppmerksomhet mot overdiagnostikk og overbehandling. Selvsagt er det enklere for en allmennlege å henvise en pasient med vondt kne til en unødvendig MR-undersøkelse, enn å ta «kampen» med vedkommende og forklarer hvorfor man alternativt ikke vil henvise, sier han.

Som veileder for en gruppe ALIS (allmennleger i spesialisering) er Wahl opp-tatt av at unge leger opparbeider seg gode henvisningsrutiner og evne til selvkritikk fra starten av. I det hele tatt opplever han veilederrollen som en lærerik oppgave, ikke minst når det gjelder å bygge identiteten til allmennlegene: – Å dele erfaringer og følelser med kolleger, er noe man ikke får gjort på et nettkurs, sier han med oppriktighet.

– Det har skjedd en enorm utvikling fra den gangen jeg selv gikk i veiledning. I dag er det mer fokus på gruppeprosessen, måter man kan aktivisere gruppen – og ikke bare sitte passivt rundt et bord. Det er moro

å se hvor engasjerte gruppemedlemmene er. Det er oppløftende for fagutviklingen av allmennlegekorpset – i tillegg er det inspirerende for meg, sier den ferske veilederen.

Humor og tålmodighet

På sitt eget legekontor benytter han mer enn gjerne humor som en vitamininn-sprøytning for å bidra til trivsel og glede i arbeidshverdagen. Blant annet har han innredet kontoret med små klistremerker på steder som barn lett for øyet på, for eksempel på beina til undersøkelsesbenken. På den måten sikrer han gode opplevelser til sine yngre pasienter. Nevnes må også at han for noen vintre siden, da han var ute og handlet julegaver, gikk forbi gutta i underholdningsserien «Karl Johan» på NRK. Wahl slapp ikke unna, og ble bedt inn som gjest på programmet.

– En av mine pasienter har fortalt meg at hun har sluttet helt med antidepressiva etter at hun så meg på «Karl Johan». Hver gang hun følte seg nedfor så satte hun på innslaget der jeg var med, da følte hun

seg straks i bedre humør. Det er klart humor har en viktig plass i folks helse. Brukt riktig, kan humor fremme god helse. Det har med trivsel å gjøre, og det står det lite om i lærebøkene. Det samme gjelder tålmodighet, og heller ikke det står det mye om i lærebøkene. I travelhetens hverdag går vi glipp av noe i møtet med pasientene våre. Ved å styre arbeidsdagen og kanskje sette av mer tid til hver pasient, blir det lettere å være tålmodig – og det tror jeg kan minske stress. For selv om vi er frustrerte og slitne fra tid til annen, og det å være allmennlege kan utsette oss for en del ubehag, må vi huske på at det er fantastisk givende å kunne snakke om de viktige tingene i livet med andre mennesker – og være tilstede for dem som trenger oss, avslutter Alexander Wahl.

REFERANSER

1. <http://www.alltrials.net/>
2. Wu D, Huang Y, Gu Y, Fan W. Efficacies of different preparations of glucosamine for the treatment of osteoarthritis: a meta-analysis of randomised, double-blind, placebo-controlled trials. *Int J Clin Pract.* 2013; 67: 585–94.
3. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19336434>

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

Den ideelle samtalesituasjonen – en urealistisk forventning i allmennpraksis?

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver,
NAKMI Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse

- «Den ideelle samtalesituasjonen» bunner i en forventning om at vi (kun) gjennom utvunget, åpen og ærlig diskusjon kan nå frem til enighet.
- Flere avvik fra «den ideelle samtalesituasjonen» er så inngrodd i klinisk praksis at mange leger og pasienter ikke er seg bevisst hvordan avvikene påvirker samtalen.
- Både pasient og lege bidrar på ulike måter til avvik fra en slik ideell fordring.
- Kjennskap til pasientens livshistorie vil i mange tilfeller skape bedre balanse, bedre dialogen og skape muligheter for gjensidig forståelse.



Siden januar 2014 har *Utposten* i samarbeid med NAKMI presentert sju artikler om kliniske problemstillinger; relevante for allmennpraksis generelt, men med spesiell betydning for praksis i et kulturelt komplekst

miljø (1–7). Pasienthistorier gjengis her fra ulike synspunkt, men med ett fellestrekk: problemer i det kliniske møtet som det er vanskelig å sette fingeren på. Den vage følelsen av forventninger som ikke innfris førte

til at pasienthistoriene ble gjennomgått på nytt, nå med tanke på hvilke mulige avvik fra en antatt norm vi kan stå overfor.

Den tyske filosofen Jürgen Habermas lanserte i sin tid begrepet «den ideelle sam-

talesituasjonen» og beskriver i forbindelse med dette visse forventninger som vi gjerne har til målrettede samtaler. Kort gjen-gitt dreier det seg om at vi, når vi skal snakke med noen for å bli enige om en sak, har en iboende forventning om at alle de som saken vedgår får komme til orde og, videre, at de er sannferdige og etterrettelige i sine uttalelser (8). En slik fri, åpen og ærlig diskusjon betinger dessuten at deltakerne er innstilt på at deres ideer kan utfordres og kritiseres av andre, slik at kun argumenter som er fornuftig formulert blir stående – gjerne støttet av relevant og overbevisende evidens. Personlighet, status, makt eller retoriske ferdigheter er i denne sammenhengen irrelevante.

I vår kliniske hverdag er vi avhengige av at pasienten åpent og ærlig gir opplysninger til vår anamnese. Videre trenger vi å komme til enighet om behandlingsopplegg og oppfølging. «Pasientsentrert medisin» legger stor vekt på pasientens egne verdier og preferanser, og det forventes at pasienten har innflytelse over beslutninger som måtte angå deres helse. Det krever at pasientens synspunkter tas alvorlig. Likedan om pasienten aktivt skal kunne ta del i utformingen av helsehjelpen. Det krever dessuten at pasienten har nødvendig kompetanse, noe legen/helsearbeideren er forpliktet til å bidra til (9). Det kan derfor virke som om «den ideelle samtalsituasjonen» som Habermas beskriver, er viktig å etterstrebe også i vår kliniske hverdag – selv om hans utgangspunkt var politiske beslutningsprosesser.

Men Habermas var nok også klar over at en slik ideell samtalsituasjon kan være høyst urealiserbar. Hva om relevant informasjon eller evidens slett ikke finnes? Eller om deltakerne ikke skjønner betydningen av det som blir sagt og derfor ikke kan vurdere hvilke argumenter som er holdbare? Det kan også være at noen tåper utilbørlig makt i diskusjonen, ikke nødvendigvis åpenlyst i form av trusler eller skremser, men for eksempel ved at enkelte ikke kommer til orde, at argumenter neglisjeres, kritiske røster ties i hjel eller visse former for evidens holdes tilbake. I enkelte sosiokulturelle sammenhenger er ulikheter i maktutøvelse – for eksempel mellom kvinner og menn eller lege og pasient – så inngrodd at en tar ulikheten for gitt og ikke legger merke til hvordan den påvirker samtalen (8).

I denne artikkelen vil jeg derfor se de tidligere artiklene i lys av «den ideelle samtalsituasjonen», og drøfte dennes vilkår i en flerkulturell allmennpraksis. Først presenteres enkelte problemstillinger pasienten bidrar til, deretter hva legen gjør – eller ikke

gjør – som avviker fra de skisserte idealene og til slutt kommer noen refleksjoner over hva som kan bidra til bedre samtaler.

Manglende forståelse for hva saken dreier seg om

Pasienten kan, som Habermas antyder, mangle forutsetninger for å forstå betydningen av legens handlinger eller argumenter. Det kan i enkelte tilfeller tilskrives pasientens utdannelsesnivå, i andre tilfeller hans eller hennes mentale tilstand (1). Det kan også skyldes språkvansker, eller at legers tenkemåte til tider skiller seg sterkt fra lekemannens. Det følgende er utsnitt fra Aminas historie (3):

... «Legen lyttet på hjertet, målte blodtrykket og tok prøve på om jeg hadde en infeksjon, men jeg hadde problemer med å spise, følte meg svimmel, tung i hodet, og klarte ikke å følge med i en samtale. Dessuten hadde jeg diaré»

... Deretter ble hun sendt til koloskopi. Legen som utførte denne fortalte da: «Du har mye slim!» Men Amina visste verken hva «slim» var eller hvor det kom fra, og bekymringene økte på: «Hvis en har fått svar og en bra forklaring, så føler en seg frisk. Men når en ikke får svar, og ingen forklaring, blir en svært bekymret.»

Så lenge pasienten spør for å få klarhet i saken, er vel den manglende forståelsen knapt et problem, men det kan fort bli det dersom han eller hun ikke spør, eller hvis legen ikke er villig til å forklare. Og når pasienten verken forstår legens handlinger eller betydningen av de funnene som er gjort, er det opplagt at grunnlaget for felles beslutninger basert på de beste argumentene ikke er til stede.

Mangelfulle eller utelatte opplysninger

Det hender at pasienten utelater vesentlig informasjon. Noen tror at deres tanker og meninger ikke er relevante, og forteller derfor ikke spontant om visse forhold ved sin sykdomstilstand (3). Andre har problemer med å sette ord på eller formidle sine opplevelser, slik vi aner det i følgende utsnitt:

Og barna ... de var velutdannet ... de fikk ikke tak i hva som hadde skjedd med faren. Hva de før hadde tenkt på, det fikk ikke jeg tak i. De virket redde ... Da tror jeg det var noe de vurderte ... at far var grepet av ett eller annet ... ett eller annet som var skjedd med ham som de ikke turte å gå inn i. Hele familien strevde og de visste ikke hvordan de skulle forstå situasjonen (4).

Enkelte unnlater bevisst å fortelle, slik som Suad (7) som hadde mistet troen på at hun ville bli forstått:

... Jeg oppsøkte fastlegen flere ganger, ofte for hodepine, svimmelhet og magesmerter, men med en gang jeg nevnte sykkelulykken, fikk jeg samme svar. Jeg ble etter hvert veldig forsiktig – både med familien, som ikke forstod hva jeg slet med, og overfor hel-sevesenet som serverte samme forklaring samme hva jeg kom med. Jeg skulle ikke plage noen, eller få dem til å tro noe stygt om meg. Det var slitsomt.

Det kan også være at pasienten har mistet evnen til å uttrykke seg, som ved demens (1). Visse emner kan være tabubelagt, som for eksempel alkoholmisbruk hos muslimer (1), mens andre ikke vil gå inn på forhold som er forbundet med sterke og vonde følelser fordi de verken har tid eller overskudd til å forholde seg til slikt i den situasjonen de befinner seg. Noen ganger overstyrer hensynet til andre informasjonsflyten:

... Selv om marerittene holder ham våken flere timer hver natt, vil han ikke snakke om dette. Heller ikke hans familie vet noe om hvorfor han har mareritt – han mener de ikke skal belastes og såres med dette. Smer-tene forverres (5).

Noen opplever at hva de kan snakke med legen eller andre profesjonelle om bestemmes av andre. I Naimas tilfelle (5) var det først og fremst mannen som på voldelig vis kontrollerte henne. Frykten for konsekvensene av å snakke medførte da at hun ikke fikk nødvendig hjelp:

... Før slike møter hendte det at Naima ble banket opp for at hun skulle forstå konsekvensene av ikke å holdt tett, og under møtene kontrollerte Seif hele tiden hva hun kunne si – ikke verbalt, men ved sitt blikk. Slik levde Naima i mange år med frykt for Barnevernet på den ene siden og for volds-handlinger fra mannen på den andre.

I dette tilfellet ble det også gitt falske forklaringer. Når informasjon på denne måten uteblir eller forvrengs, uteblir også grunnlaget for felles forståelse og videre samarbeid.

Fra pasientens side kan altså avvikene bunne i manglende forutsetninger for å forstå legens synspunkter og handlemåte. Men det kan også være at pasienten av ulike grunner ikke bidrar med avgjørende informasjon, for eksempel når det er vanskelig å sette ord på erfaringer, når erfaringene er knyttet til vonde og overveldende følelser som en vil beskytte både seg selv og andre for, om pasienten tror at hva han eller hun måtte mene ikke har noen betydning, om vedkommende er redd for ikke å bli hørt, eller rett og slett ikke tør fortelle sannheten av frykt for konsekvensene. Alle disse forholdene avviker fra idealene.

Legens påvirkning på samtalsituasjonen

Noen ganger har pasienten en annen oppfatning av sin tilstand enn legen. For eksempel slet Amina med en rekke plagsomme symptomer mens legene stadig sa at hun var frisk. Dette er ingen uvanlig situasjon, og slik uenighet representerer ikke et avvik fra normen. Avviket manifesteres derimot om legen neglisjerer pasientens synspunkter eller unnlater å gi, eller endog holder tilbake informasjon:

Særlig vanskelig var det for henne når legene stadig sa at hun var frisk, eller når hun ikke fikk svar på de undersøkelsene som var tatt. Hun ble da redd for at det var noe alvorlig som feilte henne og som legene ikke ville fortelle om (3).

Når det er opp til legen å frembringe aktuell informasjon, for eksempel gjennom kliniske undersøkelser, vil pasienten være mer eller mindre prisgitt legens vurdering av hvilken informasjon som er nødvendig. Legens synspunkter er da ikke alltid lette å akseptere. Verre er det likevel om pasienten ikke får den informasjonen han eller hun trenger for å forstå og ta grep om sin situasjon, eller om den informasjonen som gis, er tvetydig:

... Noen ganger når jeg er hos legen, forteller han at kolesterolet mitt er for høyt, men at alt er bra og jeg trenger ikke komme tilbake på tre måneder. Han overlater hele kontrollen til meg ... og så tenker jeg på det! (6)

I enkelte tilfeller er pasientens erfaringer avgjørende for videre samarbeid. Likevel hender det at legen ikke tar informasjon fra pasienten inn over seg, eller til og med at den direkte avvises. Eksemplet nedenfor er hentet fra Aminas historie (3). Hun hadde under et opphold i Syria oppsøkt en syrisk lege. Han gastroskoperte henne og påviste at hun hadde magesår:

... Hun fikk en kort og intens kur som hun syntes hjalp svært godt – i alle fall der og da. Legen hadde gjort videoopptak av både undersøkelse og behandling. Videofilmen tok hun med til Norge, men legene hun traff her var ikke interesserte i å se den.

Det kan i dette tilfellet se ut som om legene ikke var innstilt på at deres ideer og kunnskap kunne bli utfordret av pasienten. Der som det er tilfelle, er det et klart avvik fra den «ideelle samtalsituasjonen». Det hender dessuten at informasjon fra pasienten feiltolkes og forvrenges, slik Suad, som hadde en sjelden hypofyselidelse, forteller om:

Under en slik konsultasjon nevnte jeg noe om økonomi. Etterpå så jeg i journalen at «vi lever på sosialen og sliter økonomisk». Det mente overlegen gav meg en psykosomatisk lidelse!! Jeg som aldri har levd på sosialen eller har brydd meg noe om penger i det hele tatt! (5)



Det er viktig at legen bidrar til å legge til rette for en god samtalsituasjon. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I disse eksemplene tar ikke legen pasientens erfaringskunnskap på alvor; vedkommendes kunnskap om egen livssmerte – det å eie et problem med de opplevelser og konsekvenser det medfører i hverdagen, så vel fysisk som psykisk. Videre handler det

om pasientens erfaringer knyttet til bruk av tjenester og til eget endringsarbeid (10).

Agledahl og hennes medarbeidere har undersøkt enkelte moralske aspekter som er alminnelige i medisinske konsultasjoner, men som sjelden problematiseres (11). De

finner at uansett hvilket problem pasienten presenterer, bestreber legen seg på å behandle dette innenfor grensene av sin medisinske viten, mens pasientens private verdier og personlige erfaringer blir filtrert ut og neglisjert. Disse forfatterne hevder at slik filtrering er en integrert del av klinisk praksis, og derfor ikke må forveksles med mal-praksis. Praksisen er altså så inngrodd at fenomenet tas for gitt og en legger derfor ikke merke til hvordan det påvirker samtalen. De fleste leger mangler verken høflighet, vennlighet eller velvillighet overfor sine pasienter (12). Men når personlige forhold blir oversett av den høflige og vennlige legen, blir pasienten forvirret og ute av stand til å protestere, og når pasientenes eksistensielle problemer ignoreres, vil mange føle seg både stresset og ydmyket. Dialogen lider, legene risikerer å miste vesentlig informasjon, og den kliniske beslutningsprosessen halter. Følgen er at pasientens lidelser forverres snarere enn bedres.

En uuttalt enighet?

I Naimas tilfelle (5), som omhandlet vold i nære relasjoner, så vi hvordan vi i helsetjenesten kan stå overfor pasienter som både er nølende til å søke hjelp og redde for å snakke. Samtidig vegrer helsepersonell seg for å stille (nærgående) spørsmål om pasientens livssituasjon. Det kan være ulike grunner til det. Noen er redde for å såre eller fornærme pasienten – særlig om en skulle komme i skade for å røre ved tabubelagte emner. Tausheten kan også bunne i maktesløshet, en følelse av at det er nytteløst å snakke om slikt når en likevel kan gjøre så lite med det. Dette kan både lege og pasient kjenne på. Eller legen kjenner seg selv så alt for godt igjen i pasientens historie og følgelig vegrer seg for å gå inn på detaljer i frykt for egne reaksjoner. Uansett, resultatet blir en slags uuttalt enighet mellom pasient og lege om at dette snakker vi ikke om – en slags omforent taushet. Slik taushet bryter imidlertid med prinsippet om den åpne og ærlige samtalen som er nødvendig for å utvikle det minimum av felles forståelse som begge trenger for å håndtere situasjonen. Her har legen og andre profesjonelle et ansvar for på en empatisk og fintfølelse måte å bryte tausheten.

Et utvidet perspektiv

Den vage følelsen av forventninger som ikke innfris kan således tilbakeføres til en rekke avvik fra «den ideelle samtalsituasjonen», både fra pasientens side og fra hel-



Unge leger kan utfordre kompetansen til sine overordnede ved å be om forklaring på de beslutninger som er tatt.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLORBOX

sarbeiderens. Andre som har undersøkt «den ideelle samtalsituasjonens» vilkår i helsesammenheng, har funnet lignende avvik (14). Ved en akuttavdeling så man at de overordnede ved avdelingen, de som hadde ansvar for at det ble fattet «riktige» beslutninger, på subtilt vis ledet beslutningsprosessen i hva de anså som «riktig retning». Ulikt ansvar, ulik ekspertise og ulik ansiennitet kan altså medføre en form for dominans som bryter med prinsippet om at personlighet, status, makt eller retoriske ferdigheter er å anse som irrelevante. Ved akuttavdelingen kunne de underordnede kompensere for asymmetrien ved – under påskudd av å lære noe – å be om forklaring på de beslutninger som ble tatt og således utfordre sine overordnede kompetanse. Denne form for skjult agenda bryter imidlertid med idealene, nærmere bestemt med prinsippet om åpenhet og ærlighet – selv om avviket her ikke dreide seg om strategisk manipulering (for å oppnå personlig fordel), men bunnet i hensynet til sakens beste (14). I vårt materiale ser vi at enkelte leger ikke forklarer sine funn og handlemåter når pasienten spør (7). Det betegner Habermas som *utilbørlig maktutøvelse*.

Når noen har uriktige oppfatninger og disse vanskelig kan motsies uten at vedkommende taper ansikt, vil direkte, «ærlig» konfrontasjon kunne medføre at eierskapet til den relevante kunnskapen undergraves, og dermed også følelsen av mestring (14). Et eksempel fra klinikken kan være at pasienten fastholder fremmedartede måter å forklare eller forholde seg til sin

sykdom på (13). Da kan hensynet til å styrke vedkommendes handlingsevne veie sterkere enn hvorvidt vedkommende besitter akkurate detaljkunnskaper. Vanskeligere er det å forholde seg til strategisk kommunikasjon sprunget ut av interessekonflikter – heller ikke ukjent i allmennpraksis (5). I stedet for da å insistere på et felles mål, kan det være bedre med en slags gi-og-ta-tilnærming, med andre ord å forhandle frem noe som er akseptabelt for begge parter (14). Det vi skal merke oss, og som vi allerede har vært inne på, er at også slike forhold, dvs. dominansen som følger ansvaret for å fatte «riktige beslutninger», skjulte agendaer, uriktige oppfatninger som ikke umiddelbart lar seg korrigere og/eller interessekonflikter, kan være så innarbeidet i institusjoner og sosiokulturelle grupperinger at det er vanskelig å utfordre dem, selv om de måtte stride mot idealene om en utvungen, åpen og ærlig dialog.

Hvor blir det av kritikken?

Et spørsmål som reiser seg på bakgrunn av disse artiklene er: Hilser vi, som leger, ærlige tilbakemeldinger fra pasientenes side velkommen? Refleksjonene i den foreliggende artikkelserien kan selvfølgelig leses som en form for kritikk av allmennlegers praksis. Men til min forundring kan jeg ikke i noen av de gjennomgåtte artiklene finne eksempler på at pasienten selv har gått til sin lege og fremsatt direkte kritikk av ham eller henne – selv om jeg sitter med en vag følelse av at noen slike episoder faktisk ble omtalt i selve intervjuene. Oppfat-

tet jeg slike antydninger som uvedkommende for de problemstillingene jeg da arbeidet med? Ble de skjøvet ut av mer interessante problemstillinger? Ble de kuttet ut tidlig i prosessen? Det at historiene slik de er fortalt er så begrenset, er en tydelig svakhet ved det materialet jeg nå har gjennomgått. Men det har også andre svakheter. Det dreier seg om svært få pasienthistorier, hvilket gjør at jeg trolig er langt fra en metning når det gjelder mulige problemstillinger. Heller ikke kan funnene generaliseres i den forstand at vi, ut fra dette materialet, kan si noe om hvordan leger i allmennpraksis er. Verdien ligger utelukkende i hvorvidt vi kan kjenne oss igjen i situasjonene, og det er det kanskje ikke alle som gjør.

Flere gode samtaler

Vi har i det foregående betraktet visse avvik fra den ideelle samtalsituasjon. Enkelte forhold vitner om utilbørlig maktutøvelse fra legens side, som når informasjon bevisst holdes tilbake eller fordreies, eller når pasientens erfaringer fra bruk av tjenester eller eget endringsarbeid neglisjeres. Andre bunner i at pasienten ikke har forutsetninger for eller ser seg i stand til å gå inn i en åpen og ærlig dialog med legen. At pasienten vegrer seg for å bli presset inn i en form for rasjonell medvirkning, er ikke uvanlig i enkelte innvandrergupper, selv om slike holdninger heller ikke kommer til uttrykk i de artiklene vi har sett på. Mye av dette må vi nok akseptere i vår kliniske praksis. Andre avvik må kanskje aksepteres som følge av utviklingen på det medisinske feltet.

Hva kan så gjøres for at våre pasientsamtaler skal bli mer utvungne, ærlige og inkluderende? Å lokke frem marginaliserte eller undertrykte stemmer er utvilsomt viktig, selv om behandleren midlertidig må holde tilbake egne oppfatninger, og selv om det som fremkommer i enkelte tilfeller synes lite rasjonelt – i alle fall bedømt ut fra tilvante kriterier. Skal vi da, som leger, akseptere et hvilket som helst utsagn fra pasientens side, samme hvor vagt og motsetningsfylt det måtte være? Den italienske filosofen Gianni Vattimo (15) hevder at til tross for at ingen av oss har tilgang til universelle sannheter, at vi befinner oss midt i en prosess som vi aldri kan ha en objektiv oppfattelse av, kun en fortolkning, fortjener vår stemme å telle med i diskusjonen – så sant vi er bevisste på at vi snakker ut fra oss selv og at vi henvender oss til noen. Det gjelder pasienten så vel som legen.

