

Utposten

1 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN



Torgeir Gilje Lid:
**Med hjerte
for faget**

- Fastlegeopprør
- Luftforurensning og helse
- Verbal verktøykasse

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

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: Siv M. Wollmann

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK: 07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

ILLUSTRASJONER: COLORBOX

1 LEDER: Primærmedisinske perspektiver i et jubileumsår
Tom Sundar

2 Med hjerte for faget
Torgeir Gilje Lid intervjuet av Kristina Riis Iden og Tom Sundar

8 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:
Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika hos LAR-pasienter
Jørgen G. Bramness og Torgeir Gilje Lid

10 40 år siden Alma Ata-deklarasjonen – er den fortsatt aktuell?
Gisle Roksund

14 Fastlegeordningen 2.0
Tor Magne Johnsen et al.

18 Å spare på skillingen og la dalaren gå...
Sjukehusforbruk, kommunale tenester og dei eldste i perioden 2010–15
Torleiv Robberstad

24 Luftforurensning og helse i Norge
Johan Øvrevik, Marit Låg, Magne Refnes og Per E. Schwarze

28 Kommunesammenslåinger fører
til mindre forebygging og mer reparasjon
En undersøkelse av kommunesammenslåinger i Østfold i tidsrommet 2002–2014
Hans Knut Otterstad

32 Allmennlegens verbale verktøykasse
Peter Prydz og Kirsti Malterud

36 Utposten får ny nettside

38 Hva var det som hjalp?
Eli Berg

40 Ansvarsfraskrivelse omdøpt til 'frihet' og 'menneskeverd'
Elisabeth Swensen

41 Menneskerettene gjeld alle, også dei som slit psykisk
Trond F. Aarre og Kristina Riis Iden

46 BOKANMELDelse: Ny manual for legevakter
«Legevaktarbeid» anmeldt av Alexander Løvdahl

47 BOKANMELDelse: Drøftende og gjenkjennende om kroppshysteriet
«Kroppsklemma» anmeldt av Kristine Asmervik

44 FASTE SPALTERRELIS **44**LYRIKKSTAFETTEN **48**

Primærmedisinske perspektiver i et jubileumsår

2018 er jubileumsår for to ulike begivenheter som på hver sin måte har bidratt til å definere og prege de primærmedisinske fagene, fremfor alt allmennmedisinen. Det er nemlig 50 år siden allmennmedisin ble et akademisk fag ved Universitetet i Oslo og det er 40 år siden Verdens helseorganisasjon formulerte Alma Atadeklarasjonen, som slo fast at en robust primærhelsetjeneste er en forutsetning for å sikre helsetjenester til alle og utjevne sosiale ulikheter i helse.

La oss først dvele ved akademisk allmennmedisin og dens spede start i slutten av 1960-årene (1, 2). Situasjonssbildet den gangen var at de offentlige pengestrømmene gikk til sykehussektoren, som var gjenstand for en massiv utbygging. Omfanget av stillingsveksten var så stor at hele kull av nyutdannede leger kunne få sine arbeidsplasser i sykehus. Primærhelsetjenesten, derimot, var fragmentert i sin organisering og til sammenlikning tynt bemannet. Dens reisverk bestod dels av distriktsleger i statlige embeter og dels av allmennpraktiserende sololeger som primært holdt til i byer og sentrale strøk. Men det var så å si ingen nyrekruttering; på landsbasis gikk tallet på allmennpraktikere ned, mens gjennomsnittsalderen deres gikk opp. Det var en krisetid for norsk allmennmedisin.

Imidlertid fantes det lyspunkter – og de ble stadig flere. Langsamt vokste det frem en erkjennelse i legekretser, fagmiljøer og etter hvert også i helsebyråkratiene om at primærhelsetjenesten måtte være grunnmuren i helsevesenet. Ulike utredninger tok til orde for å styrke allmennmedisinen og allmennlegetjenesten og i 1967 ble en milepæl nådd da Legeforeningens fond for videre- og etterutdanning ble opprettet. Fondet innebar et økonomisk krafttak for videre- og etterutdanningen generelt, men først og fremst var det en helt ny garanti for allmennlegene, som inntil da hadde hatt et usystematisert utdanningstilbud.

I denne brytningstiden ble Institutt for allmennmedisin etablert ved Universitetet i Oslo i 1968, med Christian Borchgrevink som professor og foregangsperson (3). Instituttet var det første i sitt slag i Norden og ett av de første i verden. Ringvirkningene var store og symboleffekten enorm. Utover i 1970-årene fikk allmennmedisinen vind i seilene. Det ble etablert nye universitetsinstitutter – i Bergen i 1972, i Trondheim i 1973 og Tromsø i 1975. Norge ble et av de første land i verden med allmennmedisinske enheter ved samtlige medisinske læresteder.

Tilblivelsen av instituttet i Oslo og allmennmedisinen fremvekst er en fascinerende historie om kampvilje og motstand, om ulike roller og agendaer. Vi skal ikke gå i detaljer, men peke på det interessante faktum – og paradoks – at det var krefter utenfor universitetet som var de sterkeste pådriverne for å gjøre allmennmedisin til et akademisk fag (2). Disse var å finne i Legeforeningens rekke, nærmere bestemt i Aplf (Alment praktiserende lægers forening) som var forløperen til dagens allmennlegeforening. Toneangivende personer som Bent Guttorm Bentsen, Frithjof Christie, Egil Elle, Reidar Mathisen og Torgeir Asdahl arbeidet for å bedre allmennlegenes arbeidsforhold og de ivret for å støpe sitt fag og forankre det i universitetene. De klarte å overbevise moderforeningen om at noe måtte gjøres, og Legeforeningen tok utfordringen.

I et internasjonalt perspektiv, og sett med nåtidens blikk, er det nokså eien-dommelig at en fagforening tar et slikt initiativ. Endatil gikk Legeforeningen tungt inn i finansieringen. Professoratet og driften av instituttet i Oslo ble i en årrekke sikret gjennom fondsmidler. Likeledes bevilget foreningen fondsmidler til å finansiere de allmennmedisinske professoratene som etter hvert ble opprettet ved de andre lærestedene. I dag ville en sammenblanding av profesjonsinteresser og offentlig akademisk virk-

somhet i en så stor skala neppe vært akseptabelt, men samtidig må det understrekes at de historiske båndene mellom akademi og profesjon har vært verdifulle. De har bidratt til å knytte fag og forskning til den praksisvirkelighet som utspinner seg ute på legekantorene og i kommunene. Norsk allmenn- og samfunnsmedisin ville ikke vært tjent med isolerte, akademiske miljøer fjernt fra og uavhengig av det som skjer på grasrota i primærhelsetjenesten – slik det finnes eksempler på i andre land. Praksisnær akademi og forskning er en nødvendighet for god fagutvikling.

Så til Alma Ata og den berømte WHO-deklarasjonen fra 1978: Har den fortsatt en misjon? Erklæringen henvendte seg bredt til regjeringer og organisasjoner, til helsepersonell – ja, til verdenssamfunnet med store ord om likeverd og sosial rettferdighet, og med en klar oppfordring om å skape en god primærhelsetjeneste som gir alle mennesker tilgang til helsetjenester i sine lokalsamfunn. I ettertid har helsetjenesteforskere som Barbara Starfield vist at bedre primærhelsetjeneste gir bedre helseindikatorer eksemplifisert ved redusert totaldødelighet og reduksjon i hjerte-, kreft-, hjerne- og barnedødelighet, mens for mye spesialisering av helsetjenestene ser ut til å virke mot sin hensikt. I dag vet vi også at for mye av det gode, altså for mye helsetjeneste i seg selv – «too much medicine» – er en farefull utvikling som i høyeste grad utfordrer visjonen om en bærekraftig primærhelsetjeneste.

De to primærmedisinske jubileene inviterer til refleksjon rundt fortid og fremtid og rundt idealer og realiteter. Det er nyttig når vi skal forsøke å forstå utfordringsbildet i dagens primærhelsetjeneste. Livet kan bare forstås baklengs, men det må leves forlengs, sa Søren Kierkegaard.

TOM SUNDAR

REFERANSER

1. Fugelli P, Johansen K. (red). Langsamt blir faget vårt eget. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
2. Evensen SA, Gradmann Chr, Larsen Ø, Nylenna M (red). Allmennmedisin som akademisk fag – et aktørseminar. Michael 2009; 6: 11–126.
3. Sundar T. Læremesteren: intervju med Christian Borchgrevink. Utposten 2011; nr. 1: 2–5.

Med hjerte for

Torgeir Gilje Lid ■ INTERVJUET AV KRISTINA RIIS IDEN OG TOM SUNDAR

Det som kan fortone seg som et luksusproblem, var for Torgeir Gilje Lid et vanskelig valg: å bestemme seg for én karrierevei i voksen alder. Etter mange år som fastlege tar han i disse dager steget over i fulltids forskning – for å arbeide mer med det han har lyst til.

– Det er vemodig å forlate en fastlegepraksis som jeg har vært med på å bygge opp og utvikle. Jeg har tross alt vært en del av legefelleskapet i 22 år, vedgår Torgeir Gilje Lid mens han viser oss rundt i Nytorget legesenter i sentrum av Stavanger.

På en lørdag før jul er det yrende liv i oljebyens forretningsstrøk, men på legesenteret er det ikke et menneske å se eller høre. Selvsagt er det ikke det; når kontoret er helgestengt er det naturligvis stille. Men da blir også kontrastene til den travle praksisverdagen slående store. Den uforstyrrede atmosfæren inne i det folketomme legesenteret er særegen – men den gir ro og

rom for å reflektere. Og det skal vi ha når *Utposten* har intervjuavtale med en av norsk allmennmedisins renommerte fagpersoner.

Skikkelig doktor, skikkelig forsker

Vårt intervjuobjekt tok medisinsk embetseksamen i 1991 ved Universitetet i Oslo. Etter turnustjeneste ved Kristiansund sykehus og i Tingvoll kommune har han hatt allmenn- og samfunnsmedisinske stillinger i hjembyen Stavanger. Foruten fastlege, har han vært legevaktssjef og bydelsoverlege og i flere år hadde han en bistilling ved

Oppsøkende Behandlingsteam Stavanger. Han er spesialist i allmennmedisin og har siden 2009 forsket på alkoholrelaterte helseproblemer i allmennpraksis. I 2016 tok han doktorgraden med avhandlingen *Addressing alcohol in general practice*. Fra nyåret 2018 blir Torgeir Gilje Lid fulltids postdoktor ved Stavanger Universitetssykehus, hvor han skal jobbe videre med forskning på alkoholrelaterte helseproblemer hos personer over 60 år. I det allmennmedisinske fagmiljøet er han for øvrig en profilert leder for NFAs referansegruppe for rusmedisin. Han har også tidligere vært redaktør i *Utposten*.

Vi setter oss til rette ved møtebordet inne på fellesrommet i det store og rommelige legesenteret, som til daglig er arbeidsplassen for åtte fastleger og turnuslege. Når dette leses, vil doktor Gilje Lid ha hatt sin siste arbeidsdag ved Nytorget legesenter – og overlatt sin praksis til arvtakeren, Geir Helge Waaler.

Selv om han i flere år har kombinert rollene som fastlege og forsker og sånn sett spilt opp til en glidende overgang, har det ikke vært såre enkelt å gi slipp på den ene rollen til fordel for den andre.

– Det har alltid vært min ambisjon å være skikkelig doktor og skikkelig forsker, men jeg ser at det er vanskelig å få til begge deler samtidig. Nå har jeg kombinert klinikk og forskning i sju år. Det har en pris, både for meg, for pasientene og for kontoret. Når jeg føler at jeg ikke lenger er nok til stede, er det fornuftig å gi meg som fastlege, bedyrer Torgeir Gilje Lid. Nå gleder 55-åringen seg til å få mer tid til sin forskning på rus- og alkoholrelaterte helseproblemer. Og da er vi inne ved det som er et sentralt tema i dagens intervju.

UTPOSTEN: Hva har vært din viktigste lærdom i arbeidet med rusforskning?

– Opp gjennom årene har jeg i ulike stillinger sett mange mennesker med alvorlige rusproblemer; fra den klassiske alkoholkakeren – som vi oftere så for en del år tilbake – og kombinerte tilfeller av rus og psykiatri. Etter hvert ble jeg nysgjerrig på spørs-

Torgeir Gilje Lid har vært fastlege i Stavanger i en årrekke. FOTO: TOM SUNDAR



faget



FOTO: TOM SANDAK

Torgeir har tatt vare på ting og gjenstander som han har fått av sine pasienter gjennom årenes løp – små og store minner fra et innholdsrikt fastlegeliv.

målet: Hvor er det blitt av den typiske alkoholikeren? Vi drikker stadig mer, men vi ser ikke alkoholikeren. Det andre jeg lurte på, dreide seg om mine egne pasienter – og de tilfellene der jeg ikke hadde tenkt at alkohol var relevant, men hvor det likevel viste seg, på et eller annet tidspunkt, at det var et kjempeproblem!

Problematisk normalisering

Torgeir blir engasjert og hever stemmen, og da er det som om *siddisdialekten* blir enda mer karakteristisk:

– Koss kan det ha seg? Koss kunne eg missa det? Korfor har eg ikkje tenkt på

alkohol? Någen gangar kunne det ver små tegn eller små ting som eg ikkje hadde reagert på, andre gangar kom det heilt ut av det blå. Men det va bakgrunnen for at eg begynte å interessera meg for alkohol-forskning. Det eg oppdaga itte kvert; begge de tinga, både alkoholikeren og at du kan ha alkoholrelaterte problemer uten at du ser det, det er at de pasientane likner på oss sjølv. De e ikkje någe spesielle eller annerledes!

UTPOSTEN: Men hvordan forklarer du at den typiske alkoholikeren ikke lenger er å se?

– Alkoholiker er et veldig uklart begrep. De som har et alvorlig alkoholproblem i

dag har ikke de karakteristikkene som vi leger er vant til å se etter. Det interessante – og det som en rekke studier viser – er at når legen først tenker at alkohol er relevant, så er det nesten alltid riktig. Vi har høy spesifisitet, men lav sensitivitet. Men så er det også studier som viser at jo likere pasienten er legen, jo flere signaler om overforbruk må til før legen er i stand til å reagere. Dette var en stor aha-opplevelse for meg, understreker Torgeir.

Han peker på paradokset som ligger i at alkohol som nytelsesmiddel er så nær oss, og så tilgjengelig at vi – de fleste av oss – har varierte erfaringer med det, samtidig som vi sjelden reflekterer over egne hold-

ninger og praksis. Et annet paradoks er at legen ofte ikke ser at alkohol er et problem før det er blitt så stort at det nesten er vanskelig å snakke om.

– Hvis du venter til det er helt åpenbart, så er det ofte skambelagt å snakke om det. Og likevel vet vi leger at alkohol virker inn på helse på så mange ulike måter; alkohol kan være en viktig faktor ved for eksempel høyt blodtrykk, søvnvansker, angst og depresjon, fordøyelsesplager og smerter. Når vi da vet at befolkningen totalt sett drikker mer enn før, så er det statistisk sett høyere sannsynlighet i dag enn for 30 år siden at alkohol er en medvirkende faktor ved disse vanlige tilstandene. Men det at alle drikker mer og at det er så normalt, gjør at vi heller ikke tenker over sammenhenger som burde være nokså åpenbare.

– Me ser det ikkje! Det er jo mange situasjoner kor alkohol kan godt tenkas å være ein medverkande faktor, men det tar me ikkje med i betraktning før de har utviklet så synlege problem, at det er vanskelig å snakke om det.

UTPOSTEN: Hva skal til for at legene kommer tidligere på banen – og når skal vi snakke med pasientene om alkohol?

– Helsemyndighetene anbefaler regelmessig screening for risikofylt eller skadelig alkoholforbruk. Men forskningen har vist at slik screening sjelden gjøres og at effekten er usikker. Vi trenger andre strategier – og vi må ikke bare se på alkohol som årsak til noe vi ser virkningen av, for eksempel avvikende leverprøver eller høyt blodtrykk. Faktum er at alkohol er noe som vi i varierende grad har sårbarhet for. For eksempel, i en fase hvor noen har det vanskelig i livet og sover dårlig og har hatt noen korte sykemeldinger... da bør legen også snakke om alkohol. Alkohol trenger ikke være årsaken, men i slike livsfaser har en i hvert fall økt sårbarhet for alkohol. Vi bør snakke om alkohol for å avklare om det kan være relevante sammenhenger, ikke for å lete etter misbruk eller avhengighet.

Pragmatisk case-finding

Torgeir Gilje Lid peker på at alkoholkonsumet i Norge har økt formidabelt på 25 år; satt på spissen kan man si vi har gått fra å være nærmest tørrlagt til å bli et fuktig samfunn. Han mener at skadevirkningene av alkohol ikke er blitt godt nok opplyst og nyansert i det offentlige rom; det er det gode liv med vinturer og vinomtaler som har fått dominere mediebildet.

– Se bare på Facebook og profilbildene av middelaldrende kvinner; hvor mange er



Intervjuobjektet ser frem til å konsentrere seg helt og fullt om forskning. FOTO: TOM SUNDAR

ikke avbildet med et vin- eller champagneglass i hånden? Det er også denne generasjonen som står for den største økningen i forbruket. Vi vet at kvinner mellom 50 og 60 drikker betydelig mer enn kvinner mellom 30 og 40. Det er kvinner og menn i denne aldersgruppa vi leger må bli flinkere til å snakke med, men da må vi også endre oss – og faktisk spørre dem om alkoholvanene. Vi må ikke vente til barna deres begynner å fortelle om foreldrenes alkoholproblem – fordi de ikke lenger kan ha ungene sine på overnatting fordi foreldrene drikker så mye om kvelden. Sånne historier hører jeg stadig mer. Og det er nettopp hos folk over 60 vi ser flere helseproblemer som følge av dårligere toleranse og økt sårbarhet overfor alkohol.

– Så er det den andre siden av saken, nemlig at de over 60 er gjennomgående friskere enn før; de har bedre økonomi og reiser mer; og de drikker mer enn før. Både positive og negative faktorer kan altså føre til et for høyt forbruk. Mange klarer å skjule sitt forbruk lenge – eller gjøre det til en del av den positive greia med det å være sosial eller det å reise og ha bedre tid, bedre økonomi. Og man reflekterer ikke over den risikoen som gradvis har sin pris. Og man har heller aldri snakket om den.

