

Utposten

3 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Faglig strateg med globalt overblikk

– Intervju med WONCA-leder Anna Stavdal

Familier med alvorlig funksjonshemmede barn

En turnusblemme som ble til flere

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

Grefsenkollveien 21
0490 Oslo

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

Postboks 1046, Jeløy
1510 Moss

MOBIL: 990 09 090

E-POST: badboni@gmail.com

Anne Grethe Olsen

Batteriet 2, leil. 401
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

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9
5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

FORSIDE:

Ida Myklebust Sundar

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no



1 LEDER: Lønn og lønnsomhet

Tom Sundar

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME:

Faglig strateg med globalt overblikk

Anna Stavdal intervjuet av Tom Sundar

8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:

Fastlegens rolle overfor familier med alvorlig funksjonshemmede barn

Karsten Kehlet

14 Midt mellom kommune og sykehus

Øystein Lappegard

20 Metodetriangulering

Øystein Lappegard

24 Akuttmedisinsk trening med mening

Helen Brandstorp

28 Henvisninger

Olav Thorsen

29 Arbeidsmedisin og helsefremmende samhandling

Anthony Wagstaff og Gunnar Tellnes

34 En turnusblemme som ble til flere

Kliniske manifestasjoner av orf og mulige følgestander

Svante Zetterberg, Steinar Westin og Brita Pukstad

37 Nytt e-læringskurs om vanedannende legemidler

Frøy Lode Wiig

40 Mat som medisin

Noen eksotiske urter og grønnsaker

Arild Aambø

44 BOKANMELDELSE: Uforglemmelig

«I Mikkels lys» av Torgeir W. Skancke anmeldt av Eli Berg

46 FASTE SPALTER

RELIS 46

LYRIKKSTAFETTEN 48



Lønn og lønnsomhet

Det vakte reaksjoner da Kristian Østby, i en forfriskende kronikk i *Aftenposten* tidligere i år (1), rettet skarp kritikk mot stykkpris- og takstsystemet som ligger til grunn for honorering av leger i fastlegeordningen. Østby, som selv er lege, sier han er mindre bekymret for at leger skal misbruke systemet enn for at insentivordningene skal påvirke legenes praksis i negativ retning – ved å skape et skille mellom lønnsomme og ulønnsomme pasienter. Når honoreringssystemet premierer mange og kjappe konsultasjoner, mener han det er mer sannsynlig at fastlegene velger lettvinte løsninger som å gripe til reseptblokken eller sykmeldingsblanketten, fremfor å ta seg tid til nødvendige undersøkelser eller gode mestringsamtaler.

Dette handler om vridningseffektene av insentiv- og stykkprissystemer – og det kan det sies mye om. Det finnes like mange argumenter for som mot slike systemer. Kronikkforfatteren peker helt legitimt på negative vridningseffekter, mens tilhengere av insentivsystemer, derimot, vil gjerne argumentere for det positive aktivitetsfremmende potensialet som ligger i en honoreringsordning som belønner innsats pr. pasient eller pr. prosedyre. Vi skal ikke elaborere debatten om insentiver og lønnsomhet her, men heller dvele litt ved spørsmålet om lønn. For selv om Østby ikke eksplisitt tar til orde for fastlønn for fastleger, ligger det i kortene at han mener dette kan være et reelt alternativ, når han skriver:

«Dersom man i stedet gikk over til å avlønne fastleger etter tid brukt med pasienten, ville legene kunne forvalte arbeidstiden sin basert på faglige vurderinger og de kunne bruke tid på pasientene som trenger det mest».

Dette er veloverveide tanker som er verd å forfølge i diskusjonen om avlønning av fastleger – og da særlig av unge, nyutdannede leger som i stadig økende grad gir uttrykk for at de ønsker å prøve

seg i allmennlegerollen og utøve sitt fag uten å måtte forplikte seg til å kjøpe en praksis, ta opp lån og påta seg arbeidsgiveransvar (2).

Det er verdt å merke seg at i årene før fastlegeordningen kom på plass i 2001, var det mange flere fastlønnede allmennlegestillinger i kommunene. Det var enklere for nyutdannede leger å gå inn i allmennpraksis fordi disse stillingene fungerte som rekrutteringsstillinger til allmennmedisin. Mange startet sin karrierevei der, for senere – etter noen år – å gå over i ordinær allmennpraksis med selvstendig næringsvirksomhet som foretrukket driftsform.

Det allmennmedisinske fagmiljøet og de allmennmedisinske foreningene har i mange år tatt til orde for å etablere fastlønnede utdanningsstillinger med regulert arbeidstid og kyndig veiledning (3), men kommunesektoren og staten har vært fraværende i diskusjonen – inntil nylig. Samhandlingsreformens agenda om økt oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten, større behov for å styrke det faglige grunnlaget for folkehelsearbeidet og – fra 1. mars 2017 – ny forskrift om allmennmedisinske kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er alle viktige insentiver for at kommunesektoren skal engasjere seg i arbeidet for å utvikle og sikre allmennmedisinsk så vel som samfunnsmedisinsk kompetanse. Bergen kommune viser vei med sitt ALIS Vest-prosjekt der man

etablerer 12 utdanningsstillinger innen allmennmedisin i Hordaland og Sogn og Fjordane. Dette og liknende prosjekter andre steder kan uten tvil bidra til å senke terskelen for at unge leger velger å gå inn i allmennmedisin. Og for kommunene, som trenger primærmedisinsk kompetanse til en voksende oppgaveportefølje, vil det antakelig være strategisk klokt å knytte til seg unge allmennleger som er i en oppstartsfase av karrieren. Håpet er at også staten i enda større grad bidrar med friske og tiltrengte tilskuddsmidler til kommuner som vil etablere helhetlige utdanningsløp i allmennmedisin for allmennleger. Det vil være et løft for norsk allmenn- og primærmedisin.

Utposten applauderer den viktige og betimelige debatten om finansieringsordninger i fastlegeordningen. Den bevisstgjør oss om virkninger og bivirkninger av de økonomiske rammene vi jobber under, og om våre egne preferanser og prioriteringer. Sist, men ikke minst bringer den til torgs viktige erkennelser om behovet for å tenke nytt og strategisk når det gjelder rekruttering til allmennmedisin.

TOM SUNDAR

REFERANSER

1. Østby KA. Fastlegens perverse incentiver. *Aftenposten*: 31.1.2017.
2. Holte JH, Abelsen B, Kjær T, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives to attract young doctors to rural general practice. *Social Science & Medicine*, 2015, 128: 1–9.
3. Høvik H. Prosjekt Allmennmedisin 2020 – Arbeidsgruppe utdanning. *Utposten* 2009; nr. 2: 27–31.

Faglig strateg med

Anna Stavdal ■ INTERVJUET AV TOM SUNDAR

Anna Stavdal har ingen illusjoner om at hun skal flytte fjell, men i rollen som WONCA-leder vil hun bidra til gjøre en forskjell – for å styrke allmennmedisinens anseelse og legitimitet, spesielt i land hvor primærhelsetjenesten ennå ikke står på stødig grunn.

Det var i fjor sommer at Stavdal, som til daglig er fastlege på St. Hanshaugen i Oslo, ble valgt til president i WONCA Europe – en faglig nettverksorganisasjon for 80 000 allmennleger i 43 medlemsland, og en regional del av WONCA World, som samler om lag 600 000 allmennleger på verdensbasis. Intet mindre.

Utposten har avtale med presidenten en drøy uke etter at hun kom hjem fra et styremøte i Bulgaria – den første ordentlige samlingen siden hun tiltrådte vervet. Det har vært noen inspirerende dager, kan hun bedyre: – Vi har brukt tiden til å konsolidere det nye styret og legge grunnlaget for arbeidet vårt i tiden fremover, sier hun entusiastisk når hun tar imot oss til en samtale som først og fremst skal omhandle hennes rolle og arbeid i WONCA.

Stavdal bor i Oslo, men vårt møtested denne senvinterdagen er hennes barnedomshjem på Hvalstad i Asker – en rommelig og herskkelig generasjonsvilla, litt utenfor allfarvei og litt opp i lia. Og et yndet rekreasjonssted på fridagene for henne, ektemannen Olav Arne Forbord og de to voksne barna. Ute er det ruskete snøvær, men inne i den store stua sørger en staselig kakkelovn for å spre lunende varme. Salongbordet er duket og dekket. Anna skjenker te i koppene og byr på noe godt å bite i: – Her er det stille og fint å snakke sammen, hører jeg henne si mens blikket mitt vandrer mot de fotografiske minnene som pryder veggene. Her er familiehistorie og tradisjoner, her er lange linjer til tidligere

generasjoner. – Du skal vite at her inne har mange familiesamtaler funnet sted, smiler intervjuobjektet, som om hun har lest mine tanker.

WONCA i vinden

Folk som kjenner Anna sier at hun er flink til å «lese» organisasjoner intuitivt – en egenskap som gir henne gode forutsetninger for å drive med organisasjonsbygging. Foruten organisasjonstift, har hun mot til å ta lederskap, blir det sagt. Vårt intervjuobjekt er spesialist i allmennmedisin og universitetslektor ved Universitetet i Oslo. Hun var leder for Norsk selskap for allmennmedisin – forløperen til Norsk forening for allmennmedisin – fra 1999 til 2003. Hun var også initiativtaker til og den første presidenten for Nordic Federation of General Practice i årene 2005–2011.

UTPOSTEN: Hva er det med deg og lederposisjoner; hva slags affinitet er det egentlig snakk om?

– Jeg liker å få ting til og få folk til å jobbe sammen. Jeg kan gi mye inn i en gruppe, andre ganger kan jeg være sologjenger. Dette er kanskje en litt rar kombinasjon, men jeg tror den gjør at jeg tør å lede og samtidig la folk ha meningsforskjeller. Det er gjennom meningsforskjeller at vi skaper utvikling. Det beste er likevel å få oppleve at man klarer å finne tonen. Vi er ni styremedlemmer i WONCA Europe, i forskjellig alder og av forskjellig kjønn. Skal vi få til noe som helst, må vi fungere sammen. Det handler til syvende og sist om mennesker – og dette gjelder uansett hva man holder på med i denne bransjen, sier Anna Stavdal.

En viktig sak under Bulgaria-oppholdet, forteller hun, var styrets møte med WONCAs yngste medlemsorganisasjon: NAGPB – det bulgarske selskapet for allmennmedisin. Sammen drøftet de hvordan man kan bygge opp spesialistutdanningen og forskningsarbeidet. Også dekanene ved landets

fem universiteter og representanter for helsemyndighetene var til stede: – Det er alltid verdifullt å møtes ansikt til ansikt i slike fora. For oss var det også en anledning til å drive lobby og samtidig få vist frem den bredden vi har i styret; med folk fra ulike land og med solid forankring i klinisk allmennmedisin.

WONCAs organisasjon er inndelt i sju regioner. De regionale presidentene sitter også i WONCA World. Stavdal understreker at Europa er en sterk region med stor grad av økonomisk og administrativ autonomi, og den regionen med størst portefølje av aktiviteter innen forskning, undervisning og kvalitetsarbeid. Medlemsorganisasjonene består av nasjonale colleger – altså faglige foreninger og selskaper i hvert enkelt land, som for eksempel Norsk forening for allmennmedisin (NFA).

Primærhelsetjeneste i støpeskjeen

Regioninndelingen i WONCA er således den samme som for Verdens helseorganisasjon (WHO). Det innebærer at Europa omfatter 53 land, hvorav 43 har medlemskap i WONCA Europe. Det er først og fremst tidligere sovjetstater i Øst-Europa som ennå ikke har medlemsorganisasjoner.

– Disse landene kjennetegnes ved at de har en dårlig utbygd primærhelsetjeneste. WONCA ønsker å bidra inn i arbeidet for å styrke primærhelsetjenesten, blant annet gjennom å møte kolleger der hvor de jobber, oppmuntre dem og samtidig lære om hvilke utfordringer de har. Fagmiljøene i disse landene jobber med problemstillinger som vi på vår kant stod overfor for flere tiår siden, men samtidig vil jeg understreke at det ikke er slik at alle følger en lineær utvikling. Vi kan ikke bare si: «Gjør sånn eller sånn, for det fungerer best». Det er nå, i dagens kontekst og med dagens teknologi, at vi skal utvikle og operasjonalisere faget og helsetjenesten. I Sørøst-Europa mangler man den kontekstuelle basis og legitimitet som må til for at folk og politi-

globalt overblikk



WONCA skal være en pådriver i arbeidet med å utvikle faget allmennmedisin i Europa, sier Anna Stavdal.

kere skal ha tillit til at «dette er en god måte å gjøre det på». Ting må bygges opp over tid. Å omsette kunnskap til god praksis er et langsiktig arbeid, sier Stavdal.

Hun gir oss et eksempel: Lederen av den bulgarske allmennmedisinske foreningen er universitetsansatt. Hennes leder er en

urolog. Den første undervisningen studentene har i allmennmedisin ved dette universitetet går ut på at urologen holder en halvannen times forelesning om mannlig prevensjon. Dette er noe hun må leve med, fordi han er sjefen og fordi allmennmedisin sorterer under urologi. – Det er få un-

dervisningstimer og liten bevissthet om at faget allmennmedisin må undervises i en allmennmedisinsk kontekst, utdyper Stavdal.

Hun peker på et annet eksempel: I Bulgaria henvises pasienter med hypertensjon til indremedisiner for å få medisinsk be-



Styret i WONCA Europe – fotografert i Bulgaria. Fra venstre: Mehmet Ungan, Tyrkia; Harris Lygidakis, Hellas/Italia; Barbara Toplek, Slovenia; Josep Vilaseca, Spania; Job Metsemakers, Nederland; Shlomo Vinker, Israel; Zalica Klemic, Slovenia; Raluca Zoitanu, Romania; Roar Maagaard, Danmark; Anna Stavdal, Norge.

handling dekket av det offentlige: – For oss i Norge er dette nesten uforståelig, men slik er altså deres virkelighet. Og det handler om definisjonsmakt. I Bulgaria opplevde vi at allmennlegene og spesialistene nesten holdt på å gå i strupen på hverandre. Jeg tror det var første gang de to frontene i det hele tatt snakket sammen i et faglig forum. Men de møtte opp, de kom fra hele landet, og de kom også fra helseministeriet – så de var åpenbart interessert i hva vi hadde å si!

Hun nipper til teen, tar en kort tenkepause og fortsetter: – Jeg tror ikke at vi i WONCA kan flytte fjell, men det vi kan gjøre er å påvirke kursen. Ved å være nøytrale i den forstand at vi er bredt representert fra Norge, Nederland, Spania, Slovenia og andre land; og ved å lytte, lære og komme med råd og innspill, så kan vi fremme viktige faglige diskusjoner.

Klar agenda

Stavdal presiserer at en rekke land i Sørøst-Europa har store sosiale ulikheter og en dårlig utviklet offentlig helsetjeneste. Portvaktfunksjonen og henvisningsinstituttet – som begge er kardinaltegn på en god pri-

mærhelsetjeneste – fungerer ikke. Mange steder er korrupsjon utbredt og tilliten til statsforvaltningen er lav. Disse faktorene, sammen med trender knyttet forbrukermentalitet, rettighetstankegang og populisme, virker inn på allmennmedisinens kjerne og på selve møtet mellom lege og pasient – og kan gjøre det utfordrende å forankre faget allmennmedisin, både strukturelt og verdimessig.

UTPOSTEN: – Hvorfor er disse spørsmålene så viktige? Hva motiverer deg i arbeidet på europeisk plan?

– En ting er idealene, en annen ting er at utviklingen ute i Europa er avgjørende for oss – for stabiliteten og enhetsfølelsen i våre samfunn – og ikke minst for vårt eget fag! I WONCA har vi en strategi som kort og godt sier at vi skal lede arbeidet med å utvikle faget allmennmedisin i Europa. Det vil vi for eksempel gjøre ved å påvirke innholdet i stillingsdirektivet for allmennleger i EU. Her jobber vi sammen med den europeiske allmennlegeforeningen UEMO* for å få til en enhetlig definisjon av struktur og innhold i spesialistutdanningen. Vi har også

dialog med andre aktører, blant annet den tverrfaglige organisasjonen European Forum for Primary Care, sier Stavdal.

Hun forteller videre om arbeidet for å utvikle kvaliteten på de årlige WONCA-kongressene, herunder gjøre dem mindre avhengig av sponsorinntekter fra legemiddelindustrien. Nok et aktuelt prosjekt er å etablere et allmennmedisinsk kompetansesenter i Alma Ata i 2018, i anledning 40-årsjubileet for Alma Ata-deklarasjonen. Dette skjer i regi av WHO, og Stavdal representerer WONCA i det rådgivende styret for prosjektet.

– Jeg er opptatt av at vi skal være en sunn organisasjon som setter vår egen agenda. Vi må vite hva og hvor vi vil. Selv kan jeg bidra i kraft av min kompetanse, erfaring og legitimitet som kliniker og allmennpraktiker, understreker hun.

Litt mer rabalder

Anna Stavdal er den første kvinne til å lede WONCA Europe og den første president uten akademiske meritter. Lederne før henne har alle som en hatt professortitler.

* UEMO: Union Européenne des Medecins Omnipraticiens/Medecins de Famille

Slik har tradisjonen vært. På spørsmålet om hvordan hun, som forfekter allmennpraktikerrollen, egentlig hankses med en slik organisasjonskultur, repliserer hun med en god latter: – Vet du, jeg må stadig vekk tåle å bli presentert som medisinprofessor. Nå skjer det så ofte at jeg nesten har gitt opp å korrigere folk når de gjør det!

Intervjuobjektet utdyper: – Jeg har aldri hatt kjemperespekt for posisjoner i seg selv. Det som opptar meg, er hva folk har å si. Når det kommer til stykket er det hardt arbeid og resultater som teller. Min barne lærdom var å tenke kritisk og tåle saklig uenighet. Min mor, som var lærer, pleide å si: «Du skal aldri undervurdere folk». Og sånn mener jeg vi må se våre meningsmotstandere. Vi må ha *dannelse* til å tåle saklig uenighet. Er det noe som gjør meg motløs, er det å oppleve personer eller organisasjoner som mangler den dannelsen. Å bruke kjøttvekta – fordi man representerer mange – eller egen maktposisjon for å vinne frem med et standpunkt, mener jeg er respektløst, poengterer hun. Og hun legger til: – Organisasjonsarbeid har lært meg mye og gitt meg selv tillit i forhold til den bakgrunnen jeg har som allmennpraktiker. Det gjør at jeg kan åpne dører for andre kolleger og være med på å profilere allmennlegerrollen. Og det vil jeg bruke disse årene av mitt liv til!

UTPOSTEN: Du har selv sagt at WONCA er en stor organisasjon som ikke er godt nok kjent for den jevne europeiske lege. Hva vil du gjøre med det?

– WONCA har vært en relativt innadvendt organisasjon med høy slipsfaktor og mange grå jakker, sier presidenten og trekker på smilebåndet: – Men vi ønsker å profilere oss inn mot medlemmene, og da spesielt allmennlegene. Vi har begynt å sende ut nyhetsbrev og vi har ambisjoner om å lage gode «one-liners» som medlemmene kan kjenne seg igjen i. Dessuten må vi tørre mer å ta i de vanskelige spørsmålene og dilemmaene som griper inn i politiske valg, for eksempel i saker som omhandler sosiale forskjeller i helse. Målet er at store europeiske aviser som *The Guardian* skal henvende seg til oss når spørsmålene kommer til allmennmedisinske problemstillinger. Jeg må også få nevne at *European Journal of General Practice*, WONCA Europe sitt tidsskrift, fra 2017 er blitt en «open access»-publikasjon som hvem som helst har tilgang til. Tidsskriftet har et stort nedslagsfelt, men vi jobber for synliggjøre det enda bedre, sier Anna Stavdal.

Mens hun snakker om de lange linjene fra WONCA tilbake til hennes tid i den

nordiske føderasjonen og den gang hun var styreleder for *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, benytter jeg mine til-målte minutter til å forevige henne med kameraet. Idet jeg begynner å knipse bilder, kommer det plutselig fra den andre siden av bordet: – Skal jeg ha på litt lepestift, kanskje?

Hun ler skøyeraktig og røper at hun alltid har med seg to lepestifter, én med sterk og én med svak rødfarge. Den sterke bruker hun når hun føler hun blir utfordret. Tør vi utfordre?

UTPOSTEN: Hvordan ser du på din egen rolle?

– Jeg er opptatt av verdigrunnlaget for allmennmedisinen. Og da vil jeg sitere legen William Osler, som sa: «It's a calling, not a trade.» Vi allmennleger har et viktig forvaltningsansvar. Offentligheten skal ikke måtte trekke vår integritet i tvil. Vår samfunnsrolle er under press fra sterke krefter som forbrukermentalitet og konsumerisme, men også fra våre egne prioriteringer. Jeg har alltid hevdet, og hevder fortsatt at vi må ha en fri, faglig stemme – løsrevet fra forhandlinger om penger og arbeidsvilkår. Derfor har jeg også ment at våre fagmedisinske foreninger ikke bør ha bindinger til fagforeningen. La meg si det slik: Hvis vi skal være redelig i forhold til akademiske prinsipper, må vi først diskutere våre faglige veivalg. Så kan vi snakke om prisen –

altså økonomien i det. Men hvis vi diskuterer disse tingene samtidig blir både vi og våre forhandlingspartnere forvirret. Jeg ser altfor ofte at fagligheten taper kampen mot fagforeningssakene og pengediskusjonene. Jeg underminerer ikke alt det gode forhandlingsarbeidet som gjøres i yrkes- og fagforeningene, men jeg er opptatt av fagets legitimitet – og vår troverdighet som leger, poengterer 58-åringen.

Aprilbarn som hun er, vedgår Stavdal at hun iblant kunne ønske seg litt mer rabalder – slik dikteren sa det i verselinjene i *Jeg velger meg april*: «Det volder litt rabalder – dog fred er ei det beste, men at man noe vil», skrev Bjørnstjerne Bjørnson.

– Poenget er at vi ikke skal la bekvemmelighetshensyn tilsidesette faglige idealer og verdier, og vi må i hvert fall ikke fortie våre standpunkter. Ytringer kan koste oss litt rabalder, men det bør vi tåle! Vi må vite hva allmennmedisinen er tuftet på og vi må jobbe for å forstå fagets kontekst – det at vi er en del av et større hele. Og dette trenger vi for å kunne operasjonalisere vårt oppdrag.

De sju tesene er fortsatt gyldige

Hun omtales som en uredd leder, en som er villig til å stå på barrikadene for en sak når hun er overbevist om at den vil gagne faget eller folden, uansett om det måtte medføre

Vi må tørre å ta i de vanskelige spørsmålene, oppfordrer WONCA-lederen.





I sitt verv som WONCA-leder er Anna Stavdal opptatt av å utvikle og profilere allmennmedisinske kjerneverdier.

virak, kontroverser eller til og med ubehag. Som da hun i 2004 tok initiativ til en kampanje mot korrupsjon og kommersialisering i medisin og medisinsk forskning og fikk med seg 250 kolleger på å signere et opprop som ble publisert i dagspressen. Det er lenge siden nå, men hun står urokkelig fast ved sitt standpunkt om at leger skal holde sin sti ren og holde seg langt unna aktiviteter som kan virke tillitsundergravende – et standpunkt hun elaborerte i kronikken *Tilliten til leger er under press* i 2006 (1):

«Publikums tillit til leger er under press. Tilliten trues ikke først og fremst av enkeltlevers feilskjær, men av legekollektivets evne og vilje til å vise seg som en profesjon som pleier sitt fag med akademisk dannelse og høy etisk standard, og som viser økonomisk magemål på egne vegne.»

UTPOSTEN: Er du på søken etter en ideologisk basis for ditt fag og virke?

–Ja. Vi leger er gitt et mandat; vi er gitt muligheter og innflytelse. Det må vi bruke så godt vi kan. For meg er det fantastisk å kunne dra ut i verden og hente inspirasjon, men vet du – noen av de verdiene jeg har med meg, har jeg faktisk fått herfra, fra det-

te huset, min barndoms forankring, sier Anna Stavdal. Hun kaster et tankefullt blikk ut vinduet og til den snødekte hagen: – Dette stedet er en viktig referanse for meg – i mitt liv. Og på samme måte mener jeg at våre allmennmedisinske verdier må være en referanseramme for oss som leger, sier hun.

Verdiene hun så ofte snakker om, finnes nedtegnet i de *Sju teser for allmennmedisin* fra 2001 – publisert samme år som fastlegeordningen kom på plass. Det var Stavdal og hennes krets av NSAM'ere som formulerte kjerneverdiene – i imperativs form. De vil le knesette prinsippene om kontinuitet og prioritering innenfor rammene av fastlegeordningens listansvar.

– Vi diskuterte grundig hva fastlegeordningens varedeklarasjon skulle være – for å bruke en markedsføringsmetafor. Hva var egentlig innholdsbeskrivelsen? spurte vi oss selv. Jeg husker vi arrangerte tenkedugnader og møter og skrev i *Utposten* om disse tingene. Vi bestemte oss for å lage et dokument som var kortfattet og tydelig som en katekisme, det skulle være en plakat som satte ord på det vi drev med. Og jeg synes vi fikk det til!

