



Utposten

6 2017
ÅRGANG 46

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Per Fugelli
og allmennmedisinen

Svangerskapsdiabetes
Fysisk aktivitet som forebygging
HPV-vaksine

RMR/UTPOSTEN v/Tove Rutle

Sjøbergveien 32

2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

E-POST: rmrtove@online.no**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**Kristina Riis Iden**

Vågsmyra legesenter

4020 Stavanger

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Alexander Løvdahl**

Postboks 25

2601 Lillehammer

MOBIL: 907 16 411

E-POST: alexander.loevdahl@gmail.com**FORSIDE:**

Grethe Lindseth

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK:

07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

1 LEDER: Se og bli hørt!

Anne Grethe Olsen

2 Per Fugelli og allmennmedisinen

Kirsti Malterud og Steinar Hunsbår

8 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER:Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping
av benzodiazepiner og z-hypnotika

Jørgen G. Bramness og Torgeir Gilje Lid

**12 Energytver og energigivere – tiltak mot
vedvarende utmattelse hos pasienter i allmennpraksis**

Torkil Berge og Elin Fjerstad

16 NY ELEKTRONISK FAGLIG RETNINGSLINJE:Svangerskapsdiabetes – nye diagnosegrenser og
kriterier for testing – implikasjoner for fastlegene

Ingvild Felling Meyer og Anne Karen Jenum

22 Høreapparater og høreapparatformidling

Arne Asmervik Qvindesland

23 Mine erfaringar som hørselshemma

Ingelin K. Nordal

24 Fysisk aktivitet som forebygging og behandling

Terje Halvorsen

**28 HPV-vaksine forebygger smitte,
celleforandringer og kreft**

Sveinung Sørbye

34 Samfunnsmedisinsk årsmøtekurs gav faglig påfyll

Kristine Asmervik og Tom Sundar

36 Tilsynskampanje – miljørettet helsevern i skoler

Rune Skatt

38 Kunsten å henvise

RAPPORT FRA WORKSHOP «THE ART OF REFERRING» UNDER NORDISK KONGRESS I ALLMENNMEDISIN, REYKJAVIK 2017

Miriam Hartveit og Olav Thorsen

39 Helse i hver maske.

Gunstige effekter av strikking i sykehjem

Theres Utaleiv og Morten Laudal †

42 Ledelseskurs for leger i primærhelsetjenesten

Ivan Spehar, Nils Kristian Klev, Kirsten Rokstad, Elin O. Rosvold og Jan Frich

44 BOKANMELDelse: Helsefremmende samhandling.

Natur og kultur som folkehelse

Anmeldt av Hege Raastad

46 Kunsten å selge sukker til 100 000 kroner pr. kilo

Kjeld Malde

47 Over- og underforbruk av helsetjenester

Gisle Roksund

48 FASTE SPALTER

LYRIKKSTAFETTEN 48

Se og bli hørt!

Per Fugelli er gått bort, og Kristi Malterud og Steinar Hunskaar tar i dette nummer av *Utposten* farvel med en høyt aktet kollega som, i tillegg til andre allmennmedisinske kjerneverdier, var opptatt av tilliten i forholdet mellom lege og pasient. Ingen andre av våre allmennlegekolleger har fått så mye oppmerksomhet i det offentlige rom som ham.

Hva var det som fikk så mange til å lytte til Fugellis stemme? Hva var det han sa, som traff oss og inspirerte oss? Han hadde en klar tanke, et varmt hjerte og en gyllen penn – men også et blikk for hva som er viktig å formidle. Han var opptatt av menneskets verdighet og tilla allmennlegene en profesjonell rolle i å se hver enkelt pasient for å utøve personlig legekunst. «Legens respekt bygger verdighet hos pasienten», skrev han i *Utposten* for noen år siden, og påpekte viktigheten av å bli sett og godtatt som den man er. Hans blikk for pasientene, spesielt de svakeste gruppene, og hans evne til å løfte dem, gjorde at han ble en avholdt lege og foredragsholder.

Vi har nylig hatt stortingsvalg. Jeg skal ikke kommentere valgresultatet, bare påpeke at de som gjorde den beste valgkampen var de som hadde tydelige og enkle budskap. De som ser hva som rører seg i et samfunn og svarer på det, blir alltid lyttet til. Uklar tale og utydelige mål fører sjelden til seier. Det samme gjelder for oss som jobber med allmennmedisin og samfunnsmedisin; vi må kunne se og iaktta, lytte oppmerksomt og snakke tydelig, for å bli hørt.

Det har også vært valg i Tyskland. Angela Merkel har styrt landet med et åpent blikk og sinn over lang tid. Hun lover sanksjoner mot de EU-landene som ikke tar imot sin andel av flyktningstrømmen. Med stoisk ro har hun kjempet en kamp for mennesker på flukt. Med sin ene stemme gir hun tusenvis av flyktninger en stemme. Hun ser dem, hun gir dem verdighet og hun blir hørt. Det står det stor respekt av, måtte hennes landsmenn også se og høre det.

I dette nummeret av *Utposten* har vi en omtale av *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes* som nylig er publisert – sammen med det nye flytskjemaet for oppfølgingen av gravide med svangerskapsdiabetes. Retningslinjen skal bidra til et helhetlig forløp for kvinner med svangerskapsdiabetes og nyoppdaget diabetes i svangerskap, også etter svangerskapet. Viktigheten ikke bare av å behandle, men også forebygge, kan ikke påpekes for ofte. Der har allmennleger en viktig rolle. Systematikken i behandling og oppfølging av svangerskapsdiabetes er ikke så komplisert, spesielt ikke når det finnes gode anbefalinger og flytskjemaer. Den nye retningslinjen fører til at det må tas HbA_{1c} på flere gravide enn tidligere, og at det må utføres flere glukosebelastninger. Men dersom allmennlegen med disse undersøkelsene kan bidra til færre fødselskomplikasjoner både hos mor og barn, så må dette følges opp.

Fysisk aktivitet og kostholdsendringer er viktige elementer ikke bare i behandling og oppfølging av svangerskapsdiabetes, men også når det gjelder flere andre

sykdomsgrupper. «Exercise is Medicine Norge» (EIM Norge) har utviklet et klinisk emnekurs for primærleger om fysisk aktivitet som forebygging og behandling av sykdom. I dette bladet gir Terje Halvorsen, spes. i fysikalskmedisin og rehabilitering og leder i EIM Norge, en presentasjon av organisasjonen og kurstilbudene. Norstat gjennomførte i 2016 en spørreundersøkelse blant 1000 personer på oppdrag for Aktivitetsalliansen. 25 prosent av respondentene hadde i 2015 snakket med fastlegen sin om fysisk aktivitet, og hos bare 7 prosent av de spurte var det fastlegen som hadde tatt opp temaet om fysisk aktivitet under konsultasjonen. 18 prosent av pasientene tok dette opp selv. Studier har også vist at allmennleger føler de ikke har nok kunnskap til å kunne gi pasientene eksakte råd om fysisk aktivitet. Et klinisk emnekurs er derfor et godt tiltak, som bør kunne gi allmennlegen noen gode hjelpemidler til bruk i praksisen.

Tilbake til Per Fugelli, som skrev om helsens fem grunnstoffer i *Utposten* nr. 4, 2011. De fem var fravær av sykdom, verdighet, frihet, likevekt og helhet. Hans hypotese var at den spesialiserte biomedisinen har et anlegg for å svekke helsens grunnstoffer, bortsett fra fravær av sykdom, mens allmennmedisinen har et anlegg for å fremme dem. Det ligger mye menneskekunnskap i dette og stor tillit til allmennlegen, som skal ta vare på hele pasienten. Professoren sa «Du skal skrive ditt fag», og han levde selv opp til det. Artikler, bøker, foredrag, kåserier, intervjuer og ord av Fugelli vil leve videre. Han så pasienten og samfunnet rundt pasienten, og satte ord på det han så, og han ble og vil fortsatt bli hørt.

ANNE GRETHE OLSEN

Per Fugelli og alle

1943–2017

■ KIRSTI MALTERUD OG STEINAR HUNSKÅR

Samfunnsdebattanten, sosialmedisineren, rikssynseren og folketaleren Per Fugelli er borte. For oss var han den som forandret den akademiske allmennmedisinen i Norge, og professoren som på ideologisk basis utrettelig arbeidet for grunnutdanningen, akademiseringen og allmennmedisinens grunnverdier.

Den nye allmennmedisinen

Per Fugelli ble født i Stavanger 7. desember 1943. Faren var huslege og sønnen fulgte i hans fotspor og studerte medisin i Oslo. I et intervju i *Utposten* i 2014 sier han at allmennmedisinen var på vei mot en slags død da han selv var ferdig utdannet i 1969 (1). Faget ble nærmest sett på som en søppelkasse, og det var mye mismot, stigma og fordommer. De siste 30 årene er allmennmedisin blitt et forskningsbasert fag, ikke minst takket være Fugellis virke som akademisk skribent og leder. Sven Erik Omdal skriver dette i en kommentar i *Bergens Tidende* 5. april 2016:

«Det er lett å glemme at bak debattanten finnes en lege som løftet allmennmedisinen opp i fagets elitedivisjon. Internasjonalt er ikke Per Fugelli kjent for sin kamp mot Carl I. Hagen, men for sin innsats for å gjøre de alminnelige lidelsene og årsaken til dem, viktige.»

I denne artikkelen vil vi omtale Per Fugelli (heretter kalt Per F) sine innsatser innen faglig og akademisk virke for allmennmedisinen. Vi samarbeidet tett med han i viktige år da akademisk allmennmedisin virkelig slo rot og utviklet seg til et viktig, stort og vitalt felt, med betydning ikke bare for praksisfeltet, men også for helsepolitikk og helsevesenet ellers. Her har Per F satt varige spor.

Praksis og forskning hånd i hånd

Per F fikk turnusplass på Værøy og Røst og ble deretter distriktslege samme sted i årene 1970–1973. Her samlet han systematisk inn helsedata fra samfunnet og legepraksisen, og etter noen år som stipendiat i Oslo

disputerte han i 1978 for den medisinske doktorgraden ved UiO med avhandlingen «Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst», en epidemiologisk kartlegging av sykkelighet, legemiddelforbruk og legesøking (2). Men allerede i 1975 presenterte han i boken *Tilbake til huslegen* noen akademiske motforestillinger (3):

«Tre år som lege og forsker på Værøy og Røst i nær og stadig kontakt med hverdagsmennesker i lokalsamfunnet, disse tre år ga meg den lærdom at når naturvitenskapen kommer til kort overfor en fjellkjede – hvor meget større er ikke da dens begrensninger vis-à-vis mennesker?»

Per F hevdet at den naturvitenskapelige slagsiden innen medisinsk forskning fører til forsømmelser av de menneskelige og samfunnsmessige sider ved sykdomsbegrepet. I hele sitt faglige liv og virke forsomte han aldri muligheten til å påpeke feilskjær og forbedringsmuligheter i det medisinske fagfeltet.

Tiden i Lofoten overbeviste Per F om at allmennlegens erfaringer med helse og sykdom hos hverdagsmennesker i lokalsamfunnet kan motvirke slike skjevheter. Første del av Leseboken, hans samling av tekster i utvalg, har fått tittelen *Allmennmedisinen – en kjærlighetserklæring* (4), noe som røper at han var blitt uhelbredelig forelsket i allmennmedisinen. Til gjengjeld påtok han seg et viktig ansvar for å utfordre og bygge dette faget. Etter gjennomført doktorgrad dro han tilbake til førstelinjen som distriktslege i Porsanger 1977–1980, før han igjen tilbrakte noen år ved Institutt for allmennmedisin ved Universitetet i Oslo som førsteamanuensis.

I 1984 skrev han artikkelen «Du skal skrive ditt fag» der han refset oss alle og beskrev en kollektiv allmennmedisinsk skrivelammelse (5). Han hevdet at en slik åndelig slapphet var farlig for faget, og argumenterte for at vi måtte bygge opp en allmennmedisinsk vitenskap som skulle være fagets ankerfeste og berettigelse. Han tok seg selv på ordet, og la aldri skjul på at han så seg selv i en ledende rolle som professor i faget.

Per F la stor vekt på samarbeid og allmennmedisinsk «nasjonsbygging». Han var leder i Allmennmedisinsk forskningsutvalg i 1982–1984 og leder i Redaksjonskomiteen i *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1982–1989, begge steder som en ivrig pådriver for allmennmedisinsk publisering. Han var ivrig deltaker på Utstein-seminarene og de allmennmedisinske instituttmøtene i mange år.

Professor i Bergen 1984–1991

Per F kom i 1984 til Universitetet i Bergen som professor i allmennmedisin etter Sigurd Humerfelt, som hadde ledet instituttet fra etableringen i 1972 (6). I realiteten nullstilte Per F instituttet i Bergen (7). Han anerkjente Humerfelts innsats, men mente at neste fase i utviklingen var best tjent med en ny start med blanke ark. Akademisk allmennmedisin var for mye preget av andre fagområders metoder og interesseområder og i ferd med å fjerne seg fra pasientene og det kliniske arbeidet. Universitetet i Bergen hadde alltid vært stolt av sin naturvitenskapelige slagside i legeutdanningen, og i fakultetet var faget allmennmedisin på den tid lite synlig. Mange trodde atferdsfag og allmennmedisin var synonymmer.

Per F lanserte raskt vidløftige og framtidsrettede planer for det allmennmedisinske miljøet i Bergen. Som virkemidler for å minske avstanden mellom akademi og grasrot satset Per F på kombistillinger der forskning, undervisning og pasientarbeid

allmennmedisinen



Med hverdagsmennesker i lokalsamfunnet (Røst 2016).

kunne forenes (8,9). Han inngikk avtale med Bergen kommune om å opprette fire 50/50 prosentstillinger som førsteamanuenser og kommuneleger ved Ulriksdal legesenter, som lå i instituttets lokaler. Per F la vekt på kliniske emner og brukte fulltids allmennleger i undervisningen. Han la opp til at instituttansatte måtte bli enda flinkere til å møte kollegene på møter og kurs (7). I 1986 publiserte han sammen med

kolleger ved instituttet den «ideelle» allmennmedisinske studieplanen, som man i Bergen arbeidet for å gjennomføre (10).

I sitt omfattende nybrottsarbeid for å styrke fagets posisjon og innhold, ble han av mange professorkolleger sett på både som rabulist og bulldoser. Men han sto opp i fakultetsrådet og forsvarte sine planer. Dekanus ble invitert på konditori og overtalt til å gi faget forsvarlige ressurser og

plass i studieplanen. Med åpne øyne overskred han budsjettet for å synliggjøre at bevilgninger måtte følge med de økte oppgavene som faget påtok seg. Gjennom utlysning av kombistillingene, ved allmennpraktikerstipend og stipendiatstillinger knyttet Per F til seg en fargerik gjeng av medarbeidere med svært ulik akademisk bagasje. Han inviterte til nyskapende studieplanutvikling, diskusjoner om fagets

utvikling, plass og ideologi, samt muligheter for forskningsarbeid og doktorgrader. Slik var det vi begge ble lokket inn i allmennmedisinske kombistillinger i 1986/87 fra veldig ulike utgangspunkt (11).

Institutt for allmennmedisin i Bergen ble en inspirerende og lærerik arbeidsplass for mange av oss som kom inn i universitetsmiljøet under ledelse av Per F på denne tiden. Vi opplevde ham som frisk og nytenkende, åpen for alt som kunne tenkes å tilføre allmennmedisinen noe nyttig og viktig, og alltid oppmuntrende. Ikke minst opplevde vi og samarbeidet om Per F sin egen oppfordring og strategi om å vitenskapeliggjøre det allmennmedisinske fagområdet. Varemerket «allmennmedisin» måtte ha et solid innhold, der pasienter, kolleger og politikere kunne oppdage et spesifikt produkt bak etiketten.

Under årene i Bergen ble Per F en mye benyttet foredragsholder, da først og fremst som en allmennmedisinsk tenker og forkynder (12). Det allmennmedisinske fag var hans budskap; konsentrasjon om den kliniske kjernen (hverdagsmedisinen), kompetanse (grunnutdanning og spesialistutdanning) og fagets ideologi (gullet eller krystallene). Ikke alt var like vellykket. Han hadde synspunkter om allmennlegens konsentrasjon om det kliniske arbeidet som fikk liten støtte (13), og han arbeidet for å opprette et vitenskapelig institutt for kommunehelsetjenesten, som ble noe helt annet enn han hadde tenkt (Institutt for samfunnsmedisinske fag) (7). Han hadde også sterke personlige ambisjoner om selv å fullføre den nye spesialistutdanningen i allmennmedisin (14). Han vikarierte en tid ved Ulriksdal legesenter, men ga fort opp dette forsettet for egen del, selv om han alltid vektla betydningen av at akademiske stillinger i faget burde være forankret i praksis.

I løpet av få år initierte Per F forskningsprosjekter om kliniske problemstillinger, kommunikasjon, prøvetaking og reseptforskrivning, områder som er akademisk levende i instituttmiljøet den dag i dag. Det var ingen tvil om at han hadde en strategisk plan om hva det var viktigst å ta fatt på. Han inngikk allianser med andre (sykehus)fag om forskningsprosjekter, veiledning og stillinger. Samtidig var det hele tiden en god balanse mellom revolusjonær fagkritikk, pragmatisk hverdagsmedisin og vitenskapelig kvalitet.

Etter hvert ble det mange doktorgrader og vitenskapelige artikler i internasjonale tidsskrifter som utgikk fra instituttet i Bergen. Men fortsatt hadde også populærvitenskapelig formidlingsaktivitet god sta-



Datainnsamling til doktorgradsavhandlingen «Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst» (Værøy 1973).

tus og prioritet. Per F var tidlig opptatt av strukturen og det indre liv på instituttet. Han etablerte en sosial kultur preget av det som kjennetegner et godt akademisk miljø med mangfold, kritisk refleksjon og deling av kompetanse og erfaringer. På denne måten bidro han til å gi det allmennmedisinske universitetsmiljøet i Bergen god bredde og takhøyde, med plass for mange slags stemmer (7). Vi har begge personlig erfart hvordan dette var en viktig forutsetning for at vi kunne utvikle våre egne sterke sider i godt samspill med andre.

Fugelli og den allmennmedisinske læreboken

Per F mente tidlig at en norsk allmennmedisinsk lærebok var helt nødvendig, og han erklærte at han skulle skrive den selv. Han hadde disposisjonen for en bok klar allerede i 1983–84, men etter noen år ga han opp soloprosjektet (15). Ved instituttet i Bergen hadde vi diskusjoner om å ta på oss ansvaret for et læreverk, men synspunktene sprikte. Per F la listen høyt for en lærebok (16), og fallhøyden ble ikke mindre etter at han i en svært omdiskutert bokanmeldelse «slaktet» en respektert kollega for det første svenske forsøket på å skrive studentlærebok i faget (17, 18). Han mente den svenske boken ikke fikk frem den spesifikke allmennmedisinske tilnærmingen, verken

epidemiologisk, diagnostisk eller behandlingsmessig.

Men i 1991 kom boka *Allmennmedisin – fag og praksis*, med Bent Guttorm Bentsen, Dag Bruusgaard, Åsa Rytter Evensen, Per F og Ivar Aaraas som redaktører (19). Boken omhandlet allmennlegens roller og arbeidsmåter, ikke symptomer og sykdommer. Boken ble senere oversatt til både svensk og dansk, og representerte således en viktig og interessant allmennmedisinsk eksportvare, som Per F var sentral i. Denne boken var pensum ved alle norske fakultet, som et kjærkomment og konkret tegn på allmennmedisinen som universitetsfag, og var i bruk inntil 2003.

Per F var en viktig inspirator for prosessen som i 1997 endte med utgivelsen av *Allmennmedisin – klinisk arbeid* (20), selv om han selv ikke deltok i dette arbeidet. Han hadde oppfordret andre til å gå videre med en klinisk lærebok etter utgivelsen av boka fra 1991. Men på denne tiden var han på vei ut av formelle posisjoner i allmennmedisin og hadde nye jaktmarker i sikte. Han gledet seg imidlertid stort over det norske læreverkets suksess og eksport til nabolandene (15).

Fra allmennmedisin til sosialmedisin og mye mer

I 1991 meldte Per F overgang fra allmennmedisin til sosialmedisin med å bli profes-

sor i faget, først i Bergen og deretter i Oslo. Da han skiftet beite og bestemte seg for videre innsats med utvikling av den nye sosialmedisinen som ambisjon, kunne han forlate et fag og et fagmiljø i god vekst (7). På ny skulle han utforme sitt medisinske grunnsyn ved å skrive sitt fag. Tematikken var politisk, med rettferdighet, solidaritet og samfunnskritikk som kjerneverdier. Mens vi andre skrev engelskspråklige artikler i internasjonale tidsskrifter, skrev Per F bøker på norsk rettet mot et bredere publikum. Ved å findyrke essayformatet skapte han sin helt særegne formidlingsstil, ganske annerledes og antakelig vel så effektiv som det som i dag gir akademiske tellekanter og publiseringspoeng.

Per Fs eget forfatterskap er omfattende og dekker et bredt register. Folk flest kjenner ham best for kritikk av og visjoner for helse-tjenesten, samfunnet og livet selv. Men i hans mangfoldige publikasjonsliste finner vi også en rekke publikasjoner i tradisjonelt akademisk format der han har skrevet om kliniske problemstillinger og arbeidsformer og bidratt til å sette undervisning av le-

gestudenter på dagsorden (21–25). Per Fs helter var den hjertesyeke fiskeren med sin lengsel mot havet og allmennlegen med sin hverdagsnære kunnskapsbase. Skurkene var tabloidavisene, «de vertikale medisinske spesialistene» og Fremskrittspartiet.

Fortsatt allmennmedisiner i skrift og tale

Det er mer enn 25 år siden Per F forlot allmennmedisinens formelle posisjoner. Men han visste hvor han kom fra i hele sitt faglige liv. Han kunne sin allmennmedisinske ideologi, han var på studiereiser til allmennmedisinske kjernemiljøer i England, USA og Canada, og var oppdatert på litteratur og forskning om de allmennmedisinske kjerneverdier. «Vi må komme oss hjem til allmennmedisinen», sa han, «for å motvirke en medisinsk inflasjon der menneskenes selvbergingsvegne svekkes». Et slikt svart-hvitt-bilde er selvsagt unyansert. Men vi som har latt oss vekke av Per Fs nærvær, vet at han gjerne malte med bred pensel for å få frem de viktigste poengene. Han hadde sin

egen litterære stil, med spissformulert begrepsutvikling («flokkene dine») og kulepunkter («allmennlegens syv krystaller»).

Helt til det siste var Per F også en trofast etterspurt foredragsholder i allmennmedisinske forsamlinger verden rundt (26, 27). Foredragene var ikke alltid like oppdatert på fagets innhold og praktiske utfordringer, og av og til kunne man undre seg over at han framstilte seg selv som så engasjert i et fag han forlot for så mange år siden. Men etter hvert som fagets praktiske innhold ble fjernere for han, konsentrerte han seg om det vi kan kalle allmennmedisinske kjerneverdier: Den personlige legen, tillit, lege-pasientforholdet, den pragmatiske legen, kommunikasjonsferdigheter og rettferdighet (28–34). Dette var tema han hadde sterke synspunkter på, og mange av hans senere prosjekter hadde klar relevans også for allmennmedisinsk praksis i dag (35, 36).

Viktige og varige spor

Vi har kjent Per F og arbeidet nært med han i mange år. Han var ikke bare en visjonær

Per Fugelli og ektefelle Charlotte sammen med Ian og Betty McWhinney, University of Western Ontario, Canada (Hardanger 1988).





Forskningsopphold med sol og faglitterær innsats (Provence 1991).

vekkelsespredikant og retorisk refser, men også en tålmodig og strategisk institusjonsbygger. Innsatsen til Per F gjennom en rekke tiår har satt viktige, tydelige og varige spor i norsk akademisk allmennmedisin, direkte og indirekte gjennom påvirkning av oss som kom etter. Vi vil benytte denne anledningen til å hedre hans innsats for allmennmedisinen. Per F ville være fornøyd om vi kunne bidra til å holde dette faget levende, våkent, undrende, inkluderende og kritisk.