De aller fleste tåler fint at legen snakker med dem om alkohol, men Torgeir forteller at han også har opplevd at pasienten

har byttet lege etterpå. Spesielt minnes han pensjonisten og hans kone som delte en flaske rødvin hver kveld pluss litt mer i helgene. Han hadde utslag på leverenzymene og forhøyet blodtrykk, men mente selv at alkohol ikke var relevant. Det viste seg at han heller ville kutte ut legen enn å kutte ned på alkoholforbruket.

– Der vi leger kanskje oppnår mest ved å snakke om alkohol, er hos dem over 60. Mange i denne alderen får helseplager hvor alkohol kan være relevant. Samtidig er det mange friske som står på terskelen til pensjonisttiden, men vi vet at 1/3 av dem som blir pensjonister øker forbruket sitt. Det kan være lurt å snakke med folk om alkoholforbruket i forbindelse med slike livsfaseendringer. Men mange blir også ensomme og noen taper nettverk, funksjon og mestringsevne. Det kan altså være flere grunner til å begynne å drikke mer; både positive og negative.

UTPOSTEN: Du har lansert begrepet «pragmatisk case finding» i allmennpraksis – som en strategi for å kartlegge alkoholproblematikk. Hva innebærer dette?

– Begrepet er hentet fra den første artikkelen i min doktorgrad. Gjennom fokusgrupper intervjuet vi allmennleger som delte historier om hvorfor og hvordan de snakket med pasienter om alkohol. Da vi analyserte materialet fant vi to hovedgrupper: Den ene

var samtaler om alkohol på bakgrunn av konkrete livshendelser eller helseproblemer hos pasientene; altså samtaler med en klinisk forankring. Det handlet ofte om hyppige sykmeldinger; om angst, depresjon, søvnforstyrrelser, mageplager, ulykker, vansker på jobb, samlivsvansker – de tingene som også andre studier peker på som mulige tidlige tegn på alkoholproblemer eller økt sårbarhet for å utvikle problemer. Den andre gruppen var samtaler der legene spurte rutinemessig uten en klinisk forankring. Dette gjaldt først og fremst svangerskaps- og helsekontroller og førerkortsaker, altså anledninger til å snakke om alkohol uten at det var begrunnet med en helsemessig sårbarhet hos pasienten.

– Det var nyttig og konstruktivt å erfare hvordan allmennlegene skilte mellom de gangene det er kliniske grunner for å snakke om alkohol og de gangene man bare gjør det rutinemessig. Etter hvert ble det tydelig for meg at dette var et godt fundament for forbedringsarbeid – og et naturlig angrepspunkt for å øke allmennlegenes kunnskaper om når alkoholsamtalen er å anse som klinisk relevant. Det blir en annen tilnærming enn om alle skal gå gjennom et skjema for kartlegging en gang i året – både fordi det er forankret i pasientens helseproblem og fordi det passer med allmennmedisinsk tenkemåte.

Fotografi for å forstå legerollen

Foruten sin innsats innen rus- og alkoholforskning, har Torgeir Gilje Lid gjort seg

bemerket med å benytte fotografikunst for å analysere og forstå legerollen. Han og fotograf Rune Eraker stod bak prosjektet *Bilder fra klinisk praksis* som i flere år ble brukt i veiledningsgrupper i spesialistutdanningen i allmennmedisin.

– Bildene er i svart-hvitt og gir utgangspunkt for refleksjon rundt legerollen og spørsmål om hva det vil det si å være lege. Bildene er åpne for tolkning, en ser ikke umiddelbart hva som foregår. En vil derfor lese bildene i stor grad ut fra egne opplevelser og erfaringer. Dette gir et godt utgangspunkt for å reflektere sammen i veiledningsgruppen om legerollen. Den første vi fotograferte var Aslak Bråtveit, så ble det etter hvert fire leger; to menn og to kvinner, to i by og to på landet, to unge, to eldre. Og vi laget en billedpakke til bruk for veiledningsgruppene, forteller Torgeir.

Ideen fikk han da han var legevaktssjef i Stavanger i 1990-årene. Han minnes han kom fra turnustjeneste i Tingvoll, en liten og oversiktlig kommune, til legevakten i storbyen der man kunne oppleve kaos og uforutsigbarhet, og der forventningene var like ofte negative som positive. Den største utfordringen var ikke å finne ut hva pasientene feilte, men å etablere kontakt og fortrolighet på få minutter med pasienter og pårørende – som ofte var både frustrerte og redde. Bilder fra serien er blitt publisert i det nynorske tidsskriftet *Syn og Segn* (1), i *Utposten* og i bøkene *Mellom nostalgi og avantgarde* (2) og *Legekunst i praksis* (3) og sist, men ikke minst i selveste *BMJ* – i julenummeret i 2004 (4)

– Ja, det var veldig stas. Jeg får høre at bildene fortsatt er i bruk i ulike sammenhenger. At de er i svart-hvitt gjør også at situasjonen som avbildes framstår klarere, og kanskje mer tidløse slik at de ikke blir utdatert på samme måte som fargebilder.

UTPOSTEN: Og sårbarheten som vi har snakket om er fortsatt den samme, selv om det er 15–20 år gamle bilder.

– Det er noe av det som gjorde det kraftfullt i de samtalene. Du ser sårbarheten til legen i bildene. Geir Sverre Braut var den første jeg snakket med som trodde på prosjektet, og som hjalp meg å komme i gang, og Kirsti Malterud ble veilederen min da jeg fikk min første måned som AFU-stipendiat i 1997 og frem til publisering i 2004. Til sammen hadde jeg fem måneder AFU-stipend i de årene. Da vi testet bildene i fokusgrupper, var vi ute etter de bildene som fungerte i den forstand at de førte til refleksjon og samtale. De bildene som var åpne nok til å gi rom for ulike fortellinger, men likevel klare nok til at gruppen kunne reflektere sammen, ble valgt ut til billedpakken som ble gjort tilgjengelig for veilederne i allmennmedisin.

Ansvar og handlingsrom

Selv om Torgeir Gilje Lid har sluttet som fastlege, er han neppe ferdig med klinisk praksis: – Nei, eg har faktisk tenkt at eg skal bli ein lauslege. Eg kan vikariere for andre. Ikkje ein dag i uka, slik ein del gjør det, men som vikar på heiltid i ein periode



Fra prosjektet «Bilder fra klinisk praksis» som ble brukt i veiledningsgrupper. FOTO: RUNE ERAKER



Torgeir bruker gjerne tiden sin på småbruket Gilja én time fra Stavanger når han ikke er forsker, fastlege, kursleder eller foredragsholder.

– for någen så trenge vikar ein periode. Då kan eg ver skikkelig til stede når eg er der, og så kan eg legge det vekk igjen og konsentrera meg om forskningen ittepå, sier han med et smil.

Fordelen med å konsentrere seg om én karrierevei er at det – forhåpentligvis – også kan frigjøre noe mer tid til fritidsysler. Når han ikke er forsker, fastlege, kursleder eller foredragsholder, bruker Torgeir tiden på Gilja, et lite småbruk med 15 mål dyrka mark og mye bjørkeskog som ligger en times reisevei utenfor Stavanger. Gilja har vært i familiens eierskap siden 1920 – og her tilbringer han og ektefellen og barna ferier og høytider.

– Det er den eneste gården i området hvor alt er ved det gamle; det er gamle kulturlandskap, det er spor etter gamle ferdseveier og veldig mye er laget i stein. Når jeg kommer ut dit til det fine landskapet, så blir alt av stressfølelser borte. Det er faktisk veldig sjelden jeg tar frem PC-en om kveldene når jeg er ute på Gilja, sier Torgeir ettertenksomt.

Han fortsetter med en serie refleksjoner: – Egentlig, og det har jeg tenkt på lenge, har det å være fastlege noen fellestrekk med det å være lærer og det å være bonde. Skal du drive allmennpraksis, så er det 'lange' ansvaret som du har over tid en flott mulighet til å utvikle ferdigheter og skape en praksisprofil slik du selv i stor grad ønsker. Du gjør ting over tid for å få det til. En bonde kan ikke bestemme seg for å begynne med kyr fra en dag til en annen. Hvis du som fastlege vil begynne med eksempelvis ultralyd, må du planlegge det over tid. Det ligger et ansvar i det – men i positiv forstand.

– Og hvis du er i en praksis med kolleger som deler en felles forståelse og en felles tillit, så kan du få til enormt mye. Men det

tar tid. Vi holdt på i flere år med å planlegge hvordan vi skulle ha tingene før vi flyttet til dagens lokaler i Nytorget legesenter. Jeg tror at det å være en del av et større fellesskap og samtidig oppleve et personlig handlingsrom og et personlig ansvar er viktige forutsetninger for å lykkes som fastlege. Jeg er dessverre redd for at fastlegene blir stadig mer skviset på tid, det har kommet godt frem på debattene om fastlegeordningen de siste månedene.

– Så har jeg vært redd for at vi skulle ende i 'lærerfella' og klage for mye på at vi mister mye av vår autonomi. Å være fastlege er en viktig jobb, de som velger dette som sin karrierevei er i hovedsak dedikerte og interesserte kolleger. Men det må gjøres noe med rammene, sier Torgeir Gilje Lid.

Veldig til stede

Utenom småbruksdrift har seiling vært en kjærkommen aktivitet i en årrekke. Men en av seilerkameratene har ironisk kommentert at Torgeirs favorittposisjon er ombordstigning.

– Ka han legger i det? smiler Torgeir når vi ber om en forklaring: – Det må være at eg ikkje har kommet til å få gjort det i det heile tatt på mange år. Eg var med og seilte onsdagsregatta. Det er jo ein veldig kjekk ting å gjøre. Du er veldig til stede i det, heilt og fullt der og da. Ein fantastisk avkobling. Men så har alt det andre tatt så mye tid at eg måtte ha permisjon fra seilingen. Så det er nok det at eg ikkje har kommet meg om bord, ler intervjuobjektet.

Og han forteller historien om den gangen seilbåten gikk på land fordi han ikke fikk spinnakeren ned. Det skjedde under en vending helt opp til en øy, det blåste kraftig og vinden hadde sånn kraft at spinnakeren føk opp. Heldigvis ble det

liten skade, minnes han, men det var ubehagelig: – Da ble det eit dunk i fjøresteinane og ein skade i baugen. Men vi kom oss videre etter den skikkelige landkjenningen, bemerkar han. Og han tilføyer:

– Det der med å ha en fast posisjon, det å dele fellesskapet og veta ka du skal gjøre og få det til å passe at det skjer sammen med andre. Me jobbe jo mye aleine hele tida. Det er en ting eg ser fram til: å jobbe sammen med andre over tid. Den vekslingen mellom å jobbe delvis alene – og samtidig få ting til å fungere i et fellesskap, den like eg! Det va sånn det var å vera med i *Utposten*-redaksjonen!

På vei ut av Nytorget legesenter, går vi innom kontoret hans. Her er det spor etter mange år i praksis. Han har gjennom årene spart på små ting og gjenstander han har fått av pasienter eller venner og som barn har blitt fascinert av. To små stoler og et lite bord med bamser vitner om en lege med oppmerksomhet mot alle pasientene, store og små, sterke og svake.

UTPOSTEN: Du gir fra deg et veldrevet og godt dyrket jorde her.

– Ja, men ein ny lege ska ta over og driva praksisen videre. Akkurat som på Gilja. Ein dag ska forhåpentligvis ein ny generasjon ta over og forvalta gården videre. Og det vet eg vil gå bra!

REFERANSER

1. Sandvik H, Eraker R. Allmennpraktiserende makt. Syn og Segn. 2003; 3: 53–60.
2. Lian O, Merok E. Mellom nostalgi og avantgarde. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2005.
3. Malterud K (red) NJ, Stensland P, Thesen J. Legekunst i praksis – kommunikasjon lege-pasient. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
4. Lid TG, Eraker R, Malterud K. «I recognise myself in that situation...» Using photographs to encourage reflection in general practitioners. BMJ. 2004; 329(7480): 1488–90.

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelse. 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.

Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika hos LAR-pasienter

■ JØRGEN G. BRAMNESS

Lege og psykiater, forfatter av boken «Rasjonell bruk av angst- og sovemedisiner»
Seniorforsker (dr.med.) ved Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse

■ TORGEIR GILJE LID

Postdoktor, spesialist i allmennmedisin, PhD
Leder for referansegruppen for rus- og avhengighetsmedisin i Norsk forening for allmennmedisin

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) med bruk av metadon eller buprenorfin ble utviklet for å øke livskvaliteten til heroinavhengige og hjelpe dem ut av den skadelige bruken av illegale opioider (1, 2).

Behandlingen er god ved at den reduserer skader forbundet med heroinbruk og klart bedrer den psykososiale funksjonen til pasientene (3, 4). Sammenlignet med behandling av heroinavhengighet uten bruk av substitusjonsmedikamenter, reduserer LAR bruken av illegale opioider, og pasientene forblir lengre i behandling (4, 5). LAR gir en klar reduksjon i kriminalitet (6), somatisk sykdom (7) og dødelighet (8).

I tillegg til sin avhengighet, sliter mange av pasientene i LAR også med psykiske lidelser (9). Dette kan være både angst, depresjon, PTSD og andre psykiske lidelser. Mange har også søvnproblemer (10). For noen av disse lidelsene (som angst og PTSD) er ikke medikamenter førstevalg i behandlingen, heller ikke for pasienter utenfor LAR. For andre lidelser anbefales medikamenter, også hos pasienter i LAR. Det er oftest andre medikamenter enn benzodiazepiner eller z-hypnotika som er førstevalget om man velger medikamentell behandling for disse lidelsene. Dette gjelder i særlig grad for LAR-pasienter. Dette er også en pasientgruppe med mye erfaring i

å regulere følelser og ubehag gjennom medikamentbruk, og de vil lett se på det som gode løsninger videre. Likevel vil benzodiazepiner og z-hypnotika for noen kunne ha en viss effekt som behandling av både angst og søvnproblemer i en begrenset periode. Men samtidig er disse legemidlene avhengighetsskapende og kan misbrukes. Det er vist i mange studier at opioidavhengige pasienter bruker benzodiazepiner og z-hypnotika sammen med opioider for å forbedre og forlenge rusen. Det er også vist at bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika minker sjansene for en vellykket behandling (11, 12) og øker sjansene for drop-out og død (13).

Da LAR-behandling ble innført i Norge på midten av 1990-tallet skulle det være forbudt å forskrive benzodiazepiner til pasientene (14). Forbudet ble imidlertid ulikt etterlevd fra tiltak til tiltak (14). Noen steder var det veldig få LAR-pasienter som fikk tilgang til benzodiazepiner og z-hypnotika, og pasienter ble skrevet ut hvis de brukte slike medikamenter. Andre steder var man mer liberal. Med de nye nasjonale retningslinjene fra 2010 ble forskrivning av disse legemidlene til LAR-pasienter tillatt i noen tilfeller i et forsøk på å få et mer likt tilbud for pasientgruppen, uavhengig av bosted. En undersøkelse viste imidlertid at den nye retningslinjen førte til at noe flere pasienter brukte benzodiazepiner og/eller z-hypnotika (15). Undersøkelser viser at teamarbeid for og med pasienten er en

bedre strategi for å oppnå redusert benzodiazepinbruk hos LAR-pasienten (16).

Om lag 40 prosent av norske LAR-pasienter får forskrevet minst én resept på benzodiazepiner eller z-hypnotika i året (14). Halvparten av disse bruker betydelige mengder, med i gjennomsnitt 1–1,5 definerte døgndoser (DDD) pr. døgn gjennom hele året, omtrent 450 DDD/år. I tillegg angir ca. 20–30 prosent av LAR-pasientene at de får tak i benzodiazepiner illegalt (17). Vi har ikke tall på hvor mange som på denne måten *samlet* bruker benzodiazepiner, fordi det er grunn til å tro at overlappet mellom gruppene som bruker legale og illegale benzodiazepiner er nokså stort.

LAR-sentre som bruker mye benzodiazepiner har også flere pasienter som bruker andre rusmidler som cannabis og sentralstimulerende stoffer (18). Disse sentrene hadde dårligere rehabiliteringsgrad målt på bolig, arbeidsledighet og sosialstønad som hovedinntektskilde. Andre har funnet at benzodiazepinbruk for LAR-pasienter gir dårligere fysisk og psykisk helse og lavere livskvalitet enn ikke-brukere (19, 20). Den høye andelen LAR-pasienter som bruker benzodiazepiner kan komme av at prevalensen av psykiske lidelser hos pasienter med rusavhengighet er høy, mye mer enn dobbelt så høy som i resten av befolkningen (21). Depresjon blant voksne er anslått til å være mellom 7 til 10 prosent på årsbasis, mot 25–50 prosent for pasienter med rusmisbruk. En studie viser at i overkant

av 20 prosent av pasientene i LAR hentet ut minst én resept på antidepressiver i 2009 (22). Alle disse funn tyder på at behovet for behandling er høyere blant LAR-pasienter enn i den generelle befolkningen, noe som kan forklare bruken av benzodiazepiner. Benzodiazepinbruken kan således reflektere en dårligere psykisk helse. Trolig vil et bedre rehabiliteringstilbud, ikke-medikamentelle behandlingsformer som samtaleterapi og annen medikamentell behandling av LAR-pasienter kunne minske bruken av benzodiazepiner og z-hypnotika. Tidligere har LAR-pasientene i for liten grad fått behandling for sine psykiske lidelser, til tross for sitt behov. Dette er i endring, og rusbehandlingsinstitusjoner har etter hvert fått større oppmerksomhet om pasientens psykiske og somatiske helse.

Noen tar til orde for en kontrollert forskrivning av benzodiazepiner til enkelte (23). Noen steder bruker de pregabalin eller gabapentin for pasienter som bruker benzodiazepiner, og det er vist at for andre enn LAR-pasienter at pregabalin kan redusere mengden benzodiazepiner brukt (24). Men dette er ikke vist hos LAR-pasienter (25).

Så lenge pasientene er i behandling i LAR bør det være én lege som står for den medikamentelle behandlingen. Om du som fastlege forskriver LAR-medisinene, er det viktig at du kommuniserer med LAR-legen. Bruk av benzodiazepiner, z-hypnotika eller pregabalin/gabapentin bør diskuteres i ansvarsgruppen. Men noen ganger kan det være mer hensiktsmessig å ta denne diskusjonen mellom fastlege og LAR-lege, utenfor ansvarsgruppen. Det er viktig å huske at bruken av benzodiazepiner sammen med opioider i betydelig grad øker faren for overdoser, hvor også de forskrevne medikamentene inngår som en del av intoksikasjonen (13). Dette er ekstra viktig for de pasientene som også har et uheldig alkoholforbruk, da kombinasjonen opioider, benzodiazepiner og alkohol gir særlig stor risiko for overdose. Og man må huske på at førerkortforskriften for samtidig bruk av flere medikamenter er streng (se Bramness og Lid i *Utposten* nr. 6/2017).