UTPOSTEN: Dersom tesene skulle skrives i dag, ville ordlyden vært den samme?

– Det tror jeg, mer eller mindre. Basisen i faget og essensen i det vi gjør ligger der. Jeg sier til unge leger at de må ha fire typer kunnskap: Det medisinsk-faglige er en nødvendighet. Så trenger vi kunnskap om kunnskapen – altså om hvor den kommer fra og hva som er gyldig og vitenskapelig kunnskap. Så må vi ha kunnskap om kulturen og systemene rundt oss, og sist, men ikke minst må vi ha kunnskap om oss selv. Vi bruker jo oss selv som levende instrumenter, og da må vi ha innsikt i egne følelser og kunne håndtere og kontrollere dem på beste vis. Vi må tåle oss selv så vel som våre pasienter, og tåle ikke å bli likt hele tiden – og si nei når våre pasientenes bestillinger ikke er forenlig med vår verdier. Dette er forutsetninger for å fungere i legerket, sier Stavdal.

Hun legger ettertenksomt til: – Jeg tror allmennmedisin er den spesialiteten hvor det er lettest å gjøre en dårlig jobb, men aller vanskeligst å gjøre det veldig bra.

REFERANSE

1. Stavdal A. Tilliten til leger er under press. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 1223.

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.

Fastlegens rolle overfor alvorlig funksjonshemmede barn

■ KARSTEN KEHLET • Spes. i allmennmedisin, fastlege i Lenvik kommune i Troms

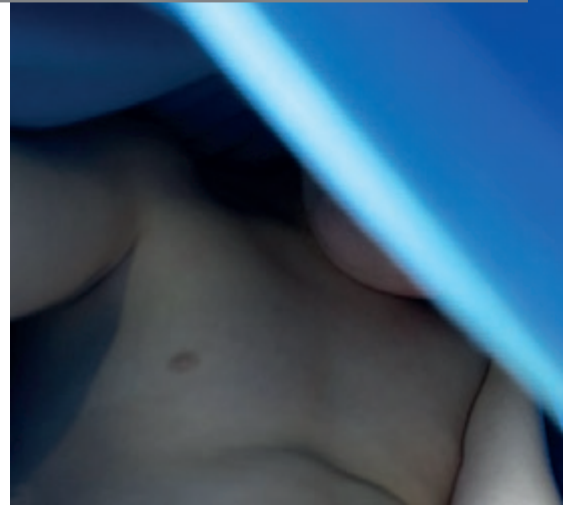


Alvorlig funksjonshemmede barn medfører betydelig økt omsorgs- og arbeidsbelastning for familiene og de nærmeste omsorgspersonene. De fleste fastleger vil ha, ha hatt eller få slike barn på sin liste.

Det er vanskelig å definere denne gruppen, og dermed også vanskelig å vurdere hvor mange som omfattes. En mulighet er å vurdere antall som får hjelpestønad sats 3 eller 4. Pr. 1.1.2016 var det 1 111 776 hjemmeboende i alderen 0–17 år (SSB), og av disse mottok 6644 hjelpestønad sats 3 eller 4 (NAV-statistikk). Dette tilsvarer 0,6 prosent av populasjonen opp til 18 års alder. Imidlertid vil en del av disse barn ha kommunal avlastning i et omfang som vil kan medføre at de får redusert hjelpestønad, og dermed ikke omfattes av de 0,6 prosent.



Bør familier med mede barn



Det er grunn til å anta at nesten alle fastleger i Norge vil ha, ha hatt eller vil få barn med betydelige funksjonshemninger på sin liste. Dette er som regel pasienter vi kjenner godt, da de har behov for jevnlig oppfølging både fra fastlege og spesialisthelsetjenesten og i tillegg ofte har behov for kommunale omsorgstjenester, trygdeytelser og hjelpemidler. Dette er pasienter som gjør inntrykk på oss (1, 2), og vi erfarer hvilken betydelig endring av familiens liv, muligheter og ansvarsfølelse det medfører å få et barn med alvorlig funksjonshemming. Det er barn som preger sine familier på grunn av behovet for hjelp, tilrettelegging og eventuelt adferd – på måter som kan oppleves som både belastende og berikende for nære familiemedlemmer (3, 4).

Det er få undersøkelser av fastlegens rolle i forhold til disse pasienter og deres familier. Fredheim et al beskriver (5) i en norsk studie fra 2011 betydelig mangel på forventninger til fastlegens kompetanse og

rolle hos foreldre til barn med psykisk utviklingshemning og atferdsvansker. I en amerikansk studie (6) synes foreldre med autistiske barn i særlig grad å oppleve tilbudet i primærhelsetjenesten som utilfredsstillende.

Lundeby og Tøssebro (7) beskriver fire utfordringer som familier opplever i samarbeidet med offentlige instanser:

- mangel på informasjon
- fragmentering av tilbud
- «ekstraomganger» etter avslag eller reduksjon av tilbud
- mistenksomhet fra enkeltpersoner

Hvordan møte familier med et alvorlig funksjonshemmet barn?

Seligman og Darling (8) setter opp åtte punkter som bør ivaretas i møtet med familier med en annen kulturbakgrunn, herunder spesielt urbefolkning. Selv om disse anbefalingene kan sies å være preget av å

være skrevet av amerikanske forfattere, og avspeiler amerikanske forhold, er det råd som i betydelig grad kan appliseres til norske forhold:

- ❶ Ikke overse familiens ressurser eller overdriv bekymringer.
- ❷ Hvis det overhodet er mulig bør fagfolk tale familiens eget språk.
- ❸ Det bør benyttes fagfolk med samme kulturbakgrunn.
- ❹ Fagfolk bør ivareta behovet for informasjon, tilhørighet og egenverd.
- ❺ Timeavtaler bør være fleksible. Dette er familier med betydelig belastning i hverdagen.
- ❻ Familiens oppfattelse av egen situasjon bør avklares.
- ❼ Fagfolk bør avklare om det er sosiale forhold som vanskeliggjør den nødvendige tilretteleggelse for det funksjonshemmede barnet.
- ❽ Fagfolk bør tilpasse sin kommunikasjon til familiens forventninger.

Omsorg for barn med alvorlig funksjonshemming innebærer store endringer og utfordringer i en families liv.



«Det har kanskje tatt oss de tre årene det har gått siden Niels flyttet ut før vi helt fant oss selv igjen».

MAMMA TIL FUNKSJONS-
HEMMET UNG MANN

«Kanskje noen kunne ha fore-
slått et par år tidligere at Ivar
kunne flyttet ut».

MAMMA TIL FUNKSJONS-
HEMMET UNG MANN

«Hvis jeg skal gi ett råd:
Lytt til foreldrene – spesielt
til mora!».

PAPPA TIL FUNKSJONS-
HEMMET UNG MANN

Hvilken rolle og hvilke situasjoner, overganger og hendelser bør fastlegen være oppmerksom på hos disse pasientene og deres familie?

NÅR DIAGNOSEN SETTES. Det vil ofte være en betydelig påkjenning å få et barn med en medfødt alvorlig funksjonshemming, men det er antakelig en enda større påkjenning når det man fra fødselen opplevde som et normalt utviklet barn viser seg å ha en alvorlig funksjonshemming (Seligman og Darling). Fastlegen vil i mange tilfeller ha vært inne som utreder og henviser i forkant av endelig diagnosesetting, og vil dermed kjenne forløpet og elementer i utredningen. Fastlegens rolle, både som støtte i en vanskelig tid, men også som den som kan repetere og tolke informasjon, er viktig.

ANSVARSGRUPPEMØTER. Fastleger inviteres til mange ansvarsgruppemøter, og enkelte av disse kan antakelig prioriteres bort i en travel hverdag – men man bør delta på ansvarsgruppemøter for disse barna. Dette bør man dels fordi de nesten alltid har kompliserte medisinske tilstander, men også fordi

foreldrene kan ha behov for hjelp til å informere om hva det medfører av belastning for en familie å ha fått et alvorlig funksjonshemmet barn. Fastlegen har en oversikt som man ikke kan forvente at andre har, og denne viten er både etterspurt og nødvendig for å treffe rette beslutninger i ansvarsgruppen.

OVERGANGSSITUASJONER. Overganger mellom barnehage/barneskole, overganger mellom forskjellige skoler, og eventuelt overgangen til egen bolig eller eget botilbud kan ofte være problematiske. Fastlegens rolle vil først og fremst være å formidle informasjon, men man kan komme i situasjoner hvor man blir bedt om å vurdere forsvarligheten av et tilbud (f.eks. tilsyn i friminutter, bemanning i bolig, behov for avlastning, etc.)

ANKESAKER. Nær 60 prosent har klaget på de tildelte ressurser i barnehage eller skole, og omkring 60 prosent av dem får med-

hold (Tøssebro og Lundebj). Vanligvis vil man ikke som fastlege være involvert i slike saker, men ankesaker er ofte forutgått av lang tids frustrasjon og fortvilelse hos foreldrene, og fastlegens rolle som støtte og samtalepartner i situasjonen skal ikke undervurderes.

SØSKEN. Fastlegen vil ofte være fastlege for andre barn i familien. Det kan være vanskelig å være søsken til en søster/bror som tar mye av foreldrenes tid og energi. Barn er ofte som følsomme 'sensorer' for foreldrenes uro og engstelse, og de trenger derfor aldersadekvat informasjon (Seligman og Darling) som formidles på en ærlig og skånsom måte. Fastlegen bør være oppmerksom på dette, og hun kan være den som informerer og veileder foreldrene i hvordan de bør informere sitt barn.

VARIASJON I ADFERD. Vær oppmerksom på at barns adferd kan variere mye avhengig av om de er hjemme eller på barnehage/skole. Adferdsvariasjon må antas å være

Søren og Birgit har tre barn. Marie er åtte år og er en normalt fungerende jente. Viktoria på seks år er psykisk utviklingshemmet, autist, har diabetes og epilepsi. Live på fire år har diabetes og epilepsi. Hun har cochleaimplantat bilateralt og er mentalt normalt fungerende.

Søren og Birgit har skrevet brev til kommunen, hvor de beskriver sine drømmer og ønsker for deres tre barn.

Vi har en drøm om Viktorias hverdag

VI HAR EN DRØM om at Viktoria blir møtt med respekt; en drøm om at hun skal oppleve forståelse for at noe er viktig for henne, og at hun har mulighet til å påvirke situasjoner hun befinner seg i. For å oppnå dette trenger Viktoria hjelp. Vi ønsker å hjelpe Viktoria til å utvide sine muligheter for medbestemmelse. Vi drømmer om at det er Viktoria som setter begrensningene for sin kommunikasjon – og ikke vi andre, ikke manglende tilgjengelighet på kommunikasjon, ikke manglende kunnskap eller teknologi. Å hjelpe Viktoria til å utvikle språket krever høy grad av samar-

beid, utveksling av erfaring og kommunikasjon mellom oss som er rundt henne. Vi håper at vi i fellesskap kan utvikle de mulighetene Viktoria fortjener. Vi har en drøm om å se Viktoria blomstre og ta del i og styring av stadig nye sider av sitt eget liv.

VI HAR EN DRØM om at familien vår skal fungere som en trygg og naturlig base for Marie, Viktoria og Live. Alle tre skal vite at de alltid kan komme hjem og finne trygghet og ro. Vi har også en drøm om at vi foreldre skal oppleve hjemmet vårt som et hjem, ikke en «institusjon» hvor vi hele

tiden er på jobb. For å få det til må vi hele tiden se på hva som fungerer, hva som er bra og hva som bør forandres. Hvordan kan vi gi jentene den støtte, trygghet og det privatlivet de trenger og samtidig sikre Viktoria den ro, forutsigbarhet, oppfølging og de utfordringer hun trenger? I perioder hvor Viktoria er i dårlig humør går dette lett ut over Live. Hun slår, klyper og kaster ting på henne. Så stor som hun er blitt, har hun fått så mye krefter at det nok kan beskrives som vold når hun blir sint og går etter søsteren. Og når det skjer, trenger vi to voksne: En til å holde Viktoria og

SPØRSMÅL: Hvordan har det vært å skulle flytte fra barneavdelingen til voksenavdelingen?

MOR: «Jeg ringer noen ganger til Claus (overlege på barneavdelingen), han kjenner Tore og har mer oversikt enn de enkelte avdelinger, selv om han ikke ser Tore mer».

«Jeg synes litt synd på fastlegene. Dere får tilsendt epikriser og rapporter, men blir sjeldent trukket inn og spurt: Hva tenker dere?».

LYNN SKEI,
NEVROPSYKOLOG



større hos denne pasientgruppe, og forskjellig oppfattelse av adferd mellom foreldre og ansatte i skole/barnehage/avlastningsenhet trenger ikke å være et uttrykk for forskjellig tolkning av adferden.

Denne variasjonen kan være en tilleggsbelastning for familien hvis de opplever at deres egen opplevelse av barnet ikke blir trodd. Det kan også være et problem for omgivelsene når et barns atferd – kanskje uten forvarsel – endrer seg: Barnet kan utagere, bli lei seg, passivt eller aggressivt.

FRA BARN TIL VOKSEN. Ved 18-årsalder overføres det medisinske ansvar i spesialisthelsetjenesten fra barneavdelingen til de relevante kliniske voksenavdelinger. For en ung voksen med mange diagnoser og kompliserte medisinske tilstander vil dette kunne medføre behov for å måtte forholde seg til adskillige avdelinger og en fragmentering av tilbudet fra spesialisthelsetjenesten. Fastlegen blir i denne sammenheng en viktig kontinuitetsbærer, som kan bidra til at oppfølgingen forenkles – for eksempel ved å overta

enkelte kontroller selv, men også sikre at der henvises til relevante sykehusavdelinger, hvis dette ved en feiltakelse ikke har skjedd.

NSAMs plakat fra 2001 med de sju teser er fortsatt en viktig og vettig veiviser i norsk allmennmedisin. Tese nr. 3 sier: *Gi mest til dem som har størst behov.*

Familier med et eller flere alvorlig funksjonshemmede barn har ofte en hverdag som skiller seg i betydelig grad fra en ordinær familie. De har en omsorgsoppgave som ofte er langt større enn i andre familier, de risikerer betydelig påvirkning av sitt sosiale liv, sin økonomi og fritid. Fastlegene er viktig støttespiller for disse familiene, og det er viktig at vi er oppmerksom på deres spesielle utfordringer.

I arbeidet med denne artikkel har jeg intervjuet flere foreldre som har barn med alvorlig funksjonshemming. Deres innspill og vilje til utveksling av erfaringer har vært uvurderlige, og jeg er dem stor takk skyldig. En særlig takk til «Søren og Birgit» som ikke bare har delt sine drømmer, men også bidratt med bildemateriale.

en til å trøste Live. Hvis det kun er en voksen til stede, er man nødt å stoppe Viktoria. Live vil da oppleve både å bli offer for Viktorias humør og samtidig avvist av den voksne.

VI HAR EN DRØM om at Viktoria skal vokse opp i sitt hjem. Vi ønsker ikke at hennes behov for å ha et stabilt hjem blir satt til side for å sikre oss foreldre og søsken, hvile, ro og trygghet. Her må gode løsninger finnes i hjemmet. Når Viktoria «bortvises» i situasjoner hvor det ustabile humøret hennes går ut over Live, er det også vanskelig for Viktoria. Dette gjør at vi nå ønsker å få tilpasset huset med tanke på å sikre alle familiemedlemmenes behov. Dette er også grunnlaget for at vi ønsker at utvidelse og eventuell forandring av avlastning, endres mot avlastning i hjemmet. Når avlastning planlegges og vedtak gjøres, ønsker vi at Viktoria sitt behov for stabilitet og minimalt med overganger også er en faktor som tas i betraktning.

VI HAR EN DRØM om at vi som foreldre kan definere oss mer som foreldre enn som helsearbeidere, miljøarbeidere og pedagoger. Vi ønsker naturligvis å stå i situasjonen som ansvarlige foreldre, men ikke hele tiden måtte gjøre profesjonelle valg. Birgit er pedagog og interesserte seg allerede før barna ble født for spesialpedagogikk. Det faller derfor naturlig å ta del i og ha meninger rundt arbeidet med Viktoria, men jobben med å skrive søknader og sikre framdrift mellom veiledninger gjøres ikke av interesse. Samtidig vet vi at vi er de eneste uten oppsigelsestid og at vi til syvende og sist må sitte med informasjonen og sikre fremdriften. Dette er en balansegang og vi er klar over at bare vi foreldre kan finne denne grensen. Men for å kunne finne denne rette balansen er vi avhengige av informasjon og initiativ fra dere. Når vi ikke får informasjon, initiativ og hjelp fra dere, blir vi tvunget til å ta initiativet og søke informasjon selv, dette er også en belastning som vi drømmer om at hjelpeapparatet kan ta mer av.

Nå lever vi i en hverdag med konstant tilsyn, vi lever i en familie med et kontinuerlig behov for å være to voksne. Viktoria kan ikke være sammen med Live uten konstant tilstedeværelse av en voksen og det er da ikke mulig å lage middag, hjelpe Marie, gå på do eller gjennomføre andre nødvendige aktiviteter hvis man er alene.

VI HAR EN DRØM om at vi som foreldre har mulighet til å etablere og vedlikeholde et sosialt nettverk. Det fungerer dårlig å ha Viktoria med på besøk da hun dels reagerer med dårlig humør, eller hun prøver å komme seg bort og dels ødelegger inventar og eiendeler hos folk. Live kan godt være med ut, men trenger en voksen med tegnspråkskompetanse sammen med seg hele tiden. Begge vi foreldre vil derfor i alle situasjoner hvor vi er på besøk hos familie og venner være fullt opptatt med hvert vårt barn.

VI HAR EN DRØM om det å dra på butikken uten planlegging. Viktoria er for stor

Lynn Skei er nevropsykolog ved Signo kompetansesenter på Andebu, hvor hun har jobbet i tre år. Hun har erfaring fra spesialisthelsetjenesten, og kjenner denne pasientgruppen veldig godt.

Hun opplever at fastlegen ofte blir oversett i arbeidet rundt koordination av tilbudet. Hun mener at mer spesifiserte innkallinger til ansvarsgruppemøter med tydelige presiseringer av hvorfor fastlegen bør være med, er viktig. I tillegg bør møtene kunne legges på fastlegekontorene slik at fastlegene lettere kan passe det inn i en travel hverdag. Gjøres det slik er det sjeldent fastlegene ikke møter opp og deltar, forteller Skei.

Hun opplever at det er store forskjeller i det kommunale tilbudet, og at de fleste foreldre har opplevd større eller mindre grad av frustrasjon i møtet med helse- og omsorgstjenesten, det være seg på kommunalt nivå og/eller på spesialisthelsetjenestenivå. På spørsmål om en koordinator ville kunne avlaste familien, slik det er foreslått i en nylig utkommet rapport fra NOVA, svarer Skei at foreldrene uansett vil måtte ha det overordnede ansvar, men at en koordinator kan være hensiktsmessig å etablere i forbindelse med at barnet/ungdommen flytter ut hjemmefra.

*Lynn Skei, nevropsykolog
ved Signo kompetansesenter*



Claus Klingenberg er overlege ved barneavdelingen på UNN. Han er tydelig på at fastlegen har en viktig rolle selv om barneavdelingen i perioder kan ha så tett oppfølging av barnet at kontakten med fastlegen er beskjedent. Barneavdelingen vil som oftest ikke kjenne familien så godt og behov for ivaretagelse av den øvrige familie, herunder søsken, blir en vesentlig rolle for fastlegen. Kjennskapet til det kommunale apparat, og behovet for at fagpersoner med medisinsk kompetanse deltar på ansvarsgruppemøter er også vesentlige grunner for at fastlegen bør engasjere seg i disse familiene. Claus Klingenberg anbefaler et opplegg med alternerende kontroller hos barnelege og fastlege som en modell som sikrer oppfølging av både fastlege og i spesialisthelsetjenesten.

Svein Steinert er fylkeslege i Troms. Han bekrefter at de har et betydelig antall saker fra familier som klager på kommunale vedtak, og at et betydelig antall medfører et opphevingsvedtak som igjen gjør at kommunen må endre sitt vedtak. Det foreligger imidlertid ikke fylkesvise tall for hvor stor en del av klagen som imøtekommes. Klagen omfatter oftest avlastning og omsorgslønn, men det er også klager som omfatter søknader om brukerstyrt personlig assistent (BPA).

Steinert understreker at støtte til disse barn og deres familier er viktig både for deres egen del og for å sikre de best mulig funksjonsnivå, men også for å avlaste foreldre og ivareta eventuelle søsken.

KARSTEN KEHLET ■ KAKEHLET@GMAIL.COM

til å sitte i handlevogna og tømmer hylle-
ne hvis hun «slippes løs», hun kan ikke
være med. Vi har en drøm om at det å dra
på jobbmøter på kveldstid, foreldremøter,
juleverksted og skoleavslutning også er
noe som er realistisk for oss. Vi har en
drøm om at vi kan være delaktig i å hente
og bringe til allidrett, bursdager og lignen-
de for Marie. I dag er hun langt mer passa-
sjer med andre enn at vi kjører. Vi er heldi-
ge fordi Marie er blitt møtt med uttalen-
sen: Kan ikke dere hente så kan vi kjøre Marie
hjem. Det er likevel klart at når Viktoria
ikke kan kjøre bil sammen med begge sine
søstre samtidig, så er det et stort hinder for
sosial kontakt både for oss som foreldre og
for søstrene hennes.

VI DRØMMER OM at det skal være mulig
å støtte Live i å dra på besøk til venner og
etter hvert i bursdager. Live har hatt besøk
av venner uten deres foreldre, men for hen-
ne å dra på besøk uten følge vil ikke være
mulig på flere år da hun trenger tegnspråks-
tolkning. Pr. i dag trenger vi barnevakt til

Viktoria for å kunne følge Live ut i lokal-
miljøet hvis Søren er på vakt.

Vi har to barn med alvorlige, men veldig
forskjellige funksjonshemninger. De har
forskjellige behov og trenger derfor også
forskjellige tilbud. Vi drømmer om at vi
aldri, aldri må velge hvilket av våre barn
som har størst rett til det beste tilbudet, og
dermed utviklingsmuligheter. Vi ønsker at
alle barna får de beste muligheter, og det
å velge mellom det ene eller det andre bar-
net er ikke noe vi ønsker.

Vi har en drøm om at drømmene ovenfor
blir styrende for vårt arbeid med Viktoria
(og Live) framover, både på skolen og hjem-
me.

Vi har en drøm om en framtid for Viktoria.

VI HAR EN DRØM om at hun får trygge
og stabile rammer for voksenlivet, at hun
blir møtt med respekt for sin person og sine
muligheter, og at hun får mulighet for å leve
et godt liv. Vi ønsker ikke at Viktoria skal
leve et liv hvor hvert minutt skal brukes til
trening. Vi har en drøm om at hun får et

liv med et forhold til både mennesker og dyr.

Vi har en drøm om at hun som voksen
skal være omgitt av et stabilt personale
hvor alle (også vikarene) kan kommunise-
re med henne og at man ikke undervurde-
rer hennes forståelse.

Vi har en drøm om aktiviteter/jobb som
er givende for henne. En drøm om at hun
ikke hele tiden blir utfordret med forand-
ring, men at man endrer ting i så små steg
at også Viktoria kan oppleve det som over-
veiende positivt.

Vi har en drøm om at også Viktoria kan
ha ferie og fritid som han trives med.

Vi har en drøm om at hun fortsetter å ha
en tilknytning til sin familie og får lov til å
ta fortiden sin med inn i fremtiden.

Navn på foreldre og barn er endret, og det er gjort
enkelte andre anonymiseringer, men ellers frem-
står brevet som det ble sendt fra foreldrene, bort-
sett fra at deres konkrete forslag til avlastnings-
tiltak og andre tiltak er fjernet. Dette er gjort
etter avtale med foreldrene.

HILSEN SØREN OG BIRGIT

Midt mellom kommune og sykehus

Artikkelen gir et sammendrag av doktorgrads-prosjektet «Akuttinnleggelser ved Hallingdal sjukestugu» og gir en samfunnsmedisinsk refleksjon over hvilken betydning intermedieære sengeavdelinger kan ha i norsk helsevesen.

■ ØYSTEIN LAPPEGARD • ph.d., spes. i samfunnsmedisin, kommuneoverlege i Ål

Hallingdal sjukestugu

Et av hovedbudskapene i samhandlingsreformen er at helsevesenet har behov for lokalmedisinske sentre som kan gi tilbud før, i stedet for og etter sykehusbehandling (1). Lovpålagte kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp er en del av de tiltak som er gjennomført som følge av samhandlingsreformen (2). Mange har etter spurt om det var tilstrekkelig forskningsbelegg for å lovfeste plikten til øyeblikkelig hjelp-innleggelser utenfor sykehus.