I de ulike artiklene ser vi flere gode eksempler på tiltak som kan bidra til at pasientens anliggender kommer frem og tydeliggjøres. Både tolk, legesekretær, pårørende, venner og andre ressurspersoner kan, ut fra sine vidt forskjellige roller, bidra til dette. Dessuten vil de i en fortolkningsprosess bidra til at legens utsagn blir forståelig for pasienten (4). I arbeid med innvandrerpasienter opplever mange at kommunikasjonsproblemene avtar etter hvert som de blir kjent med pasienten. Harrist og Gelfand (16) hevder sågar at når noen mangler de retoriske ferdighetene som skal til for å bli hørt – enten det skyldes at de fra naturens side har vanskelig for å uttrykke seg, at de ikke har hatt mulighet for å tilegne seg slike ferdigheter, at de sitter med vanskelige følelser, for eksempel etter undertrykkelse, eller når talemåter og stereotypier ødelegger – vil motivasjonen for å meddele seg øke dersom oppmerksomheten rettes mot vedkommendes livshistorie. Når aktuelle utsagn tolkes i lys av denne, vil også den gjensidige forståelsen bedres. I artikkelen om demens så vi for eksempel at når legen fikk rede på pasientens tidligere interesser og engasjement, kunne pasienten «etter år med lidelser» fremstå i et nytt lys.

I denne artikkelserien har vi (forfatterne) bestrebet oss på å presentere pasienthistorier som illustrerer hvordan pasientens egne erfaringer påvirker og farger medisinske problemstillinger slik at utfordringer vi står overfor i vårt kliniske arbeid tydeliggjøres. Vårt håp er at det fører til bedre forståelse. Men slike historier blir sjelden presentert i ferdig form i første samtale. De fleste historiene vi har presentert er da også fremkommet gjennom gjentatte intervjuer, satt sammen og redigert for at sammenhenger skal tre klart frem. Kanskje burde vi også i vår travle kliniske hverdag bruke mer av tiden til slikt «redigeringsarbeid». Dessuten har vi i etterutdannelsen anledning til å reflektere over og diskutere lignende problemstillinger i veiledningsgruppene. Dersom vi tar i bruk

disse mulighetene og virkemidlene, tror jeg bestemt at vi ville kunne få flere gode samtaler. Det spørs likevel om ikke «den ideelle samtalsituasjonen», slik Habermas beskriver den, er en utopi i allmennpraksis – selv om den så visst er verdt å streve mot.

REFERANSER

1. Aambø, A. & Valen-Sendstad, R. 2014. Demens hos innvandrere – noen utfordringer i praksis. *Utposten* 2014; 1: 10–15.
2. Dæhlen, L. & Aambø, A. Smerter – mer eller mindre, men er det alt? *Utposten* 2014; 3: 16–20.
3. Aambø, A. D-vitaminmangel – symptomer til ettertanke. *Utposten* 2014; 4: 18–22.
4. Aambø, A. og Rutle, T. Utilgjengelighet – en ressurs, *Utposten* 2014; 5: 8–12.
5. Aambø, A. et al. Vold i nære relasjoner – en oversett utfordring *Utposten* 2014; 6: 6–13.
6. Aambø, A. (2015) Diabetiske komplikasjoner – onde sirkler eller mangelfull kontroll *Utposten* 2015; 2: 18–23.
7. Aambø, A. et al. Kulturkompetanse – er det det handler om? *Utposten*, under publisering; 2015.
8. Hogan, P.C. (red.). *The Cambridge Encyclopedia of the Language Sciences* Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
9. Lov om pasient- og brukerrettigheter, Kapittel 3: Rett til medvirkning og informasjon Lovdata.no.
10. Selvhjelp Norge www.selvhjelp.no/no/Selvhjelp/Brukermedvirkning.
11. Agledahl, K.M. et al. Clinical essentialising: a qualitative study on doctors' medical and moral practice *Med Health Care and Philos* 2010; 13: 107–113.
12. Agledahl, K.M. et al. Courteous but not curious: how doctor's politeness masks their existential neglect. A qualitative study of video-recorded patient consultations, 2010.
13. Aambø, A. Den smertefulle konsultasjonen i A. Aambø, red. *Smerter – smerteopplevelse og adferd* Oslo: Cappelen akademisk Forlag, 2017.
14. Gillespie, A. et al. Beyond ideal speech situations: adapting to asymmetries in health care *Journal of Health Psychology*, 2014; Vol. 19; 1: 72–78.
15. Vattimo, G. Jeg tror at jeg tror *Fredriksberg: Anis*, 1996/1999.
16. Harrist, S. & Gelfand, S. Life Story Dialogue and the Ideal Speech Situation *Theory and Psychology* 2005; Vol. 15; 2: 225–246.

■ A.AA@NAKMI.NO

RETTELSE OG PRESISERING

I artikkelen *Helsetjenestens utfordringer ved ankomstsenteret i Råde* i *Utposten* nr. 1, 2016, fremkom dessverre feilaktige opplysninger. Det står at over 350 personer ble rammet under utbruddet av A-H1N1-influenza før jul (s. 21), men det korrekte er at ca. 40 personer på det meste var syke. Senteret tilbød vaksine til helsepersonell i henhold til anbefalingene. Massevaksinering av flyktninger ble diskutert, men ikke iverksatt.

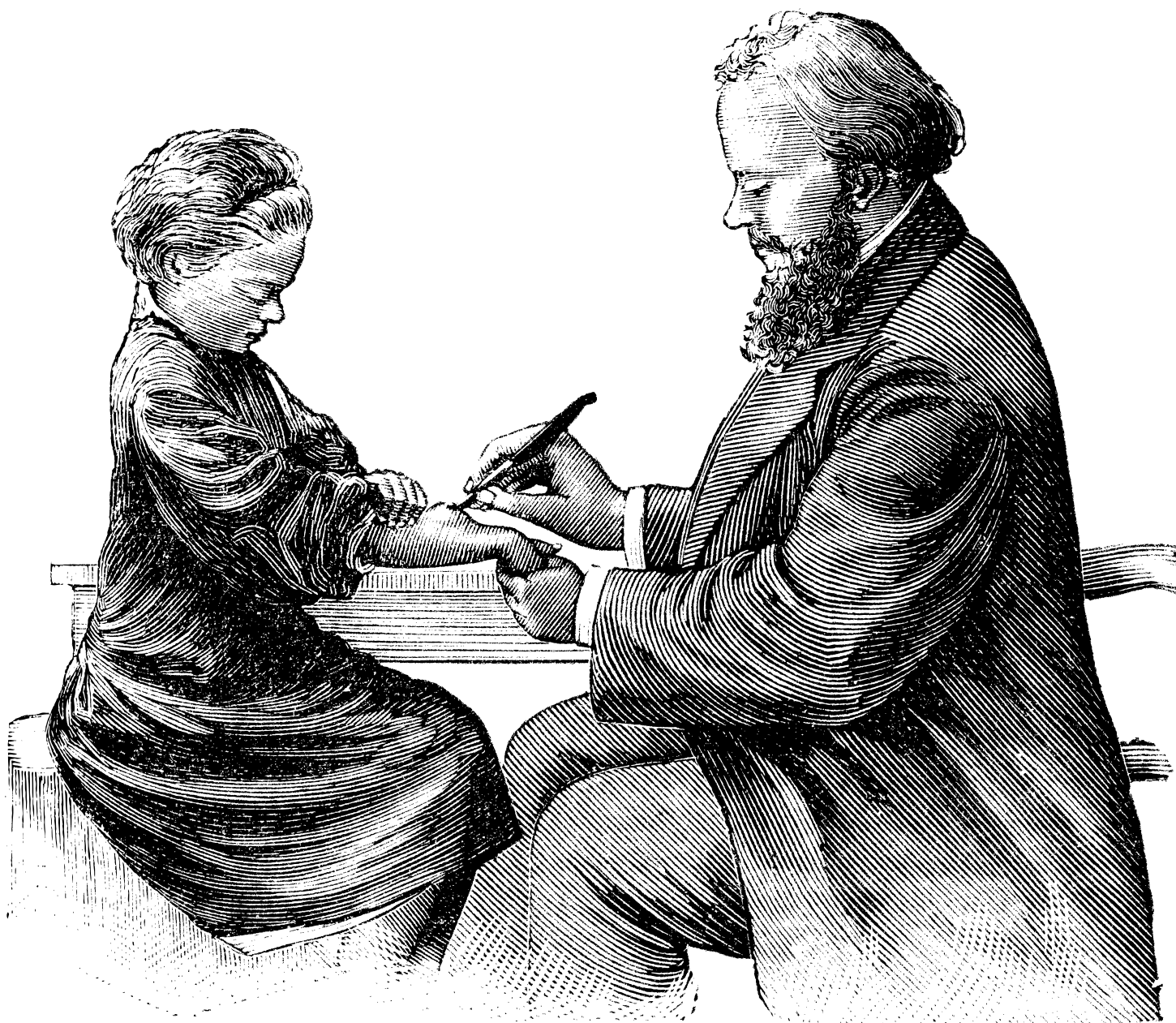
Utposten beklager feilen.

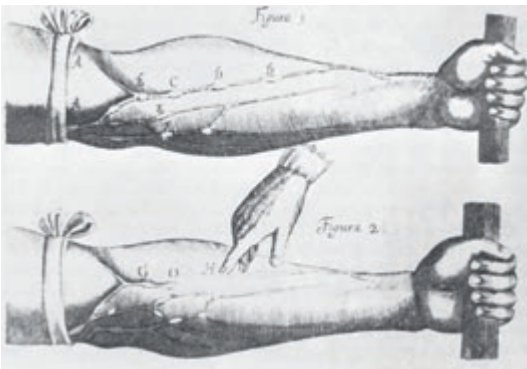


Overdiagnostikk i historisk perspektiv

■ GEORG ESPOLIN JOHNSON • Lege og idéhistoriker. Koordinerende rådgivende overlege i NAV Akershus

Sensitiv teknologi med høy tilgjengelighet kombinert med lave terskler for å identifisere prøve-resultater som patologiske, er en vesentlig årsak til at problemer knyttet til overdiagnostikk i dag debatteres. I denne artikkelen pekes det på at vitenskapstro og fremtidsoptimisme, som har preget vår kultur i flere århundrer, er historiske forutsetninger og fremdeles drivere i prosessen.





Et eksperiment fra William Harveys «*de Motu Cordis*», 1628.



Den industrielle revolusjon på 1800-tallet førte til voldsom vekst av Europas byer med slum, sult og epidemier. Fra Paris 1870.

FRED BERNARD, A TALE OF TWO CITIES



Guys Hospital i London, grunnlagt i 1721.

GRAVERING: JAMES ELMES OG WILLIAM WOOLNOUTH, 1820

Medisinens status og legemakt

Overdiagnostikk representerer et samfunnsproblem blant annet fordi det fører til dyr og potensielt skadelig overbehandling og påfører friske mennesker sykdommer. En historisk betingelse for overdiagnostikk i stor skala og ikke bare som uheldige enkelttilfeller, er at medisinen har tilstrekkelig status og legene tilstrekkelig makt til å få gjennomslag for diagnoser og behandlingsregimene sine. For å belyse dagens overdiagnostikk er derfor historiske betingelser for legenes status og makt relevante.

Vitenskapsidealet

1600-tallet regnes gjerne som tidsrommet for den moderne vitenskapens gjennombrudd, det vil si kunnskapsutvikling gjennom systematisk observasjon, eksperimentering og hypotesedannelse og testing. Galileos bruk av teleskopet som bevis på det heliosentriske verdensbildet anskueliggjorde at svarene på spørsmål om oss selv og våre omgivelser ikke finnes hos paven, men i naturen. William Harveys beskrivelse av kretsløpet i 1616 betegnes i så måte ofte som en milepæl innenfor medisinhistorien. Naturlige forklaringer på sykdom og lidelse overtok gradvis for metafysiske forestillinger om Guds vilje og en upåvirkelig skjebne. Selv om legenes tidlige sykdomsmodeller gjennomgående var gale, behandlingstiltakene effektløse og førmoderne medisin ble praktisert i minst et par århundrer etter Harvey, skapte tiltro til vitenskapen forhåpninger om behandlingsmuligheter og bidro til å øke legens status og innflytelse.

Begivenheter og fenomener som hadde tilhørt den metafysiske sfære og vært preget av religiøse ritualer, ble gradvis medikalisert. I tillegg til fødsel og død ble umoral og avvikende atferd i økende grad oppfattet som medisinske spørsmål. Legen

fikk ekspertrollen på områder hvor prestene tidligere hadde rådet grunnen (1) – en åndelig arena hvor moral og mening er viktigere ingredienser enn anatomi og fysiologi.

I resten av teksten beskrives utviklingstrekk som etter min oppfatning underbygger at den universitetsutdannede legens autoritet og definisjonsmakt også i dag delvis må forstås i lys av forventninger snarere enn reelle kvalifikasjoner og gode behandlingsresultater (2).

Opplysningstid og fremtidsoptimisme

Opplysningstiden er en innarbeidet historisk betegnelse på 1700-tallet, men epokens sentrale idé preger oss sterkt også i dag. Opplysningstidens mantra var at hvis vi bare forsker og opplyser, er fremskrittet ustopelig (3). God helse ble oppfattet som kroppens naturlige tilstand og derfor noe som var mulig for alle (4). Før eller siden ville fremskrittet føre til at all sykdom kunne utryddes. I et slikt perspektiv er det ikke overraskende at medisinen fikk høy status til tross for dårlig organisering, motstridende årsaksforklaringer og uvirkosomme behandlingsmetoder.

Når skjebnen og Gud mistet forklaringskraft, ble helse i større grad enkeltindivids ansvar. På 1700-tallet ble det skrevet store mengder helseopplysningslitteratur på de enkelte morsmål og ikke på latin, slik det hadde vært vanlig (4). Den franske encyclopedien (5), epokens mest ambisiøse opplysningsprosjekt, inneholdt helseopplysning ført i pennen av legen Arnulfe d'Aumont. Snaut 200 år før Verdens helseorganisasjons (WHO) hyppig kritiserte definisjon fra 1947, definerte han helse slik: «En tilstand av kroppslig og psykologisk velbehag forenlig med et lykkeligere og lengre liv» (4). WHOs definisjon er dermed ikke så tidsbundet 'moderne' som vi gjerne tar for gitt.

Medisin i nasjonsbyggingen

De nye europeiske nasjonalstatene trengte en sterk og tilfreds befolkning i rollene som produsenter og konsumenter, soldater og fødemaskiner. Idéen om et medisinpoliti bygde på politisk motiverte, men komplett urealistiske modeller for hvordan den medisinske kunnskapen og legene kunne brukes for å sikre sunne og nyttige borgere. Den tyske legen Johann P Frank tok til orde for at legene skulle plukke ut ektefeller som passet sammen, og under den franske revolusjon ble det utarbeidet detaljerte politiske modeller for legenes overvåkningsfunksjoner (4). Det hadde liten betydning at effektene av legenes virksomhet ikke samsvarte med idéene. At et fullverdig medisinpoliti aldri så dagens lys, må ses i lys av at legene var dårlig organisert og lite faglig omforent snarere enn i manglende politisk vilje og optimisme på medisinske vegne.

Uansett fikk legene en plass i nasjonsbyggingen. Med den medisinske vitenskaps hjelp ville staten forene nasjonens styrke og fremgang med individets lykke (6). Legen skulle overvåke folkehelsen, men grensene mellom helse, normalitet og moral ble uklare, og legen ble både folkehelsens og folkemoralens vokter (2) – en statsautorisert agent for sunnhet, trivsel, nytteverdi og moral.

Den industrielle revolusjon på 1800-tallet førte til voldsom vekst av Europas byer med slum, sult og epidemier. Mange leger engasjerte seg i samfunnsdebatten. Rudolf Virchow (1821–1902), best kjent som cellulærpatologiens far, var kritisk til selve samfunnsordningen og tok sterkt til orde for velferdspolitiske tiltak. Han formulerte påstanden om at medisin er en samfunnsvitenskap, og at politikk ikke er annet enn medisin i større skala (7), et credo Karl Evang senere gjorde til sitt (jfr neste side). Sosiale problemer ble i stor grad oppfattet som et medisinsk anliggende. Legene brukte



Karl Evang var høyt respektert internasjonalt og hadde stor innflytelse på utformingen av helsepolitikk langt utover Norges grenser.

FOTO: RIGMOR DAHL DELPHIN

slumområdene som naturlige laboratorier, og kunnskapen derfra ga opphav til forebyggende tiltak med synlige helsegevinster, noe som bidro til å styrke deres innflytelse.

I sin doktoravhandling fra 1996 hevder idéhistoriker Torbjörn Gustafsson at medisinsk vitenskap og tenkning ble en viktig premiss for hvordan vestlig kultur utviklet seg mellom 1850 og 1920. Fysiologi ble like viktig som Darwins utviklingslære for Europas idéforming, og leger fikk rollen som samtidens dommere, prester og lovstiftere. Kulturdebatten handlet om den individuelle organismens, samfunnsorganismens og den vestlige kulturorganismens vei mot den ideelle tilstand som ble kalt helse (8).

Rasehygiene preget europeisk politikk frem til siste verdenskrig. Det hersket utstrakt enighet om viktigheten av å raffinere menneskematerialet gjennom reproduktjonsregulering. Også på dette feltet ble legevitenenskapen antatt å kunne gi vesentlige svar. Selv om legene inntok varierende standpunkter og mange var kritiske til hele idéen, bidro likevel tema til å sentralisere legene i samfunnet og øke deres autoritet (2).

Statens bakenforliggende behov handlet om styring og kontroll, og i prosessen overdro den makt til legene. Legene på sin side

tok begjærlig imot, og selv om medisinen stadig gjorde fremskritt og mange leger bidro til samfunnsutviklingen gjennom personlig engasjement, fulgte de fleste passivt med på lasset. Medisinhistoriker og lege Irvine Loudon hevder at legene i England på 1800-tallet verken var opptatt av direkte effekter eller lege-pasient-forholdet. De var entreprenører i en kommersiell tid og hadde karriere i blikket snarere enn altruisme og sosialt engasjement. Bak slagord om vitenskap og utdanning var de egentlige temaer posisjon, markedsmuligheter og honorarer (8).

Sosialforsikring – praktiserende leger trekkes inn i Statens prosjekt

Ved forrige århundreskifter fungerte leger i offentlige stillinger som statlige hygieneeksperter innenfor en europeisk politikk preget av liberalisme, utilitarisme og statlig ikke-innblanding. Den (privat)praktiserende legen ble trukket inn i statens prosjekt først og fremst gjennom sosialforsikringsordningene som på samme tid ble etablert i store deler av Europa. Dekningsomfang, finansiering og øvrig struktur varierte, men begrunnelsene var de samme — å dempe sosialisme på fremmarsj og forhindre at syke arbeidere ble skjøvet ut i irreversibel fattigdom og ble varig ubrukelige for industrien. Legene fikk sentrale oppgaver i ordningene. Følgende fremstilling fra Norge er dermed bare et eksempel på de generelle kreftene som var i sving.

Da Norges første lov om sykepenger trådte i kraft i 1911, hadde mange praktiserende leger allerede systemkontrolloppgaver (9). Gjennom den nye loven fikk de i tillegg i oppgave å kontrollere enkeltpasienter. For å få utløst rettigheter måtte den forsikrede nemlig ha legeerklæring. Selv om loven til å begynne med bare omfattet de aller dårligst lønnede arbeiderne, ga den støtet til at lege-pasientforholdet fikk en ny betydning.

Lovprosessen hadde pågått siden 1885, og innholdet i sykdomsbegrepet var blitt grundig diskutert. Fordi man mente det ville bli vanskelig å «gi en i alle henseender fyldestgjørende definition» av sykdom (10), overlot man innholdet til den enkelte lege uten å gå nærmere inn på den variasjonen dette kunne avstedkomme. Det var ikke tilstanden i seg selv som ble avgjørende for retten til sykepenger, men om legen gikk god for den. Alliansen mellom lege og pasient ble dermed styrket mot Staten som tredjepartsbetaler.

Ved å gjøre symelding obligatorisk måtte Staten også sørge for tilgjengelige leger. Det er liten tvil om at lov om offentlige legefor-

retninger fra 1912 sammen med sykepenge-loven med senere utvidelser bidro sterkt til å øke legens sentralitet, autoritet og makt.

Det utvidede helsebegrepet

Verdens helseorganisasjons (WHOs) utvidede helsebegrep ble utformet av 16 leger fra like mange nasjoner i 1946–47 som ledd i oppbyggingen av FN. Karl Evang, som var helsedirektør i Norge fra 1938 til 1972, sto sentralt i utformingen. Han var høyt respektert internasjonalt og hadde stor innflytelse på utformingen av helsepolitikk langt utover Norges grenser (11). I en kortform lyder det utvidede helsebegrep slik: Helse er «en tilstand av fullkomment legemlig, mentalt og sosialt velvære og ikke bare fravær av sykdom og lyter» (12). På samme måte som sin forløper fra encyklopedien (jf ovenfor) bærer formuleringen i seg at legene gjennom å trekkes inn i styre og stell kan bidra til å forme et sunt og lykkelig samfunn. Sannsynligvis først og fremst som følge av sterkere statsdannelser og mer velorganiserte leger har den fått større gjennomslag enn sin forløper, og det er sannsynlig at den har bidratt til å øke allmenn oppfatning av hva leger kan forstå, forklare og behandle.

Historien om legerollen er sammensatt

I lys av fremstillingen ovenfor hviler dagens legerolle i vel så stor grad på legenes verdibaserte og politisk motiverte samfunnsoppdrag som på deres faglige kvalifikasjoner. Det innebærer i sin tur at variasjonene innenfor medisinsk praksis, som blant annet fører til uenighet om grensene for overdiagnostikk, må analyseres i et verdiperspektiv i tillegg til et fagperspektiv.

Dagens legerolle kan beskrives som en syntese av en vitenskapstradisjon og en behandlertradisjon. Medisinens vitenskaps-historie handler om i utgangspunktet verdinøytral utforskning av mennesket som biologisk vesen, om hva som kan gå galt og hvordan ytre forhold kan føre til sykdom, og om hvilken behandling som har dokumentert effekt. Undring og vitebegjær har vært viktige drivere i prosessen.

Legenes behandlerhistorie er på sin side ladet med verdier og handler om holdninger og sosiale aktiviteter knyttet til smerter, funksjonssvikt, frykt og usikkerhet, om empati, omsorg, status, makt og politikk. En del av den, som kan kalles medisins markeds-historie, handler om påståtte og innbilt behandlingseffekter, om honorarer og varer på et marked hvor motivene har vært mange og uklare og hvor både al-

truisme og vitenskapsideal har vært underordnet eller fraværende.

Slik jeg forstår historien om legerollen, har den statusfremmede effekten av troen på vitenskapelig medisin smittet temmelig ukritisk over på legen som behandler, inkludert leger som har operert først og fremst i en markedsmedisinsk tradisjon. Det har ikke skortet på kritikk av markedsmedisinen. Som et av mange eksempler uttalte professor Oliver Wendell Holmes ved Harvard Medical School midt på 1800-tallet at med noen få unntak:

«if the whole materia medica, as now used, could be sunk to the bottom of the sea, it would be all the better for mankind, – and all the worse for the fishes» (13).

Det er ikke rom for flere eksempler her, men det er grunn til å påpeke at også i dag er vestlig medisin betydelig kommersialisert, og også dagens diagnostikk og behandling må ses i lys av dens markedshistorie. Omfanget og reguleringen av kommersielle helsetjenester har i så fall stor innvirkning på omfanget av dagens overdiagnostikk.

Overdiagnostikk – et komplekst fenomen

Det første europeiske medisinske fakultet ble etablert i Salerno i Sør-Italia litt før 1100 (14). Drøyt 400 år senere, i 1518, ble Strasbourg hjemsoekt av Europas siste store danseepestidemi. Det hadde vært flere slike tidligere, og de besto i at folk gikk ut i gatene og danset frenetisk til de segnet om. Enkelte danset seg i hjel. Datidens leger ble konsultert, men var ute av stand til både å forklare og behandle sykdommen. Til slutt var det kirken som fikk slutt på galskapen gjennom bønn, relikvier og andemaning (14). Historien er full av eksempler på manglende effekt av legenes behandlingsregimer. Men hvorfor fikk de status og anseelse når de verken lyktes med behandlingen sin eller på den tiden hadde vitenskapen i ryggen?