Til slutt noen refleksjoner over hva bruken av benzodiazepiner egentlig betyr. Mange undersøkelser viser at det går dårligere med de pasientene som bruker benzodiazepiner. Det kan være at dette er fordi de bruker benzodiazepiner, men det kan også hende at bruken av benzodiazepiner er et uttrykk for noe annet og bakenforliggende. At benzodiazepinbruk så å si er en *markør* for dem det går dårligere med. Om vi slutter å gi disse pasientene benzodiazepiner kan det hende det går bedre, men det

er ikke sikkert. Det er ingen vitenskapelige undersøkelser som viser at disse pasientene har nytte av å slutte med medikamentene. De blir ikke som ikke-brukerne av den grunn. På den annen side er det noen som hevder at vi også må få en substitusjon med benzodiazepiner, men det finnes heller ingen evidens for at dette er en god klinisk praksis. Her står vi altså i et dilemma, hvor evidensen er svak. Det er grunn til å håpe på at det etter hvert vil komme relevante forskningsresultater innen dette området.

Fastlegen er i en god posisjon til å vurdere hvordan den enkelte pasienten best kan få hjelp. I blant kan det være forskrivning av benzodiazepiner, men det er viktig å se etter ikke-medikamentelle løsninger for pasientens problemer. Mange vil kunne ha nytte av andre behandlingsstrategier, i LAR, i psykisk helsevern eller konkret hjelp med å få en bedre hverdag. Til det siste kan både miljøterapeutiske tiltak, frisklivssentralene og frivillige tiltak være til nytte.

REFERANSER

1. Waal H, Krook AL, Welle-Strand G, Espegren O, Hole R, Lazaridis KB, et al. En nasjonal modell for medikamentassisteret rehabilitering av opiatmisbrukere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2301–5.
2. Bramness J, Bachs L, Waal H. Buprenorfin i legemiddellassisteret rehabilitering av heroinavhengige. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 2452–54.
3. EMCDDA. Strategies to prevent diversion of opioid substitution treatment medications. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2016 Contract No.: emcdda.europa.eu/topics/pods/preventing-diversion-of-opioid-substitution-treatment.
4. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *The Cochrane Library* 2003.
5. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 3.
6. Bukten A, Skurtveit S, Gossop M, Waal H, Stangeland P, Havnes I, et al. Engagement with opioid maintenance treatment and reductions in crime: a longitudinal national cohort study. *Addiction* 2012; 107: 393–9.
7. Skeie I. Somatic morbidity among dependent opioid users before, during and after opioid maintenance treatment: Oslo University Hospital; 2012.
8. Clausen T, Anchersen K, Waal H. Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study. *Drug Alcohol Depend* 2008; 94: 151–7.
9. Musselman DL, Kell MJ. Prevalence and improvement in psychopathology in opioid dependent patients participating in methadone maintenance. *J Addict Dis* 1995; 14: 67–82.
10. Zahari Z, Inrahim MA, Tan SC, Mohamad N, Ismail R. Sleep quality in opioid-naïve and opioid-dependent patients on methadone maintenance therapy in Malaysia. *Turk J Med Sci* 2016; 46: 1743–8.
11. Peles E, Adelson M, Schreiber S. Benzodiazepine usage during 19.5 years in methadone maintenance treatment patients and its relation to long-term outcome. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 2014; 51: 285–8.
12. Specka M, Bonnet U, Heilmann M, Schifano F, Scherbaum N. Longitudinal patterns of benzodiazepine consumption in a German cohort of methadone maintenance treatment patients. *Hum Psychopharmacol* 2011; 26: 404–11.
13. Tjagvad C, Skurtveit S, Linnet K, Andersen LV, Christoffersen DJ, Clausen T. Methadone-Related Overdose Deaths in a Liberal Opioid Maintenance Treatment Programme. *Eur Addict Res* 2016; 22: 249–58.
14. Bramness JG, Kornor H. Benzodiazepine prescription for patients in opioid maintenance treatment in Norway. *Drug Alcohol Depend* 2007; 90: 203–9.
15. Grønnerud L, Mahic M, Bramness JG. Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR. *Nor Farmaceut Tidsskr* 2014; 53–7.
16. Schuster JM, Loveland D, Parthasarathy M, Maiolo N, Cilia A, Castelnovo K. Reducing Problematic Benzodiazepine Use Among Individuals Enrolled in Methadone Treatment Programs. *J Addict Med* 2016.
17. Waal H, Bussesund K, Clausen T, Håseth A, Lillevold P. Statusrapport 2013: Helseforetakene – et godt sted å være? 2014.
18. Gjersing L, Waal H, Røislien J, Gossop M, Clausen T. Variations in treatment organisation, practices and outcomes within the Norwegian opioid maintenance treatment program. *Tidsskr Nor Epidem* 2011; 21: 113–8.
19. Lavie E, Fatseas M, Denis C, Auriacombe M. Benzodiazepine use among opiate-dependent subjects in buprenorphine maintenance treatment: correlates of use, abuse and dependence. *Drug Alcohol Depend* 2009; 99: 338–44.
20. Chen KW, Berger CC, Forde DP, D'Adamo C, Weintraub E, Gandhi D. Benzodiazepine use and misuse among patients in a methadone program. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 90.
21. Landheim AS, Bakken K, Vaglum P. Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics. Substance abusers treated in two counties in Norway. *Eur Addict Res* 2003; 9: 8–17.
22. Hartz I, Bramness JG, Skurtveit S. Prescription of antidepressants to patients on opioid maintenance therapy – a pharmacoepidemiological study. *Tidsskr Nor Epidem* 2011; 21: 77–84.
23. Eiroa-Orosa FJ, Haasen C, Verthein U, Dilg C, Schafer I, Reimer J. Benzodiazepine use among patients in heroin-assisted vs. methadone maintenance treatment: findings of the German randomized controlled trial. *Drug Alcohol Depend* 2010; 112: 226–33.
24. Bramness JG, Sandvik P, Engeland A, Skurtveit S. Does Pregabalin (Lyrica®) help patients reduce their use of benzodiazepines? A comparison with gabapentin using the Norwegian Prescription Database. *Basic Clin Pharmacol Toxicol* 2010; 107: 883–6.
25. Mariani JJ, Malcolm RJ, Mamczur AK, Choi JC, Brady R, Nunes E, et al. Pilot trial of gabapentin for the treatment of benzodiazepine abuse or dependence in methadone maintenance patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2016; 42: 333–40.

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

RED. ANM.: I 2018 er det 40 år siden Alma Ata-deklarasjonen ble lansert og vedtatt av Verdens helseorganisasjon (WHO). Er deklarasjon fortsatt «liv laga» hva angår formål, relevans og aktualitet? Utposten har stilt spørsmålet til Gisle Roksund – og i denne kronikken deler han sine refleksjoner.

40 år siden Alma Ata – er den fortsatt aktuell?

■ GISLE ROKSUND • Spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, fastlege i Skien

I 1978 inviterte WHO til en stor konferanse om primærhelsetjenesten i Alma Ata i Kasakhstan. 134 land og 67 internasjonale organisasjoner deltok. Norge var representert med fire personer.

Konferansen endte opp med den berømte deklarasjonen, hvor primærhelsetjenesten ble definert som hovedmiddelet til å nå målet «Helse for alle i år 2000» (1).

Deklarasjonen inneholdt store ord om likhet og sosial rettferdighet. Og primærhelsetjenesten skulle være nøkkelen til suksess. Jeg skrev en artikkel om dette for ti år siden i *Utposten* (2) om bakgrunnen og utviklingen fram til 2008. Hvordan er det så gått siden?

Politikken

Målt med harde endepunkter står vel mine formuleringer fra 2008 seg: De sosiale forskjellene er globalt sett knapt blitt mindre. Forskjeller mellom fattige og rike er heller blitt større. Både globalt og nasjonalt.

Skjønt noe positivt er skjedd. Global fattigdom er halvert, dødelighet for barn under fem år er halvert, og et økt antall HIV-positive får behandling (3).

Politisk ser vi i vår vestlige del av verden en økende prioritering av individuelle og kommersielle løsninger på bekostning av kollektive og offentlige løsninger. Mange lever i en velstand som verden aldri har sett maken til. Men vi ser en betydelig økt konkurranse, hvor noen vinner og andre nødvendigvis må tape og falle utenfor. Dette fører til en økt polarisering og til økte spenninger med påfølgende økt ekstremisme, religiøs og politisk.

I denne sammenhengen kan jeg ikke unnlate å kommentere en ny type uvirkelighet som nå beskrives. Jeg tenker på den nye mediale verden som er forsterket etter

Trumps inntreden på den internasjonale arenaen, hvor «fake news» florerer og hvor informasjon spisses og tilpasses ulike grupper og personer slik at holdninger og synspunkter sementeres og forsterkes. Motforestillinger og nyanser uteblir. Dette bidrar til økte motsetninger og mindre gjensidig forståelse. Det er etter min oppfatning svært bekymringsfullt.

Klimaendringer og stormakters manglende erkjennelse av alvoret hva gjelder planetens framtid gir dystre utsikter for kommende generasjoner. Klimaflyktninger er spådd å bli den neste store folkevandringen. Globalt ser vi allerede tre ganger så mange flyktninger fra miljøkatastrofer som fra krig og konflikter (4).

Den politiske situasjonen er i sannhet krevende.

Vitenskapen og helsetjenesten

Med dette bakteppet, hvordan er det så gått med primærhelsetjenesten og spesielt all-



FRA WHO-KONFERANSEN I ALMA ATA, 1978



-deklarasjonen

mennlegetjenesten? Jeg kjenner ikke utviklingen i ikke-vestlige land særlig godt. Men i den vestlige verden har utviklingen vært blandet.

Legevitenskapen har gjort svære framskritt de senere årene. Intervensjoner ved akutt alvorlig sykdom som hjertesykdom og hjerneslag har gitt resultater som vi knapt kunne drømme om for få år siden. Behandlingen av mange andre alvorlige sykdommer er også kraftig forbedret, selv om mye tyder på at effekten av moderne legemidler sett under ett, kanskje er overdrevet (5). I hvert fall skal vi tolke resultater som kommer fra legemiddelindustrien med den aller største forsiktighet.

Sammenheng opplever vi en økende interesse for og tro på individuelle tiltak for å forebygge framtidig sykdom blant de friske. Dette forutsetter moderne teknologi og medfører økt bruk av medikamentelle strategier. Vi kan registrere stadig lavere intervensjonsgrenser og mer ambisiøse mål knyttet til ulike risikoparametere. Utviklingen har gått så langt at mange mener begrepet forebyggende medisin nå faktisk har mistet sin mening (6). Forskjellene mellom det som kalles risikofaktorer for framtidig sykdom og reell sykdom er blitt meget uklare.

På noen områder synes utviklingen allerede å ha gått for langt. En artikkel i *NEJM* i juni 2017 (7) viser at rike områder og befolkningsgrupper allerede synes å få for mye behandling («care») når det gjelder ufarlige tilstander. Forfatterne har studert forekomst og dødelighet av fire ulike krefttyper i rike og fattige områder, og finner at forekomst øker med inntekt, mens dødeligheten er konstant. Det er vanskelig å tolke dette på annen måte enn at rikdom fører til unødvendig utredning og behandling av tilstander som ubehandlet aldri



USING PHOTOGRAPHS TO ENCOURAGE REFLECTION IN GENERAL PRACTITIONERS. *BMJ*, 2004; 329: 1488-90

Alma Ata-deklarasjonen fikk stor betydning for utviklingen av primærhelsetjenesten i mange deler av verden, trolig aller mest i ikke-industrialiserte land. WHO var opptatt av å etablere lokal helsetjeneste med fokus på forebyggende helsearbeid.

ville ført til død. De avslutter artikkelen slik:

«Although we have much to offer people who are sick or injured, physicians have overstated medicine's role in promoting health. In so doing, we may have unintentionally devalued the role of more important determinants of health for people at every income level — healthy food, regular movement, and finding purpose in life.»

Her på berget synes imidlertid ikke disse diskusjonene å ha nådd sentrale helsemyndigheter. Fortsatt sender Helsedirektoratet ut stadig mer ambisiøse retningslinjer for individuell forebygging av framtidig sykdom uten å problematisere potensiell skade (8).

Begreper som overdiagnostikk og overbehandling er i løpet av få år kommet på alles tungar. Ledende internasjonale medisinske tidsskrifter og fagforeninger har satt disse problemstillingene på dagsorden. Mest kjent er artikkelseriene og kampanjene «Too much medicine» i *BMJ*, «Less is more» i *JAMA* og «Choosing Wisely». Det arrangeres nå årlige internasjonale kongresser om dette (9).

Norske allmennleger var tidlig ute med å peke på den moderne vestlige medisinen stadig økende oppmerksomhet omkring risiko for fremtidig sykdom (10). Allerede i 1980-årene satte Jostein Holmen, gjennom sitt doktorarbeid, prinsipielle spørsmål om blodtrykksbehandling på dags-

ordenen, og han brakte begrepet «det medisinsk-industrielle kompleks» inn i norsk debatt (11, 12).

Norsk selskap for almenmedisin (NSAM) og senere Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har fulgt opp dette arbeidet og ga senest i 2016 ut et strategidokument om overdiagnostikk som har fått internasjonal oppmerksomhet (13, 14).

Allmennlegenengasjement er ingen tilfældighet. Vi arbeider tett på befolkningen – i spennet mellom vitenskap og samfunn og mellom sykdom og normalitet. Samtidig som vi skal oppdage og behandle sykdom så tidlig som mulig, ser vi hvordan økende medikalisering ligger bak problematiske tendenser i befolkningen, hos politikerne og i det medisinske fagmiljøet.

Kreftene i retning av økt overdiagnostikk og medikalisering er formidable: ulike spesialister og profesjoner, legemiddelindustrien, den medisinsk-tekniske industrien, media, pasientrettigheter og generelle samfunnstrekk er alle stikkord i denne sammenheng (15). Men motkreftene er også økende, jf. det overstående.

Hva som skjer framover på dette området, er svært spennende. IKT-miljøer og næringsliv ser potensielle store markeder i moderne genteknologi og den såkalte P4-medisinen. Brukt på alvorlig, etablert sykdom kan dette representere nye gjennombrudd i behandlingen av pasienter vi i dag ikke har kurative tiltak mot. Men brukt på å overvåke stadig flere sider av det friske livet, kan utviklingen representere nye, voldsomme omdreininger i retning av økt overdiagnostikk og økt bekymring (16).

Denne medisinsk-vitenskapelige utviklingen har, kombinert med økonomisk velstand og rådende mål- og resultatstyring («New Public Management»), ført til en svær økning i antallet retningslinjer med stadig større ambisjoner om å forebygge sykdom og død. Disse retningslinjene viser seg ofte å være dårlig egnet for bruk i allmennpraksis (17).

Den reduktive, biomedisinske forståelse av sykdom og plager har ført til store gjennombrudd når det gjelder diagnostikk og behandling av en del alvorlige sykdomstilstander, og har således ført til mye bra. Men den står etter min oppfatning likevel for fall. Den reduktive tilnærmingen gir ingen fasitsvar på dagens store medisinske utfordringer, de komplekse, sammensatte plager og lidelser, smertetilstander og såkalte medisinsk uforklarte tilstandene. Den reduktive medisinen kan ikke fortelle oss hvordan vi skal forholde oss til at det levde livet faktisk «går i kroppen».

Det er derfor på tide med en oppdatert

helseforståelse. Et stadig voksende, flerfaglig kunnskapsfelt som favner psykologi, nevrologi, endokrinologi, immunologi, genetik, epigenetik, og nevroradiologi har nå solid dokumentert at alle erfaringer som et menneske gjør, fra unnfangelsen og gjennom hele livsløpet, påvirker helsen på alle eksistensielle nivåer. Som Anna Luise Kirkengen og medforfattere skriver (18):

«Den voksne personens helse er avhengig av barnets levekår. Utfordringen er derfor også å fokusere mindre på fragmenter av kunnskap og snarere utvikle bedre måter å forstå og tolke komplekse sammenhenger.»

Dette er musikk i mine ører som allmennlege.

Primærhelsetjeneste, fastlegeordning og framtid

I takt med utviklingen av den biomedisinske, reduktive medisinen, har spesialiserte helsetjenester økt betydelig i omfang i hele den vestlige verden. På tross av motsatt intensjon og samhandlingsreform her på berget, har økningen av leger i spesialisthelsetjenesten fortsatt vært større enn økningen i primærhelsetjenesten (19). For eksempel fikk vi i Norge i perioden 2011–2016 hele 3100 nye sykehusleger. I samme periode økte antall fastleger med 479 (20). Forskjellene fortsetter å øke.

Dette har ført til at den norske fastlegeordningen knaker i sammenføyningene (21). Trønderopprøret er kommet som en følge av en langvarig frustrasjon i fastlegekorpset, og har på kort tid fått stor tilslutning (22). Fastlegene opplever at fastlegeordningen lider både ved manglende rekruttering og ved at erfarne fastleger slutter. Fastlegene etterlyser en ordentlig satsing på fastlegeordningen fra myndighetene side, men helseminister og sentrale helsemyndigheter foretrekker å gjøre forsøk med primærhelseteam som få fastleger ønsker velkommen (23).

Myndighetene viser til erfaringer i andre, sammenlignbare land, bl.a. England. Men utviklingen der kan umulig være noe å trakte etter. Allmennlegetjenesten i England ligger nesten med brukket nakke (24). Også andre land vi liker å sammenlikne oss med, sliter. Flere ser egentlig til den norske fastlegeordningen (25).

Så hva skal vi tenke om framtida?

Globalt og regionalt ser vi økte sosioøkonomiske forskjeller, og det er ikke tegn til at forskjellene vil avta. Selv om en helsetjeneste basert på en godt utbygget primærhelsetjeneste gir bedre helse og større

rettferdighet («equity») i helse enn en spesialistorientert helsetjeneste (26), er og blir politikken den viktigste arenaen for å arbeide for mindre forskjeller, også i helse.

Den teknologiske utviklingen vil fortsatt rase av gårde og gi nye muligheter for behandling av alvorlige sykdommer. Men markedet for å «forebygge sykdom» blant friske er større enn markedet for å behandle syke. Og falsk trygghet er lett å selge. Det er derfor grunn til å frykte en forsterket utvikling av en tendens vi ser i dag: at ressurser flyttes fra å behandle syke til intervensjon blant bekymrede friske.