REFERANSER

- Høye S. Allmennlegen – hipp hurra og nam nam! Intervju med Per Fugelli. *Utposten* 2014; 43 (6): 2–5.
- Fugelli P. Helsetilstand og helsetjeneste på Værøy og Røst. Oslo: Universitetsforlaget, 1978.
- Fugelli P. Tilbake til huslegen. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1975.
- Fugelli P. En lesebok. Tekster i utvalg 1969–2014. Oslo: Universitetsforlaget, 2014.
- Fugelli P. Du skal skrive ditt fag. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1984;104: 1343–6.
- Haug K, Hunskaar S. Sigurd Humerfelt (1914–2000) og akademisk allmennmedisin i Bergen 1972–1984. *Utposten* 2001; 30 (2): 16–8.
- Haug K, Hunskaar S. Å bygge et institutt. I: Fugelli P,

- Nylenna M, Bjørndal A (red). Med makten i sitt ord: Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen. Oslo: Unipub forlag, 2003: 33–45.
- Fugelli P, Johansen K (red). Langsomt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
- Fugelli P. Instituttens plass i det almenmedisinske landskap. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1985; 105: 1333–6.
- Fugelli P, Eskerud J, Haug K, Johansen K. Å lage gode leger. Mål og plan for den almenmedisinske grunnutdanningen. Oslo: Universitetsforlaget, 1986.
- Fugelli A. Per: glimt av min far. Oslo: Cappelen Damm, 2014.
- Fugelli P. Med sordin og kanon. Allmennmedisinske artikler og foredrag. Oslo: Tano, 1990.
- Fugelli P, Malterud K. Allmennmedisin – alt-mulig-medisin eller veldefinert spesialitet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1987; 107: 3043–5.
- Fugelli P, Hunskaar S, Maeland JG, Westin S. Training for general practice: a look to Norway. *Fam Med* 1989; 21: 88–90, 150–1.
- Hunskaar S. Felles allmennmedisinsk lærebok i Skandinavia. *Utposten* 2015; 44 (6): 24–7.
- Fugelli P. Lærebøker i almenmedisin. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1981; 101: 582–5.
- Tibblin G, Haglund G. Allmän medicin. Stockholm: Almqvist & Wiksell, 1989.
- Fugelli P. Allmän medicin. *Läkartidningen* 1990; 87: 972.
- Bentsen BG, Bruusgaard D, Evensen ÅR, Fugelli P, Aaraas I (red). Allmennmedisin. Fag og praksis. Oslo: Gyldendal, 1991.
- Hunskaar S (red). Allmennmedisin – Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997.
- Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General practitioners' drug prescribing practice and diagnoses for prescribing: the Møre & Romsdal Prescription Study. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 485–94.
- Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 1997; 314: 1014–8.
- Boonstra E, Lindbaek M, Khulumani P, Ngome E, Fugelli P. Adherence to treatment guidelines in primary health care facilities in Botswana. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 178–86.
- Frich JC, Fugelli P. Medicine and the arts in the undergraduate medical curriculum at the University of Oslo Faculty of Medicine, Oslo, Norway. *Acad Med* 2003; 78: 1036–8.
- Frich JC, Malterud K, Fugelli P. Women at risk of coronary heart disease experience barriers to diagnosis and treatment: a qualitative interview study. *Scand J Prim Health Care* 2006; 24: 38–43.
- Fugelli P. General practice in the megazone keynote lecture, 3rd European Congress on Family Medicine/General Practice, WONCA, Stockholm, 4 July 1996. *Fam Pract* 1997; 14: 12–6.
- Fugelli P. James Mackenzie Lecture. Trust – in general practice. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 575–9.
- Fugelli P, Heath I. The nature of general practice. *BMJ* 1996; 312: 456–7.
- Fugelli P. Clinical practice: between Aristotle and Cochrane. *Schweiz Med Wochenschr* 1998; 128: 184–8.
- Fugelli P. Rød resept. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1998; 118: 1236–9.
- Fugelli P. Mot – alle dyders mor. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 1143–5.
- Fugelli P. Tillit. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 3621–4.
- Brekke M, Fugelli P. Pasientens lege – eller apparatets funksjonær? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 2655.
- Fugelli P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Couns* 2006; 60: 267–71.
- Fugelli P. Døden, skal vi danse? Oslo: Universitetsforlaget, 2010.
- Fugelli P, Ingstad B. Helse på norsk. God helse slik folk ser det. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2009.

Utposten trykker en serie om forskrivning av angst- og sovemedisiner over tre numre – forfattet av psykiater Jørgen G. Bramness og allmennlege Torgeir Gilje Lid. Bakgrunnen for artiklene er følgende forhold:

- Helsedirektoratet har utviklet et nettkurs (<http://helsekompetanse.no/kurs/vanedannende>) for å følge opp innholdet i veilederen IS-2014, «Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet» og spre kunnskaper på fagfeltet.
- Det er stadig endringer i helsekravene til førerkort og forskrivning av legemidler ([https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?](https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen/seksjon?Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692) Tittel=legemidler-helsekrav-til-forerkort-10692), noe man må kjenne til som fastlege.

- En av forfatterne (JGB) sammen med kollega Tom Vøyvik har gitt ut boken *Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner* på Universitetsforlaget tidligere i år. Innholdet i Utposten-artiklene bygger på innholdet i boken.

Artiklene er

- a) God forskrivning av benzodiazepiner i allmennpraksis,
- b) Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping av benzodiazepiner og z-hypnotika og
- c) Vanedannende legemidler og bilkjøring

Toleranseutvikling, seponering og nedtrapping av benzodiazepiner og z-hypnotika

■ JØRGEN G. BRAMNESS • Lege og psykiater, dr.med., seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

■ TORGEIR GILJE LID • Fastlege og postdoktor, spesialist i allmennmedisin, PhD, leder for referansegruppen for rus- og avhengighetsmedisin i Norsk forening for allmennmedisin

Oppstarten av enhver gjennomtenkt forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika bør inneholde en plan om hvor lenge behandlingen skal foregå og hvordan behandlingen skal avsluttes.

Hvis man ikke ser for seg at det vil bli greit å avslutte behandlingen, bør man heller ikke starte den. Dette er et ideelt krav som ikke alltid lar seg følge. Noen vil trenge akutt hjelp uten at det er helt klart hvordan deres situasjon vil være i framtida. Men for kroniske plager, som lengrevarende angstlidelser eller kroniske søvnproblemer bør man tenke seg om både én og to ganger før man starter. Ved langtidsbruk av legemidlene vedlikeholdes pasientens plager framfor å gi hjelp (se forrige artikkel i serien). En del pasienter vil oppleve at disse medikamentene er det eneste som hjelper, mens legen er negativ på grunn av frykt for misbruk og kanskje fordommer overfor pasientgruppen. Informasjon om toleranseutvikling kan gjøre det lettere å forstå legens 'forskrivningsvegring' som et forsøk på å hjelpe i stedet for som et uttrykk for manglende vilje til å hjelpe. Det er nyttig å utforske pasientens egne erfaringer. Kanskje kan disse forklares ut fra farmakologisk kunnskap om benzodiazepiner og z-hypnotika.

Toleranseutvikling

Ved jevnlig bruk oppnår man toleranse for benzodiazepiners og z-hypnotikas virkninger. Brukt hver dag i tre til fire uker har man det ikke bedre med disse medisinene enn det man ville hatt uten. Toleranseutviklingen er så å si fullstendig for den søvnframbringende effekten. For angstdempende effekt er det også betydelig toleranseutvikling, men det er noe diskutert om den er like stor. Uheldigvis er det ikke den samme toleranseutviklingen for bivirkninger, som nedsatte psykomotoriske ferdigheter eller nedsatt kognitive evner. Det betyr at ved jevnlig bruk sitter man igjen med nesten bare bivirkninger.

Når pasienten kan oppleve det annerledes er det fordi han eller hun merker at benzodiazepinene eller z-hypnotikaene virker hver gang, og at de klarer seg dårlig uten. Her forveksler pasienten den akutte virkningen med konsekvenser av toleranse. Det er stor forskjell på timene etter man har inntatt eller latt være å innta en sovetablett. Men når toleranse er oppnådd sover man ikke bedre med sovetabletter enn

uten. Ja, i visse henseende sover man dårligere. Stopper man bruken kan man vende tilbake til en mer normal søvn, men det kan ta tid. Ved lengre tids jevnt forbruk får man abstinenser når man avslutter behandlingen. Men ut fra resonnementet over blir det å fortsette behandlingen mer en unngåelse av abstinenser enn behandling av det til grunnliggende symptomet.

Mange bruker benzodiazepiner i mye lengre perioder enn de to til fire ukene som anbefales av myndigheter og produsenter. Man kan argumentere med at anbefalingene må sees på som «for sikkerhets skyld»-medisin, og at det empiriske grunnlaget for en så streng linje er nokså dårlig. Dessuten bruker mange disse midlene *intermitterende*. Det vil si at de tar dem noen få ganger i måneden eller toppen noen ganger i uka (1). Da er toleranseutviklingen betydelig mindre, og man kan oppleve stadig ny effekt av medisinen. Det blir mer et filosofisk spørsmål om dette er et brudd med anbefalingene om kun korttids bruk.

Avslutte behandlingen?

Av til tenker du at pasienten bør stoppe eller redusere bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika. Det kan være at du synes bruken har pågått for lenge, at du ser en økning i bruken og er bekymret, at du tror

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.

Seponering og benzodiazepiner



Artikkelforfatter Jørgen Bramness er medforfatter av boken *Rasjonell bruk av angst og sovemedisiner* – utgitt av Universitetsforlaget i 2017.

pasienten kanskje vil sove bedre eller ha mindre angst uten, at problemet de startet bruken med er over eller at det kommer i konflikt med førerkortforskriften (se neste artikkel i denne serien). Det er viktig å involvere pasienten i disse betraktningene. Dette må selvsagt gjøres med takt og en følsomhet for pasientens situasjon, og formen vil derfor variere fra pasient til pasient. Det sentrale er å formidle at dette handler om å gi pasienten bedre hjelp, ikke om kontroll eller begrensninger.

Som ved mye helserelatert atferd, vil noen endre seg tilsynelatende problemfritt, bare de får den nødvendige informasjonen. Noen ganger slutter pasienten på dagen etter at han eller hun fikk vite at det ikke var bra å røyke, eller det kuttet på alkoholforbruket når man får vite at leververdier er litt høy. Av og til vil et brev som forklarer situasjonen eller en kortere samtale på legekontoen være nok til å sette i gang en endring og en endringsprosess (2).

Andre ganger er det ikke så enkelt. Pasienten kan fremdeles ha angst eller søvnproblemer. Han eller hun har kanskje forsøkt å klare seg uten noen ganger, men har opplevd det som vanskelig. Bare tanken på å være uten disse medisinene skaper engstelse. Som regel har pasienten selv tenkt tanken om at dette ikke er bra eller har blitt møtt med kritikk av andre. Den informasjonen du kommer med er ikke ny eller uventet, men kjent og fryktet.

Noen kolleger blir så frustrert over stadig krav fra sine pasienter om benzodia-

zepiner eller z-hypnotika at de finner ut at *de må sette ned foten. Her må det bli stopp!* Da blir seponeringen av benzodiazepiner eller z-hypnotika en ensidig legehandling. Det finnes lite forskning på hvordan dette går for pasienten. Vi tror at det i beste fall oppleves som nokså hardt og uforsonlig av pasienten, og det er ikke dokumentert at pasienter oppnår vellykket seponering på en slik måte. Mange pasienter bytter nok heller lege eller finner andre løsninger.

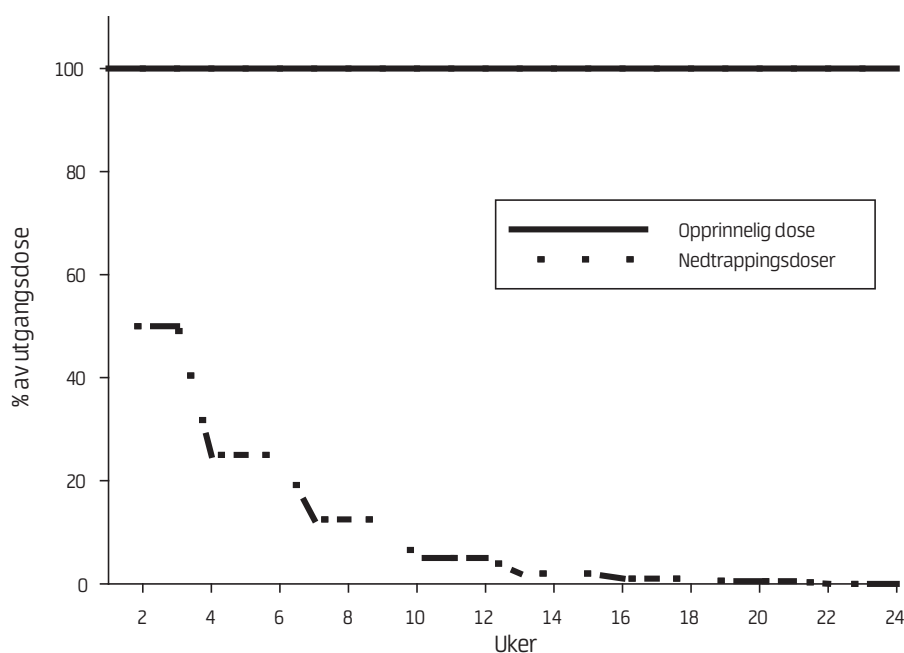
Motivasjon

For dem som trenger hjelp til å avslutte bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør ikke det å seponere eller redusere bruken være første tiltak. Først bør man undersøke motivasjon, skape allianse, eksplorere mulighetene for endring. Vi skal ikke her gjennomgå alle elementene av motiverende intervju (MI), som er en teknikk med bred anvendelse, bare nevne noen elementer som kompaniskap, aksept, medfølelse og levendegjøring. Samtalene bør være utforskende og med fokus på endring og muligheter for endring i stedet for på hva som har vært. Pasientens egne muligheter og ressurser og pasientens selvbestemmelse bør være sentrale i samtalene. Hva er viktig for pasienten her og nå, og hva er viktig på lengre sikt? Noen ganger vil pasienten se at medikamentbruken motvirker muligheten til å nå disse målene. Men bruken har også vært en mestringsstrategi, og man må også jobbe med alternative mestringsstrategier. Her

må man også snakke om alkohol og andre rusmidler. Alkohol samvirker med benzodiazepiner og z-hypnotika på ulike måter. De kan brukes til å dempe de samme plagene, de kan potensielt hverandre og både forsterke og dempe hverandres bivirkninger. Kanskje har også medikamentene gjort det mulig å redusere et tidligere høyt alkoholforbruk, med fare for økt forbruk igjen hvis forskrivningen kuttes. Det er viktigere å finne strategier som muliggjør noe bedring enn å løse alle utfordringene.

På denne måten får jeg jo ikke alle som burde slutte til å slutte, innvender du kanskje. Nei, slik er det. Det ville være rart om du som Norges eneste fastlege fikk til dette med alle. Kanskje skal ikke alle slutte. Som nevnt over, er det ofte slik at de legene som setter ned foten og blir absolutte, ikke oppnår at pasienten slutter med disse legemidlene, men at de heller slutter med legen. Det kan være bedre for deg at pasienten går til en annen lege, men er det bedre for pasienten? Av og til er svaret ja, men ofte(st?) nei. Du bør i noen tilfeller spørre deg om det er riktig at hver konsultasjon skal bli en krangel om forskrivning av disse legemidlene. Kanskje kan man redusere kranglingen til én gang i halvåret eller sjeldnere? Noen ganger er fortsatt forskrivning det eneste realistiske alternativet.

Men vi oppfordrer til å invitere pasienten med på en reise. Å avslutte langvarig bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika er en krevende jobb. Pasienten vil oppleve abstinenser, og det vil være vanskelig å holde motiva-



FIGUR 1.

Eksempel på poliklinisk nedtrapping av benzodiazepiner. Man kan starte med å ta bort halvparten av dosen i begynnelsen og så tenke halvering etter hver andre til tredje uke (lengre for eldre pasienter). Det er viktig at nedtrappingshastigheten er et tema for samtale mellom pasient og behandler.

sjonen oppe. Som fastlege kan du være der som en støtte på reisen mot medikamentfrihet. Dette tar tid. Ofte vil ikke pasienten oppleve hvordan livet er uten medikamenter før det har gått en tid etter siste tablett. Man kan inngå «kontrakter» med pasienter om at hvis ikke livet er bedre uten disse medisinene seks måneder etter siste tablett, så starter vi opp igjen. Dette kan trykke pasienten på at det man er med på ikke er et slags moralsk korstog eller noe som gjøres for å holde legens rygg fri, men er et forsøk på å hjelpe.

Det ligger som en forutsetning her at den tilgrunnliggende tilstanden som utløste bruken av medikamentene er behandlet eller over. Det kan ha vært at det var en livskrise som utløste det, den har kanskje passert. Det kan være en tilgrunnliggende angstlidelse som er behandlet på andre måter. Søvnproblemer behandles ofte best med annet enn medikamenter. For behandling av den tilgrunnliggende lidelse henvises det til annen medisinsk litteratur.

Nedtrapping

Ikke alle pasienter behøver å trappe ned, noen kan bare seponere. Bruker man én tablett nå og da eller til og med så mye som to sovetabletter hver kveld vil mange ikke ha nytte av å trappe ned. Men om man bruker et visst nivå av benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør man trappe ned. Hvor høyt dette visse nivået er, kan diskuteres. Men om man bruker til sammen mer enn ekvivalenten til 10–20 mg diazepam hver dag vil mange synes det er for tøft å slutte brått. Bruker man

riktig mye benzodiazepiner kan det være farlig å brå-seponere, fordi man kan få et benzodiazepin-delir. Dette er potensielt livstruende og innebærer sykehusbehandling, med re-innsetting av benzodiazepiner. Det kan være vanskeligere å gjenkjenne et benzodiazepin-delir enn et alkoholisk delir fordi det kan komme sent og være mer snikende.

Mange som synes det er vanskelig å slutte med benzodiazepiner og z-hypnotika har gjort tidligere forsøk med brå-seponering og har opplevd dette som vanskelig. De kommer til legen med negative erfaringer. Det er viktig å kommunisere med pasienten om hans eller hennes erfaringer på dette området. Erfaringene fra tidligere avslutninger kan være veiledende i forhold til hvordan avslutningen skal foregå framover.

Nedtrappingen bør foregå trinnvis. Man kan ta ganske store trinn i begynnelsen, men må ta mindre etter hvert (FIG. 1). Når man først har bestemt seg for å begynne, kan man godt ta bort halvparten av dosen først. Ut over det er det vanskelig å bli veldig konkret med hensyn til størrelsen på trappe-trinnene. Hvor mye abstinenser hver pasient vil oppleve og hvordan han eller hun vil mestre dette vil variere sterkt. Men antagelig er summen av de abstinenser hver enkelt pasient opplever nokså konstant om man velger å ta små eller store trinn. Pasientens erfaringer og ønsker bør i stor grad styre størrelsen på trinnene man tar. Ved store doser blir det mange trappetrinn over lang tid – vi snakker om måneder framfor uker.

Hvor lenge man skal vente mellom hvert trinn i nedtrappingen bestemmes av lege-

middelets terminale eliminasjonshalveringstid ($T_{1/2}$) og kunnskapen om at ny stabil konsentrasjon («steady state») oppnås etter ca. fem ganger $T_{1/2}$. Mange benzodiazepiner har en $T_{1/2}$ rundt ett døgn og det indikerer at man ikke må trappe ned oftere enn én gang i uka. Ofte er det lurt å la pasienten «komme seg» mellom hvert trinn. Mange bruker derfor å ta ett trinn annen hver uke. Husk at for eldre mennesker kan man ha en betydelig øket $T_{1/2}$ og da er det viktig å vente enda lengre mellom hvert trinn. For de fleste pasienter er det viktig med jevnlig møter i hele nedtrappingsperioden for å kontrollere at man ikke tar for store trinn. De siste milligrammene vil ofte kreve lang tid før seponering.

Om pasienten bruker flere ulike benzodiazepiner og/eller z-hypnotika kan det være riktig å konvertere til ett benzodiazepin. Det er ikke store prinsipielle forskjeller mellom benzodiazepinene, ut over potensforskjellen. Ved konvertering til f.eks. diazepam må man sørge for tilstrekkelig dose, men diazepam har den fordelen at det finnes i tilstrekkelig lave styrker til at det er mulig å administrere små trinn mot slutten av nedtrappingen. Om man skal trappe ned flere ulike vanedannende legemidler er det oftest ikke benzodiazepiner og z-hypnotika man skal begynne med. Noen mener det er rett å ta disse midlene til sist, men her kan mange hensyn komme i betraktning.

Ved nedtrapping i avdelingen kan man gå betydelig fortere fram. Man har som regel ikke anledning til å ha pasientene inneliggende i flere måneder for å trappe ned. Dessuten kan man følge pasienten på en medisinsk sikker måte. Man trapper ned større trinn med færre dager for at pasienten «skal komme seg». Selv store doser kan tas i 3–5 trinn. Man styrer ofte ut fra en skåring av pasientens abstinenser gjennom å bruke en skala kalt CIWA-B (3). Dette kan også være aktuelt hvis nedtrapping foregår i sykehjemsavdeling eller i kommunale akutte døgnplasser (KAD). KAD gir gode muligheter for gi bedre hjelp til pasienter som ikke klarer hele nedtrappingen alene.

REFERANSER

1. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Nor Epidemiol.* 2011; 21: 35–42.
2. Mouland G. Praktiske råd om nedtrapping av benzodiazepiner. *Tidsskrift for Den norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række.* 2001; 121: 2394–5.
3. Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of clinical psychopharmacology.* 1989; 9: 412–6.

■ JGUSTA-B@ONLINE.NO
■ GILJELID@GMAIL.COM

ENERGITYVER OG

– tiltak mot vedvarende utmattelse

■ TORKIL BERGE | ELIN FJERSTAD

Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus

Hun setter seg ytterst på stolen. Ser plaget og anspent ut. Hadde jeg ikke visst bedre, ville jeg tenkt angst og uro. Men det er mestrings. Mestrings av utmattelse. For om hun setter seg godt til rette i stolen og puster med magen, er hun redd for å falle sammen. «Det var så vidt jeg kom i dag», sier hun, «Jeg våknet på en 9'er». «Og så kom du likevel?» «Ja, det sto på planen, vet du, time hos deg, Jeg valgte å følge planen heller enn å lytte til kroppen og krype under dynen igjen, er jeg ikke flink! Men jeg tok T-banen, og lot bilen stå. Kan jo ikke kjøre bil på en 9'er når 10 er helt utladet».

Helten i denne historien er Anne Lise, en kvinne på 43 år. For to år siden fikk hun leddgikt. Som lyn fra klar himmel. Frisk den ene dagen, sengeliggende med store smerter den neste. Heldigvis fikk hun etter en lang og tung tid med utprøving, medisiner som hjelp, og betennelsen, smertene og stivheten er nesten borte, i hvert fall i perioder. Men ikke utmattelsen, den henger i og setter stengsler for livet. Hun er en av mange pasienter som har fått et behandlingstilbud for vedvarende utmattelse som vi har utviklet ved Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken, Diakonhjemmet Sykehus. Tiltakene baserer seg på kognitiv atferdsterapi, som er en dokumentert tilnærming til kroppslig og mental utmattelse ved sykdom (1, 2, 3). Tilbudet er for alle med sykdom og utmattelse, for eksempel kreft, revmatisk sykdom, mage-tarmsykdom, KOLS, diabetes, multippel sklerose, hjertesykdom og ME/kronisk utmattelsessyndrom.

Gjennom midler fra ExtraStiftelsen fikk vi mulighet til å lage tre manualer, en for individualbehandling (ni timer), en for kurs (seks samlinger) og en for veiledet selvhjelp i samarbeid med fastlege og annet helsepersonell. Alt som inngår i disse oppleggene, med konkrete tiltaksbeskrivelser og dagsorden time for time, hjemmeoppgaver, oppsummeringsark og selvhjelpshefter til pasientene, er fritt tilgjengelig på hjemmesiden

til Norsk Forening for Kognitiv Terapi, www.kognitiv.no, under temaet vedvarende utmattelse. Dersom du er allmennpraktiserende lege og har pasienter med utmattelse som ønsker å jobbe på denne måten, anbefaler vi deg å prøve ut opplegget for veiledet selvhjelp. I denne artikkelen vil vi gi noen råd om hvordan du kan bruke manualen i samarbeidet med egne pasienter.

Hva er veiledet selvhjelp?

Veiledet selvhjelp er en metode for systematisk samarbeid mellom pasient og helsepersonell, for eksempel fastlege, der pasienten selv står for gjennomføringen av tiltakene. Pasienten prøver systematisk ut forslagene på nettsiden og drøfter sine erfaringer underveis med deg som lege. Sett av minimum tre samtaler til dette, gjerne flere, med minimum 15 minutters varighet. Samtalene kan både skje ansikt til ansikt og over telefon. Det er viktig at det etableres et forutsigbart og forpliktende samarbeid, og at du som lege kjenner til de sentrale elementene i opplegget. Da kan du hjelpe pasienten til å legge vekt på det som er mest relevant, og peke fremover ved å vise til hva som kommer som neste tema.

Det er ikke alle pasienter som vil ønske å benytte veiledet selvhjelp. Noen synes det er vanskelig å tilegne seg det skriftlige materiel-

let eller at det blir altfor mye å sette seg inn i. Andre kan ha vansker med å mobilisere selvdisiplinen og tålmodigheten som et slikt opplegg unektelig krever. Men spør gjerne pasienter du tror kan ha sans for denne måten å samarbeide på, og du vil nok oppleve at mange vil si seg interessert, særlig når de har fått en forsmak på hva det dreier seg om, for eksempel ved å lese informasjonsskrivet om hvordan utmattelse kan forstås. Mange pasienter ønsker verktøy de kan bruke for å navigere i en slitsom hverdag, kunne snu negative og energitappende tankemønstre og styrke påvirkningskraften i eget liv.