Å maksimere sunnhet og lykke er sterke menneskelige drifter. Sykdom, helse, behandlere og behandlingseffekter må ha vært temaer i enhver kultur til enhver tid. Til tross for overtro, villfarelser og blindspor var også

Europas førmoderne medisin opptatt av å forklare mennesket og dets idelser. Medisinsk antropolog Lisbeth Sachs påpeker at når man vender seg til historien, overraskes man av at legene har kunnet opprettholde sin opphøyde status til tross for at deres botemidler og råd stort sett var ineffektive og ikke sjelden skadelige. Det hadde naturligvis ikke vært mulig, skriver hun, hvis ikke legene samtidig hadde hjulpet sine pasienter. Effektene henfører hun til:

«forholdet mellom lege og pasient og det som antropologer ... har interessert seg for: det syke menneskets totale sosiokulturelle situasjon» (15).

I et slikt perspektiv er det ikke unaturlig å oppfatte overdiagnostikk (og overbehandling) som et iboende fenomen i enhver kultur – moderne eller før-moderne, europeisk eller i andre verdenshjørner. Kanskje kan det gi mening å betrakte fenomenet i et evolusjonsteoretisk perspektiv uten at jeg skal gi meg i kast med det. Men det finnes forskning som må tas til inntekt for at også det som har vært fokus i denne artikkelen, har betydning for overdiagnostikk, nemlig kulturbundne oppfatninger om hvem som har definisjonsretten til sykdomsbegrepet.

En artikkel om forekomsten av subjektive helseplager i Norge konkluderer med at det er vanskelig å definere en grense mellom 'normale' plager og sykdom, men at forekomsten uansett er svært høy (16). Slike plager står for en vesentlig del av sykefravær og uførhet her til lands. To studier som sammenlignet forekomsten av subjektive helseplager i Norge og i henholdsvis to populasjoner på Filippinene og en Masai-populasjon i Kenya, fant likevel lavest forekomst i Norge. Undersøkelsene omfatter blant annet smerter i bevegelsesapparatet, slitenhet (fatigue) og lettere psykiske plager (mood changes) (17, 18).

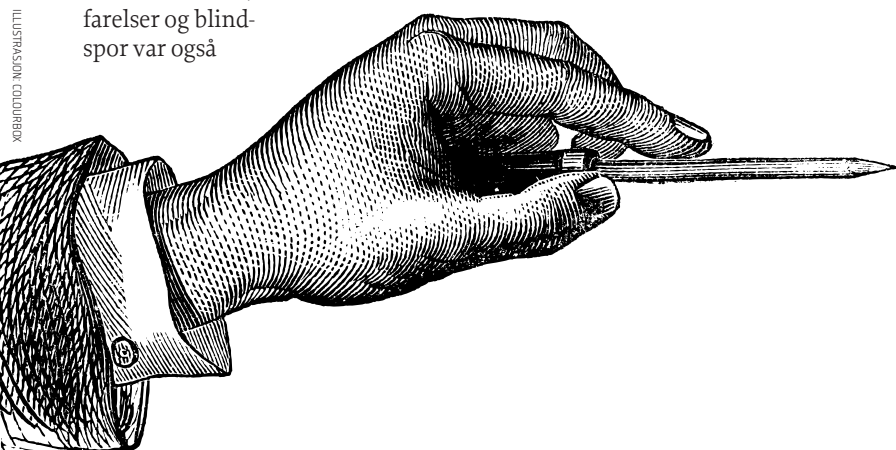
Verken i Kenya eller på Filippinene ble slike symptomer oppfattet som sykdom som trengte en moderne leges vurdering. Det kan ha mange forklaringer som jeg ikke skal gå inn på her, men jeg tror en delforklaring ligger i den historiske prosessen som er beskrevet ovenfor og som antyder at legens posisjon og autoritet i vår kultur i større

grad bygger på en idé om medisinenes potensial enn på legenes faktiske kvalifikasjoner og behandlingssuksess. Gjennom prosessen har legen fått svært vide fullmakter til å definere begrepsinnholdet i sykdom og helse på samfunnets vegne og fastslå grensene for akseptabel sykdomsrisiko.

Jeg tror legenes viktigste bidrag i oppgjøret med overdiagnostikk er å være åpne om medisinfagets begrensninger som verktøy for både å forklare enhver plage og å fremme helse i enhver sammenheng (19).

REFERANSER

1. Wear A. Health and environment in early modern England. I: *Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s 119–147.
2. JOHNSON GE. Idealer, villfarelser og maktkamp – en historie om den moderne legerollen. Hovedoppg i idéhistorie, Oslo 2002.
3. Pagden A. The enlightenment and why it still matters; Oxford University Press 2013.
4. Risse G. Medicine in the age of enlightenment. I: *Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s. 149–195.
5. Fransk oppslagsverk i 17 bind utgitt i perioden 1751–1780, redigert av Denis Diderot og Jean le Rond d'Alembert. Ofte sett på som innbegrepet av opplysningstiden.
6. Liedman Sven-Eric. I skuggen av framtiden – Modernitetens idéhistoria. Bonnier 2000.
7. Gustafsson T. Sjärens biologi: medicinen, kulturen och naturens ordning 1850–1920. Symposium, Stockholm 1996.
8. Loudon I. Medical practitioners 1750–1850 and the period of medical reform in Britain. I: *Medicine in Society – Historical essays*; Cambridge University Press 1992; s. 219–247.
9. Odelstingsproposisjon nr. 39/1911.
10. Foyen S, Lund AM, Viken O. Pasienters rettsstilling. Tano 1990.
11. Berg SF. Da helse ble politikk. Arr – idéhistorisk tidsskrift nr. 2-3 2015; s. 67–79.
12. Store norske leksikon
13. Porter R. The greatest benefit to mankind – A medical history of humanity. W.W. Norton & Company. New York, London 1997.
14. Waller J. A time to dance a time to die – The extraordinary story of the dancing plague of 1518. Icon books ltd, Cambridge 2008.
15. Sachs L. Medisinsk antropologi. Liber, Stockholm 1987.
16. Camilla C, Eriksen HR, Ursin H. Prevalence of subjective health complaints (SHC) in Norway. *Scand J Public Health* 2002; 30: 20–29.
17. Wilhelmsen I et al. Subjective health complaints are more prevalent in Maasais than in Norwegians. *Nord J Psychiatry* 2007, Vol. 61, No. 4: 304–9.
18. Eriksen HR, Hellesnes B, Staff P, Ursin H. Are Subjective Health Complaints a Result of Modern Civilization? *International Journal of Behavioral Medicine* 2004, Vol. 11, No. 2: 122–125.
19. Johnson GE. Tid for en smule ansvarsfraskrivelse? Legerollen som historisk konstruksjon. *Tidsskr Nor Lægeforen* nr. 16, 2004; 1 : 2137–9.



Aktivitetsskolen i Finnmark – samhandling gir resultat

■ ANE SOFIE KOKKVOLL • Barnelege og postdoktor, Finnmarkssykehuset

Etter millenniumskiftet fikk barneavdelingene stadig flere henvisninger med problemstillingen 'barn med fedme'. Spørsmålet var som regel om det kunne være noe galt med stoffskiftet. Utredningen førte sjelden til noen medisinske funn og man stod igjen med å gi familiene mer eller mindre vellykket rådgivning. Jeg opplevde at jeg ikke kunne hjelpe familiene på en ordentlig måte, konsultasjonene ga iblant en gjensidig følelse av mislykkethet – både for meg og familiene som slet med dette.



Det finnes ikke dårlige klær når du har gapahuk. Sørøya 2005

Oppfølgingsstudier vedrørende effekt av vanlig poliklinisk behandling av barn med fedme (barnelege utreder, barnelege og eventuelt klinisk ernæringsfysiolog gir råd) bekreftet denne litt nedslående observasjonen (1). Familiene ønsket seg et tilrettelagt tilbud og vi som behandlere ønsket å tilby et mer evidensbasert opplegg. På denne tiden var det imidlertid få randomiserte studier som kunne si noe om hva et slikt tilbud burde inneholde.

I noen tilfeller deltok jeg i felles samarbeid/ansvarsgruppe med personell fra Hammerfest kommune, og opplevde til min glede at vi oppnådde adskillig mer når vi jobbet flerfaglig og på tvers av forvaltningsnivåer. I disse møtene hvor foreldre, lærer, helsesøster, fysioterapeut og personell fra både første- og annenlinjetjenesten var til stede, kunne vi få til ordninger som var helhetlige og til direkte hjelp for familiene. Idéen om et felles samarbeidsprosjekt begynte å ta form.

Teamtilnærming

Kollegaer ved barneavdelingen og ledende helsesøster i Hammerfest oppmuntret meg til å lede, utarbeide og gjennomføre «Akti-

vitetsskolen i Hammerfest» – et samarbeidsprosjekt mellom Hammerfest kommune og Barneavdelingen ved Hammerfest Sykehus i 2005–06. Opplegget ble utarbeidet av et flerfaglig team bestående av personell både fra kommune og sykehus. Intervensjonen inneholdt flere elementer: Foreldre og barn var deltakere i grupper med andre familier og flerfaglige team; barna ble undersøkt av barnelege; familiene fikk praktisk og teoretisk kost- og aktivitetsveiledning; det ble arrangert ukentlige aktivitetstilbud i kommunen og en friluftsskole for familiene. Evaluering ble gjort etter 10 måneder og viste en økning i rapportert fysisk aktivitet og en gjennomsnittlig reduksjon i grad av overvekt for 10 av de 12 deltakerne som fullførte programmet. Prosjektet ble finansiert av Hammerfest Kommune, Finnmarkssykehuset og Helsedirektoratet. Egen prosjektrapport ble utarbeidet.

Hovedprosjektet

Kunnskapsgrunnlaget for evaluering av forprosjektet var begrenset, men vi hadde en klar oppfatning om at arbeidsformen var hensiktsmessig; nemlig samarbeid

mellom ulike faggrupper i sykehus og kommune. Vi erfarte dessuten at familiene var mer fornøyde og at resultatene var oppmuntrende. Etter å ha kommet i kontakt med inspirerende samarbeidspartnere ved Klinisk Forskningscenter, Universitetssykehuset Nord Norge og UiT Norges Arktiske Universitetet fant vi grunnlag for å teste denne modellen ut i et klinisk forsøk; en randomisert kontrollert studie. Vi lærte også av andre sentre i Skandinavia som drev med barnefedmebehandling – om temaet generelt, om motivasjon og løsningsfokusert samtale.

Intervensjonen ble videreutviklet fra forprosjektet av et flerfaglig team ved Hammerfest Sykehus i samarbeid med referansepersoner fra kommunehelsetjenesten og foreldrerepresentanter fra forprosjektet. Vi hadde dessuten et godt samarbeid med helsesøstrene som også bidro til datainnsamling til vår første artikkel om forekomst av overvekt og fedme blant førskolebarn i Finnmark. Den viste at vi lå noe høyt sammenlignet med andre studier på den tiden: Forekomsten av overvekt og fedme blant 6-åringer var totalt 19 prosent (2).

Vi beholdt mange av de samme elementene i det nye behandlingsopplegget. I ut-

rk for overvektige barn er



Friluftsskole, Sørøya 2011

gangspunktet skulle denne behandlingen sammenlignes med «dagens tilbud» – det vil si tilbudet beskrevet over; vurdering av barnelege og eventuelt ernæringsfysiolog i barnepoliklinikk. Da vi var klar over at dette tilbudet dessverre var til liten hjelp, besluttet vi å gi det «beste av dagens tilbud» med strukturert oppfølging i kommunen.

Kommunesamarbeidet og økonomi

Erfaringene våre tilsa at familiene måtte få oppfølging på hjemstedet, da livsstilsendring må skje der folk bor og lever sine liv. Det ble utarbeidet et invitasjonsbrev: Kommunene som ville delta måtte forplikte seg – gjennom en samarbeidsavtale – til å utføre sin del av behandlingsopplegget. Det

te innebar å følge opp deltakerfamilier på helsestasjonen samt organisere ukentlig fysisk aktivitet for flerfamilietilbudet. Den enkelte avtalepart skulle være ansvarlig for egne utgifter og ansatte, inkludert utgifter til permisjon og reise i forbindelse med kompetanseheving og kurs. Helseforbundet hadde det overordnede ansvaret for å igangsette, følge opp og evaluere prosjektet samt bidra med kompetanse til kommunene gjennom oppstartkurs og kontinuerlig veiledning.

Oppstartkurs

Vi etablerte tidlig et samarbeid med Finnmark Fylkeskommunes folkehelseprosjekt «Liv og lyst i lys og mørke». Invitasjonene gikk i første omgang ut til folkehelsekommunene. Deltakelse i Aktivitetsskolen skulle da telle som et tiltak innenfor matkultur eller fysisk aktivitet. Det var et kostnadsoverslag på kr 150 000 i egenandel for kommunene i første år i prosjektet. Først da prosjektet oppnådde bevilgning til deltakende kommuner fra Helsedirektoratet, fikk man fart i oppslutningen. Kommunene Alta, Kautokeino, Vadsø, Lebesby og Kirkenes underskrev avtale i 2009 og prosjektet kunne starte. Fra 2010 meldte også Hammerfest og Tromsø seg inn i prosjektet. I løpet av perioden skjedde det en klar endring som følge av samhandlingsreformen. Skepsisen mot prosjektets mange aktører og samarbeidspartnere snudde til optimisme – med en oppfatning om at samhandling var naturlig og nødvendig. Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge som kom ut i 2010, ga også klare føringer om samarbeid og om kommunehelsetjenestens ansvar (3).

Gjennomføring og frafall

97 familier fra seks kommuner i Finnmark og Tromsø kommune ble rekruttert via annonsering og media omtale og deretter loddtrukket til enkeltfamilietilbud eller flerfamilietilbud. Enkeltfamilietilbudet bestod



Kommunene trår til for barn med overvekt. F.v.: kommunelege i Kautokeino, Siri Ann Gulsrud, helsesøster i Alta, Tone Dervo, helsesøster i Vadsø, Vigdis Harila, sykepleier på helsestasjonen i Kautokeino, Mikkel Johan Grønmo og pedagog på BUP-Hammerfest, Nanne Heggelund.

CONTENT OF THE INTERVENTION	SINGLE-FAMILY INTERVENTION	MULTIPLE-FAMILY INTERVENTION
Who is the target	Parents and child	Parents and child
Responsible for the intervention	Community and hospital	Community and hospital
Start	Outpatient clinic 1 day	Inpatient clinic stay for 3 days
Who delivers the intervention	Project nurse, paediatrician and nutritionist at the hospital. Public health nurse in the municipality.	Multidisciplinary team at the hospital. Public health nurse, physiotherapist and coach in the municipality.
How	Every family individually	Families both individually and in groups
Physical activity for children	Not arranged	2 hours a week in groups
Camp for families	No camp	4 days 6-8 months from baseline
Solution focused counselling	Yes	Yes
Follow up intervals	1, 2, 3, 5, 7, 10, 12, 18, 24, 36 months	Equal intervals as the single-family group
Hours of contact first 12 months	8	36
Organised physical activity first 12 months	0	38
Hours of contact 12-24 months	2.5	6.5
Organised physical activity 12-24 months	0	38

TABELL 1. *Oppsett av intervensjonsstudien.* KILDE: KOKKVOLL A, ET AL. ARCH DIS CHILD 2015; 100: 441-448, DOI: 10.1136/ARCHDISCHILD-2014-307107

av møte med sykepleier, barnelege og klinisk ernæringsfysiolog på barnepoliklinikk, samt oppfølging hos helsesøster. For barna i flerfamilietilbudet ble det i tillegg utført rådgivning av flerfaglig team på barneavdeling og av helsesøster i grupper, og det ble organisert ukentlig treningstilbud og en friluftsskole for familiene.

Som dere ser, foregikk det aller meste i kommunen, mens sykehuset hadde ansvar for oppstart, 3-månederskontroll og deretter årlige kontroller. Felles for begge intervensjoner var at familiene ble fulgt opp av personell fra første- og annenlinje i forhåndsavtalte intervaller som alle hadde opparbeidet en felles faglig plattform gjennom samarbeid og kurs. Sykepleier ved barneavdeling var daglig i dialog og samtaler med personell i kommunene. Løsningsfokustert veiledning med fokus på det som familiene mestret ble benyttet i begge intervensjoner. Prosjektet hadde aktiv oppfølging i to år med en siste avsluttende kontroll etter tre år.

Seks familier trakk seg allerede før første oppstart. En av de største utfordringene innen fedmebehandling av både voksne og barn er høyt frafall. I vår studie møtte 78 etter 1 år (20 prosent frafall) og 69 etter 2 år (29 prosent frafall). Ytterligere 10 leverte høyde- og vektdata fra helsestasjonen som ga 19 prosent frafall for disse endepunktene etter to år. Dette frafallet er ikke spesielt høyt sammenlignet med andre studier.

Resultater

BMI

Det ble påvist en beskjedent forskjell i favør av flerfamilietilbudet i kjønns- og aldersjustert BMI (FIGUR 1). BMI SDS ble gjennom-

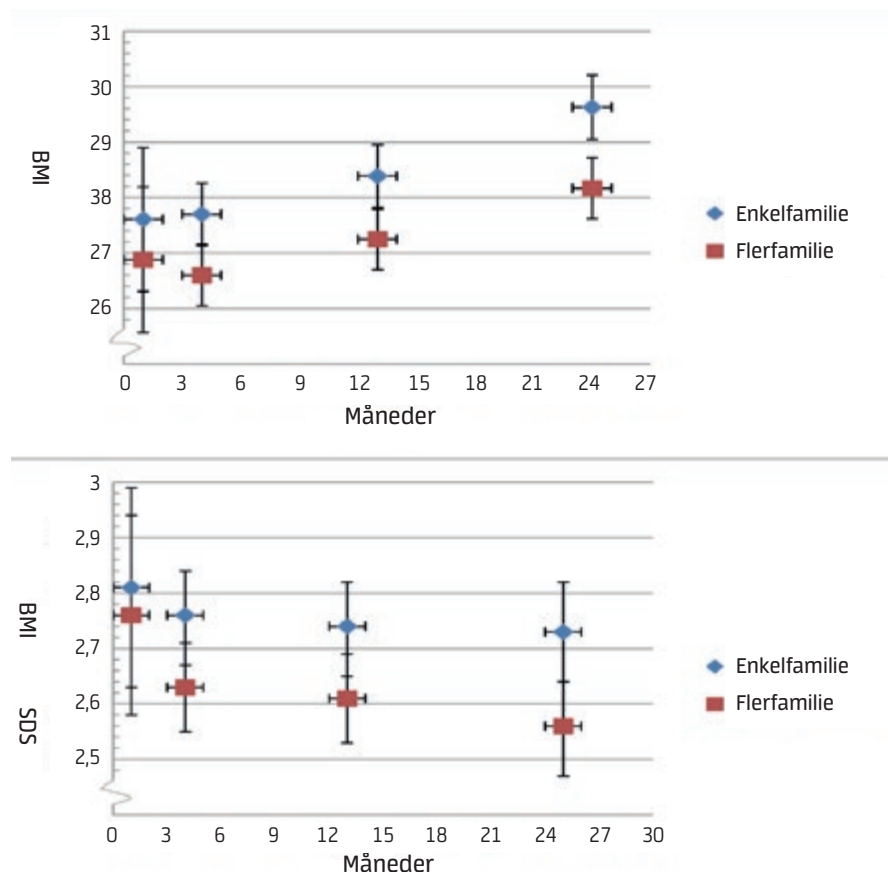
snittlig redusert med 0,08 enheter i enkeltfamilietilbudet versus 0,20 enheter i flerfamilie, ($p=0,046$). Det ble imidlertid ikke påvist noen forskjell mellom gruppene når det gjaldt utvikling i ren BMI; den økte med $2,02 \text{ kg/m}^2$ i flerfamilie-gruppen og $1,29 \text{ kg/m}^2$ i enkeltfamilie-gruppen ($p=0,075$). Samlet reduserte deltakerne sin

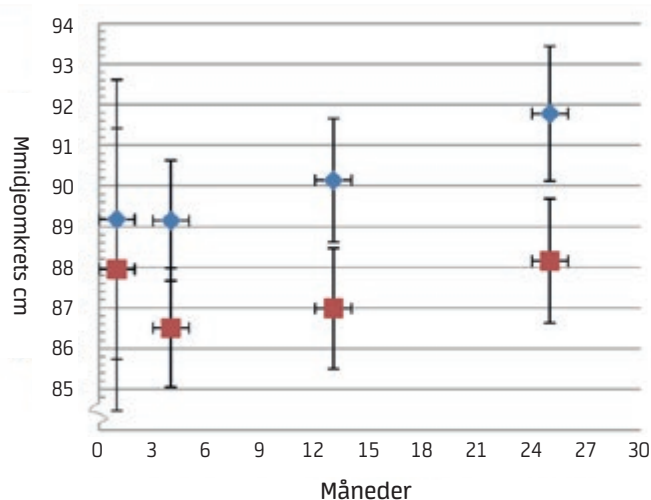
grad av overvekt (justert for alder og kjønn) sammenlignet med utgangspunktet.

Midjemål

Barn i enkeltfamilietilbudet økte i gjennomsnitt sitt midjemål med 2,6 cm mens barna i flerfamilie-tilbudet økte med 0,21 cm – en forskjell på 2,39 cm ($p=0,038$) (FIGUR 2).

FIGUR 1. BMI





FIGUR 2. Midjemål

Psykisk helse

Det ble ikke påvist noen forskjell i utvikling av SDQ (Strenghts and Difficulties Questionnaire)-problemscore mellom behandlingsgruppene. En reduksjon i foreldre- og selvrapportert SDQ-problemscore ble påvist for begge grupper samlet (FIGUR 3).

Konklusjon

To års resultater viste at flerfamilietilbudet ga noe bedre effekt på midjemål og grad av overvekt enn enkeltfamilietilbudet, men ingen forskjeller mellom behandlingsgruppene i ren BMI utvikling. Begge gruppene samlet viste reduksjon av overvekt og bedring i psykisk helse fra oppstart.

Hva betyr funnene?

Resultatene viser at det nytter å gi tilbud til overvektige barn. Vi ble kanskje noe overrasket over at gruppe-/flerfamilietilbudet totalt sett ikke oppnådde bedre resultater til tross for betydelig økt ressursbruk. Kanskje kan disse funn si oss noe om at barnefedmebehandling ikke nødvendigvis er så komplisert og at mange familier klarer seg godt med færre ressurser. Vi har dessuten en hypotese om at den samlede reduksjon i grad av overvekt og problemscore vedrørende psykiske helse kan være forårsaket av elementer benyttet i begge intervensjoner – herunder kompetanseheving, løsningsfokusert veiledning og utbredt samhandling mellom første- og annenlinjetjeneste.