I et slikt samfunn med økte forskjeller og økt medikalisering av friske, mener jeg allmennlegen har et viktig samfunnsoppgdrag. For å si det med Barbara Starfield:

«There is lots of evidence that a good relationship with a freely chosen primary-care doctor, preferably over several years, is associated with better care, more appropriate care, better health, and much lower health costs.» (27)

Norsk forening for allmennmedisin (NFA) har laget et flott prinsipp- og arbeidsprogram for allmennlegetjenesten med fine referanser og verdigrunnlag (28). Og jeg vil for egen del si: Vi skal være gode klinikere, se menneskene i sine liv, arbeide for en bred forståelse av normaliteten og opptre som avmedikaliseringssagenter. Vi må dyrke samtalekunsten og prioritere dem som har det vanskeligst.

Vi må organisere allmennlegetjenestene på en måte som fremmer kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Det er bra for pasientene, og det er bra for samfunnet. Varighet av lege-pasient-forholdet viser seg viktigere enn all verdens prosedyrer og kvalitetsarbeid (29). Jeg har til gode å se noen organiseringsform som fremmer dette bedre en vår fastlegeordning.

Men en god fastlegeordning er på ingen måte noen selvfølge. Året 2017 har forhåpentligvis åpnet øynene til en del sentrale helsebyråkrater og helsepolitikere. Jeg skriver dette mens den meget omtalte tidsregistreringen pågår. Jeg håper inderlig at kollegiet ser sin anledning til å dokumentere det arbeidet vi alle utfører og som er så viktig.

Så må vi arbeide med oppgaveporteføljen til fastlegene. Vi har fått en rekke nye oppgaver de senere årene uten at det er foretatt noen samlet vurdering av porteføljen (30). Leder Petter Brelvi i NFA skrev i sitt nyttårsbrev at dette vil ha høy prioritet (31). Det er bra.

Jeg er voldsomt spent på resultatet av arbeidet med å redde og utvikle fastlegeordningen. Det er på ingen måte gitt at myn-

dighetene virkelig vil satse slik vi ønsker og håper.

Dette bringer oss tilbake til utgangspunktet, Alma Ata-deklarasjonen: Er den fortsatt aktuell? Har den fortsatt relevans? Ambisjonen om at en godt utbygget primærhelsetjeneste skal være nøkkelen til å oppnå likhet og sosial rettferdighet, synes overdrevet. Politikken er viktigere. Når det er sagt, er det solid evidens for å hevde at en godt utbygget primærhelsetjeneste, herunder en fritt valgt allmennlege over lengre tid, er det beste fundamentet for en god, samlet helsetjeneste.

Spørsmålet her på berget er om vi skal ha så ambisiøse mål for fastlegene som vi har i Norge. Jeg tror det. Når vi skal se på oppgaveporteføljen, må vi legge til grunn at legene på alle plan skal gjøre jobben sin og ikke overlate uinteressante eller kjedelige oppgaver til fastlegene som om vi skal være spesialisthelsetjenestens sekretærer. Men vi må også se på de faglige ambisjonene i retningslinjene fra Helsedirektoratet. Jeg mener vi allerede er gått for langt i å kontrollere og monitorere ulike risikofaktorer for friske innbyggere.

Vi må heller bli flinkere til å snakke med pasientene om hva som virkelig betyr noe i livene deres.

Vi må dyrke samtalekunsten.

REFERANSER

1. Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6–12. September 1978. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
2. http://www.utposten.no/Portals/14/Utposten08/UP08_01/14_18_Utposten_1_08.pdf
3. https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/global_health/id2407146/
4. <https://agendamagasinet.no/artikler/klimaflyktninger/>
5. <http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanet/PIIS0140-6736%2815%2960696-1.pdf>
6. https://www.researchgate.net/publication/5296173_The_concept_of_prevention_A_good_idea_gone_astray
7. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1615069>
8. <http://www.varden.no/magasinet/kjere-julenisse-jeg-onsker-meg-helsemyndigheter-som-tor-si-at-lidelse-horer-livet-til-1.2212671>
9. <http://www.preventingoverdiagnosis.net/>
10. <http://tidsskriftet.no/2016/12/kronikk/overdiagnostikk-norske-allmennleger-viser-vei>
11. Holmen J. Blodtrykspasienten, legen og samfunnet. Verdal: Seksjon for helsetjenesteforskning, Senter for samfunnsmedisinsk forskning, 1992.
12. Holmen J. Medikamentell risikointervensjon – en omsorgsteknologi i krise? Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 465–9. [PubMed]
13. <http://legeforeningen.no/PageFiles/253324/Policydokument%20overdiagnostikk.pdf>
14. <http://www.globalfamilydoctor.com/News/PolycybiteNordic.aspx>
15. Hofmann B. Eur J Epidemiol, 2014
16. <http://tidsskriftet.no/2017/10/doktoravhandling/analyse-av-en-medisinsk-fremtidsvisjon>
17. <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/forsk-skoler/naefalm/blogg/2017/bjarne-austad-har-disputert.html>
18. <https://morgenbladet.no/ideer/2016/12/pa-tide-med-en-oppdateret-helseforstaelse>
19. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1412/leger-i-kommune-ogspesialisthelsetjenesten-rapport-2017.pdf>
20. <http://legeforeningen.no/lokal/troms/Skalpel-len/Losning-Doble-per-capita-opp-til-1-000-pasienter/>
21. http://www.utposten.no/Portals/14/2016Utposten/UP6_16/13_14_Fastlegeordning%20raatne%20paa%20rot_Utposten_6_2016w.pdf
22. <http://tidsskriftet.no/2017/09/debatt/fastlegeordningen-trenger-hastetime>
23. <https://www.dagbladet.no/kultur/ikke-odelegg-fastlegeordningen-hoie/68556452>
24. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/pressures-in-general-practice>
25. <https://www.dagbladet.no/kultur/ikke-odelegg-fastlegeordningen-hoie/68556452>
26. <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/016059760903300105>
27. <http://bostonreview.net/archives/BR30.6/starfield.php>
28. <http://legeforeningen.no/Global/Fagmedisinske%20foreninger/Norsk%20forening%20for%20allmennmedisin/NFA%20%C3%85rsm%C3%B8te%202017/Prinsipprogram%202017-2023.pdf>
29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25216664>
30. <http://tidsskriftet.no/2017/11/kronikk/fastlegeordningen-forvittr-hva-na>
31. <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-forening-for-allmennmedisin/Nyheter/2018/Nyttarsbrev-fra-leder-Petter-Brelin2/>

■ GISLE.ROKSUND@GMAIL.COM

Fastlegeordningen 2.0

■ TOR MAGNE JOHNSEN • Fastlege ved Midtbyen Legesenter. Universitetslektor NTNU

■ VEGARD BERGE • Fastlege ved Tillertorget Legesenter. Universitetslektor NTNU

■ BØRGE NORDBERG • Fastlege ved Tillertorget Legesenter. Universitetslektor NTNU

■ HARALD SUNDBY • Fastlege ved Kalvskinnet Legesenter. Universitetslektor NTNU

■ INGA MARTHE GRØNSETH • Fastlege ved Sørbyen Legesenter

Hvorfor et fastlegeopprør?
Trønderopprøret ble født under en bussreise på Island. Bussturen var del av et kurs arrangert for blant annet universitetslektorer med ansvar for den allmennmedisinske undervisningen ved NTNU.

Tema for kurset var å ta ledelse i fagutviklingen. Med på kurset var også allmennmedisinske lederprofiler som Iona Heath, Anna Stavdal, Gisle Roksund og Petter Brelin. De fortalte om hvordan deres egen vei til lederskap ikke var en planlagt karrierevei. Alle fremhevet det faglige engasjementet som deres drivkraft, ofte i kombinasjon med sinne og frustrasjon. Deres fortellinger viste hvordan denne iboende kraften kunne utnyttes på en konstruktiv måte for å oppnå endringer i faget.

Alle universitetslektorene som deltok på kurset jobber som praktiserende fastleger i Trondheimsområdet. De to første årene av medisinstudiet har studentene gruppeundervisning på våre fastlegekontor. Vårt hovedfokus er pasientsentrert kommunikasjon. Undervisningen vurderes å være medvirkende til at NTNU har utviklet seg til å bli det universitet i Norge som rekrutterer den største andelen legestudenter til fastlegeryket. Nærheten til NTNU har nok også vært medvirkende til at fastlegeordningen i Trondheim har seilt i medvind med engasjerte fastleger og rikelig med søkere til nye hjemler. De siste par årene har vinden snudd. I 2017 opplevde Trondheim kommune at fastlegehjemler måtte lyskes ut på nytt etter mangel på kompetente søkere. Som lektorer erfarer vi at dette ikke skyldes manglende interesse for allmennmedisin som fag. Studentene gir entydige tilbakemeldinger om at de verdsetter undervisningen og liker faget. Som om ikke dette var nok, registrerer vi at stadig flere etablerte fastleger i Trondheim velger å forlate faget. Dertil står vi foran et generasjonsskifte. Resultatet av dette er en kommende bemanningskrise. Fastlegeordningen er ikke bærekraftig i Trondheim. Mediadekningen har dessverre vist at dette også er en nasjonal utfordring.



Første strategimøte i 2018. Ti deltagere: sju på Kalvskinnet, tre på Skype fra Oslo, Stavanger og Steinkjer.

Etablering av Trønderopprøret markeres med kryss i taket.





FASTLEGEORDNINGEN 2.0 TRØNDEROPPRØRET

tross for dette store arbeidstempoet er befolkningen fornøyd med tjenesten. Det er for så vidt ikke overraskende. I et helsepanorama som blir stadig mer komplekst og fragmentert, er behovet for en samlendende fagperson større enn noen gang. Vi opplever et umettelig behov for en kompetent lege som ser hele pasienten, forstår pasienten og ivaretar helheten. En lege som reduserer stresset, og demper bekymringene og forvirringen, der resten av samfunnet ofte bidrar til å øke helseangsten.

Ved innføring av fastlegeordningen var fastlegens portnerrolle den viktigste. Utviklingen i faget og teknologien har videreført denne kompetansen. Ingen er bedre enn fastlegen til å oppdage sykdom i tidlig fase, stille rett diagnose og henvise videre når det er nødvendig. Men i takt med samfunnsutviklingen har fastlegens arbeidsfelt ekspandert. Vi har utviklet oss til å bli en generell helsekonsulent og -koordinator som ivaretar alle aspekter knyttet til pasientenes behov ut fra deres helsetilstand, funksjonsnivå og arbeidsevne. Statlige myndigheter, spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV, fylkesmennene, pasientorganisasjonene, forsikringselskapene osv. har alle oppdaget løsningen de trenger for å frigjøre arbeidskapasitet og redusere økonomiske utgifter på egen arbeidsplass. Fastlegen tar det. Da blir oppgavene ivarettatt og gjennomført.

Det er faserende at fastlegene har klart å ivareta alle oppgavene, forpliktelsene og ansvaret som er blitt pålagt oss. År etter år har vi svelget unna nye arbeidsoppgaver med å effektivisere og redusere tiden vi bruker på hver enkelt oppgave. Dette på bekostning av fritid, pauser og faglig oppdatering, mer enn på bekostning av tiden med pasientene. For myndighetene er fastlegene verdt sin vekt i gull. Store beløp spares på å overføre arbeid fra helseforretak til kostnadseffektive fastlegekontor. Det mest oppsiktsvekkende er at oppgavene har blitt overført ofte uten at fastlegene har blitt rådført om de har tid, kunnskap, økonomiske ressurser eller kapasitet til å ivareta nye arbeidsoppgaver. Og om stor skepsis er uttalt fra Legeforeningen i høringsuttalelsene, er dette ikke tatt til følge.

*Intervju i Adresseavisen.
«Vi vil ha tid til hver pasient».
Vegard Berge, Børge Nordberg
og Tor Magne Johnsen.*

Etter dialogene med våre kollegaer på Island, oppdaget vi at alle satt med en felles opplevelse av å være overbelastet. Arbeidsmengden hadde økt og arbeidsoppgavene var mer komplekse. Paradoksalt nok hadde alle utviklet selvstendige forklaringsmodeller på egen utilstrekkelighetsfølelse. De unge legene trodde alle arbeidstimene var et resultat av manglende erfaring. De eldre trodde de hadde blitt for trege og teknisk utdaterte, og de unge spesialistene, midt i arbeidslivet, trodde de var for grundige. Sammen erkjente vi at overbelastningen på fastlegekontorene ikke var et resultat av personlig svikt. Dette måtte være en systemfeil.

Alle i Trønderopprøret er stolte av å være fastleger og stolte av fastlegeordningen. Vårt eneste ønske er at fastlegeordningen bevares. Nå truer kollaps. Tiden er overmoden for revidering. Rekrutteringen må reetableres og frafallet forhindres. Da må fastlegejobben gjøres mer attraktiv for nåværende og kommende fastleger.

Med utgangspunkt i engasjementet, for-

tvilelsen og frustrasjonen opprettet vi en arbeidsgruppe. En «analysegruppe». Hvilke systemfeil hadde forårsaket den negative utviklingen? Hvilke tiltak kunne forhindre sammenbrudd av fastlegeordningen?

Media viste stor interesse for saken. Det ble tidlig klart at en stor andel av landets fastleger delte våre tanker. Raskere enn vi kunne drømme om utviklet Trønderopprøret seg til å bli et nasjonalt grasrotopprør. Vår underskriftskampanje har vist at over halvparten av landets fastleger støtter vårt arbeid.

En forutbestemt krise

Alle er enige om at fastlegeordningen har vært en suksess siden den ble innført i 2001. Med under 5000 fastleger gjennomføres nesten 15 millioner konsultasjoner på norske fastlegekontor og legevakter. I tillegg kommer all annen dialog med pasienter og andre helseaktører via telefon og ulike elektroniske kommunikasjonskanaler. Fastlegens effektivitet er unik. Til



Vegard Berge på strategimøte.



Børge Nordberg og Inga Marthe Grønseth.



Finn Høivik diskuterer utfordringene i fastlegeordningen.

Myndighetene har gjentatte ganger blitt advart om at fastlegeordningen vil bli overbelastet, og at antallet fastleger må økes for å ivareta oppgavestrømmen. Advarslene har ikke ført til nødvendige korreksjoner. Hvordan er det mulig at fastlegene har vært et så lett bytte?

KOPF er gullet i fastlegeordningen. Kontinuerlig, Omfattende, Personlig, Forplikten. Vi knytter sterke ansvarsbånd til hver enkelt pasient. Hvis fastlegen ikke ivaretar ansvaret for denne gruppen av kjente og kjære mennesker, vil noen av pasientene kunne bli syke, dø, miste sin familie, miste sine hjem, miste sine jobber eller miste sine rettigheter. Oftest i kombinasjoner. Fastlegen stilles personlig ansvarlig hvis oppgavene ikke ivaretas. Da er det ikke så rart at fastlegene har strukket seg langt for å beskytte sine pasienter og seg selv. Men ingen har ivare tatt fastlegen. Myndighetene har stilt det døde øret til, og våre foreninger har ikke klart å rope høyt nok til at myndighetene har innsett konsekvensene av å presse fastlegene til kanten av stupet. På mange måter har fastlegene sittet alene, overarbeidet og ubeskyttet på hvert sitt kontor, mens samfunnet har fylt kontoret med arbeid og oppgaver som måtte ivaretas.

Trønderopprørets analyse

Hva har ledet til krisen i fastlegeordningen? Etter vår analyse har vi konkludert med at det er to hovedårsaker.

ÅRSÅK 1: Økt arbeidsbelastning

Vi vurderer at dette er den viktigste årsaken til at nyutdannede ikke tør gå inn i fastlegeyrket. Vi tror også dette er den viktigste årsaken til frafall av erfarne fastleger. Vi vurderer at økt arbeidsbelastning skyldes både den generelle utviklingen i befolkningen og samfunnet, og den spesifikke oppgaveoverføringen til fastlegene fra andre deler av helsevesenet.

Siden årtusenskifte har vi sett en ekspansjon av arbeidsoppgaver for store deler av helsevesenet, inkludert fastlegens arbeidsfelt. Endret befolkningssammensetning med blant annet stadig flere eldre, en ekspansiv medisinsk utvikling med stadig nye utrednings- og behandlingsalternativer, teknologisk utvikling med økt tilgjengelighet og kommersialisering av tjenesten, og en befolkning med stadig større kunnskapstilgang og forventninger. Alle disse endringer har bidratt til at arbeidet med hver enkelt pasient har økt.

For fastlegene tror vi den spesifikke oppgaveoverføringen har vært vel så avgjørende for dagens overbelastning. Politiske føringer har styrt oppgaver fra andre deler av helsevesenet til våre kontorer. Samtidig er det stilt økende krav til kommunikasjon med andre helseaktører, dokumentasjonsplikt, forebyggende tiltak, legeerklæringer og møter med kommune og NAV, ny førerkortforskrift, attester og medisinsk gylldiggjøring i alle retninger, og om større ansvar for koordinering av tjenester og medikamenter for komplekse pasienter. Paradokset er at Trønderopprøret mener at de fleste av disse oppgavene er fastlegeoppgaver, men da må rammebetingelsene endres slik at oppgavene kan utføres med den tid, faglighet, empati og teknologi vi har kompetanse til å tilby.

ÅRSÅK 2: Økonomisk utrygghet

Vår opplevelse er at det har blitt stadig dyrere å drive legekantor, og at differansen mellom basistilskudd og driftsutgifter har økt for hvert år. Mange av oss opplever at utgiftene legger betydelig begrensning på mulighet til fravær fra praksis ved egen sykdom, sykdom hos barn, kurs og faglig oppdatering. Store driftsutgifter rammer hardest de med størst behov for økonomisk trygghet. Dette gjelder blant annet de nyetablerte fastlegene, leger som prioriterer kurs og etterutdanning, leger i etable-

ringsfasen mht. til egen familie, leger med helseplager/reduert arbeidsevne, og leger som har økt risiko for fravær fra jobb grunnet sykdom hos egne barn.