Hallingdal sjukestugu (HSS) har lang erfaring med akuttinnleggelser utenfor syke-

hus. HSS er driftet som en desentralisert spesialisthelsetjeneste av Ringerike sykehus (RS) som ligger 15 mil unna. Somatisk døgnavdeling hadde i 2009–12 14 sengeplasser og en gjennomsnittlig liggetid på 4,8 døgn. Pasientene på avdelingen fordelte seg i omtrent tre like grupper, rehabilitering, viderebehandling etter sykehus og akuttinnleggelser, med noe over 200 pasienter i hver gruppe årlig. Akuttinnleggelser ved HSS som et alternativ til sykehusinnleggelser, var en innarbeidet praksis i Hallingdal lenge før samhandlingsreformen, men det forelå liten dokumentasjon og ingen forskning.

Forskningsprosjektet

Det ble igangsatt et forskningsarbeid med grunnfinansiering fra Helse Sør-Øst og tilknyttet Universitetet i Oslo som et doktorgradsprosjekt. Prof. Per Hjortdahl, UiO, var hovedveileder med Helge Garåsen, NTNU, som biveileder. Forskningsprosjektet var todelt. Den første delen var en dokumentasjon av gjeldende praksis. Den andre delen var en randomisert studie (RCT) der pasienter med behov for akuttinnleggelse og som allmennleger i Hallingdal ønsket innlagt ved HSS, ble randomisert med halvparten til HSS og halvparten til RS. De to gruppene ble så fulgt i ett år etter utskrivelsen og sammenlignet på tre forhold: Helsekonsekvenser, pasientopplevd kvalitet og helseøkonomi. Pasienter ble inkludert i en toårs periode fra 2010. Datainnsamlingen ble avsluttet 2013. Prosjektet ble gjennomført med metodetriangulering (mixed methods research).

Målsettingen var å få undersøkt om lokalmedisinske sentre kan og bør ha en rolle i norsk helsevesen i akuttinnleggelser av en definert gruppe pasienter. Lokalmedisinske sentre kan ha en slik rolle dersom pasientene som innlegges ikke får en høyere morbiditet og et kvalitativt dårligere tilbud enn ved tilsvarende innleggelse på sykehuset og dersom tilbudet helseøkonomisk er gunstigere. Lokalmedisinske sentre bør ha en slik rolle dersom pasientene som innlegges får en lavere morbiditet og et kvalitativt bedre tilbud enn ved tilsvarende innleggelse på sykehuset og dersom tilbudet helseøkonomisk ikke er dyrere.

Dokumentasjon av praksis

Vi dokumenterte praksis for årene 2009–10 (3). Vi fant at akuttinnleggelser på HSS utgjorde 12 prosent av det totale antall akuttinnleggelser fra regionen. Det var slett ikke bare eldre pasienter som ble akuttinnlagt, hele 40 prosent var under 67 år. De aller fleste ble utskrevet til hjemmet eller til kommunal omsorgstjeneste, bare 17 prosent ble videresendt til sykehus. Akuttinnleggelser var selvsagt ikke pasi-





HALLINGDAL SJUKESTUGU – NÆRSJUKEHUSET I HALLINGDAL

I sept. 2016 åpnet en nybygget sengeavdeling ved Hallingdal sjukestugu. Den nye avdelingen er et felles prosjekt mellom helseforetaket og de seks kommunene i Hallingdal. Avdelingen driftes av Ringerike sykehus og drifts-kostnadene deles 60 – 40 mellom helseforetaket og kommunene. Avdelingen består av 20 senger der 10 senger er sykehusets senger og 10 senger er interkommunale. Pasientene skal ikke trenge vite hvilken type seng de ligger i. Det er det samme personalet og de samme legene som betjener alle pasientene. Legedekningen består av tre hele stillinger, to allmennleger og en indremedisiner. Det går visitt seks dager i uken og en av avdelingslegene har alltid telefonvakt, bortsett fra om natten, da avdelingen dekkes av interkommunal legevakt. Avdelingen har et tett samarbeid med spesialisthelsetjenesten, særlig med Ringerike sykehus.

enter med hjerteinfarkt og annen alvorlig sykdom, men pasienter innlagt til observasjon eller enklere behandling. Det var et bredt spekter av diagnoser, men med hovedvekt på infeksjoner og smertetilstander av ulike årsak. Innleggelsene skjedde i samsvar med retningslinjer og etter telefonisk godkjenning av bakvakt på RS.

Allmennlegene i de seks Hallingdalskommunene la også inn øyeblikkelig hjelp pasienter ved de lokale sykehjemmene. Dette utgjorde for regionen 7 prosent av akuttinnleggelsene. Totalt ble altså 19 prosent av akuttinnleggelsene gjort lokalt utenfor sykehus, men med en variasjon mellom kommunene fra 9 prosent lokale innleggelser i en av kommunene til 29 prosent i en annen kommune. Disse forskjellene ble analysert i et fokusgruppeintervju med kommuneoverlegene i Hallingdal (4).

Vi fant at kjente, erfarne leger brukte lokale tilbud. Kommunene med geografisk lengst avstand fra HSS brukte denne lite til øyeblikkelig hjelp-innleggelser. Nærhet til tilbudet gav bedre kjennskap og økt bruk. For bruken av lokale sykehjem var det viktig med nærhet til legekontolet og hvordan kommunen hadde tilrettelagt for korttidsplasser. Døgndekning av sykepleiere og organiseringen av legetjenesten på sykehjemmene varierte mellom kommunene. Alle disse faktorene spilte inn når innleggende lege skulle bestemme på hvilket alternativ pasienten skulle innlegges.

Randomisert kontrollert studie

RCT-studien strevde med å få inkludert tilstrekkelig antall pasienter. Hovedgrunnen var at over 1/4 av pasientene unnlot å delta i randomiseringen fordi de ønsket å sikre seg innleggelse ved HSS i stedet for RS. Av 315 mulige pasienter ble 60 inkludert i studien og randomisert med 33 pasienter til HSS og 27 pasienter til RS. Det lave antallet inkluderte pasienter gav en utfordring i forhold til de statistiske funn. Gjennom metodetriangulering ble kvantitative og kvalitative data sammenholdt for å se om dette kunne underbygge konklusjonene.

Helsekonsekvenser

Mulige helsekonsekvenser av en akuttinnleggelse utenfor sykehus ble vurdert på to måter. De to gruppene ble sammenlignet på funksjonsnivå før innleggelse og ett år etter innleggelsen, og de ble sammenlignet på forbruk av helsetjenester i oppfølgingsåret. Begge deler som et uttrykk for pasientens morbiditet. Pasientgruppen innlagt ved HSS hadde en svak stigning i funksjonsnivå etter ett år, mens pasientgruppen ved RS hadde en svak nedgang. Forskjellen var ikke statistisk signifikant. Pasientene ved HSS hadde gjennom oppfølgingsåret lavere liggetid ved sykehus og sykehjem og lavere forbruk av hjemmetjenester, men heller ikke denne forskjellen var statistisk signifikant. Hovedfunnet var dermed at en ikke kunne finne signifikante forskjeller i helsekonsekvenser for pasienter akuttinnlagt ved HSS sammenlignet med en tilsvarende pasientgruppe innlagt på sykehus. Imidlertid var det en gjennomgående trend at det heller fremkom positive enn negative helsekonsekvenser ved akuttinnleggelser på HSS (5).

Pasientopplevd kvalitet

Pasientopplevd kvalitet ble analysert gjennom PasOpp-spørreskjema og pasientintervjuer (6). Det var en statistisk signifikant bedre tilbakemelding på pasientopplevd kvalitet ved HSS enn ved RS. Dette til tross for at RS har ligget i øvre sjikt blant norske sykehus i de nasjonale undersøkelsene. I intervjuene fremkom det at pasientene særlig vektla små og oversiktlige forhold, nærhet til lokalmiljøet, kontinuitet i forholdet til leger og sykepleiere og en helhetlig (holistisk) tilnærming til pasientens sykdomsbilde. Et fokusgruppeintervju av sentrale aktører i fag, politikk og administrasjon i og rundt HSS, understreket verdien av et tett samarbeid både med sykehuset og med lokale allmennleger.

Helseøkonomi

Kostnaden ved akuttinnleggelser ved HSS var signifikant lavere enn kostnaden ved RS for tilsvarende pasientgruppe (7). Dette

forklares med innspart ambulanseskjøring og lavere kostnad for legeberedskap. Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i kostnader på forbrukte helsetjenester gjennom oppfølgingsåret.

Sammenfatning

Det foreligger en sammenskrivning både på norsk og engelsk av forskningsprosjektet «Akuttinnleggelser ved Hallingdal sjukestugu» (8).

Samlet fant vi i studien at den pasientopplevde kvaliteten var bedre ved HSS enn ved RS og at akutttilbudet ved HSS var helseøkonomisk gunstigere. Forskningsprosjektet gav imidlertid ingen sikre konklusjoner på forskjeller i morbiditet. Vi har imidlertid ingen indikasjoner hverken gjennom forskningsprosjektet eller gjennom tidligere erfaringer at det skulle være negative helsekonsekvenser ved en akuttinnleggelse på HSS. Tvert imot, våre funn indikerte at det var positive helsegevinster ved en slik lokal innleggelse utenfor sykehus. Teoretisk kan dette forklares gjennom negative helsekonsekvenser ved innleggelser på sykehus, som helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI), medikalisering og post-hospital syndrome (8). Det kan også forklares gjennom positive faktorer ved en lokal innleggelse, her er det i ulike arbeider vist sammenheng både med tillit, lokal tilhørighet, kontinuitet og en holistisk tilnærming (8).

Overførbarhet

Kan de funn som ble gjort ved HSS ha overføringsverdi? Til en viss grad kan de nok det, men det kan neppe være slik at alle funn kan overføres til et hvilket som helst opplegg for øyeblikkelig hjelp-innleggelser utenfor sykehus. Det må ligge visse faglige forutsetninger til grunn (8). Vi mener at disse tre forutsetningene er de viktigste:

1. Pasientene som blir valgt ut, må være de riktige. Allmennlegene i Hallingdal behersker dette, men nye leger trenger en periode før de er helt innforstått med at innleggelser i Hallingdal gjøres på en annen måte enn det som er vanlig andre steder.

2. Legetilbudet må være godt, både i tilgjengelighet og kompetanse. Tilgjengeligheten må selvsagt være 24/7. Dette sikres ved HSS på natt gjennom samarbeid med interkommunal legevakt. Avdelingen har to fulltids allmennleger tilsett og dette er arbeidsoppgaver som passer for erfarne allmennleger.

Avdelingen må ha observasjonskompetanse. Det må være døgndekning av sykepleiere, og disse må kunne gjennomføre en faglig og systematisk observasjon av pasienter med ulike diagnoser og reagere hvis forløpet utvikler seg annerledes enn forventet. HSS bruker ALERT som observasjonssystem.

Det er videre en rekke forhold ved HSS som må vurderes opp mot de steder en ønsker å sammenligne med. HSS er et innarbeidet tilbud over mange år, og det tar tid å opparbeide omdømme og erfaring. HSS er driftet av sykehuset. Det gir fordeler med lett tilgang til rådgivning og veiledning, tilgang til sykehusets kvalitetssikringssystem og IKT-system. Akutt plassene på HSS er en del av et større faglig miljø og HSS er en innarbeidet del av lokalmiljøet.

Våre funn er bare representative for den eldre aldersgruppen. Samtidig så vet vi at det er denne aldersgruppen som er mest aktuell for slike tilbud. Mange har dessuten ment at funnene må være typisk for hallingdøler. Det har vi ikke holdepunkter for, men annen forskning viser at befolkningen gir bedre tilbakemeldinger på små og rurale sykehus enn på store og urbane (9). Det er også publisert forskningsdata fra Østfold, et fylke med korte avstander mellom by og land, som viser de samme pasienterfaringer som de vi fant i Hallingdal (10). Det synes ikke som om avstanden er den viktigste faktoren for pasientene, men den kvaliteten pasienten opplever som forskjellig fra sykehuset.

Forskningsprosjektets hovedkonklusjon

Forskningsprosjektet trekker følgende hovedkonklusjon:

- Lokalmedisinske sentra og andre lignende tilbud på lokalt nivå kan ha en rolle i norsk helsevesen i akuttinnleggelser av en definert gruppe pasienter under visse forutsetninger. Forutsetningene er et riktig pasientutvalg, et forsvarlig medisinsk faglig nivå og en systematisert observasjonskompetanse.
- Helsevesenet i Norge og i andre land bør vurdere å utvikle slike lokale, akuttmedisinske tilbud fordi disse kan gi høyere pasientopplevd kvalitet, en potensiell innsparing i kostnader, og fordi det foreligger indikasjon på positive helsegevinster for pasientene.

Intermediære avdelinger i norsk helsevesen

Norsk helsevesen er i endring. Samhandlingsreformen har satt i gang en kursendring der pasientene i større grad skal tas hånd om i primærhelsetjenesten og der samarbeidet mellom de to nivåene i helsetjenesten skal forbedres. Samtidig er det en større vektlegging av pasientenes medvirkning og verdivalg. Erfaringene fra forskningsprosjektet ved HSS viser at en slik kursendring er mulig og at pasientene verdsetter den.

I dagens helsetjeneste er det store pasientgrupper som lider under sykehusenes effektivitetsjag. I særlig grad gjelder dette eldre pasienter og pasienter med kroniske sykdommer. Sykdom og helbredelse er prosesser som krever tid. Ved stadig å presse ned liggetiden og gjøre flere undersøkelser poliklinisk og som dagbehandling, er det mange pasienter som ikke henger med.

Det har vært et mantra i både nasjonal og internasjonal forskning rundt intermediæravdelinger at dette må være et tilbud som kommer i stedet for og ikke i tillegg til. En slik tenkning er basert på en helseøkonomisk betraktning og et press på en stadig redusert liggetid på sykehus. Forskningsarbeidet tilknyttet HSS viser at intermediære tilbud ikke kun kan ses som et erstatningstilbud, men som et tilbud med egne kvaliteter og egne målsettinger for pasientenes opphold.

Helsevesenet bør ha en målsetting om å bygge opp tilbud som gir gode pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter i tråd med det som kan betegnes som pasientens helsetjeneste. Intermediære avdelinger kan være et slikt tilbud midt mellom kommune og sykehus. Her kan det gis et tilbud både før, i stedet for og etter sykehusinnleggelse. Forskningsprosjektet ved HSS har løftet fram gevinster som kan ligge i en slik oppbygging av intermediære tilbud i helsevesenet:

1. Differensiering av akuttinnleggelser

I dag spenner sykehusets ansvarsområde fra innleggelser med behov for høyspesialisert kompetanse og høyteknologisk utstyr til innleggelser der omsorg og enklere behandling er det dominerende behov. Ved å skille ut den femtedelen av pasientene som kan få et like godt eller bedre tilbud utenfor sykehuset, vil sykehusets plasser kunne anvendes til andre pasienter som har et klart sykehusbehov.

2. Vektlegging av rehabilitering og mestringsevne

Sykehusets fokus er organspesifikk eller diagnosespesifikk behandling. Intermediære avdelinger kan ha en målsetting for oppholdet der fokus ligger på rehabilitering og mestringsevne.

3. Mer tid og kontinuitet

Behandling kan gjennomføres på få dager,

rehabilitering og mestring trenger tid. Intermediære avdelinger kan tilby dette. Samtidig etterspør pasientene kontakten med faste leger og sykepleiere gjennom oppholdet. Dette kan lettere organiseres på intermediære avdelinger.

4. En holistisk og tverrfaglig tilnærming

Pasientene etterspør et helsevesen som bryr seg om hele mennesket, ikke bare det enkelte organ eller den enkelte sykdom. Intermediære avdelinger kan tilpasses kompleksiteten som ligger i de eldres sykdomsbilde og kan lettere enn sykehuset bruke en tverrfaglig tilnærming.

5. Lokal trygghetsbase

Pasientene etterspør tilbud som gir sykehusets trygghet i kombinasjon med nærhet til lokalmiljøet. Erfaringene fra HSS tilsier at det er mulig å bygge opp et tilbud som er nært, trygt og kompetent når dette gjøres i nært samarbeid med sykehuset.

6. Lokalt ressurscenter

En intermediær avdeling kan inngå i et lokalt ressurscenter, et lokalmedisinsk senter, som en arena for samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Et slikt ressurscenter vil ha sin funksjon både pasientrettet og rettet mot helsepersonell. Det vil kunne vektlegge læring og mestring overfor pasienter og bygge kompetanse blant helsepersonell.

REFERANSER

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
2. Lovdata. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2012. Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
3. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital: experiences from Hallingdal sjukestugu. *Scand J Public Health* 2012; 40: 309–15.
4. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract* 2013; 14 (1): 87. ePub 2013 jun 22.
5. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. Acute admissions to a community hospital – health consequences: a randomized controlled trial in Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract* 2014; 15 (1): 198. ePub 2014 des 10.
6. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: an analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med* 2014; 119: 27–35. ePub 2014 aug 15.
7. Lappegaard Ø, Hagen TP, Hjortdahl P. A descriptive cost study of acute admissions to a community hospital compared to the general hospital. HERO On line Working Paper Series No 2016: 9. Oslo.
8. Lappegaard Ø. Acute admissions at Hallingdal sjukestugu. Can and should local medical centres play a role in Norwegian healthcare services for acute admissions of a specified group of patients? Doctoral thesis, University of Oslo. Oslo, 2016. Available at: <http://urn.nb.no/URN:NBN:no-56220>.
9. Sjetne IS, Veenstra M, Stavem K. The effect of hospital size and teaching status on patient experiences with hospital care. *Medical Care* 2007; 45: 252–8.
10. Leonardsen ACL, Busso LD, Grøndahl VA, Ghanima W, Barach P, Jelsness-Jørgensen LP. A qualitative study of patient experiences of decentralized acute healthcare services. *Scand J Primary Health Care* 2016; 34: 317–24. E-pub 2016 Aug 25.

METODETRIA

■ ØYSTEIN LAPPEGARD • ph.d., spes. i samfunnsmedisin, kommuneoverlege i Ål

Metodetriangulering, på engelsk mixed methods research, har de siste 20–30 år befestet seg som en forskningstilnærming godt tilpasset det komplekse samfunn og mangfoldet i helsetjenesten. I denne artikkelen presenteres begrepet, bakgrunnen for fremveksten av metode-triangulering og potensial og anvendbarhet i helseforskning.

Begrepet

Triangulering er et ord som er lånt fra landmåling. Det betyr å bruke flere ulike metoder eller perspektiv for å samle og analysere data om en problemstilling. Dette vil kunne gi sikrere funn, på samme måte som flere geografiske avlesninger i landmåling kunne sørge for en mer nøyaktig kartlegging av landskapet.

På norsk blir uttrykkene triangulering, metodetriangulering, flermethodisk tilnærming og multimethodisk tilnærming brukt om hverandre, men mest brukt er metode-triangulering. På engelsk er det annerledes: Der har begrepet mixed methods research, forkortet MMR, overtatt som den dominerende betegnelsen. En definisjon av MMR fra 2007 lyder slik:

Forskning der forskeren samler og analyserer data, sammenholder funnene og drar konklusjoner på bakgrunn av både kvalitative og kvantitative tilnærminger.

I artikkelen brukes metodetriangulering synonymt med mixed methods research, MMR.

Kvantitativ og kvalitativ forskning

Den kvantitative og kvalitative forskning bygger på ulike vitenskapsteorier og har ulike uttrykk og vektlegginger, se tabell 1. Framstillingen er selvsagt noe karikert for å få fram de pedagogiske poenger, men den viser at kvantitativ og kvalitativ forskning er hjemmehørende i forskjellige verdener. Historisk har de lenge levd adskilt i hver sine forskningsmiljøer. Og da kvalitativ forskning utover på 1980-tallet begynte å bevege seg inn på naturvitenskapens enemerker, ble det krig – den såkalte paradigme-krigen, krigen om den riktige måten å forstå virkeligheten på. Er det blitt fred i dag? Ikke helt, senest en artikkel fra 2013 oppfordrer til å unngå å grave seg ned i skyttergravene ved paradigmefronten (1). Men en ting er begge leirer ydmyke på: At deres metoder slett ikke er fullkomne.

Sterke og svake sider

Kvantitativ forskning er godt egnet til å se sammenhenger i store befolkningsundersø-

kelser, finne årsak – virkning og måle effekt av tiltak, f.eks. effekten av å innføre screening for brystkreft. Et problem i helseforskning er at det er så mange ulike variabler som kan virke inn på de gruppene en vil undersøke. Dette kan løses med randomiserte kontrollerte studier (RCT). Da blir utvalget som skal være med i undersøkelsen ved trekning delt i to tilfeldig sammensatte grupper. Den ene gruppen blir utsatt for den variabel en ønsker å undersøke, f.eks. et medikament for behandling av høyt blodtrykk. Da vil alle andre variabler være nøytralisert fordi gruppene er tilfeldig trukket og en vil kunne måle effekten av blodtrykksmiddelet i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. RCT er selve gullstandarden i kvantitativ forskning.

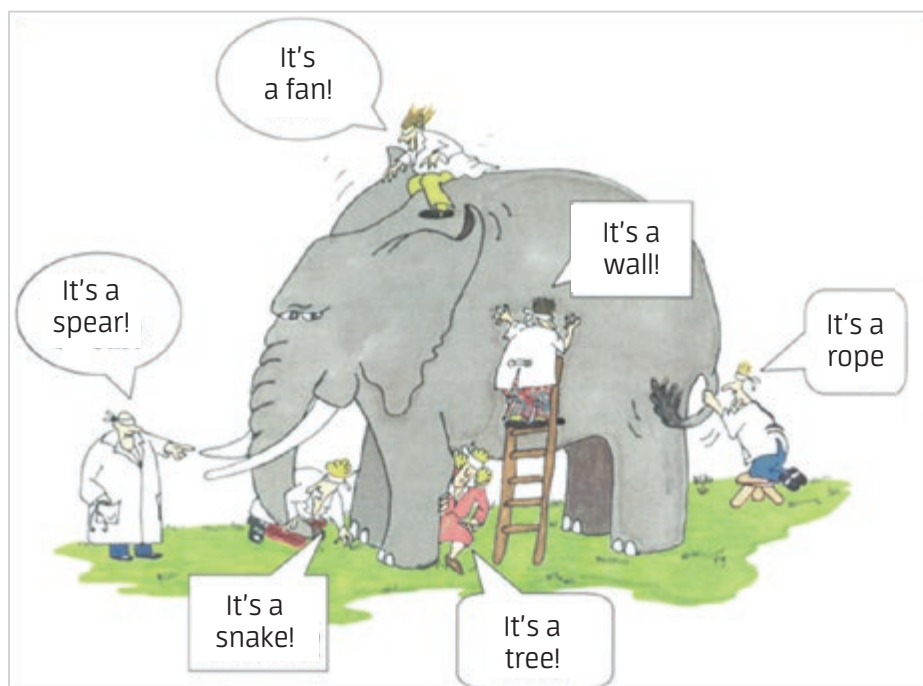
Men kvantitativ forskning har også svake sider. En kan telle og få fram fakta, men det er vanskelig å gå bak tallene og finne ut hvorfor og hvordan ting endrer seg. En kan ikke få målt mellommenneskelige relasjoner, pasientopplevd kvalitet og erfaringer. Kvantitativ forskning setter store krav til forberedelsene. Det er vanskelig å lage gode spørreskjema og intervensjonsundersøkelser kan være etisk utfordrende fordi pasienter kan påvirkes negativt.

I motsetning til den kvantitative forskning, kan den kvalitative forskningen sette fokus på de verdier som kan beskrive prosesser og endringer. Dette er først og fremst intervjuet sin forskningsarena. Ofte greier

TABELL 1. Kvantitativ og kvalitativ forskning.

	KVANTITATIV FORSKNING	KVALITATIV FORSKNING
Tilgrunnliggende filosofi	Positivismen – som bare godtar kjensgjerninger gitt gjennom erfaring.	Hermeneutikk – som omfatter forklaringen og fortolkningen.
Virkelighetsbeskrivelse	Beskriver virkeligheten slik den er uavhengig av menneskets forståelse	Beskriver virkeligheten slik den oppleves gjennom mennesket.
Vitenskap	Naturvitenskapen	Den humanistiske / samfunnsfaglige vitenskap
Studier	Hypotesetestende, deduktive	Hypotesegenererende, induktive
Arbeidsmetoder	Samler data ved kontrollerte eksperimenter og har spørreskjema med lukkede spørsmål	Samler data gjennom intervju med åpne spørsmål, observasjon og dokumentgransking
Vektlegging	Struktur	Prosess
Forskeren	En nøytral observatør	Forskeren og det utforskede påvirker hverandre i et gjensidig avhengighetsforhold.
Data	Harde data, tall og statistiske analyser	Myke data, tekst blir tematisert og fortolket

TRIANGULERING



FIGUR 1. Å beskrive virkeligheten fra ulike ståsteder.

en seg med få deltagere og små undersøkelser. Fokus kan settes på enkeltindividet og en kan få fram pasientens erfaringer og synspunkt. Det kan settes ord på de vanskelige, underliggende faktorer, som holdninger, følelser og forventninger.