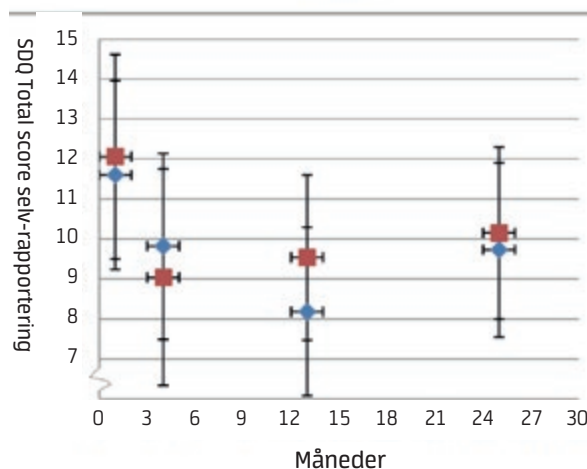
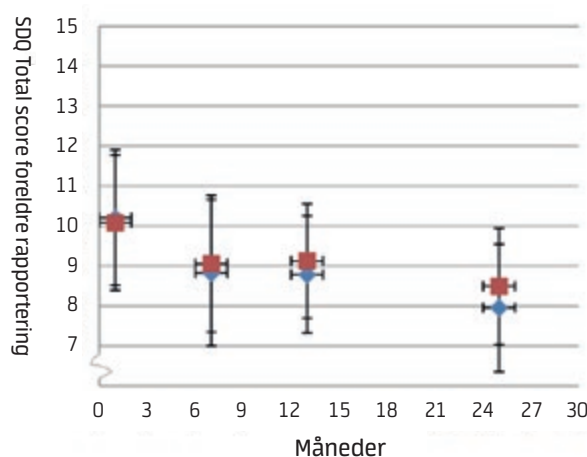
Betydningen av å møte personell med interesse og innsikt i fagfeltet må ikke undervurderes. Disse elementer tar vi derfor inn i et pasientforløp for barnefedme som

skal iverksettes ved Finnmarkssykehuset. Imidlertid er det ting som tyder på at man i større grad må individualisere forløpene og tilpasse tilbudet til hver familie og det enkelte barns behov. I postdoktorprosjektet vil vi undersøke om det er faktorer ved oppstart som kan predikere effekter av behandling.

Midjemål er assosiert med organfedme og risiko for metabolsk syndrom. Et forskningsspørsmål blir derfor om gunstig utvikling i midjemål også representerer en reduksjon i risikoprofil. Metabolske parametere som blodtrykk, lipider, insulin og glukose vil derfor bli analysert. Vi vil også studere fysisk aktivitets- og kondisjonseffekter på utvikling i disse risikofaktorer og om det er forskjeller mellom behandlingsgruppene.

Kvalitative studier

Ulike masteroppgaver innenfor fagområdene helsefag og sosiologi er publisert med bakgrunn i prosjektet, med problemstillinger som: foreldres erfaringer med Aktivitetsskolen; å være forelder til et overvektig barn; fellesfaktorer hos familier som har oppnådd BMI-stabilisering. Kvalitative studier supplerer kvantitative funn og kan gi oss mer helhetlig forståelse og innsikt. Oppgavene er alle publisert på Munin, et åpent kunnskapsarkiv ved UiT Norges Arktiske Universitet.

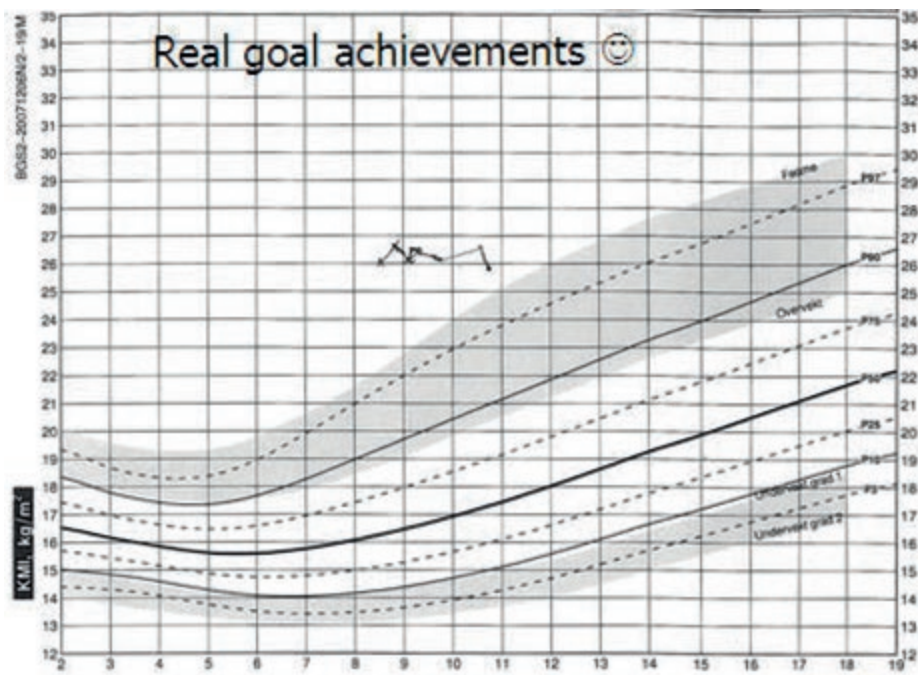


FIGUR 3. Psykisk helse

Vi kan utgjøre en forskjell

WHO slår alarm om barnefedme som nå øker mest i utviklingsland og utgjør en betydelig trussel mot fysisk og psykisk helse (5). Det viktigste er å forebygge, men vi må også utvikle tilbud for de barna som er i ferd med å utvikle eller allerede har utviklet fedme. Vi vet at det er lettere å gjøre noe hvis vi begynner tidlig. Fagfeltet barnefedme er forholdsvis nytt, men fagutvikling og forskning bringer faget videre. Ved å sette seg inn i temaet, motivere og følge utsatte familier får man en unik erfaring som kan brukes i generelt forebyggingsarbeid. Dersom vafler er eneste alternativ på barneidrett-arrangementet i kommunen, så kan det være utfordrende å takke nei. Allmennleger og samfunnsmedisinere i kommunen er svært viktige i kampen for å bekjempe barnefedme – dette gjennom direkte veiledning og hjelp til utsatte familier, som deltakere i team og i det generelle folkehelsearbeidet.

Når det gjelder konsultasjoner om barnefedme anbefaler jeg å bruke løsningsfokusert samtale hvor vi som leger tar rollen



FIGUR 4. BMI-kurver er nyttige i barnefedmebehandling.

som «heiagjeng» og lar dette være familienes eget prosjekt. Det er en litt annen arbeidsform enn det vi er vant med, og kan kreve litt trening. Fagfeltet kan på denne måten endres fra vanskelig til å bli både spennende og givende. For min egen del lærte jeg utrolig mye av andre fagpersoner ved å jobbe i team. Et annet nødvendig verktøy i barnefedme-behandling er bruk av BMI-kurver. Det gir et godt bilde av utviklingen over tid. Sist, men ikke minst må man vurdere barnets generelle trivsel. Ikke så lett å delta i gymtimene hvis en blir mobbet i garderoben.

Avsluttende kommentar

Oppdraget var å dele med dere gjennomføring og resultater fra Aktivitetsskolen i Finnmark. Det ble derfor ikke plass til å gå nærmere inn på fagfeltet barnefedme generelt. For mer lesning anbefales Gudbjørg Øens bok «Overvekt hos barn og unge». Egen avhandling oppsummerer også epidemiologi, årsaksfaktorer inkludert genetik/epigenetik i introduksjonsdelen: <http://munin.uit.no/handle/10037/6964>.

Artiklene vedrørende prosjektet ligger åpent tilgjengelig på nettet (5, 6). Vi vurderer å utarbeide et en til to timers nettkurs om barnefedme. Dersom noen vil gi innspill, ta gjerne kontakt. Til slutt vil jeg takke alle samarbeidspartnere og bidragsytere i Aktivitetsskolen og spesielt takke alle deltakende familier.

REFERANSER

1. Quattrin T, Liu E, Shaw N, et al. Obese children who are referred to the pediatric endocrinologist: characteristics and outcome. *Pediatrics* 2005; 115: 348–51.
2. Kokkvoll A, Jeppesen E, Juliusson PB, et al. High prevalence of overweight and obesity among 6-year-old-children in Finnmark County, North Norway. *Acta Paediatr.* 2012; 101: 924–28.
3. Helsedirektoratet. Forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos barn og unge. Helsedirektoratet 2010. Rapport IS-1734.
4. WHO. Commission on Ending Childhood obesity. WHO; 2016 (cited 2016 8th February); Available from <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/>
5. Kokkvoll A, Grimsgaard S, Odegaard R, et al. Single versus multiple-family intervention in childhood overweight – Finnmark Activity School: a randomised trial. *Arch Dis Child.* 2014; 99: 225–31.
6. Kokkvoll A, Grimsgaard S, Steinsbekk S, et al. Health in overweight children: 2-year follow-up of Finnmark Activity School – a randomised trial. *Arch Dis Child.* 2015; 100: 441–8.es



■ ANE.SOFIE.KOKKVOLL@FINNMARKSSYKEHUSET.NO

Tett samarbeid viktig i bekjemping av overvekt i allmennpraksis

■ JEANETTE ROEDE • Konseptsjef i Grete Roede AS

■ LIS PEDERSEN STRØM • Administrerende direktør i Grete Roede AS

«På legetimen i dag ble fastlegen min veldig imponert over min livsstilsendring. Så imponert at han ba meg kutte ut blodtryksmedisinen. Fortsetter jeg denne reisen forsvinner diabetestablettene også.»

Sitatet over er en kommentar fra en av våre deltakere på Grete Roede-kurs. I en kursevaluering i 2012 rapporterte 48 prosent om bedre helse og 66 prosent om økt trivsel og de fleste spiste sunnere. I kronikken «Hva gjør legen når pasienten veier for mye?» i *Aftenposten* sist høst formidles det at fastlegene synes det er vanskelig å snakke om vekt, og at få leger tar initiativ til dette overfor sine overvektige pasienter (1). Kronikken refererer en studie med pasienter i Midt-Norge som ble behandlet for sykkelig fedme (2). Kronikkforfatter Magnus Strømmen spør: 'Når pasienten veier 20, 30 eller 40 kilo for mye – bør legen da fortsatt se en annen vei?'

Nei, sier vi. Fastlegen kan spille en viktig rolle for å redusere overvekt. Vår erfaring er at de fleste pasienter med overvekt ønsker å snakke om vekt med sin fastlege. Det er selvsagt viktig hvordan legen tar opp temaet, slik også Landsforeningen for overvektige uttalte i en annen aviskronikk høsten 2015 (3). Frykten må ikke bli en barriere. Legen må se pasientene som ikke holder vekten – før problemet er blitt for stort.

Ønsker dialog med fastlegen

I 2015 gjennomførte Grete Roede en anonymisert nettbasert spørreundersøkelse blant kursdeltakere som ønsket å gå ned minst 20 kg. 1040 kvinner og menn ble invitert til å delta i spørreundersøkelsen. Responsraten var 32 prosent. 96 prosent av de som svarte hadde en BMI på over 30, det vil si overvekt med helserisiko. 85 prosent av de som hadde snakket med legen sin om overvekt, hadde tatt initiativ til dette selv. Av de som ikke hadde snakket med legen om vekt, ønsket halvparten av de spurte at legen hadde gjort det. På spørsmålet om hvorfor respondentene ikke hadde tatt ini-



Det er veldokumentert at 'trening tar gram, kosthold tar kilo'. Grete Roede fokuserer derfor både på kunnskap og bevisstgjøring om kosthold (matglede), fysisk aktivitet og ikke minst hjelp til motivasjon og mestring. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

tiativ til å snakket med legen om sin overvekt, registrerte man en rekke svar utover – andre grunner:

- Jeg tror ikke jeg kan få hjelp av min fastlege med min vekt (30,7 prosent)
- Jeg synes det er vanskelig å snakke om min vekt (21,5 prosent)
- Legen virket ikke som hun/han hadde tid (9,8 prosent)
- Legen virket ikke interessert (9,2 prosent)

Vi spurte også om hvilke råd deltakerne hadde fått om overvekt. En betydelig andel

hadde verken fått konkrete råd eller henvisning videre for å hjelpe dem i gang med en vektreduksjonsprosess.

Da vi høsten 2015 presenterte undersøkelsen for en gruppe leger, med tilhørighet til Oslo/Akershus-området, bekreftet de at de synes det er vanskelig å snakke om overvekt. Legene mente det var svært nyttig å få vite at de fleste overvektige ønsker en dialog om overvekten. Legene syntes videre at et samarbeid med lokale seriøse aktører innen kostholds- og livsstilsendring vil

handling ksis



le være verdifullt for å kunne hjelpe sine pasienter på en bedre måte. Da blir det enklere å ta tak i problemet i tide, mente de. Vår konklusjon er at det kanskje også blir lettere for overvektige pasienter å godta at legen snakker om overvekt hvis legen har noen konkrete tiltak og løsningsforslag, som å henvise pasienten til vektreduksjonskurs – i offentlig eller privat regi. Private aktører må naturligvis følge de offisielle rådene for kosthold og fysisk aktivitet.

I nevnte spørreundersøkelse oppga 48 prosent av kursdeltakerne at økonomi var årsak til at de ikke fortsatte på kurs. Siden vi vet at det er stor grad av sosioøkonomiske forskjeller innen helse, blir det spesielt viktig at legene både tør å snakke med sine pasienter om overvekt, og at de gir kloke råd i tråd med myndighetenes anbefalinger. De bør henvise pasienten til noen som kan bistå dem i deres vektreduksjonsprosess. De overvektige vi har snakket med, opplever det som dypt urimelig at de ikke får den hjelpen og støtten de trenger når de velger en vektreduksjonsstrategi som koster mindre for samfunnet enn for eksempel kirurgi, medisiner eller refusjonsbasert behandling – eller en kombinasjon av disse.

Høyere prioritering av ikke-kirurgiske metoder

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten har anbefalt at ikke-kirurgiske metoder for vektreduksjon bør gis høyere prioritet, og vektlegger betydningen av brede folkehelsetiltak for å motvirke fedme (4). Bakgrunnen er den raske økningen i fedmeoperasjoner.

Siden staten begynte å betale for fedmeoperasjoner, har antallet operasjoner i Norge økt fra 300 i 2005 til nesten 3000 i 2013, herav ca. 2000 i det offentlige helsevesenet.

Noen har gode resultater etter fedmeoperasjon, men i en studie fra Aker sykehus opplyser en tredel av de fedmeopererte om bivirkninger (5). Videre har halvparten av disse pasientene behov for senere plastisk kirurgi.

I en studie publisert i *Jama Surgery* (6) er hovedfunnet at 89 prosent av de som gjennomgår fedmekirurgi opplever bivirkninger som magesmerter, tretthet og gallestein. Problemene kan vedvare i flere år etter operasjonen. Mange av pasientene må følges opp i helsevesenet resten av livet, og en stor del vil ha behov for flere operasjoner. Mange holder ikke vekten. Det er derfor både samfunnsøkonomiske, helsemessige og livskvalitetsmessige argumenter som taler for hjelp til naturlig vektreduksjon som et godt alternativ og supplement til kirurgi.

Kostnader for pasientene

Mange av våre kursdeltakere har fått tilbud om kirurgi. Da ville de ha fått dekket store kostnader av det offentlige. Når de takker nei til operasjon og velger vektreduksjon gjennom livsstilsendring, må de dekke utgiftene selv. Er det rimelig at de som velger en mindre kostbar vei til vektreduksjon – som sparer helsevesenet og samfunnet for tid og penger – ikke får dekket sine kostnader på lik linje med dem som henvises til kirurgi?

Vektreduksjon på en naturlig måte har ingen av ulempene som operasjoner fører med seg. Kurs med vektreduksjon som resultat er dessuten en 'god medisin' som kan forebygge og redusere diabetes, hjerte- og karlidelser, høyt blodtrykk, muskel- og skjelettlidelser m.m. For oss er det et tankekor at pasienter med kroniske livsstilsrelaterte lidelser får dekket behandling og medisiner av det offentlige, men ikke kostnadene for å gjøre noe med overvekten som ofte er en bakenforliggende årsak. Det virker urimelig.

Trening tar gram – kosthold tar kilo

Magnus Strømmen m.fl. anbefaler i sin artikkel i *Tidsskrift for Den norske legeforening* å spisse innsatsen mot å få overvektige til å bli fysisk aktive (2). Denne anbefalingen bør gjelde hele den norske befolkningen siden kun 20 prosent tilfredsstiller myndighetenes anbefalinger. Fysisk aktivitet er viktig både for fysisk og psykisk helse. Når målet er vektreduksjon, er imidlertid det mest effektive tiltaket å endre kostholdsvanene. Det er veldokumentert at 'trening tar gram, kosthold tar kilo'. Grete Roede fokuserer derfor både på kunnskap og bevisstgjøring om kosthold (matglede), fysisk aktivitet og ikke minst hjelp til motivasjon

og mestring. Vi har fokus på hverdagsaktivitet og lavterskeltrening, tilpasset overvektige som målgruppe. Vi vil ha folk opp av sofaen og i gang. 62 prosent av våre deltakere blir mer fysisk aktive som en effekt av å gå på kurs.

For å inspirere og legge til rette for enda mer fysisk aktivitet blant folket, er Grete Roede med i Aktivitetsalliansen sammen med DNT, Syklistenes Landsforening, Ski-foreningen, Virke, Sportsbransjen og Gjensidigestiftelsen. I år lanserer Aktivitetsalliansen en ny aktivitetshåndbok som skal sendes ut til landets leger.

Endring av vaner tar tid. Forskning viser at de som følges opp jevnlig over lengre tid er de som lykkes best, noe som kan være utfordrende og dyrt å bidra til i en travel hverdag i helsevesenet. Tidligere studier har vist gode langtidsresultater for deltakere på Grete Roedes kurs (7): Kursdeltakerne hadde gjennomsnittlig 62 prosent av vekttalet i behold etter tre år, 39 prosent hadde hele vekttalet i behold, mens 20 prosent hadde lagt på seg alt eller mer. Vi har også gode resultater fra samarbeid med enkelte kommuner og leger innen helsefremmende arbeid. Lavterskeltilbud med ukentlig oppfølging og personlig veiledning av sertifisert kursleder kan eksempelvis være et verdifullt og kostnadseffektivt supplement til helsevesenets tilbud og tilbud fra frisklivssentralene. Rundt om i landet finnes det en rekke lokale tilbud om fysisk aktivitet, vektreduksjon og kostholds- og livsstilsendringer. Et tettere samarbeid mellom fastlegene og disse aktørene kan trolig bidra til at den enkelte pasient blir motivert til å endre livsstil i riktig retning.

REFERANSER

1. Strømmen M. Hva gjør legen når pasienten veier for mye? *Aftenposten* 20.10.2015.
2. Strømmen M, Bakken IJ, Andenæs E. Fet, feit eller bare overvektig? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015; 135: 1732–6.
3. <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/Overvektige-personer-vil-ikke-karakteriseres-som-feit-av-fastlegen-8209831.html>.
4. www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt.
5. Aftab H, Risstad H, Sovik TT, Bernklev T, Hewitt S, Kristinsson JA, et al. Five-year outcome after gastric bypass for morbid obesity in a Norwegian cohort. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10 (1): 71–78. (www.kvalitetogprioritering.no/saker/kirurgisk-behandling-ved-overvekt). <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1550728913001676>.
6. Gribsholt SB, Pedersen AM, Svensson E et al. Prevalence of Self-reported Symptoms after Gastric Bypass Surgery for Obesity. *JAMA Surg*. 2016 Jan 6:1–9. doi: 10.1001/jamasurg.2015.5110. [Epub ahead of print].
7. Andersen E, Grimsø A. Langtidseffekt ved slanking i selvhjelpsgrupper. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 14–7.

■ LIS.PEDERSEN.STROM@GRETEROEDE.NO ■ JEANETTE.ROEDE@GRETEROEDE.NO

'4-åringen din er for tjukk!'

■ INGUN TOFTEMO • Fastlege Toppen Legesenter, Lillehammer. PhD stipendiat, HELSAM, Universitetet i Oslo

Bør vi, tør vi og hvordan skal vi snakke med foreldre om bekymring for overvekt hos barn?

Kasuistikk

En vanlig januar dag kommer Emma (4 år) med mor på ø-hjelpstime grunnet hoste. Emma er til vanlig ei frisk jente, og jeg har ikke sett henne på et par år. Idet mor og Emma kommer inn døra til kontoret mitt, ser jeg at Emma har lagt på seg og utviklet en klar overvekt. Mor er lang og slank, far har jeg aldri møtt. Jeg blir litt bekymret for jenta og lurar på om dette er noe jeg bør ta opp. Jeg undersøker Emma og spør mor om jeg samtidig kan måle høyde og vekt. Jeg plottes inn høyde, vekt og kroppsmasseindeks / BMI på percentilskjema som mor og jeg kikker på sammen. Mor ser tydelig at Emma ligger godt over normalområdet, og jeg skjønner at mor blir lei seg. Vi avtaler at mor og far kommer tilbake uten Emma for å snakke om Emmas vekst. Mor vil kontakte helsestasjonen og ta med utskrift av vekstkurver derfra.

To uker senere kommer mor sammen med far som er overvektig. De forteller at de har snakket en del om Emma hjemme, både med hverandre og med besteforeldrene som bor på samme gård. Det har tydeligvis vært delte meninger om Emmas vekst. Vi ser sammen på vekstkurvene fra helsestasjonen og de siste målene hos meg. Far forteller at han har vært «stor» fra tidlig alder, og det har slett ikke vært enkelt bestandig. Jeg lurar på om det er mulig å gjøre noen endringer hjemme for at Emma skal kunne vokse seg inn i en normal vekt i forhold til alderen. Det kommer etter hvert fram at hele familien spiser is til dessert så å si hver dag. Kanskje dette er et sted å begynne? Jeg fulgte Emma og familien hennes i to år. Etter at far og Emma sluttet med daglig inntak av is, brus og juice viste det seg at her var det faktisk ganske enkelt å få til endring og normal vekst.

Hvorfor bør vi bekymre oss for utviklingen av overvekt hos barn?

WHO publiserte januar 2016 en rapport (1) der de slår fast at fedme blant barn er fremtidens største trussel mot helsen på verdensbasis. Forekomsten av overvekt og fedme hos barn i Norge har økt de

siste tiårene. Videre i artikkelen bruker jeg samlebetegnelsen «overvekt» for overvekt inkludert fedme. I følge Folkehelseinstituttets Barnevekststudie (2) har hver sjettede tredje-klassing i Norge utviklet overvekt. De fleste barna som sliter med vekt blir også overvektige som voksne. På sikt gir overvekt økt risiko for somatiske sykdommer som diabetes, hjerte-karsykdom, og svangerskapskomplikasjoner. Overvekt hos barn er assosiert med stigmatisering, erting, motoriske vansker, lav selvfølelse og psykososiale problemer. Utviklingen av overvekt kan starte i tidlig alder. Det har vært diskutert om en kan finne et «kritisk vendepunkt» i barndommen der vi ser at det er på tide å intervenere. Forskning viser imidlertid at utviklingen av overvekt foregår kontinuerlig. Viktige milepæler som er assosiert med utvikling av varig overvekt hos barn er fødselsvekt, rask vektøkning de første ni levetimene, samt overvekt ved to års alder (3). Ut fra dette ser vi at forebyggende arbeid må starte tidlig. Jo yngre barna er, desto lettere viser det seg å få til endringer (4). Mindre barn er avhengig av foreldrenes tilrettelegging. Til forskjell fra voksne, har barn muligheten til å «vokse seg inn i normal vekt».

Definisjoner av overvekt og vekstkurver

Normal kroppsmasseindeks / BMI (kg/m^2) i oppveksten varierer med alder på barnet. Det foreligger dessverre ingen konsensus på grenseverdier for overvekt og fedme hos barn. WHO baserer sine definisjoner på egne vekstkurver og standardavvik. Disse kan lastes ned fra <http://www.who.int/childgrowth/standards/en/> (0–5 år) og <http://www.who.int/growthref/en/> (5–19 år). Personlig synes jeg at KMI kurvene basert på Vekststudien i Bergen (5) er enklest

å bruke. Disse kan lastes ned fra www.tidskriftet.no/juliussonappendiks. Alle disse vekstkurvene ligger dessuten enkelt tilgjengelig på NEL.

Bør og tør vi ta opp vår bekymring?