I arbeidet med vår analyse var det overraskende å oppdage at tallmaterialet på fastlegers driftsutgifter var svært begrenset. Gjennom innhenting av tall fra våre regnskapsførere klarte vi å oppnå et godt tallmateriale fra Trondheim kommune. Trønderopprøret fikk også tall fra andre deler av Norge, noe som fungerte som referanse opp mot Trondheimstallene. Vår oversikt bekreftet at utgiftene knyttet til drift av legekantor hadde økt kontinuerlig siden innføring av fastlegeordningen. Dette gjaldt også for erfarne fastleger med effektiv drift og lite fravær. Fastlegene i Trondheim hadde i 2016 en underdekning mellom basistilskudd og driftsutgifter på over 40 prosent. For ti år siden var underdekningen ca. 20 prosent. De reelle utgiftene for hver enkelt fastlege er imidlertid langt større, da utgifter til praksislån, pensjon, sykeforsikring, kursutgifter, tapt arbeidsinntekt ved fravær osv. ikke var tatt med i dette tallmaterialet. For nyetablerte fastleger i Trondheim vil dette i dag bety at basistilskuddet dekker under 50 prosent av deres utgifter. Dette vil igjen bety at de fleste nyetablerte må jobbe halve måneden før utgiftene er dekket. Dette medfører betydelig økonomisk utrygghet med risiko for manglende inntekt ved fravær fra praksis.

Trønderopprøret mener at økonomisk trygghet gjennom korreksjon av våre rammebetingelser/driftstilskudd til dagens utgiftsnivå er helt avgjørende for å løse utfordringene i fastlegeordningen.

Trønderopprørets løsningsforslag

Vi i Trønderopprøret påberoper oss ikke å sitte inne med alle svar. Vi er ydmyke på at fastlegeordningen vil trenge ulike løsninger og tilpasninger i årene som kommer

for å beholde en attraktiv posisjon for etablerte og kommende leger. Utdanningsstillinger tilpasset næringsdrift, bedre muligheter for graderte stillinger og reduserte vaktbelastninger i deler av landet kan være noen satsningsområder. Imidlertid ønsker Trønderopprøret å trekke fram to tiltak som vi tror vil forhindre at fastlegeordningen forvitrer innen få år.

TILTAK 1: Reduksjon av normtallet

Hver pasient genererer mer arbeid. Normtallet må tilpasses dagens arbeidsbelastning knyttet til hver enkelt pasient. Vi har fremmet et forslag om en reduksjon fra 1500 til 1000 pasienter (200 pasienter/kurative dag) for et fullt kurativt årsverk. Dette vil utløse et behov for langt flere fastleger. Vi tror leger i utdanningsstillinger, både ALIS og mer næringstilpassede utdanningsstillinger, vil kunne dekke noe av legebehovet som vil oppstå i en situasjon med gradvis listereduksjon. Trønderopprøret jobber også med et forslag om krav til allmennmedisinsk praksis/utplassering for leger i utdanningsløp til andre spesialiteter. Vi ser et økende behov for bilateral forståelse mellom primær- og sekundærhelsetjeneste. Gevinsten av gjensidig kompetanseflyt gjennom gjensidig praksis tror vi kunne vært betydelig. Rammer til å kunne ha færre pasienter vil gi store helseøkonomiske gevinster for samfunnet, da flere oppgaver kan ivaretas på laveste effektive nivå.

TILTAK2: Samme økonomiske betingelser som øvrige spesialister/avtalespesialister

Fastlegeordningen er betydelig underfinansiert. Dette til tross for at det norske helsevesen og velferdsstaten er helt avhengig av en velfungerende fastlegeordning for å fungere. Den helseøkonomiske gevinsten av en sterk allmennlegetjeneste er ubestridelig. Våre tall viser at fastleger lever med en økonomisk utrygghet som begrenser rekruttering. Fastlegenes underfinansiering er bemerkelsesverdig, når andre yrkesgrupper og sammenlignbare legespesialister/avtalespesialister mottar statlige tilskudd som dekker deres driftsutgifter og gir den økonomiske tryggheten fastlegene søker. Mens en fastlege med 1120 pasienter (gjennomsnitt i Norge i 2016) tildeles et basistilskudd på 505 120 kroner, får en avtalespesialist 879 084 kroner, 1 021 500 kroner eller 1 309 320 kroner i driftstilskudd. Basistilskuddet deres er klas-sedelt, og bestemmes ut fra deres reelle utgifter, dvs. basert på den enkelte spesialist sitt behov for lokaler, teknisk utstyr og hjelpepersonell. Driftsutgiftene til en fastlege og en avtalespesialist er klart sammenlignbare. Vårt ønske er kun å oppnå samme be-

tingelser som sammenlignbare spesialister, da dette vil gi økonomisk trygghet for de aller fleste fastleger i Norge. For Trønderopprøret er det uforståelig at spesialister i allmennmedisin har langt dårligere betingelser enn øvrige spesialister.

Trønderopprøret ønsker en ny finansieringsmodell som sikrer økt økonomisk trygghet, og som motiverer til økt kvalitet og modernisering av tjenesten. Hensynet til utgifter knyttet til ansatte, lokaler og teknisk utstyr må også med i modellen. Dette vil sikre eksistens av legekantor også i de store byene der utgiftene er størst. Pasientlistene må bevares, derfor må ny finansieringsmodell også ta hensyn til listestørrelse opp til nytt normtall. En klasseinndeling kombinert med listestørrelse vil sikre at det fortsatt er kostnadsnøytralt for kommunene å opprette nye hjemler. Imidlertid må rammene for etablering av 0-hjemler bedres betraktelig, da dette er en stor utfordring ved nyetablering i dag.

Selv om Trønderopprøret har stor tro på en ny finansieringsmodell med en klasseinndeling ut fra gitte parametre, ser vi at en konsekvensutredning kan ende opp i andre modeller. Men uansett hvilken finansieringsmodell vi ender med, bør tilskuddet til drift være identisk med avtalespesialistenes tilskudd. Det er på tide at allmennlegene løftes opp på det nivået de fortjener, og behøver, for å drive framtidens fastlegekantor med god kvalitet. Likhet for alle spesialister er et krav.

Veien mot målet

Vårt mål er at myndighetene skal forstå verdien av en sterk allmennlegetjeneste før tjenesten bryter sammen. Myndighetene må opplyses. Opplysning vil tydeliggjøre behovet for satsing på fastlegeordningen. Det siste halvåret har vi erfart at Trønderopprøret kan bidra til å løfte opp allmennmedisins interesser i denne prosessen. Samtidig har vi stor tro på at Legeforeningen vil klare å ivareta våre interesser hvis momentet holdes oppe mot vårens forhandlinger. Vi kan ikke leve med at fastlegeordningen presses nærmere stupet. Hvis resultatene mangler i neste års statsbudsjett, vil Trønderopprøret bidra til å fremme aksjoner som forhindrer kollaps av vår stolte fastlegeordning og tvinger gjennom handling.

Vi går «all in!» Vi skal bruke de krefter vi har for å oppnå en ny fastlegeordning, bevare våre jobber og bevare et likeverdig helsevesen for alle. Alt for Fastlegeordningen 2.0.

■ TORMAGNEJOHNSEN@GMAIL.COM

Å spare på skillingen og Sjukehusforbruk, kommunale tenester

■ TORLEIV ROBBERSTAD • Tidligere helse- og sosialsjef og ass. fylkeslege

Kommunale helse- og omsorgstenester arbeider stadig tyngre. Frå 2010 til 2015 gjekk andelen opne fastlegelister ned frå 44 til 41 prosent, trass i at det blei 11 prosent fleire fastlegar. I aldersgruppa 80 år og eldre var det fem prosent færre som fekk kommunale omsorgstenester, og samhandlingsreforma gir auka press av utskrivingsklare pasientar.

Sentralt i dette bildet står samspelet mellom fastlegar og innleggingar, mellom utskrivningar og omsorgstenester, og lengda på sjukehusopphald. Her er det store skilnader mellom kommunar. Denne studien leitar etter forklaringar på desse skilnadene, særleg med tanke på aldersgruppa 80 år og eldre.

Metode

Studien omfattar dei 53 største kommunane, som er KOSTRA-gruppene 15 (Oslo), 14 (Bergen, Trondheim og Stavanger) og 13 (dei 49 neste store kommunane). Alle data er henta frå offentleg statistikk (1, 2). Der ikkje anna er sagt, gjeld alle opplysningar rater pr. 100 personar for aldersgruppa 80 år og eldre i KOSTRA-gruppe 13 (=K.13).

TABELL 1. Helsetenesteforbruk pr 100 personar 80 år og eldre: prosent endringar 2010-2015 for KOSTRA-gruppene 13 og 14, Oslo og landsgjennomsnittet

	K.13	K.14	OSLO	HEILE LANDET
Direkte pasientkontaktar til fastlege*	+ 6	+ 10	+ 6	+ 7
Enkle kontaktar til fastlege *	+ 35	+ 59	+ 27	+ 34
Direkte kontaktar til legevakt	+ 22	+ 2	+ 6	+ 14
Sjukebesøk av fastlege *	- 4	- 5	- 8	+ 3

* Som definert i Normaltariffen (4). Pasientar på sjukeheim er ikkje medrekna.

TABELL 2. A: Helsetenesteforbruk pr 100 personar 80 år og eldre i KOSTRA-gruppe 13 i 2015. B: KOSTRA-gruppe 14, Oslo og landsgjennomsnitt i prosent av dette.

	A:	B: I PROSENT AV KOSTRA-GRUPPE 13:		
	K.13	K.14	OSLO	HEILE LANDET
Direkte pasientkontaktar til fastlege *	628	105	96	101
Enkle kontaktar til fastlege *	933	99	79	105
Direkte kontaktar til legevakt	50	90	100	98
sjukebesøk av fastlege *	20	64	71	116
Polikliniske konsultasjonar	187	110	119	97
Innleggingar	72	106	118	100
Samla liggjedagsforbruk	303	113	117	100

* Som definert i Normaltariffen (4). Pasientar på sjukeheim er ikkje medrekna.

Funn

Hovudmålgruppe

I dei 53 kommunane budde 56 prosent av gruppa 80 år og eldre (36 prosent i K.13), og der auka den litt i 2010-15. Resten av gruppa budde i 375 mindre kommunar, og krympa litt.

Fastlegar

Av fastlegane var 28 prosent under 40 år, 37 prosent var 40-54 år og 35 prosent over 54 år. Dette var likt med landsgjennomsnittet; men i Oslo var det mange færre under 40 år og mange fleire over 54 år. Frå 2010 til 2015 fekk K.13 18 prosent fleire fastlegeavtaler og 4 prosent kortare listelengder, men likevel gjekk andelen opne lister der ned frå 37 prosent til 33 prosent.



Allmennlegekontaktar

Endringar i kontaktratene i 2010-15 er viste i tabell 1. For K.13 blei det noko fleire direkte kontaktar til fastlege, men 22 prosent fleire til legevakt og 35 prosent fleire enkle kontaktar. Gruppa 67-79 år fekk derimot litt nedgang i direkte kontaktar, men stor auka av enkle kontaktar. Landsgjennomsnittet avvik ikkje mykje frå dette.

Kontaktratene for 2015 er viste i tabell 2. K.13 låg på landsgjennomsnittet i det meste, men litt lågare i enkle kontaktar og sjukebesøk. Oslo hadde derimot litt færre direkte kontaktar til fastlege enn K.13, og mange færre enkle kontaktar og sjukebesøk. Aldersgruppene 50-66 og 67-79 år hadde liknande kontaktmønster.

Kommunale omsorgstenester

Frå 2007 til 2010 var det bare små endringar i tenestedeckinga for gruppa 80 år og eldre. Størst var dei i Oslo, der den blei litt lågare både for sjukeheimplass og heime-tenester.

Frå 2010 til 2015 blei det litt lågare dekking både for sjukeheimplass og heime-tenester, likt for K.13 og landsgjennomsnittet. K.14 fekk litt høgare dekking for sjukeheim, men ein del lågare for heime-tenester. Legetimar på sjukeheim auka

la dalaren gå...

og dei eldste i perioden 2010–15



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

mest i K.13 og minst i Oslo. Andel tidsavgrensa plassar blei redusert i Oslo, men auka i dei andre gruppene.

Stoda i kommunal omsorg i 2015 er vist i tabell 3. K.13 hadde låg sjukeheimdekking, men høg dekking med tidsavgrensa opphald og sjukeheimlege, og heimetenesedekking som landsgjennomsnittet. Kommunane med størst auke av målgruppa 80 år og eldre hadde noko høgare sjukeheimdekking og ein god del høgare heimetenesedekking enn dei med lågast auke.

Oslo hadde svært mange fleire på sjukeheim enn K.13, men med mykje lågare legedekking og bare halvparten så stor andel tidsavgrensa plassar. Oslo ga heimeteneser til ein del færre, og hadde mykje meir ufaglært personell.

Bruk av somatiske sjukehus

Frå 2010 til 2015 var utviklinga lik for K.13, Oslo og landsgjennomsnittet: det blei mange fleire polikliniske konsultasjonar, mange færre planlagde innleggingar og mykje lågare liggjedøgnforbruk. Aldersgruppene 50–66 og 67–79 år viser stort sett det same mønsteret.

I 2015 låg K.13 likt med landsgjennomsnittet i innleggingar og samla liggjedagsforbruk. Oslo låg monaleg høgare (TABELL 2),

men med mange færre utskrivingsklare liggjedagar.

Både innleggingar og liggjedagsforbruk varierte mykje i K.13. Samanlikna med dei 16 lågaste kommunane, hadde dei 16 kommunane med høgast innleggingsrate:

- Mange fleire eldre fastlegar, særleg mange i solopraksis, med lengre lister og mange færre opne lister
- Fleire pasientkontaktar til legevakt og færre sjukebesøk frå fastlege
- Ein del fleire med sjukeheimplass – men med mange færre legetimar og mykje mindre
- Andel korttidsplassar; noko færre med heimeteneser, og dårlegare kommuneøkonomi
- Mange fleire polikliniske konsultasjonar

- Mykje høgare liggjedagsforbruk, likt for ikkje-utskrivingsklare og utskrivingsklare dagar

Kommunane med *høgast liggjedagsforbruk* viser mykje av det same mønsteret.

Utskrivingsklare liggjedagar

Den tredjedelen av K.13-kommunane som har høgast prosentandel utskrivingsklare liggjedagar, har åtte gonger så mange slike som tredjedelen med færrest. Verken demografisk, økonomisk eller i dekking med omsorgstenester er det store skilnader mellom dei to gruppene. 2/3 av den høgaste gruppa er vertskommunar for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar, mot bare 2/5 av den lågaste.

TABELL 3. A: Omsorgstenester i 2015, særleg om tilbod til gruppa 80 år og eldre.

B: KOSTRAgruppe 14, Oslo og landsgjennomsnitt i prosent av nivå for KOSTRA-gruppe 13

	B: I PROSENT AV KOSTRA-GRUPPE 13:			
	K.13	K.14	OSLO	HEILE LANDET
prosent-del av 80 år og eldre med sjukeheimplass	11,8	144	142	115
prosent-del av 80 år og eldre med heimeteneser	31,7	90	93	103
prosent-del sjukeheimplassar for tidsavgrensa opphald	19,5	104	56	93
Sjukeheimlege: timar pr. veke pr pasient	0,69	83	70	77
prosent-del ufaglært kommunalt omsorgspersonell	24,8	101	121	101

	HEILE LANDET		K.13:		K.14	OSLO
		ALLE 49	25 VERTS-KOMMUNAR	24 ANDRE KOMMUNAR		
50-66 år:						
innleggingar	24	25	25	24	23	22
samla liggjedagsforbruk	72	70	72	67	73	74
polikliniske konsultasjonar	139	138	147	128	147	151
67-79 år:						
innleggingar	45	45	45	44	45	46
samla liggjedagsforbruk	172	166	169	162	181	175
polikliniske konsultasjonar	226	223	235	212	240	254
80 år og eldre:						
innleggingar	72	72	74	71	77	85
samla liggjedagsforbruk*	304	303	316	289	342	354
liggjedøgn før utskrivingsklar**	144	150	148	153	159	206
polikliniske konsultasjonar	182	187	199	176	206	222

TABELL 4. Forbruk av sjukehusenester i ulike aldersgrupper, pr. 100 personar i 2015

* dag- og døgnopphald
** gjeld bare heildegnsopphald (UKP>0)

Vertskommunar i KOSTRA-gruppe 13

Halvparten av dei 49 kommunane i K.13 er vertskommunar for somatiske sjukehus med akuttfunksjonar (TABELL 4). Samanlikna med den andre halvparten har dei

- Færre yngre og fleire eldre fastlegar, fleire i solopraksis, med noko kortare men mange færre opne lister
- Noko fleire innleggingar og høgare liggjedagsforbruk, men 70 prosent fleire utskrivingsklare liggjedagar

I profil av legepraksis og omsorgstenester liknar vertskommunane mykje på kommunane med høgast innleggingsrate.

Vertskommunane har 90 prosent av alle somatiske avtalespesialistar (16).

Utskrivingsklare liggjedagar i 2015

I K.13 hadde tredjedelen med høgast prosentdel utskrivingsklare liggjedagar, heile åtte gonger fleire enn det den tredjedelen med lågaste utskrivingsklare liggjedagar hadde. Verken demografisk eller i tenestedecking er det store skilnader mellom dei to gruppene. 2/3 av den høgaste gruppa er vertskommunar, mot bare 2/5 av den lågaste.

Sjukehusforbruk i ulike aldersgrupper

Tredjedelen av befolkninga er 50 år eller eldre. Den står for vel halvparten av polikliniske konsultasjonar og innleggingar og 2/3 av liggjedagane. Forbruksmønsteret er vist i tabell 4, og K.13 ligg på landsgjennomsnitt.

Oslo har ein god del fleire innleggingar og høgare liggjedagsforbruk enn K.13, men med 37 prosent lengre liggetid før pasientane blir utskrivingsklare. 50-79 år har også noko høgare liggjedagsforbruk.

Offentlege kostnader i 2015

I 2015 var det vel 15 millionar allmennlegekonsultasjonar/sjukebesøk: 91 prosent hos fastlege og ni prosent hos legevakt (2). Statlege refusjonar til allmennlegetenesta var vel fem milliarder kroner (6), og kommunalt pr. capita tilskot var 427 kr/år (7). Summen tilsvaer ca. 490 kroner pr. konsultasjon/sjukebesøk, ikkje medrekna kommunale nettoutgifter til legevaktordningar.

Offentleg liggjedøgnkostnad på somatiske sjukehus var 16 713 kr (8): 34 gonger meir enn for ein fastlegekonsultasjon. Samanlikna med K.13 tilsvaer meirforbruket for 80 år og eldre i Oslo 10 200 liggjedøgn og ca. 170 mill kr. for Bergen 2760 liggjedøgn og ca. 46 mill kr.