Hva er de svake sider ved kvalitativ forskning? Kvantitative forskningsresultater uttrykt gjennom tall og statistiske analyser, blir ofte opplevd som mer hardtslående bevis enn de kvalitative. De funn som blir gjort i kvalitative studier er ofte mer bundet til den ramme undersøkelsene er gjort i og kan av den grunn være vanskelig å gjenta eller få verifisert. Der utfordringen for kvantitative undersøkelser er knyttet til planleggingsfasen, er utfordringen for kvalitativ forskning knyttet til sluttfasen. I sluttfasen skal svarene tematiseres og rubriseres slik at resultatet gir mening og ikke blir påvirket av forskerens synspunkter.

Framvekst av metodetriangulering

Den kvantitative og kvalitative forskning tilhører altså hver sine forskningsverde-

ner, med ulike styrker og svakheter. Det var ikke rart at enkelte begynte å se på muligheten av å kombinere forskningsmetoder fra humanfagene inn i naturvitenskapen og motsatt. Det vokste fram en erkjennelse av at man trengte et større armamentarium av forskningsmetoder. Svakheter i kvantitativ forskning kunne nøytraliseres eller utfylles med kvalitativ forskning og vice versa. Og det var da heller ikke rart at mange forskere reagerte på dette. De første spede forsøk på kombinasjoner er fra 1959, trianguleringsbegrepet ble født i 1979 og det var utover på 80- og 90-tallet at dette for alvor tok av. Paradigmekrigen var da også på sitt sterkeste. Mange har kalt det som har skjedd de siste 20–30 år for en revolusjon, – både i helse-tjenesten og i forskningsverdenen, men tross paradigmaten så har dette vært en stille revolusjon.

Behovet for nye forskningsmetoder hadde noe med de medisinske framskritt og den økende spesialiseringen å gjøre, men i særlig grad hadde det sammenheng med en mer kompleks helsetjeneste og framveks-

ten av en rekke nye helseprofesjoner. Dels var nok paradigmaten en profesjonskamp der tunge, etablerte naturvitenskapelige miljø med sine mange medisinere ble utfordret av nye yrkesgrupper, – sosionomer, ja til og med sosiologer og antropologer ville analysere hva som skjedde i helseverdenen. Sykepleierne akademiserte faget sitt i regi av høyskolene som vokste opp som nye akademiske høyborger i konkurranse med de etablerte forskningsmiljø ved universiteter og universitetssykehus.

Den hierarkiske oppbyggingen av helsevesenet ble mindre framtrædende og ble erstattet av en mer tverrfaglig tilnærming. Den nye forskningstilnærmingen passet godt for primærhelsetjenesten. Det var ikke noe nytt for helsepersonell på grasrotnivå å skulle sammenholde generell, overordnet kunnskap med pasientens fortelling og erfaring. Denne kombinasjonen som de akademiske miljøene hadde vanskeligigheter med å ta inn over seg, var allerede en del av hverdagen ute i primærhelsetjenesten.

Å bygge bro mellom to forskningsverdener

De ulike forskningsmetoder tilhører hver sin begrepsverden bygd på ulike paradigmer. Trianguleringen tar i bruk metoder fra begge disse verdener. F.eks. strukturerte spørreskjema eller en RCT fra den kvantitative forskning og pasientintervju og fokusgruppeintervju fra kvalitativ forskning. Hvordan kan dette forsvares?

Flertallet av forskere som bruker triangulering i dag, gjør dette pragmatisk, de bruker de metodene som passer best til forskningsspørsmålet uten å vektlegge så mye de teorier som ligger bak. De setter en strek over hele sammenhengen mellom metodene og den bakenforliggende vitenskapsteorien. Forskning er bare et verktøy og man må bruke det verktøyet som passer best, hevder disse forskerne. Andre sier dette blir feil. Forskningsmodellene bygger på logiske, teoretisk beslutningsrekker og tar du vekk logikken og teorien som bygger opp under et resultat, så kan du heller ikke bruke resultatet.

		PRIORITET	
		KVANTITATIV	KVALITATIV
SEKVENSS	Tilleggsmetode før hovedmetode	1a. En kvalitativ studie brukes forberedende for den kvantitative hovedundersøkelsen	1b. En kvantitativ studie brukes forberedende for den kvalitative hovedundersøkelsen
	Hovedmetode før tilleggsmetode	2a. Funn i en kvantitativ hovedundersøkelse forklares i en kvalitativ studie	2b. Funn i en kvalitativ hovedundersøkelse blir brukt i en utdypende kvantitativ studie

TABELL 2. Ulike design ut fra ulike prioritets- og sekvensvurderinger



Noen prøver å tenke nytt rundt de grunnleggende vitenskapsteoriene. De påpeker at teorier kommer og går, vitenskapsteorier er ingen naturlov. Det må være mulig å se en teori som ett av flere alternative ståsteder eller synsvinkler i en større helhet. Da vil det å kunne alternere mellom ulike ståsteder gi større bredde og forståelse av virkeligheten. For ingen kan vel sitte med den fulle og hele fasit av hvordan virkeligheten er? (SE FIGUR 1 SIDE 21).

Andre forskere prøver en mer diplomatisk tilnærming og prøver å finne en midelvei. De påpeker at avstandene ikke er så store i praksis som det de pedagogiske fremstillinger vil ha det til. De innfører begrepet eklektisisme, som betyr å benytte ulike teorier med utgangspunkt i flere filosofier for å oppnå en mer tilfredsstillende problemløsning. De ser på problematikken med en nedenfra og opp holdning der en tar utgangspunktet i det praktiske, men heller ikke fristiller seg fra teorien (1).

Forskningsdesign

Proessen der en planlegger forskningsprosjektets design er viktig i all forskning. I MMR er det imidlertid en fase som er spesiell: Forskeren må bestemme prioritet og rekkefølge. Prioriteten kan være lik, at den kvantitative og kvalitative delen skal vektlegges like mye, eller den ene kan ha prioritet fremfor den andre. Rekkefølgen, eller det som på fagspråket kalles sekvensvurdering, er også viktig: Skal metodene brukes samtidig eller skal den underordnede metoden komme før eller etter den prioriterte? Det må også bestemmes i hvilken fase av prosjektet en skal sammenholde resultater fra de to tilnærmingene, underveis eller til slutt.

Til sammen gir dette ulike kombinasjonsmuligheter for design ut fra en prioritets- og sekvensvurdering. Det skilles gjerne mellom en sekvensiell undersøkende design der tilleggsmetoden kommer før hovedundersøkelsen, og en sekvensiell forklarende design der tilleggsmetoden kommer etter hovedundersøkelsen. Se tabell 2.

I en tredje hovedgruppe, en konvergerende design, er de to metodene likestilte og kommer parallelt. I tillegg til disse tre hovedgruppene finnes også et par andre modeller som jeg ikke går videre inn på her. Design må velges alt etter hva som best kan besvare forskningsspørsmålet.

1 Sekvensiell undersøkende design

- a) Den kvantitative metoden har prioritet.
Et eksempel i litteraturen på denne type metodetriangulering er fra Colorado (2). I primærhelsetjenesten ble pasienter med alvorlig, terminal sykdom intervjuet for å få fram hvilke behov som var viktigst for pasientene. Disse svarene ble så brukt til å lage selve hovedundersøkelsen. Uten denne første kvalitative, undersøkende studien med innspill direkte fra pasientene, ville mange problemstillinger ikke ha kommet frem.
- b) Den kvalitative metoden har prioritet.
Et eksempel kan hentes fra egen forskning i Hallingdal (3). I en RCT viste det seg at en pasientgruppe innlagt ved Hallingdal sjukestugu (HSS) var mer fornøyd med oppholdet enn tilsvarende gruppe innlagt ved sykehuset. I den kvalitative hovedundersøkelsen ble disse funnene drøftet i en fokusgruppe med sentrale aktører på og rundt HSS. Hvilke forklaringer kunne ligge til grunn for pasientenes preferanse? Den kvalitative forskningen fikk fram andre funn rundt omdømmet til HSS enn den kvantitative studien alene.

2 Sekvensiell forklarende design

- a) Den kvantitative metoden har prioritet.
Her kan det også vises til egen forskning i Hallingdal (4). Det ble samlet informasjon om alle øyeblikkelig hjelp-innleggelser i Hallingdal over en toårsperiode, slik disse fordelte seg mellom sykehus, HSS og lokale sykehjem. Det var stor variasjon mellom de enkelte kommuner og leger. En kvalitativ undersøkelse i en fokusgruppe med de seks kommune-

overlegene kunne gi forklarende innspill til hvorfor det var så store forskjeller i innleggelsespraksis.

b) Den kvalitative metoden har prioritet.

Et eksempel fra litteraturen er fra Massachusetts (5). En stor gruppe pasienter under opptrening etter lårhalsbrudd ble i en kvalitativ hovedundersøkelse intervjuet om hvilke faktorer som var viktige for å komme raskt i gang igjen etter skaden. Etterpå ble deler av hovedundersøkelsen bygget inn et utdypende kvantitativt spørreskjema.

3 Konvergerende parallelt design

Felles for sekvensielle modeller er at resultater fra en metode legges til grunn for den neste. Den tredje hovedmodellen, konvergerende parallelt design, er annerledes. Her blir undersøkelsene vurdert likeverdige, de blir gjennomført parallelt og resultatene blir sammenholdt etterpå. Mange kaller denne modellen *den ekte trianguleringen*. Modellen kan illustreres med egen forskning (3). Det ble brukt spørreskjema for tilbakemelding fra pasientene om hvordan de var fornøyd med oppholdet ved HSS og sykehuset. Samtidig ble det gjennomført kvalitative pasientintervjuer for å få fram erfaringer om innleggelser på HSS og sykehuset. Resultatene ble deretter sammenholdt, og resultatene understøttet hverandre. Pasienter innlagt ved HSS var mer fornøyd enn pasienter innlagt på sykehuset.

Analysedelen

Dersom vi tar utgangspunkt i *den ekte trianguleringen*, der de kvantitative og kvalitative metoder er utført parallelt og resultatene sammenholdes til slutt, er dette en utfordrende fase for forskerne. Her skal en sammenstille resultater framkommet gjennom ulike metoder. Det er likevel enighet i forskningsverdenen om å fordele resultatene i fire grupper: Sammenfallende funn, utfyllende funn, motstridende funn og resultater med manglende matching av funn.

● Sammenfallende funn

I tidlig fase av trianguleringsperioden ble sammenfallende funn sett på som det optimale utfallet. Fikk en bekreftet resultatene gjennom ulike metoder, så styrket dette validiteten av forskningen. Eksempelet fra HSS (3) viste at resultatene fra spørreskjema og pasientintervju var sammenfallende og dette ble tolket som en styrking av funnene.

● Utfyllende funn

Flere pekte etter hvert på at det kunne være vel så interessant å få komplettert et resultat med nye funn som gav et mer helhetlig bilde. Et eksempel fra litteraturen er hentet fra England (6) der en gjennomførte en etterutdanning innen terminal pleie i hjemmetjenesten. Det ble bekreftet i en spørreundersøkelse at kunnskapsnivået ble hevet betraktelig. I tillegg kom det i fokusgruppeintervju fram at etterutdanningen hadde gitt større selvtillit hos de ansatte, noe som både gav bedre samtaler med pårørende og lettere samarbeid med sykehuset. En fant et mer helhetlig bilde av resultatene ved en metodetriangulering.

● Motstridende funn

Tidlig i trianguleringsperioden advarte mange mot sammenblandingen av metoder: For tenk om en fant resultater som var motstridende, hvilke av metodene skulle en da tro på? Etter hvert har flere forskere beskrevet gevinstene som kan ligge i divergerende resultater. Forskerne utfordres til å finne ut hva som ligger bak diskrepansen, det kan gi nye vinklinger og nye diskusjoner. Et eksempel er en internasjonal undersøkelse med MMR design der en forsket på effekten av et program for å få ned allmennlegers antibiotikabruk (7). Det viste seg at det var forskjell mellom pasientenes og legenes syn på bruken av CRP. Legene mente det var nyttig med CRP som et ekstra argument for å overbevise pasienten om at antibiotika ikke skulle brukes. Pasientene mente CRP var unødvendig – de stolte på legens vurdering. Dette resultatet ble innarbeidet i retningslinjer for CRP-bruk for allmennleger i de aktuelle landene.

● Manglende matching av funn

Endelig kan det være deler av funnene som ikke finner sin parallell i resultater fra den andre metoden. Det kan nevnes at i dette siste eksempelet om antibiotikabruk (7), ble det ved rubriseringen av totalt 234 nøkkelfunn, funnet at 18 var sammenfallende, 32 var utfyllende, tre var motstridende og 123 funn var uten parallell.

Gevinster ved metodetriangulering

Metodetriangulering kan altså ha gevinster i form av styrket validitet og ved å gi et utvidet, mer helhetlig bilde. I tillegg har pasientene fått en sterkere stemme. Det er ikke lenger bare snakk om harde endepunkter, død og diagnoser, men grader, forventninger, følelser og relasjoner. Forskningen har i større grad dreid seg mot praksisnære forskningsspørsmål.

Metodetriangulering passer godt inn i primærhelsetjenesten. Eksemplene det er vist til i denne artikkelen, skriver seg fra førstelinjetjenesten. MMR lar seg organisere i de små sammenhenger. Tverrfaglighet preger primærhelsetjenesten og finner sin gjenklang i metodetrianguleringen. Det er også naturlig å nevne samhandlingsforskningen. Samhandlingsprosesser bør i større grad la seg beskrive gjennom kvalitativ forskning. Og ut fra disse refleksjoner betyr også metodetriangulering en styrking av distriktprofilen i helseforskningen. Forskning er ikke lenger isolert til de store universitetene og de store universitetssykehus, forskningen kan desentraliseres og gjennomføres over alt.

Utfordringer ved metodetriangulering

Metodetriangulering er en ung forskningsstradisjon som mangler en omforent begrepsbruk, det savnes praktiske retningslinjer for gjennomføring av ulike trinn i prosessen og det er usikkerhet rundt kvalitetsvurderingen. Viktige kvalitetsbegreper som reliabilitet, validitet og generaliserbarhet har ulik tolkning i de to forskningsstradisjonene. Det arbeides innen MMR for å finne begreper man kan enes om. Følgende begreper er sentrale i denne sammenheng:

- **Kredibilitet** – gir disse resultatene noen mening og kan vi tro på dem?
- **Avhengighet** – kan resultatene repeteres i en annen sammenheng?
- **Transparens** – går det klart fram hvordan forskningen er gjennomført?
- **Overførbarhet** – kan funnene overføres til andre?

Også rammene rundt MMR er krevende. Det er langt mellom forskere som har kompetanse både på kvantitative og kvalitative metoder. Det betyr at i metodetriangulering må en sette sammen team eller forholde seg til to forskningsmiljø. Gjennomføringen av kvalitative metoder er arbeidskrevende, det krever mer feltarbeid enn den kvantitative forskningen. Alt i alt blir det mer tidkrevende når en slik skal få fram flere forskningsvinkler rundt samme forskningsspørsmål. En praktisk utfordring er at det kan være vanskelig å finne

tidsskrifter som vil ta inn resultater fra kvalitativ forskning, selv om dette nå er i en positiv utvikling.

Sammenfatning

Artikkelen presenterer begrepet metodetriangulering, på engelsk mixed methods research. Kanskje Albert Einstein har gitt den beste begrunnelsen for hvorfor metodetriangulering har vokst fram som et alternativ til de to store forskningsstradisjonene: *Ikke alt som kan telles, teller og ikke alt som teller, kan telles*. Tross støy og strid har metodetriangulering befestet seg som en forskningstilnærming godt tilpasset det komplekse samfunn og mangfoldet i helsetjenesten. Gjennom en rekke eksempler har artikkelen vist at metodetriangulering har potensial og anvendbarhet som forskningsverktøy i primærhelsetjenesten og den bør få en rolle i samhandlingsforskning og distriktsmedisin. Metodetriangulering vil i framtida kunne bygge bro mellom den kraft som ligger i tall og den kraft som ligger i ord (8).

Artikkelen bygger på en prøveforelesning for PhD ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 04.10.16. Oppgitt tema var: «Metodetriangulering – potensial og anvendbarhet i helseforskning».

REFERANSER

1. Mesel T. The necessary distinction between methodology and philosophical assumptions in healthcare research. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2013; 27: 750–6.
2. Kutner JS, Steiner JF, Corbett KK et al. Information needs in terminal illness. *Soc. Sci. Med.* 1999; 48: 1341–52.
3. Lappegaard O, Hjortdahl P. Perceived quality of an alternative to acute hospitalization: An analytical study at a community hospital in Hallingdal, Norway. *Soc Sci Med* 2014; 119C: 27–35.
4. Lappegaard Ø, Hjortdahl P. The choice of alternatives to acute hospitalization: a descriptive study from Hallingdal, Norway. *BMC Fam Pract* 2013; 14: 87.
5. Morgan DL. Practical strategies for combining qualitative and quantitative methods: application to health research. *Qualitative Health Research* 1998; 8: 362–76.
6. Erzberger C, Kelle U. Making interferences in mixed methods: the rules of integration. In: Tashakkori A, Teddlie C (Eds), *Handbook of mixed methods in social & behavioural research*. Sage, Thousand Oaks. 2003.
7. Tonkin-Crine S, Anthierens S, Hood K et al. Discrepancies between qualitative and quantitative evaluation of randomised controlled trial results: achieving clarity through mixed methods triangulation. *Implementation Science* 2016; 11: 66.
8. Pluye P, Hong QN. Combining the power of stories and the power of numbers: Mixed methods research and mixed studies reviews. *Annu. Rev. Public Health* 2014; 35: 29–45.

■ OLAPPEGA@ONLINE.NO

Akuttmedisinsk trening

■ HELEN BRANDSTORP • Ph.D. og leder ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Mye kan sies om den nyreviderte akuttmedisinforskriften, men ett punkt ser ut til å ha truffet godt: kravet om at man utenfor sykehus skal drive trening i samhandling slik at man kan hjelpe de akutt syke og skadde pasientene som et team. Det er bra og det av flere gode grunner.

For det første har akuttmedisinske pasienter ofte krevende og komplekse medisinske behov som et tverrfaglig team kan ha de beste forutsetninger for å møte. For det andre oppleves det trygt for helsepersonell å vite at man kan hjelpe når tiden er knapp og man må gjøre noe kjapt.

Etter å ha studert lokal teamtrening i Alta gjennom 3,5 år i rollen som aksjonsforsker sammen med et tverrfaglig forskerteam og sammen med lokalt helsepersonell der, kan jeg trekke frem flere dimensjoner ved slik trening som til sammen kjennetegner moderne kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid. Ser man enda større på det, kan slik teamtrening bety at mer tid og penger brukes på å bygge et integrert samspill mellom de som jobber med pasienter i stedet for at man investerer enda mer i kompliserte systemer for fragmentert og avtalebasert samhandling et stykke unna pasientmøtene.

Prinsippene i Kommune-BEST-modellen

Kommune-BEST-modellen som de bruker i Alta, består av tre ulike deler. En treningsdag begynner med at et realistisk, tilfeldig sammensatt team fra legevakt og ambulansetjeneste går gjennom teori og håndgrep i en forberedende sesjon ledet av lokale kolleger. Det er da også tid til å snakke om lokale viktige hendelser.

Deretter følger en realistisk simulering. I Alta begynner den gjerne med at lege og ambulanse rykker ut til en simulert pasient som befinner seg på parkeringsplass, trappehus, venterom eller annet sted ikke for lang unna Alta legevakt. Pasientbehandlingen begynner på stedet, så realistisk som mulig. Deretter forflyttes pasienten gjerne inn på legevakta. Når pasienten er stabilisert der og klar til forflytning videre til sykehus, avsluttes simuleringen og deltagerne i teamet går rett til egnet sted for debriefing.

Den simulerte pasienten (og evt. simulerte pårørende) deltar i denne fasiliterte refleksjonen over egen praksis. Debriefingen foregår ved at deltagerne snakker om egen opplevelse, om hva som gikk bra og om hva som kunne vært annerledes. Den ledes av en av de lokale instruktørene.

For å ta i bruk ny kunnskap og oppnå

mestring, gjennomfører teamet en scenariotrening nummer to med en ny debrief. Det er lokalt helsepersonell som simulerer pasienten og dermed kan bidra med fersk pasienterfaring i debriefen.

Engasjerer mange

Andres forskning har vist at lokal simulerings trening har effekt på pasientsikkerhet i legevakt. Det kan også avviksmeldesystemer ha, men de bør kombineres med tid til refleksjon sammen over det som gikk galt og mulighet for påvirkning, hvis de skal ha god effekt. Mer kan sies om avviksmeldesystemer (se f.eks. Abelsen og Gaski (1)), og det er nok som regel lurt at man prøver å lære av egne og andres feil. Men hvis man kjenner motstand mot å fylle ut flere skjema og opplever at tilbakemeldingene på avviksmeldinger bommer eller uteblir, kan en mer motiverende form for å lære av feil være å reflektere over egen praksis under tverrfaglig trening, gjerne trening på det man lokalt kjenner stresser. Simuleringstrening bør legges opp slik at det treffer behovene man har. Kanskje er det unge rus- og psykiatripasienter som er vanskeligst lokalt akkurat nå? Eller har et nylig spedbarnsdødsfall gjort at man bør trene på å hjelpe de minste?

Læring på ulike nivå

Som nevnt kan teamtrening bidra til læring på flere måter. For det første er trening i akuttmedisinske settinger en type kvalitetsarbeid som fanger flere enn bare noen få av oss. Akuttmedisinsk trening kan selv den mest papirsky ambulansefagarbeider bli med på – og det som en likeverdig teamplayer. Vi trenger å involvere bredt dersom vi skal få kvalitet i alle ledd og hele hjelpernetverket. Forskjønningen av egen kompetanse og uvaner i et lite miljø kommer fort til syne når man trener tverrfaglig. Det er som kjent den totale kvaliteten som teller for pasientene.

Hyppig, presist og til rett tid

Det andre viktige funnet er at deltagerne blir bedre til å snakke skikkelig sammen. Kombinasjonen åpen og presis kommuni-

kasjon er viktig kompetanse for å kunne jobbe med flere. Organisasjonsforskeren Jody H. Gittell har funnet ut at serviceorganisasjoner som preges av at folk kommuniserer hyppig, presist, til riktig tid og på en problemløsende måte, leverer bedre resultater enn der man snakker sjeldent sammen, formulerer seg upresist, med forsinkelse og mer anklagende (2). Når man reflekterer over egen innsats etter teamtrening, trener man på å snakke om sine egne følsomme temaer. Det gir god læring i forhold til å tørre å si ting høyt. Denne treningen i å sette gode ord på egen og andres pasientbehandling og samarbeid, vil jeg tro gagnar arbeidet på andre arenaer også.

Den vanskelige lederrollen

Et tredje poeng med teamtrening er å bedre forståelse for nettopp samarbeid: deltagerne blir mer bevisst på de ulike rollene i teamet og at de må spille hverandre gode for å oppnå et felles mål. I akuttmedisinen er dette med et felles mål ofte enkelt: best mulig pasientbehandling helt frem til riktig behandlingssted – kan være alt fra å bli værende hjemme til å måtte flyttes til spesialsykehus.

Dette med roller er gjerne verre. Er man vant til å være solospiller, kan det å spille annenfiolin en liten stund føles frustrerende. Det å ta et skritt tilbake og la ambulansepersonell få styre praktisk håndtering ute, hvis de kan det best, trenger noen av de ivrige av oss å trene på. Andre trenger å trene på å lene seg fremover og snakke høyt nok. Lederrolle er ikke enkel. Men jeg tror det er viktig at leger faktisk påtar seg den ut fra sin juridiske og medisinskfaglige særstilling, men da må man evne å kommuniserer konstruktivt, presist, til rett tid og hyppig. I tillegg er det nyttig å forstå hvordan ledelse oppstår i samspill med andre, som evt kan ta styringen når de har den livreddende kompetanse som trengs akkurat der og da. En trygg leder gir andre rom og plass.

I de teamene vi utforsket virket det som at det å holde oversikt var den mest særegne lederoppgaven (3). De andre i teamet bidro til å gi lederen en god oversikt, og leder i sin tur delte på denne oversikten under oppsummeringen med teamet og til AMK. Pasienten kan således inngå som en del av teamet. De pasientene som simulerte i Alta hørte på under oppsummeringer og samlet alles oppmerksomhet – når kunnskap ble delt.

med mening

Felles mål, kunnskap og respekt

Jody H. Gittell trekker frem at i tillegg til presis og løsningsorientert kommunikasjon, er det tre relasjonelle forhold som preger organisasjoner som leverer gode tjenester til folk: de ansatte har felles mål og felles kunnskap. Det vil si at de kjenner hverandres kompetanse og alle vet mye om hvordan oppgavene skal løses, inkludert andres deloppgaver. Som en bunnplanke ligger gjensidig respekt.

I løpet av en dag med teamtrening vil man lære om hverandres oppgaver og dele kunnskap om pasientbehandling. Har man ikke gjensidig respekt, så er dette et sted å bygge den. Ut fra hva jeg har observert, så er i alle fall tonen helsepersonell imellom respektfull i Alta. Det sies at respekt oppstår når man gir hverandre tillit. Jeg vil legge til at det er lettere å respektere og ha tillit når man har stått sammen i sårbare settinger – slik man gjør i løpet av en dag med krevende akuttmedisinsk simuleringstrening.