Samtale rundt temaet overvekt hos barn er sårt og vanskelig for foreldre. I min kvalitative studie om kommunikasjon på helsestasjonen med foreldre til overvektige fire-åring (6) fortalte foreldre at det kom opp mange vonde følelser når vi snakket om overvekt hos barnet. En mor uttrykte seg slik:

«Klart det er sensitivt. Lite kan gjøre foreldre så dypt ulykkelige og såret – vanvittig raseende – som akkurat det. Og man vil så gjerne forsvare. Samtidig så er det så mye som ligger i hvordan det blir presentert».

Noen foreldre var selv overvektige og hadde dårlige erfaringer med slanking. De hadde liten tro på at helsevesenet kunne være til hjelp. Flere foreldre ønsket ikke at barnet skulle overhøre samtalen om overvekt på helsestasjonen. De var redde for at barnet skulle få lav selvfølelse og spiseforstyrrelse.

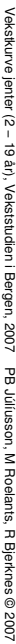
På bakgrunn av dette gruer allmennleger seg for å ta opp bekymring for utvikling av overvekt med foreldre. Likevel viser det seg at foreldrene synes det er nyttig at vi tar opp temaet! I en irsk studie (7) ble 457 barn målt og veid i forbindelse med konsultasjon for annet formål hos 393 allmennleger. 60 prosent av allmennlegene fortalte at de syntes det var vanskelig å snakke om overvekt hos barn. På den andre siden oppga 99 prosent av foreldrene at de syntes at måling av høyde og vekt hos legen hadde vært nyttig. Av barna responderte de yngste (5–6 år) mest positivt, mens noen av de mest overvektige barna syntes målingen var vanskelig.

Det er relativt sjelden at foreldre kontakter fastlege grunnet bekymring for overvekt hos barnet (8). Foreldrenes forståelse for at barna deres er overvektige er overraskende liten. En studie fra Bergen (9) viste at 70 prosent av foreldre med overvektige barn i aldersgruppen 2–19 år opp-

Samtale rundt temaet overvekt hos barn er sårt og vanskelig for foreldre. FOTO: WIKIMEDIA COMMONS



jenter

[illegible]

Har foreldre selv tanker rundt barnets vekst?

fattet barna sine som normalvektige. Det kan derfor være nyttig å gripe fatt i disse barna når familiene tar kontakt for andre problemstillinger.

Hvordan skal vi ta opp vår bekymring?

Vår første oppgave vil være å orientere om vår bekymring. Det viktigste her er å ta utgangspunkt i foreldrenes ståsted. Har de selv tanker rundt barnets vekst? Er det grunn til bekymring? Vekstkurvene kan være til hjelp. De fleste foreldre er vant til å se på vekstkurver som kan oppfattes som et «objektivt» hjelpemiddel. Våre valg av ord er vesentlige (10). «Stor», «overvekt» og «vektproblem» klinger for eksempel bedre enn «feit» og «fet».

Vår andre oppgave er å motivere til endring. Hva kan en eventuell utvikling av overvekt føre til? Har du selv noen erfaringer rundt temaet vekt? Foreldrenes egen erfaring med overvekt kan være en barriere for å nærme seg problemet, men det kan også være en motiverende faktor.

«For det er noe med å ikke finne klær, det å aldri føle seg fin. Jeg har tenkt å jobbe hardt for at hun ikke skal arve den der. Det er ikke en følelse som er verdt å ha, rett og slett.» (6).

Det er viktig å presisere at barnet ikke skal slankes, men vokse inn i en normal vekt. Kan dere få eller be om hjelp i barnets nærmiljø, for eksempel i barnehagen eller hos besteforeldre? Eller er det slik at bestemor serverer is, brus og småkaker hver gang barnet går over tunet til føderåden? Mange barnehager har fått et bevisst forhold til mat. Disse kan stå som fine eksempler for foreldre som forsøker å endre familiens levevaner.

«Å feire bursdag i barnehagen er en opplevelse, en aktivitet. Det er ikke noe du må spise! Og det kan kanskje hjelpe deg litt på vegen» (6).

Frykter dere at behandling vil kunne gi barnet dårlig selvfølelse og spiseforstyrrelse? Det finnes god dokumentasjon på at livsstilsintervensjon ved overvekt hos barn ikke fører til dårlig selvfølelse og spiseforstyrrelser. En intervensjonsstudie i Finnmark viste tvert om at behandlingen førte til bedre psykisk helse hos barna (11).

Vår tredje oppgave er å lede familien gjennom endringsprosessen fram til normal vekt hos barnet. Dette er en utfordrende oppgave som ligger utenfor temaet til denne artikkelen.

Konklusjon og praktisk tilnærming

Ved bekymring for overvekt hos barn er det enklere å forebygge og intervensere i tidlig alder og ved liten grad av overvekt. Vi som fastleger må gripe sjansen når den byr seg og tørre å ta samtalen med foreldre ved bekymring for overvekt hos barn. Jeg opplever det som konstruktivt å måle vekt og høyde når barnet er innom. Jeg har alltid vekstkurver liggende klare i skuffen min. Det tar ikke lang tid å plote målene og vise kurven til foreldrene. Jeg tilbyr deretter foreldrene time for samtale uten barnet. Da har de litt tid til å tenke på og diskutere saken, samt kjenne på følelsene som min beskjed kan ha satt i gang. Samtidig opplever foreldrene at vi skåner barnet og de kan snakke fritt på kontrolltimen. Min erfaring er at dette kan være starten på en god dialog og endring i familien.

REFERANSER

1. WHO. Ending Childhood Obesity 2016. Available from: <http://www.who.int/end-childhood-obesity/final-report/en/>.
2. Folkehelseinstituttet. Barnevekststudien 2014. Available from: <http://www.fhi.no/artikler/?id=111468>.
3. Glavin K, Roelants M, Strand BH, Juliusson PB, Lie KK, Helseth S, et al. Important periods of weight development in childhood: a population-based longitudinal study. *BMC public health*. 2014; 14: 160.
4. Danielsen Sørø I. Fedme hos barn: Intervensjoner og adferdsendringer i praksis: Kommuneforlaget; 2014.
5. Juliusson PB, Roelants M, Eide GE, Moster D, Juul A, Hauspie R, et al. [Growth references for Norwegian children]. *Tidsskrift for Den norske legeforening; tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2009;129 (4): 281–6.
6. Toftemo I, Glavin K, Lagerlov P. Parents' views and experiences when their preschool child is identified as overweight: a qualitative study in primary care. *Family practice*. 2013; 30 (6): 719–23.
7. O'Shea B, Ladewig EL, Kelly A, Reulbach U, O'Dowd T. Weighing children; parents agree, but GPs conflicted. *Archives of disease in childhood*. 2014; 99 (6): 543–5.
8. Paulis WD, van Middelkoop M, Bueving HJ, Luijsterburg PA, Koes BW. Discussing overweight in primary care. *Archives of disease in childhood*. 2015; 100 (9): 899–900.
9. Juliusson PB, Roelants M, Markestad T, Bjerknes R. Parental perception of overweight and underweight in children and adolescents. *Acta paediatrica*. 2011; 100 (2): 260–5.
10. Strommen M, Bakken JJ, Andenaes E, Klockner CA, Marvik R, Kulseng B, et al. Obese, fat, or just overweight? *Tidsskrift for Den norske legeforening, tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2015; 135 (19): 1732–6.
11. Kokkvoll A, Grimsgaard S, Steinsbekk S, Flaegstad T, Njolstad I. Health in overweight children: 2-year follow-up of Finnmark Activity School – a randomised trial. *Archives of disease in childhood*. 2015; 100 (5): 441–8.

Overvekt – viktig å spørre pasienten!

■ MORTEN DAG NILSEN* Fastlege ved Legekontoret i Moss

Undersøkelser viser at allmennpraktikere i liten grad tar opp overvekt med pasientene – til tross for at overvekt er i ferd med å bli et av våre viktigste helseproblemer.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABROX

Epidemiologisk forskning viser at én av fem nordmenn er sykkelig overvektig. Det har skjedd en dobling av antall i denne gruppen i løpet av de siste 20 årene.

Samtidig viser spørreundersøkelser at nesten 100 prosent av legene mener at sykkelig overvekt er et alvorlig helseproblem (1). Likevel tar leger i liten grad opp overvektsproblematikk med sine pasienter. Forklaringen er at de opplever manglende kunnskap om overvekt og behandling av overvekt, og videre oppgir legene at overvekt ikke har vært en prioritert problemstilling i medisinstudiet eller etterutdanningen. Legene i spørreundersøkelsene oppgir også at de synes det er enklere å drøfte temaet overvekt dersom pasienten har vektrelaterte plager.

Jeg tror at mange med meg kan ha kviet seg for å ta opp dette problemet med pasientene av frykt for å virke støtende. Jeg har også ofte følt at jeg har hatt lite å tilby pasienter med overvekt. I mange år delte jeg ut hefter og ga muntlige råd om å spise ofte og lite; gjerne mye frukt og grønt og «fem om dagen» – og selvsagt oppfordret jeg til turer i skog og mark. Erfaringen var at svært få eller ingen av pasientene opplevde endring ved denne tilnærmingen.

De siste årene har jeg endret fremgangsmåte. Rådene er blitt mye mer konkrete.

Pasientene får informasjon både skriftlig og muntlig, og jeg følger dem over et lengre tidsrom.

La meg presentere en kasuistikk som viser litt hvilke resultater man kan oppnå:

En mann på 50 år kom til konsultasjon hos meg på grunn av noe økende dyspné og litt redusert allmenntilstand. «Formen er blitt dårlig», sa han. Han fortalte at han tidligere hadde drevet mye med idrett, men de siste årene var det blitt lite aktivitet. Han brukte ingen medisiner og var stort sett frisk. Mannens mor hadde fått hjerteinfarkt da hun var i 60-årene. Ellers ingen opphopning av sykdom i familien.

Da jeg undersøkte ham, var det normale funn over hjerte og lunger. BT 130/85. EKG og spirometri viste ingen tegn til patologi. Blodprøvene var normale. Totalkolesterol var 6,1 og LDL 3,8. Mannen var overvektig, 180 cm høy og veide 107,5 kg – noe som ga en KMI på 33.

Vi ble enige om at han skulle legge om kostholdet og bli mer aktiv, og han fikk et opplegg for dette. Han kom til første kontroll etter fire uker. Vekten var da redusert med 7,5 kilo – til 100 kg. Mannen fortsatte med samme kosthold og aktivitet i ytterligere fire uker. Ved neste kontroll veide han 96 kg. Han følte seg bedre, var mindre pla-

get av dyspné og hadde begynt å trene litt igjen. 6 uker senere traff vi hverandre igjen. Vekten hans var nå 90 kg. Nok en kontroll etter ytterligere seks uker viste en vekt på 89 kg – og tre måneder senere var den 87 kg.

Nå hadde det gått ca. åtte måneder siden han hadde startet. I løpet av de siste tre månedene hadde han gått litt opp i vekt – til 89 kg (det hadde vært sommerferie). Vi ble enige om en siste kontroll om 3 måneder – altså 14 måneder etter oppstart. Ved denne kontrollen var vekten 88,5 kg. Oppsummert hadde han i denne perioden gått ned 19 kg og redusert sin KMI fra 33 til 27.

Det er givende å hjelpe pasientene til å hjelpe seg selv. Det er også tilfredsstillende å oppleve at pasienter kan slutte med medisiner mot diabetes og hypertoni etter å ha lagt om livsstilen og gått ned i vekt. Jeg håper dette kan inspirere andre kolleger til å snakke om overvekt med sine pasienter. Hvis det gjøres på en omsorgsfull og høflig måte, vil de aller fleste sette pris på at legen tar det opp!

REFERANSE

1. Forman-Hoffman V, Little A, Wahl T. Barriers to obesity management: a pilot study of primary care clinicians. BMC Fam Pract. 2006; 7: 35.

■ MDAGNILSEN@GMAIL.COM

Blindtarmbetennelse

og opplevelser med fransk helsevesen

Så lenge jeg har vært lege har det vært et skille i den medisinske tankegangen mellom Nord-Europa og landene i den sørligere delen av Europa. Jeg bor for tiden i Frankrike og ser forskjeller mellom norsk og fransk helsevesen.

Mange nordmenn som bor her skryter av det franske helsevesenet – med god tilgang til spesialister og spesielt til laboratorier og bildeundersøkelser.

Apotek finner man på nesten hvert hjørne. Og de bugner av homeopati og annen «juksemedisin». Nylig var det et stort tv-oppslag om uvirksomme og til dels komplikasjonsgivende medikamenter i håndkjøp – mot influensa, halsvondt og andre stort sett selvhelbredende plager. Og legene driver ikke bare med sin skolemedisin, men er gjerne også utøvere av osteopati, homeopati og annen alternativ medisin (som Jon Nessa treffende har kalt det). Men gi folket hva folket vil ha. MR og CT og rikelig med blodprøver. Lett tilgang til (dyre) spesialister med enda dyrere undersøkelser. Det meste innen helsetilbudet dekkes av det offentlige, også det meste av de reseptbelagte legemidlene. Et ønske har derfor vært at flere av håndkjøpspreparatene burde komme på resept. Et pluss er at tannlegeutgifter delvis dekkes av trygdesystemet.

Forleden sto det om problemene med legedekning i utkant-Frankrike. Det finnes utkanter her også, som i de fleste land. Det er kommuner i Frankrike uten en eneste innbygger (!), og mange små kommuner. Nå legges det opp til helsesentre – *maison de santé* – i griségrendte strøk. Et område kan ha hatt en allmennlege i årevis, en som har 24/7-vakt, men nå etableres det team bestående av lege, kinesilog (de er populære her), jordmor, sykepleier – og kanskje også kiropraktor, fysioterapeut og en lege-spesialist. Etter planen skal det etableres 1000 slike områdeteam innen 2017.

Blindtarmbetennelse til besvær

Så til min egen erfaring med det franske hospitalet: Nettopp hjemkommet fra en tur til Piemonte

sist høst, fikk jeg akutte mavesmerter. Omkring kl. 24 natt til 11. oktober ble det så ille at vi måtte kontakte lege. Det kom ambulanse som kjørte meg til sykehuset i Cannes. Jeg ble undersøkt av en ung lege som blant annet brukte ultralyd. Han var enig med meg i at det måtte være appendicitt. Hva blodprøvene viste fikk jeg ikke vite. Jeg ble liggende på en bære over natten og hadde det for såvidt ikke så verst. Hjemme hadde jeg målt 37,9° og jeg hadde smerter som etter hvert lokaliserte seg til høy fossa iliaca. Diagnosen var ikke så vanskelig å stille.

Timene gikk og en overordnet lege bestemte at det måtte CT-undersøkelse til. Man ville kanskje øke sannsynligheten for akutt appendisitt fra 95 til 96 prosent? Først ut på ettermiddagen ble undersøkelsen foretatt, og etter ytterligere venting kom resultatet. Jeg hadde, med henblikk på forestående operasjon, verken inntatt tørt eller vått. Sent på ettermiddagen kom kirurgen og sa at det ville enda gå seks til sju timer før jeg ville bli operert. Imidlertid hadde han vært i kontakt med nabohospitalet i Grasse – som kunne operere meg før det.

Så bar det inn i en ambulanse, men vel ombord og litt underveis ville personalet at jeg skulle betale €130 for transporten. Så langt hadde mitt norsk-utstedte europeiske trygdekort dekket utgiftene for

ambulanse til hospitalet og også for oppholdet på sykehuset. Men nå hadde jeg ikke kontanter for hånden. Resultatet var at jeg ble trillet ut av sykebilen og bort til en minibank, slik at de kunne få pengene. Vel fremme i Grasse gikk det fortere: Barbering (er ikke det slutt på det i Norge?), vask med jod (brukes det fortsatt?) og ellers kledd for inngrepet. På moderne vis ble det kikkhullsoperasjon. Diagnosen var sprukket blindtarm.

Kunne det ha noe med langt forløp å gjøre? Etter operasjonen var det ikke lov å drikke væske før jeg hadde tisset. Og med nesten ett døgnns faste var det ikke lett å prestere noen dråper. Obstipasjon var også ubehagelig. Men på morgenvikten mandag 12. oktober fikk jeg en karaffel vann og et glass. Riktignok forsvant vannet igjen etter en halv time, men det var del av morgenrutinen, skjønte jeg. Jeg kom ikke ut av sykehuset før onsdag ettermiddag og måtte hele tiden slepe rundt på et intravenøstativ hvorfra jeg fikk Flagyl og Ibuprofen som smertestillende. Hvorfor jeg ikke kunne få en stikkpille for plagsom obstipasjon og tabletter i stedet for intravenøs behandling skjønner jeg ikke. Men noen korridorpasienter så jeg ikke på min vandring i korridoren.

Etter visitten onsdag kom en sykepleier med papirene for utskrivning. Jeg fikk resept på antikoagulas til injeksjon, tabletter for smerter, for obstipasjon og for sure oppstøt. Hva alt dette skulle være til, lurte jeg sannelig på – kanskje var det for å opprettholde apotekdrift? Og i konvolutten lå en epikrise på norsk! Det var ikke verst. Kontrollen etter fire uker gikk greit, men igjen måtte jeg betale for visitten. Det europeiske trygdekontoret gikk ikke an å bruke.

Med min erfaring kan jeg i stor grad skjønne at mange, inkludert Gro Harlem Brundtland, reiser hjem eller flytter hjem, for medisinsk hjelp. Språket kan naturligvis også ha noe med saken å gjøre.

KJELD MALDE



Noen kommer – noen går. Hvorfor slutter allmennleger

■ RUNE ARILD LARSEN

Overlege, spesialist i Anestesi og Intensivmedisin
Avdeling for Akuttmedisin, Helse Førde

■ GUNNAR TSCHUDI BONDEVIK

Spesialist i allmennmedisin, fastlege i Bømlo kommune,
professor ved Institutt for global helse og samfunns-
medisin, Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt
kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse,
Bergen



I denne studien har vi forsøkt å identifisere faktorer som er assosiert med en øket risiko for at allmennleger i Sogn og Fjordane sluttet i stillingen. Vi har gjennomført to spørreundersøkelser blant allmennleger som arbeidet i fylket pr. 1. mars 2004 og 1. mars 2010, eller hadde sluttet i periodene 1999–2004 og 2005–2010.

Hvis man ønsker å øke antall allmennleger i et område må tilgangen være større enn avgangen. Rekruttering har tradisjonelt vært hovedfokus. Internasjonalt har det vært gjort mange studier (1–5), og blitt utarbeidet flere rapporter (6, 7) i forhold til utfordringen med å skaffe helsepersonell til rurale områder. Disse studiene og rapportene viser en del gjennomgående trekk, og det er sammenlignbare funn både i rike og fattige land. Arbeidsmiljø (1, 6), arbeidsforhold inkludert vaktbelastning (1, 2, 4, 5),

økonomiske incentiver (1) og personlige karriereplaner (1, 2) er blant faktorene som påvirker rekruttering.

Et stort EU prosjekt kalt «Recruit and Retain» (6) med deltagelse fra Island, Sverige, Skottland, Irland, Grønland, Canada og Norge, undersøkte ulike grupper helsearbeidere, i alt 8500 personer, og hva slags vilkår som kunne få dem til å velge arbeid i rurale områder. WHO kom med en rapport i 2010 (7) hvor man så på tiltak for å bedre tilgjengeligheten av helsepersonell i rurale områder, spesielt med fokus på utviklingslandene.

Ut fra funnene i disse studiene og prosjektene har man gjort endringer i legeutdanningen med økt vektlegging på allmennmedisin og rural medisin (1), obligatoriske utplasseringer (2, 3), egne opptakskvoter eller tilleggspoeng for rural bakgrunn (1) samt opprettet nye utdannings-tilbud beliggende i rurale områder. Likeledes har man opprettet ulike systemer for veiledning og mentorvirksomhet, både fysisk og virtuelt (6, 7).

Det er få studier som har undersøkt hvorfor helsearbeidere har sluttet i stillinger i

rurale områder. En undersøkelse fra Australia i 2000 (8) trakk frem arbeidsmiljøproblemer og organisatoriske forhold omkring privatpasienter og sykehuspasienter. En undersøkelse fra Canada i 2012 har større relevans for vår studie siden de spesielt undersøkte faktorer som hadde fått legene til å bytte arbeidssted (9). De intervjuet 48 leger i ulike alderskohorter. Manglende tilfredshet med arbeidsforholdene var hovedgrunnen til at leger hadde byttet arbeidssted. Høy arbeidsbelastning og dårlige kollegiale forhold ble også fremhevet.

I Norge har man undersøkt sannsynligheten for at en lege begynner å arbeide i allmennpraksis ut fra studiested (10). Man fant at undervisningsmengden og vektleggingen av allmennmedisin i studiet var assosiert med karrierevalg innen allmennmedisin.

Det har vært mye fokus på et stadig større sprik mellom behovet for allmennleger og antall stillinger (10–12).

En arbeidsgruppe nedsatt av Fylkesmannen i Sogn og Fjordane i 2004 skulle se på ulike tiltak som kunne sikre bedre rekruttering og stabilitet blant allmennlegene.

Leger i Sogn og Fjordane?



FOTO: COLOURBOX

Som ledd i dette ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle allmennleger i fylket, samme undersøkelse ble gjen tatt i 2010.

Denne artikkelen bygger på innsamlet materiale fra disse to spørreundersøkelser. Vi har særlig undersøkt om det er mulig å identifisere faktorer som innebærer en øket risiko for at allmennleger i Sogn og Fjordane slutter.

Materiale og metode

En anonym, postal spørreundersøkelse ble gjennomført i to runder. Begge ganger ble det sendt ut et spørreskjema til alle som sto oppført som fastleger i Sogn og Fjordane på to bestemte datoer, 1. mars 2004 og 1. mars 2010. I tillegg ble det sendt ut skjema til alle allmennleger som hadde sluttet i løpet av de fem forutgående årene, dvs. periodene 1999–2004 og 2005–2010. Etter fire uker ble det purret én gang. Leger som hadde skiftet til en annen allmennlegestilling i fylket ble regnet som ikke sluttet. De som hadde sluttet, hadde enten forlatt fylket eller gått over i annet arbeid, først og fremst

spesialisthelsetjenesten. Blant legene som ikke hadde sluttet, og hadde vært ansatt seks år eller mer, var det et potensiale for at inntil 45 kunne ha vært med på begge spørreundersøkelsene, både i 2004 og 2010. Siden dette var en anonym undersøkelse, har vi ikke mulighet for å vite hvor mange leger dette faktisk gjaldt.

I 2004 ble det sendt ut 121 spørreskjema til allmennleger ($n=91$) og tidligere allmennleger ($n=30$) i Sogn og Fjordane. Det kom 85 svar etter én purring (70 prosent). I 2010 ble det sendt ut 130 spørreskjema til allmennleger ($n=110$) og tidligere allmennleger ($n=20$). Det kom 93 svar etter én purring (71 prosent).

Deltagerne ble spurt om en rekke demografiske data og spørsmål om faglige forhold, slik som praksisorganisering, vakt hyppighet, arbeidsmiljø, turnuserfaring, og en vurdering av mulighetene for faglig utvikling. Det ble i tillegg spurt om betydningen av egen og eventuell partners familiære tilhørighet til fylket, samt arbeidsmuligheter for partner. De som hadde sluttet ble bedt om å vurdere forholdene slik de var i den aktuelle stillingen.

Spørsmålene fra 2004 og 2010 var identiske.

Leger som enten hadde et vikariat, hadde sluttet innen seks måneder eller var blitt pensjonert, ble ikke inkludert i studien. I denne artikkelen bruker en betegnelsen «ansatt» om tilknytningsformen til allmennlegene, selv om de fleste arbeider som selvstendig næringsdrivende.

Studien er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD)

Data er analysert i SPSS v. 21. Variabler beskrives deskriptivt, statistiske analyser inkluderte logistisk regresjon. Signifikansnivå ble satt til $p < 0,05$.