Drofting

Denne studien omfattar bare kommunane med meir enn 20 000 innbyggjarar. Desse har gode føresetnader for å utvikle robuste faglege og organisatoriske miljø (9), er så sentrale at tenestene blir lite påverka av vaktordningsproblematikk eller geografi, og har meir enn halvparten av befolkninga. Aldersgruppa 80 år og eldre er hovudmålgruppa for eldreomsorg, og derfor ein sentral indikator i grensesnittet mellom kommunale og spesialisttenester.

Frå 2012 har kommunane betalingsplikt for alle utskrivingsklare liggjedagar: 4255 kr/dag i 2015. Dette er hovudårsaka til at eldre pasientar har fått kortare liggetid på sjukehus, med påfølgjande større krav til kommunale tenester (10).

Fastlegeordninga skal vere portvakt for spesialisthelsetenesta (6), og brukarane er svært nøgde (11). I 2008 meinte Helsedi-

rektoratet det trongs 2000 fleire fastlegar innan 2015 (12) – men det kom bare 600. I KOSTRA-gruppe13 lukkar stadig fleire fastlegar pasientlista si, trass i at dei i 2010-15 fekk nesten tre gonger så stor prosentvis auke av fastlegar som av folketal. I 2017 søker nesten ingen på fastlegestillingar, heller ikkje i dei store byane (13). Leiaren i Allmennlegeforeningen meiner at det ikkje er samsvar mellom arbeidsoppgåver og talet på fastlegar, og risiko for fastlegekolaps innan fem år (14).

I kommunane med flest innleggingar er fastlegane eldre, pasientlistene er lengre og solopraksis er meir vanleg. Her har folk over 80 år dei siste åra fått litt fleire konsultasjonar, men også meir bruk av telefon, legevakt og poliklinikk. Utviklinga er likeins for gruppa 50-79 år – men med konsultasjonsnedgang.

Liggetid før utskrivingsklar status er den tida som trengs til undersøking og behandling.

For storforbrukskommunane var denne liggetida 20 prosent lengre for gruppa over 80 år. Utskrivingsklar status handlar om ekstraintekter for sjukehusa og plassmangel, så det er ikkje i sjukehusa si interesse å utsetje omklassifiseringa. Forklaringa er venteleg fagleg: at desse pasientane var meir behandlingstrengande og/eller dårlegare undersøkt før innlegging.

Avtalespesialistar står for fjerdedelen av samla poliklinisk aktivitet (15), men held stort sett til i vertskommunar (16), så dei har venteleg liknande fordelingsprofil som offentlege polikliniske tenester.

Ein del av sjukehusinnleggingane er frå sjukeheimar. Det er flest innleggingar frå kommunar med høg sjukeheimdekking, men dette paradokset kan ha å gjere at desse har så lite av korttidsplassar, sjukeheimslege og heimetenester. Dette høver med Graverholt sine funn frå Bergen (17): at sjukeheimane med færrest innleggingar hadde bare niandeparten så mange som dei med flest, men dei var større og kunne ha ei meir robust fagleg plattform. Vossius fann at sjukeheimane i Stavanger bare hadde to tredjedelar så mange sjukehusinnleggingar som grannekommunane (18), og tilskreiv dette god fagleg standard. Både for fastlegar og sjukeheimar er nok god fagleg støtte viktig for vurdering av innleggingsbehov.

Utskrivingsklare liggjedagar fortel kor lang tid det går før kommunale omsorgstenester kan overta pasientansvaret. Denne studien finn ikkje nemnande skilnader på omsorgstenestene i kommunar med få eller mange utskrivingsklare dagar, så det kan handle om struktur og sedvanar utanom offisiell statistikk. Storbrukar-

gruppa har overvekt av vertskommunar for somatiske sjukehus, som har mykje meir av utskrivingsklare liggjedagar.

Halvparten av kommunane i KOSTRA-gruppe 13 er vertskommunar. Her ser pasientane mindre til fastlegane, men får fleire polikliniske konsultasjonar og innleggingar. Fastlegane er eldre, og fleire er i solopraksis. Pasientlistene er kortare, men likevel er færre av desse opne. Det ser ut som om fastlegane her kan ta det meir med ro fordi spesialisttenestene tek seg av meir.

Oslo er den største vertskommunen, og har forgubbing av fastlegebestanden. Pasientane får færre kontaktar til fastlege, men mange fleire polikliniske konsultasjonar og innleggingar; og døgnopphald på sjukehus er 24 prosent lengre før utskrivingsklar status. Dette at sjukehusa gjer så mykje arbeid som er fastlegearbeid i andre kommunar, kan forklare korfor fastlegane der har mykje større andel opne pasientlister endå desse ikkje er kortare. Sjukeheimdekkinga er særleg god i Oslo, og gruppa 80 år og eldre er blitt åtte prosent mindre på få år, så røynsler frå Oslo kan ikkje utan vidare overførast til andre kommunar.

Konklusjonar

Helse- og omsorgsdepartementet meiner:

«Det er viktig med et tilstrekkelig antall leger, men mye av det arbeidet som i dag utføres av fastleger kan utføres like godt eller bedre av sykepleiere» (19),

og vil i 2018 starte eit treårs prøveprosjekt med fastlege, sjukepleiar og helsesekretær i primærhelseteam. I fireårsperioden 2017–21 aukar folketalet med fire prosent og det blir aukande underskot på sjukepleiarar (20), så her er det viktig at ikkje kua døyr mens gras set gro. Dersom fastlegar kan sleppe investeringskrav, økonomisk risiko, administrasjon og arbeidsgjevaransvar (o-modellen), kan dei få meir tid til legearbeid.

Eitt liggjedøgn på somatisk sjukehus er dyrare for det offentlege enn 30 direkte kontaktar til fastlege. Det er uetisk å la sjukehus gjer fastlegearbeid, så lenge kvantitativ og kvalitativ styrking av fastlegeordninga kan gi meir helsenytte for ressursane. Dagens praksis er å spare på skillingen og la dalaren gå, og viser at helseøkonomiske vurderingar er eit vilkår for etisk forsvarleg fordeling av helsetenester.

Statsråd Bent Høie skreiv 10. januar 2017:

«Våre viktigste mål i eldreomsorgen er å sørge for at det bygges flere sykehjemsplasser og at de skjøpeligst får bedre helsetjenester og en mer aktiv hverdag» (21).

I 2010-15 blei aldersgruppa 80 år og eldre litt mindre, men no blir den 7 prosent større om fire år og 29 prosent større om åtte år. Ein tilsvarande ressursvekst er lite realistisk, og då blir det ikkje godt nok med «same procedure as last year» (22). Venteleg vil det bli satsa mykje meir på det eldre flest ønskjer seg: å bu heime så lenge som råd. Der blir det sentrale spørsmålet: korleis skal me gamle kunne kjenne oss trygge på å få forsvarleg hjelp når me treng det? For som ein klok mann har sagt: «Dei er jo ein slags menneske dei óg, dei som skal gå på alderstrygd resten av livet» (23).

REFERANSER

1. www.ssb.no/statistikkbanken (16.10.2017).
2. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse> (16.10.2017).
3. www.cdc.gov/epiinfo (16.10.2017).
4. Normaltariff for fastleger og legevakt 2016–2017. Oslo: Den norske legeforening 2016.
5. Hefte IS-1036 Sammenligningstall for kommunene 2002. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet 2002.
6. Rapport IS-2575 Samdata kommune. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
7. KS avtale ASA 4301.
8. Rapport IS-2485 SAMDATA Spesialisthelsetjenesten 2015. Oslo: Helsedirektoratet 2016.
9. St.meld. nr 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen.
10. Laugaland K.A. Transitional Care for the Elderly from a Resilience Perspective. Stavanger: PhD Thesis UiS no. 259, 2015.
11. Innbyggerundersøkelsen 2017. Oslo, Direktoratet for forvaltning og IKT 2017.
12. Utviklingsstrategi for legetjenestene i kommunene. Oslo: Helsedirektoratet, 2008.
13. Få vil bli fastlege i Noreg. Frå Nynorsk pressekontor, i Bømlonytt 19.07.2017.
14. Øren T.O. Politikerne kan ikke ta fastlegeordningen for gitt. Oslo: Dagens medisn 11/2017, 1. juni 2017.
15. Rapport IS-2616 Aktivitetsdata for avtalespesialister 2016. Oslo: Helsedirektoratet 2017.
16. Personleg oppteljing på dei regionale helseføretaka sine nettsider, 2015.
17. Graverholt B. Acute hospital admissions from nursing homes. Bergen: Dissertation for PhD at the University of Bergen, 2014.
18. Vossius C. Sparer de eldre for unødige bekymringer. Stavanger Aftenblad 27.06.2013.
19. Brev 5. mai 2017 frå Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråd Bent Høie til helse- og omsorgskomiteen i Stortinget.
20. Roksvaag K. og Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035: beregninger med HELSEMOD 2012. Oslo: SSB Rapport 14/2012.
21. Høie B. Regjeringen oppfyller løftene. Lesarbrav i Stavanger Aftenblad 10.01.2017.
22. Grevinnen og hovmesteren. NRK1, 23. desember ca. kl. 20.50, årleg.
23. Kristoffersen A. Gamlingar løner seg ikkje. Bergen: Vigmostad & Bjørke 2015.

Med flere eldre og knappe ressursar i framtida, må det satsast meir på heimebaserte tenester for at folk skal kunne bu heime så lenge det er praktisk mogleg, skriv forfattaren. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Luftforurensning og

■ JOHAN ØVREVIK • Avdelingsdirektør | MARIT LÅG • Seniorforsker | MAGNE REFSNES • Seniorforsker | PER E. SCHWARZE • Fagdirektør
Avdeling for luft og støv, Område for smittevern miljø og helse, Folkehelseinstituttet

Av alle verdens miljøproblemer har forurenset luft størst kvantifiserbar betydning for menneskers helse. Det forårsaker flere dødsfall enn fedme – og dobbelt så mange dødsfall som for AIDS, tuberkulose og malaria til sammen.

Resultater fra det internasjonale sykdomsbyrdeprosjektet (*Global Burden of Disease*, GBP) anslår at i 2015 forårsaket forurenset luft totalt 6,5 (5,7–7,3) millioner dødsfall på verdensbasis. Hovedandelen av disse tilskrives svevestøv i uteluft (4,2 millioner dødsfall årlig). Luftforurensning anslås dermed å være årsak til flere dødsfall enn fedme (4,0 millioner), alkohol (2,3 millioner) og trafikkkulykker (1,4 millioner). Antall dødsfall tilskrevet luftforurensning er også dobbelt så mange som for AIDS, tuberkulose og malaria til sammen, og nesten ti ganger så mange dødsfall som fra krig og alle former for vold (Landrigan et al., 2017). Selv om luftforurensning er et langt større problem i lavinntektsland og fremvoksende økonomier som India og Kina, er det også det viktigste forurensningsproblemet i den vestlige verden. I norske byer er det svevestøv og nitrogendioksid (NO_2) som utgjør det største problemet. Sykdomsbyrdeberegninger for Norge, viser at luftforurensning i form av fint svevestøv er den åttende viktigste årsaksfaktoren til for tidlig død (1450) og tapte leveår (17 378), på nivå med lav fysisk aktivitet.

Partikkelegenskaper og viktige definisjoner

Mens NO_2 er en veldefinert gass har svevestøv langt mer kompleks sammensetning og kan inneholde tusenvis av ulike kjemikalier. Svevestøv (*Particulate Matter*, PM) varierer både i størrelse og sammensetning, og deles gjerne inn i ulike størrelsesfraksjoner. De viktigste størrelsesgruppene

er: PM_{10} , $\text{PM}_{2,5}$ og $\text{PM}_{0,1}$, som er partikler med aerodynamisk diameter under henholdsvis 10-, 2,5- og 0,1 μm . PM_{10} utgjør såkalt respirabel fraksjon av støv, dvs. partikler som kan trenge ned i luftveiene ved inhalering. Partikler med diameter mellom 10 og 2,5 μm ($\text{PM}_{10-2,5}$) betegnes som grovfraksjonen, partikler med diameter under 2,5 μm som finfraksjonen, og partikler med diameter under 0,1 μm som ultrafine eller nanopartikler. Forbrenningspartikler dominerer i finfraksjonen og i den ultrafine fraksjonen, mens mekanisk genererte partikler dominerer ofte grovfraksjonen. Fine forbrenningspartikler består i stor grad av en karbonkjerne med kondenserte hydrokarboner (som polysykliske aromatiske hydrokarboner, PAH) og spor av metallisk aske. Grovfraksjonen er gjerne rik på mineraler og kan inneholde mye metaller, samt noe biologisk materiale som pollen og rester fra mikroorganismer.

Kilder til svevestøv og NO_2

Menneskeskapte kilder til svevestøv kan deles inn i stasjonære og mobile kilder. Stasjonære kilder inkluderer ulike forbrenningsanlegg for energiproduksjon, ulike industrier, avfallsbehandling, byggeplasser, erosjons- og veistøv. Særlig slitasje av veidekke på grunn av piggdekkbruk, er en viktig kilde til grovt støv ($\text{PM}_{10-2,5}$). Oppvirvling av grovt veistøv er spesielt et problem på tørre dager på sen vinter og tidlig vår. Ålinger fra Elgseter gate i Trondheim har vist at opptil 90 prosent av svevestøvet

kan være mineralpartikler fra slitasje av veidekket. Dette grove støvet faller imidlertid relativt raskt ned etter oppvirvling, og spres derfor ikke særlig langt fra veibanen, sammenliknet med finere eksospartikler. I enkelte norske byer og tettsteder kan imidlertid også bergverksindustri som gruvedrift og pukkverk, være en betydelig kilde til lokale nivåer av PM_{10} . $\text{PM}_{2,5}$ fraksjonen (spesielt andelen partikler mindre enn 1 μm) stammer i stor grad fra forbrenningsreaksjoner. De viktigste kildene til forbrenningspartikler er eldre dieselmotorer uten partikkelfilter og vedfyring fra privatboliger. Forbrenningspartikler fra vedfyring og forurensning fra veitrafikk vil imidlertid distribueres ulikt i bymiljøer. Selv om eksosstøv spres over lengre avstander enn det grovere veistøvet, vil konsentrasjonen av eksospartikler (og NO_2) være høyere nær trafikkerte veier, spesielt i rushtiden. Man ser derfor gjerne topper av $\text{PM}_{2,5}$ -nivåer når folk reiser til og fra jobb. Vedfyringspartikler vil normalt spres mer jevnt utover boligstrøk, og konsentrasjonene når gjerne en topp på kveldstid når folk er kommet hjem fra jobb. Det kan ikke utelukkes at denne forskjellen i både geografisk og tidsmessig forekomst av vedfyrings røk og trafikkeksos kan ha betydning for helseeffekter i befolkningen. I en del norske byer og tettsteder kan vedfyring bidra vesentlig til svevestøvnivåene, spesielt i kalde perioder da flere benytter ved til oppvarming av bolig. Kaldt og stille vær, særlig inversjon, der kald luft blir liggende nær bakken og luftutskifting hind-

KOMPONENT	MIDLINGSTID	LUFTKVALITETSKRITERIER	GRENSEVERDIER
PM_{10}	Døgn	30 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	50 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (30)
PM_{10}	År	20 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	25 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
$\text{PM}_{2,5}$	Døgn	15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	-
$\text{PM}_{2,5}$	År	8 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	15 $\mu\text{g}/\text{m}^3$
NO_2	15 minutter	300 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	-
NO_2	1 time	100 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	200 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (18)
NO_2	År	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$	40 $\mu\text{g}/\text{m}^3$

TABELL 1.
Luftkvalitetskriterier og grenseverdier for PM_{10} , $\text{PM}_{2,5}$, og NO_2 . Antall tillatte overskridelser av grenseverdien (pr. kalenderår) er oppgitt i parentes.

helse i Norge



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

res, er generelt et problem for luftkvaliteten. Lokal luftforurensning kan dermed oppkonsentreres betydelig over tid. I tillegg vil langtransportert støv kunne bidra betydelig til lokal forurensning. Dette svevestøvet bidrar mer til årsmidlet og vesentlig mindre til kortvarige episoder med høye toppe.

Nitrogenoksider (NO_x) stammer i all hovedsak fra dieselksos og består av nitrogenmonoksid (NO) og nitrogendioksid (NO_2). Veitrafikk er hovedkilden til NO_2 i de større byene, men skipsfart og langtransportert forurensning kan også bidra. Et problem har vært at dieselpartikkelfilterteknologi brukt i kjøretøy for å redusere utslippet av eksospartikler, til dels har gitt økte utslipp av NO_2 . Fra 2014 ble det innført krav fra EU om rensing av NO_2 og NO_x fra diesel motorer (Euro 6). Imidlertid har det blitt kjent gjennom den mye omtalte VW-skandalen at bilprodusentenes filterteknologi ikke virker i henhold til Euro 6-kravene. Det er derfor uklart hvor-

vidt nye dieseler biler faktisk vil ha noe særlig lavere NO_2 -utslipp under reelle kjøreforhold, særlig ved kaldt klima.

Luftkvalitetskriterier og lovbestemte grenseverdier

Folkehelseinstituttet (FHI) og Miljødirektoratet har utarbeidet luftkvalitetskriterier for 15 ulike luftforurensningskomponenter (Folkehelseinstituttet 2013). Kriteriene er utelukkende basert på helsefaglige vurderinger og er satt så lavt at ut fra nåværende kunnskap kan de aller fleste utsettes for disse nivåene uten at det oppstår skadevirkninger. For å bedre luftkvalitet er det fastsatt grenseverdier for ulike luftforurensningskomponenter i forurensningsforskriften kapittel 7 om lokal luftkvalitet, som er underlagt forurensningsloven. I forskriften er det fastsatt grenseverdier for ulike forurensningskomponenter som ikke må overskrides i utendørsluft flere enn det tillatte antall ganger. Til forskjell fra luftkvalitetskriterie-

ne er ikke de lovbestemte grenseverdiene utelukkende basert på helsefaglig kunnskap, men tar også samfunnsøkonomiske, administrative og tekniske hensyn.