Optimale betingelser for simulering

Kommune-BEST-modellen er den eneste modellen jeg kjenner til som er utviklet over mange år i ulike deler av norsk primærhelsetjeneste. Den fyller i tillegg det sveitsiske forskere har beskrevet som optimale betingelser for simuleringslæring: to realistiske, krevende simuleringer der hver er etterfulgt av trygge refleksjoner over egen praksis (4). Voksne lærer best ved å bygge videre på kunnskap de allerede har, ved å kunne anvende kompetansen umiddelbart i egen jobb, når den henger sammen med resten av livene deres og når de er dypt engasjerte.

Rammene for lokal læring bør altså være preget av en god atmosfære, men man skal også utfordre både fordommer og gammel forståelse. I simuleringstrening bør debriefingen romme både det som skjedde og hvordan deltageren tenker om det, gjerne på en måte der man setter spørsmålsteget ved det man pleier å gjøre og det man pleier å tenke.

Åpen grupperefleksjon

Fordelen med teamtrening er at man har en hel gruppe å tenke sammen med og lære av. Det kan være skummelt i starten å sitte sånn og tenke høyt. I mitt materiale sa noen legevaktskepleiere at mange gruet seg skikkelig til å «måtte si noe». Men mitt

inntrykk er at når deltagerne blir varme i trøya, er slike grupperefleksjoner både stimulerende og teambyggende.

Andre viste at systematisert simuleringstrening lokalt («in situ») kan bidra til bedret pasientsikkerhetskultur, bedre behandlingsresultater for pasientene, kunnskap, praktiske-, kommunikasjons- og teamferdigheter, samt å redusere kostnader ved uheldige hendelser (5). Analyser fra Alta (6) peker mot at alle elementene i en generell pasientsikkerhetskultur finnes lokalt i teamtreningen: fokus på lederskap, teamarbeid, kunnskapsbasert praksis, kommunikasjon, læring, rettferdig og pasientsentrert praksis (7). For å få til forbedring og læring på mange nivå, tror vi det er sentralt at modellen er fleksibel og at instruktørene begrenser sin styring av hva deltagerne tar opp i debriefingene. I stedet for sjekkliste for hva man skal igjennom, snakker deltagerne om det de opplever som viktigst.

Våre forbedringsforslag

En del av forskningsprosjektet vårt handlet om at vi som forskergruppe skulle komme med forbedringsforslag til personellet i Alta. Dette elementet ble nedtonet underveis. Forslagene vi kom med ble ikke akkurat omfavnet, men heller tatt imot med skepsis og ambivalens. Det var nyttig læring.

Måten vi jobbet med forbedringsforslagene våre på, var å reise tilbake til Alta tre ganger til ulike fokusgruppesamtaler med resultater fra tre tematiske analyserunder. Vårt analysemateriale var utskrifter fra månedlige treninger gjennom ett år der jeg hadde vært deltagende observatør og tatt opp alle debriefingene på bånd. Vi i forskergruppen fordypet oss først i hvordan teamdeltagerne snakket sammen i debriefingen og så det sammen med pasientdeltagelse, dernest så vi på hvordan ledelse foregikk og i siste runde så vi på det samme med læring. Analysene forankret vi i relevante teori og så fikk altså lokalt helsepersonell selv kommentere og drøfte det vi hadde funnet frem til i grupper. Våre forbedringsforslag gikk ut på at de burde snakke mer om den simulerte pasienten og seg selv som personer i debriefingene, ikke i objektiviserende ordelag. Videre burde de se på ledelse som var fordelt i teamet og utpekt (legen). Trolig var ikke disse forbedringsforslagene helt unyttige, men de var ikke overlappende med det deltagerne lo-

Avhandlingen Training interactions in local teams: Using critical participatory action research to explore context based learning ble forsvart 9. januar 2017 ved UiT Norges arktiske universitet, Campus Alta.

Veiledere: professor Anna Luise Kirkengen (UiT og NTNU) og Peder A Halvorsen (UiT og Alta kommune). Med i forskergruppen var også anestesilege Birgitte Sterud og paramedic Bjørgun Haugland.

Forskningsdesign: Ett år som deltagende observatør under månedlige teamtreninger i Alta, der debriefingsesjonene ble tatt opp på bånd og så skrevet ut verbatim fortløpende. En tverrfaglig forskergruppe analyserte dette materialet ut fra tre ulike teoretiske perspektiv i tre omganger og arrangerte også lokale fokusgruppesamtaler om resultater av hver av analysene å få de lokale deltagerne analysere.

Avhandlingen finnes elektronisk her:
<http://munin.uit.no/handle/10037/10149>

kalt var opptatt av. De visste selv bedre hvor skoen trykket. I ettertid tror jeg at det viktigste var at temaene ble løftet for drøfting og at deltagerne hadde nytte av å bli spurt og å bli lyttet til. Ikke ulikt hvordan det legges opp til at læring skal skje i selve teamtreningens modellen

Konklusjon

Den fleksible strukturen til Kommune-BEST-modellen speiler kompleksiteten i medisinen og gir rom for deltagerne egen ansvarlighet. Læring skjer på ulike nivå og gir endring på varierende måter, men sentralt er bedret kommunikasjon, rolleforståelse og ledelse. Lokalt tilpasset teamtrening slik jeg har beskrevet her, bør kunne inspirere helsepersonell i andre kommuner til å sette i gang med engasjerende kvalitetsarbeid etter liknende prinsipper

REFERANSER

1. Abelsen B, Gaski M. Samhandlingsreformen: Om utskrivningsklare pasienter og kommunenes håndtering av avvik fra forpliktende tjenesteavtale. Kommunerevisoren 2016; Volum 71 (1), s. 16–20.
2. JH Gittell, Effektivitet i sundhedsvæsenet – samarbejde, fleksibilitet og kvalitet. Munksgaard, DK 2012.
3. Brandstorp H, Kirkengen AL, Sterud B, haugland B, Halvorsen PA. Leadership Practice as Interaction in Primary Care Emergency Team Training. Action Research 2015; 13: 84–101.
4. Stocker, M., Burmeister, M. and Allen, M., 2014. Optimisation of simulated team training through the application of learning theories: a debate for a conceptual framework. BMC Med Educ. 14, p. 69.
5. Sorensen A, Poehlman J, Bollenbacher J, Riggan S, Davis S, Miller K, Ivester T, Kahwati L. Training for teamwork through in situ simulations. BMJ Innov. 2015; 1 (3): 144.
6. Brandstorp H, Halvorsen PA, Sterud B, Haugland B, Kirkengen AL. Primary care emergency team training in situ: Ample opportunities for learning. Results from an action research study. Scan J Prim Health. Volume 34, 2016 – Issue 3.
7. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Laccan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. J Nurs Scholarsh. 2010; 42 (2): 156–65.

■ HELENBRANDSTORP@UIT.NO

HENVISNINGER

- Hvem tar initiativ til henvisninger
- I hvilken grad opplever pasientene at de blir tatt med på beslutningen om å bli henvist?

■ OLAV THORSEN • Seniorforsker, fastlege i Stavanger

Bakgrunn

Henvisningsratene mellom allmennleger varierer betydelig viser mange studier, både nasjonalt og internasjonalt (1–3). Henvisninger til spesialisthelsetjenesten blir brukt for forskjellige oppgaver og behov: spesialundersøkelser og behandlinger som fastlegene selv ikke kan utføre, spørsmål om vurderinger og delt ansvar for en vanskelig medisinsk problemstilling og annet (4). Mange pasienter tar i dag selv initiativ til å bli henvist til en sykehusspesialist, og i noen tilfeller føler fastlegene seg presset av pasienten til å sende en henvisning (5). Hvordan pasientene selv opplever denne situasjonen er det forsket lite på (6, 7). Studier på dette har ikke tidligere vært utført i Norge.

Materiale og metode

Studien ble utført ved at et spørreskjema ble delt ut til pasienter som ventet på å komme inn til en konsultasjonstime på tre avdelinger (ortopedisk, hud og urologisk) på Stavanger Universitetssjukehus i løpet av mai måned i 2013. Skjemaene ble delt ut til de som hadde time på poliklinikken, og pasientene ble bedt om å fylle ut skjemaet

mens de ventet, og levere det før de gikk inn til legen som de hadde time hos. For mindre barn ble foreldre eller foresatte bedt om å fylle ut skjemaet på vegne av dem.

Etikk

Ingen navn eller fødselsdato på pasienter ble notert, og datainnsamlingen er godkjent av Pasientombudet og REK. Det var ingen mulighet for å kople opplysningene til navn på pasientene.

Resultater

I alt 103 pasienter fylte ut skjema, hvorav fem var personer under 15 år. Ni skjema manglet alder, kjønn eller opplysninger om henvisningsprosessen, slik at i alt 94 skjema var komplette og ble brukt i analysene. Pasientene var i alderen 5–98 år med en gjennomsnittsalder på 50 år, hvorav 53 (56 prosent) var menn. De fleste (68 prosent) henvisningene var initiert av fastlegen, mens i 19 prosent var det pasienten selv som hadde tatt initiativet til å bli henvist (TABELL 1).

Pasientene skåret på fem utsagn om henvisningsprosessen og ventetiden de hadde opplevd for å komme til sykehuset. Resultatene ses i tabell 2.

Kvinner og menn skåret ganske likt på alle utsagn, det var ikke signifikant forskjell mellom kjønnene.

Diskusjon

Resultatene viste at de fleste henvisningene ble initiert av fastlegene og at pasiente-

ne sjelden opplevde at de måtte presse fastlegene til å bli henvist til sykehus. De fleste svarte også at de ble tatt med på beslutningen om å bli henvist. Når det gjelder innholdet i henvisningen skåret de fleste over middels på at de fikk være med å påvirke dette. Også når det gjaldt ventetid på sykehuset svarte over halvparten at de er fornøyd.

I Tyskland, hvor pasienter kan oppsøke spesialister uten henvisning, viste en studie fra 2006 at både pasienter, allmennleger og sykehusleger var positive til fastlegens portvaktfunksjon. Pasientene var mest tilfreds når allmennlegen hadde initiert henvisningen (8). I artikkelen *What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction* (9) fra 2007 konkluderer forfatterne med at de kvalitetene pasienten rangerer høyest hos sin lege er evnen til gi pasienten en opplevelse av god kommunikasjon og oppfølging, begreper som omfatter empati, innlevelse og fokus på en enkelte pasients problem. Dette er i samsvar med en artikkel fra 2016 *Typologies in GPs' referral practice* (5), hvor kvinnelige, erfarne leger som har en pasientsentrert praksis kommer best ut i henvisningsprosessen. Fastlegene i studien var positive til at pasientene deltok i henvisningsprosessen og pasientene burde få se innholdet i henvisningene før disse ble sendt.

Pasientene i denne studien deltok frivillig, og vi har ikke tall på hvor mange som takket nei til å delta. Det er derfor ikke mulig å angi noen svarprosent eller vite noe om hva de som ikke deltok ville ha svart på spørsmålene. Ettersom skjemaet ikke inneholdt navn eller identifiserbare persondata må man kunne anta at svarene er representative for pasienter som venter på tid på disse poliklinikkene.

Konklusjon

Denne undersøkelsen tyder på at de fleste som henvises til sykehus blir henvist etter initiativ fra sin fastlege og at et fåtall opplever at de må presse fastlegene til å bli hen-

TABELL 1. Pasienters svar på hvem tok initiativ til henvisningen til sykehus (n=94)

HVEM TOK INITIATIVET TIL HENVISNINGEN?	ANTALL	PROSENT	KUMULATIV PROSENT
Ikke angitt	1	1,1	1,1
Pasienten	18	19,1	20,2
Fastlegen	64	68,1	88,3
Andre	9	9,6	97,9
Sykehuslege	2	2,1	100,0
Total	94	100,0	

UTSAGN OM HENVISNINGSPROSESSEN SKÅR PÅ EN SKALA FRA 0-10 HVOR 0 = HELT UENIG, 10 = HELT ENIG	GJENNOMSNIITTSKÅR (KVINNER/MENN) OG SD*
Jeg måtte presse på fastlegen for å få en henvisning	1,8 (1,6/1,9) SD 2,7
Jeg følte at jeg ble tatt med på beslutningen om at jeg skulle henvises	8,3 (8,1/8,4) SD 2,3
Jeg fikk være med å påvirke innholdet i henvisningen	6,0 (5,3/6,6) SD 3,6
Ventetiden til undersøkelse på sykehuset var som forventet	6,3 (6,6/6,1) SD 3,1
Jeg var fornøyd med ventetiden jeg fikk til undersøkelse på sykehuset	6,1 (6,1/6,1) SD 3,4

* SD = standard deviasjon

Arbeidsmedisin og helsefremmende samhandling

■ ANTHONY WAGSTAFF • Spes. i allmennmedisin, 1.-amanuensis, Institutt for helse og samfunn UiO

■ GUNNAR TELLNES • Spes. i samfunnsmedisin, prof., Institutt for helse og samfunn UiO

vist. De fleste opplever også at de blir tatt med i beslutningsprosessen og får anledning til å påvirke innholdet i henvisningen.

REFERANSER

1. Forde OH, Breidablik HJ, Ogar P. [Do differences in referral rates threaten the goal of equity in health care?]. Tidsskr Nor legefor 2011; 131 (19): 1878–81.
2. Ringberg U, Fleten N, Deraas TS, Hasvold T, Forde O. High referral rates to secondary care by general practitioners in Norway are associated with GPs' gender and specialist qualifications in family medicine, a study of 4350 consultations. BMC Health Serv Res 2013; 13: 147.
3. O'Donnell CA. Variation in GP referral rates: what can we learn from the literature? Fam Pract 2000; 17 (6): 462–71.
4. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A. General practitioners' reflections on referring: an asymmetric or non-dialogical process? Scand J Prim Health Care 2012; 30 (4): 241–6.
5. Thorsen O, Hartveit M, Johannessen JO, Fosse L, Eide GE, Schulz J, et al. Typologies in GPs' referral practice. BMC Fam Pract 2016; 17: 76.
6. Jarve RK, Dool DW. Simple tools to increase patient satisfaction with the referral process. Fam Pract Manage 2011; 18(6): 9–14.
7. Wahlberg H, Braaten T, Broderstad AR. Impact of referral templates on patient experience of the referral and care process: a cluster randomised trial. BMJ open 2016; 6 (10): e011651.
8. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: if the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. BMC Health Serv Res 2006; 6: 5.
9. Anderson R, Barbara A, Feldman S. What patients want: A content analysis of key qualities that influence patient satisfaction. J Med Pract Manage 2007; 22(5): 255–61.

■ OLAV.THORSEN@SUS.NO

Den mannen ber tyngste børi som ingen har å bera.

JAN-MAGNUS BRUHEIM (1914–1988)

Denne artikkelen viser betydningen av helsefremmende og forebyggende tiltak i arbeidslivet. Dessuten synliggjøres hvordan samhandling mellom næringslivets innsats i helse, miljø og sikkerhet (HMS) og bedriftshelsetjenesten kan supplere kommunens helsefremmende og forebyggende tiltak for å styrke det samlede folkehelsearbeidet i et geografisk område. God arbeidshelse handler blant annet om å skape inkluderende og gode fellesskap, for dermed å fremme folks evne til å ivareta egen helse og trivsel.

Innledning

Arbeid er viktig for både liv og helse

Arbeid er en sentral del av alles liv. En kan hevde at vi arbeider minst halvparten av vårt våkne liv, men i virkeligheten arbeides det sannsynligvis mye mer. Hva som defineres som arbeid er kulturelt betinget, i det ligger at noens arbeid, er fritid for andre. Hele inndelingen i arbeid og fritid er kanskje en moderne konstruksjon, tilpasset det organiserte arbeidsliv. Denne inndelingen mellom arbeid og fritid er på mange måter i ferd med å bli visket ut igjen, idet globalisering, internett og smarttelefoner gjør tilgjengelighet nærmest grenseløs for mange.

Så hva er arbeid? Hvis vi ser bort fra definisjonen i fysikken, handler de fleste definisjoner av arbeid som menneskelig aktivitet, og om målsettinger. Målsettingen kan være så mangt, men resultatet kan ofte oppleves eller sees i en eller annen form for resultat. Resultatet kan være stort eller lite og kan tillegges ulik verdi av ulike mennesker, men hvis resultatet er i tråd med målsetting vil vi oppleve mestring. Derved er arbeid en av de viktigste arenaer vi mennesker har for mestring.

Hvordan henger arbeid sammen med helse?

En av de første spørsmålene vi spør oss når vi blir syke er: Kan jeg gå på jobb? Implisitt sier dette noe om arbeidets betydning for oss, men også at helse er nødvendig for ar-

beid. Dette er formalisert i en rekke yrker, idet det kreves helseattester for flygere, yrkessjåfører, oljearbeidere og mange andre grupper. Utbetalinger for menneskers reduserte arbeidsevne som følge av sykdom, uførhet eller alder er samlet sett samfunnets største utgift. Så at helse er nødvendig for arbeid er en grunnleggende faktor, i alle fall i statsbudsjettet!

Et viktig spørsmål i dagens arbeidsliv er hvordan redusere sykefravær, styrke trivsel og produktivitet. Vår tids utfordringer i arbeidslivet er å samhandle med våre kollegaer på en helsefremmende måte. Dette kan forebygge sykdom, fremme helse og utvikle et godt psykososialt arbeidsmiljø.

Arbeidsplassen er en kilde til god helse hvor folk tilbringer store deler av sitt liv (Bakken, 2012). Å ha et arbeid å gå til som gir opplevelse av mening, økonomisk trygghet, trivsel, tilknytning til et fellesskap og struktur i hverdagen, er viktige psykososiale faktorer for god helse. Men arbeid kan også føre til sykdom og negativ helse. Konflikter, mistrivsel og dårlig fysiske arbeidsforhold kan føre til belastninger og ha negativ innvirkning på helsa.

Arbeidslivet er derfor en viktig arena i det helsefremmende arbeidet, da det påvirker folks hverdag og velvære i stor grad (Leira, 2011). Men arbeidsplassen har til nå vært lite utnyttet som arena for folkehelsearbeid (Foss, 2014).

Samtidig vet vi at arbeid kan gi helse-skader. På verdensbasis vet vi at det er ca. 2. millioner arbeidsrelaterte dødsfall årlig. Mange av disse skyldes ulykker eller kreft. Det anslås også at 37 prosent av ryggplager og 13 prosent av kroniske lungesykdommer skyldes arbeidsmiljøet (Fingerhut, M., et. al., 2005). Ut fra dette skulle en mene det var opplagt at gode arbeidsmiljøer kan forebygge disse skadene og sykdommene. Men skal vi våge å flytte oss lenger opp på skalaen – kan arbeid faktisk være – ikke bare tilrettelagt for å unngå helseskader – men faktisk helsebringende?

Forskning

Det å ha arbeid og helse

På samfunnsnivå vet vi at arbeidsløshet henger sammen med sosial nød, og vi vet at sosial nød henger sammen med uhelse.

Fra studier både i vårt eget land og fra andre land har vi lenge visst at det å være i jobb har sammenheng med bedre helse enn det å ikke være i jobb (Asbjørnsen et al., 1985; Bartley, Sacker & Clarke, 2004). Dette har ikke nødvendigvis sammenheng med økonomiske konsekvenser i det å ikke være i jobb. Det å ikke være i jobb kan frata oss følelsen av å mestre, å bety noe, og fjerne oss fra sosiale sammenhenger som kan henge sammen med jobben. De senere årene har vi i Norge vært opptatt av «et inkluderende arbeidsliv» – således har det vært betydelig offentlig debatt om hvordan vi skal få folk til å kunne arbeide selv med sykdom eller skader. Her har vi nok mye å hente: de store linjene er at det ikke er vesentlige forbedringer i sykmeldinger og uførhet, og at fortsatt er det svært mange mennesker som står utenfor arbeidslivet. Ifølge Statistisk sentralbyrå er antallet personer som mottar uføretrygd over 310 000 personer.

Arbeidstid og helse

Selv om det å ha en jobb har helsebringende effekter, har arbeidstiden også en betydning for helsa på kort og lang sikt.

Lange arbeidsdager/økter gir økt ulykkesrisiko, noe som underbygges av observasjoner av gradvis reduksjon av yteevne ved arbeid utover «normal» arbeidstid. Lange arbeidsdager gir også økt risiko for psykiske plager og også noe økt risiko for hjerte- og karsykdommer.

Natt- og skiftarbeid gir i første rekke søvnforstyrrelser, økt ulykkesrisiko og nedsatt funksjon/yteevne. Natt- og skiftarbeid gir også økt risiko for bl.a. hjerte- og



Arbeid er en sentral del av alles liv. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

karsykdommer og psykiske plager (STAMI-rapport 2008, 2014).

Mange av de uheldige effektene ved lange og «ubekvemme» arbeidstider viser at positive effekter av arbeid er avhengig av hvor mye vi jobber, og at det er viktig å sørge for tilstrekkelig søvn og tid til restituering. Således underbygger dette betydningen av en god balanse mellom arbeid, fritid og hvile. Viktigheten av en slik balanse underbygges av aktuell forskning, blant annet en stor studie gjennomført blant over 24 000 arbeidstakere i 27 europeiske land (Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van der Wel, K. A. & Dragano, N., 2014).

Mestringsperspektivet

Samtidig som vi vet at arbeidet er en viktig arena for mestrings, vet vi også at helsen vår avhenger i hvilken grad vi mestrer arbeidet. Noen yrker krever mye og derfor vil bare folk som har relativt god helse kunne mestre slike yrker. Eksempler på slike krevende yrker er politi, militære eller flyger. Når vi studerer helse i disse yrkene, kan vi feilaktig tolke at utøverne er friske som et bevis på at arbeidsplassen er helsefremmende. Når vi observerer at disse arbeidstakerne er spesielt

friske, vet vi ikke hvor mye av dette som skyldes det at friske mennesker søker slike jobber. Dette kalles «the healthy worker effekt» og gjør at det å vurdere hvilke arbeidsplasser som er helsefremmende, kan være vanskelig. Dette viser også gjensidigheten i hvordan arbeid og helse påvirker hverandre.

Fysisk aktivitet i arbeid

Fysisk aktivitet i arbeid kan gi styrke og utholdenhet. Samtidig er det viktig med tilrettelegging for å sikre at arbeid kan virke oppbyggende for fysikken. Variasjon i bevegelser bidrar til at de positive sidene av bevegelse bevares, samtidig som en unngår belastningsskader. En rekke studier viser positive sider av bevegelse for å forebygge muskel-skjelett lidelser, og dette er velkjent. Helsefremmende arbeidsplasser kan bidra til riktig bevegelser og trening, gjennom tilrettelegging ved riktig arbeidsverktøy, riktig dose bevegelse og variert bevegelse og tilrettelegging for fysisk aktivitet og trening (Van Eerd et al., 2016).

Kan natur og kultur fremme helse i arbeidslivet?

Et doktorgradsprosjekt ved Universitetet i Bergen viser at forsøkspersoner som ser på

video fra et naturmiljø, hadde mer utvidet oppmerksomhet enn den andre gruppen som hadde sett video fra et bymiljø (Lauermann, 2004). I et annet forsøk undersøkte man effekten av å gå tur i et naturmiljø kontra et bymiljø. Etter hver tur fikk deltakerne en mentalt krevende oppgave. Resultatet viste at forsøkspersonene som hadde gått tur i naturen, jobbet mer intenst med oppgaven og presterte bedre på oppgaver som krevde strategisk tenkning og planlegging. Eksperimentet viste videre at de som hadde vært ute i naturen, hadde mindre negative følelser. Dessuten viste måling av hjerterytme og blodtrykk at naturgruppen hadde lavere nivå av fysiologiske stressreaksjoner enn de som gikk tur i bymiljø.

Dette kan relateres til arbeidsliv, produktivitet og trivsel. Tilgjengelighet til grønne lunger i nærheten av arbeidsplassen (parker, trær, blomster) kan gjøre arbeidstakere mer robuste mot stress. Det viser seg at personer som har utsikt til natur fra arbeidsplassen, føler seg mer tilfredse enn de som ser inn i vegger eller bygninger (Kaplan, R. & Kaplan, S., 1989). Opplevelse av sammenheng, både til natur og kollegaer, vil kunne styrke arbeidsgleden, trivsel og produktivitet.

Epigenetikk og arbeidsmiljø

Nyere forskning viser hvor viktig miljø og livsstil er for å aktivisere eller passivisere de anleggene for helse og sykdom vi alle bærer i våre gener (Stoltenberg, 2005). Dette gjelder også i arbeidslivet. Videre forskning og kunnskapsutvikling på dette området er derfor viktig når vi skal forstå hvordan sykdommer utvikles og hvordan de kan forebygges, behandles og rehabiliteres i et helsefremmende og bærekraftig perspektiv.