Resultater

Det var totalt 178 respondenter, hvorav 28 (16 prosent) hadde sluttet. En respondent hadde ikke fylt ut demografiske data. Blant kvinnelige allmennleger var det 15 prosent som sluttet, mens det blant mannlige var 16 prosent. Det var ingen signifikant forskjell relatert til nasjonalitet når det gjaldt risiko for å slutte. De fleste som sluttet var i aldersgruppen 40 år eller yngre, men alders-

forskjellene var ikke signifikante (TABELL 1).

Det var 168 av totalt 178 allmennleger som angav type tilknytningsform, hvorav 24 var ansatt på fast lønn, 12 (14 prosent) i 2004 og 12 (13 prosent) i 2010. De resterende 144 var selvstendig næringsdrivende. Ingen på fast lønn sluttet i noen av periodene.

Hverken utsagnet «Min familiære tilknytning til fylket var avgjørende i valget av arbeidssted», eller utsagnet «Min partners familiære tilknytning til fylket var avgjørende for valg av arbeidssted» viste signifikant forskjell mellom leger som hadde sluttet og leger som fortsatt var ansatt.

Blant de som var uenig i at det var godt arbeidsmarked for partner var det i univariat logistisk regresjonsanalyse signifikant flere som sluttet (OR 3,8 CI 1,04–13,86 $p=0,04$). Legens familiesituasjon viste ingen signifikant forskjell i forhold til det å slutte, heller ikke turnuserfaring fra fylket (TABELL 2).

Forhold relatert til arbeidssituasjonen viste flere signifikante forskjeller (TABELL 3).

Totalt i 2004 hadde 48 av 85 (57 prosent) mer enn én vakt i uken ($^{\circ}$ 6-delt), mens det i 2010 var 33 av 93 (35 prosent) som hadde så hyppig vakt. Blant allmennlegene som hadde mer enn én vakt i uken var det signifikant flere som hadde sluttet (24 prosent) enn blant de som hadde færre vakter (8 prosent). I univariat logistisk regresjonsanalyse var OR 3,07 (CI 1,29–7,38 $p=0,01$). Leger som var uenige i at det var gode faglige muligheter hadde signifikant økt risiko for å slutte (OR 3,35 CI 1,18–9,46 $p=0,02$). I multipel logistisk regresjon, justert for de andre variablene i tabellene, var resultatene angående arbeidsforhold for partner, vakthypighet og faglige muligheter ikke lengre signifikante.

Blant allmennlegene som var uenig i at arbeidsmiljøet var godt, var det i den multiple logistiske regresjon signifikant flere som hadde sluttet (justert OR 5,5 CI 1,65–18,69 $p=0,006$). Også blant allmennlegene som var delvis enig var det signifikant forskjell (justert OR 3,43 CI 1,17–9,97 $p=0,02$).

Når vi undersøkte gruppen som hadde sluttet ($n=28$) fant vi en tendens til at allmennlegene som oppgav at familiær tilhørighet hadde vært viktig, var mer positive i vurdering av arbeidsmarked for partner. 14 av 28 sluttet innen tre år, i 2004 var det åtte leger med mer enn seks års ansettelsestid som sluttet. På grunn av det begrensede antallet leger som hadde sluttet valgte vi ikke å gjøre statistiske analyser, men kun vise frekvensfordelingen.

Diskusjon

I denne studien identifiserte vi flere faktorer som innebar en signifikant øket risiko for at

TABELL 1. Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til kjønn, nasjonalitet og alder, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.

		SLUTTET N (%)	ODDS RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
KJØNN	Kvinner (n=53)	8 (15)	1			
	Menn (n=124)	20 (16)	1,08	(0,44–2,64)	1,43	(0,56–3,68)
NASJONALITET*	Norsk (n=126)	19 (15)	1		1	
	Skandinavis (n=23)	3 (13)	0,85	(0,23–3,12)	0,73	(0,17–2,76)
	Europeisk (n=23)	5 (22)	1,56	(0,52–4,72)	1,41	(0,45–4,38)
	Annet (n=5)	1 (20)	1,41	(0,15–13,29)	1,21	(0,42–11,92)
ALDERSGRUPPER	≤40 år (n=70)	15 (21)	1		1	
	41–55 år (n=67)	9 (13)	0,57	(0,23–1,41)	0,52	(0,20–1,33)
	≥56 år (n=40)	4 (10)	0,41	(0,13–1,33)	0,38	(0,11–1,26)

* Skandinavis inkluderer ikke norske, europeisk inkluderer ikke skandinavis eller norsk.

Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.

TABELL 2. Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til arbeidsmarked for partner, familiesituasjon, turnuserfaring og egen familiær tilhørighet, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.

		SLUTTET N (%)	ODDS-RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
VARIERT OG GODT ARBEIDS-MARKED FOR PARTNER	Enig (n=45)	3 (7)	1			
	Delvis enig (n=49)	9 (18)	3,15	(0,80–12,48)	3,37	(0,81–13,15)
	Uenig (n=75)	16 (21)	3,8	(1,04–13,86)	3,62	(0,97–13,60)
FAMILIESITUASJON	Bor med partner og barn (n=105)	17 (16)	1		1	
	Bor med partner (n=48)	6 (8)	0,74	(0,27–2,01)	0,7	(0,24–2,02)
	Bor alene (n=24)	5 (22)	1,36	(0,45–4,25)	2,45	(0,68–8,82)
VÆRT I FYLKET I TURNUS	Ja (n=104)	15 (14)	1		1	
	Nei (n=73)	13 (18)	1,29	(0,57–2,90)	1,04	(0,44–2,48)
EGEN FAMILIÆR TILHØRIGHET VIKTIG	Helt eller delvis enig (n=67)	9 (13)	1		1	
	Uenig (n=109)	19 (17)	1,36	(0,58–3,21)	1,12	(0,48–3,06)

Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.

TABELL 3. Antall og andel fastleger som sluttet og odds ratio for å slutte, relatert til undersøkelsesår, vakthypighet, vurdering av arbeidsmiljø og faglige muligheter, Sogn og Fjordane, 2004 og 2010.

		SLUTTET N (%)	ODDS-RATIO	95% KI	JUSTERT ODDS RATIO N=159	95% KI
UNDERSØKELSESÅR	2004	18 (21)	1			
	2010	10 (11)	0,45	(0,20–1,05)	0,78	(0,28–2,16)
VAKTHYPIGHET*	≥ 7 delt (n=97)	9 (8)	1		1	
	≤ 6 delt (n=80)	19 (24)	3,07	(1,29–7,38)	1,94	(0,75–5,05)
ARBEIDSMILJØET ER GODT	Enig (n=126)	11 (7)	1		1	
	Delvis enig (n=32)	10 (31)	4,79	(1,82–12,65)	3,43	(1,17–9,97)
	Uenig (n=17)	7 (41)	17,38	(2,35–23,34)	5,5	(1,65–18,69)
EGEN FAMILIÆR TILHØRIGHET VIKTIG	Enig (n=73)	7 (10)	1		1	
	Delvis enig (n=62)	10 (16)	1,81	(0,65–5,09)	1,26	(0,4–3,94)
	Uenig (n=42)	11 (26)	3,35	(1,18–9,46)	1,43	(0,43–4,75)

* ≤6 delt betyr mer enn én vakt pr uke, en lege i denne gruppen hadde ikke angitt om han var sluttet, derfor $n=177$

Odds ratio beregnet ved hjelp av logistisk regresjon. Justert odds ratio beregnet med multipel logistisk regresjon, hvor en justerte for de andre variablene i tabellen. Første kategori i hver variabel ble brukt som referansekategori.



Førde er den mest folkerike kommunen i fylket.

allmennleger i Sogn og Fjordane sluttet. Legene som sluttet hadde hyppigere vakt, og en mer negativ vurdering av arbeidsmiljø, faglige utviklingsmuligheter samt arbeidsmuligheter for partner. Lokal tilhørighet, familieforhold, kjønn eller turnuserfaring fra fylket så ikke ut til å være avgjørende for hvorvidt allmennlegene forble i stillingene.

Både i 2004 og i 2010 oppnådde vi en responsrate på over 70 prosent. Dette er akseptabelt for en postal spørreskemaundersøkelse. Vi har undersøkt hele allmennlegegruppen, ikke bare et utvalg. Det totale antall respondenter var noe begrenset, likevel fant vi signifikante forskjeller mellom gruppene.

Sogn og Fjordane har hatt relativt mange leger som ikke er norske statsborgere. I Legeforeningens medlemsstatistikk (13) var det pr. 1. mars 2004 registrert 91 allmennleger i fylket, hvorav 30 prosent var utenlandske. Nasjonalt var det da 15 prosent utenlandske allmennleger.

1. mars 2010 var det registrert 114 medlemmer som var allmennleger, hvorav 27 prosent var utenlandske. Nasjonalt var det også da 15 prosent utenlandske allmennleger. Blant respondentene var det 51 av 177 (29 prosent) som ikke var norske. I vår studie var nasjonalitet ikke signifikant assosiert med økt risiko for å slutte. Ut fra våre funn synes de utenlandske legene å være like stabile som de norske.

Det har vært vist at yngre leger vektlegger balanse mellom arbeid og fritid annerledes enn eldre kolleger (9), og er mer opptatte av arbeidsmuligheter for partner. I en undersøkelse fra USA fant Elsbury at kvinnelige leger vektla oppvekstsvilkår for barn og arbeidsvilkår for partner høyere enn mannlige leger (15). Vi fant ikke noen tilsvarende kjønnsforskjell i vår studie, men det var signifikant forskjell i synet på arbeidsmulighe-

ter for partner blant allmennlegene som hadde sluttet i forhold til de som ble. Stor arbeidsmengde og hyppig vakt er en belastning, særlig for allmennleger med omsorg for barn. På den annen side gir barn mange møtepunkter med lokalsamfunnet, for eksempel i barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Det er mulig at det er bakgrunnen for at vi ikke fant signifikante forskjeller relatert til familieforhold. Rural bakgrunn og erfaring har i flere studier blitt trukket frem som viktige faktorer for å fremme rekruttering (1–7). WHO vektlegger også dette (7). Derfor er det overraskende at turnuserfaring fra fylket ikke gav mindre risiko for å slutte. Mange allmennleger sluttet innen tre år etter at de hadde begynt. Det indikerer at det er viktig å se stabilisering og rekruttering i sammenheng. Det kan tenkes at det var misforhold mellom forventninger og lovnader, og den virkeligheten legene faktisk møtte. De fleste studiene og prosjektene fokuserer mest på rekruttering, mens det er få studier som har undersøkt hvorfor allmennleger i rurale strøk slutter.

I studien fra Sogn og Fjordane fant vi at allmennleger som hadde sluttet hadde hyppigere vakt, syntes at de hadde dårligere faglige utviklingsmuligheter og angav at arbeidsmiljøet var dårligere enn de som ikke hadde sluttet. Dette er i overensstemmelse med studier fra Canada og Australia (1) samt vurderingene fra WHO (7). I Sogn og Fjordane har det blitt opprettet noen felles legevaktstrikter de siste årene. I en rapport fra 2009 skriver Fylkeslegen at rekruttering og stabilisering synes å ha blitt bedret i de kommunene som har inngått et slikt samarbeid (11). Dette styrker funnet av vaktbelastning som en viktig faktor.

I en artikkel her i *Utposten* (16) ble det presentert delresultater fra et EU prosjekt

(6) hvor man hadde undersøkt en gruppe på 34 allmennleger som hadde sluttet i en rural stilling. Selv om tallene var små fant man en tendens til at de som sluttet kunne deles inn i to grupper. En gruppe var misfornøyd med ulike faktorer i den stillingen de hadde, mens den andre gruppen stort sett var fornøyd, men søkte nye utfordringer. I gruppen som var misfornøyd var det særlig karrieremuligheter, dårlige arbeidsforhold, begrenset faglig støtte og dårlige sosiale muligheter som ble vektlagt. I vår studie synes det som om leger som hadde sluttet og som angav at lokal tilhørighet ikke hadde hatt betydning i valg av arbeidsted, svarte mer negativt i forhold til arbeidsmarked for partner og arbeidsmiljø. Det var også en tendens til at leger som angav at tilhørighet ikke hadde vært viktig sluttet etter kortere tid. Det kan tenkes at dette er uttrykk for de samme mekanismene som ble beskrevet i EU-prosjektet. Leger med tilhørighet vet gjerne mer hva man går til og skifter kanskje i større grad jobb for å finne nye utfordringer.

Vår avgrensning om minst seks måneders tjeneste kan ha medført at noen av allmennlegene som sluttet tidligere enn seks måneder ikke ble inkludert. Det kan også være en feilkilde at leger som hadde sluttet, og kanskje hadde negative opplevelser fra fylket, i mindre grad svarte på skjemaet. Det kan tenkes at språkproblemer både har medvirket til at noen har sluttet og at de ikke har svart på spørreskjemaet. Når det gjelder spørsmålene om egen og partners tilknytning til fylket ser vi at de kunne vært formulert annerledes. Respondentene kan godt ha en bakgrunn fra fylket, men mene at dette ikke har hatt stor innvirkning på valg av arbeidsted. Et nøytralt spørsmål om egen eller partners eventuelle bakgrunn fra fylket ville gitt mer objektiv informasjon. Siden undersøkelsen ble gjennomført anonymt vet vi ikke hvor store kommuner respondentene arbeidet i, og dermed ikke om det er en representativ fordeling i forhold til vakt-hyppighet. Vi vet heller ikke hvor mange av legene som hadde deltatt i undersøkelsen begge ganger, både i 2004 og 2010. Til tross for disse begrensningene, mener vi at denne studien bidrar til ny kunnskap som er viktig i arbeidet for å rekruttere og beholde allmennleger i distriktene.

Konklusjoner

Høy vakthypighet synes å øke risikoen for at allmennleger i Sogn og Fjordane velger å slutte. Blant legene som mente at arbeidsmiljøet var dårlig, var det signifikant flere som sluttet. Leger som var uenige i at

'Stillheten som samtale'

de hadde gode faglige muligheter, og at det var et godt og variert arbeidsmarked for partner sluttet også i større grad. Turnuserfaring fra fylket så ikke ut til å være avgjørende for hvorvidt allmennlegene forble i stillingene.

REFERANSER

1. Viscomi M, Larkins S, Gupta TS. Recruitment and retention of general practitioners in rural Canada and Australia: a review of the literature. *Can J Rural Med Off J Soc Rural Physicians Can J Can Médecine Rurale J Off Société Médecine Rurale Can.* 2013; 18 (1): 13–23.
2. Bunker J, Shadbolt N. Choosing general practice as a career - the influences of education and training. *Aust Fam Physician.* 2009 May; 38 (5): 341–4.
3. Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health.* 2009 Mar; 9 (1): 1083.
4. Deutsch T, Hönigschmid P, Frese T, Sandholzer H. Early community-based family practice elective positively influences medical students' career considerations – a pre-post-comparison. *BMC Fam Pract.* 2013; 14: 24.
5. Stenger J, Cashman SB, Savageau JA. The primary care physician workforce in Massachusetts: implications for the workforce in rural, small town America. *J Rural Health Off J Am Rural Health Assoc Natl Rural Health Care Assoc.* 2008; 24 (4): 375–83.
6. Recruit & Retain [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://www.recruitandretain.eu/>
7. Increasing Access to Health Workers in Remote and Rural Areas Through Improved Retention: Global Policy Recommendations [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK138618/>
8. MacIsaac P, Snowdon T, Thompson R, Crossland L, Veitch C. General practitioners leaving rural practice in Western Victoria. *Aust J Rural Health.* 2000 Apr; 8 (2): 68–72.
9. Mathews M, Seguin M, Chowdhury N, Card RT. Generational differences in factors influencing physicians to choose a work location. *Rural Remote Health.* 2012; 12: 1864.
10. Wesnes SL, Aasland O, Baerheim A. Career choice and place of graduation among physicians in Norway. *Scand J Prim Health Care.* 2012 Mar; 30 (1): 35–40.
11. Hunskaar S. ... er hjelpa naermast! Forslag til Nasjonal handlingsplan for legevakt. 2009 [cited 2015 Jan 19]; Available from: <https://bora.uib.no/handle/1956/6251>
12. Eg ønsker meg 1000 nye fastlegar til jul – Tidsskrift for Den norske legeforening [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://tidsskriftet.no/article/1313377>
13. https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/helsesosialmelding/sogn_og_fjordane_helse_sosialmelding2009.pdf
14. Legestatistikk - Legeforening.no [Internet]. [cited 2015 Jan 19]. Available from: <http://legeforening.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>
15. Ellsbury KE, Baldwin L-M, Johnson KE, Runyan SJ, Hart LG. Gender-related factors in the recruitment of physicians to the rural Northwest. *J Am Board Fam Pract Am Board Fam Pract.* 2002 Oct; 15 (5): 391–400.
16. http://www.utposten-stiftelsen.no/Portals/14/2014Utposten/UP3_14/28_31_rekrutterepresent20opprosent20beholde_Utposten_3_3014.pdf.

■ RUNE.LARSEN@HELSE-FORDE.NO
■ GUNNAR.BONDEVIK@UIB.NO

«Det er på tide at du får en utfordring», sier praksisveilederen min. Han har innkalt en av pasientene sine hit til kontoret for en samtale. Han ønsker å kartlegge hjemmesituasjonen og helsen hans. Utfordring tenker jeg, hva er det som venter meg nå? Innkalt? Har han lyst til å komme, og kommer han til å dukke opp?

Siste timen før lunsj er satt av til Kjell. Jeg leser litt i journalen fra tidligere konsultasjoner, brev og epikriser. Kjell er alkoholiker, røyker, har diabetes, leggsår, dårlig ernæringsstilstand og angst. Han har en rekke ganger skrevet seg selv ut fra sykehuset og hjemmesykepleien er bekymret for hjemmesituasjonen. Hva skal vi snakke om? Hvordan skal jeg gå frem? Jeg er student, jeg kjenner ham overhodet ikke. Kommer han til å avsløre meg? Hva om han nekter å snakke med meg?

Tankene begynner å spinne. Jeg ser for meg tidligere møter fra da jeg jobbet i hjemmesykepleien. En liten omsorgsbolig. Man kommer inn døra, lufta kan skjæres med kniv. Lukten gjør at du puster med munnen. Det ligger søppel, gamle aviser og matvarer spredd rundt. Katte piler mellom beina på meg og ut døra. Innerst i stua, i godstolen sitter han. Tomme brusflasker og tørre pølsebrød ligger rundt ham. På det lille bordet når han alt han trenger. Røyk og lighter. Askebegeret er fylt til randen. Konstant manko på fulle ølbokser.

Han dukker opp. Ikke langt fra utgangsdøra på venterommet sitter han sammen med en dame. Det er helt fullt, jeg veit at det er ham. Han ser ned. Hun ser opp. Jeg ser på dem. «Kjell Indrevoll, du kan bli med meg?» Hva tenker han nå? En ung dame som roper ham opp? Hvor blei det av fastlegen som hadde innkalt ham? Han tar fatt på rullatoren sin og kommer tuslende i slitte joggebukser og sandaler. Vi håndhilser, jeg smiler og retter meg opp. Damen er søsteren, hun vil være med inn. Det er greit for Kjell. «De 5 F'ene» raser igjennom hodet mitt. Hvilke forventninger har Kjell til konsultasjonen? Hvilke forutsetninger har vi begge for å få en fruktbar samtale?

Det blir stille. Spørsmålet «Hva kan jeg hjelpe deg med i dag?» passer liksom ikke helt. Han har ikke bestilt timen. Jeg prøver meg på «Jeg har forstått det slik at dr. Hauge ønsker å høre hvordan det går med deg. Hvordan står det til? Og hva synes du

om å komme hit i dag?» Det blir stille. Det lille kontoret blir mindre. Han ser ned og jeg ser på ham. Søsteren sitter bak meg og ser på Kjell. «Du hadde jo ikke akkurat så lyst til å komme i dag Kjell, men vi har inngått en avtale ser du», hun henvender seg til meg. Praten går. Hun forteller om at hun handler daglig og doserer alkoholen utover uka. Kjell ser opp av og til. Han er sped og liten. Ansiktet er markert og grovt. Det ser ut som hans 58 år lange liv har gitt ham en real omgang med juling. Jeg er ganske sikker på at han er venstrehendt. Pekefingeren og langfingeren er ikke bare gule, men brune.

Tiden går. Jeg utfordrer meg selv til å la det være stille. Det er mest stille. Vi prater av og til. Om at han ikke har vært ute av døra på flere måneder, angsten han fikk av sitte på venterommet, beina som nesten ikke klarer å bære ham fra leiligheten og ut i postkassa. Kjell deler sin historie i korte setninger. Vi kommuniserer mest med blikk. Opp og ned. Et lurt smil dukker opp, jeg tar det i mot og gir et i retur. Han har det bedre nå, han er glad for at søsteren hjelper. «Selv om det er med jernhånd», sier han. Av og til blir det mørkt, søsteren tar ordet. Jeg vil gjerne fortsette den stille samtalen med Kjell.

Jeg undersøker ham. Blodtrykket er fint. Han legger de tynne beina sine opp på krakken. Jeg finner ikke puls, verken ved å føle eller ved bruk av doppler. Vi ser på såret, det ser overaskende fint ut. Vi prater litt om hva som kunne gjort hverdagen bedre. Kjell skulle ønske han orket å gå til sentrum. Han vil mate duene og se folk.

Entusiasmen er ikke akkurat til å ta og føle på når jeg foreslår at han bør henvises til sykehuset for vurdering av blodsirkulasjonen. Det blir igjen stille. Han legger armene i fanget, trekker pusten og ser ned nok en gang. Han ser opp med tårer i øynene. Han ser ut av vinduet. Han tar beina ned fra krakken og legger de opp igjen. Flere ganger. Han begynner å fikle med låsene til rullatoren. Han vil ikke på sykehuset. Han reiser seg, tar meg godt i hånda, smiler og sier «Tusen takk for samtalen, det var det jeg trengte». Takk det samme tenkte jeg.

JULIE STEINSDATTER STENEHJEM
Medisinstudent ved Universitetet i Bergen.
Utplassert ved Haugesund legesenter
i fire uker høsten 2015.

Nyttig å vite og enkelt å lære om lesbiske, bifile og homofile pasienter

■ MARI BJØRKMANN • Fastlege, spes. i allmenn med., PhD, Rosenhoff Legegruppe

Referansegruppen for lesbisk, homofil, bifil og trans helse (LHBT) har laget et opplegg for et forberedt møte i veiledningsgrupper i spesialistutdanningen i allmennmedisin, med tittelen «Fastlegen i møte med pasienter som er lesbiske, bifile eller homofile». Opplegget kan gjerne også benyttes i smågrupper, og er utformet som en selvinstruerende lysbildeSerie. Det krever ingen forhåndskunnskaper, men fungerer best med en viss grad av forberedelse. Det er fritt tilgjengelig og enkelt nedlastbart*.

Kjenner du den seksuelle orienteringen til dine pasienter? Vet du hvem som er bifile for eksempel? I Norge i 2013 oppga 60–63 prosent av lesbiske kvinner og homofile menn og 15–19 prosent av bifile kvinner og menn at fastlegen hadde kjennskap til deres seksuell orientering (1).

Seksuell orientering består av tre aspekter: seksuell tiltrekning, seksuell atferd og identitet. Identitet omfatter både sosial og personlig identitet, der sosial identitet refererer til gruppetilhørighet, mens personlig identitet refererer til en oppfatning av sitt eget selv (2). Lesbiske kvinner og homofile menn føler tiltrekning kun til personer av samme kjønn, mens bifile kan føle tiltrekning til både menn og kvinner.

Trans er et samleuttrykk som vi i referansegruppen benytter når vi omtaler personer som opplever manglende samsvar mellom kjønnsidentitet eller kjønnsuttrykk og det juridiske kjønn som personen fikk tildelt ved fødsel. Dette er ingen ensartet gruppe, og uttrykket omfatter personer som selv beskriver seg som transperson eller transkjønnet, personer med diagnosen transeksualisme og personer som har forskjellige kjønnsuttrykk og eventuelt veksler mellom disse (3).