Et folkehelseproblem

Vedvarende utmattelse («fatigue») er et vanlig symptom ved en rekke sykdommer. Tilstanden kjennetegnes av en overveldig følelse av tretthet og mangel på energi der hvile ofte ikke hjelper. Tvert om kan inaktivitet gjøre ondt verre ved å føre til nedsatt kondisjon og styrke, langtidsfravær fra arbeidslivet og sosial isolasjon. Ved siden av smerte er utmattelse det symptomet som pasientene opplever begrenser dem mest, spesielt i møte med yrkeslivet (4). Samtidig gir mange av dem uttrykk for at det er et problem de i liten grad opplever å få hjelp med fra helsetjenestene (5, 6).

Forekomsten av vedvarende utmattelse varierer, avhengig av hvilke kriterier og måleinstrumenter som brukes, samt hvilke sykdommer det dreier seg om (7). Ved leddgikt opplever 40 prosent vedvarende og alvorlige symptomer på utmattelse (8). Ved kronisk utmattelsessyndrom/ME er utmattelse som ikke avhjelpes gjennom hvile, selve hovedkriteriet for diagnosen. Ved kreft er utmattelse svært vanlig, delvis som følge av bivirkninger av behandlingen, og kan vare i flere år etter at pasienten er friskmeldt (9, 10). Utmattelse har store negative konsekvenser for pasienten selv og for samfunnet, og er forbundet med arbeidsfravær og uførhet.

ENERGIGIVERE

hos pasienter i allmennpraksis

ILLUSTRASJON: FOTO: CALOUREUX

Mange årsaker

Det er flere årsaker til utmattelse, og det som i sin tid utløste utmattelsen kan være noe annet enn det som bidrar til å opprettholde den. Utmattelse er ikke enten fysisk eller psykisk, men et resultat av samspillet mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Med de biologiske faktorene menes hvordan sykdommen eller behandlingen påvirker kroppen, for eksempel inflammasjon, smerter og nedsatt kondisjon. De psykologiske faktorene inkluderer pasientens tanker om og forståelse av sykdom og utmattelse, bekymringer, depressive plager og under- eller overaktivitet. De sosiale faktorene omfatter situasjonen man lever i; arbeid, skole, støtte eller mangel på støtte. Stikkord er omsorgsoppgaver, økonomiske problemer, familiebelastninger eller konflikt, og vansker med NAV og andre offentlige hjelpeinstanser.

En kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming

Å ha sykdom og plager med utmattelse innebærer å leve med mindre energi til rådighet enn det hverdagen krever. Det er

nødvendig å prioritere aktiviteter og finne en god balanse mellom aktivitet og hvile. Både over- og underaktivitet bidrar til å opprettholde og forsterke utmattelsen. Å endre handlingsmønstre og vaner man kanskje slett ikke ønsker å forandre på, er imidlertid krevende. En annen viktig oppgave er å passe på at utmattelsen ikke tar all oppmerksomhet, slik plagsomme symptomer har lett for å gjøre. Dessuten er målet å unngå psykiske plager i kjølvannet av utmattelsen og de innskrenkninger for livsutfoldelsen denne medfører. Depresjon samtidig med utmattelse er alvorlig fordi depresjon fungerer som en forsterker på alle andre former for kroppslige, psykiske og sosiale plager og problemer. Depresjon ernærer seg på passivitet – nettopp det utmattelse fører med seg. For å forebygge og håndtere disse problemene trenger man kunnskap, strategier og mentale ferdigheter, noe manualene som her beskrives er rettet mot.

Målgruppen for tiltakene er alle pasienter med vedvarende utmattelse som ikke avhjelpes gjennom hvile. Noen har mental utmattelse og problemer med hukommelse og konsentrasjon. Tiltakene er et supple-

ment til medisinske og ikke-medisinske behandlingstiltak, og pasienten vil ha behov for medisinsk utredning. Samtidig kan pasienten anvende verktøyene som han eller hun tilegner seg, til å styrke motivasjon for og evnen til å gjennomføre annen behandling, for eksempel fysisk trening.

Manualene for henholdsvis individuell behandling, kurs og veiledet selvhjelp har lik oppbygging og mye av det samme innholdet, består av fire deler og beskriver innhold, struktur og hjemmeoppgaver time for time. Del 1 presenterer en biopsykososial forståelse av utmattelse og verktøyet "diamanten" som er nyttig for å sortere kroppreaksjoner, tanker, følelser og handlinger forbundet med utmattelse i konkrete situasjoner. Del 2 tar for seg hverdagens gjøremål med aktivitetskartlegging og aktivitetsplanlegging. Del 3 går inn på de mentale verktøyene og tiltak mot kvernetanker i form av u hensiktsmessig bekymring og grubling. Del 4 er en oppsummering og en plan for veien videre. Opplegget bygget på selvhjelpsboken *Energyivene*. Utmattelse i sykdom og hverdag (11), og er også beskrevet i andre bøker (12, 13).



Kartlegging og planlegging av aktiviteter

Det er to handlingsmønstre som er spesielt uheldige ved utmattelse. Det ene er overaktivitet med for lite hensyn til kroppens behov. Det andre er underaktivitet, med passivitet og mangelfull bruk av kroppen som stjeler energi. Dessuten vil mange pasienter skifte mellom under- og overaktivitet: Hvis de følger seg mer opplagt, er det fort gjort å bli for aktiv – endelig har de krefter til å gjøre det de ønsker. Da er det lett å arbeide for intenst og for lenge med for lite hvile, noe som fører til utmattelse. Et eksempel er å gjøre altfor mye på en god dag og risikere å bli utmattet fordi man gjør mer enn man tåler.

Et viktig mål i tiltakene som beskrives i manualen er å komponere en hverdag med optimal balanse mellom aktivitet og hvile. Det innebærer at pasientene prioriterer hva de gjør i hverdagen ut fra sine behov, forpliktelser og verdier, fordeler gjøremål mer jevnlig på ukedagene og balanserer energikrevende aktiviteter med energigivere. Første skritt er å registrere aktiviteter i en uke, der pasientene i stikkordsform skriver ned hva de gjør og når de gjør det. Slik får de en oversikt over hvordan aktiviteter påvirker energinivå og sinnsstemning, for eksempel at de har større søvnproblemer i helgen, at de er mest aktiv tidlig på dagen og slukner på sofaen om ettermiddagen. Selv om det oppleves som krevende å registrere, er gevinsten at de får samlet inn informasjon som kan brukes i arbeidet med å få mer styring over eget liv. Under kartleggingen er man også opptatt av at pasienten registrerer hvile. Hvile kan være å legge seg ned, men også kloke aktiviteter som gir ro og konsentrasjon, kan gi restitusjon.

Dessuten skal pasientene registrere grad

av utmattelse, ved å sette et tall på hvor sliten de er, fra 0 til 10. I begynnelsen vil det føles kunstig å sette tall på ubehaget, men etter hvert øver de opp evnen til raskt å gradere utmattelsen på sin egen subjektive skala uten at de behøver kjenne mye etter eller bruke mange ord i beskrivelsen, noe som er slitsomt i seg selv. Ved å trene opp evnen til å gradere blir det lettere å se at utmattelsen kan påvirkes, noe som styrker mestringstro og følelsen av kontroll.

Neste fase er å sette opp en aktivitetsplan som gir økt balanse i og kontroll over egen hverdag, og tilpasset variasjon mellom ulike oppgaver og gjøremål. Aktivitetsplanen er også et virkemiddel for ønsket vane- og livsstilsendring.

Mentale strategier

Utmattelse krever mental styrke – det gjelder å kunne gi plass til det som gir livskvalitet til tross for utmattelse og plager, og å unngå at symptomet tar regien på dagen. Du må snakke til deg selv på en konstruktiv måte som er til hjelp og ikke til hinder eller skade. Da gjelder det at du er deg bevisst hvilke tanker du skal lytte til og hvilke du skal la fare. Det betyr ikke å undertrykke negative tanker eller å tenke urealistisk positivt, for det er et umulig prosjekt og vil bare gjøre vondt verre. Men, du har mulighet til å påvirke hvor mye oppmerksomhet du gir de negative tankene, hvor mye du velger å tro på dem og hvilken innflytelse de skal få over deg.

Det å snu uhensiktsmessige tankemønstre krever systematisk jobbing. Første fase er å øve på å legge merke til hvilke tanker som stjeler energi, ta stilling til deres gyldighet og funksjon, og nyansere ved å hen-

te frem alternative tanker som kan være mer konstruktive og støttende. Andre fase er hurtig å identifisere de negative tankene når de kommer, og la være å gi dem oppmerksomhet, uten å prøve å undertrykke dem. Dette gjelder både når de kommer som negative automatiske tanker og som gjentakende og utmattende kvernetanker i form av grubling over fortiden og bekymring for fremtiden. I manualen er det en rekke forslag til konkrete metoder og mentale verktøy som pasientene kan trene seg på å bruke.

Tips til deg som lege om gjennomføring av veiledet selvhjelp

Hensikten er at pasientene lærer verktøy for selvhjelp. Det betyr at dere i samtale bærer prioritere selve verktøyene mer enn en detaljert gjennomgang av problemene pasientene har i sin hverdag. Disse problemene vil selvsagt bli tematisert, men da med vekt på hvordan pasientene best kan tilpasse og anvende verktøyene, og hvordan de kan støtte seg selv på en konstruktiv måte i de vanskelige situasjonene. Få her frem holdningen du ønsker at pasientene skal ta med seg, nemlig å støtte seg selv på en hjelpsom måte når de har det vanskelig.

Spør pasientene om hvordan det vil være å lese når mental utmattelse svekker konsentrasjon og hukommelse. De kan kompensere ved å dele inn leseoppgaven i håndterlige porsjoner, ha pauser og skrive stikkord for å huske poengene.

Informasjonshefte, arkene for hjemmeoppgaver og oppsummeringsarkene i manualen er en hjelp til å huske. Dessuten kan det være lurt at pasientene noterer viktige ting som blir sagt og avtalt i samtale med deg. Informer om at undersøkelser fra pasienter som har vært til en vanlig konsultasjon hos allmennpraktiserende lege, viser at et flertall glemmer mye av hva det ble snakket om like etterpå.

Spør om hvilke hindringer som kan oppstå for å få gjennomført oppgavene i manualen, og hvordan pasientene tenker at de kan passere disse barrierene. Hvor, når og hvordan vil de gå frem? Be dem om å se for seg de krevende situasjonene, og spør etter konkrete løsninger.

Fortell pasienten at det kan være nyttig å bruke en medhjelper, enten et familiemedlem, en venn eller en arbeidskollega, som kan innvies i prosjektet og være en støtte-spiller. Viktige oppgaver for medhjelperen er å lese og drøfte selvhjelpsmateriellet og være en samtalepartner om gjennomføring av tiltak.

Avslutning

Vedvarende utmattelse er et folkehelseproblem, og det er viktig med tiltak som når bredt og som bidrar til hjelp til selvhjelp og mobilisering av pasientenes ressurser. Vi anbefaler deg som allmennpraktiserende lege å gjøre deg kjent med manualen og å vurdere å bruke den i din praksis, gjerne ved å spørre pasienter som Anne Lise om dette er noe de vil gjøre i samarbeid med deg.

«Hva har du fått ut av dette samarbeide, Anne Lise?», spør jeg i vår siste samtale. «Vel, det har vært slitsomt, men nå har jeg regien. Før hadde jeg ingen kontroll, og utmattelsen snappet liksom dagene mine. Jeg har justert ned listen og ambisjonsnivået, men pussig nok har jeg likevel følelsen av å få gjort mye mer, til og med mange aktiviteter jeg liker og ikke bare det jeg absolutt må gjøre. Dessuten holder jeg bedre styr på energityvene mellom ørene, alle bekymringene jeg hadde. Jeg er fortsatt sliten, men ikke på samme oppgitte og desperate måte. Jeg har håp nå, håp om at jeg skal klare å begynne i jobb igjen».

REFERANSER

1. Cramp F, Hewlett S, Almeida C et al. Non-pharmacological interventions for fatigue in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Aug 23; 8:CD008322. doi: 10.1002/14651858.CD008322.pub2.
2. Evers AW, Kraaijmaat FW, van Riek PL. Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: a randomized control trial, 2002. *Pain*, 100, 141–53.
3. Hewlett S, Ambler N, Almeida C, Cliss A, Hammond A, Kitchen K, Knops B, Pope D, Spears M, Swinkels A, Pollock J. Self-management of fatigue in rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial of group cognitive-behavioural therapy, 2011. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 70, 1060–67.
4. Tretharne GJ, Lyons AC, Hale ED et al. Predictors of fatigue over 1 year among people with rheumatoid arthritis, 2008. *Psychology, Health and Medicine*, 13, 494–504.
5. Van Kessel K, Moss-Morris R, Willoughby E, Chalder T, Johnson MH, Robinson E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue, 2008. *Psychosomatic Medicine*, 70, 205–13.
6. Feldthusen C, Björk M, Forsblad-d'Elia H, Mannerkorpi K. Perception, consequences, communication, and strategies for handling fatigue in persons with rheumatoid arthritis of working age – a focus group study. *Clinical Rheumatology*, 2013, 10, PMID 23292480.
7. Stebbings S, Herbison P, Doyle TC et al. A comparison of fatigue correlates in rheumatoid arthritis and osteoarthritis: disparity in associations with disability, anxiety and sleep disturbance, 2010. *Rheumatology*, 49, 361–67.
8. Repping-Wuts H, van Riel P, van Achterberg T et al. Persistent severe fatigue in patients with rheumatoid arthritis, 2007. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 377–83.
9. Kangas M, Bovbjerg DH, Montgomery GH. Cancer-related fatigue: A systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients, 2008. *Psychological Bulletin*, 34, 700–41.
10. Radbruch L, Strasser F, Elsner F et al. Fatigue in palliative care patients – an EABC approach, 2008. *Palliative Medicine*, 22, 13–32.
11. Berge T, Dehli L, Fjerstad E. *Energityvene. Utmattelse i sykdom og hverdag*. 2. utgave. Oslo: Aschehoug, 2016.
12. Berge T, Fjerstad E. *Vedvarende utmattelse*. I: Berge T, Repål A, red. *Håndbok i kognitiv terapi*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk, 409–20, 2015.
13. Berge T, Fjerstad E. *Lev godt med sykdom*. Gyldendal Akademisk, 2016.

■ TORKIL.BERGE@DIAKONSYK.NO
■ ELIN.FJERSTAD@GMAIL.COM

HELSEDIREKTORATET PUBLISERTE I VÅR EN NY Svangerskapsdiabetes og kriterier for testing – implika

■ INGVILD FELLING MEYER • Seniorrådgiver/lege i Helsedirektoratet

■ ANNE KAREN JENUM • Professor, Avdeling for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Retningslinjen ble utarbeidet av en arbeidsgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet. Erfarne klinikerne og helsepersonell innen fagfeltet var med: professorer og overleger i endokrinologi, gynekologi/obstetikk og allmennmedisin, samt ernæringsfysiolog, diabetessykepleier, jordmor og fastlege.

Vi fulgte prinsippene for en kunnskapsbasert praksis etter GRADE-metodikken. Retningslinjen ble 28. april 2017 publisert i et elektronisk format som gjør at den viktigste informasjonen for klinikerne – selve anbefalingene – er løftet fram, mens vurderingene som ligger til grunn for anbefalingene er lett tilgjengelig ved å klikke på underliggende faner. Bakgrunnen for revisjonen er mye ny kunnskap om svangerskapsdiabetes, både om årsaker, konsekvenser på kort og lang sikt, samt om effekt av behandling.

Hva er svangerskapsdiabetes?

Svangerskapsdiabetes har tidligere vært definert som hyperglykemi som oppstår eller diagnostiseres under svangerskapet, og ble ansett som en sykdom relatert til graviditeten. I dag anses svangerskapsdiabetes ikke primært som en sykdom, men heller som en tilstand som oppstår og erkjennes i svangerskapet, men som indikerer økt risiko for komplikasjoner for mor og barn på kort og lang sikt. Tilstanden skyldes vanligvis en kombinasjon av insulinresistens og redusert evne til økt insulinproduksjon fra betacellene i pankreas. Den fysiologiske økningen i insulinresistens starter hos alle gravide i 2. trimester. I siste del av svangerskapet er insulinresistensen 40–60 prosent høyere enn utgangsverdien hos alle gravide. Dette tilskrives hovedsakelig virkninger av hormoner fra placenta, og antas å være en evolusjonsmessig gunstig fysiologisk endring for å sikre fosteret nok næringsstoffer også i

situasjoner med mangelfullt næringsinntak hos mor.

Overvektige kvinner vil ha økt insulinresistens allerede før de blir gravide, og blir tilsvarende mer insulinresistente i løpet av svangerskapet. Insulinresistensen varierer også mellom etniske grupper og er særlig høye hos sør-asiater. Kvinner som ikke har så god reservekapasitet i betacellene og derfor ikke kan øke insulinutskillelsen nok som svar på de økte behov i svangerskapet, vil kunne få en økning i glukosenivået til over de diagnostiske grenser for svangerskapsdiabetes. Disse kvinnene har ikke nødvendigvis overvekt eller fedme. Dette er hovedgrunnen til at også unge eller normalvektige kvinner kan få svangerskapsdiabetes.

Det er ingen internasjonal konsensus om de diagnostiske kriteriene for svangerskapsdiabetes. WHO's tidligere kriterier som vi tidligere har brukt i Norge, bygde på kvinnes senere risiko for diabetes. I Nord-Amerika har man brukt andre kriterier. I 2013 kom imidlertid WHO med en ny definisjon som var i samsvar med råd som ble publisert i 2010 fra en internasjonal gruppe ledet av International Association of Diabetes and Pregnancy Study Group (IADPSG). Disse kriteriene er basert på sammenhengen mellom mors glukosenivå i svangerskapet og ugunstige utfall hos barnet. De bygger på HAPO-studien (*Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes*) – en stor multisenterstudie fra ni ulike land som inkluderte over 23 000 gravide fra alle verdensdeler. Her fant man en lineær sammenheng mel-

lom glukose, målt fastende og én og to timer etter glukosebelastning, og komplikasjoner hos barna. Dette gjør det vanskelig å definere diagnostiske kriterier (se under). Det ble også klart at fastende glukose langt ned i normalområdet var ugunstig for barna. Funnene er senere bekreftet i en stor metaanalyse og systematisk oversiktsartikkel som ble publisert i BMJ i september 2016 (som inkluderte 25 studier og over 200 000 gravide kvinner).

Helsekonsekvenser av svangerskapsdiabetes for mor og barn

Kvinner med svangerskapsdiabetes har økt risiko for preeklampsi, hypertensjon, nedsett placentafunksjon, og flere trenger keisersnitt og andre operative forløsninger. Mønsteret er det samme som hos mødre med diabetes, men komplikasjonene er stort sett mildere. De mest alvorlige fødselskomplikasjonene er fosterdød eller fastsittende skuldre med asfyksi. Dette er i stor grad en følge av makrosomi hos barnet eller at det er stort for gestasjonsalder. Høyt glukosenivå også hos fosteret stimulerer dets insulinproduksjon og vekst, først og fremst mer deponering av fett. Det har vist seg ekstra vanskelig å få en korrekt estimering av fostervekt ved ultralyd når barnet som følge av dette har en stor abdominalomkrets eller store hudfolder i nakke og skulderregion. Men enkelte barn av mødre med svangerskapsdiabetes vokser mindre enn normalt pga. dårlig placentafunksjon og blir små i forhold til gestasjonsalder. Ikke minst på slutten av svangerskapet kan en dårligere placentafunksjon også ramme de store barna som trenger særlig mye næring og oksygen. Dette er viktig også på lengre sikt fordi vi i dag vet at både barn som er små og store ved fødsel i forhold til gestasjonsalder har økt risiko for fremtidig fedme, type 2-diabetes og hjerte- og karsykdom.

ELEKTRONISK FAGLIG RETNINGSLINJE:

– nye diagnosegrenser sjoner for fastlegene

Mors hyperglykemi normaliseres vanligvis rett etter fødselen. Hos noen foreligger imidlertid en udiagnostisert pre-gestasjonell diabetes, som først oppdages i svangerskapet. Denne hyperglykemien bedres også, men går ikke over etter fødselen. Kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes, bør derfor tilbys oppfølging etter fødselen (se under), ikke minst med tanke på eventuelle etterfølgende svangerskap, fordi kvinner som har hatt svangerskapsdiabetes har sju ganger høyere risiko for diabetes type 2 enn kvinner som har vært gravide uten å få svangerskapsdiabetes. De har også en økt risiko for hjerte- og karsykdom, på samme måte som kvinner som har hatt preeklampsi. Et svangerskap kan dermed gi viktig informasjon om kvinners fremtidige helse.

Hvem har svangerskapsdiabetes eller diabetes i svangerskapet? Nye diagnostiske kriterier

Diagnosen svangerskapsdiabetes, som vanligvis oppstår i siste halvdel av svangerskapet, kan fortsatt kun stilles etter en glukosebelastning. Den lineære sammenhengen mellom glukosenivå og utfall uten en klar terskelverdi gjør det imidlertid vanskelig å definere diagnostiske kriterier. Hvilken økning i risiko for klinisk viktige utfall bør ligge til grunn for de nye diagnostiske grenser for svangerskapsdiabetes? WHO fulgte anbefalingene fra den internasjonale gruppen, IADPSG. De hadde lagt en odds ratio (OR) på 1,75, eller 75 prosent økt risiko for en rekke uheldige utfall, til grunn for de nye diagnostiske grensene. Disse nye diagnostiske kriteriene er vist å øke forekomsten av svangerskapsdiabetes to til tre ganger.

Selv om flere har problematisert både grunnlaget for disse kriteriene og konsekvensene, har mange land og internasjonale organisasjoner nå innført WHO sine nye diagnostiske kriterier, deriblant Sverige og Danmark. Men Finland og noen andre land har lagt til grunn en OR på 2,0 – dvs. en doblet risiko for de ugunstige utfallene.

Uavhengig av Finland, kom Helsedirektoratet – ved den norske arbeidsgruppen – til samme resultat. Det ble lagt vekt på at blant kvinner med svangerskapsdiabetes etter WHO sine kriterier er risikoen for komplikasjoner lavest hos dem med de laveste glukosenivåene. Å høyne risikonivået og legge til grunn en doblet risiko som i de norske kriteriene vil bidra til å begrense mulig «overdiagnostikk»



Svangerskapsdiabetes¹⁾

PRIMÆRHELSETJENESTEN

Undersøkelse tidlig i svangerskapet, 1. trimester (inntil uke 16)

HbA1c på de som oppfyller ett/flere av følgende kriterier:

- har tidligere hatt svangerskapsdiabetes
- har foreldre med diabetes
- har etniske bakgrunn fra land utenom Europa (spesielt fra Asia og Afrika)
- har KMI > 30 (fedme)
- har tidligere født barn med fødselsvekt > 4500 g

HbA1c < 5,9 %
(≤ 41 mmol/mol)

Fortsette vanlig kontroll

HbA1c 5,9 – 6,4 %
(41 – 47 mmol/mol)

Fortsette å måle blodglukose fastende og 2 timer etter frokost og middag, 1-2 dager per uke.

Forutsatt at målingene gjøres gjennom resten av svangerskapet vil det ikke være behov for å ta glukosebelastning i uke 24-28.

HbA1c ≥ 6,5 %
(≥ 48 mmol/mol)

HENVISNING
HENVISNING 2)

SPESIALISTHELSETJENESTEN

HbA1c ≥ 6,5 % (48 mmol/mol) er diagnostisk for diabetes (uansett tidspunkt i svangerskap) og det anbefales umiddelbar henvisning til poliklinikk som behandler kvinner med diabetes i svangerskapet.

- Lære å måle blodglukose Fastende og 2 timer etter frokost og middag. Behandlingsmål:
Fastende: < 5,3 mmol/l og/eller **2 timers:** < 6,7 mmol/l
- Livsstilsråd

Behandlingsmål oppnås, dvs: Fastende: < 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: < 6,7 mmol/l

TILBAKEFØRING

Behandlingsmål oppnås ikke, dvs > 3 målinger Fastende: ≥ 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: ≥ 6,7 mmol/l i løpet av 2 uker

Eventuelt glukose-senkende legemidler; insulin eller metformin

Undersøkelse i uke 24-28

Glukosebelastning på de som oppfyller ett / flere av følgende kriterier:

- har alder > 25 år (> 40 år hvis født før uten svangerskapsdiabetes o.l.)
- har KMI > 25
- har foreldre med diabetes
- har tidligere svangerskapsdiabetes
- har etnisk bakgrunn fra land utenom Europa

Fastende: < 5,3 mmol/l og/eller **2 timers:** < 9,0 mmol/l

Ikke svangerskapsdiabetes

Ikke ny glukosebelastning selv ved glukosuri

Fastende: 5,3-6,9 mmol/l og/eller **2 timers:** 9,0-11,0 mmol/l

Svangerskapsdiabetes

- Lære å måle blodglukose: Fastende og 2 timer etter frokost og middag
- Livsstilsråd

Fastende: ≥ 7,0 mmol/l og/eller **2 timers:** ≥ 11,1 mmol/l

Diabetes

HENVISNING

Behandlingsmål oppnås, dvs: Fastende: < 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: < 6,7 mmol/l

Fortsette å måle blodglukose fastende og 2 timer etter frokost og middag, 1-2 dager per uke

Behandlingsmål oppnås ikke, dvs > 3 målinger Fastende: ≥ 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: ≥ 6,7 mmol/l over 2 uker

HENVISNING

HENVISNING

Ny gjennomgang av livsstilsrådene og blodglukosemålingene og vurdere om dette kan bedres og glukosemålene likevel nås uten behandling med legemidler.