Arbeidsmedisin og folkehelse

Det har av ulike årsaker vært lite samarbeid mellom kommunale eller fylkeskommunale folkehelsekoordinatorer og helsepersonell i bedriftshelsetjenesten (BHT), bortsett fra noe innenfor miljørettet helsevern (Foss, 2014).

Det er derfor behov for nytenkning i folkehelsearbeidet og den delen av dette som er relatert til arbeidslivet. Vår tids sykdomspanorama og høye sykefravær trenger nye metoder for helsefremmende og forebyggende arbeid også i arbeidslivet. Dagens helseproblemer er annerledes enn for 30–50 år siden. Folkehelseloven (2011) vektlegger økt tverrfaglig satsing på forebygging i kommunene, er tegn på en mer helhetlig og helsefremmende politikk (Lov

om folkehelsearbeid, 2011). Arbeidsmiljøloven fremhever også at arbeidstakere har rett til et trygt arbeidsmiljø som sikrer dem mot fysiske og psykiske skadevirkninger, i tillegg til

«et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfylt arbeidssituasjon» (§ 1-1 a).

I forkant av denne reviderte arbeidsmiljøloven ble det i 2003 inngått en avtale mellom myndighetene og ulike aktører om helsefremmende arbeidsplasser (Leira, 2011).

Praktiske eksempler

Helsefremmende tiltak i arbeidslivet

På 1980-tallet tok Verdens helseorganisasjon (WHO) initiativ til å utvikle en ny forståelse og satsing på helsefremmende arbeid, eller «health promotion» (Mæland, 2012). Det nye helsefremmende arbeidet bygde blant annet på følgende prinsipper:

- Helsefremmende arbeid må rette seg mot helsepåvirkninger i folks hverdagsliv og ikke spesielt mot høyrisikogrupper
- Helsefremmende arbeid skal bidra til å redusere ulikhetene i helse mellom folk
- Helsefremmende arbeid må kombinere forskjellige tilnærminger og metoder
- Helsefremmende arbeid må stimulere til aktiv deltakelse fra befolkningens side

Med helsefremmende arbeid beveger man seg innenfor feltet som på engelsk kalles «health promotion». Ifølge WHO's Ottawa Charter fra 1986 er helsefremmende arbeid prosessen som gjør det mulig for folk og samfunn å øke egen kontroll over helsefaktorer, og dermed bedre egen helse for å leve aktive og produktive liv (Ottawa Charter for Health Promotion, 1986).

Dahlgren og Whiteheads sin sosiale modell for helse fra 1991 viser de faktorer som påvirker oss på individnivå, i lokalsamfunnet, sosioøkonomisk, kulturelt og miljøfaktorer mer generelt (Dahlgren & Whitehead, 1991). Disse arbeidene er i pakt med de verdier, mål og metoder i NaKuHel-konseptet for samspillet Natur-Kultur-Helse (Tellnes, 2009). I det følgende beskrives hvorfor og hvordan det er viktig å prioritere helsefremmende arbeid og salutogenese for å møte vår tids utfordringer knyttet til folkehelse, arbeidsevne og trivsel.

Et aktuelt eksempel på viktigheten av helsefremmende arbeid er nyere utvikling innen luftfarten. Det er kjent at flygere er avhengig av en god helse for å ivareta sikkerheten til flygingen og passasjerene under tidvis krevende forhold, og på grunnlag av dette er flygere underlagt regel-

messige helsekontroller. En økende kunnskap i begrensningene ved slike kontroller for kontrollenes skyld, og samtidig en erkjennelse av hvilke muligheter som ligger i forebyggende helsearbeid knyttet til arbeid, har ført til at FNs luftfartsorganisasjon, ICAO, ønsker å bruke denne muligheten også for å trygge verdens luftfart. ICAO vedtok nylig en bestemmelse om at alle nasjonale myndigheter i mer enn 200 medlemsland skal ha et program for «health promotion» eller helsefremmende tiltak for dem som har flygende tjeneste. Selv om slike tiltak vil variere fra land til land og fra kultur til kultur, understreker det et grunnleggende prinsipp at helsefremmende tiltak på jobb bidrar til sunnere og tryggere arbeidstakere og derved også bedre sikkerhet for publikum (ICAO, 2016).

Avsluttende kommentar

Helsefremmende ledelse har sannsynligvis betydning for et godt psykososialt arbeidsmiljø. For å unngå helseproblemer må det være god balanse mellom kravene de ansatte blir stilt ovenfor og muligheten de har til kontroll i arbeidet (Theorell & Karasek, 2000). På Høgskolen i Lillehammer finnes det studietilbud i helsefremmende ledelse (Batt-Rawden & Tellnes, 2011).

Selv om ulike risikofaktorer på arbeidsplassen (støv, inneklimate, støy) har blitt redusert de siste 20–30 årene, krever nye sykdomspanorama at det tenkes langsiktig innenfor forebyggende og helsefremmende tiltak på arbeidsplassen. Det fremheves at det trengs mer forskning på hva som skaper engasjement og arbeidsglede, og ikke bare på faktorer som bidrar til sykdom, plager og sykefravær (Bakken, 2012). Det å bli sett, anerkjent og verdsatt på arbeidsplassen er viktige psykososiale faktorer for å fremme engasjement og trivsel.

Forskning viser dessuten at langtidssykemeldte som strever med å komme tilbake i jobb finner mestring i hverdagen ved å bruke helsefremmende natur, kunst og kulturaktiviteter (Batt-Rawden & Tellnes, 2012). Primær forebygging og helsefremmende arbeid må inkluderes i arbeidslivet, ikke bare i festtaler og Stortingsmeldinger, men i praktisk politikk og samhandling. Utfordringen er å få ledere i arbeidslivet, tillitsvalgte, politikere, samfunnsplanleggere og helsepersonell til i større grad å vektlegge salutogenese. Helsefremmende natur- og kulturaktiviteter i arbeid, hjem og fritid kan bidra til å gjøre oss mer friske, robuste og produktive. Helsefremmende ledelse og teambygging bør være et mål for fremtidens virksomheter og næringsliv.

LITTERATUR

- Antonovsky A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Asbjørnsen, T. O. et al., (1985). Arbeidsløshet og helse: Effekter av psykososiale belastningsfaktorer på psykisk og somatisk helse blant unge arbeidsledige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 22 (1) 3–13. <http://folk.uib.no/pspsm/documents/Arbeidsløshet-og-helse-1985-Asbjørnsen-Matthiesen-Stokka-Eide.pdf>
- Bakken, B. (2012). Helsefremmende arbeidsplasser – for et arbeidsliv som inkluderer. *Idébanken.org*.
- Bartley, M., Sacker, A. & Clarke, P. J. (2004). Employment status, employment conditions and limiting illness: Prospective evidence from the British household panel survey 1991–2001. *J Epidemiol Community Health*, 58, 501–506. doi: 10.1136/jech.2003.009878.
- Batt-Rawden, K. B. & Tellnes, G. (2011). The benefits of nature and culture activities on health, environment and wellbeing: A presentation of three evaluation studies among persons with chronic illnesses and sickness absence in Norway. In: Nordby, H., Rønning, R. & Tellnes, G. (eds.). *Social aspects of illness, disease and sickness absence*. Oslo: Unipub, Oslo Academic Press.
- Batt-Rawden, K. B. & Tellnes, G. (2012). Social factors of sickness absences and ways of coping: A qualitative study of men and women with mental and musculoskeletal diagnoses, Norway. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14, 83–89.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. *The Lancet*, 338, 1059–1063.
- Dybdahl, C. (2014). Selvrapportert funksjonsevne hos deltakere på fysisk aktivitet på resept. (Masteroppgave) Ås: Institutt for landskapsplanlegging, NMBU.
- Foss, Ø. T. (2014). Arbeidshelse. In: Småland Goth, U. (Red). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- ICAO (2016). Amendment 173 to the International Standards and Recommended Practices, Personnel Licensing. (Annex 1 to the Convention on International Civil Aviation) ICAO, Montreal. http://web.shgm.gov.tr/documents/sivilhavacilik/files/pdf/saglik_birimi/mevzuat/ICAO_Annex_prosent201-ed11.pdf
- Fingerhut, M., Driscoll, T., Imel Nelson, D., Concha-Barrientos, M., Punnett, L., Pruss-Ustin, A., Steenland, K., Leigh, J. & Corvalan, C. (2005). Contribution of occupational risk factors to the global burden of disease. *SJWEH Suppl*; no 1: 58–61.
- Leira, H. L. (2011). *Arbeidsmedisin*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Laumann, K. (2004). Restorative and stress-reducing effects of natural environments. (Dr. psykol. avhandling). Bergen: Universitetet i Bergen.
- Lov om folkehelsearbeid (2011). Oslo: Stortinget.
- Lunau, T., Bambra, C., Eikemo, T. A., van der Wel, K. A. & Dragano, N. (2014). A balancing act? Work-life balance, health and well-being in European Welfare states. *European Journal of Public Health*, 422–427. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/24/3/422>.
- Meld. St. 34 (2012–2013) (2013). *Folkehelsemeldingen, god helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mæland, J. G. (2012). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis*. (3. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ottawa Charter for Health Promotion (1986). World Health Organization, Genève.
- Stoltenberg, C. (2005). Genetics and environment. I: Tellnes, G. (eds.). *Urbanisation and health – new challenges in health promotion and prevention*. Oslo: Oslo Academic Press.
- STAMI (2008). *Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie*. (STAMI-rapport 21/2008). http://www.academia.edu/19417701/Arbeidstid_og_helse. En systematisk litteraturstudie
- STAMI (2014). *Arbeidstid og helse* (STAMI-rapport 1/2014). <https://stami.no/arbeidstid-og-helse/>.
- Tellnes, G. (1995). Aktiv rehabilitering: Kan natur, kultur- og helseaktiviteter supplere medisinsk behandling og yrkesrettet attføring? *Attføring og Arbeid*; 15 (2), 4–6.
- Tellnes, G. (2003). *Samspillet Natur-Kultur-Helse: NaKuHel-konseptet i teori og praksis*. Oslo: Unipub forlag (Fagbokforlaget).
- Tellnes, G. (2009). How can nature and culture promote health? *Scandinavian Journal of Public Health*; 37, 559–561.
- Tellnes, G. (2014). Kan helsefremmende tiltak øke arbeidsevnen blant sykmeldte og brukere i NAV? In: Tellnes, G. & Claussen, B. (Red.). *Folkehelsens framtid – hvor går NAV?* Oslo: Cappelen Damm.
- Theorell, T. & Karasek, R. (2000). The demand-control-support model and CVD. In: Schnall, P. L. et al. (eds.). *The workplace and cardiovascular disease: Occupational medicine*. Philadelphia: Hanley and Belfus Inc.
- Van Eerd et al. (2016). Effectiveness of workplace interventions in the prevention of upper extremity musculoskeletal disorders and symptoms: An update of the evidence. *Occup Environ Med*, 73 (1), 62–70.

■ GUNNAR.TELLNES@MEDISIN.UIO.NO
 ■ ANTHONY.WAGSTAFF@FLYMED.UIO.NO

En turnusblemme

Kliniske manifestasjoner av orf og

■ SVANTE ZETTERBERG • Kirurgisk avdeling, Lillehammer sykehus

■ STEINAR WESTIN • Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, NTNU, Trondheim

■ BRITA PUKSTAD • Hudavdelingen ved St.Olavs Hospital, Trondheim og Institutt for kreftforskning og molekylær medisin, NTNU

**Hudplager er vanlig forekomme-
de i allmennpraksis, og tentative
diagnoser kan variere om pasien-
ten er boende på bygd eller i by.
Vi presenterer her en tilstand som
bør være kjent for leger i distrikt.
Mulige følgetilstander presenteres,
og disse kan by på diagnostiske
utfordringer.**

Den aktuelle hudtilstand er «kjent blant de ukjente, ukjent blant de kjente», og det er forfatterens inntrykk at tilstanden nok er betydelig vanligere enn oppgitt i lærebøker og artikler fra «de kjente». Ved klinisk mistanke om tilstanden er det viktig ikke å la kirurgilysten ta overhånd. Dette kan øke risiko for superinfeksjoner og arrutvikling.

Turnuslegens historie

I Nord-Norge kan en oppleve mye spennende. Som ny turnuslege i distrikt ble jeg invitert, og deltok tappert, i den årlige saue-sankingen på fjellet. På en traktortilhenger stakk jeg meg på en spiker, og et lite, men smertefullt sår oppstod på min høyre håndflate.

Spikersåret forsvant raskt, og lite tenkte jeg på dette da jeg to uker senere la ut på årets første rulleskitur. Som alltid straffes den utrente, og jeg pådro meg to identiske trykkblemmen, bilateralt hypotenart. På høyre side var trykkblemmen på samme sted som spikersåret var to uker tidligere. Min venstre blemme forsvant raskt, men den høyre bare vokste og vokste.

På kort tid ble blemmen til en større hudlesjon på 30 mm i diameter, og randsonen reaktivt erytematøs. Lesjonen reiste seg ca. 10 mm på det meste, og omtrent tre uker etter spikerhendelsen tok min kirurgilyst over. Med en kanyle skulle væsken slippes

ut, trodde jeg, men etter mange penetrasjoner hadde ikke en dråpe væske eller puss kommet ut. En elevert «kjøttvulkan» av infiltrert vev med omkringliggende hvit, tykk hud var resultatet jeg sto igjen med. Denne begynte etter noen timer å væske rikelig.

På legekantoret begynte diskusjonen om hva som skulle gjøres med lesjonen. En eldre vikarlege foreslo kirurgisk eksisjon. Han mente at den ikke så bra ut. Det var sant. Det hele så ikke bra ut, og jeg husker at jeg hilste på alle pasientene med venstre hånd den uken. Væskingen begynte sakte å avta. Jeg var inne i fjerde uke «post-spiker-tid».

Siste pasient fredagen i denne fjerde uken var satt opp med problemstillingen «sauekopp». Lab- og kontorjentene hisset opp stemningen under lunsjen og mente jeg kanskje hadde blitt rammet av det samme. Det var første gangen jeg begynte å tenke på sammenhengen mellom sauespikeren og såret. Jeg begynte å søke på nettet. Jeg så på gamle forelesningsnotater fra Trondheim. Det kunne stemme. Tenk om det var sant?

Pasienten var en kvinnelig bonde og hun hadde en finger hun ville vise frem. Hun sa hun egentlig hadde stilt diagnosen selv, men at hun bare ville få det bekreftet. Hun tok av plasteret på langfingeren og viste meg en ildrød, reaktiv, vulkanlignende fingertupp, akkurat lik min håndflate. Jeg følte meg varm i kroppen. Jeg tok vekk mitt eget plaster og viste pasienten. «Jeg tror vi har fått det samme, du og jeg», sa jeg lykkelig.

Orf

Orf, også kalt ectyma contagiosum, hører til poxvirus-familien og bæres særlig av dyr som sauer og geiter, derav det norske begrepet «sauekopp» (1). Ved minimale skader i hudbarrieren kan viruset smitte ved kontakt med disse infiserte dyrene. Som oftest er såret på huden da så lite at den smittede ikke merker noe før etter en inkubasjonstid på dager til uker, og en hudlesjon, oftest en erytematøs papel, duk-

ker opp. Denne hudlesjonen vil så i løpet av noen dager utvikle seg til en væskende lesjon med sentral sårdannelse, og oftest hele av seg selv uten arddannelse innen fire til åtte uker. Ved kompliserende faktorer som immunsuppresjon kan lesjonen vare lengre, og i noen tilfeller utvikle seg til gigant-orf (2). Viruset kan påvises ved hjelp av PCR, og det rapporteres inntil fem tilfeller i Norge pr. år (www.fhi.no). Forekomsten er sannsynligvis høyere da dette er en lidelse som sauebøndene er kjent med, og ser på som en del av jobben («kjent blant de ukjente»). Det er ikke rapportert smitte fra menneske til menneske i litteraturen, men en av forfatterne har selv opplevd at dette er mulig (3), se historie i egen tekstboks. Orf vil som regel gå over av seg selv, og behandling er i utgangspunktet ikke indisert. Man må passe på å unngå sekundærinfeksjon av såret. Topikal behandling med imiquimod er beskrevet ved kompliserte tilfeller (2, 4).

Da pasienten i historien over kom til turnuslegen første gangen var hennes sår tørt (BILDE 1), men legens sår væsket fortsatt litt. Sårvæsken ble sendt til avdeling for mikrobiologi ved St. Olavs hospital, og analysert med PCR (polymerase chain reaction). Analysen bekreftet diagnosen orf.

Systemisk orf?

Turnuslegens historie videre:

Ukene gikk. Sensommer ble til høst, og Nord-Norge spraket i gule og røde farger. Min egen orf var i løpet av få uker nesten helt borte, men da kom den kvinnelige bonden tilbake, nå med spørsmål om et nytt utbrudd av sauekopp. I løpet av få dager hadde hun på begge hender og nates samt plantart utviklet multiple, infiltrerte, erytematøse lesjoner, enkelte med væskfylte blemmer.

Nærmeste sykehus ble kontaktet, og etter en viss diskusjon og vurdering av bilder (SE

som ble til flere mulige følgetilstander

BILDER 2A OG 2B) fikk jeg beskjed om at dette mest trolig var systemisk orf. Det ble opplyst om at dette ifølge litteraturen var meget sjeldent, men at det nok kunne behandles lokalt på øya der pasienten holdt til. Dessverre ble det ikke på dette tidspunktet tatt nye prøver for innsending til analyser for bekreftelse av orf.

Pasientens allmenntilstand var bra, hun var afebril, og det var ikke utslag på noen av blodprøvene som ble tatt (CRP og leukocytter). Det som plaget pasienten var en konstant brennende og strålende smerte fra begge hender. Lesjonene på nates og på føttene gikk raskt tilbake, men på begge håndflater stod mange erytematøse, faste elementer igjen.

Pasienten klarte etter noen uker å komme tilbake i jobb. Til tross for at alle blemmene etter noen uker tørket inn, og huden helet, var smertene i hendene, mest trigget av trykk, til stede store deler av senhøsten og tidlig vinter.

BILDE 2A. Pasientens store høst-utbrudd med erytematøse og hudfargede papler samt vesikler og bullae. GJENGITT MED TILLATELSE



BILDE 1. Orf på langfinger. GJENGITT MED TILLATELSE

BILDE 2B. Pasientens hender noen uker etter det store høst-utbruddet. Noen av lesjonene har kokarde-preg, og det er mer påfallende bulladannelse samt hissig erythem i randsoner. GJENGITT MED TILLATELSE



Uker og måneder gikk, og da våren kom fikk pasienten ytterligere affeksjon av huden, men nå små vesikler på fingre, og ikke infiltrerte hudlesjoner. Utslettet var denne gangen mindre smertefullt enn det forrige utbruddet, og i tillegg kløende (se bilde 3). Denne gangen klarte vi å ta nye PCR-prøver fra hennes væskende vesikler, men beskjeden fra St. Olavs hospital var at prøvene var negative for orf-virus.

Kunne det virkelig være orf som kom tilbake så lang tid etterpå? Jeg begynte å tvile. Utslettet var nå nesten bare lokalisert til fingre og tommel, og ikke palmart. På samtlige fingernegler hadde pasienten et horisontalt, lineært søkk (BEAU'S LINJER, BILDE 4). Hun kunne fortelle at dette kom etter høstens store utbrudd. Etter få dager ble vesiklene mindre fremtredende, og smertene ved dette utbruddet var langt mindre plagsomme enn tidligere selv om hun klart var påvirket i sitt håndgrep.

Jeg kontaktet min tidligere lærer i dermatologi ved hudavdelingen, St. Olavs hospital, Trondheim, og presenterte pasienten. Etter å ha kikket grundig på bildene, og søkt i litteraturen, endte vi opp med nye mulige forklaringer på pasientens hudplager.



BILDE 3. Det siste utbruddet med vesikler på fingre. Et langt fredeligere bilde enn det som vises på bildene på foregående side. GJENGITT MED TILLATELSE

Id-reaksjon?

Id-reaksjoner er sekundære inflammatoriske reaksjoner som følge av en infeksjon eller infestasjon (5). Den mest kjente id-reaksjon er dermatophytid hvor palmoplanter vesikuløs dermatitt opptre som følge av dermatofyttinfeksjon i hud, gjerne tinea pedis. Id-reaksjoner som følge av virusinfeksjon har oftest klinikk i form av erythe-

ma multiforme, men også antistoff-medierte hypersensitivitetsreaksjoner som bulløse pemphigoid-lignende reaksjon er beskrevet (6). Infeksjon forårsaket av herpes simplex virus er vanligste bakenforliggende årsak til erythema multiforme, ofte klinisk presentert som kokardeformede lesjoner akkumulert på ekstremitetene, evt. med slimhinneaffeksjon. Erythema multiforme kan også

BASERT PÅ UKERAPPORT FRA SIFF, EPIDEMIOLOGISK UKE 06/76–1976: *Ectyma contagiosum (orf)* – en lokal epidemi

På 1970-tallet håndterte jeg en lokal epidemi av orf i mitt gamle legedistrikt på Askøy. Den gang fikk jeg også forslag til diagnose på den første pasienten fra en lokal bonde («munnskurv», «sosorkje», «sauegranulom»), mens spesialistene på Haukeland sykehus knapt hadde hørt om noe slikt. På papatologutstillingen på Gades Institutt hadde de riktig nok en amputert finger med en orf-lesjon som kirurgen hadde trodd var et melanom, så vær glad lesjonen kom i håndflaten!

Jeg mente å observere at en av pasientene mine ikke selv hadde håndtert sau, og derfor måtte være smittet av ektemannen.

Ifølge den største læreboka i hud (dette var lenge før internettets tid) smittet ikke orf ininterhumant. Inkubasjonstiden ble beskrevet som tre til fem dager, mye kortere enn det jeg stort sett observerte.

Det var da distriktslegen ble grepet av nysgjerrig entusiasme:

Ektemannens håndlesjon hadde nettopp blitt verifisert som orf ved innsendt materiale til elektronmikroskopisk diagnostikk på Haukeland (v/ Are Dalen). Da den antatt

sekundærinfiserte ektefellen dukket opp et par uker senere, inokulerte jeg meg med materie fra hennes lesjon. Det ble laget to hudrisp på min venstre underarm med en Pirquet-penn, og strøket materie med en vattpinne fra pasientens lesjon på den ene, ikke den andre (som kontroll). Jeg glemte hele greia inntil et stykke ut i juleferien, da familien var på besøk hos foreldre i Trondheim. Jeg kjente meg litt uvel et par dager, og merket at det klødde der jeg hadde rispet meg, men bare i det ene lesjonen som var blitt inokulert. I løpet av fire til fem dager hadde jeg en blomstrende orf-lesjon med væskende overflate, nær halvannen centimeter i diameter. Jeg fikk litt bange følelser og «bondeanger», ja! Visste jeg egentlig hva annet denne bondekona kunne hatt? Hun kunne vært infisert med hepatitt for eksempel, men hepatitt var det lite av blant distriktets bønder, og dette var før hiv var kjent i Norge. Og var det ikke noe som het generalisert orf, og en okokulæriant av orf som medførte blindhet? Den entusiastiske distriktslegen var litt mindre entusiastisk noen dager. Heldigvis tørket

lesjonen gradvis inn vel en uke etter at den var på sitt største, og jeg hadde vist at:

1. Sykdommen kan så absolutt smitte ininterhumant
2. Inkubasjonstiden er betydelig lengre enn det som var anført i (den sparsomme) litteraturen, i mitt tilfelle nesten tre uker.

Jeg fotograferte og samlet alle pasientdata i pene tabeller. Det var 18 kasus jeg samlet sammen på Askøy helsesenter høsten 1974 (13 kasus) og høsten 1975 (5 kasus), samt meg selv. Jeg skulle skrive en artikkel til *Tidsskriftet* når jeg bare fikk tid, men hvordan skrev man egentlig en vitenskapelig artikkel? Jeg hadde ikke peiling, og mye annet å drive med, men en kort melding til Folkehelsas MSIS-publikasjon ble det (den gang SIFFs ukerapport), og en flik av fortellingen havnet på orf-siden i Norsk elektronisk legemiddelhåndbok (NEL).

Jeg lærte etter hvert at sykdommen omtales som «kjent blant de ukjente (de ydmyke landsens leger), ukjent blant de kjente (professorene)».

STEINAR WESTIN



BILDE 4. Beau's linjer i form av horisontale søkk på alle fingerne. Et resultat av affisert neglevekst etter det store høst-utbruddet. GJENGITT MED TILLATELSE

trigges av medikamenter eller annen bakenforliggende sykdom (7). Opptreden av tilstanden som følge av poxvirus-infeksjoner er mindre kjent (8), men er rapportert i 7–18 prosent av tilfeller hvor diagnosen orf er stilt (8). Orf-assiert erythema multiforme opptrer typisk to til fire uker etter opptreden av orf, men kan også opptre noe senere. I kasuistikken beskrevet over er det en mulighet for at det voldsomme høstutbruddet som ble oppfattet som en systemisk orf kunne vært en sekundær inflammatorisk reaksjon, og mulig bulløs variant av erythema multiforme. Andre kliniske manifestasjoner enn de typiske kokardeformede hudlesjonene kan opptre, og det kan også oppstå brennende smerter i huden (7).