Vi har i lysbildeSerien ikke inkludert

møtet med transpasienter. Selvom endel er likt i møtet med pasienter som tilhører disse minoritetene, er det også mye som er ulikt, blant annet hva gjelder medisinske og juridiske forhold.

Har fastlegen nytte av å kjenne til pasientens seksuelle orientering?

En helhetlig kjennskap til mennesket i pasientstolen samt tillit mellom pasient og lege er viktige verktøy både for å stille riktig diagnose og for en vellykket behandling. Som Petter Gjersvik skriver i *Tidsskrift for Den norske legeförening*:

Anamnesens funksjon er i utgangspunktet først og fremst å få frem opplysninger om symptomer og andre forhold som kan danne deler av grunnlaget for diagnosen. Men like viktig er det at legen under anamneseopptaket opptrer på en måte som gjør at pasienten får tillit til ham eller henne. Legen må også observere pasientens atferd og reaksjoner på ulike spørsmål for å danne seg et inntrykk av pasientens generelle helse, personlighet og forutsetninger for å følge opp behandlingen (4).

Det å ikke kjenne til pasientens seksuelle orientering, eventuelt anta feilaktig om dette, vil ofte være forbundet med at fastlegen ikke kjenner til hvordan pasienten lever, pasientens hjemmesituasjon, nettverk,

erfaringer og eventuelle belastninger i livet. Videre kan kommunikasjonen bli mer lukket, ved at pasienten passer på både innhold i samtalen og sine egne formuleringer for å unngå å røpe seg. «Jeg føler at jeg ved å tie om min legning også ender opp med å ikke dele noen følelser med andre», sier en lesbisk kvinne i tjuårene, som sjelden er åpen om sin orientering, bosatt i en liten by i Norge (1).

Minoritetsstress – tilleggsbelastningen som individer fra stigmatiserte sosiale kategorier utsettes for på grunn av sin minoritetsposisjon – gir utslag i dårligere helse for noen, og dette er nyttig å vite for fastlegen. Data fra 2007 antyder et svært varierende kunnskapsnivå blant norske leger (5). De rapportene vi baserer lysbildeSerien på inkluderer en grundig oppsummering av foreliggende forskning på dette feltet, som imidlertid ikke er ferdig utforsket (6).

Har pasienten nytte av at fastlegen kjenner den seksuelle orienteringen?

Dette vil pasienten vurdere fortløpende ut fra problemstilling, livssituasjon (har partner eller er enslig) og om det er behov for at legen er en samtalepartner eller ikke. Mange pasienter rapporterer at de ikke kan være seg selv, den de er, om de vurderer det slik at seksuell orientering ikke bør bli

* Se boks side 39 for nettsadresse



Et fargerikt fellesskap hvor det er lov å være seg selv.

kjent for legen, og det oppleves ofte negativt (7). Videre må pasienten passe på ordvalg og innhold i samtalen dersom legningen skal holdes skjult, noe som bidrar til en generell lukkethet overfor legen. Som skissert ovenfor er det også helseforhold som kan være viktig for pasienten at fastlegen kjenner til.

Møtet med pasienter som er lesbiske, bifile og homofile

Referansegruppen for lesbisk, homofil, bifil og trans helse har laget et opplegg til et temamøte for veiledningsgrupper i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det ligger under temaet «klinikk møter» i *Veiledningshåndbok for allmennmedisin*, i tillegg til på referansegruppens hjemmeside, under navnet «Møte med pasienter som er lesbiske, bifile eller homofile». Vi prioriterte hovedtema ut fra internasjonal forskning samt relevante funn fra to ferske norske forskningsrapporter om levekår og seksuell orientering: *Seksuell orientering og levekår fra 2013 og Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge fra 2014* (1,8). Vi har god kjennskap til rapportene fordi to av referansegruppas medlemmer var med i forskningsteamet.

Opplegget er utformet som en selvinstruerende lysbilde-serie i pdf-format, og forutsetter ingen forkunnskaper om emnet hos verken veileder eller spesialistkandidat. Lysbilde-serien kan fungere godt i andre sammenhenger, som for eksempel i en smågruppe i etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin. Man kan bruke

den tiden man vil, men opplegget er laget for ca. 3 x 45 minutter.

Sentral kunnskap om de utvalgte hovedtemaene fordeles blant veiledningsgrup-pas medlemmer til forberedelse før temamøtet. Faktakunnskap hentes via lenke til utvalgte sider i disse rapportene. Så følger noen konkrete kasuistikker som veiledningsgruppa diskuterer i plenum, dels med utgangspunkt i egen praksis og dels med støtte fra de av gruppas medlemmer som har satt seg spesielt inn i det aktuelle temaet. Tidsrammen for temamøtet ble avgjørende for hvor mange tema vi kunne inkludere og hvor omfattende diskusjoner vi skulle invitere til. Med lysbilde-serien som støtte veksler opplegget mellom læring av faktakunnskap, diskusjoner som skal mobilisere refleksjon og ettertanke samt formidling av holdninger som er avgjørende for at lesbiske, homofile og bifile pasienter kan få gode helsetjenester.

Ny, norsk forskningsbasert kunnskap om helse hos lesbiske, homofile og bifile

En av forskerne bak de to rapportene, Kirsti Malterud, var tidligere medlem i referansegruppen for lesbisk, homofil, bifil og trans helse. Hun var sentral i utarbeidelsen av lysbilde-serien, og jeg har stilt henne noen spørsmål:

MB: Hvilken kunnskap kom fram fra levekårsundersøkelsen som du synes er viktig å få videreformidlet til allmennleger?

KM: Vi fant at helsetilstanden blant de fleste lesbiske, homofile og bifile var like god

som blant heterofile. Samtidig viser et mindretall av LHB-personer tegn til marginalisering i form av mer psykisk uhelse, noe lavere livstilfredshet, flere negative erfaringer på arbeidsplass og studiested, og mindre åpenhet om seksuell orientering. Særlig sårbare er yngre bifile kvinner. Holdninger til LHB-personer i den norske befolkningen er stadig mer velvillige enn tidligere, men uttalt homo- og bi-negativitet forekommer også. Samtidig er heteronormativiteten fortsatt utbredt. Dette er holdninger som innebærer at heteroseksualitet tas for gitt og oppfattes som best. Dermed må LHB-personer hele tiden håndtere spørsmål om usynlighet og åpenhet med en viss grad av usikkerhet på hva slags respons de møter. Det norske samfunnet blir gradvis åpnere, men det er ennå et stykke igjen. Fastlegen skal verken overvurdere eller undervurdere betydningen av minoritetsstress blant lesbiske, homofile og bifile. Dette kan ha ulik betydning fra person til person.

MB: Var det noen funn som overrasket deg?

KM: At norske allmennleger sier at lesbiske ikke trenger celleprøve, uten engang å spørre om seksualpraksis, er tegn på manglende kunnskap. Det kom ikke som noen overraskelse på meg at lesbiske kvinner i Norge røyker og drikker som kvinner flest, har lite kjønnssykdommer og ingen spesiell hyppighet av fedme. I forskningsmessig sammenheng er dette imidlertid ny kunnskap. At de fleste bifile ikke røper sin seksuelle orientering til fastlegen, betyr at det er mange vi ikke vet om. Siden dette er en

spesielt utsatt gruppe angående helse og sykdomsrisiko blir det spesielt viktig å bidra til å skape dialoger som kan fremme trygghet og åpenhet om seksualitet og levekår.

MB: Var det noen funn som kan være nyttige for andre legegrupper å kjenne til?

KM: Den økte selvmordsrisikoen blant både bifile og lesbiske kvinner er kanskje ikke godt nok kjent blant psykiaterne. Gynekologene bør vite at HPV-virus kan påvises også blant kvinner med begrenset eller ingen heteroseksuell erfaring. På tvers av spesialitetene er det også viktig å understreke at det ikke finnes forskningsbasert dokumentasjon for økt forekomst av brystkreft blant lesbiske kvinner.

Presentasjon av temamøtet

Temamøtet ble i juni i fjor presentert på det årlige møtet for veiledere av et annet medlem i referansegruppen for lesbisk, homofil, bifil og trans helse, Gunnar Frode Olsen. Han forteller at responsen var god blant de rundt 30 veilederne som var på møtet, og flere kunne tenke seg å ta opplegget i bruk. Opplegget trenger ikke å brukes slavisk, man kan gjerne stoppe opp og bruke tid på det gruppa synes er viktig, sier Olsen, som selv er veileder. Veilederkoordinatorerne har vært positive hele veien, og opplegget kom raskt inn i Veiledningshåndboka.

REFERANSER

1. Anderssen N, Malterud K. Seksuell orientering og levekår. Bergen: Uni Helse, 2013.
2. Institute of Medicine. The health of lesbian, gay, bisexual, and transgender people: Building a foundation for better understanding. Washington DC: The National Academies Press; 2011. 347 p.
3. Helsedirektoratet. Rett til rett kjønn - helse til alle kjønn. Utredning av vilkår for endring av juridisk kjønn og organisering av helsetjenester for personer som opplever kjønnsinkongruens og kjønnsdysfori. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
4. Gjersvik P. Lytte, lete, tenke. Tidsskr Nor Legeforen. 2015; 135: 1217.
5. Bjorkman M, Malterud K. Lesbian women's experiences with health care: a qualitative study. Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2009; 27 (4): 238-43. PubMed PMID: 19958064. Epub 2009/12/05. eng.
6. Lancet T. Health of lesbian, gay, bisexual, and transgender populations. The Lancet. 2011; 377 (9773): 1217.
7. Bjorkman M, Malterud K. Being lesbian-does the doctor need to know? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2007 Mar; 25 (1): 58-62. PubMed PMID: 17354161. Epub 2007/03/14. eng.
8. Malterud K, Anderssen N. Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge. Bergen: Uni Research Helse, 2014.

Veiledningsgrupper i spesialutdanningen i allmennmedisin

I faget allmennmedisin er det obligatorisk å gjennomføre veiledningsgruppe for å bli spesialist. Veiledningsgruppene bruker Veiledningshåndbok for allmennmedisin, som ligger her <http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Allmennmedisin/Veiledningshåndbøker/Handbok-for-veiledningsgrupper-i-allmennmedisin/> I forordet står det: *Da den norske modellen for spesialistutdanningen i allmennmedisin ble utformet på 1980-tallet ble det lagt vekt på at den skulle være gruppebasert og desentralisert, med to års obligatorisk deltakelse i en veiledningsgruppe ledet av en erfaren kollega. (...) Gjennom diskusjon og refleksjon om problemstillinger og kasuistikker får deltakerne belyst sin egen legerolle og sin holdning til mange viktige spørsmål. (...) De forberedte møtene i veiledningsgruppa dekker et bredt spektrum av problemstillinger, ikke bare innen klinisk allmennmedisin, men også en rekke temaer knyttet til lege-pasient forholdet, konsultasjonene, prioritering av oppgaver, organisering og kvalitet av legearbeidet, etikk, jus mm. Denne håndboka inneholder forslag til forberedelser og gjennomføring av en rekke slike møteopplegg for veiledningsgrupper i allmennmedisin.*

Referansegruppe for lesbisk, homofil, bifil og trans helse

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) sin Referansegruppe for lesbisk, homofil, bifil og trans helse ble opprettet i 2007 for å fokusere på og formidle kunnskap om helserelaterte problemstillinger blant lesbiske, homofile, bifile og trans (LHBT) pasienter til andre allmennleger. På NFAs hjemmeside står dette om referansegrupper: *Referansegruppene står sentralt i NFAs faglige aktiviteter. En referansegruppe arbeider med et felt innenfor allmennmedisinen. Målet for gruppens arbeid kan være å utarbeide en rapport eller annen publikasjon, arrangere kurs, utarbeide retningslinjer eller handlingsprogram, utarbeide faglige råd mm. Gruppene kan påta seg et tidsavgrenset oppdrag eller ha et mer langsiktig perspektiv med fagutvikling på sitt felt.* Referansegruppen for lesbisk, homofil, bifil og trans helse har hjemmeside her <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Referansegrupper/lesbisk-og-homofil-helse/> Her ligger det fritt tilgjengelig mye fagstoff og nyttige lenker.

Det faglige innholdet bygger hovedsakelig på to ferske norske forskningsrapporter:

"Seksuell orientering og levekår" fra 2013. Den ligger fritt tilgjengelig på <https://bora.uib.no/handle/1956/7550>.

"Helse blant lesbiske og bifile kvinner i Norge" fra 2014. den ligger fritt tilgjengelig på <https://bora.uib.no/handle/1956/9307>.

God allmennmedisinsk forskning produserer verdifull kunnskap for allmennlegene. I denne spalten presenterer vi ferske allmennmedisinske doktoravhandlinger. Vi har bedt allmennleger som nettopp har disputert for graden PhD om å svare på følgende spørsmål: Hva er bakgrunnen for prosjektet ditt? • Hvordan ble du engasjert i dette prosjektet? • Hva fant du ut? • Hva betyr resultatene for norske allmennleger? • Hvordan kombinerte du forskning med praksis? • Hvilke råd vil du gi til andre allmennleger som vil forske? • Hvor går veien videre?

Brystsmerter på legevakten

– diagnostikk, behandling og legenes toleranse for risiko

■ ROBERT A. BURMAN

Fastlege og ALIS Vennesla legesenter, ph.d.

Brystsmerter er en hyppig problemstilling både på legevakt og i allmennpraksis, men det kan av og til være en utfordring å skille alvorlig sykdom som iskemisk hjertesykdom fra mindre alvorlig sykdom som brystkassemyalgi, da vi ofte har begrenset med diagnostiske verktøy utenfor sykehus.

Symptomet brystsmerter ser ut til å være et tilnærmet «magisk» begrep for både helsepersonell, pasienter og pårørende, da symptomet ofte vil utløse en form for ryggmargsrefleks, særlig hos helsepersonell, hvor det raskt settes likhetstegn mellom brystsmerter og livstruende (hjerte-) sykdom. Et av aspektene jeg ønsket å undersøke i doktorgradsarbeidet mitt var hvorfor brystsmerter ser ut til ha denne spesielle posisjonen, da vi som legevaktleger og allmennleger ofte ikke har samme ryggmargsrefleks når det står som eksempel magesmerter eller ryggsmarter i timeboken, selv om vi godt vet at dette også er tilstander som potensielt kan representere alvorlig sykdom. Med forskningen min ønsket jeg å skaffe ny viten om hvordan legevaktleger diagnostiserer og behandler pasienter med brystsmerter, og i hvilken grad behandlingen styres av den enkelte leges toleranse for risiko.

Symptomet brystsmerter

Min forskerkarriere startet under medisinstudiet i Bergen, hvor jeg skrev særoppgave om og publiserte en artikkel med to kardiologer i Stavanger. Artikkelen omhandlet i hvilken grad de nye kriteriene for myokardinfarkt fra 2007 påvirket insidensen og klassifikasjonen av hjerteinfarkt ved Stavanger Universitetssykehus. Etter hvert som jeg gradvis tilnærmet meg et klinisk og akademisk liv i allmennmedisin, ble det mer naturlig å utforske muligheten for å forske videre med et allmennmedisinsk

perspektiv. Etter turnustjenesten var jeg så heldig å bli gitt tid og frihet av forskningsleder og professor Steinar Hunsbakk ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktemedisin (Nklm) til å utvikle et eget ph.d.-prosjekt i en forskerstilling ved senteret. Det ble raskt klart at jeg ønsket å forske på symptomet brystsmerter, uavhengig av årsaken til symptomet, da vi som allmennleger oftest forholder oss til symptomer og ikke ferdigdefinerte diagnoser.

Triagering

Avhandlingen har bakgrunn i to studier. I den første studien samlet tre AMK-sentraler informasjon om alle medisinske hendelser klassifisert som «rød respons» etter Norsk Indeks for medisinsk nødhjelp (Indeks) i en tremånedersperiode. I den andre studien samarbeidet vi med fire norske legevakter som deltok med innhenting av data, og i denne studien ble 100 unike legevaktleger telefonintervjuet kort tid etter en konsultasjon med en pasient med brystsmerter.

Den første artikkelen fra AMK-studien konkluderte med at akutsituasjoner utenfor sykehus hovedsakelig er medisinske, hvor få er livstruende syke. Fremtidig forskning burde fokusere på triagering ved AMK-sentralene og hvordan helsetjenestene best kan håndtere «hverdags-akuttmedisinen» utenfor sykehus. Den andre artikkelen konkluderte med at de fleste pasientene med akutte brystsmerter ble innlagt på sykehus, men kun en fjerdedel av pasientene ble vurdert utenfor sykehus til å være alvorlig syke. Funnene kastet lys på de utfordringene AMK-sentralene har når det kommer til å bestemme riktig hastegrad for pasienter med akutte brystsmerter. Overtriagering er til en viss grad både forventet og ønsket, i det man ønsker å fange opp alle pasienter som trenger akutt hjelp, men det er også velkjent at overtriagering kan øke belastningen på de knappe ressursene som er tilgjengelig.

Toleranse for risiko

Den første artikkelen fra legevaktstudien konkluderte med at hos under halvparten av brystsmerterpasientene som ble innlagt

fra legevakten var det mistanke om akutt iskemisk hjertesykdom, og kun et fåtall ble gitt akuttbehandling for mistenkt akutt koronarsyndrom. Legene oppga flere andre diagnoser som mulig årsak til pasientenes brystsmerter. Å bestemme riktig hastegradnivå for pasienter med brystsmerter var utfordrende også i legevaktsammenheng, og det er sannsynlig at både over- og undertriagering forekommer. Den andre artikkelen konkluderte med at legevaktslegene viste betydelige forskjeller i deres diagnostiske tilnærming, og ikke alle leger diagnostiserte pasienter i tråd med gjeldende retningslinjer og ny kunnskap. Studien fant ingen signifikante forskjeller ved legenes erfaring eller alder da de «risikomotvillige» ble testet mot resten. Analyser av toleranse for risiko viste at alle legene følte at deres risikovurdering var rimelig god og følte seg rimelig trygg på legevakt, men kun 50 prosent var enig i uttalelsen «jeg bekymrer meg ikke for avgjørelser etter jeg har tatt dem». Ved spørsmål som kun omhandlet brystsmerterpasienter, svarte 51 prosent av legene at de bekymret seg for å få klager på seg, 75 prosent var enige i at innleggelse i sykehus kunne medføre at pasienter ble «over-testet», og 51 prosent mente det var mer sannsynlig at de ville legge inn pasienten hvis pasient selv ønsket det. Fremtidig forskning og utdanning bør fokusere på å styrke legenes beslutningskompetanse gjennom undervisning og fokus på risikovurdering og toleranse for risiko.

Støtte fra legesenteret

Med unntak av det første halve året, har jeg under hele doktorgradsarbeidet kombinert 50 prosent forskning med 50 prosent klinisk allmennpraksis, de siste tre årene ved Vennesla legesenter. Jeg har vært privilegert som har opplevd kontinuerlig støtte og tilrettelegging fra mine kolleger ved legesenteret, samtidig som jeg har jobbet tett med et robust faglig miljø ved Nklm i Bergen og forskningsgruppen for allmennmedisin ved UiB. Selv om jeg har vært ansatt i en forskerstilling ved Nklm har jeg også nytt godt av økonomisk støtte fra legeföreningens Allmennmedisinske forskningsfond (AMFF).

Forskning og klinikk

Med min positive erfaring og glede over å være tett tilknyttet et strålende allmennmedisinsk akademisk miljø i Bergen, er det liten tvil om at jeg vil anbefale andre allmennleger å begi seg ut i allmennmedisinsk forskning. Det finnes flere gode inngangsporter til forskning i allmennpraksis i Norge, men jeg vil sterkt anbefale å kontakte et av de fire akademiske allmennmedisinske miljøene tilknyttet universitetene, hvis du har en forskerspire i magen. Norsk forening for allmennmedisin har også egne allmennpraktiker-stipend gjennom Allmennmedisinsk forskningsutvalg. Dette er godt egnet for delfinansiering av mindre forskningsprosjekt, og for dem som har en ph.d. som siktemål, vil Allmennmedisinsk forskningsfond være et aktuelt sted å søke om midler etterhvert. Det er også verdt å nevne at dagens spesialiseringsregler i allmennmedisin muliggjør en kombinasjon av forskning og klinisk praksis uten forsinkelse i spesialiteten. Kombinasjonen 50 prosent forskning og 50 prosent kurativ klinisk praksis har vært fullt ut tellende i min spesialisering, noe som har bidratt positivt til mine ambisjoner om å fullføre doktorgradsarbeidet parallelt med klinisk praksis.

Mersmak

For egen del har ph.d.-arbeidet gitt meg en unik akademisk skoloring, som jeg anser som svært nyttig både i klinisk allmennpraksis, men også i min bijobb som universitetslektor ved UiB og som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt. Per dags dato er det uavklart på hvilken måte og i hvilken type stilling jeg vil fortsette med forskning, men doktorgradsarbeidet har gitt mersmak, og jeg har god tro på at ph.d.-avhandlingen bare er starten på min forskerkarriere. Inntil videre er det sannsynlig at jeg vil få nok utfordringer i tiden som kommer med oppstart av ny null-hjemmel ved Vennesla legesenter i januar, 50 prosent stilling som legevaktoverlege ved Kristiansand legevakt, bistilling som universitetslektor ved UiB, og som leder av ALIS (allmennleger i spesialisering)-utvalget i Allmennlegeforeningen.

Tittel avhandling: «Chest pain out-of-hours. Prospective studies on diagnostics and management in out-of-hours emergency primary health care in Norway».

Disputasdato: 12.06.2015. Veiledere har vært Steinar Hunskaar og Erik Zakariassen. Doktorgradsarbeidet utgikk fra Forskningsgruppen for allmennmedisin ved Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

■ BOBBYBURMAN@GMAIL.COM

Avmakt og NAVmakt – en bekymringsmelding

■ HARALD SUNDBY • Fastlege, Kalveskinnet legesenter, Trondheim

Undertegnede er fastlege, og har vært det i ca. 25 år. Vanligvis praktiserer jeg i Trondheim, men de siste fire måneder har jeg vikariert som fastlege i Grorud-dalen. Denne reisen over Dovrefjell har gjort meg bekymret. Jeg befinner meg med ett i en svær avmaktssituasjon som rett og slett går litt på helsa løs.



ILLUSTRASJONSFOTO: BRAGE ARONSENS/ANIMASJON/STOCK PHOTO

Vi snakker om økende stressymptomer. Jeg har forsøkt å analysere situasjonen litt. Jeg har kommet fram til at jeg er blitt en *sympombærer*. For dette dreier seg ikke om min helse. Dette er ikke mitt eget stress. Det er strengt tatt knapt min egen avmakt. Det er NAVmakt. Mine pasienters NAVmakt og stress.

Problemene tårner seg opp, og det er lite jeg kan få gjort med det. Jeg er fastlege og møter mange mennesker i min arbeidshverdag der slik avmakt gjør seg gjeldende. Mitt første råd til de avmektige er: Del dette med noen du kjenner og stoler på – hvis du har noen. Jeg kjenner ikke dere lesere, men deler likevel. Jeg velger å stole på at min bekymring blir tatt i beste mening:

Vi fastleger er viktige brikker i det som jeg føler meg ganske sikker på er et av verdens beste velferdssystemer. Når det gjelder velferdsordningene knyttet til helse og helsesvikt er fastlegens vurdering og beskrivelse av helseproblemene, behandlingen og konsekvensene av svikten ofte selve

'inngangsbilletten', det være seg sykmeldinger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Det som skjer i fastlegens behandlingsrom legger føringene for saksbehandlingen i NAV. For pasientene, som er dem hele dette systemet er bygget opp for, sier det seg selv at det er overordentlig viktig at kommunikasjonen mellom deres behandler og saksbehandler fungerer smidig, og at misforståelser og konflikter ikke kommer i veien. Ellers kommer pasientene selv ofte ingen vei.