Behandlingsmål oppnås, dvs: Fastende: < 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: < 6,7 mmol/l

TILBAKEFØRING

Det anbefales umiddelbar henvisning til poliklinikk som behandler kvinner med diabetes i svangerskapet.

Behandlingsmål oppnås ikke, dvs > 3 målinger Fastende: ≥ 5,3 mmol/l og/eller 2 timers: ≥ 6,7 mmol/l i løpet av 2 uker

Eventuelt glukose-senkende legemidler; insulin eller metformin

Ultralyd ved fødepol ved ca. **uke 36** og planlegging av videre oppfølging. Videre oppfølging avgjøres ved kontrollen på fødepoliklinikken, og det vises også til Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp (2014) og prosedyrer ved de enkelte sykehus.

og etterfølgende «overbehandling» av gravide. Dette medfører at de diagnostiske verdiene i Norge (se TABELL 1), for både fastende glukose og totimers glukose etter oral glukosetoleransetest (OGTT), er noe høyere enn WHO-kriteriene. Men dermed blir det ekstra viktig å finne disse kvinnene. På den annen side, Helsedirektoratet har fulgt WHO sin anbefaling om at dersom en tidligere frisk kvinne har så høye glukoseverdier at hun fyller de diagnostiske kriteriene for diabetes, bør dette nå kalles «diabetes i svangerskap».

Glukose, og dermed HbA_{1c}, faller litt hos alle i begynnelsen av svangerskapet. Hos kvinner med svangerskapsdiabetes stiger glukosenivået i siste halvdel av svangerskapet. Den etterfølgende økningen av HbA_{1c} kommer imidlertid for langt til å kunne brukes til å stille diagnosen. Men HbA_{1c} er nyttig tidlig i svangerskapet for å finne kvinner med uoppdaget diabetes (HbA_{1c} ≥ 6,5 prosent), og hyperglykemi (HbA_{1c} 5,9–6,4 prosent) som medfører en to til fire ganger økt risiko for alvorlige komplikasjoner hos mor og barn.

Hvordan skal vi finne kvinner som har svangerskapsdiabetes eller diabetes i svangerskap eller tidlig hyperglykemi?

Vi regner med at ca. 10 prosent av etnisk norske gravide kan ha svangerskapsdiabetes med de nye norske diagnostiske kriteriene, mens andelen nok er omtrent dobbelt så høy i de fleste grupper med bakgrunn fra Midtøsten, Asia og Afrika. Den nye retningslinjen skal bidra til et helhetlig forløp for kvinner med svangerskapsdiabetes og nyoppdaget diabetes i svangerskap, også etter svangerskapet.

Det foreslås at HbA_{1c} tas ved første svangerskapskontroll (inntil uke 16) for å identifisere kvinner med udiagnostisert diabetes/hyperglykemi som oppfyller en eller begge av følgende risikofaktorer:

- alle gravide med etnisk bakgrunn fra deler av verden der forekomsten av diabetes type 2 er høy (Asia og Afrika).
- tidligere påvist svangerskapsdiabetes, nedsatt glukosetoleranse eller svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes
- førstegradsslektning med diabetes
- pregravid KMI > 30 kg/m²
- tidligere født barn med fødselsvekt > 4500 g.

Kvinner med HbA_{1c} ≥ 6,5 prosent har diabetes (TABELL 1) og bør raskt henvises fødepoliklinikk som følger opp gravide med diabetes. Også kvinner med HbA_{1c} 5,9–6,4 prosent bør henvises, da de har høy risiko for en tidlig utviklet og mer alvorlig svan-

gerskapsdiabetes og alvorlige komplikasjoner. Alle disse kvinnene bør få adekvate kostråd og lære seg egenmålinger av glukose. Verdiene bør ligge innenfor behandlingsmålene gjennom hele svangerskapet. En stor andel av disse kvinnene vil imidlertid trenge mer intensiv behandling, ofte også glukosesenkende legemidler.

I uke 24–28 av svangerskapet bør gravide som oppfyller en eller flere av følgende risikofaktorer tilbys glukosebelastning:

- Alder > 25 år (for førstegangsfødende) > 40 år for flergangsfødende uten noen andre risikofaktorer
- pregravid KMI > 25 kg/m²
- alle gravide med etnisk bakgrunn fra land utenom Europa
- har førstegradsslektninger med diabetes
- For flergangsfødende i tillegg:
- Tidligere påvist svangerskapsdiabetes, nedsatt glukosetoleranse eller svangerskaps- og fødselskomplikasjoner som er assosiert med svangerskapsdiabetes.

Dette vil omfatte en stor andel av de gravide, og estimat fra Medisinsk fødselsregister (MFR) viser at ca. 70 prosent av de gravide vil oppfylle ett eller flere av disse kriteriene og således bør tilbys en slik test.

Det ligger mye beregninger og et tungt rasjonale bak beslutningen om å innføre nye risikokriterier som går såpass lavt i både KMI og alder (for førstegangsfødende). Helt sentralt er det som nevnt at den nye diagnosegrensen er basert på en dobbelt risiko for komplikasjoner, og at det derfor er svært viktig at disse kvinnene blir identifisert tidlig nok til at det kan iverksettes tiltak og behandling. Vi har også nå et bredt kunnskapsgrunnlag om at behandling virker for å kunne forebygge de uheldige utfallene. Diagnosen kan vanligvis ikke stilles før i uke 24–28, og dette tidspunktet er allerede relativt sent med tanke på at behandling skal kunne ha effekt, og man vil nødig miste enda mer verdifull tid slik at komplikasjoner oppstår. Men nyere studier viser at overraskende mange unge og normalvektige kvinner får svangerskapsdiabetes, og at tradisjonell høyriskoscreening av en liten gruppe kvinner kun vil finne omtrent halvparten av de kvinnene som faktisk har svangerskapsdiabetes i dagens epidemiologiske situasjon.

Kvinner med svangerskapsdiabetes har behov for oppfølging etter fødsel

Kvinner som får svangerskapsdiabetes har som nevnt en betydelige høyere risiko (opptil sju ganger høyere) for å utvikle diabetes type 2 senere i livet enn kvinner som har gjennomgått svangerskap uten å få

	SVANGERSKAPSDIABETES	DIABETES I SVANGERSKAP
Fastende glukose	≥ 5,3–6,9 mmol/l	≥ 7 mmol/l
2 timers glukose	≥ 9,0–11,0 mmol/l	≥ 11,1 mmol/l
HbA _{1c} tidlig i svangerskapet	Kan ikke brukes	≥ 6,5%

TABELL 1. Nye diagnostiske kriterier for svangerskapsdiabetes og diabetes i svangerskap.

dette. Kvinner med svangerskapsdiabetes anbefales derfor kontroll hos fastlege med måling av HbA_{1c} fire måneder etter fødsel, og senere årlig. Det er også særlig viktig at det tas HbA_{1c} før nytt svangerskap planlegges – eller så tidlig som mulig ved et nytt svangerskap. Det er viktig at kvinnen får informasjon om dette, og at hun oppmuntres til å vedlikeholde/fortsette med de viktigste kostholdsrådene (og råd om fysisk aktivitet) hun fikk under behandlingen av sin svangerskapsdiabetes. Dette kan forebygge eller utsette utviklingen av type 2 diabetes. Og tidlig diagnostikk og behandling av type 2 diabetes er selvsagt viktig for dem som planlegger flere svangerskap, for risikoen for komplikasjoner er omtrent som for type 1-diabetes.

Også fedme hos mor gir økt risiko for komplikasjoner

Demografiske endringer med en multi-etnisk populasjon og den epidemiologiske utviklingen, med en økning i både gjennomsnittsalder og kroppsmasseindeks hos de gravide, har også blitt trukket inn under arbeidet med revisjonen. Fedme hos mor gir langt på vei tilsvarende komplikasjoner som hyperglykemi. Når begge risikofaktorer forekommer samtidig, blir effekten additiv. Nye studier har klart vist at ikke minst risikoen for fosterdød i siste del av svangerskapet øker med økende kroppsmasseindeks hos mor.

Økningen i fedme og svangerskapsdiabetes hos mor er også bekymringsfull fordi disse tilstandene gir økt risiko for fedme og diabetes (type 2) i neste generasjon, da det er en sammenheng mellom ugunstige forhold tidlig i livet og utvikling av de ovennevnte sykdommene i voksen alder. Lenge har det vært kjent at lav fødselsvekt disponerer for disse tilstandene (Forsdahl/Barker-hypotesen). Men også høy fødselsvekt, makrosomi, spesielt ekstra kroppsfett hos det nyfødte barnet, disponerer for de samme tilstandene. I vår tid settes denne sårbarheten i økende grad i sammenheng med epigenetisk programmering tidlig i livet.

Kort sagt underbygger dagens kunnskap behovet for et livsløpsperspektiv på svangerskapsomsorgen med større innsats for kvinner – både før de blir gravide, og når de har blitt gravide, for å legge grunnlaget for god helse også i neste generasjon. Den nye retningslinjen for svangerskapsdiabetes tar utgangspunkt i denne kunnskapen og dagens folkehelseutfordringer for kvinner i fertil alder, og anlegger derfor et bredere perspektiv enn kun å vurdere hyperglykemi i svangerskapet.

Implikasjoner for primærhelsetjenesten

Hvilke implikasjoner har den nye retningslinjen for fastleger og jordmødre i primærhelsetjenesten? Det at noen kvinner bør få tatt tidlig HbA1c og at langt flere bør testes for svangerskapsdiabetes med glukosebelastning, krever en god planlegging og struktur hos både fastlegene og jordmødrene, ettersom kvinnene fortsatt kan velge om de skal følges hos lege eller jordmor. Ved glukosemålinger er det viktig at prosedyrer for riktig prøvetaking, oppbevaring og forsendelse følges, se praktisk informasjon i retningslinjen, ellers kan man få falske for lave verdier. Dersom jordmødre har utstyr og følger gode prosedyrer, kan de også ta eller rekvirere disse prøvene.

Når diagnosen svangerskapsdiabetes stilles, bør den innledende behandlingen – livsstilsråd og opplæring i egenmåling – gjøres av fastlege – eller jordmor i tett samarbeid med fastlegen. De som ikke oppnår behandlingsmål for glukose bør raskt henvises fødepoliklinikk som følger opp gravide med diabetes. Om kvinnen trenger medikamentell behandling for sin svangerskapsdiabetes, viser ny kunnskap at de fleste vil kunne klare seg med tablettbehandling (Metformin). Noen vil imidlertid fortsatt trenge insulin.

Fastlegene har et særlig ansvar for å følge opp kvinner med nyoppdagete diabetes og svangerskapsdiabetes etter fødsel. For sistnevnte gruppe er årlige HbA1c-målinger og råd og informasjon om viktigheten av varige livsstilsendringer for å forebygge framtidig diabetes type 2 særlig viktig. Dette er ikke minst viktig med tanke på eventuelle senere svangerskap.

Samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten

Det er også viktig at det utvikles gode rutiner for et tett samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for gravide med behandlingstrengende hyperglykemi, siden det er snakk om et veldig kort tidsperspektiv der unødige forsinkelser bør unngås.

Kvinner med svangerskapsdiabetes, diabetes og tidlig hyperglykemi

Kvinner som får diagnostisert svangerskapsdiabetes i primærhelsetjenesten bør raskt få opplæring i egenmåling av glukose, og få konkrete råd om kost og fysisk aktivitet. Fastlege/jordmor må ha fokus på betydningen av god gjennomføring og oppfølging av livsstilsrådene, også fordi de i større grad enn tidligere skal kunne «beholde» disse kvinnene hos seg, så lenge behandlingsmålene overholdes med ikke-medikamentell behandling, dvs. kosthold og fysisk aktivitet.

Kvinner med kjent og nyoppdagete diabetes i svangerskap, og kvinner med svangerskapsdiabetes som ikke oppnår behandlingsmål for glukose (basert på egenmålingene), skal umiddelbart henvises til spesialisthelsetjenesten.

En gravid kvinne som diagnostiseres med hyperglykemi tidlig i svangerskapet, med HbA1c under grensen for diabetes (dvs. 5,9 prosent–6,4 prosent), bør også henvises til spesialisthelsetjenesten for god opplæring og oppfølging i kostomlegging og fysisk aktivitet, samt opplæring i egenmålinger. Dersom hun behersker dette godt, og hun har glukosemålinger innenfor behandlingsmålene og andre forhold også er normale, bør hun kunne gå tilbake til primærhelsetjenesten, og gå der videre så lenge glukosemålingene er innenfor behandlingsmålene. I uke 24–28 bør slike kvinner ta en glukosebelastning, så sant de ikke allerede er diagnostisert med diabetes eller svangerskapsdiabetes, og behandles på vanlig måte dersom hun da har verdier som tilsier svangerskapsdiabetes eller diabetes.

Alle kvinner med svangerskapsdiabetes foreslås uansett å bli henvist til fødepoli-

klinikk ved uke 36 for ultralyd og planlegging av fødsel.

Kvinner med betydelig fedme

(KMI ≥ 35 kg/m²) bør henvises fødepoliklinikk

I retningslinjen foreslås det også at gravide med KMI ≥ 35 kg/m², uavhengig av om kvinnen også har svangerskapsdiabetes, blir henvist for oppfølging ved fødepoliklinikk i uke 24 (vurdering fostervekst og placentafunksjon), i uke 32 (også planlegging av fødsel), og i uke 36 (fostervekst, placentafunksjon, forløsningstidspunkt og metode). Formålet er å sikre adekvat risikovurdering, rådgivning og planlegging av fødselen på grunn av risiko for alvorlige komplikasjoner for barnet. Risikoen for fosterdød ved betydelig fedme er størst i siste del av svangerskapet.

Gode kommunikasjonslinjer fra spesialisthelsetjenesten

For spesialisthelsetjenestens del er det viktig at det etableres gode kommunikasjonslinjer med fastlegen og eventuelt direkte med jordmødrene i primærhelsetjenesten, da de nye anbefalingene om et alternerte ansvarsnivå, samt et kort tidsperspektiv, forutsetter at det er gode rutiner for dette. Fastlegene må også få beskjed om kvinner med svangerskapsdiabetes eller diabetes i svangerskapet som følges i spesialisthelsetjenesten, så de kan følge opp disse kvinnene etter fødsel.

Spesialisthelsetjenesten får henvist en «ny» gruppe kvinner med diagnostisert tidlig hyperglykemi; HbA1c mellom 5,9 prosent og 6,4 prosent, men denne gruppen antas å kun utgjøre ca. to til tre prosent av de gravide, så omfanget vil ikke være stort. Det at de nye anbefalingene tydeliggjør at fastlegen har et større ansvar for å følge opp kvinner med diagnosen svangerskapsdiabetes, såfremt hun når behandlingsmålene med endring av levevaner (kostomlegging), vil på sikt imidlertid kunne redusere antallet som henvises med en «mild» form for svangerskapsdiabetes.

■ A.K.JENUM@MEDISIN.UIO.NO

■ INGILD.FELLING.MEYER@HELSEDIR.NO



HOVEDPUNKTER FRA RETNINGSLINJEN MED DIREKTELENKER TIL ANBEFALINGENE:

- Tidlig HbA1c-test til risikogruppe
- Nye testkriterier (inkludert nye diagnostiske grenser)
- Oppfølging av kvinnen etter fødsel for å forebygge fremtidig diabetes type 2
- Fedme som selvstendig risikofaktor



Høreapparater og høreapparatformidling

■ ARNE ASMERVIK QVINDESLAND • Seksjonsoverlege Hørselsentralen ØNH-avd., Stavanger Universitetssykehus

Hørselsnedsettelse er en vanlig problemstilling som kan være forårsaket av forskjellige sykdommer. Det forekommer i begge kjønn og alle aldre, og kan variere fra lette tap til fullstendig døvheter. Ensidig eller tosidig. Noen er født med hørselstap, mens andre utvikler det i løpet av livet som følge av sykdommer, genetikk eller påvirkning av ytre miljø. Listen over etiologi er lang.

Det er to hovedtyper hørselstap, nevrogen og mekanisk. Man kan ha én av disse eller en blanding av begge. Tapene har forskjellig etiologi og utgangspunkt for behandling. Mekaniske tap kan av og til opereres – for eksempel en otosklerose. De nevrogene tapene må som regel rehabiliteres med en form for høreapparat. Pasienter med hørselstap må utredes hos en øre-nese-halslege. Det er viktig at det framkommer av henvisningen om dette er en- eller tosidig, tidsforløpet for tapet, medfølgende symptom, aktuelle hendelser rundt tapet og generell helsestatus.

Opp gjennom tidene har folk gjort forskjellige ting for å høre bedre. Den såkalte høreluren er en tidlig forgjenger til dagens høreapparat. Hørelurene hadde forskjellig utforming, men bestod generelt av en stor ende som fanget opp lyd og en mindre ende som ble plassert i øret. Lydbølgene, som

kom inn, ble ledet inn mot trommehinnen. Det er i prinsippet det aurikkelen gjør til vanlig hos mennesker og dyr, men det var størrelsen på den store enden av høreluren som gjorde at mer lyd ble ledet inn, og at den tunghørte dermed hørte litt mer. Moderne høreapparater fanger også opp lyd og sender den videre inn mot trommehinnen. Der stopper for øvrig likheten med høreluren. Dagens høreapparater er små, avanserte, datamaskiner som stilles og justeres individuelt til hver pasient. I dag er de digitale og kan ha en mengde forskjellige innstillinger og programmer. Apparatene kan plasseres i øregangen, ITE (In The Ear)-apparat, eller bak øret, BTE (Behind The Ear)-apparat. Ved BTE-apparat må man ha en propp i øret. Proppen kan være formstøpt i forskjellig materiale, eller finnes som forskjellige standardpropper med såkalt åpen løsning. Det mest moderne nå er små BTE-apparater med åpen løsning. Mange apparater kommuniserer med mobiltelefon eller forskjellige streamere via Bluetooth.

Det er audiografene som tilpasser høreapparat. De har en treårig utdanning som går spesifikt på hørsel og høreapparat. Grunnet mer og mer avanserte høreapparater er det i tillegg behov for stadig kursing på de forskjellige apparatene. For relativt få år siden kunne et apparat som ikke fungerte enklere sjekkes og ev. fikses, men i dag må apparatet som regel kobles opp mot en datamaskin og av og til sendes inn til firmaet som har apparatet. Siden apparatets historikk og innstillinger, samt pasientens audiogram, ligger lagret der pasienten fikk det utdelt, er det viktig at pasienten tar kontakt

med den legen/institusjonen ved problem. Det gir de beste forutsetningene for å kunne hjelpe.

Høreapparater kan sammenlignes med biler. Det finnes mange forskjellige merker, modeller og ekstrautstyr. Akkurat som det finnes mange gode biler, finnes det mange gode høreapparater. Noen har kraftig motor som kan ta en stor last og noen er lette og raske. Enkelte er veldig enkle og andre avanserte. For et gitt hørselstap er det en rekke apparater som vil kunne fungere, men akkurat som forskjellige personer trives i forskjellige biler, vil det være individuelt hvilket høreapparat man trives best med og som gir det beste lydbildet for den enkelte. Det er derfor viktig at det er en god dialog mellom pasient og audiograf under utprøving. Ved for eksempel å prøve forskjellige apparater i utprøvsperioden, kan pasienten få et bedre sammenligningsgrunnlag og lettere komme fram til det som fungerer best. Utprøvingen tar gjerne litt lengre tid, men i det lange løp vil høreapparatbrukerne i større grad være involverte i sitt høreapparatbruk og forhåpentligvis bli mer fornøyd med resultatet.

Vi har rett på nytt høreapparat hvert sjette år. Et høreapparat koster ca. 6000 kroner. For pasienten er de fleste høreapparater og tilleggsutstyr helt gratis, mens det er en liten egenandel på et par hundrelapper på noen. Det er NAV, dvs. våre skattepenger, som dekker resten. Det er derfor lister med hvilke høreapparater som til enhver tid er på kontrakt, dvs. hvilke apparater som dekkes av NAV. Høreapparatfirmaene har gjerne kontrakter på et par år, men kan skifte



Mine erfaringar som hørselshemma

Eg er fastlege i Kirkenes og er hørselshemma. Mine første høyreapparat fekk eg då eg var 4 år. Alt i alt opplever eg at eg er lite påverka av hørselstapet mitt i kvardagen.

tilsvarende apparat på listen, hvis det er forandringer i deres sortiment. På listen over høreapparater er det til enhver tid mange gode apparater, da høreapparatfirmaene må stille med apparat for flere forskjellige tap. Det at staten sørger for høreapparater til dem som trenger det, er en stor fordel med tanke på å kunne gi gode apparat, uavhengig av pasientens lommebok, slik det ofte er ellers i Europa. Det er imidlertid viktig å være edruelig med tanke på skifte av apparat, og derfor har vi seks-årsregelen. På lik linje med biler vil det være forandringer fra en årsmodell til neste, men oftest ikke revolusjonerende. Over en seksårs periode vil det derimot merkes. Pasientene vil kunne lese reklame for forskjellige høreapparater på forskjellige steder, hvor det ene apparatet lover mer enn det neste. Hvis pasienten synes høreapparatet ikke fungerer så godt som det skulle, så kan det være noe med apparatet, eller hørselen kan ha forandret seg. Veldig ofte kan apparatet enten repareres eller justeres. I enkelte tilfeller må apparat byttes før det har gått seks år, men da må det dokumenteres bedre effekt av det nye apparatet og deretter søkes om unntak fra seks-årsregelen. Noen pasienter velger å betale for nytt apparat selv hvis de ikke får dekket nytt fra NAV.

Høreapparatbrukere finnes i alle aldre. Det er imidlertid en trend der flere og flere unge voksne ønsker å gjøre noe med hørselen sin. Det er bra i forhold til hørselsperspektivet for den enkelte, og er også med på å normalisere høreapparatbruk. Akkurat som noen trenger briller for synet, vil noen trenge høreapparat for hørselen. De neste årene forventes en økning av høreapparatbrukere, noe som også vil øke utgiftene for staten. Forhåpentligvis vil vi i framtiden fremdeles ha en god høreapparatformidling, der vi kan gi apparater til de som trenger det, hvor apparatet er tilpasset hørselen og ikke lommeboka til pasienten.

Eg har inntrykk av at mange ikkje er klar over korleis eit høyreapparat virkar. Vel, eit høyreapparat forsterkar lyd, men funksjonen er meir avansert enn som så. Dei høyreapparata eg har hatt dei siste åra selekterer lyd. Den nærmaste og/eller mest kraftige lyden som minner om talestemme blir forsterka, og andre lydar blir kraftig dempa. Det er ein stor fordel fordi det gjer det lettare å oppfatte tale, men det gir også utfordringar. Til dømes på kafé, eller i andre situasjonar der folk pratar saman og det er bakgrunnsstøy, fungerer det bra. Eg har mange gonger blitt overraska i hyggeleg samvær når eg blir gjort merksam på at det er musikk i bakgrunnen.

Særleg når det er fleire konkurrerande lydar kan lydbiletet eg oppfattar bli kaotisk. Når eg sit i eit møte er det gjerne ein person som snakkar om gongen. Då høyrer eg ofte greit kva som blir sagt. Dersom nokon som sit nær meg skrapar med ein stol, trommar med fingrane eller liknande, kan høyreapparata «velje» den lyden og forsterke han. Då forsvinn lyden frå den som snakkar heilt. Når den forstyrrende lyden stoppar høyrer eg igjen talestemmen, heilt til den neste forstyrrende lyden dukkar opp. Det er klart at det blir meir vanskeleg å oppfatte kva som blir sagt når det kjem forstyrrende lydar. Størst utfordring gir det på heimebane, med fleire born som kjem springande og pratar i munnen på kvarandre. Det endar gjerne med at eg ikkje oppfattar kva nokon av dei seier.

Eg har ikkje lært meg munnavlesing utan støtte av lyd, men oppfattar tale dårleg dersom eg ikkje samtidig les på munnen. Vanlegvis ser eg ikkje på filmar eller TV-program som ikkje er teksta. Eg har for så vidt tilgjengeleg hjelpemiddel (teleslynge) som gjer lyden klårare, men opplever at eg brukar meir enn nok energi på å oppfatte det som er nødvendig av lyd ellers i kvardagen. Det er mi erfaring at svært få klarar å endre vane slik at eg kan sjå ansiktet deira når dei snakkar. Særleg då eg gjekk på skulen var det vanskeleg å sjå ansiktet til lærarane mine heile tida. Borna mine oppdagar gong på gong at eg ikkje høyrer kva dei seier dersom eg ikkje ser ansiktet deira. Likevel klarar heller ikkje dei å hugse på det. Eg tar meg i det når eg har hørselshemma pasientar på kontoret, eg pratar sjølv til dei medan eg snur ansiktet vekk.