Pasientens siste utbrudd av vesikler på hendene var mer kløende, og ut fra sykehistorie og bilde 4 mest forenlig med en vesikuløs dermatitt (også kjent som pompholyx). Slike utbrudd kan være idiopatiske, men kan også være del av en dermatophytid reaksjon som nevnt over. Kanskje pasienten hadde en tinea pedis som ikke var blitt diagnostisert?

Konklusjon

Orf er en diagnose man bør kjenne til, og ved mistanke bør diagnosen bekreftes med sårvekstprøve til PCR. Lysten til å ta skalpellen fatt, og skjære bort lesjonen, må undertrykkes i påvente av diagnose. Når diagnosen er stilt er behandlingen konserverende. Lesjonen bør tildekkes av hensyn til mulighet for videre smitte – som også

kan skje interhumant – men går ellers ubehandlet til remisjon praktisk talt uten arrdannelse. Våre observasjoner tyder på at inkubasjonstiden er lengre enn det som ellers angis i litteraturen.

Erythema multiforme er en immunologisk reaksjon i hud med eventuell slimhinneaffeksjon. Mest kjente bakenforliggende virale infeksjon er forårsaket av herpes simplex-virus, men også orf-virus kan trigge en slik immunologisk reaksjon i hud.

REFERANSER

1. Diven DG. An overview of poxviruses. *Journal of the American Academy of Dermatology* 2001; 44: 1–16.
2. Rordam OM, Grimstad O, Spigset O et al. Giant orf with prolonged recovery in a patient with psoriatic arthritis treated with etanercept. *Acta dermato-venereologica* 2013; 93: 487–8.
3. Westin S. Ectyma contagiosum (orf) – en lokal epidemi. Oslo: SIFF's ukerapport 06/76, 1976.
4. Al-Qattan MM. Orf Infection of the Hand. *The Journal of Hand Surgery* 2011; 36: 1855–8.
5. Ilkit M, Durdu M, Karakas M. Cutaneous id reactions: a comprehensive review of clinical manifestations, epidemiology, etiology, and management. *Critical reviews in microbiology* 2012; 38: 191–202.
6. Alian S, Ahangarkani F, Arabsheybani S. A Case of Orf Disease Complicated with Erythema Multiforme and Bullous Pemphigoid-Like Eruptions. *Case Reports in Infectious Diseases* 2015; 2015: 4.
7. Sokumbi O, Wetter DA. Clinical features, diagnosis, and treatment of erythema multiforme: a review for the practicing dermatologist. *International journal of dermatology* 2012; 51: 889–902.
8. Joseph RH, Haddad FA, Matthews AL et al. Erythema multiforme after orf virus infection: a report of two cases and literature review. *Epidemiology and infection* 2015; 143: 385–90.

■ ZETTERBERG SVANTE@GMAIL.COM

Mat som medisin

Noen eksotiske urter og grønnsaker

■ ARILD AAMBØ • Seniorrådgiver, NAKMI

Denne artikkelen handler først og fremst om i hvilken grad antatte biologiske virkninger av plantene ispaghol, okra, karela og bukkehornkløver kan bekreftes i nyere, kontrollerte studier, og videre om hvordan allmennleger kan forholde seg til at slike planter – med eller uten legens vitende – av mange, her i Norden kanskje mest av innvandrere, brukes som selvhjelpstrategi ved sykdommer som diabetes type II. Dette er den tredje av en serie på fire artikler om mat som brukes i medisinsk øyemed.

I 1752 publiserte den svenske botanikeren og legen Carl von Linné sin avhandling *Obstacula medicinae* (1). Her drar han frem 21 grunner til at legene i sin uvitenhet forkaster bruken av mange fortreffelige legemidler. Jeg refererer kun fire av disse:

1. Unnlatelse når det gjelder å ta i bruk folks egen kunnskap om virksomme legemidler, kunnskap som de har tilegnet seg av tvingende nødvendighet, og som de til og med ofte holder hemmelig (no.13).
2. Unnlatelse når det gjelder utenom-europeiske reiser som kan gi de reisende anledning til å stifte bekjentskap med legemidler som er kjent blant de fremmede. Selv «de ville» kan ha nyttige ting å lære bort (no.14).
3. Forsømmelse når det gjelder å studere botanikeres skrifter, spesielt de som i den senere tid har fremlagt sikker kunnskap om vekstenes legekraft (no.15).
4. En allmenn ukyndighet når det gjelder flertallet av eksotiske vekster. Når vi ikke kan skille det ekte fra det forfalskede, blir vi også usikre når det gjelder deres egenskaper (no.19).

Dette var i 1752. Mye har forandret seg siden den gang. Både mulighetene for å stifte bekjentskap med andre folk og tradisjoner, og tilgangen på relevant kunnskap er uendelig mye større i dag. Gjennom Internett står vi overfor en informasjonsmengde som er så overveldende at det kan være vanskelig å orientere seg. Dessuten har vår oppfatning av hva som kan regnes inn under begrepet «sikker kunnskap» gjennomgått omveltninger, og mye relevant kunnskap når heller ikke opp i den stadig økende konkurransen om oppmerksomhet. Det er da likevel ikke urimelig å anta at den alminnelige leges kunnskap om urter og krydder, som brukes i helsefremmende eller behandlende øyemed andre steder i verden, er både vag og usikker. Hensikten med denne artikkelen er på denne bakgrunn å peke på enkelte urter som er i vanlig bruk mange steder i verden, og som en kan anta, også i mange innvandremiljøer. På bakgrunn av tilgjengelig forskning vil vi så kunne vurdere deres tilskrevne nytteverdi i forebyggingen av kardiovaskulær sykdom og diabetes. Det vil dreie seg om plantene ispaghol, okra, karela, og bukkehornkløver.

HOVEDBUDSKAP:

- Mange pasienter tyr til urter og krydder som selvhjelpsstrategi – med eller uten legens vitende
- Ispaghol, okra, karela og bukkehornkløver har alle godt dokumentert biologisk effekt og er i ulike behandlingstradisjoner blitt brukt mot en rekke ulike sykdommer og plager, bl.a. diabetes
- Selv om slik bruk kun i beskjeden grad understøttes av randomiserte, kontrollerte kliniske studier, vil disse urtene ofte være viktige ingredienser i pasientens kost, og det er grunn til å anta at de både kan bidra til bedret blodsukkerkontroll og at de i enkelte tilfeller kan medføre ubehag og sågar alvorlige bivirkninger.
- Pasientenes selvhjelpsstrategier generelt og bruken av disse plantene spesielt fortjener økt interesse.

ISPAGHOL (*plantago ovata*) er urdubetegnelsen på en plante i maskeblomstfamilien (tidligere kjempefamilien) – hvor for øvrig også groblad (*plantago major*)* hører hjemme. Ispaghol dyrkes mest i India, men planten er velkjent i hele Asia, i middelhavslandene og i Nord-Afrika. Den delen av planten som brukes som medisin er skallet fra frøene, som er svært rike på vannløselige fibre. Skallene tørkes, knuses eller males, og i engelsk litteratur går det ferdige preparatet under betegnelsen psyllium husk. I Punjab kalles det gjerne 'isamgol ka chilka'. Det fås kjøpt i enkelte innvandrerbutikker som Sat-isabgol, og kan blandes ut i vann, melk, kefir, juice eller lassi. Her i Norge er pulveriserte frøskall tilgjengelig på apotek som *Metamucil*, et preparat som lenge har vært i bruk mot treg mage. Frøskallene med sine vannløselige fibre trekker til seg væske og blir da til en slimet gele som virker bløtgjørende og øker volumet på avføringen. Men i tillegg til at skallet fra frøene virker tarmregulerende, er det i bl.a. pakistanske miljøer en utbredt oppfatning om at «den renser blodet». Nøyaktig hva som legges i dette, vi-

* Groblad har også har vært i flittig bruk i folkemedisinen helt siden oldtiden.



ISPAGHOL



På engelsk kalles okra for «lady fingers» og karela kalles «bitter melon». FOTO: COLOURBOX

tes ikke, men det er en kjensgjerning at innholdet av vannløselige fibre i frøskallene de siste årene har stimulert til omfattende forskning med tanke på plantens eventuelt forebyggende virkning på diabetes og kardiovaskulær sykdom.

Mens betegnelsen fibrater gjerne brukes om et hvilket som helst (syntetisk) medisinsk preparat som tenderer til å senke fettinnholdet i blodet (for eksempel statiner), refererer begrepet «kostfibre» til ufordøyelige polysakkarider som ikke absorberes fra tarmen, men som i kontakt med bakteriefloraen i tykktarmen kan undergå delvis eller fullstendig gjæring. Noen kostfibre er vannløselige, som ispaghol. Andre, som for eksempel cellulose, er det ikke. Det er de vannløselige vegetabiliske fibre i planter som ispaghol som i dag har fått fornyet oppmerksomhet (2).

Flere nyere studier fra Brasil, Spania, USA og Australia, hvor en har undersøkt virkningen av *Metamucil* hos personer med enten hyperkolesterolemi (3, 4), diabetes type II (5, 6), iskemisk hjertelidelse (7) eller adipositas (2, 8), viser en doseavhengig respons i størrelsesorden 6–13 prosent. Virkningen ser ut til å være størst på LDL-kolesterol, men også totalkolesterolet bedres, og likeledes forholdet mellom LDL- og HDL-kolesterolet (7). Det er også påvist effekt på triglyserider, en effekt som i en undersøkelse var på samme nivå som effekten av *ezetimib* og som halvparten av effekten av statiner (7). En annen studie viste at et tilskudd av *Metamucil* (12 gram x 3) til normal diett i 12 uker var nok til å se bedring i både totalkolesterol, LDL-kolesterol, kroppsvekt og andel av kroppsfett sammenlignet med placebo. Sunn kost gav tilsvarende bedring, men det

var en ytterligere bedring når *Metamucil* ble gitt i tillegg til den sunne kosten. En amerikansk undersøkelse sammenlignet effekten av å kombinere *psyllium* med en liten dose simvastatin, og fant da at 10 mg simvastatin pluss 15 g *psyllium* gav samme effekt som å øke dosen av simvastatin fra 10 til 20 mg (10). Flere nyere metaanalyser (10–12) bekrefter denne effekten på serumkolesterol. Dessuten ser det ut til at ispaghol bedrer glykemisk kontroll, ikke hos de med normale blodsukkerverdier, men hos personer med risiko for å utvikle diabetes og aller mest hos personer under behandling for diabetes type II (12). En bør imidlertid være oppmerksom på at selv om *Metamucil* og lignende preparater tolereres godt og synes å ha minimale bivirkninger hvis pulveret løses i rikelig veske, har en lite kunnskap om langtidsvirkninger ved vedvarende bruk av dette stoffet. Det har vært diskutert om regelmessig bruk av ispaghol kan hindre absorpsjon av andre viktige stoffer, som mineraler, vitaminer og proteiner (13). Det synes å hemme opptak av enkelte medikamenter, som f.eks. *karbamazepin* og *litium*, redusere virkningen av *warfarin*, og kan dessuten potensere virkningen av antihypertensiva og av antidiabetika hos diabetikere (13).

OKRA (*abelmoschus esculentus*) er en annen plante som er rik på mukøst slim. Den tilhører familien Malvaceae, dvs. samme familie som apotekerkattost og nært beslektet med hibiskus og bomull. Den går derfor av og til under betegnelsen *Hibiscus esculentus*. På hindi heter planten bhindi, på engelsk kalles den gjerne «lady fingers». Okra har trolig sitt opphav i Egypt og Sudan, men dyrkes i dag også i en rekke andre tropiske og subtro-

piske strøk. I India og Pakistan er planten svært populær og dyrkes både i hager og på plantaser, ikke minst på grunn av frukten, som er rik på fiber og vitaminer, bl.a. K-vitamin. Frøene er rike på umettede fettsyrer, f.eks. linolensyre, samt viktige aminosyrer som lysin og tryptofan (14, 15). Frøene er dessuten rike på fenoler, som er viktige antioksidanter. Malte okra-frø er blitt brukt som tilsetning til annet mel for å bedre melets kvalitet (15), og den umodne (grønne) frukten brukes gjerne som grønnsak i salater, supper eller stuinger, frisk eller tørket, kokt eller stekt. Det antas at okra, på grunn av sin slimete konsistens og høye innhold av pektin har både blodsukkerregulerende og kolesterolsenkende virkning (14, 15), men disse antakelsene bygger kun på in vitro- og dyreforsøk. Til tross for plantens popularitet og at den er en svært viktig grønnsak i store deler av verden, er det derfor ennå usikkert hvilken plass okra bør ha i forebygging eller behandling av diabetes, bl.a. om den er å foretrekke fremfor andre grønnsaker (15, 16, 17).

KARELA (*momordica charantia*) er en klatreplante i familien *cucurbitaceae*, eller gresskarfamilien, hvor også agurk og melon hører hjemme. Den dyrkes i store deler av Afrika, Asia og Mellom-Amerika. Planten, som kan bli opptil fem meter lang, bærer en avlang frukt med et vorteaktig ytre. Smaken er svært bitter, og i engelsk litteratur går karela derfor ofte under navnet «bitter gourd» eller «bitter melon». I ayurvedisk medisin regnes den som en viktig medisinsplante. Den brukes bl.a. mot diabetes, vanligvis i kombinasjon med løk, hvitløk, ingefær, gurkemeie og koriander (18),



Både blader og frø av bukkehornkløver kan brukes til så mangt; i matlaging, som kaffeerstatning og til medisinsk bruk.

BUKKEHORNKLØVER



og i en oversikt fra Gujrat regnes den inn blant de medisinplanter med antidiabetisk virkning som anbefales mot denne sykdommen (19).

Karela inneholder bl.a. polypeptid-p, et insulinlignende protein som i dyreforsøk har vist seg å ha blodsukkersenkende virkning, og det er rapportert at saft fra ulike deler av planten både kan reparere ødelagte β -celler, stimulere til insulinproduksjon og dessuten øke insulinsensitiviteten (20, 21). Dyreforsøk har dessuten vist at karela – i tillegg til sin diabetesregulerende effekt – både har antioksidierende og antiinflammatorisk virkning (20, 22, 23).

Kliniske studier er foreløpig ganske få, og de aller fleste av dårlig kvalitet. I en nyere oversikt fra Cochrane Library diskuteres funn fra fire slike studier med til sammen 479 pasienter og av varighet mellom fire og 12 uker. En av studiene viste signifikant effekt på fastende blodsukker og HbA_{1c} på nivå med en liten dose glibenklamid (2,5 mg to ganger daglig). De andre studiene viste ingen slik effekt, og forfatterne konkluderer med at det pr. i dag ikke foreligger tilstrekkelig evidens til å anbefale *momordica charantia* for diabetes type II, heller ikke for å forebygge komplikasjoner fra sykdommen.

Utover dette er det rapportert om flere bivirkninger, særlig hos barn, bl.a. i form av alvorlig hypoglykemi og kramper. I dyreforsøk er det videre vist at inntak av karela kan føre til redusert fertilitet (21, 22).

BUKKEHORNKLØVER (*Trigonella foenum-graecum*), på urdu og hindi *methi*, er en plante i erteblomstfamilien som er hjemmehørende i middelhavslandene (kanskje først og fremst Nord-Afrika), Sør-Asia og Kina, hvor så vel blader som frø brukes i

matlagingen – i Nord-Afrika brukes sågar frøene som kaffeerstatning. Frøene fra denne planten, enten malt til pulver eller i form av et vandig ekstrakt, er dessuten en viktig ingrediens i tradisjonell medisin, og lenge blitt brukt ved diabetes og hyperkolesterolemi (25–27). Effekten på diabetes er godt dokumentert i prekliniske studier (28, 29) og nylig også bekreftet i en metaanalyse av 10 kontrollerte kliniske studier (30), hvor en fant at inntak av bukkehornkløverfrø førte til signifikant reduksjon av både fastende blodsukker, postprandial glukosestigning og HbA_{1c}. Denne effekten tilskrives først og fremst 4-OH-Ile, som stimulerer insulinproduksjonen (kun ved forhøyet blodsukker), og som i tillegg ser ut til å gjenopprette insulinsensitiviteten i skjelettmuskulatur. Men bukkehornkløver inneholder også stoffet diosgenin, et saponin som ikke bare virker gunstig på blodsukkeret, men griper dypt inn i fettmetabolismen og bidrar til å hindre skadelige fettavleiringer. Videre øker 4-OH-Ile utskillelsen av kolesterol i galle, og har dessuten antioksidierende, antiinflammatorisk og kardilaterende virkning (31). Frøene er også rike på vannløselige fibre (galactomannan), som hemmer absorpsjonen av både glukose og lipider. En nokså ny studie viser at inntak av bukkehornkløverfrø ikke bare gir signifikant effekt på blodsukkeret, men reduserer totalkolesterol og triglyserider betydelig samt øker innholdet av adiponektin i serum (32).

En systematisk oversikt med metaanalyse (30) viser at bukkehornkløver bidrar til bedret glykemisk kontroll på linje med intensiv livsstilsendring (33). En annen oversikt ser allerede bukkehornkløver som et effektivt tillegg til annen behandling, ettersom pasientene da blir mindre avhengig

av dyre, syntetiske medisiner (29). Forskningen på bukkehornkløver er ennå i en tidlig fase, og det avventes nye, større og bedre utformede studier som kan støtte opp under eventuelle anbefalinger.

I likhet med mange andre produkter fremstilt av urter, vil også bukkehornkløver kunne ha bivirkninger. Teoretisk kan bukkehornkløverfrø fremkalle hypoglykemi, det er i enkelte tilfeller observert elektrolyttforstyrrelser (hypokalemi), og frøene kan trolig også påvirke nivået av thyroideahormoner (31). I kliniske studier er det kun observert enkelte tilfeller av magesmerter eller forbigående ubehag fra mave og tarm (30). I det siste er en imidlertid blitt oppmerksom på at bukkehornkløver inneholder allergener som kan gi alvorlige allergiske reaksjoner. Den gir dessuten kryssallergi mot andre belgfrukter, som for eksempel peanøtter og soya (34). Folkehelsen har derfor gått ut med en bekymringsmelding i *Dagens Medisin* når det gjelder den økede utbredelsen av denne planten (35).

Oppsummering

I denne artikkelen har vi sett nærmere på fire medisinplanter som i mange innvandrer miljøer er i regelmessig bruk, som grønnsak, som krydder eller som annen tilsetning til mat. Selv om forskningen kun i beskjeden grad understøtter bruken av disse plantene i medisinsk sammenheng, enten på grunn av at en ennå ikke har klart å påvise den forventede effekten i kvalitets-sikrede kliniske studier, eller fordi enkelte av disse plantene potensielt kan forårsake alvorlige bivirkninger, så brukes de i store deler av verden og naturlig nok også i mange innvandrer miljøer for en rekke ulike syk-

dommer, deriblant diabetes og hyperkolesterolemi – med eller uten legens anbefaling.

Hvordan kan så vi som allmennpraktikere forholde oss til dette? Vi har i tidligere artikler vært inne på at en viss innsikt i hvordan urter og krydder brukes i selvhjelpsøyemed kan være et godt grunnlag for videre samtaler om kost og kostholdsendring. Denne artikkelen støtter opp om et slikt standpunkt. Selv om det i de fleste tilfeller vil være relativt få omfattende og velformede studier å bygge eventuelle anbefalinger på, gir de studiene som finnes ikke grunn til å fraråde bruken av disse urtene og grønnsakene. Men i disse artiklene fremkommer likevel et behov for at allmennpraktikere stiller sine pasienter spørsmål som: «Er det noe du regelmessig spiser eller drikker, eller noe som du gjør (eller ikke gjør) for å ta vare på helsen?» Dette er også i tråd med *UpToDate* (36), hvor det anbefales at legen på en ikke-dømmende måte spør pasienten om en eventuell bruk av urtemedisin – faktisk at slike spørsmål blir rutine i anamneseopptaket. En god strategi vil i denne sammenheng være å notere ned eventuell bedringen som kan observeres, enten etter pasientens eget utsagn eller i ulike blodprøver. Likeledes bør legen være oppmerksom på, og eventuelt notere ned eventuelle bivirkninger. Til slutt må så nevnes at *UpToDate*, på grunn av vår manglende kunnskap om visse urters potensielt skadelige virkninger på foster og spedbarn, anbefaler at gravide og ammende kvinner avstår fra bruk av urtemedisin. En kan knapt beskyldes *UpToDate* for ikke å ha studert skriftene, heller ikke for å innhente kunnskap fra andre steder i verden. Men kan det være at våre forestillinger om hva som er sikker kunnskap i dag er blitt noe snevre, slik at folks egen erfaring om hva som gjør dem godt altfor ofte settes til side? Kanskje fører pasienters frykt for slike holdninger til at de ikke så gjerne forteller om sine erfaringer med grønnsaker som for eksempel okra og karela. Usikkerheten blant leger på hva som virker eller ikke virker på dette feltet, har i alle fall ikke blitt mindre enn den var på Linnés tid.

Takk til Dr. Harald Siem som har gitt nyttige kommentarer til tidligere utkast av artikkelen.