La det med en gang være sagt: Som fastlege har jeg dyp respekt for vår velferdstradisjon, en likeså dyp respekt for NAV og alle som jobber i det systemet. Jeg har opparbeidet mange positive erfaringer der vi samlet har funnet gode løsninger og hjulpet mine pasienter ut av vanskeligheter. Dialogpreget samarbeid har gitt meg mye yrkesglede. Og det finnes også en forventningskrise der ute, om hva velferdsstaten faktisk kan bidra med – og hva NAV kan stille opp med. Gitt slike urealistiske for-

ventninger vil systemet ikke kunne unngå å måtte dele ut skuffelser. Det finnes et lite konstruktivt 'anti-NAV-krigshisseri', som gir negativ skyttergravsdynamikk.

Men det finnes også det jeg kaller 'klinisk NAVmakt', som går på helsa løs. Etisk sett er det betenkelig: et hjelpesystem som gjør vondt verre. Ingen av oss ønsker det. La oss gjøre alt vi kan for å unngå det. Og når vi likevel ser at det skjer: la oss stoppe opp, lytte til hverandre og komme ut av det. Det er fullt mulig – de fleste gangene.

Det er også fullt mulig at jeg med 25 års yrkeserfaring 50 mil nord for Sinsenkryset har utviklet en urealistisk naivitet om dialogens potensial. Mine erfaringer som fastlegevikar fra Oslo logryta gir meg uansett denne ulmende kliniske bekymring: Det er mulig at brutaliseringen av velferdssystemene våre ikke er så ille som vi tror. Kan-skje det er *verre* enn vi tror?

• **Adoptivbarn, 17 år og snart myndig:** De første tre årene i rumensk barnehjem var så helseskadelige at psykologer og barnelegers konklusjon er klinkende klar: Hun er spesifikt hjerneskadet, med en mental alder mellom 5 og 7 år. Nå er hun et slikt barn i en snart voksent og vakker kvinnekropp. Litt skummel kombinasjon, men godt ivaretatt. Det søkes om uførepensjon, men vilkårene er ikke oppfylt: Hun må først prøves ut i arbeidslivet. Altså – statlig konklusjon om barnearbeid?

• **Kvinne, 43 år med tre barn:** Hun har slitt med kroniske smerter de siste 20 år, og vært like lenge i forskjellige behandlingstiltak og attføringsforsøk som ikke har ført fram. Komplisert helsesituasjon. Dette er ikke en livs- og sykehistorie som gir et menneske mestringsfølelse og godt selvbilde. Grundig arbeidsevnevurdering foretatt av et konsulentfirma på oppdrag fra NAV konkluderer entydig med at det ikke finnes arbeidsevne og at videre attføringsforsøk bare vil gjøre vondt verre. Stønads situasjonen henger i løse luften når jeg møter henne for første gang. Hun befinner seg i den tilstanden jeg bare har ett ord for – og som jeg synes er dekkende: Angsthelvet.

«Hva har jeg gjort feil? Ryker huset? Orker jeg mer av dette livet?» Daglige panikkanfall. Null nattesøvn. På vei nedover.

Dere får tro meg på min vurdering: det var lett å merke at NAVmakten var den sterkeste drivende kraften nedover. Dette gir meg klinisk bekymring. Jeg tar noen telefoner: her må det samarbeides raskt og tverrfaglig. NAVs saksbehandler dukker opp og ser problemene. Jeg hiver meg rundt og

skriver legeerklæring. Men videre stønad avslåes. Rådgivende lege finner ingen sykdomsbasert uførhet. Jeg bekymres enda mer og er i vantro. For meg foreligger en nærmest overtydelig arbeidsuførhet der «nok er nok»-fasen burde vært etablert for minst 5 år siden.

Vanlig allmennmedisinsk sykdomsforståelse forkastes ansiktsløst og byråkratisk. Rådgivende leges ord er dom i slike saker. Her finnes det risiko for fatal helsekollaps. Jeg ber rådgivende lege ringe meg, men saksbehandler sier med beklagelse at det er ikke noe som rådgivende lege gjør: Å ringe fastleger.

Jeg ringer distriktpspsykiatrisk senter (DPS), som har forståelse – men trekker litt på skuldrene. Jeg får inntrykk av at dette er svært vanlig kost. Jeg blir bedt om å skrive en henvisning, men den må først og fremst omhandle min bekymring om selvmordsrisiko. Minst mulig om NAVmakten: «Når det gjelder slike NAV-problemer synes vi vanligvis ikke at det hører hjemme her.»

Jeg får assosiasjoner til fysikkoppgavene fra skoletiden: «I dette forsøket velger vi å se bort fra luftmotstanden.» Da kommer analysene skjært ut, når det er motvind med orkan i kastene.

Denne kvinnen trenger behandling. Hun trenger respekt i store doser flere ganger i uken i minst to år. Det hun minst av alt trenger, er respektløs saksbehandling.

På fire måneder møter jeg tre andre pasienter, alle med ansvar for barn – og med tilsvarende alvorlig NAVmakt, som så vidt jeg har overskuet har vært hovedårsaken til betydelig psykiatrisk sykdom. og 2.-linjes behandling. På disse fire månedene møter jeg alt for mange andre som, om de ikke akkurat er blitt syke av det, også opplever samarbeidet med NAV som en trusselfaktor i sine liv. Hver enkelt av dem har sin historie.

• **Leif på 53 år dukket opp på hastetime. Det var magesmerter. Kort fortalt:** Dette viste seg å være en nokså dypt psykisk skadet mann med mange år under oppfølging og behandling. Se for dere Elling. Bak magesmertene lå det to år i isolasjon etter at hans mor døde. De hadde bodd sammen. Nå tok arvepengene snart helt slutt. Vi fikk ok kontakt. «Men du får ikke meg til å gå på NAV, nei. Da bor jeg heller på gata.»

Nytt forsøk på tverrfaglig samarbeid:

«Jeg har innledet samarbeid med en pasient som ser ut til å ha falt ut av alle systemer. Vi må få koplet ham på igjen. Kan vi få til et møte?»

«Vel, dr. Sundby – gjelder det arbeidsavklaring, uføretrygd eller sosialtjenester?»

«Det var akkurat det jeg tenkte vi kunne forsøke å finne ut sammen.»

«Hør her, Sundby. Hvis du ikke kan si hva det gjelder, så har jeg faktisk ikke lov å bruke tid på dette her. Jeg jobber med arbeidsavklaringsstønad.»

Så langt kom vi. Hørte jeg «Én dør»?

• Mona er 23 år, med et lite barn og samboer. Rygg- og bekkensmerter. Butikkarbeid hun ikke trivdes med og ikke så for seg å greie. En lett barseldepresjon i tillegg?

Hun ble sykmeldt av meg – og ja, det var en sykmelding «i gråsonen». Hvor hardt presser man en sliten småbarnsmor? Jeg er usikker. To måneder gikk. Og de går fort i allmennpraksis. Så kom tilbakemeldingen fra den fortvilte pasienten: Sykmeldingen var avvist. Null kompensasjon. En julehøytid med ubetalte regninger og tapt nattesøvn. Ingen katastrofe, men for meg som fastlege var dette en situasjon jeg ikke tidligere hadde opplevd. Jeg skrev til NAV og ba om en telefonprat. Det fikk vi til etter tre ukers tid, men vedtaket var gjort av en forvaltningsenhet som var utenfor saksbehandlers sfære. Å være sykmelder er ingen enkel jobb, vi fastleger gjør så godt vi kan. Dilemmaet er det vanligste. Mye er et sted i gråsonen. Å risikere å sette pressede småbarnsforeldre i økonomisk limbo er ikke noe jeg kan fortsette med. Uten dialog i tillit – om de man er i tvil om – kan jeg som fastlege ikke delta i dette samarbeidet.

Da har jeg gitt til kjenne noe om NAVmakten jeg har observert som vikar i Gro Ruddalen, sett fra fastlegekontoret. Jeg sitter med en følelse av at noen vil tenke: «Men dette har vi da hørt før».

Det er riktig. Intet av dette er nytt under solen. Kanskje nettopp derfor må det beskrives igjen. Og igjen. I min erfaring ligger dessuten en opplevelse av NAVmakt i en noe mer alvorlig form. Den nærmest totale NAVmakt, der jeg som fastlege og behandler står helt uten muligheter til å fungere som et smidiggjørende bindeledd mellom pasientene og saksbehandlerne. Hvordan situasjonen ser ut sett fra den andre siden vet jeg ikke noe om. Dialogen og tilliten mangler. Hvor ble den av?

Jeg reiser snart tilbake til mitt fastlegevirke i Trondheim – og forlater denne NAVmaktssonen. Det blir en lettelse. I vår by går det den motsatte veien. Det går lettere. Dialog er hverdagen. Folk får som oftest hjelp, men grenser settes også – i tillitsfullt og gjensidig respektfullt samarbeid.

Så får det bli andre enn meg som tar dette herfra. Det var godt å få satt ord på det!

■ HAR-SUZ@ONLINE.NO

Hvem skal passe folkets pasientopplysninger?

■ NILS KRISTIAN SANDTRØEN

Økonom og varaordfører, Tynset kommune

■ TOR HALVOR BJØRNSTAD-TUVENG

fastlege ved Tynset legekantor

■ MARTE KVITTUM TANGEN

fastlege ved Tynset legekantor

Hvem skal eie og ha tilgang til bygg med følsomme helsedata og pasientopplysninger? I flere år har sentrale myndigheter arbeidet med planer om å arkivere slike data i ett bygg som staten eier. I statsbudsjettforslaget for 2016 gikk imidlertid regjeringen inn for at arkivering kunne gjøres hos et privat aksjeselskap. Vi har betenkeligheter rundt dette.

Et privat aksjeselskap innebærer en delvis privat løsning der staten ikke vil sitte med all kontroll. Dette ser vi på som svært kritikkverdig, ettersom ordninger for fremtidig oppbevaring av helsearkivmateriale er en svært viktig samfunnsoppgave som krever full statlig styring.

Sensitive helsedata – trygg oppbevaring

Diskusjonen rundt trygg oppbevaring av pasientjournaler ble for alvor løftet frem da staten overtok ansvaret for sykehusene og spesialisthelsetjenesten i 2002. I forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2010 ble det vedtatt å etablere et nasjonalt helsearkiv med formål å sikre forsvarlig oppbevaring og tilgjengeliggjøring av helsearkivmateriale fra spesialisthelsetjenesten.

Helseforetakene og andre helseaktører med krav til journallagring skal avlevere sine arkiver til Arkivverket, men det er ikke kapasitet til å håndtere så store mengder arkivmateriale noe sted i dag. Behandlingen av spesialisthelsetjenestens helsearkiver vil ha stor betydning både for spesialisthelsetjenesten selv og for dokumentasjon av fortidens og fremtidens samfunnsutvikling.

Pasientjournalene inneholder store mengder sensitiv informasjon. Helsearki-

vet vil bestå av både papirjournaler som skal digitaliseres og eldre elektroniske journaler. Arkivet skal oppbevare sensitive helseopplysninger om både levende og avdøde pasienter. Pasientjournalene brukes også til andre formål. Journalene brukes bl.a. til klage- og erstatningssaker, tilsynssaker, pasienters innsynsrett, medisinsk, helsefaglig og annen forskning. Helseopplysninger i dette omfanget er svært ettertraktet. Pasientjournaler er svært verdifullt materiale for fremtiden. Det vil være av stor interesse for forskere å få tilgang til data fra dette arkivet. Behandling av slik type dokumentasjon er regulert både i helselovgivningen og i arkivloven med tilhørende forskrifter.

Helsearkivet vil romme følsomme helsedata som må skjermes og vernes. Dette vil kunne være informasjon om fatale sykdommer, herunder demens blant yngre personer eller Huntingtons sykdom. Det vil reises etiske spørsmål ved klinisk genetikforskning; kartlegging av gener hos nålevende personer og om tidligere familiemedlemmers sykdommer. Slikt materiale vil også være svært interessant for forsikringsbransjen, legemiddelindustrien og andre kommersielle aktører.

Forutsetter statlig eierskap

Det norske helsearkivet vil bli et foregangsprosjekt internasjonalt og forskere vil naturligvis ha stor interesse av materialet. Det har et unikt potensial til å hjelpe oss å finne sammenhenger som kan løse store medisinske problemstillinger i fremtiden. Innen andre forskningsområder som medisinsk historie, samfunnsfors-

kning mv. er disse pasientjournalene et svært interessant kildemateriale over lang tid. Det er viktig at dataene blir oppbevart og ordnet slik at de er tilgjengelige for rettmessig bruk. I Norge har vi en verdensledende statsfinansiert forskning. Det er en grunnleggende forutsetning at staten sitter med nøkkelen til dette arkivet.

En viktig del av arkivlovgivningens bestemmelser om offentlige arkiver er kravene til fysisk oppbevaring av materialet. Skal arkivet kunne brukes som informasjonskilde, er det en forutsetning at det blir oppbevart slik at informasjonen ikke går tapt eller blir ødelagt. Dette må håndteres av staten som eier. I fremtiden vil det mest av arkivmateriale være elektronisk. Det vil da bli enda viktigere med statlig eierskap til bygningsmassen så vel som IKT-løsningene i bygget.

Arkiv for primærhelsetjenesten?

Det er også et behov for et statsarkiv for primærhelsetjenesten. Dette er et enda større materiale enn det som er planlagt å arkivere nå. Data fra primærhelsetjenesten vil på lik linje med data fra spesialisthelsetjenesten inneholde svært viktige opplysninger for fremtiden. Vi håper dette kan realiseres etter hvert. Det er naturlig at alt helserelatert arkivmateriale samlokaliseres.

For å konkludere, mener vi mener staten må ha full eiendoms- og råderett over alt helserelatert arkivmateriale med mulighet til å gjøre fremtidsrettede endringer når disse oppstår.

■ MARTEKT@FJELLNETT.NO

NASJONALT HELSEARKIV – BAKGRUNN OG HISTORIKK

- Forslaget om et statlig, nasjonalt helsearkiv ble utredet i *NOU 2006: 5*. I 2009 vedtok den daværende regjeringen å opprette Norsk helsearkiv med lokalisering på Tynset. I 2012 fikk Statsbygg i oppdrag å gjennomføre forprosjekt for nytt arkivbygg på Tynset. Bevilgingen til byggestart lå inne i opprinnelig forslag til statsbudsjett til 2014, men ble strøket etter regjeringsskiftet.
- I statsbudsjettforslaget for 2016 kom regjeringen med endrede føringer om å legge arkivet til det private aksjeselskap DORA i Trondheim eller i Mo i Rana.
- Det har vært stilt spørsmål ved om hvorfor regjeringen snur og peker på leie av plass hos et privat aksjeselskap uten å ha lagt frem dokumentasjon som kan forklare denne endringen. Regjeringen går også imot arkivverkets faglige vurdering som går på å beholde den opprinnelige løsningen.

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

Velkommen og lykke till  Tove Rutle – lagleder

Danske stemninger

Diktene som lengst har trøstet og åpnet meg er de som «alle» kjenner – av Rolf Jacobsen, Hans Børli og Olav H. Hauge. Men nå skal vi til Danmark. Vår kollega Ann Dorrit Guassora ved Forskningsenheten for Almen Praksis i København har en fin blogg med bilder og tekster. Der jeg fant dette. Jeg utfordrer min gode kollega Elise Klouman, som ofte starter et møte med høytlesning.

Hilsen fra
May-Lill Johansen



ILLUSTRASJON FOTO: CLOUDBOX

Når det bliver nat med mig

For hvert år bliver årene kortere
Højtider springer frem
mellem mandage i hurtigt løb
løb løb løb

Noget skal du nå inden du bliver 60
Og du skal nå noget vigtigt før du bliver 40
Ellers bliver det for sent
For sent for sent

Hvert år bliver vinteren længere
mørkere og koldere
Til sidst kommer der en, som aldrig vil holde op
Aldrig nogensinde stopper

Men jeg har samlet det som skal bruges
Jeg kan holde tiden stille
Med æbleblomster, springvand og duften af græs
Lyde og dufte

Jeg har dem lige her ved hånden, bag øret
I hælene, på tungen
Jeg har dem altid med mig i ryggen, i tanken
Altid hos mig

Når det bliver nat med mig, har jeg det hele med mig
Ombord herinde
Lyden af løv som rasler i vinden, regnen
Tager det hele med mig

ANN DORRIT GUASSORA

Pasienten uten prognose

Familieselskapet er hyggelig, stemningen er god. Men så høres et litt høytidelig kremt fra den eldste deltageren. Hun er over åtti og har ikke uventet flere helseplager. Ansiktet skyggelegges, hun forteller at hun har vært hos øyelegen og blitt tildelt en ny diagnose: maculadegenerasjon (AMD).



ILLUSTRASJONSFOTO: COLLABORX

«Diagnostikk er ikke et mål, men et middel som både skal finne og hjelpe de syke og bevare de friske friske»

SITAT FRA «ALLMENNEMEDISIN»,
RED. STEINAR SUNSKÅR

Hun er redd, redd for at alt skal gå i svart. Det går en støkk gjennom forsamlingen, og alle tenker vi på Finn som hadde maculadegenerasjon. Sentralsynet ble stadig svekket og han ble stadig mer bitter og hjelpeløs inntil han ble pleietrengende. Når lyset sakte skrus av, øker angsten.

Vi sitter rundt bordet, vantro og hjelpe-løse. Hvordan skal dette gå? Ja, hva er egentlig prognosen? Vår vitenskapelige tidsalder har forsynt meg med en smarttelefon i lommen og Helsebiblioteket har gitt oss BMJs *Best Practice*. Uhøflig lar jeg middagsmaten hvile noen minutter. På forhånd vet jeg at *Best Practice* har en fane som heter «Follow up/prognosis», så det går raskt å finne svar når jeg allerede har jeg lagt til et bokmerke-ikon på skjermen.

Maculadegenerasjon inndeles i fire sta-

dier etter symptomer og funn, og de færreste har den alvorligste formen.

Vår sorgtunge åttitreåring har verken bortfall av sentralsyn eller ser krøll på linjene i Amslers test. Hun har fått tørr AMD med litt pigmentforandringer og små druser – den snille varianten med alvorlighetsgrad to eller tre. I oppslagsverket finner jeg følgende: Ved stadium to har hun 98,7 prosent sjanse for å beholde uforandret visus de neste fem årene. Ved stadium tre har hun 88 prosent sjanse for å beholde normalsynet de neste fem årene. Helsevesenet har på effektivt vis påført henne angst på et statistisk tynt grunnlag. Med *Best Practice* for hånden kan jeg heldigvis drive brannslukking og trøst. Tryggheten ligger i et evidensbasert oppslagsverk.

Nå ser vi frem mot en lys vår!

ALEXANDER WAHL
veileder i allmennmedisin,
Redaktør primærhelse i
Helsebiblioteket.no

FREMTIDEN STÅR IKKE SKREVET I STJERNENE

Tildeling av diagnoser bør henge sammen med informasjon om et forventet forløp (prognose). Om forløpet overveiende er statistisk negativt bør vi vekte våre ord og finne frem til trøst og håp.

Om prognosen derimot er god, bør vi straks dele og glede oss over dette med pasienten. Takket være prognostiske studier og systematisk inndeling har vi i dag tilgang til spesi-fikk informasjon på PC og smarttelefon.

Slå opp i *Best Practice* på en diagnose og forfølg fanen «Follow up/prognosis».

Forlengt bruk av hormonspiral hos premenopausale

SPØRSMÅL TIL RELIS

RELIS har fått spørsmål fra allmennpraktikere angående bruk av hormonspiral med levonorgestrel (Mirena) utover fem år. Inntrykket deres er at dette praktiseres hos premenopausale kvinner, men de har ikke funnet skriftlig dokumentasjon på dette. Finnes det noen dokumentasjon på utvidet bruk av levonorgestrel hormonspiral? Er anbefalingene knyttet til en viss alder?

Vi har ikke funnet noen retningslinjer som omhandler forlengt bruk av spiral med levonorgestrel utover fem år hos premenopausale kvinner.

I metodebok fra Sex og samfunn finner vi imidlertid beskrevet at brukere av Mirena som får satt inn hormonspiral etter fylte 45 år, kan beholde spiralen fram til menopause, selv om fem års brukstid overstiges (1). I en artikkel som omhandler prevensjon hos eldre kvinner angis også at hos de som er 45 år eller eldre når spiralen settes inn kan man etter individuell rådgiving forlenge bruk av spiralen inntil prevensjon ikke lenger er nødvendig (2).

Kvinneklivnikken ved et universitetssykehus har tilsvarende praksis og lar Mirena sitte i maksimalt 10 år. Det vises til at en 47 år gammel kvinne vil ha sterkt nedsatt fertilitet slik at kombinasjonen av et fremmedlegeme og fortsatt utskillelse av hormoner i lav konsentrasjon vil være godt nok som prevensjon. Kvinnen vil kunne oppleve å få blødninger når progesteroneffekten sakte forsvinner, men har hun ingen blødninger så er det fremdeles effekt av progesteronet (3).

I følge produsenten er intrauterint innlegg med 52 mg levonorgestrel (Mirena) effektivt i 5 år (4). Bakgrunnen for at noen kilder mener at Mirena kan sitte i lenger enn dette er trolig at det foreligger forskning som støtter bruk av denne type spiral i 7 år. Studiene er utført på kvinner over

25 år som har født barn tidligere og det var ikke rapportert om noen tilfeller av graviditet i år fem til sju. Utvidet bruk av hormonspiral er imidlertid ikke ennå anbefalt i retningslinjer og må foreløpig betraktes som off-label (5–7).

Levonorgestrel spiral er kjent for å gi amenoré og vil kunne maskere tegn på menopause. Menopause er en klinisk diagnose basert på endring i blødningsmønster sammen med symptomer som hetetokter og endring i humør og søvnmonster. Måling av serumkonsentrasjoner av FSH og østradiol kan ikke alene stadfeste menopausal status, men kan brukes som supplement ved klinisk mistanke. Gjennomsnittlig alder for menopause er 51–52 år, og man kan med 95 prosent sikkerhet anta at menopausen er inntruffet ved 56 års alder (8).

Konklusjon

Forlengt bruk av levonorgestrel spiral (Mirena) utover fem år hos premenopausale kvinner er ikke beskrevet i noen retningslinjer. Bruk av slik hormonspiral er imidlertid funnet å forhindre graviditet i opp til sju år. Fra 45 års alder kan det derfor være aktuelt å forlenge bruk av spiralen inntil menopause. Tidspunkt for menopause stadfestes klinisk og vil kunne variere fra kvinne til kvinne. Det vil derfor være nødvendig med individuelle vurderinger.



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



monspiral kvinner

REFERANSER

1. Gamnes S (red.), Johansen M. Metodebok til «Sex og samfunn», s. 28, 7de utgave, 2015.
2. Bhatena RK, Guillebaud J. Contraception for the older woman: an update. *Climacteric* 2006; 9: 264–76.
3. Overlege. Kvinneklubben, Haukeland universitetssykehus, pers.medd. 26. januar 2016.
4. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Mirena Bayer. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 23. april 2015).
5. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception* 2014; 89: 495–503.
6. Conti J, Shaw K. Update on long-acting reversible methods. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2015; 27: 471–5.
7. Dean G, Goldberg AB. Intrauterine contraception: Devices, candidates, and selection. Version 58.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 26. januar 2016).
8. Long ME, Faubion SS et al. Contraception and hormonal management in the perimenopause. *J Womens Health (Larchmt)* 2015; 24 (1): 3–10.

SOFIA FROST WIDNES

Rådgiver, cand.pharm, PhD, RELIS Vest

ÅSHILD JOHANNE MYKLEBUST

Lege i spesialisering i klinisk farmakologi, RELIS Vest