Eg oppdaga tidleg at når lyden er dårleg må eg konsentrere meg meir for å få med meg kva som blir sagt. Det tok lang tid før eg oppdaga at dersom lyden er tilstrekkelig dårleg hugsar eg ikkje innhaldet i ettertid, sjølv om eg der og då tenkjer at eg får med meg kva som blir sagt. For meg er det logisk at ein blir meir sliten når ein høyrer dårleg, fordi ein ubevisst må konsentrere seg meir for å oppfatte tale. Eg ser dei same utfordringane hjå meg sjølv som hjå mine hørselshemma pasientar.

Nokre ord om tilvenning til høyreapparat. Det tar tid å venne seg til høyreapparat. Det gjeld også når ein skiftar til nye apparat, eller gjer justeringar på apparata.

På det meste har det tatt meg eit halvt år med dagleg bruk frå morgon til kveld før eg har hatt maksimalt utbytte av nye høyreapparat. I perioden med tilvenning opplever eg at eg høyrer dårlegare, og blir meir sliten enn ellers. For min del fungerer det ikkje å bruke høyreapparat på eit øyre om gongen, det blir ei ny tilvenning kvar gong. Dersom eit av mine høyreapparat ikkje virkar ein dag, klarar eg ikkje vere i vanleg jobb.

Kombinasjonen lege og hørselshemma oppfattar eg stort sett som uproblematisk. Det er bra å jobbe som fastlege, fordi eg oftast har samtalar ein til ein, eller jobbar med papirarbeid. Pasientane mine seier dei likar at eg ser på dei når dei snakkar, eg må jo gjere det for å oppfatte kva dei seier. Det medfører at eg ikkje klarar å skrive journalnotat under konsultasjonen, eg noterer stikkord og skriv notatet etterpå. Under medisinstudiet var eg mest uroleg for at eg ikkje skulle oppfatte auskultasjonslydar. Når eg skal lytte tar eg høyreapparata av, heldigvis er hørselstapet mitt slik at eg oppfattar frekvensen til hjarte- og lunge-lydar greit. Dersom eg er usikker, ber eg ein kollega om å lytte. Eg har erfart at eg ikkje høyrer akuttalarmen på vakt når eg har høyreapparata av, så eg passsar på å ha alarmapparatet i synsfeltet når det er aktuelt. No, med nokre års erfaring, er eg mest urolig for akutte situasjonar med mange involverte på legevakt. Då er det svært vanskeleg for meg å ha oversikt og få med meg beskjedar som blir gitt.

INGELIN K. NORDAL
Fastlege, Kirkenes legesenter
ingelin.nordal@gmail.com

■ QVAR@SUS.NO

Fysisk aktivitet som forebygging og beh

■ TERJE HALVORSEN • Spes. i fysisk medisin og rehabilitering og leder i EIM Norge

Exercise is Medicine Norge arbeider for å øke bruken av fysisk aktivitet som tiltak i forebygging og behandling i helse-tjenesten, å få fysisk aktivitet som medisin som en del av den obligatoriske undervisningen ved universiteter og høyskoler, og å øke samhandlingen mellom de ulike deler av helsetjenesten.



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Verdens helseorganisasjon (WHO) estimerer at i 2020 vil 70 prosent av all sykdom ha sin bakgrunn i livsstilssykdommer (1). Det er estimert at fysisk inaktivitet årlig forårsaker 5,3 millioner premature dødsfall i verden. Fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorene for hjerte- og karsykdommer, diabetes type 2, metabolsk syndrom, overvekt, muskel- og skjelettsykdommer. Norge har sluttet seg til WHO's mål om 25 prosent reduksjon i for tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer (NCD) innen 2025, og Norge har utarbeidet en egen NCD-strategi som blant annet innebærer at forekomsten av høyt blodtrykk skal reduseres med 25 prosent og andelen fysisk inaktive skal reduseres med 10 prosent.

Store helsegevinster

Regelmessig fysisk aktivitet har en betydelig helsefremmende og sykdomsforebyggende effekt. Det er i økende grad dokumentasjon for at regelmessig fysisk aktivitet også kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer (2). I tillegg til de positive effektene som regelmessig fysisk aktivitet har på sykdomsgruppene nevnt over, reduseres risikoen for å få en kreftdiagnose med 20–40 prosent. Best dokumentert effekt er det i forhold til tykktarmskreft, brystkreft, prostata-, eggstokk- og livmorhalskreft. Regelmessig fysisk aktivitet øker dessuten sjansen for overlevelse med 50–60 prosent etter at man har fått brystkreft eller tykktarmskreft. Fysisk aktivitet har også store positive effekter på psykiske lidelser.

Helsedirektoratet publiserte i 2010 beregninger som viste at om alle var daglig fysisk aktive i 30 minutter ville dette gi en økning med ca. 250 000 QALY pr. år (kvalitetsjusterte leveår), noe som potensielt ville kunne gi en økonomisk effekt svarende til 137 mrd. kroner. Estimater baserte på at fysisk aktivitet påvirker både dø-

delighet og sykkelighet ved mange ulike diagnoser.

I 2015 publiserte Helsedirektoratet en rapport som viser at kun 32 prosent av Norges voksne befolkning innfrir helsemyndighetenes anbefalinger om 150 minutter fysisk aktivitet i uken, og at vi er stillesittende 9,1 timer i den våkne delen av døgnet.

Leger trenger mer kunnskap

Det har dessverre vist seg at det er en lang vei å gå fra vitenskapelig dokumentasjon til aktivt bruk av fysisk aktivitet som behandlingsform i helsevesenet. En studie gjennomført i New Zealand viste at bare en av åtte pasienter som gikk til sin allmennlege fikk råd om fysisk aktivitet (3). Norstat gjennomførte i februar 2016 en spørreundersøkelse blant 1000 personer på oppdrag for Aktivitetsalliansen. 25 prosent av respondentene hadde snakket med fastlegen sin om fysisk aktivitet i 2015, og hos kun 7 prosent av de spurte var det fastlegen som hadde tatt opp temaet om fysisk aktivitet under konsultasjonen, mens 18 prosent av pasientene selv tok dette opp. Studier har dessuten vist at allmennleger føler de ikke har nok kunnskap til å kunne gi pasientene eksakte råd om fysisk aktivitet (4).

Det er tidligere kartlagt innholdet i medisinerstudiet vedrørende kunnskap om fysisk aktivitet, og det er utført kunnskapstester av avgangskullene ved de medisinske fakultetene i Norge (5). Ut fra disse resultatene er det tydelig at leger trenger og ønsker mer kunnskap om fysisk aktivitet. Det er liten grunn til å tro at leger som er utdannet tidligere har fått mer kunnskap om fysisk aktivitet i sine utdanninger – snarere tvert om. Det er følgelig Exercise is Medicine Norge sin oppfatning at det er et stort behov for å øke kompetansen om bruken av fysisk aktivitet for å bedre folkehelsen hos leger, annet helsepersonell og studenter som er i kontakt med pasienter.



andling



Ny forskning viser at regelmessig fysisk aktivitet kan benyttes som et selvstendig terapeutisk tiltak i behandling av en rekke sykdommer. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har medført bl.a. at flere pasienter behandles i primærhelsetjenesten. Noen av målene med reformen har vært å øke forebyggingen fremfor å «reparere», tidlig innsats fremfor sen innsats, og å få ulike ledd i helsetjenesten til å arbeide bedre sammen. Samtidig skulle det også utvikles flere tilbud til dem som ønsker hjelp for å legge om til sunnere levevaner (økt fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt) for å redusere risiko for sykdom og død. 82 prosent av Norges befolkning er innom fastlegen i løpet av ett år. Helsetjenesten må således anses som en

viktig arena for å nå og gi råd til befolkningen om de helsefremmende effektene av fysisk aktivitet (6).

Exercise is Medicine i Norge

Initiativet i Norge startet opp etter lanseringen av «Exercise is Medicine Worldwide» i 2010 i USA. Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet (NIMF) ble en partner i dette globale nettverket – og tok initiativ til et samarbeid med Helsedirektoratet, Faggruppen for Idrettsfysioterapi, Universitetet i Oslo og Norges idrettshøgskole.

EIM Norge gjennomførte i 2012–13 to pro-

sjekter rettet mot primærhelsetjenesten i Gjerdrum kommune og Nittedal kommune. Hensikten var å formidle kompetanse og praktiske ferdigheter som kunne brukes av leger og fysioterapeuter for å øke bruken av fysisk aktivitet i forebygging og behandling:

«Det er behov for oppdatert informasjon for primærlegene om de positive effektene av fysisk aktivitet som en del av behandlingen av sykdommer, om mengden fysisk aktivitet som er nødvendig for å oppnå en positiv effekt, og hvordan motivere til atferdsendring hos pasientene».

(fra rapport vedr. prosjektet
Bruk av fysisk aktivitet som medisin,
prosjektperiode 2012–13).

Kursets innhold, presentasjonsform og nytteverdi fikk god omtale av deltakerne.

Utdanningen av leger fokuserer på farmasøytiske metoder i behandlingen (7). Ansvaret for pasientenes fysiske aktivitetsnivå har ikke blitt ansett som allmennpraktikerens oppgave (8, 9), men snarere at dette best kan administreres av andre både i og utenfor helsevesenet. Blant lærestedene i Norge er det kun Universitetet i Oslo som har tilbudt medisinstudentene en 45 minutters forelesning om EIM i løpet av seks års studier. Men i den nye studieplan er det satt av 3 x 45 minutters undervisning.

EIM har vært godkjent som et 15 timers klinisk emne ved Primærmedisinsk Uke (PMU) i Oslo i 2014 og 2016 – og det er også gjennomført en rekke andre kurs. EIM Norge har dialog med bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet og Legeforeningen for å informere om sitt arbeid og mål. EIM Norge ble registrert som en formell organisasjon i 2016 med NIMF og FIFA (tidligere FFI) som stiftere.

EIM Norge fikk innvilget økonomiske midler fra Gjensidigestiftelsen i 2016 til å gjennomføre prosjektet *Fysisk aktivitet som forebygging og behandling i helsetjenesten* i perioden 2016–2019. Formålet med prosjek-

tet er å øke bruken av fysisk aktivitet som forebygging og behandling av livsstilssykdommer i helsetjenesten. Prosjektet har følgende delmål:

- ❶ å utarbeide undervisnings- og informasjonsmaterieell
 - a. som skal øke kunnskapen om sammenhengen mellom fysisk aktivitet og helse, inkl. forslag til aktivitetstyper, dosering, progresjon og mål
 - b. som skal brukes i undervisningen av helsepersonell, og som skal brukes av helsepersonell i pasientkontaktene
- ❷ å utarbeide et verktøy, med bakgrunn i «motiverende intervju/ministrukturkurs», som skal bidra til atferdsendring med økt fysisk aktivitet hos pasientene
- ❸ å utvikle en applikasjon som beregner en tallmessig størrelse (score) på den enkeltes fysiske aktivitetsnivå og fysiske form. Appen skal være kompatibel med journalsystemer som brukes i helsevesenet og kunne integreres i pasientjournaler
- ❹ å etablere et nasjonalt undervisningsnettverk av helsepersonell som har kompetanse innen feltet fysisk aktivitet og helse. Deltakerne i nettverket skal arrangere kurs og undervise helsepersonell i

fysisk aktivitet regionalt og lokalt. Materieell som er utarbeidet i delmålene 1–3 skal benyttes i denne undervisningen.

EIM Norge samarbeider med de ledende offentlige og private fagmiljøene i Norge for å kunne nå målene i delprosjektene. Og vi «er i rute»: Undervisnings- og informasjonsmaterieellet er ferdig utviklet; «motivasjons-/endringsverktøyet» ferdigstilles høsten 2017; vi har et godt samarbeid med bl.a. helsenorge.no og Direktoratet for e-helse; og utrulling av undervisningsnettverket starter i løpet av høsten 2017.

Primærhelsetjenesten – viktigste målgruppe

Primærhelsetjenesten er vår viktigste målgruppe, og vi er avhengig av et godt samarbeid med allmennlegene for å motivere til økt fysisk aktivitet hos pasientene (10–12). Vi tror at den beste måten å samarbeide med allmennlegene på er å komme ut til de med undervisnings- og informasjonsmaterieellet inkl. motivasjonsverktøyet, slik at de slipper å reise til et kurs. Verktøyene må være effektive og tidsbesparende.

Leger og helsepersonell har behov for mer kunnskap om effektene av fysisk aktivitet.

FAKTA EXERCISE IS MEDICINE

- «Exercise is Medicine» (EIM) startet opprinnelig i USA, som et samarbeid mellom American College of Sports Medicine og American Medical Association
- Formålet er å integrere fysisk aktivitet som forebygging og behandling i helsetjenesten og å bidra til at pasienter henvises til kompetente behandlingsmiljøer
- EIM er representert i 52 land i verden og på alle kontinenter
- EIM Norge har representasjon fra Legeforeningen (NIMF), Fysioterapiforbundet (FIFA), Norges idrettshøgskole, Universitetet i Oslo og Helsedirektoratet
- EIM har etablert undervisnings- og kompetansenettverk og arbeider med å utvikle opplærings- og informasjonsmaterieell; verktøy for atferdsendring; applikasjoner som beregner grad av fysisk aktivitet og form – som kan integreres i journalsystemer



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Mindre enn en tredjedel av befolkningen innfrir helsemyndighetenes anbefaling om 30 minutter fysisk aktivitet pr. dag, ifølge tall fra Helsedirektoratet.

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I delprosjekt 4 har vi laget et sekstimerskurs, «Exercise is Medicine», som er søkt godkjent med tellende timer hos Legeforeningen. Kurset kan gjennomføres som ett sekstimerskurs eller deles opp i to tretti-timerskurs; dette tilpasses for kursdeltakerne. Etter endt kurs skal deltakere ha økt kompetanse med hensyn til fysisk aktivitet/trening som medisin, og forstå prinsipper for endringsarbeid og kunne gjennomføre en samtale som motiverer for endring (til økt fysisk aktivitet).

Kursinnholdet omfatter følgende emner:

- fysisk aktivitet/trening/fysisk form: Hva er det? Hvor aktive er vi? Hvordan registrere fysisk aktivitet/fysisk form? Hvilken betydning har fysisk form for helsen vår?
- enkelte psykiske lidelser (depresjon, angst, rusmiddelavhengighet)
- muskel- og skjelettlidelser
- hjerte- og karsykdom
- metabolsk syndrom
- diabetes type 2
- enkelte kreftlidelser (bryst-, endetarm- og prostatakrefte)

For hvert emne undervises det om forekomsten av tilstanden/sykdommen; effektene av trening/fysisk aktivitet; treningsråd, herunder «dosering» og intensitet; utholdenhetstrening og styrketrening; interaksjon med legemiddelbehandling; og eventuelle kontraindikasjoner og risikoer knyttet til trening. De pedagogiske verk-

tøyene som benyttes omfatter presentasjoner, kasuistikker, quiz og diskusjoner, «multiple choice»-oppgaver og refleksjonsoppgaver med andre kursdeltakere.

Kurset gir en innføring i samtaleteknikk som kan stimulere til endring – det vil si motivasjonssamtaler. Sentrale problemstillinger og prinsipper er:

- hvordan skape en god arbeidsrelasjon? Om legers egne holdninger til endringer. Utforske pasientens perspektiv ved interesse og nysgjerrighet. Endringsarbeid starter med å avklare om det skal skje en endring for denne pasienten og når det kan skje.
- endringer og endringstiltak i ulike stadier og faser
- verktøy for å styrke motivasjon for endring og samtaleøvelser for ulike endringsstadier

Virker dette spennende? Jeg håper du har hatt nytte av å lese dette – og jeg håper å se deg på et av kursene våre!

REFERANSER

1. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 2012; 380: 219–229.
2. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*, 25: 1–72. doi:10.1111/sms.12581.
3. Croteau K, Schofield G, McLean G. Physical activity advice in the primary care setting: results of a population study in New Zealand. *Aust N Z J Public Health*. 2006; 30: 262–7.

4. Kennedy MF, Meeuwisse WH. Exercise counselling by family physician in Canada. *Prev Med* 2003; 37: 226–32.
5. Kolle E, Anderssen SA. Medisinstudenters kunnskapsnivå om fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og helse. Oslo: Senter for oppdragsforskning og kunnskapsbaserte tjenester, Norges idrettshøgskole, 2006.
6. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/721/Fysisk-inaktive-voksne-i-norge-hvem-er-inaktive-og-hva-motiverer-til-okt-fysisk-aktivitet-IS-1740.pdf>
7. Persson G, Brorsson A, Ekvall Hansson E et al. Physical activity on prescription (PAP) from the general practitioner's perspective – a qualitative study. *BMC family practice*. 2013; 14: 128.
8. Joyce CL, O'Tuathaigh CM. Increased training of general practitioners in Ireland may increase the frequency of exercise counselling in patients with chronic illness: a cross-sectional study. *Eur J Gen Pract* 2014; 20: 314–9.
9. Nordby EW. Hvordan øke fastlegers forskrivning av fysisk aktivitet? En kvalitativ studie av effekten av kurset 'Trening er medisin' i to pilotkommuner. Studendoppgave. Universitetet i Oslo, 2014.
10. Jorgensen TK, Nordentoft M, Krogh J. How do general practitioners in Denmark promote physical activity? *Scand J Prim Health Care*. 2012; 30:141–6.
11. Orrow G, Kinmonth AL, Sanderson S, Sutton S. Effectiveness of physical activity promotion bases in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ* 2012; 344: e1389. doi:10.1136/bmj.e1389.
12. Stead LF, Bergson G, Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008; 2: CD000165. doi: 10.1002/14651858.CD000165.pub3.

■ TERJE.HALVORSEN@EXERCISEISMEDICINE.NO

HPV-vaksine smitte, celleforandringer

■ SVEINUNG SØRBYE • Overlege ved klinisk patologi, Universitetssykehuset Nord-Norge

Omtrent 70 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft skyldes HPV type 16 og 18. Disse to HPV-typene er inkludert i den bivalente HPV-vaksinen Cervarix – som nå gis til jenter født i 1991–96 og som skal gis til jenter i 7. klasse fra høsten 2017 – og trolig gutter i 7. klasse fra høsten 2018.



Condolymer på anus.



Condylomer på penis.



Noen typer virus kan forårsake kreft. Humant papillomavirus (HPV) er påvist i tumorvev fra cervix, vagina, vulva, penis, anus, munnhule og svelg. Viruset smitter seksuelt, og smitterisiko er omtrent 10 prosent for hver ny partner. Det er flere typer HPV som kan gi kreft, men ca. 70 prosent av livmorhalskrefttilfellene skyldes type 16 og 18.

Nobelpris

Harald zur Hausen fikk i 2008 Nobelprisen i medisin for oppdagelsen av HPV som årsak til livmorhalskreft. De første vaksinstudiene med en monovalent HPV-vaksine begynte i år 2000. Den randomiserte *Future II*-studien med 17 622 kvinner i 24 land i alderen 16–26 år startet i desember 2001, men ble avbrutt etter 42 måneder fordi interimanalyser viste så stor forskjell i forekomst av høygradige celleforandringer mellom placebogruppen og vaksinegruppen at det ble vurdert som uetisk å fortsette studien med en placebogruppe.

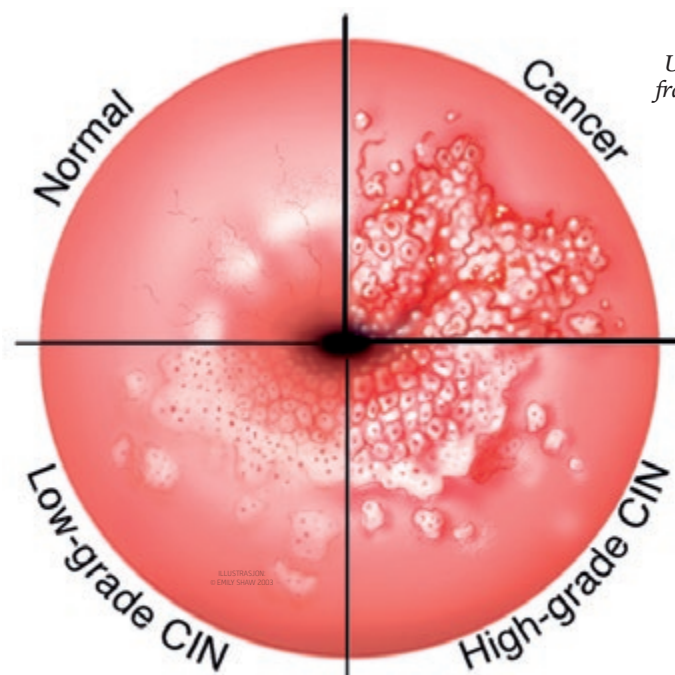
Studier med kreft som endepunkt

Det finnes ingen randomiserte studier med kreft som endepunkt fordi alle kvinner med

celleforandringer (forstadier) må få behandling uavhengig av om de er i vaksinegruppen eller i placebogruppen. På New Zealand lot en lege kvinner med store CIN3-lesjoner gå ubehandlet i mange år. Omtrent 30 prosent av kvinnene utviklet livmorhalskreft i løpet av 30 år. Dagens screeningprogram mot livmorhalskreft skal fange opp kvinner med forstadier, slik at disse kan få behandling med konisering før utvikling av kreft. For andre typer kreft som skyldes HPV finnes det ingen screening. Det vil si at HPV-vaksine er eneste mulighet til å forebygge kreft i vagina, vulva, penis, anus, munnhule og svelg.

HPV-vaksine i Norge

I Norge ble HPV-vaksinen tilgjengelig på apotek i 2006, og i 2009 ble vaksinen inkludert i barnevaksinasjonsprogrammet for jenter i 7. klasse. Vaksinedekningen i Norge er nå over 80 prosent i vaksinerte årskull, og jenter som var 12 år i 2009 er nå blitt 20 år. Fra november 2016 fikk jenter født 1991–96 tilbud om såkalt opphengingsvaksinasjon, og 180 000 jenter i alderen 20–25 år fikk sms om å ta kontakt med kommunen sin for å ta HPV-vaksine. Pr.



Ulike celleforandringer fra normalt vev til kreft.

forebygger og kreft



30. april 2017 har til sammen 283 000 jenter og unge kvinner takket ja til HPV-vaksinen.

HPV-vaksine i Australia

I Australia ble det allerede i 2007 gitt HPV-vaksine til 70 prosent av kvinner i alderen 12–26 år. Kjønnsvorter er nå nærmest utryddet hos kvinner under 30 år, og forekomsten av celleforandringer er halvert. Gutter i alderen 12–15 år fikk tilbud om gratis HPV-vaksine i 2013. Det planlegges nå en omlegging av screeningprogrammet i Australia fra celleprøver til HPV-testing.

Kvinner i alderen 27–45 år

Studier med kvinner opp til 45 år viser god forebyggende effekt av HPV-vaksinen. Det er påvist god immunrespons av HPV-vaksinen hos 55 år gamle kvinner. Jo eldre man er, desto færre forventede gjenværende leveår og mindre potensiell nytte av HPV-vaksinen. Det finnes ingen øvre aldersgrense for vaksinen, men samfunnsøkonomisk er det ikke kostnadseffektivt å gi gratis HPV-vaksine til kvinner over 26 år. Kvinner som ønsker å betale for vaksinen selv kan få resept hos fastlegen og kjøpe vaksinen på apotek. Mens det er tilstrekkelig med to doser tatt med minst seks måne-

ders mellomrom for barn i alderen 9–13 år, er det anbefalt tre doser for personer 14 år eller eldre.

HPV-vaksine etter seksuell debut

Vaksinen virker forebyggende og har best effekt før HPV-smitte. Derfor anbefales det HPV-vaksine til 9–12 år gamle barn. Samtidig vil HPV-vaksinen kunne forebygge senere infeksjoner uavhengig av tidligere eksponering. Omtrent 90 prosent av alle infeksjoner går over av seg selv i løpet av 6–24 måneder. En naturlig gjennomgått HPV-infeksjon gir liten eller ingen beskyttelse mot senere infeksjoner, selv ikke av samme HPV-type. Potensiell effekt av HPV-vaksinen er derfor ikke først og fremst knyttet til tidligere eksponering, men risiko for framtidig eksponering.

HPV-vaksine ved positiv HPV-test

Det er ikke dokumentert kurativ effekt av HPV-vaksinen, men vaksinen har forebyggende effekt på senere infeksjoner uavhengig av pågående infeksjon. Kvinner med positiv HPV-test kan ta HPV-vaksine, men må følges opp med årlige kontroller så lenge HPV-test er positiv. En HPV-infeksjon er lokal i slimhinnen og det er mulig å ha virusinfeksjoner på flere lokalisasjoner samtidig. En kvinne som tar HPV-vaksine har redusert risiko for overføring av HPV fra en slimhinne til en annen (f.eks. fra vagina til anus, munnhule og svelg).