REFERANSER

- Linné, C. (1752/1948) *Obstacula medicinae* Oversatt til svensk fra latin av S-O. Thulin Uppsala: Svenske Linné-Sällskapet.
- Pal, S. et al (2011) The effect of fibre supplement compared to a healthy diet on body composition, lipids, glucose, insulin and other metabolic syndrome risk factors in overweight and obese individuals *British Journal of Nutrition* Vol.105, s. 90–100. Doi: 10.1017/S0007114510003132.
- Ribas, S.A. et al (2015) Effects of psyllium on LDL-cholesterol concentrations in Brazilian children and adolescents: a randomized, placebo-controlled, parallel clinical trial *British Journal of Nutrition* Vol. 113, No. 1, s. 134–141. Doi: 10.1017/S0007114514003419.
- Anderson, J.W. et al (2000) Long-term cholesterol-lowering effects of psyllium as an adjunct to diet therapy in the treatment of hypercholesterolemia *Am J Clin Nutr* Vol. 71, s. 1433–8.
- Anderson, J.W. et al (1999) Effects of psyllium on glucose and serum lipid responses in men with type 2 diabetes and hypercholesterolemia *Am J Clin Nutr* Vol. 70, s. 466–473.
- Sierra, M. et al (2002) Therapeutic effects of psyllium in type 2 diabetic patients *European journal of clinical nutrition* Vol. 56, s. 830–842.
- Solà, R. et al (2007) Effects of soluble fiber (Plantago ovata husk) on plasma lipids, lipoproteins, and apolipoproteins in men with ischemic heart disease *Am J Clin Nutr* Vol. 85, s. 1157–63.
- Salas-Salvadó, J. et al (2008) Effect of two doses of a mixture of soluble fibres on body weight and metabolic variables in overweight or obese patients: a randomized trial *British Journal of Nutrition* Vol. 99, No. 6, s. 1380–1387. Doi: 10.1017/S0007114507868528
- Moreyra, A.E. et al (2005) Effect of combining Psyllium Fiber With Simvastatin in Lowering Cholesterol *Arch Intern Med* Vol.165, s. 1161–1166.
- Wei, Z.H. et al (2009) Time and dose-dependent effect of psyllium on serum lipids in mild-to-moderate hypercholesterolemia: a meta-analysis of controlled clinical trials *Eur J Clin Nutr* Vol. 63, No. 7, s. 821–27. Doi: 10.1038/ejcn.2008.49.
- Rudkowska, I. (2012) Lipid lowering with dietary supplements: focus on diabetes *Maturitas* Vol. 72, No. 2, s. 113–6. Doi: 10.1016/j.maturitas.2012.03.001.
- Gibb, R.D. et al (2015) Psyllium fiber improves glycemic control proportional to loss of glycemic control: a meta-analysis of data in euglycemic subjects, patients at risk of type 2 diabetes mellitus, and patients being treated for type 2 diabetes mellitus *Am J Clin Nutr* Vol.102, s. 1604–14. Doi: 10.3945/ajcn.115.106989.
- Blond psyllium – what is it? *MedlinePlus National Institutes of Health / U.S. National Library of Medicine* (Lastet ned 10. sept. 2016).
- Kumar, D.S. et al (2013) A Review on: *Abelmoschus esculentis* (Okra) *International Research Journal of Pharmaceutical and Applied Sciences (IRJPAS)* Vol. 3, No. 4, s. 129–132. ISSN: 2277-4149.
- Gemedé, H.F. et al (2015) Nutritional Quality and Health Benefits of Okra (*Abelmoschus esculentis*): A Review *J Food Process Technol* Vol. 6, No. 6, Doi: 10.4172/2157-7110.1000458.
- Tavafi, M. (2016) *Hibiscus esculentus* against hyperglycemia and dyslipidemia *Annals of Research in antioxidants* Vol. 1, No.2: e23.
- Khorozadeh, M. et al (2016) The Effect of *Abelmoschus Esculentis* on Blood Levels of Glucose in Diabetes Mellitus *Iran J Med Sci* Vol.41, No. 3, s. 63.
- Sarkar, P. et al (2015) Traditional and ayurvedic foods of Indian origin *Journal of Ethnic Foods* Vol. 2, s. 97–109. Doi: 10.1016/j.jef.2015.08.003.
- Makwana, A.R. et al (2016) A Review on Medicinal Plants of Gujarat with Anti-diabetic Potential *International Journal of Pharmacognosy and Phytochemical Research* Vol. 8, No. 1, s. 167–173 ISSN: 095-4873.
- Martínez-Abundis, E. et al (2016) Novel nutraceutical therapies for the treatment of metabolic syndrome *World Journal of Diabetes* Vol. 7, No. 7, s. 142–152. Doi:10.4239/wjcd.v7.i7.142.
- Leung, L. et al (2009) Anti-diabetic and hypoglycemic effects of *Momordica charantia* (bitter melon): a mini review *British Journal of Nutrition* Vol. 102, s. 1703–1708. Doi: 10.1017/S0007114509992054.
- Krawinkel, M.B. & Keding, G.B. (2006) Bitter Gourd (*Momordica charantia*): A Dietary Approach to Hyperglycemia *Nutrition Reviews* Vol. 64, No. 7, s. 331–337. Doi: 10.1301/nr.2006.jul.331-337.
- Kwatra, D. et al (2016) Bitter Melon as a Therapy for Diabetes, Inflammation, and Cancer: a Panacea? *Curr Pharmacol Rep* Vol.2, s. 34–44 Doi: 10.1017/s40495-016-0045-2.
- Ooi, C.P. et al (2013) *Momordica charantia* for type 2 diabetes mellitus (Review) *Cochrane Database of Systematic Reviews* s. 1–43 Doi:10.1002/14651858.CD007845.pub3.
- Saravanan, M. & Ignacimuthu, S. (2015) Hypocholesterolemic effect of Indian Medicinal Plants – A Review *Medicinal chemistry* Vol. 5, No. 1, s. 040-049. Doi:10.4172/2161-0444.1000241
- Shekelle, P.G. et al (2005) Are Ayurvedic herbs for diabetes effective? Systematic review *J Fam Pract* Vol.54, No.10, s. 876–86. PMID 16202376.
- Thompson Coon, J.S. & Ernst, E. (2003) Herbs for serum cholesterol reduction: a systematic review *J Fam Pract* Vol. 52, No. 6, s. 468–78 PMID: 12791229.
- Fuller, S. & Stephens, J.M. (2015) Diosgenin, 4-Hydroxyisoleucine, and Fiber from Fenugreek: Mechanisms of Actions and Potential Effects on Metabolic Syndrome. Review *Advances in Nutrition* Vol. 6, s. 189–97. Doi: 10.3945/an.114.007807.
- Goyal, S. et al (2016) Investigating Therapeutic Potential of *Trigonella foenum-graecum* L. as Our Defense Mechanism against Several Human Diseases *Journal of Toxicology* Doi:10.1155/2016/1250387.
- Neelakantan, N. et al (2014) Effect of fenugreek (*Trigonella foenum-graecum* L.) intake on glycemia: a meta-analysis of clinical trials.
- Yadav, U.C.S. & Baquer, N.Z. (2014) Pharmacological effects of *Trigonella foenum-graecum* L. in health and disease *Pharmaceutical Biology* Vol. 52, No. 2, s. 243–254, Doi:10.3109/13880209.2013.826247.
- Rafra, M. et al (2014) Effect of Fenugreek Seeds on Serum Metabolic Factors and Adiponectin Levels in Type 2 Diabetic Patients *Int J Vitam Nutr Res* Vol.84, No.3–4, s. 194–205 Doi:10.1024/0300-9831/a000206.
- Look AHEAD Research Group (2010) Long Term Effects of a Lifestyle Intervention on Weight and Cardiovascular Risk Factors in Individuals with Type 2 Diabetes: Four Year Results of the Look AHEAD Trial *Arch Intern Med* Vol.170, No.17, s. 1566–1575. Doi:10.1001/archinternmed.2010.334.
- Vinje, N.E. et al (2011) Anaphylactic Reactions in Mice with Fenugreek Allergy *Scandinavian Journal of Immunology* Vol.74, s. 342–353. Doi: 10.1111/j.1365-3083.2011.02587.x.
- Bakke, K.A. (2011) Bukkehornkløver et økende problem www.dagensmedisin.no/artikler/2011/12/15/bukkehornkløver-et-okende-problem/.
- Saper, R.B. (2016) Overview of herbal medicine and dietary supplements *UpToDate Topic 1392, Version 36.0*.

Uforglemmelig



Torgeir W. Skancke
I Mikkels lys.
 En pappas fortelling
 Pax forlag
 Bokmål
 1. utgave
 341 sider
 ISBN 978-82-530-3896-4

Dette er en bok jeg nok aldri kommer til å glemme.

En pappa forteller om et mangeårig liv sammen med en alvorlig syk sønn i familien. Håp om bedring for gutten knu-

ses gang på gang. Men så kommer han seg – nok en gang.

Familien på fem forsøker å ha et så normalt familieliv som mulig. Helsepersonell både lokalt og sentralt bistår dem på en nydelig måte. De er alltid til stede for denne lille familien, gleder seg med dem når Mikkel har taklet nok en tøff behandling, og de fortviler når gutten igjen blir syk. De faste legene og sykepleierne gjennom flere år, både på lokalsykehuset og Rikshospitalet, er lydhøre og støttende i de til tider ekstremt vanskelige valgene som foreldrene må ta. Bør han få dø nå? Eller skal han få nok en sjanse?

De som ikke evner å støtte familien på en god måte, er et NAV-kontor som dynger ned foreldrene med skjemaer – for så å gi avslag på pleiepengene – i stedet for å forstå hvor ekstrem situasjonen er for foreldrene som til tider må våke over sønnen dag og natt – i uke etter uke, år etter år. Søvn-mangel, utrygghet, fortvilelse – og ansvar og omtanke også for Mikkels to søstre – gjør at jeg gang på gang under lesningen må «bøye meg i støvet» for hvor sterk og livgivende kjærligheten mellom mennesker kan være, her eks-plifisert ved Mikkel og hans familie.

Denne boken skulle jeg gjerne fått i hånden som student i sin tid. Og nettopp studenter bør gjerne få den anbefalt. Men også garvede leger i kommunehelsetjenesten og på sykehus vil kunne ha stort utbytte av å lese denne boken. Mikkels pappa evner å formidle egne og familiens erfaringer på en så åpen, ærlig og hudløs måte som få forfattere evner. (Et unntak er kanskje Gunnhild Corvins bok *Idas dans*, Dinamos forlag 2005).

Mikkels pappa tar opp flere utfordrende temaer i boken. Som hvordan være en god mann, en pappa og en ektefelle i en hverdag med så store svingninger mellom håp og fortvilelse? Hvordan hente overskudd til å takle en ekstrem hverdag? Og så de store spørsmålene om det er riktig å utsette et barn for så store belastninger som medisinsk behandling kan medføre? Og når er det etisk uforsvarlig? Når bør foreldrene gi slipp?

Beskrivelsen ovenfor er en blek formidling av en svært fargesterk og god bok som jeg varmt vil anbefale *Utpostens* lesere. Ingen reserverasjoner.

ELI BERG
 Tidligere allmennpraktiker,
 nå emeritus UiO

ADHD hos gravide og ammende

RELIS får relativt hyppig spørsmål om risiko ved bruk av metylfenidat mot ADHD hos gravide og ammende, både fra helsepersonell og kvinner selv. Nedenfor gir vi en oppsummering av den viktigste informasjonen om dette temaet. Andre medisiner mot ADHD blir også kort omtalt.

ADHD (attention deficit hyperactivity disorder) er en av de vanligste barnepsykiatriske tilstandene. Symptomene endrer seg med alderen, men for relativt mange vil tilstanden vedvare også i voksen alder. Det er anslått at to til tre prosent av den voksne befolkningen har merkbare symptomer på ADHD (1). Antallet personer som behandles med legemidler mot ADHD øker kraftig. Som et resultat av dette, vil en økende andel kvinner nå reproduktiv alder mens de står på legemidler mot ADHD. På grunn av impulsiv adferd er dette også en pasientgruppe hvor det kan forekomme en høy andel med uplanlagte svangerskap (2, 3). Dermed kan fosteret bli eksponert for ADHD-legemidler før kvinnen vet at hun er gravid.

I Norge er metylfenidat det mest brukte legemiddelet mot ADHD (4). Hos publikumstjenesten til RELIS (Trygg mamma-medisin) er metylfenidat blant legemidlene mot psykisk sykdom som gravide og ammende stiller flest spørsmål om. Spørsmål som hyppig melder seg er hvilken risiko behandling innebærer for fosteret og om det er mulig å amme. Den nasjonale retningslinjen for ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse inneholder dessverre ingen opplysninger om behandling hos gravide og ammende. Også internasjonalt finnes det lite informasjon om bruk av ADHD-medisiner hos denne pasientgruppen.

Bør gravide fortsette med ADHD-medisiner?

Det finnes svært lite informasjon om hvorvidt svangerskapet kan påvirke symptomene på ADHD (5, 6). På bakgrunn av data-materialet som finnes, kan det ikke gis noen klare råd om hvorvidt kvinner med ADHD bør fortsette å bruke legemidlene sine under svangerskapet eller ikke. En kilde beskriver at flere gravide kan seponere ADHD-medisinene sine uten uheldige effekter (6). I en dansk retningslinje er det angitt at symptomene på ADHD gjerne forverres premenstruelt og at symptomene til

gjengjeld ofte dempes under graviditeten, slik at det som oftest er mulig å ta pause fra medisinen (1). Vi har ikke funnet tilsvarende informasjon i andre kilder.

For andre gravide kan seponering av ADHD-medisiner medføre betydelig funksjonsnedsettelse og innebære en reell risiko som det må tas høyde for. Selv om det er stor variasjon i tilstandsbildet, fra lette til alvorlige symptomer, vil personer med ADHD ofte ha impulsiv adferd og ha et konfliktfullt forhold til omgivelsene. Dette kan være spesielt ugunstig under en graviditet. En eventuell symptomforverring hos den gravide kan også være uheldig for fosteret. Eksempelvis kan ubehandlet eller underbehandlet ADHD øke sjansen for impulsiv oppførsel og risikoadferd, slik som rusmisbruk og økt risiko for ulykke/skader (3, 6). Hva som er riktig å gjøre med hensyn til legemiddelbehandling, må derfor vurderes hos den enkelte kvinne, ut fra en grundig risiko/nytte-vurdering. Dette er i samsvar med anbefalinger i utenlandske artikler. Vi mener at slike vurderinger fortrinnsvis bør foretas i samråd med spesialist innen psykiatri.

Det er også viktig å ta hensyn til eventuelle komorbide tilstander hos kvinnen. Nasjonale retningslinjer for ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse angir at rundt 75 prosent av voksne med ADHD har minst én tilleggsdiagnose. Depresjon, bipolar lidelse, angst, personlighetsforstyrrelser, rusmiddelmisbruk og søvnvansker er angitt som de vanligste tilleggsdiagnosene (7). Dette betyr at svangerskap hos en del kvinner med ADHD kan by på store utfordringer med hensyn til behandling og oppfølging, hvor både behandling og manglende behandling innebærer potensiell risiko.

Metylfenidat er det legemiddelet blant ADHD-medisinene som det foreligger mest dokumentasjon for med tanke på bruk under graviditet og ammeperiode. Så langt ser det ikke ut til at bruk av metylfenidat under svangerskapet innebærer noen høy risiko. I den tidligere nevnte

danske retningslinjen er det angitt at metylfenidat bør foretrekkes fremfor andre ADHD-medisiner ved behandlingsskrevende sykdom (1). En forutsetning for dette er at metylfenidat har god effekt på kvinnens symptomer. Dersom det blir tatt en avgjørelse om at kvinnen skal bruke ADHD-medisiner under svangerskapet, kan det være tilrådelig å dokumentere at nytten av behandlingen hos pasienten er forventet å være større enn risikoen.

Nedenfor gir vi en kort oppsummering av informasjonen som finnes om sikkerhet ved bruk av de ulike ADHD-medisinene, med vekt på metylfenidat.

Metylfenidat ved graviditet og amming Ingen opplysninger om nedsatt fertilitet

Vi har ikke funnet noen aktuell informasjon om metylfenidat og påvirkning på fertilitet. Produsenten angir at det ikke er observerte noen relevante effekter med hensyn til fertilitet i de prekliniske studiene (8). Dyrestudier i mus viste ingen uheldige effekter (9).

Ikke vist økt risiko for misdannelser

Det nåværende publiserte datagrunnlaget består av over 800 tilfeller der kvinner har brukt metylfenidat under svangerskapet (10–14). Til nå er det ikke vist økt risiko for strukturelle misdannelser ved terapeutisk bruk av metylfenidat. Datagrunnlaget er imidlertid for begrenset til å utelukke en mindre risikoøkning. Det foreligger riktignok et kongressabstract som viser til en studie hvor det ble funnet en dobbelt risiko for hjertemisdannelser (22). Studien er imidlertid ennå ikke publisert i fulltekst. Det er et viktig moment at mange av kvinnene slutter å bruke metylfenidat ved erkjent graviditet, dvs. i første trimester. Disse dataene kan derfor ikke si noe om sikkerheten for fosteret senere i svangerskapet. Metylfenidat er ikke vist å være fosterskadelig i dyrestudier med rotter, mus og kaniner (9).

Langtidseffekter på CNS er ikke undersøkt

En bekymring ved bruk av metylfenidat under graviditeten har vært om legemiddelet kan påvirke utviklingen av sentralnervesystemet (CNS) hos fosteret. Så langt er det ikke utført studier for å undersøke dette

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.

OPPSUMMERING

- Hos gravide må kvinnens behov for behandling og mulige konsekvenser for mor og barn ved ubehandlet sykdom inngå i avveiningen.
- Det finnes mest dokumentasjon for metylfenidat under graviditet og ammeperiode, men også her er datagrunnlaget begrenset.
- Det er ikke holdepunkter for at metylfenidat medfører strukturelle misdannelser.
- Kvinner kan i utgangspunktet amme ved bruk av metylfenidat i terapeutiske doser.
- For deksamfetamin, lisdeksamfetamin og atomoksetin er datamengden utilstrekkelig, men det er ingen direkte mistanke om at legemidlene øker risikoen for fosterskader.

hos mennesker. Resultatet fra noen få dyrestudier kan kanskje tyde på slike uheldige effekter (9, 10, 15), men disse kan ikke direkte overføres til å gjelde mennesker. Relevansen av funnene er derfor fremdeles usikre. Det er behov for langtidsstudier for å kartlegge om metylfenidat kan forstyrre nevroutviklingen hos mennesker.

Usikkert om spontanaborter

Det finnes to studier hvor det er sett økt forekomst av spontanaborter hos kvinner som brukte metylfenidat under svangerskapet (10, 11), men det er fremdeles usikkert om denne økningen skyldes legemiddelet. I den nyeste studien fra 2016 (n=382 eksponerte kvinner), var den absolutte risikoen for spontanabort 14,1 prosent hos eksponerte kvinner versus 7,1 prosent hos kvinner som ikke var eksponert for metylfenidat (10). Forfatterne vektlegger at den høyere spontanabortfrekvensen var forbundet med tidligere gjennomgåtte spontanaborter, samt at økningen kan skyldes den underliggende sykdommen hos mor.

I den andre studien, fra Danmark, ble det både sett en økt forekomst av spontanaborter hos kvinner som hadde brukt metylfenidat (og/eller atomoksetin) og hos kvinner med ADHD som ikke hadde brukt legemidler. Det er derfor mulig at den observerte økningen skyldes andre faktorer enn legemidlene (11). Det trengs derfor flere og større studier for å fastslå om metylfenidat virkelig medfører en økt risiko for spontanabort.

Neonatale komplikasjoner kan ikke utelukkes

Det er nærliggende å tenke at metylfenidat kan medføre neonatale komplikasjoner, på samme måte som andre CNS-legemidler. Vi har ikke funnet beskrevet noen tilfeller av slike symptomer i litteraturen, men preparatomtalen (SPC) til Ritalin angir at det er rapportert om enkelttilfeller av takykardi og respirasjonsproblemer hos nyfødte (16). I en studie ble det også sett en mulig økt risiko for lavere Apgar score hos barn der mor brukte metylfenidat (og/eller atomoksetin) under svangerskapet (11).

Kan vanligvis brukes ved amming

Risikoen ved amming anses å være lav ved bruk av terapeutiske doser av metylfenidat. Metylfenidat går i svært liten grad over i morsmelk. Barnets relative dose (RD) er et mål på diebarnets tilførte legemiddeldose via morsmelk etter at det er justert for

vektforskjeller mellom mor og barn. Som en generell tommelfingerregel blir det gjerne ansett som trygt å amme når den vektjusterte relative dosen er under 10 prosent. Metylfenidat har en relativ vektjustert dose som ligger langt under dette (beregnet til 0,2–0,4 prosent) (17–20).

Ut ifra den svært lave overgangen i morsmelk er det ikke forventet at barn som ammes vil få bivirkninger. Det er heller ikke rapportert om noen slike tilfeller. Samtidig finnes det en begrenset mengde dokumentasjon for bruk av metylfenidat ved amming. Selv om det ikke er forventet at metylfenidat skal gi bivirkninger hos barnet, vil vi likevel for sikkerhets skyld anbefale at barnet observeres for symptomer som irritabilitet, søvnproblemer, nedsatt appetitt og redusert vektoppgang. Dette gjelder spesielt spedbarn som er født prematurt, er syke eller er under tre måneder gamle. Vi vil for ordens skyld nevne at eventuelle langtidseffekter av metylfenidat via morsmelk ikke er studert (17–20).

Andre legemidler mot ADHD ved graviditet og amming

For noen kan det være aktuelt å bruke deksamfetamin eller lisdeksamfetamin mot ADHD. Det meste av datagrunnlaget for amfetaminer under graviditet er basert på misbruksdata heller enn terapeutisk bruk. Tilsynelatende er terapeutisk bruk av amfetaminer ved ADHD ikke forbundet med økt risiko for misdannelser. Datagrunnlaget er imidlertid for begrenset til å utelukke en mindre risikoøkning. Tolkningen av de fleste studiene er komplisert av konfunderende faktorer, slik som polyterapi, misbruk og bruksområde (confounding by indication). Hos gravide som misbruker amfetaminer er det sett økt forekomst av lav fødselsvekt, prematur fødsel, og morbiditet hos mor og barn. Det er usikkert i hvilken grad disse funnene også vil gjelde ved terapeutisk bruk av amfetaminer (2, 3, 15, 21).

Målinger av deksamfetamin og lisdeksamfetamin i morsmelk tyder på at overgangen er en del høyere enn for metylfenidat. Terapeutisk bruk av disse legemidlene anses å innebære en moderat risiko, men bruk kan trolig likevel være forenlig med amming. Hvis deksamfetamin eller lisdeksamfetamin skal brukes av en ammende, bør barnet observeres for eventuelle bivirkninger, slik som irritasjon/uro, søvnvansker, nedsatt appetitt og dårlig vektoppgang (17–19).

Atomoksetin er en selektiv hemmer av presynaptisk noradrenalin transportprotein og har vært relativt kort tid på markedet. Sikkerheten til atomoksetin under graviditet er ikke undersøkt i en velbesigget studie. Dokumentasjonen på bruk av atomoksetin under graviditet er derfor for utilstrekkelig til å foreta en risikovurdering. Dataene som finnes til nå har ikke gitt holdepunkter for uttalte fosterskadelige effekter (3,21). Det foreligger så langt ingen målinger av atomoksetin i morsmelk.

REFERANSER

1. Anvendelse af psykofarmaka ved graviditet og amning – kliniske retningslinjer. ADHD. Utgitt av Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi, Dansk Pædiatrisk Selskab og Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi. (Utgave: 27. oktober 2014).
2. Humphreys C, Garcia-Bournissen F, et al. Exposure to attention deficit hyperactivity disorder medications during pregnancy. *Can Fam Physician*. 2007; 53 (7): 1153–5.
3. Besag FM. ADHD treatment and pregnancy. *Drug Saf* 2014; 37 (6): 397–408.
4. Nytt om legemidler. ADHD: Utredning, behandling og oppfølging. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2015; 135 (5): 421.
5. Martin K. A case study on the treatment of ADHD in pregnancy. www.psychiatryadvisor.com (Publisert: 30. oktober 2015).
6. Freeman MP. ADHD and pregnancy. *Am J Psychiatry* 2014; 171 (7): 723–8.
7. Helsedirektoratet. ADHD/Hyperkinetisk forstyrrelse – Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging. www.helsedirektoratet.no (Sist oppdatert: 24. januar 2017).
8. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Concerta. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 30. mai 2016).
9. Micromedex 2.0 (online). Concerta (Reprotox in Reprorisk System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 8. mars 2017).
10. Diav-Citrin O, Shechtman S et al. Methylphenidate in Pregnancy: A Multicenter, Prospective, Comparative, Observational Study. *J Clin Psychiatry*. 2016; 77 (9): 1176–1181.
11. Bro SP, Kjaersgaard MI et al. Adverse pregnancy outcomes after exposure to methylphenidate or atomoxetine during pregnancy. *Clin Epidemiol* 2015; 7: 139–47.
12. Hærvig KB, Mortensen LH et al. Use of ADHD medication during pregnancy from 1999 to 2010: a Danish register-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2014; 23 (5): 526–33.
13. Pottegård A, Hallas J et al. First-trimester exposure to methylphenidate: a population-based cohort study. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75 (1): e88–93.
14. Dideriksen D, Pottegård A et al. First trimester in utero exposure to methylphenidate. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2013; 112 (2): 73–6.
15. Micromedex® 2.0 (online). Methylphenidate and Amphetamine (TERIS in Reprorisk System). <http://www.helsebiblioteket.no/> (Søk: 7. mars 2017).
16. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Ritalin. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 11. desember 2014).
17. Hale TW, Rowe HE, editors. Methylphenidate, Dextroamphetamine and Lisdeksamfetamine in Medications and mother's milk: A manual of lactational pharmacology 2017; 17th ed.
18. National Library of Medicine (USA). Drugs and Lactation database (LactMed). Methylphenidate (Sist oppdatert: 4. februar 2016). Dextroamphetamine (Sist oppdatert: 7. september 2013). Lisdeksamfetamine (Sist oppdatert: 7. januar 2015). <http://toxnet.nlm.nih.gov/lactmed>.
19. Avdelningen for klinisk farmakologi, Karolinska Universitetssjukhuset. Läkemedel och amning. Metylphenidat, Dexamfetamin og Lisdeksamfetamin. <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-amning/> (Søk: 7. mars 2017).
20. Marchese M, Koren G et al. Is it safe to breastfeed while taking methylphenidate? *Can Fam Physician* 2015; 61 (9): 765–6.
21. Källén K, Winblad B. Läkemedel och fosterpåverkan. Dexamfetamin (Publisert: 9. november 2016). Lisdeksamfetamin (Publisert: 9. november 2016) og Atomoksetin (Publisert: 9. november 2016). <http://www.janusinfo.se/Beslutsstod/Lakemedel-och-fosterpaeverkan/>.
22. Bateman BT, Huybrechts KF et al. Attention deficit hyperactivity medications during pregnancy and the risk of congenital cardiac malformations: A cohort study (abstract). *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2015; 24: 1–587.

GRO C. HAVNEN • RELIS Sør-Øst
HELLE T. LINDLAND • RELIS Sør-Øst

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

Høye krav

Dette diktet ble valgt som et øyeblikksbilde i livet der stress, frustrasjon og en følelse av å aldri strekke til var bakteppet. Det er heldigvis ikke alltid sånn, men kanskje litt for ofte? I alle fall handler dette diktet om noe som for meg er et steinkast unna og som har navn som Mukampen, Steinhø, Ranglarkampen og Rondeslottet. Burde komme meg opp på dem oftere...

Jeg ønsker å utfordre Åsne Ask Hyldmo til å ta over stafettpinnen.

Hilsen fra
TURID SVINDLAND

Mere fjell

Av og til
må noe vare lenge,
ellers mister vi vel vettet snart,
så fort som allting snurrer rundt med oss.
Store trær er fint
og riktig gamle hus er fint,
men enda bedre –
fjell.
Som ikke flytter seg en tomme
om hele verden enn forandres
(og det må den snart),
så står de der
og står og står
så du har noe å legge pannen inntil,
og kjøle deg
og holde i noe fast.

Jeg trivs med fjell.
De lager horisonter
med store hugg i,
som de var smidd av smeder.
Tenk på: – Den gamle nupen her har stått som nå
helt siden Haralds-tiden.
Den sto her da de spikret en arming fast til korset.
Som nå. Som nå.
Med sildrebekker på og lyngkjerr og den store
bratte pannen
uten tanker i. Den sto her
under Belsen og Hiroshima. Den står her nå
som landemerke for din død, din uro,
kanskje dine håp.
Så du kan gå derbort og holde i noe hardt.
Noe gammelt noe. Som stjernene.
Og kjøle pannen din på den,
og tenke tanken ut.
Og tenke selv.

ROLF JACOBSEN
KILDE: Samlede dikt, Gyldendal, 1999