Helseeffekter av svevestøv

En rekke befolkningsundersøkelser fra hele verden viser en assosiasjon mellom nivåer av svevestøv (PM) i uteluft og sykkelighet og dødelighet i befolkningen. Klarest sammenheng er det mellom økninger i nivåer av PM_{10} og $\text{PM}_{2,5}$ og økninger i antall dødsfall og sykehusinnleggelser. Både korttids- og langtidseksponering for PM viser sammenhenger med dødelighet og sykkelighet. Doseresponskurven synes å være lineær ned mot svært lave konsentrasjonsområder. For langvarig eksponering er risikoen høyere enn for kortvarig, og sammenhengene er best dokumenterte for langvarig økte $\text{PM}_{2,5}$ -nivåer sammenlignet med PM_{10} . Eksponering for svevestøv kan føre til inflammasjon, noe som synes å



ILLUSTRASJON: FOLKEHELSEINSTITUTTET/ETRE TYPER • SAMANT

være sentralt i utvikling og forverring av lunge- og hjerte- og karsykdommer. Effekter skyldes også til dels forbindelser bundet til partiklene. Særlig effekter av forbrenningspartiklene antas i stor grad å skyldes organiske kjemikalier fra ufullstendig forbrenning, slik som PAH'er.

Ved kortvarig eksponering (episoder på et til tre døgn) er PM_{10} og $PM_{2,5}$ funnet å være assosiert med økt antall innleggelser på sykehus for luftveis- og hjerte- og karsykdommer. Hos astmatikere er både PM_{10} - og $PM_{2,5}$ -eksponering forbundet med økt hyppighet av luftveissymptomer, økt bruk av medisiner og endringer i lungefunksjon. Studiene er utført i områder med konsentrasjoner ned mot henholdsvis $20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ for PM_{10} og $6\text{--}8 \mu\text{g}/\text{m}^3$ for $PM_{2,5}$. Langvarig eksponering for PM_{10} og $PM_{2,5}$ synes å ha sammenheng med økt forekomst av respiratoriske symptomer, så vel som redusert lungefunksjon. Også forekomsten av hjerte- og karsykdom har sammenheng med langvarig PM_{10} - og $PM_{2,5}$ -eksponering. Disse sammenhenger er observert ved årsgjennomsnitt $18\text{--}68 \mu\text{g}/\text{m}^3$ for PM_{10} og ned mot 5 til $10 \mu\text{g}/\text{m}^3$ for $PM_{2,5}$. Til sammenlikning ligger årsmiddelkonsentrasjoner for PM_{10} og $PM_{2,5}$ i Oslo, på henholdsvis $15\text{--}20$ og $8\text{--}10 \mu\text{g}/\text{m}^3$.

I tillegg til PM_{10} og $PM_{2,5}$, er $PM_{10-2,5}$ (eller grovfraksjonen), $PM_{0,1}$ (ultrafine partikler) og svarte karbonpartikler brukt som partikkelparametere i enkelte befolkningsstudier. Grovfraksjonen synes å ha sammenheng med dødelighet og sykelig-

het etter kortvarig eksponering, men først og fremst i forbindelse med luftveissykdommer. Når det gjelder langvarig eksponering er det for få studier til å kunne trekke noen konklusjon. Datagrunnlaget for $PM_{0,1}$ (ultrafine partikler) og dødelighet og sykkelighet er fremdeles for tynt til å si noe om årsakssammenhenger, men enkelte studier finner assosiasjoner både med masse og partikkelantall. For svarte karbonpartikler er det vist sammenheng mellom korttidseksponering og dødelighet, samt sykehusinnleggelser for astma og hjerte- og karsykdommer. For langtidseksponering er det også observert en sammenheng med dødelighet og respiratoriske helseutfall. Risikoestimatene for svarte karbonpartikler på dødelighet og sykkelighet er høyere enn for $PM_{2,5}$ og PM_{10} både ved kortvarig og langvarig eksponering.

Generelt kan det synes som det grove veistøvet ($PM_{10-2,5}$) hovedsakelig påvirker luftveiene, mens de finere forbrenningspartiklene ($PM_{2,5}$ og $PM_{0,1}$) i større grad påvirker hjerte-karsystemet. Nyere studier tyder også på at svevestøv kan forårsake en lang rekke andre effekter i nervesystemet (inkludert autisme hos barn og demens hos eldre), på fosterutvikling, reproduksjon, samt forverre eller forårsake stoffskifteforstyrrelser (som diabetes og fedme). Disse effektene antas i stor grad å skyldes langtidseksponering for forbrenningspartikler, men årsakssammenhengen er fremdeles uklar og risiko kan ennå ikke kvantifiseres.

Helseeffekter av nitrogenoksider

Helseskadelige effekter av nitrogenoksider er først og fremst knyttet til NO_2 . NO kan også utløse biologiske effekter, men da først ved meget høye konsentrasjoner, som den generelle befolkning sjelden eller aldri blir utsatt for. De viktigste helseeffektene som er knyttet til NO_2 -eksponering er nedsatt lungefunksjon og forverring av astma og bronkitt. I kontrollerte kliniske studier er NO_2 vist å gi redusert lungefunksjon og endret luftveisreaktivitet mot kaldluft, ulike kjemisk stimuli og allergener. Hos friske personer inntreffer slike effekter bare ved svært høye eksponeringer (fra $1880 \mu\text{g}/\text{m}^3$ NO_2 over én time). De samme effektene opptrer hos astmatikere allerede i konsentrasjonsområdet $376\text{--}560 \mu\text{g}/\text{m}^3$ NO_2 . Samlet sett synes befolkningsstudier å indikere at kortvarig økte NO_2 -nivåer har sammenheng med økt forekomst av dødsfall, og spesielt forårsaket av luftveissykdommer. I de fleste studiene er det justert for andre faktorer som kunne ha sammenheng med dødelighet, men det råder likevel en viss usikkerhet om eller hvor mye av den observerte dødeligheten som skyldes NO_2 alene. Spesielt kan ikke effekten av ultrafine partikler utelukkes. Det er mulig at NO_2 og andre faktorer virker sammen. I disse studiene har det vist seg vanskelig å etablere en nedre grense for effekt, men økninger i risiko for dødsfall har vært rapportert fra 20 til $40 \mu\text{g}$ NO_2/m^3 (døgnmiddel) og høyere. Dødeligheten synes relatert til både timesmidler og døgnmidler av NO_2 .

Sykdomsbyrdeberegninger for Norge

Det er i hovedsak fire mål på sykdomsbyrde: antall dødsfall, tapte leveår, helsetap, samt summen av de to sistnevnte som er helsetapsjusterte leveår (*Disability-Adjusted Life Year*, DALY). DALY som måleenhet på sykdomsbyrde, er således et samlemål på tap av leveår ved dødsfall og helsetap ved sykdommer eller skader man lever med og lider av. Sykdomsbyrde defineres i form av helsetap og tapte leveår, og ikke etter hvorvidt sykdommene påvirker for eksempel inntekt, helsetjenestebruk eller produktivitet (FHI, 2016). Tapte leveår er et mål på dødelighet hvor et dødsfall tillegges større vekt jo tidligere det skjer i livet. Vekten som er valgt er antall forventede, gjenstående leveår når dødsfallet inntraff, beregnet etter en referanse-dødelighetstabell. Sykelighet mens man er i live måles som helsetap, som er produktet av sykdomsforekomst (prevalens) i befolkningen og sykdommens helsetapsvekt. Helsetapsvekten er et tall mellom 0 («helt frisk») og 1 («død») som uttrykker størrelsen på helse-tapet som er forbundet med sykdommen eller skaden. Sykdomsbyrdeestimatene beregnes for ett kalenderår.

Sykdomsbyrdeberegninger for Norge, basert på resultater fra det globale sykdomsbyrdeprosjektet (GBD), viser at for 2015 kan 1450 dødsfall, 17 378 tapte leveår og 18 422 DALY tilskrives fint svevestøv ($PM_{2,5}$). Disse tallene gjelder for begge kjønn i alle aldre. For gruppen av personer under 70 år tilskrives 295 dødsfall, 8119 tapte leveår og 8754 DALY fint svevestøv (Folkehelseinstituttet 2017). På oppdrag fra Statens vegvesen utførte FHI i 2016 sykdomsbyrdeberegninger for luftforurensning i Oslo for 2013. Det ble da gjennomført separate beregninger for korttidseksponering (episoder) for PM_{10} og langtidseksponering (årsmiddel) for $PM_{2,5}$. Beregninger av sykdomsbyrde viser at luftforurensningskomponenten $PM_{2,5}$ bidrar med 2674 DALY pr. år i Oslo, hvor både helsetap og tapte leveår inngår. Beregnet som rate, blir dette 424 DALY pr. 100 000. Tapte leveår som følge av dødelighet knyttet til hjerte- og kar- og luftveissykdommer utgjør størstedelen av estimert DALY. Totalt for Oslo tilskrives 104 (39–165) for tidlige dødsfall og 865 (323–1376) tapte leveår fra hjerte- og karsykdom, og 81 for tidlige dødsfall og 888 (342–1388) tapte leveår fra lungekreft og annen lungesykdom langtidseksponering for $PM_{2,5}$. Til sammenlikning tilskrives 115 (86–143) for tidlige dødsfall og 1322 (994–1648) tapte leveår, korttidseksponering for PM_{10} . Disse beregnede sykdomsbyrdeestimatene for PM_{10}

og $PM_{2,5}$ kan imidlertid ikke summeres, da dette vil innebære dobbelttelling, etter-som $PM_{2,5}$ inngår som del av PM_{10} .

Det er viktig å være klar over at GBD-prosjekts kriterier for utvalgelse av studier er meget strenge når det gjelder design og at risikoen også må være kvantifiserbar. Som konsekvens favoriserer GBD-prosjektet veletablerte årsakssammenhenger og ser følgelig bort fra en rekke epidemiologiske studier som gir gode holdepunkter for helseskade, men som ikke uten videre kan brukes i kvantifisering av risiko. Lancet-kommisjonen understreker derfor at sykdomsbyrde fra forurensning høyst sannsynligvis underestimeres, og at beregnet sykdomsbyrde antas å øke i fremtiden når datagrunnlaget styrkes. Dette gjelder blant annet sammenhenger mellom luftforurensning og diabetes, for tidlig fødsel og nevrologiske sykdommer, inkludert autisme i barn og demens blant eldre (Landrigan et al., 2017).

Utsatte grupper i befolkningen

Akutte effekter fra luftforurensning, ved de konsentrasjonene man opplever i Norge, rammer i første rekke personer med dårlig helse og høy alder. Det er i første rekke personer med eksisterende luftveissykdom som astma og KOLS, hjerte og karsykdom og diabetes som har økt risiko for sykdomsutvikling/forverring og død ved eksponering for luftforurensning. Luftveisinfeksjoner ser også ut til å øke mottagelighet for luftforurensning, og vice versa: det er kjent at luftforurensning kan nedsette immunforsvaret og dermed øke mottagelighet for luftveisinfeksjoner. Dessuten er barn mer utsatt for helseeffekter av inhalasjons-eksponering da de puster mer luft pr. vekt-enhet, og har utviklete luftveier og immunsystem.

Avsluttende kommentarer

Luftforurensning er det miljøproblemet som har størst kvantifiserbar betydning for menneskers helse, både nasjonalt og internasjonalt. De siste års forskning har vist at luftforurensning trolig påvirker langt flere helseutfall enn man tidligere var klar over. Veistøv, eksospartikler og NO_2 fra veitrafikk, samt vedfyring utgjør de viktigste kildene i Norge. Det grove støvet ($PM_{10-2,5}$) som veistøvet er en del av, synes i hovedsak å påvirke luftveiene, mens de fine forbrenningspartiklene ($PM_{2,5}$ og $PM_{0,1}$) synes i større grad å påvirke hjerte- og karsykdom. Med støtte fra BEDREHELSE-programmet til Forskningsrådet, har Folkehelseinstitut-

tet nylig startet et forskningsprosjekt i samarbeid med Statens vegvesen, St. Olavs Hospital, NTNU, og europeiske samarbeidspartnere, for å undersøke om veistøv og eksospartikler faktisk påvirker lunge- og hjertekarsystemet ulikt. En sentral del av dette prosjektet er å undersøke hvordan ulike tiltak, som restriksjoner i dieselmotorkjøretøy, piggdekkavgifter, eksosrenseteknologi og sammensetning av veidekket vil kunne redusere helsefaren ved trafikkforurensninger. Vår avdeling er også aktivt involvert i fellesnordiske epidemiologiske studier for å undersøke effekter av lave nivåer av svevestøv.

Med endring i bilparken, og en gradvis utfasing av diesel- og bensinbiler, vil betydningen av trafikk-eksos forventes å avta i fremtiden, men dette kommer til å ta tid. Offentlige målsettinger er at bensin- og dieselmotorkjøretøy skal utfases fra 2025. Trafikk-eksos vil derfor kunne være et problem for luftkvalitet i norske byer i flere tiår fremover. Overgang til el- og hydrogenbiler vil ikke endre dannelsen av veistøv fra slitasje av veidekke, dekk og bremses. Vedfyring representerer en viktig kilde til forbrenningspartikler i norske byer og tettsteder, det hersker imidlertid noe usikkerhet rundt hvorvidt vedfyringsrøyk har de samme helseeffektene som trafikk-eksos, da den kjemiske sammensetningen av disse partiklene avviker noe. Avklaring av den helsemessige betydningen av vedfyring, og hvorvidt overgang til moderne vedovner er en tilstrekkelig løsning, vil være viktig for luftkvalitetsarbeidet i Norge.

Det er viktig å merke seg at forbrenning av kull og olje er en hovedkilde til forurenset luft på verdens basis. Tiltak som nå iverksettes for å bedre luftkvaliteten i en rekke større byer verden over, vil også redusere CO_2 -utslipp og er derfor viktige bidrag i kampen mot global oppvarming.

REFERANSER OG ANBEFALT LÆSNING

- Bertil Forsberg. Vad i trafikförurensningar är det egentlig som är farlig? Allergi i Praksis 2/2017, s 6–10.
- Folkehelseinstituttet 2013, Luftkvalitetskriterier – virkninger av luftforurensning på helse.
- Folkehelseinstituttet 2016, Sykdomsbyrde som følge av luftforurensning i Oslo.
- Folkehelseinstituttet 2017, Sykdomsbyrde i Norge 2015.
- Forskrift om begrensningsforurensning (forurensningsforskriften). Del 3. Lokal luftkvalitet. Kapittel 7. Lokal luftkvalitet. https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2004-06-01-931/KAPITTEL_3-1#§7-1.
- Landrigan et al., The Lancet Commission on pollution and health. Lancet 2017 (E-pub ahead of print).

■ JOHAN.OVREVIK@FHI.NO

Kommunesammenslåinger og nedprioritering av forebyggende helsearbeid

En undersøkelse av kommunesammenslåinger i Østfold i tidsrommet 1982–2014. Storkommuner førte til nedprioritering av forebyggende helsearbeid

■ HANS KNUT OTTERSTAD • Lege, spesialist i samfunnsmedisin og helsetjenesteforsker

Helsetjenesten i kommunene er i dag basert på helse- og omsorgstjenesteloven som er et godt fundament for utvikling og styring. Forskjeller mellom helsetjenesten i kommunene skyldes som regel tre faktorer: Geografi, økonomiske forhold og prioritering av helse i forhold til de andre kommunale virksomhetsområdene. Men det som bestemmer hvorledes kommunene skal styre kommunehelsetjenesten er imidlertid de økonomiske rammebetingelsene.

Før helsetjenesteloven (lov om helsetjenesten i kommunene, forgjengeren til kommunehelsetjenesteloven fra 1984 og dagens lov) ble vedtatt i 1982 var det en sterk debatt om hvorledes de privatpraktiserende legene skulle fungere innenfor den kommunale styring av helsetjenesten, og det ble i Ot.prp. nr. 66 (1981–1982) stilt tre krav fra stortingsflertallet:

- ❶ Pasientene skal fritt velge lege (og fysioterapeut).
- ❷ Den nye betalingsordningen ivaretar positive elementer både fra fastlønnet og stykkprisbetalt virksomhet. Driftstilskottet gir den almenpraktiserende en viss økonomisk trygghet, samtidig som stykkprisbetaling honorerer effektivt arbeid og ekstra innsats.
- ❸ Kommunal detaljstyring av de privatpraktiserende legene fjernes, siden den stykkprisbetalte virksomheten ikke skal betales av kommunenes budsjetter. Derved skapes også større sikkerhet i budsjettering og planlegging i den enkelte kommune.

I fjor kunne vi feire 35 års jubileum for helsetjenesteloven, og mye har skjedd på disse årene. I 2017 vedtok Stortinget en kommunereform der hensikten var å redusere antall kommuner fra over 400 til et betydelig mindre antall. Begrunnelsen har vært sam-

funnsøkonomiske beregninger om effektivisering og kompetanseheving. Danmark og Sverige har allerede gjennomført en slik reform, og de fleste økonomer fastholder at stordrift gir økonomiske gevinster. Men hvor sant er det at det også medfører et bedre tilbud av offentlige tjenester som f.eks. innen helse og eldreomsorg? I denne artikkelen forsøkes dette besvart ved en undersøkelse av tidligere kommunesammenslåinger som skjedde tidlig på 1990-tallet i storkommunene Fredrikstad og Sarpsborg, sammenliknet med tilsvarende kommuner som ikke ble sammenslått.

Det er grunn til å spørre:

- ❶ Hvor godt fungerer de bærende prinsippene for den økonomiske modellen i kommunehelsetjenesten fra 1982 i dag?
- ❷ Bidrar kommunesammenslåinger til en rasjonell og faglig god drift av kommunehelsetjenesten?
- ❸ Hva betyr finansieringssystemene for kommunenes prioritering av henholdsvis kurativt og forebyggende arbeid?

Metode og materiale

Undersøkelsen er basert på en sammenlikning av utviklingen i to typer kommuner: to storkommuner og sju ikke-sammenslåtte kommuner i samme fylke. Utviklingen

for de to kommunetypene ble sammenliknet over en 12-årsperiode ved hjelp av data fra KOSTRA (Kommune-Stat-Rapportering) og SSB.

I 1992 ble Sarpsborg slått sammen med tre omlandskommuner, mens Fredrikstad ble slått sammen med fire andre i 1994. I 2014, som er endepunktet for studien, hadde de to kommunene henholdsvis ca. 55 000 og 79 500 innbyggere. Kontrollgruppen består av sju ikke-sammenslåtte kommuner i Moss-området og Indre Østfold. Disse kommunene hadde på samme tidspunkt i gjennomsnitt ca. 9600 innbyggere, dvs. noe under halvparten av det antall innbygger som regjeringen ønsker at kommuner i Norge skal ha.

Undersøkelsen omfatter 12 års drift av de kommunale helse- og omsorgstjenestene, fra 2002 til 2014. Tidsperioden er valgt fordi fastlegeordningen i Norge ble innført i 2001, noe som har stor betydning for det kommunale ansvaret for primærlegetjenesten, for samhandlingen mellom fastleger og pleie- og omsorgsarbeidere, og for den offentlige finansiering av fastlegenes arbeid.