HPV-vaksine ved påviste celleforandringer

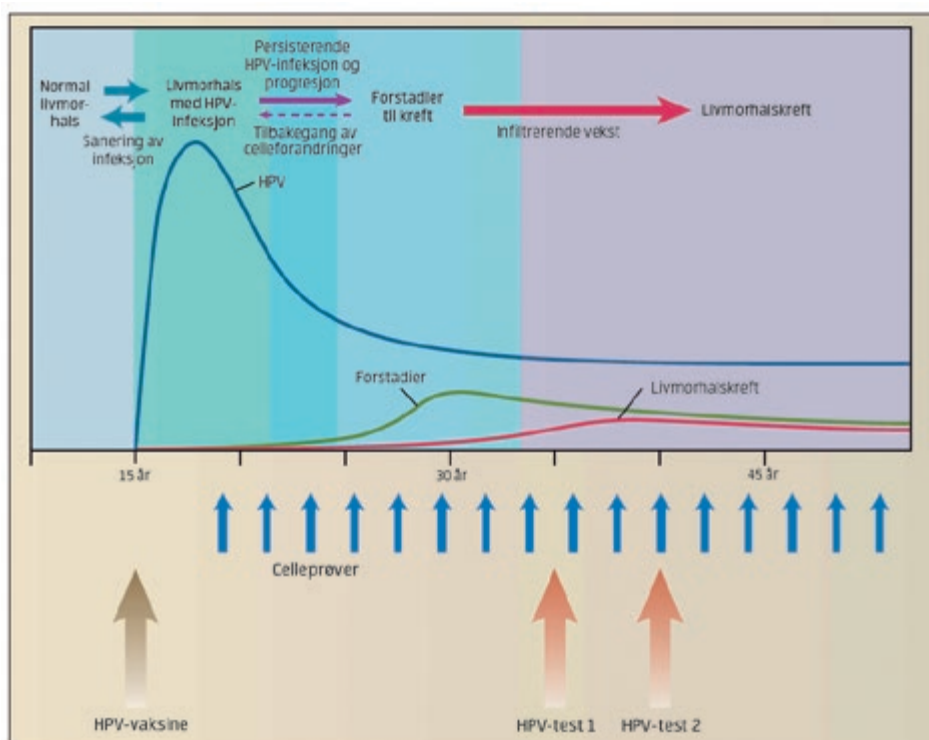
Vaksinen kan ikke sanere etablerte celleforandringer, men kan forebygge framtidig HPV-smitte og framtidige celleforandringer. Kvinner som får HPV-vaksine ved konisering har redusert risiko for residiv av celleforandringer etter konisering.

HPV-vaksine ved kjønnsvorter

Den firevalente og nivalente HPV-vaksinen

FIGUR 1. Utvikling av HPV-infeksjon, celleforandringer og livmorhalskreft i ulike faser av livet. Forekomsten av HPV-infeksjon med høyrisiko HPV-typer (blå linje) er høyest etter seksuell debut og partnerskifte (aldersgruppen 15–29 år). Forekomsten av høygradige celleforandringer (CIN2/3) er høyest 10 år senere (grønn linje). Forekomsten av livmorhalskreft er høyest hos kvinner i 40–50 års alder (rød linje). Tradisjonelt har masseundersøkelse mot livmorhalskreft vært basert på repeterte celleprøver (små blå piler) med kolposkopi og vevsprøve (biopsi) ved unormale funn. I tillegg kan livmorhalskreft forebygges ved HPV-vaksine før seksuell debut og HPV-testing.

TRYKKET MED TILLATELSE FRA MASSACHUSETTS MEDICAL SOCIETY: NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE



(Gardasil og Gardasil 9) gir beskyttelse mot HPV type 6 og 11 som er årsak til 90 prosent av kondylomer. Personer med kondylomer kan være plaget med residiv. En studie som omhandlet anale kondylomer hos menn som har sex med menn (MSM) viste at risiko for residiv av kondylomer reduseres 12 måneder etter første vaksinedose.

HPV-vaksine til menn

Modelleringsstudier viser at menn har indirekte nytte av at jenter vaksineres mot HPV, men står fortsatt i fare for å få HPV-assosierte kreftformer som kreft i penis, anus, munnhule og svelg. Ved å gi HPV-vaksine til begge kjønn, vil smittekjeden brytes i begge ledd. Ved 80 prosent vaksine-

dekning hos begge kjønn kan det være mulig å utrydde HPV i vaksinerte årskull. På denne måten vil også ikke-vaksinerte personer være beskyttet (flokkimmunitet).

HPV-vaksine hos immunsupprimerte og personer med autoimmune sykdommer

HIV-positive og immunsupprimerte personer er spesielt utsatte for kreft som skyldes virus. Det er vist god immunrespons av HPV-vaksinen også hos HIV-positive og personer som bruker immunsuppressive legemidler (f.eks. nyretransplanterte og personer med reumatoid artritt). Studier blant kvinner med autoimmune sykdommer viser samme effekt og sikkerhet ved HPV-vaksinen som hos andre kvinner.

HPV-vaksine ved graviditet og amming

Gravide er ikke anbefalt å ta HPV-vaksinen. I vaksinstudiene var det en forutsetning at kvinnene ikke var gravide og at de brukte prevensjon. Likevel var det en del kvinner som ble gravide mens studiene pågikk. Ved oppfølging av de kvinnene som fikk vaksine under graviditet, er det ikke sett foster-skader. Dataene er imidlertid ikke tilstrekkelig for å vurdere dette fullt ut, og vaksinen bør derfor ikke gis til gravide.

Det er ikke grunn til å anbefale abort selv om man er blitt vaksinert i graviditeten. Hvis man planlegger å bli gravid i løpet av de seks månedene det tar å fullføre hele vaksinasjonsserien, kan man starte vaksinasjon før man blir gravid, og fullføre med gjenværende dose/doser etter fødselen. Det er ikke noe maksimumsintervall mellom vaksinedosene. Det er ingen anbefaling om å vente med å bli gravid etter at en vaksinedose er tatt.

Det er ingen kontraindikasjon å ta HPV-vaksine under amming. For de fleste vaksiner foreligger det lite dokumentasjon om overgang til morsmelk. Det er lite trolig at små mengder vaksine i morsmelken vil skade barnet på noen måte.

FIGUR 2

HPV-relaterte sykdommer – et omfattende sykdomsproblem

HPV-byrden i forhold til cervixpatologi i Norge

I Norge er livmorhalskreft den tredje hyppigste kreftform hos kvinner 15-54 år¹

Hvert år i Norge....

...dør 70-80 kvinner av livmorhalskreft¹

...300 kvinner får diagnosen livmorhalskreft¹

...ca. 3,000 kvinner diagnostiseres med **alvorlige celleforandringer** i screeningprogrammet og **må fjerne en del av livmoren** (konisering)^{*2}

• øker risiko for **premature fødsler og senaborter** 4-5 ganger³

...ca. 10,000 kvinner diagnostiseres med **lette celleforandringer**^{**} i screeningprogrammet²

...1 av 10 norske kvinner får **kjønnsvorter** før 45-års alderen⁴



Screening og HPV-vaksine

Regelmessig oppmøte til screening med celleprøve hvert tredje år kan redusere risikoen for kreft med 60–80 prosent. Effekten av å ta celleprøver regelmessig er derfor omtrent den samme som å ta bivalent eller firevalent HPV-vaksine. Men risikoen for livmorhalskreft reduseres ytterligere dersom du både tar celleprøver regelmessig og er vaksinert.

Nivalent HPV-vaksine

I mai 2017 ble den nivalente HPV-vaksinen Gardasil9 tilgjengelig via norske apotek. Den dekker ni HPV-typer som er årsak til 90 prosent av alle tilfeller av livmorhalskreft. I USA er den bivalente og firevalente HPV-vaksinen trukket fra markedet på grunn av dårlig salg. I Norge vant den bivalente HPV-vaksinen anbudet hos Folkehel-seinstituttet, delvis på grunn av lavere pris. Det er forventet at den nivalente HPV-vaksinen i løpet av 20–30 år vil redusere forekomsten av livmorhalskreft så mye at det ikke lenger vil være nødvendig med et nasjonalt screeningprogram.

Risiko for celleforandringer og kreft

Uten HPV-vaksine vil 70–80 prosent av alle kvinner og menn blir smittet av HPV en eller flere ganger i løpet av livet. Det er rundt én av tre kvinner som får påvist lette celleforandringer (unormal celleprøve), en

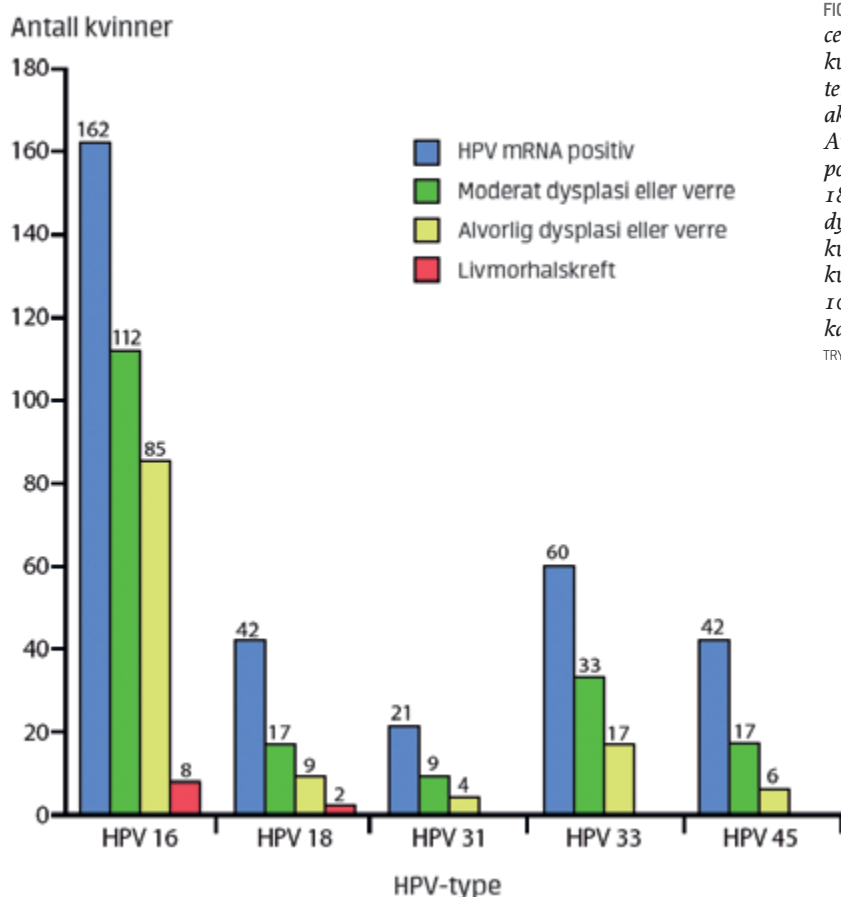
*CIN 2/3, AIS (Adenocarcinoma in situ), **CIN 1

1. Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2006 – Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway, Oslo: Cancer Registry of Norway, 2007.

2. Rapport fra en arbeidsgruppe nedsatt av Nasjonalt folkehelseinstitutt for å vurdere bruk av HPV-vaksine i Norge – Vaksine mot humant papillomavirus (HPV), Rapport 2007/9.

3. Albrechtsen S et al. Pregnancy outcome in women before and after cervical conisation: population based cohort study. BMJ 2008;1:5.

4. Kjær S K et al. The Burden of Genital Warts: A Study of Nearly 70,000 Women from the General Female Population in the 4 Nordic Countries. The J Inf Dis 2007;196:1447-54.



av ti kvinner får påvist behandlingskrevende celleforandringer, én av 100 kvinner får påvist livmorhalskreft og én av 500 kvinner dør av kreft.

Hvis 283 000 kvinner ikke hadde tatt HPV-vaksine, ville 28 300 blitt behandlet med konisering, 2830 ville fått livmorhalskreft og 566 kvinner ville dødd av kreft, selv ved gjennomsnittlig oppmøte til screening med celleprøver.

Bivirkninger

De vanligste meldte bivirkningene av HPV-vaksinene er hevelse og ømhet i armen der vaksinen er satt, samt hodepine. Det er også meldt om feber, kvalme/oppkast, diaré og magesmerter. Besvimelser og nesten-besvimelser, med eller uten kramper og pustebesvær (hyperventilering), er ikke uvanlig ved vaksiner og kan skyldes smerter eller ubehag knyttet til nålestikket. Allergiske reaksjoner på vaksinene er sjeldne. Bivirkninger etter vaksinasjon meldes ved mistanke om en mulig sammenheng med vaksinen. I vaksinstudiene var det ikke økt forekomst av meldte bivirkninger i vaksinearmen sammenlignet med placeboarmen. En nordisk registerstudie med en million kvinner viser at det ikke er overhyppighet av autoimmune sykdommer blant kvinner som har tatt HPV-vaksine sammenlignet med ikke-vaksinerte kvinner.

Legemiddelverket har pr. 30. april 2017, etter vaksinasjon med Gardasil, mottatt totalt 747 bivirkningsmeldinger, hvorav 72 klassifiseres som alvorlige. Det tilsvarende tallet for Cervarix er 50 bivirkningsmeldinger totalt, hvorav seks er alvorlige. Alle bivirkninger vurderes fortløpende av Folkehelseinstituttet og Legemiddelverket.

Legemiddelverket har ikke fått melding om dødsfall som kan knyttes til HPV-vaksinene. I all hovedsak er pasientene i bedring eller er helt friske igjen ved rapporteringstidspunktet. Fordelen ved å gi vaksinen vurderes som langt større enn risikoen for bivirkninger.

Inneholder HPV-vaksinen kvikksølv?

Tiomersal (en organisk kvikksølvforbindelse) har vært et vanlig brukt konserveringsmiddel i vaksiner i 70–80 år uten at man har sett noen skadelige virkninger av det. Det ble blant annet brukt i influensavaksinen Pandemrix i 2009. Nå inneholder ikke lenger noen av vaksinene i barnevaksinasjonsprogrammet i Norge kvikksølv, heller ikke HPV-vaksinen.

Kan vaksinen føre til autisme?

Autisme er en utviklingsforstyrrelse som spesielt rammer utviklingen av sosial funk-

FIGUR 3. HPV mRNA-test og senere behandlingskrevende celleforandringer (CIN2, CIN3 og kreft) ved oppfølging av 1798 kvinner med unormal celleprøve (ASC-US/LSIL) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge. HPV mRNA test påviser onkogen aktivitet (E6/E7) fra fem HPV-typer (16, 18, 31, 33 og 45). Av 1798 kvinner med ASC-US/LSIL hadde 327 (18 prosent) positiv HPV mRNA test. Av de 327 med positiv test hadde 188 moderat dysplasi eller høyere (CIN2+), 121 hadde grov dysplasi eller høyere (CIN3+) og ti kvinner hadde kreft. Av 162 kvinner med HPV type 16 hadde 112 CIN2+, 85 CIN3+ og åtte kvinner hadde kreft. Totalt var det 11 kvinner med kreft hvorav 10 hadde HPV 16 eller 18. En kvinne med lymfoepitelial karsinom var negativ for alle fem HPV-typer.

TRYKKET MED TILLATELSE FRA ELSEVIER. JOURNAL OF VIROLOGICAL METHODS

sjon, språk og kommunikasjon. Man blir vanligvis født med autisme, og symptomer på autisme blir som regel synlige i løpet av et barns tre første leveår. Det er helt umulig at en velfungerende 12-åring utvikler autisme etter å ha fått HPV-vaksine.

Inneholder vaksinen muterte HPV-virus med ukjent kreftisiko?

HPV-vaksinen inneholder ikke virus eller arvemateriale fra virus (DNA), men viruslignende partikler (tomme skall) som immunforsvaret oppfatter som ekte virus. Antistoffene som kroppen produserer mot de viruslignende partiklene vil senere kunne nøytralisere ekte HPV-virus. Vaksinen inneholder ingen kreftfremkallende stoffer, og kan derfor ikke gi kreft.

Kan HPV-vaksinen gi ME?

I en studie fra Folkehelseinstituttet (FHI) ble det ikke påvist mer ME hos jenter som har fått HPV-vaksinen. Datagrunnlaget inkluderer alle de seks første årskullene av jenter som har fått tilbud om vaksinen, mer enn 175 000 jenter i 7. klasse. Av disse har 145 000 tatt en eller flere doser med HPV-vaksine. Dermed var det mulig å sammenligne forekomsten av ME hos dem som hadde tatt vaksinen, med dem som avsto tilbudet. Det ble også vist at jenter som hadde hatt mye sykehuskontakt, i mindre grad tok vaksinen.

HPV-vaksine og risiko for premature fødsler

Omtrent 10 prosent av kvinner som ikke tar HPV-vaksinen vil utvikle høygradige celleforandringer som må behandles med konisering. I Norge fødes fem til seks prosent av alle nyfødte for tidlig. Det vil si fødsel før 37 uker. Etter konisering øker denne risikoen til rundt 10 prosent. Siden HPV-vaksine kan forebygge HPV-smitte og dermed celleforandringer som må behandles med konisering, kan HPV-vaksine forebygge premature fødsler.

SVEINUNG.WERGELAND.SORBYE@UNN.NO

Samfunnsmedisinsk årsm

■ KRISTINE ASMERVIK | TOM SUNDAR • Utpostens redaksjon

60 leger deltok ved det tradisjonsrike årsmøtekurset for samfunnsmedisinere som gikk av stabelen i Trondheim 7.–8. september – med et bredt repertoar av faglige temaer.

Barn og unge var hovedtema på første dag, med særlig vekt på tidlig innsats, helsefremmende og tverrsektoriell samhandling.

Første programbolk omhandlet barnefattigdom, som ikke bare er et problem utenfor landets grenser. Også i Norge lever stadig flere barn i lavinntektsfamilier, definert ut fra en inntektsgrense på under 60 prosent av medianinntekten for husholdninger i den kommunen familien bor i. Følgelig kan denne grensen variere fra kommune til kommune; likeledes kan opplevelsen av fattigdom også være variabel, f.eks. at du ikke kan klare deg økonomisk gjennom måneden eller ikke er tilstrekkelig bemidlet til å gi barna en ferieopplevelse.

Bærekraftige barnefamilier

Dette ble påpekt av Petter Olden fra NAV Værnes, som i sitt innlegg redegjorde for to store satsinger de siste årene: Det ene er prosjektet *Bærekraftige barnefamilier* som ble startet i 2012 med mål om å øke kompetansen til familier i lavinntektsusholdninger slik at de kunne bli i stand til å eie sin egen bolig. Bakgrunnen for prosjektet var en negativ utvikling kjennetegnet ved at flere familier bodde i kommunale boliger over lengre tid (tre år eller mer), at det var stor grad av «sosial arv»; at flere familier og generasjoner levde på sosialhjelp og at folk manglet tilknytning til arbeidslivet. Prosjektet er evaluert blant annet i 2014 og da hadde antall mottakere av sosialhjelp blitt redusert.

Det andre prosjektet ved NAV Værnes er *Helhetlig oppfølging av lavinntektsfamilier*. Dette er et forskningsprosjekt i regi av Arbeids- og velferdsdirektoratet i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus, med mål om å forhindre at sosiale problemer går i arv. 29 NAV-kontorer i landet er 'tiltakskontorer' mens 14 andre er kontrollkontorer. Prosjektet er tuftet på fire arbeidsområder (arbeid; bolig; økonomi; barns situasjon) for å styrke koordinering, samarbeid og helhetlig innsats – og

benytter en tilnærminingsmodell som blant annet bygger på tillitsskapende arbeid og medvirkning. Barna i familiene som er inkludert i prosjektet skal følges opp i 20 år for å se om negativ sosial arv kan forhindres ved tidlig innsats.

Ny retningslinje for helsestasjonsarbeid

Sigrd Aa Engzelius, helsesøster i Røros kommune, delte erfaringer med bruk av *Bedre Tverrfaglig innsats* (BTI) – en samhandlingsmodell utviklet av Helsedirektoratet og beregnet på kommunale tjenester i saker med barn, unge og familier som vekker bekymring. Modellen beskriver samarbeidsstrukturer, samt handlingsveiledere og andre verktøy som kan brukes for å styrke tidlig innsats, samordnede tjenester og foreldreinvolvering (1).

Under tittelen *Rusproblemer og psykisk helse blant ungdom – kjennetegn i barndommen og psykiatriske diagnoser som gir grunn til bekymring* orienterte psykolog Ove Heradstveit om sitt PhD-prosjekt ved Uni Reaserch, avdeling Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBV VEST). Hva er sammenhengen mellom rusproblemer og psykisk helse blant ungdom? spør Heradstveit i sitt forskningsarbeid.

– Dagens trend er at unge mennesker røyker og drikker mindre enn før, mens bruken av narkotika (cannabis) er uendret. Vi kaller dem «Generasjon Prestasjon» fordi de kjennetegnes mer av psykiske plager og stresslidelser og mindre av opprørsrang til lovbrudd i forbindelse med alkohol- og narkotikabruk. De fleste ungdommer har smakt alkohol, men det indikerer

nødvendigvis ikke en risiko for å bli alkoholiker. Det er et mindretall som drikker veldig mye mer enn flertallet, påpekte Heradstveit. I hans forskningsarbeid ser han på hvordan rusmiddelbruk påvirker skoleresultater og skolefravær og på sammenhengen mellom adferdsproblemer og rus. Foreløpige funn tyder på at adferdsvansker og psykiske traumer gir størst risiko for rusproblemer senere i livet.

Samfunnsmedisinerens rolle og muligheter innen dynamisk utviklingsarbeid ble eksemplifisert ved Betty Pettersen, kommuneoverlege i Trondheim. Hun delte sine positive erfaringer med å benytte evaluering som strategisk verktøy for å få til utviklingsprosesser i kommunen.

Helsedirektoratet ved Kristine Hartvedt avsluttet dag én med et innlegg om ny *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* som nylig er blitt lansert og som erstatter de faglige føringene som tidligere tillå IS-1154 (*Veileder til forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*). Den nye retningslinjen har høyere faglig kvalitet og autoritet enn den gamle veilederen, med et hovedfokus på økt samarbeid mellom tjenester for å sikre tjenestekvaliteten, sa Hartvedt. Hun pekte også på at direktoratet for tiden utreder behovet for en nasjonal norm for helsestasjons- og skolehelsetjenesten med henblikk på bemanning og kompetanse. Som en del av dette arbeidet har Helsedirektoratet i samarbeid med fylkesmennene og SSB gjort en nasjonal kartlegging av årsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2).

UTSKIFTNINGER I LSA OG NORSAM

Hver av de to samfunnsmedisinske foreningene har fått nytt styre for de neste to årene. På årsmøtene 7. september fikk Kirsten Toft i LSA og Henning Mørland i Norsam fornyet tillit i ledervervene. I begge foreningene er styret preget av kontinuitet, men det er også noen nye navn. Her er fasiten for styresammensetningen:

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA)

Kirsten Andrea Toft (leder), Ole Johan Bakke, Egil Bjørøløw, Meera Prakash Grepp, Cato Innerdal (ny), Kristin Cotta Schønberg, Inger Cecilia Uglenes (ny). VARAREPRESENTANTER: Sønniva Rognerud (1. vara, ny) og Geir Korsmo (2. vara, ny). AVTROPPEDE STYREMEDLEMMER: Karin Rønning, Lise W. Storhaug og Inger J. Onshus Williams.

Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam)

Henning Mørland (leder), Inger Marie Fosse, Hege-Kristin Aune Jørgensen, Guro Steine Letting (ny), Anne Kveim Lie, Kristian Onarheim, Tom Sundar. AVTROPPEDE STYREMEDLEMMER: Marit Voltersvik, Leif Edvard Muruvik Vonen

Øtekurs gav faglig påfyll



Gjenvalgt leder i Norsam, Henning Mørland. Kurskomiteen representert ved Inger Marie Fosse, Leif E. M. Vonen og Kristian Onarheim.

FOTO: DAG-HELGE RØNNEVIK

Sivilmilitært samarbeid

Annen dag av årsmøtekurset ble innledet av Jan Knudtzon Sommerfelt-Pettersen, sjef for Forsvarets sanitet, med et tankevekkende innlegg med tittelen *Helse og forsvar i fred, krise og krig med vekt på asymmetriske trusler*. Han pekte på ledelsesutfordringer innen nasjonal helse- og forsvarsberedskap og drøftet beredskapsnivåen ved ulike typer scenarioer. – Har vi den rette situasjonsforståelsen av verdensbildet? spurte Sommerfelt-Pettersen, som ikke la skjul på sitt eget svar:

– Forsvaret skal beskytte sivilsamfunnet og det sivile skal støtte Forsvaret. Men etter Berlinmurens fall og oppløsningen av Sovjetunionen har vi i stor grad nedbygd det militære, inklusive sanitetsfunksjonene. I tillegg til å ha et lite forsvar, har vi et sivilforsvar med manglende redningskapasitet og en redningstjeneste som ikke har beredskap. Vi står overfor store utfordringer innen sektorgrensesnittet mellom helse, justis og forsvar og mellom militær helse og samfunnshensyn. Slik systemet er rigget i dag, vil krigsskader komme rett til kommuner og sykehus, men det er de neppe beredt til å håndtere, sa sanitetssjefen.

Digitalisering og e-helse

Digitalisering og e-helse var et hovedtema på dag to, med innleggsholdere og bidragsyttere fra ulike instanser og etater. Jon-Torgeir Lunke fra Direktoratet for e-helse beskrev den nasjonale politikken på feltet og understreket behovet for å koordinere helseinformasjon: – Helsesektoren har 17 000 aktører fordelt på fire regionale helsefor- etak og over 400 kommuner, men informasjonen følger ikke automatisk pasienten, sa Lunke. Han pekte på bærekraftsutfordringene for de neste tiårene knyttet til integrering av informasjon og håndtering av pasientsikkerhet i en tid med rask utvikling av IT-løsninger, delingstjenester og forretningsmodeller.

– Vi må sette e-helse i en samfunnsmedisinsk kontekst. E-helse handler om sjanselikhhet slik at flere kan håndtere egen helse samtidig som vi får bedre sammenheng i pasientforløp og pasientkoordinering. Vi må ha kunnskap om feltet slik at e-helse kan bli en naturlig del av helsehjelpen. IKT er gått fra å være støtteverktøy til en integrert og viktig del av det å levere helse- og omsorgstjenester med høy kvalitet og pasient-

sikkerhet, sa Lunke. Han viste til ny nasjonal e-helsetrategi og handlingsplan 2017–22 som beskriver strategiske innsatsområder, samt virkemidler og verktøy for digitalisering av oppgaver og funksjoner med koblinger til statistikk og epidemiologi.

Helseplattformen – en nasjonal pilot

Torbjørn Vanvik, programdirektør i Helse Midt-Norge gav oss innblikk i arbeidet med Helseplattformen som skal bli til en journal for hele helsetjenesten (3). Helse Midt-Norge har i samarbeid med Trondheim kommune fått ansvaret for å designe og innføre en felles journalløsning som følger pasienten gjennom hele sykdomsforløpet. Denne elektroniske pasientjournalen skal senere innføres i hele landet. Med helseplattformen er Midt-Norge pilotregion for utprøving av det nasjonale målbildet *En innbygger – én journal*.

Bakgrunnen for Helseplattformen var Helse Midt-Norges *Strategi 2020*. Det ble oppdaget at IKT-verktøyet ikke understøtter målene i strategien. Samhandlingsreformen var kommet og RHFet ville ikke anskaffe et elektronisk pasientjournalsys-

tem kun for sykehus; det måtte også kunne inkludere primærhelsetjenesten. Så vel spesialisthelsetjenesten som alle kommunene i Midt-Norge er med på dette initiativet som omfatter ca. 720 000 innbyggere. Kommunene har en sterk representasjon i programorganisasjonen, mens Helse Midt-Norge bærer den økonomiske risikoen sammen med Trondheim kommune.

- Vi ønsker et verktøy for å kunne gi like effektive eller bedre helsetjenester i fremtiden, presiserte Vanvik og refererte til Helse Midt-Norges nye dokument *Strategi 2030*.
- Utfordringen er å få til helhetlige pasientforløp som involverer både primær- og spesialisthelsetjenesten slik at vi oppleves som ett helsevesen, supplerte overlege Per Olav Østbyhaug som er ortoped ved St. Olavs hospital. Han understreket at Helseplattformen er et løft for å få en journal som følger pasientens reise i helsetjenesten og som kan fasilitere bedre samhandling i helsesystemet.

Torstein Sakshaug fra Trondheim meddelte fastlegenes behov og ønsker knyttet til Helseplattformen. Han understreket viktigheten av god funksjonalitet for journalføring, pasientlogistikk og økonomiløsninger som er integrert mot nasjonale systemer knyttet til fastlegesystem, frikort, NAV og ulike kvalitetsverktøy. Han advarte samtidig mot høye investeringskostnader forbundet med nye systemer: – Fastlegene kan skifte EPJ-system hvis det nye åpenbart er bedre enn det vi har. Pris har betydning, men er ikke avgjørende. Gratis er best, pilotkontor må gå foran, og god opplæring og support er essensielt, sa Sakshaug.

Helge Garåsen, kommunaldirektør for helse og velferd i Trondheim kommune, fortalte om arbeidet og utfordringene med Helsevakta som er under etablering. Når legevakt og nødetatfunksjoner samordnes og samlokaliseres med kommunale tjenester, hadde et felles IKT-system vært å foretrekke, medgav han. – Men kvalitet i tjenestene er viktigst. Endringer vil komme og dette må vi ta inn over oss. Brukermarkedet er stort og helsetjenesten må henge med våre innbyggere og møte dem på deres bane også digitalt, avsluttet Garåsen.

REFERANSER

1. <http://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/BTI/>
2. <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/kartlegging-av-arsverk-i-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
3. <https://helse-midt.no/vart-opdrag/prosjekter/helse/helseplattformen>

Tilsynskampanje – miljørettet helseve

■ RUNE SKATT • Spes. Ingeniør, miljørettet helsevern i Bærum kommune og styremedlem i NEMFO

Nettverk for miljørettet folkehelsearbeid – NEMFO – har tatt initiativ til og tilrettelagt for det første kommunale tilsynssamarbeidet innen miljørettet helsevern på tvers av kommune og fylkesgrenser. Alle landets kommuner ble invitert med på en tilsynskampanje med tema inneklimate i skoler, og 112 kommuner deltok. Tilsynsperioden var fra 1. oktober 2016 til 1. mars 2017.

I henhold til folkehelselovens § 9 skal kommunene føre tilsyn med faktorer og forhold i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Selv om tilsyn kan være et godt virkemiddel til forbedring, er det ofte ressurskrevende å føre tilsyn.

NEMFO og tilsynskampanjer

NEMFO er et faglig nettverk for personer, institusjoner og virksomheter innen miljørettet folkehelsearbeid. I nettverksarbeidet ble NEMFO kjent med at Helseetaten i Oslo kommune gjennomfører jevnlig tilsynskampanjer i samarbeid med bydelene, for å øke tilsynsfrekvensen og få til en mer ensartet praksis i bydelene. Vi så potensialet i disse tilsynskampanjene og at vi hadde muligheten til å gjøre noe tilsvarende på nasjonalt plan.

Tilsynsystema

Nasjonale myndigheter har den senere tiden hatt fokus på betydningen inneklimate har på barn og unges helse. Forskning viser

også at inneklimate har stor betydning for skoleprestasjoner og arbeidsevne. Satsing på barns fysiske skolemiljø er et godt folkehelse tiltak.

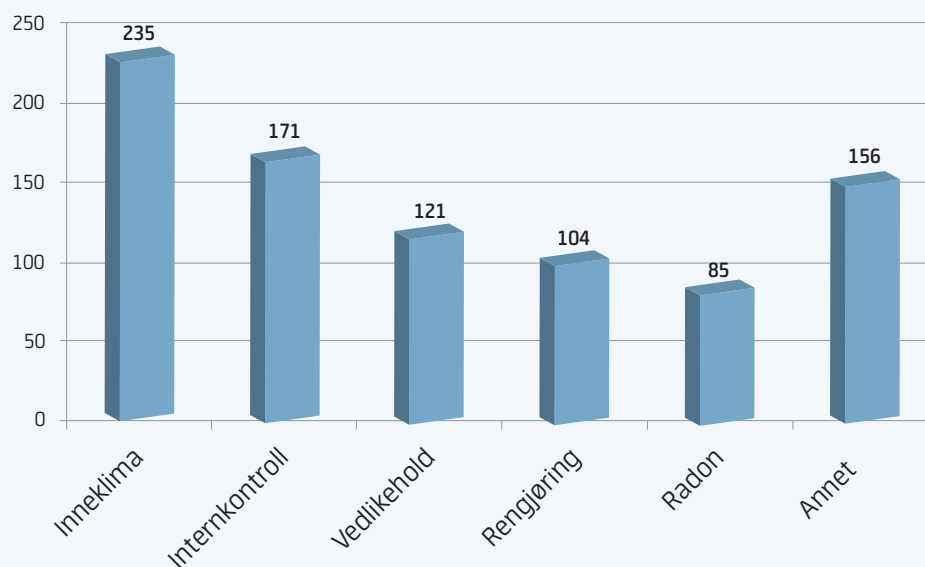
Undersøkelser utført av Helsedirektoratet, senest i 2013, viser at det fortsatt er en lang vei å gå før alle skoler er godkjent etter forskrift om miljørettet helsevern i barnehager og skoler. Det føres for lite tilsyn i kommunene, avvik lukkes ikke og tilsyn med egne virksomheter kan skape utfordringer.

Det var derfor naturlig for NEMFO å velge inneklimate i skoler for den første nasjonale tilsynskampanjen.

Tilsynskampanjen

For å få med flest mulig kommuner på tilsynssamarbeidet måtte terskelen for å delta være lav. Alt av tilsynsmateriell (dokumentmaler, sjekklister, intervjuguider, rapporter) ble utarbeidet av en arbeidsgruppe i regi av NEMFO og gjort tilgjengelig på internett. Det ble også laget en gjennomføringsplan. De som ønsket ble invitert med inn på NEMFOs

GRAF. Oversikt over antall anmerkninger på avvik på tilsynskampanjen. GRAF: 07 MEDIA / KILDE: NEMFO



ern i skoler

samarbeidsnettverk på Yammer.com, en arena for å diskutere og dele erfaringer.

De enkelte tilsynsmyndigheter i kommunene kunne så enkelt gjøre de tilpassinger de måtte ønske i tilsynsmateriellet, gjennomføre de planlagte tilsyn og følge opp eventuelle funn.

I forkant av tilsynskampanjen ga Helse- og Statens strålevern ut to nye tilsynsveiledere i miljørettet helsevern, som også ble nyttige hjelpemidler for kommunene i tilsynskampanjen:

- Veileder for kommunens tilsyn med miljørettet helsevern – IS-2288
- Veileder i tilsyn med radon i skoler, barnehager og utleieboliger – IS-2409

Resultater

Etter kampanjen har NEMFO sendt ut elektronisk spørreskjema til de 125 kommuner som var påmeldt tilsynskampanjen. Det er kommet inn svar for 112 kommuner. Tilsynsrepresentanter for vertskommunemødell og IKS'er har sendt inn svar på vegne av flere kommuner de har ført tilsyn med.

Hovedhensikten med spørreundersøkelsen har vært å få svar på om dette med tilsynskampanjer er noe NEMFO skal gjennomføre flere ganger. 88 prosent av de spurte ønsker å delta på flere tilsynskam-

panjer i regi av NEMFO. De som har svart er også gjennomgående fornøyd med tilsynsmateriellet. 22 kommuner sier at tilsynskampanjen har medvirket til at det er gjennomført tilsyn de ellers ikke ville gjort. De fleste kommuner mener at tidspunktet for og varigheten på tilsynsperioden var tilfredsstillende. De understreker likevel viktigheten av at informasjon om tilsynskampanjen kommer i tide før egne tilsynsplaner fastlegges.

Alle skoler i de deltakende kommunene har fått informasjon om tilsynskampanjen, totalt 1462 skoler. Av disse er det gjennomført tilsyn med 467 skoler, fordelt på 261 barneskoler, 82 ungdomsskoler, 98 kombinerte barne- og ungdomsskoler, samt 26 videregående skoler.

De kommunale tilsynsmyndighetene ga til sammen 872 avvik og et tilsvarende antall anmerkninger på tilsynskampanjen. Grafen under viser fordelingen på avvikene.

NEMFO har valgt å ikke gå i dybden på avvikene, da det ville blitt en for omfattende spørreundersøkelse. Det er i stedet tilrettelagt for diskusjoner og deling av erfaringer på NEMFOs område på Yammer.

Statens strålevern har i etterkant av tilsynskampanjen gjennomført en egen spørreundersøkelse overfor de samme kommunene, for å se nærmere på hvilke avvik som er gitt mht. radon. Funnene er publisert i stråleverninfo 4/2017 *Tilsyn med radon i skoler*.

Konklusjon

NEMFO har tatt initiativ til og tilrettelagt for det første kommunale tilsynssamarbeidet på tvers av kommune og fylkesgrenser. Selv om deltakende kommuner nesten

dekker alle fylker, utgjør de likevel bare kun drøyt en firedel av kommunene. 85 av kommunene som deltok er i tillegg representert i en interkommunal enhet.

Hvorfor ikke flere kommuner valgte å delta når det foreligger en ferdig tilsynspakke kan vi bare spekulere i. Det kan være på grunn av manglende tilsynsressurser. Vi vet også at kampanjen ikke passet inn i tilsynsplanene til enkelte kommuner. Andre kommuner igjen hadde allerede hadde gjennomført tilsvarende tilsyn.

NEMFO mener at fylkesmennene i liten grad følger opp at kommunene fører tilsyn med f.eks. inneklimate i skoler. Vi er derfor glad for at Helsedirektoratet i sitt forventningsbrev til fylkesmennene for 2017 har minnet om deres ansvar med hensyn til dette.

NEMFO vil på bakgrunn av tilbakemeldinger i spørreundersøkelsen med stor sannsynlighet gjennomføre flere landsomfattende tilsynskampanjer. Tema, tidspunkt og varighet for nye tilsynskampanjer har vi fått innspill på og vil komme tilbake til. Målet for fremtidige kampanjer må bli å få med enda flere kommuner.

Rapporten fra tilsynskampanjen er tilgjengelig på NEMFOs nettsider. Det er også tilsynsmateriellet fra tilsynskampanjen om inneklimate i skoler, og det kan når som helst tas i bruk av kommuner som måtte ønske å gjennomføre tilsvarende tilsyn.

Denne artikkelen blir også publisert i tidsskriftet *Miljø og Helse*. Vi har valgt å publisere i *Utposten* fordi kampanjen også har interesse for våre lesere.

■ RUNE.SKATT@BAERUM.KOMMUNE.NO

Kunsten å henvise

Workshop The art of referring under Nordisk kongress i allmennmedisin, Reykjavik 2017

■ MIRIAM HARTVEIT

PhD. Forsker ved Seksjon for Forsking og Innovasjon, Helse Fonna HF

■ OLAV THORSEN

PhD. Fastlege, Klubbegaten legesenter i Stavanger

Under Nordisk kongress i allmennmedisin 2017 i Reykjavik ble det den 15. juni avholdt en workshop om henvisninger med tittelen «The art of referring». Ansvarlige for denne seansen var Miriam Hartveit og Olav Thorsen, i samarbeid med Unni Ringberg, Per Arne Holman og Jan Emil Kristoffersen. Ca. 60 deltok på workshopen, med deltakere fra de fem nordiske landene, i tillegg til andre land som Litauen og Nederland.

Vi innledet med en presentasjon av våre og andres forskningsresultater knyttet til utfordringer og muligheter i henvisningsprosessen (1–7). Vi presenterte ulike typer henvisninger og hensikter med disse, fastlegenes portnerrolle, ulike forhold som påvirker henvisningsraten, kvaliteten på henvisninger og dets betydning for pasientforløpet, risikoen for feilprioritering av pasienter til spesialisthelsetjenesten, fastlegers opplevelse av henvisningsprosessen og behovet for tiltak for å bedre interpersonelle relasjoner (8). Aktuelle standarder for henvisningsbrev var også temaer som ble presentert (9).

I den påfølgende gruppediskusjonen snakket vi rundt bordene om hva vi kan og bør gjøre for å forbedre henvisningsprosessen.

Innspillene fra deltakerne inneholdt en rekke forskjellige tema, som gjensidig respekt, flere kontaktmøter og workshops sammen, bli bedre kjent, kursing, kjenne

hverandres oppgaver bedre, bedre (elektro-nisk) kommunikasjon, kortere ventetider, involvere pasientforeninger, ny type epikriser, bedre tid til henvisning, bedre elektroniske beslutningsstøtteverktøy, gjensidig praksisbesøk med sykehuslege, bedre telefonisk rådgivning fra sykehuslege, mer algoritmer i henvisningsprosessen og feedback på henvisninger. Flere var opptatt av praksiskonsulentordningen (PKO) og mente den hadde en viktig rolle å spille i samarbeidet mellom legene i sykehus og allmennlegene. Felles for innspillene synes å være at vi bør forbedre de tekniske løsningene, men dette vil ikke være tilstrekkelig. En må også fokusere på bedre forståelse og respekt mellom legene i første- og andrelinjetjenesten.

I plenumsdiskusjonen ble det lagt vekt på at tjenestene skal være ulike for å utfylle hverandre. Gjensidig forståelse, aksept og respekt for ulikhetene er nødvendig for et likeverdig samarbeid. Kommunikasjon må skje på en respektfull måte mellom tjenestene. Noen tenkte at dette kanskje er enklere i mindre regioner. Et løsningsforslag er at unge leger får mer opplæring/trening i dette samarbeidet, og at leger på sykehus må hospitere i primærhelsetjenesten for å beholde spesialiteten. Av mer praktiske løsninger ble tiltak for enklere dialog (som dialogmeldingene i Norge) og minstekrav til innhold i henvisninger og hvor de skal sendes, nevnt. Også et åpent dokumentasjonssystem mellom leger i begge tjenestene og pasienten sees på som en mulig løsning. Fra Estland ble det fortalt om et system for samarbeid mellom tjenestene for å selektere hva som skal henvises som et mulig fremskritt. Avslutningsvis ble det presisert at vi må holde oss til at det er en ulik maktfordeling, både faktisk og opplevd. Dette har betydning for hva som vil fungere av tiltak for å forbedre henvisningsprosessen.

Henvisningsprosessen er ulik, selv innen de fem nordiske landene. Island har ingen

henvisningsplikt til spesialisthelsetjenesten, hvilket betyr at mange pasienter går direkte til private spesialister. Også i Sverige kan pasienter henvise seg selv, ev. via allmennlege. I Danmark, Finland og Norge fungerer henvisningsprosessen nokså likt. Felles for alle synes å være at en ser på henvisningsordningen som særlig viktig for å forbedre helsetjenesten. Helsetjeneste- og samfunnsforskning har vist at portnerrollen og henvisningssystemet er med på å sikre mer likeverdige helsetjenester for alle og fører til mindre bruk av (unødvendige) kostbare spesialistundersøkelser. Mye tyder også på at overdiagnostikk og overbehandling øker der man ikke har en god henvisningsordning og portnerfunksjon hos allmennlegene.

Interessekonflikter og etiske forhold:

Ingen interessekonflikter. Deltakerne samtykket til at vi samlet inn innspillene for videreformidling.

REFERANSER

1. 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): 241–246.
2. Thorsen O, Hartveit M, Baerheim A: The consultants' role in the referring process with general practitioners: partners or adjudicators? a qualitative study. *BMC Fam Pract* 2013, 14: 153.
3. 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.
4. Ringberg U, Fleten N, Forde OH: Examining the variation in GPs' referral practice: a cross-sectional study of GPs' reasons for referral. *Brit J Gen Pract* 2014, 64(624): e42–433.
5. Kristoffersen JE, Gerner BH, Sundar T: Henvisningen – monolog eller dialog? *Tidsskr Nor Legeforen* 2012, 132(7): 802–803.
6. Holman PA, Grepperud S, Tanum L: Using referrals and priority-setting rules to risk adjust budgets: the case of regional psychiatric centers. *J Ment Health Pol Econ* 2011, 14(1): 25–38.
7. Holman PA, Ruud T, Grepperud S: Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics. *BMC Health Serv Res* 2012, 12: 162.
8. Hartveit M: Dårlig henvisning? Kanskje det, men er epikrisen din noe bedre? *Utposten* 2017.
9. Forde OH, Breidablik HJ, Ogar P: Truar skilnadene i tilvisingsrater målet om likeverdige helsetenester? *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131: 1878–81.

■ MIRIAM.HARTVEIT@UIB.NO
■ OTHORSEN@LYSE.NET

Workshopen «The art of referring» ble holdt i Hall Bjørtuloft på konsert- og operahuset Harpa i Reykjavik.



Helse i hver maske.

Gunstige effekter av strikking i sykehjem

■ THERES UTAKLEIV • Hjelpepleier, Vestby sykehjem

■ MORTEN LAUDAL †

Tidligere sykehjemslege, fastlege og kommuneoverlege i Vestby

På Vestby sykehjem forsøker vi å drive hensiktsmessig og moderne ved å gruppere pasientene i tun eller grupper, der hver gruppe har pasienter med en del fellestrekk.

Et slikt tun har pasienter med psykiske lidelser og moderat demens, og denne pasientgruppens utfordringer er kjennetegnet ved at de opplever uro, mange finner ikke ro selv når de sitter ned og noen vandrer hvileløst rundt. Bruk av medikamentell behandling for å forsøke å normalisere atferd og dempe uro er vanlig i denne gruppen. Forskjellige aktiviteter forsøkes og benyttes regelmessig for å aktivisere pasientene, med varierende suksess. Dette er en historie om en av suksessene.

DET HELE STARTET med en enkelt pasient med en kjent psykiatrisk diagnose som var svært urolig. En av personalet på avdelingen har en personlig forkjærlighet for strikking, opplever det selv som beroligende og tenkte at det kanskje var en mulighet. Strikketøy ble tatt fram, og dette roet pasienten betraktelig.

Vi testet så ut dette med strikking på en annen meget urolig pasient med betydelig kognitiv svikt. Hun gikk kilometer etter kilometer i gangene og fant aldri ro, det var vondt å se. Da hun fikk et strikketøy i hendene ble hun sittende helt rolig i en time av gangen uten noe som helst problem. Det var knapt til å tro, og tanken om at en ny og god metode var funnet dannet seg.

DISSE ERFARINGENE ble kommunisert til avdelingsleder, og det var vilje til å gjøre et litt større forsøk. Vi startet en egen strikkecafe, en time hver fredag. Suksessen var uomtvistelig. Mange av postens kvinnelige pasienter tok med glede og entusiasme tak i strikkepinner. Tiltaket ble kjent i resten av huset, og det kommer ofte pasienter fra andre avdelinger, og mange ser frem til fredagene. Mange strikker, noen drikker bare kaffe, og noen menn kommer og legger seg på sofaen og sovner til strikkekjerringenes skravlende stemmer i bakgrunnen. Det er



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

åpenbart at aktiviteten med strikking skaper en endret sosial virkelighet. Mange får en følelse av hjemmekoselig stemning når det sitter noen i sofaen og strikker. Noen pasienter med psykiske vansker blir rolige bare av å se på at andre strikker.

FORKLARINGEN på at pasientene finner ro ved å ta fram strikketøyet antar vi er at man må konsentrere seg for å klare å strikke, og man får noe annet å tenke på. De mulige triste eller uhensiktsmessige tankene som var der, forsvinner og erstattes av en mestringssituasjon, kanskje med erindring om tidligere tider da strikking formodentlig var assosiert med helt andre og muligens trivelige omstendigheter. Jo mer avansert strikking jo mer forsvinner tankene. Graden av kompleksitet i strikkingen må tilpasses evnenivået til hver enkelt, og det varierer mye.

Med disse temmelig overveldende gode erfaringene, lå veien åpen for utvidet bruk av strikking. Urolige pasienter som kom og ba om medisiner ble forelagt tilbud om en kosestund med strikketøyet. Medisinbehovet forsvant, strikkingen fordrev uroen. Etter noen tid med slik avledning, forsvinner tendensen til å be om medisiner i det hele tatt. Erfaringen på noen pasienter, er at denne typen aktivitet, med tilliggende stemninger, faktisk reduserer medikamentforbruk. Noen systematisk registrering av dette har vi ikke ennå, men inntrykket er tydelig.

MED STRIKKING som med alt annet, er det viktig å se hvert enkelt individ, noen strikker det de får plassert i hendene, noen ønsker å strikke til barnebarn, og noen kan kun strikke lapper og er ikke åpne for noe annet. Noen produserer mengder, mens andre strikker tre masker i uka. Noen sitter hver dag på stua og strikker, mens andre ønsker å sitte alene på rommet og strikke i fred. Det viktigste er å se hvert enkelt individ og dekke deres behov.

Vi har så vidt begynt å strikke til premature barn ved en av sykehusenes nyfødte intensiv avd. To fluer i en smekk, det gjør godt for to pasienter.

VÅRE ERFARINGER ER GODE. Vi vil fortsette med dette og muligens utvide aktiviteten. Vi sliter litt med økonomi, garn er ikke gratis, men muligens er medisiner dyrere? Sykehjemslegen er ikke helt overbevist om det ennå, men er imponert over hva vi får til og er «med på laget» for å fortsette og utvide aktiviteten. Argumentet om mindre medisiner og dermed mer våkne og friskere pasienter synes å virke. Likedan de sosiale ringvirkningene. Sannsynligvis er ikke strikking løsningen på alle problemer hverken i sykehjem eller eldreomsorg, men vi mener å ha funnet at det i organisert form kan ha stor verdi, både for den enkelte, for gruppen og miljøet. Vi utfordrer kolleger til å prøve det samme.

Dette bidraget ble publisert i *Fagbladet* 15.05.17

■ THERESUTAKLEIV@HOTMAIL.NO

Ledelseskurs for leger i

■ IVAN SPEHAR

Førsteamanuensis, Universitetet i Oslo og Høyskolen i Oslo og Akershus

■ NILS KRISTIAN KLEV

Fastlege, Legene på Bryggen

■ KIRSTEN ROKSTAD

Dr.med., spesialist i allmennmedisin, Kirsten Rokstad AS

■ ELIN O. ROSVOLD

Professor i allmennmedisin, Universitetet i Oslo

■ JAN FRICH

Professor, Universitetet i Oslo

En mer kompleks helsetjeneste skaper nye ledelsesutfordringer for leger i primærhelsetjenesten, og økte krav om å sikre kvaliteten på tjenestene skaper behov for kunnskap og ferdigheter innen kvalitet og kvalitetsforbedring. Allmennlegeforeningen har bidratt til å utvikle kurs i ledelse og kvalitet ved Universitetet i Oslo (UiO). I denne artikkelen deler vi våre erfaringer med to kurs som ble gjennomført i regi av Allmennlegeforeningen og UiO våren 2016 og våren 2017.



Bakgrunn

Utdanning og kurs i helseledelse er blitt utbredt. Allmennlegeforeningen har i lengre tid sett behovet for økt ledelseskompentanse hos sine medlemmer. Allmennleger møter flere utfordringer i det daglige arbeidet som de i liten grad har blitt forberedt på tidligere i utdanningsløpet. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED) ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), har i mange år tilbudt lederutdanning skreddersydd for helsetjenesten. Kursene er bygget på tidligere erfaring, men skreddersydd for leger i primærhelsetjenesten. Allmennlegeforeningens kurskomité har bestått av Kirsten Rokstad og Nils Kristian Klev, og ansvarlig ved UiO har vært Jan Frich, med Ivan Spehar, Knut Ivar Karevold og Elin O. Rosvold som medspillere.

Om kursene

Formålet med kursene har vært å gi en innføring i begreper, teorier og verktøy som gir helsepersonell et grunnlag for å utøve ledelse og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring i egen praksis og i helsetjenesten generelt. Undervisningen var lagt opp i form av forelesninger, gruppearbeid og seminarer. Den første delen av kursene gikk over tre dager og kunne tas som et selvstendig emnekurs i ledelse, som ble godkjent med 15 timer som emnekurs til videreutdanning og 15 valgfrie kurspoeng

til etterutdanning. Det første kurset ble etterfulgt av en to dagers påbyggingsdel ved UiO. I sum kvalifiserer kursene til et studiepoenggivende emne i ledelse fra UiO. Eksamen bestod av en hjemmeoppgave som ble innlevert etter avsluttet undervisning og som ble vurdert til bestått/ikke bestått. Kursene kunne eventuelt inngå i et modulbasert masterstudium i helseadministrasjon ved UiO.

Lederrollen og ledelsesutfordringer

Våren 2016 gjennomførte vi kurset «Ledelse i primærhelsetjenesten» (HADM4601V). Første samling ble holdt under Allmennmedisinsk våruke i Kongsberg, mai 2016. Den andre samlingen ble holdt ved UiO i juni 2016. Målet med dette kurset var å gi deltakerne en innføring i ledelsesrollen, samt temaer knyttet til motivasjon, kommunikasjon og teamledelse. Til den andre samlingen skulle deltakerne bringe med et eksempel på en ledelsesutfordring fra egen praksis eller helsetjenesten generelt som ble presentert og diskutert i grupper. Det var totalt 42 deltakere på den første samlingen. 18 deltakere gjennomførte begge samlingene og fikk godkjent eksamen.

Samhandling og kvalitet

Våren 2017 gjennomførte vi kurset «Samhandling og kvalitet i primærhelsetjenesten» (HADM4602V).

Første samling ble holdt under Allmennmedisinsk våruke i Tromsø i april 2017. Den andre samlingen ble holdt ved UiO i juni 2017. Målet med dette kurset var å gi deltakerne en innføring i temaer knyttet til samhandling og ledelse, samt gjøre dem bedre i stand til å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Til den andre samlingen skulle deltakerne presentere og diskutere et eget kvalitetsforbedringsprosjekt i grupper. Det var totalt 39 deltakere på den første samlingen. 15 deltakere gjennomførte den andre samlingen og fikk bestått eksamen.

Evaluerings av kursene

De to kursene har blitt evaluert hver for seg gjennom en elektronisk spørreundersøkelse i regi av Legeforeningen og fokusgruppeintervjuer i regi av UiO. Det ble gjennomført totalt syv fokusgruppeintervjuer med 29 deltakere på begge kursene, med en gjennomsnittsalder på 29 år og hvor de aller fleste var spesialister i allmennmedisin. Materialet fra fokusgruppeintervjuene er analysert ved hjelp av en tematisk analyse (1).

Begge kursene mottok gjennomgående svært gode tilbakemeldinger på undervisningsopplegget. Deltakerne var positive til at kurset var delt opp i to samlinger, fordi dette ga dem tid til å reflektere over temaer

i primærhelsetjenesten



Første samling ble holdt under Allmennmedisinsk våruke i Tromsø i april 2017. FOTO: COLOURBOX

fra den første samlingen og til å prøve ut verktøy og modeller som de hadde fått presentert. Det fremsto for øvrig som om kursene hadde en god balanse mellom forelesninger og gruppearbeid, og det faglige innholdet opplevdes som svært relevant for deltakernes eget arbeid. Deltakerne trakk særlig fram relevansen av temaer som systematisk kvalitetsarbeid, endringsledelse og konflikthåndtering. Deltakerne opplevde dessuten erfaringsutvekslingen under gruppearbeidet som svært nyttig, og kjente seg godt igjen i hverandres problemstillinger. Det var også positivt at gruppediskusjonene ble løftet fram i plenum og knyttet til teoretiske modeller og litteratur av kurslærerne.

Deltakerne mente at det var manglende bevisstgjøring og forberedelse på ledelsesrollen gjennom medisinstudiet, og at kurset derfor var et viktig bidrag for å bli mer bevisst på sin egen rolle som leder. Det fremgår av evalueringene at legene opplevde at de var blitt bedre i stand til å reflektere over egne forutsetninger for ledelse. Det kom fram i gruppearbeidene at allmennlegene særlig opplevde utfordringer knyttet til det å lede kollegaer, motivere medarbeidere og gjennomføre endringsprosesser i egen praksis.

En deltaker sa:

«Jeg synes det har vært nyttig med den analytiske biten. Jeg har kanskje en tendens til å være litt sånn 'do'er'. Skjære igjennom også

gjør vi sånn, også får vi heller prate om det neste år. Altså å være litt mer sånn kanskje, ta et skritt tilbake, analysere situasjonen og involvere litt flere før man går til skrittet å beslutte».

Deltakerne ble også oppmerksomme på egne kunnskapsbehov i løpet av kursene og fremsto som svært motiverte til å tilegne seg mer kunnskap om ledelse og kvalitetsarbeid. Deltakerne fortalte at de hadde gått mindre systematisk til verks ved tidligere kvalitetsarbeid, men at de nå hadde fått et mer reflektert forhold til hvordan de kunne forberede, gjennomføre og måle effekter av tiltak. De som deltok, hadde også et ønske om å lære om andre temaer knyttet til fastlegerollen, som økonomistyring, juss og administrasjon, og de etterspurte flere kurs etter lignende modell.

Diskusjon

Det er mange måter å utvikle kompetanse på, som utviklende relasjoner, utviklende oppgaver, tilbakemeldinger på egne ledelsesprestasjoner, formelle program og egenutviklingsaktiviteter (2). Allmennleger peker på manglende trening og forberedelse til lederoppgaver (3), og vi finner liknende erfaringer blant leger i spesialisthelsetjenesten (4). Leger generelt kan oppleve spenninger mellom rollen som kliniker og leder (5), noe som kan være nyttig å sette ord på og reflektere over sammen med an-

dre (4). Tilbakemeldingene fra deltakerne tyder på at kursene vi har arrangert gir leger begreper, perspektiv og verktøy og mulighet for erfaringsutveksling som utvikler legers kompetanse i ledelse og kvalitetsarbeid. Noe under halvparten av deltakerne ble med på samling nr. to på hvert av kursene. Den viktigste forklaringen på dette er nok at den første samlingen var tellende i seg selv, samt tidsmessige prioriteringer. Vi mener ledelseskurs bidrar til å utvikle legers kompetanse i ledelse og har gode erfaringer med å gjennomføre to slike kurs. På sikt kan vi se for oss en utvikling med tilsvarende videre- og etterutdanningskurs innen helserett og helseøkonomi.

REFERANSER

1. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget, 2017.
2. Frich JC, Sjøvik H, Spehar I. Leder- og ledelsesutvikling i helsevesenet – en oversikt. Michael 2017; 14: 168–76.
3. Spehar I, Sjøvik H, Karevold KI, Rosvold EO, Frich JC. General practitioners' views on leadership roles and challenges in primary health care: a qualitative study. Scand J Prim Health Care 2017; 35: 105–10.
4. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Clinicians' experiences of becoming a clinical manager: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2012; 12: 1.
5. Spehar I, Frich JC, Kjekshus LE. Professional identity and role transitions in clinical managers. J Health Organ Manag. 2015; 29: 353–366.

■ IVAN.SPEHAR@MEDISIN.NO



Gunnar Tellnes (red.)
Helsefremmende samhandling.
Natur og kultur som folkehelse
 Fagbokforlaget
 2017
 210 sider
 ISBN 978-82-450-1696-3

Denne boken gledet jeg meg til å lese fordi tittelen inspirerte meg til å tenke at den var både interessant og relevant. Men det ble litt krevende.

Hovedtematikken kan oppsummeres som folkehelse og samfunnsmedisin og redaktørens uttalte intensjon er å lage en bok som «handler om helse framfor sykdom». Boken er delt i fem deler og til sammen 17 kapitler, alle med mange referanser. I tillegg til redaktøren har 18 forfattere bidratt. Det er forord, etterord, kapittel om NaKuHel-konseptet og forfatterinformasjon – og dette er noe av bokens problem: Redaktøren vil altfor mye, språket er ujevnt og det er delvis overlapping i temavalgene.

Bokens tittel og undertittel er ganske konkret og avgrenset, men kapitlene samlet sett bærer preg av at redaktøren har et stort og generelt holdningsbasert budskap han vil formidle i tillegg til å omtale NaKuHel-senteret. Del IV med tittelen *Mental helse, migrasjon og forebygging* omhandler lite av kjernetemaene som boktittelen anfører og det samme gjelder kapitlene om helsestasjonen, trygge lokalsamfunn og bærekraftig kosthold.

Kapitlene jeg har mest utbytte av er

Natur, kultur og evolusjon (Werner Christie), *Empowerment og samfunnshelse* (Sidsel Tveiten), *Helsefremmende ledelse av prosesser* (Eli Skjeseth) og *Tur og natur i hverdagen – og kunsten å gå* (Kari Bjerke Batt-Rawden). Temaer jeg mener burde fått stor og naturlig plass i denne boken er sosial ulikhet, barnehage og skole.

Så hva slags bok er dette? De fleste forfatterne har forskerkompetanse på doktornivå og boken kunne vært en kunnskapsoppsummering på feltet. Men den er for ujevn i kvalitet og innhold. Målgruppen angis å være «studenter og de som jobber innen folkehelse, samfunnsmedisin og forebyggende helsearbeid. Dette gjelder folkehelsekoordinatører, leger, sykepleiere, psykologer og lærere, samt ansatte i ideelle organisasjoner, NAV, sosialomsorg, offentlige etater og næringsliv». Målgruppen er etter min oppfatning altfor vid og fører til at boka blir lite målrettet.

Mange kan nok finne noe av interesse i denne boken, men forlaget og forfatteren kunne med fordel strammet opp både innhold og språk.

HEGE RAASTAD

UTPOSTEN

– en viktig arena for
 utvikling av primærmedisinen

Kunsten å selge sukker til 100 000 kroner pr. kilo

Å gå på apotek i Frankrike kan være ganske underholdende. Du finner hyller med homøopatiske medikamenter. Stikk i strid med noe av det homøopatene hevder er viktig, nemlig den personlige medisiner, selges det preparater uten effekt direkte til publikum for svært høye beløp. Preparatet *Oscillococcinum* selges årlig for 20 millioner euro i Frankrike og for 20 millioner dollar i USA. Tablettene inneholder 15 prosent melkesukker (laktose) og 85 prosent sakkarose (vanlig sukker). Den aktive ingrediensen er et uttrekk fra hjerte og lever i and (Long Island Duckling) og som er fortynnet 200 ganger. Man klarer altså å selge sukker i tablettform til 100 000 kroner pr. kilo – tilsatt en fortynning på 1 til 1, med 400 nuller etter seg, av ekstrakt av andelever og -hjerte. Slik at du skal være helt sikker på at ingenting av det opprinnelige stoffet er å finne i pillene du kjøper. Derfor kan jo også produsenten si at stoffet er uten bivirkninger. Det har sannsynligvis heller ingen virkning, men selges altså for mange penger i 50 land over hele verden.

Feilslutning nr. 1

Homøopatien ble grunnlagt av Samuel Hahnemann (1775–1843). I 1807 skrev han en artikkel om grunnlaget for homøopati eller læren om å likt helbreder likt. Han var utdannet lege, men mente at datidens medisin – for eksempel årelating – gjorde mer skade enn gagn for pasientene. Det var godt observert, selv om hans lære om ho-

Dette maleriet en allegorisk framstilling av homøopatiens påståtte overlegne stilling i forhold til datidens skolemedisin. Homøopatiens «oppfinner» Samuel Hahnemann sees ytterst til høyre.



møopati, og særlig fortynningene han forskriver, helt mangler vitenskapelig grunnlag. Hans teori var at likt kurerer likt: *Similia similibus curentur* (andre kunne hevde at ulikt kurerer bedrel).

Fortynningen skulle medføre en «potensering» av stoffet. At vannet skal «huske» og derved i astronomiske fortynninger ha «helbredende kraft», gitt i doser som ikke finnes, burde falle på sin egen urimelighet. Men hans lære har vært utrolig seiglivet, og den nyter fortsatt gode kår i alternative medisinske miljøer. Det man kan berømme homøopater for, i all fall gjelder det noen jeg har møtt, er en grundig samtale med pasientene. De driver nær sagt en form for kognitiv terapi som har verdi og som gir selvinnsikt; men problemet – slik jeg ser det – er at de legger til helt udokumentert homøopatisk behandling. Den russiske legen Korsakov fant ut at en billig måte å fortynne preparatene svært mange ganger, var å helle en liter væske på det man hadde laget (i.e. en grøt av litt lever og hjerte fra en and i tilfellet *Oscillococcinum*) og blande dette. Så heller man ut innholdet i litermålet, for å fylle igjen med væske (vann) Slik fortsetter man. 100 ganger eller mer. Hahnemann mente at det, i tillegg til å fortynne, var viktig å riste væsken på en bestemt måte. Ristingen skulle gi en «dynamisering» av preparatet. Hans metode var derfor adskillig dyrere – og drivkraften bak *Oscillococcinum* er å tjene penger.

Feilslutning nr. 2

Oscillococcinum (ofte populært kalt *Oscillo*) ble laget av den franske legen Joseph Rey (1891–1978). Han var militærlege under den første verdenskrig og på den tiden oppsto som kjent en kraftig influensa, spanskesyken. Han mente å kunne påvise en bevegelig (oscillerende) bakterie i blodet til pasientene. Denne bakterien har ingen andre noensinne sett. I tillegg til pasienter med spanskesyke, mente Rey at han også observert den samme bakterien hos pasienter med andre sykdommer – fra meslinger til kreft. Han hevdet, som mange andre den gang, at det måtte finnes en felles årsak til mange sykdommer, og mente å finne sin bakterie i puss fra syfilis-sår, i puss fra tuberkulose pasienter, hos pasienter med kuma og kikhoste osv. Han for-



søkte å finne denne bakterien hos andre vesener og mente han fant den i hjerte og lever i and. (Long Island Duckling). Ved å lage et homøopatisk uttrekk av disse organene, ville resultatet bli at man kunne helbrede, eller i beste tilfelle forebygge influensa. At meslinger og spanskesyken var virussykdom, og ikke kunne ha med en bakterie (*Oscillocooc*) å gjøre, kunne Rey ikke vite. Hans mikroskop kunne ikke påvise virus. Men trass i at vi nå kjenner etiologien til spanskesyken og de andre sykdommene han mente å kunne helbrede, er det en utbredt tro innenfor den alternative medisin, at tabletter med 100 prosent sukker skal hjelpe på influensasymptomer.

Feilslutning nr. 3

En grunnsetning innen homøopatien skal være at medisineringen er så nøye knyttet til den enkelte personen man skal hjelpe, at det er umulig å drive forskning på behandlingen, i tråd med moderne, vitenskapelige prinsipper. Hvordan man da, med ren samvittighet, kan markedsføre dette jukset på apoteker og over disk til helt ukjente mennesker, er en gåte. På samme måte er det en gåte at farmasøyter, som tross alt også i Frankrike og andre land driver apotek, kan selge sukkerpill for 100 000 kroner kiloen i tablettform – som opplyste mennesker burde vite ikke har virkning i det hele tatt. Det har da også vært gjort forsøk både fra skolerte vitenskapsfolk, nasjonale overvåkere av den offentlige helse og opplyste legfolk på å stoppe apotekene i salget av homøopatiske legemidler som neppe har virksomt innhold.

Men verden vil bedras. At homøopatien og den alternative medisin for øvrig har en sterk lobby, er hevet over enhver tvil. Det er store penger involvert – og som kjent: Tro kan flytte fjell.

KJELD MALDE

Over- og underforbruk av helsetjenester

Den femte internasjonale konferansen om *Preventing Overdiagnosis* (1) ble arrangert i Quebec i Canada tidligere i høst. Det var i underkant av 400 deltakere fra hele den vestlige verden. Vi var fire fra Norge.

Vestlig medisin har endret seg dramatisk i løpet av noen få tiår. Fra å være opptatt av mennesker med etablerte symptomer og sykdommer, er vi i økende grad opptatt av å redusere risiko for framtidig sykdom hos friske, ja sågar å redusere risiko for risiko for framtidig sykdom. Ambisjonene er svære. Problemet er bare at vi ikke kommer utenom at vi i dette arbeidet også lov-messig vil skade friske.

Når vi intervenserer ved høy risiko for sykdom, kan nytteverdien ofte overstige risiko for skade. Men ved lett eller moderat forhøyet risiko for framtidig sykdom, vil faren for å påføre netto skade kunne være stor. Jo mindre økt risiko for sykdom, jo større fare for netto skade.

Det har vært en stor økning i antall publiserte artikler om overdiagnostikk de siste årene, og en eksplosiv økning i antall nyhetssaker om temaet i media i samme periode. Fra å være tema som bare spesielt interesserte brydde seg om, synes nå overdiagnostikk/overforbruk av helsetjenester, gjerne vurdert opp mot underforbruk av andre helsetjenester, nå å være et bredt diskutert tema i de fleste medisinske miljøer.

Vi undersøker for mye, intervenserer for mye, opererer for mye, og vi mediserer for mye. Samtidig er det mange som får for liten oppmerksomhet, for dårlige undersøkelser og for lite hjelp.

Globalt er det enorme forskjeller. Utgif-

tene til helsetjenester i den vestlige verden er økt med 70 prosent målt i faste priser siden 90-tallet. OECD-landene utgjør 18 prosent av verdens befolkning, men forbruker 84 prosent av klodens helsebudsjetter. Sosiale forskjeller lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt gir svære forskjeller i helse.

Arrangørene av kongressene *Preventing Overdiagnosis* har til nå vært mest opptatt av å beskrive fenomenet overdiagnostikk. Ved årets kongress utvidet man perspektivet til også å beskrive «overuse» av helsetjenester i den vestlige verden, samt å beskrive mulige tiltak for å redusere problemene.

Og det gjøres mye. *Choosing wisely* er en «bevegelse» som startet i USA (2) i 2012 og som siden har spredd seg til ca. 15 land. Det var hyggelig å se logoen til Den norske legeförening på oversikten over deltakende land. På nettsidene til både den amerikanske, den kanadiske og den australske aksjonen kan man lese flotte oversikter hva de ulike lands fagmedisinske foreninger anbefaler sine medlemmer å ikke gjøre av ulike utrednings- og behandlingsprosedyrer. Kolleger av alle spesialiteter oppfordres med dette til å gjøre seg kjent med disse og vurdere dette opp mot hva man mye av gammel vane praktiserer.

Tilsvarende er det også utarbeidet en rekke skrifter som beskriver hva pasientene bør spørre sine leger om, og hvordan den enkelte lege kan snakke med sine pasienter om risiko og annet.

Det norske arbeidet med «Kloke valg» er i gang. Legeföreningen har engasjert alle de fagmedisinske foreningene i arbeidet.

Det skal bli spennende å se resultatet etter hvert.

Norsk forening for allmennmedisin har tidligere satt temaet på kartet. Et policy-dokument utarbeidet av NFA og som alle de nordiske allmennmedisinske foreningene har signert, er spredd globalt gjennom Wonca på både engelsk og spansk (3).

Det er nylig vist at det særlig er pasienter med god tilgang til helsetjenester og ressurser til å kjøpe seg tilleggstenester, som er utsatt for overdiagnostikk og overbehandling (4). De ressurssterke har tendens til å bli screenet, undersøkt, testet og kontrollert mer enn de ressursvake. I tillegg benytter de seg ofte av helsetjenester som har lavere terskel for å beskrive noe som unormalt, (les: de kommersielle helsetilbudene). Dette fører i neste omgang til økt belastning på de offentlige tilbudene.

Samlet overføres ressurser fra de ressursvake og syke til de ressurssterke og bekymrede friske, både hva gjelder penger og menneskelige ressurser. Dette representerer et økende problem.

Den neste kongressen skal arrangeres i København 20.–22. august 2018. Jeg håper at flere norske kolleger finner det interessant å delta.

GISLE ROKSUND

Fastlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin

REFERANSER

1. www.preventingoverdiagnosis.net
2. www.choosingwisely.org
3. <http://www.globalfamilydoctor.com/News/PolicybiteNordic.aspx>
4. Welch HG, Fisher ES. Income and cancer overdiagnosis – when too much care is harmful. *N Engl J Med* 2017; 376: 2208–9.



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 til!  Tove Rutle – lagleder

Bare anerkjenne smerten

I løpet av to år dvs. i 2007 og 2008 gjennomførte en gruppe allmennleger et nok-så omfattende samlingsbasert innføringskurs i kognitiv terapi. Kursarrangør var legeforeningen med Bente Aschim og Sverre Lundvall som kursledere.

Det ble for meg et av de viktigste vendepunktene for min praksis som allmennlege og fastlege. Det endret min praksis ved at jeg lærte å lytte til pasientene på en annen måte. Jeg lærte å undres sammen med dem om deres egne tanker. Og jeg lærte å senke skuldrene for hva som var min oppgave i konsultasjonen. Men likeså viktig som det faglige var det sosiale, og stemningen som ble skapt under kurssamlingene. Sverre ordnet alltid med allsang, gjerne mellom to forelesninger. Bente leste ofte dikt før vi åpnet kursdagen tydelig inspirert av psykiater og professor Egil W. Martinsensomhaddeintroduksjonsforelesningen, og som fulgte oss videre i de to årene. I kjent, noe beskjeden stil, startet han alltid forelesningene sine med et dikt til ettertanke. Det satte stemningen. Vi ble godt kjent med hverandre.

Særlig et av diktene har fulgt meg siden den gang, «Synspunkt vedrørende klagesange». Jeg tror det var Bente som leste det en morgen. Det var fra en diktsamling av Benny Andersen (Samlede Digte, 1960–2001). Dere vet han som skrev «Svantes Morgenstund», den «om lidt er kaffen klar». Gjort udødelig av Povl Dissings inderlige stemme. Som leger er vi lært opp til å hjelpe, gi råd, finne løsninger. Og ofte fungerer det godt. Særlig hvis pasienten har bedt om et råd. Men like ofte skal vi kanskje bare lytte. Bare anerkjenne smerten. Være til stede. Holde i hånden. Kanskje til og med felle en tåre.

I lyrikkstafetten vil jeg utfordre: Anette Fosse, en god kollega på Øvermo legesenter i Mo i Rana.

Hilsen fra
BJØRN LICHTWARCK

Synspunkt vedrørende klagesange

Når jeg er riktig langt nede
cirka 2 1/2 alen
kan jeg ha svært ved at skjule det
men det må gøres, for ellers
vil andre hjelpe meg, ja frelse meg!
De flyder over av gode råd om
hvordan mitt liv burde være.
Jeg – der dog nogenlunde ved
hva det vil sige at være mig –
vet knapt nok hvordan mit liv burde leves –
hvordan kan de andre så vite det?
Måske er jeg for mistænksom.
Men jeg føler med gru på hvordan jeg engang
gav en nøddestedt ven et råd,
som staklen dessværre fulgte.
Først to spildte år efter
fandt han ud av det modsatte.
Og til en pige som kun lige
havde neglene oppe over kanten
sagde jeg avmægtig: – Tro meg,
det går over med tiden –
Da skreg hun: Hvad rager det mig!
Det er *nu* jeg har det til helvede til!

En klagesang er til for at høres
ikke en stil der skal rettes i.

BENNY ANDERSEN