Resultater

Flere kurative leger i de sammenslåtte kommunene

Tabell 2 viser en betydelig større økning av antallet leger og legedekning i storkom-

TABELL 1.
Utvalgte kommuner og antall innbyggere.

UTVALGSKOMMUNER	ANTALL INNBYGGERE (2014)
Sarpsborg (+ 3)	55 000
Fredrikstad (+ 4)	79 500
7 kontrollkommuner	67 000 (til sammen)

ger fører til byggende helsearbeid

rommet 2002-2014 viser at opprettelsen av
searbeid og økte utgifter til kurativt helsearbeid

munene i løpet av 12-årsperioden enn i de mindre ikke-sammenslåtte kommunene. For legedekningen målt som alle legeårverk pr. 10 000 innbyggere, var det gjennomsnittlig 29,8 prosent økning i storkommunene mot 17,1 prosent i de sju ikke-sammenslåtte kommunene. Forskjellen mellom de to kommunetypene var størst for kurative legeårverk med 29,0 økning i storkommunene mot 8,6 prosent i de mindre kontrollkommunene. Med andre ord hadde storkommunene en større økning i antall legeårverk enn de mindre kommunene, men omtrent alle var innen kurativ medisin.

Forebygging forholdsmessig mer prioritert i kontrollkommunene

Storkommunene og de mindre kommunene lå på samme nivå målt i forbruk pr. innbygger av kommunehelsetjenester. Analyseres forbruket fordelt på kurativt og forebyggende arbeid, brukte de mindre ikke-sammenslåtte kommunene 18 prosent mer til forebyggende tjenester for barn og ungdom.

Tabell 3 viser at de to sammenslåtte storkommunene gjennomsnittlig brukte 2085 kroner pr. innbygger i netto driftsutgifter, mot 2026 kroner i kontrollkommunene i 2014. Forskjellen er liten, men splittes utgiftene opp i forebyggende og behandlende virksomhet blir det en betydelig forskjell i driftsprofil. For kurative tjenester var storkommunenes forbruk 17 prosent høyere enn i de mindre kommunene (1479 mot 1263 kroner).

Et annet viktig funn er at utgiftene til forebygging, helsestasjoner og skolehelsetjenester fordelt på antall innbyggere 0-20 år var 18 prosent høyere i de mindre kommunene i 2014.

Et hovedfunn er at de sju mindre kommunene rent ressursmessig har prioritert forebyggende helsearbeid høyere enn i de større sammenslåtte kommuner i løpet av 12-års-

perioden. Forbruket til kurative tjenester i storkommunene har vært tilsvarende høyere, målt i prosent, og danner et speilbilde av utviklingen i de mindre kommunene.

FREDRIKSTAD + SARPSBORG	2002	2014	%-VIS ENDRING
Samlet antall legeårverk	49,5	71,9	22,5
Kurative legeårverk	40,5	58,5	18,0
Antall innbyggere	58 530	65 825	12,5
Legeårverk pr. 10 000 innbyggere	8,4	10,9	29,8
Kurative legeårverk pr. 10 000 innbyggere	6,9	8,9	29,0

SJU KONTROLLKOMMUNER	2002	2014	%-VIS ENDRING
Samlet antall legeårverk	48,5	64,2	15,7
Kurative legeårverk	41,3	50,9	9,6
Antall innbyggere	59 259	67 097	13,2
Legeårverk pr 10.000 innbyggere	8,2	9,6	17,1
Kurative legeårverk pr. 10 000 innbyggere	7	7,6	8,6

TABELL 2. Antall legeårverk fordelt på type legearbeid og prosentvis endring i perioden 2002–2014. Tall fra KOSTRA og SSBs legestatistikk.

TABELL 3. Driftsutgifter til kommunale helsetjenester pr. innbygger og fordelt på kurative tjenester og forebygging i 2002 og 2014. KOSTRA-tall fra kommuneregnskapet

FREDRIKSTAD + SARPSBORG	2002	2014	%-VIS ENDRING
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, kommunehelsetjenesten	1077	2085	93,6
Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering	719	1479	106
Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester. pr. innb. 0–20 år	1169	1814	55,2

7 KONTROLLKOMMUNER	2002	2014	%-VIS ENDRING
Netto driftsutgifter pr. innbygger i kroner, kommunehelsetjenesten	1193	2026	69,8
Netto driftsutgifter til diagnose, behandling og rehabilitering	729	1263	73,3
Netto driftsutgifter til forebygging, helsestasjons- og skolehelsetjenester. pr. innb. 0–20 år	1424	2143	50,5

Bedre helsesøsterbemanning i kontrollkommunene

Tabell 4 viser at helsesøsterdekningen var markert høyere i de ikke-sammenslåtte kommunene. Forskjellen er på hele 28 prosent, og er etter alt å dømme hovedforklaringen til den sterkere forebyggende profilen i disse kommunene. Dette er en klar indikasjon på at den politiske og helsefaglige ledelsen i storkommunene ikke har lagt like stor vekt på forebyggende helsearbeid i løpet av 12-årsperioden. I stedet har ressursene blitt brukt på fastlegetilbudet, som faktisk lå på samme nivå i de to kommunegruppene da denne studien startet, kfr. tabell 2.

Helfo: Statlig finansiering av kurativt arbeid

I tabell 3 presenteres driftsutgiften for kurativ og forebyggende virksomhet, men denne oversikten som benyttes til driftsanalyser internt og sammenlikninger mellom kommuner, gir dessverre et ufullstendig bilde av virkeligheten. Dette skyldes at finansieringen er splittet opp i en kommunal og en statlig del som administreres av Helfo. Helfo ble opprettet 1. januar 2009 som et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet. Tidligere het det Helseøkonomiforvaltningen, og før 2009 tilhørte disse oppgavene det gamle Rikstrykdeverket.

Tabell 5 viser Helfos statlige overføringer til fastlegene med driftsavtale i de to kommunegruppene i 2014. Disse overføringene fra staten til fastleger blir imidlertid ikke inkludert i kommuneregnskapet og dermed heller ikke i KOSTRA, slik at de reelle kostnadene til kurative primærlegestjenester ikke framgår av kommuneregnskapet eller KOSTRA-tallene. Kommunene får derved ikke noen helhetlig oversikt eller økonomisk styringsmulighet slik de har for alle andre kommunale forvaltnings- og serviceområder.

En kan imidlertid få et grovt estimat på hvor mange offentlige kroner som diagnostiske, kurative tjenestene pluss rehabilite-

ring koster når de statlige og kommunale utgiftene summeres for driftsåret 2014.

For den kommunale delen var svaret gjennomsnittlig 1479 kr pr. innbygger i storkommunene, mot 1263 kr i kontrollkommunene, kfr. tabell 3. Tabell 5 viser de tilsvarende tall fra Helfo som var 997 kr og 850 kr pr. innbygger, kfr. tabell 2. I prosent betyr dette at den statlige overføringen gjennom Helfo var 40,2 prosent av den totale utgift til diagnostikk, behandling og rehabilitering for begge kommunetyper..

Mest interessant er imidlertid det faktum at selv om prosentfordelingen av den statlige overføringen var den samme i begge kommunegrupper, fikk storkommunene overført 997–850 kr = 147 kr mer pr. innbygger i 2014. Dette utgjør en merkostnad på 19,1 millioner sammenliknet med de 7 kontrollkommunene. (147 kr pr. innbygger x 130 200 innbyggere i Fredrikstad/Sarpsborg).

Konklusjonen er at staten gjennom Helfo nedprioriterer kommuner som prioriterer forebygging, ved at subsidieringen ikke dekker forebyggende tjenester, og heller ikke er basert på befolkningstall, men på fastlegenes kurative behandlingsprofil.

Diskusjon

Denne undersøkelsen bygger på offisiell statistikk, og dekker både et langt tidsrom og et betydelig befolkningsgrunnlag, nesten 200 000 innbyggere i Østfold fylke. I motsetning til gjeldende samfunnsøkonomisk teori, synes erfaringer og resultater fra kommunesammenslåingene i Østfold ikke å gi noen stordriftsfordeler hverken økonomisk eller driftsmessig. Tvert imot viser 12 års drift av to storkommuner negative resultater på flere områder, ved en sammenlikning med mindre kommuner i samme fylke som ikke ble sammenslått. Dette er hovedfunnene i undersøkelsen:

- ❶ Lavere prioritering av forebyggende helsearbeid i storkommuner på grunn av

den statlige subsidiering av fastlegevirksomhet, mens forebyggende helsearbeid ikke dekkes av ordningene.

- ❷ Kombinasjonen av listepasientsystem/Helfo-finansiering etter stykkprisprinsippet synes å favorisere store kommuner som prioriterer økt legedekning framfor forbedret helsesøsterdekning. Oppsplittingen i kommunal og statlig finansiering synes å favorisere fastlegevirksomheten i storkommuner. Dette er urettferdig både for kommuner og fastleger, og i nasjonalt perspektiv bidrar det til å redusere legerekutteringen til de minste kommunene.
- ❸ I tillegg blir det en markert økning av Helfo-utgiftene siden overføringene ikke er basert på innbyggertall, men på driftsprofilen til fastlegene. Denne undersøkelsen viser at «markedet» for fastleger er mer lønnsomt i større byer med høye folketall siden potensialet for lange pasientlister blir høyere.

Hvordan kan vi forklare disse funnene?

PUNKT 1 ► Etter fastlegereformen fra 2001 er det i praksis ikke lenger fritt legevalg.

PUNKT 2 ► Listepasientsystemet sikrer legene en betydelig basisinntekt på litt over 450 kr pr. pasient uten å ha behandlet en eneste pasient. Fastlegen er dermed langt på vei «fast kommunalt ansatt», men likevel ikke en kommunal tjenestekvinne med den trygghet som et fast ansettelsesforhold innebærer. Den økonomiske tryggheten er likevel god – legene er i praksis en høyinntektsgruppe. I 1982 var de fleste allmennlegene enten solopraktiserende eller tilknyttet små legesentre. I dag er det store legesentre i alle større byer med opptil seks til åtte leger og millionbudsjett som krever en høy inntjening fra hver enkelt lege gjennom Helfo. Problemet er at fastlegene dermed er underlagt to «sjefer»: Legesenterets ledelse og den kommunale helseforvaltningen. Etter moderne organisasjonsteori er dette både potensielt konfliktskapende og uryddig.

TABELL 4. Årsverk av helsesøstre pr. 10 000 innbyggere 0–5 år i de to kommunetyper i 2010* og 2014.

	2010	2014
Fredrikstad + Sarpsborg	49,9	59,9
7 kontrollkommuner	78,5	76,6

*Ikke tall fra tidligere enn 2010.

TABELL 5. Statlige refusjoner fra HELFO til fastlegene i kommunene basert på normaltariffen. Tall fra 2014.

HELFO-REFUSJONER	FREDRIKSTAD + SARPSBORG	SJU KONTROLLKOMMUNER
Refusjon pr. kurativt legeårsverk	1208 mill. kr	1121 mill. kr
Refusjon pr. innbygger	997 kr	850 kr

TABELL 6. Utgifter pr. innbygger fastleger/kurative legeårsverk. Tall fra 2014.

	KOSTRA (KRONER PR. INNBYGGER)	HELFO (KRONER PR. INNBYGGER)	SUM (KRONER PR. INNBYGGER)	%-VIS STATLIG OVERFØRING
Fredrikstad + Sarpsborg	1479	997	2476	40,2
Sju kommuner	1263	850	2113	40,2

PUNKT 3 ► utgjør likevel hovedproblemet. Problemet er begrepet «kommunal detaljstyring av de privatpraktiserende legene», og viser at regjeringen den gang i hovedsak var opptatt av allmennlegenes «frihet» innenfor et kommunalt byråkrati, og forstod ikke betydningen av det forebyggende arbeid eller at kommunene skulle ha et helhetlig ansvar for en langsiktig utvikling av helse som samfunnsoppgave.

Dersom en benyttet ledelsesprinsippene og linjestyringen i et markedsstyrt privat foretak, vil dagens finansieringssystem for kommunal fastlegevirksomhet raskt bli utkonkurrert av private selskap, slik som vi ser i USA. Så hvorfor ikke «outsource» fastlegene på åremål og stille opp klare økonomiske og driftsmessige resultatkrav?

Avslutning og konklusjon

To kommunesammenslutninger i Østfold viser en negativ utvikling av balansen mellom forebyggende og behandlende virksomhet. Dette gjelder både i absolutte tall og i prosentvise fordelinger. Det mest negative ved denne utviklingen er at helsesøsterdekningen i storkommunene er betydelig lavere enn i sammenliknbare mindre kommuner, noe som skyldes ulik prioritering av forebyggende helsearbeid. I hovedsak skyldes dette en utdatert finansieringsmodell som subsidierer fastlegene, og manglende regnskapsmessig oversikt over det reelle forbruket til forebygging og behandling.

Dersom en ser på kommunesammenslåingene som et forsøk eller eksperiment, vil konklusjonen av denne undersøkelsen være at resultatet er negativt både økonomisk og driftsmessig. Dette skyldes i hovedsak at den modellen for finansiering og drift som Stortinget vedtok for 35 år siden, og som fortsatt er i bruk, ikke gir kommunene mulighet for helhetlig styring.

■ HANKOTT@ONLINE.NO



I 1992 ble Sarpsborg slått sammen med tre omlandskommuner, mens Fredrikstad ble slått sammen med fire andre i 1994.

Allmennlegens verbale

■ PETER PRYDZ • Fastlege, Skarven legesenter, Hammerfest

Seksjon for utdanning, Legeforeningen

■ KIRSTI MALTERUD • Professor, Allmennmedisinske forskningsenhet i Bergen, Uni Research Helse

Institutt for global helse og samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen | Forskningsenheden for Almen
Praksis og Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Samtalen er en sentral arbeidsform for allmennlegen i diagnostikk, behandling og forebygging. Språklige bidrag til forbedring av konsultasjonen har vært utviklet og utforsket i teori og praksis, blant annet av norske kolleger.

John Nessa undersøkte den språklige samhandlingen mellom pasienten og legen med støtte i teorier om pragmatisk lingvistik (1) i sin doktoravhandling i 1999 (2). Et viktig element i disse teoretiske perspektivene er forståelsen av talehandlinger – det vi bevisst eller ubevisst gjør ved hjelp av språket i samhandling med andre i ulike kontekster (1).

Per Stensland ba pasienter med fastlåste kroppslige plager om å skrive hjemmenotater om plagene sine, som deretter ble brukt til å skape alternative dialoger med vekt på konkret mestring (3). Kirsti Malterud tok utgangspunkt i allmennlegens erfaringer med vellykkete formuleringer («startsted») og videreutviklet disse uttrykkene til nøkkelspørsmål som skulle invitere pasienten til å dele erfaringer og kunnskap med legen (4). Torgeir Gilje Lid spurte allmennleger om hvordan de tok initiativ til å snakke med pasienter om alkohol (5), og Aase Aamland samlet erfaringer fra kolleger om hvordan samtalen best kunne være til nytte for pasienter med medisinsk uforklarte helseplager (6).

Vi som skriver denne artikkelen har begge på ulike måter gjennom lang tid engasjert oss i valg og bruk av ord og formuleringer i allmennmedisinske konsultasjoner, i roller som lege, veileder og forsker. En spesiell inspirasjon har vært NSAMs 4. tese fra 2001 (7):

«Bruk ord som fremmer helse. Allmennlegen skal gi pasienten tro på egen mestring av hverdag og helse. Allmennmedisinen skal utvikle språk som begrenser fokus på risikotilstander og medisinbruk med liten nytteeffekt.»

Vi har registrert at både vi selv og andre kolleger har et ganske betydelig repertoar

av uttrykk og formuleringer som brukes i situasjoner som kan framstå som utfordrende. Slike uttrykk har gjerne utviklet seg av seg selv, ikke som følge av spesifikke intensjoner eller strategier. Dette er altså ikke nøkkelspørsmål i den betydningen som Malterud har utarbeidet (4), men kan sammenliknes med startstedet vi identifiserer hvis vi vil utvikle nøkkelspørsmål for et bestemt formål (8). Noen av disse uttrykkene kan reproduseres når vi bestemmer oss for dette, men stort sett er dette erfaringsbaserte vendinger som mer eller mindre intuitivt er kommet fram i møte med en rekke ulike pasienter. Uttrykksmåten farges selvsagt av legens personlighet, av situasjonen og av relasjonen til den aktuelle pasienten. Samtaler med kolleger forteller oss at denne typen allmennmedisinske talehandlinger er utbredt og variert og at en fokusert oppmerksomhet på dette fenomenet kan bidra til å få erfaringskunnskap frem i dagens lys.

Schöns teorier om *reflection-in-action* (9), som er noe som fagpersonen kan og gjør uten å tenke seg om, sier noe om hva slags praksiskunnskap dette dreier seg om. Innsamling av slike uttrykk med påfølgende systematisk gjennomgang kan gi innsikt i hvilke strategier allmennleger benytter i slike situasjoner. På denne måten kan taus, erfaringsbasert kunnskap oversettes til *reflection-on-action* og inngå i en felleskapital av kunnskap som kan deles og etterprøves.

Vi ønsker med denne artikkelen å bidra til å gjøre denne typen erfaringsbasert praksiskunnskap om kliniske talehandlinger bedre tilgjengelig, slik at den kan videreutvikles gjennom allmennmedisinsk utdanning og forbedringsarbeid.

Materiale og metode

I april 2017 la vi ut en oppfordring til kolleger på Facebook-gruppa «Allmennlege-initiativet» om å sende inn uttrykk og formuleringer de hadde erfaringer med å bruke i konsultasjoner, der disse hadde spilt en spesiell rolle og kunne være egnet for gjenbruk. Tilsvarende oppfordring ble i mai 2017 sendt på mail til de tre siste kull av utdannede veiledere i allmennmedisin. Vi brukte ikke noe skjema, men innhentet data i form av fritekst.

Vi mottok 78 utsagn fra 27 kolleger. Fem av disse utsagnene ble bedømt til å være utenfor formålet. De øvrige 73 ble analysert med en forenklet versjon av tverrgående tematisk analyse av kvalitative data (10). Noen av utsagnene (men ikke alle) var ledsaget av korte kommentarer om kontekst fra konsultasjoner der utsagnet hadde vært brukt. Vi leste gjennom alle utsagnene for å få et overblikk over materialet og hva slags hovedtema disse utsagnene omfattet. Deretter håndterte vi hvert utsagn som en meningsbærende enhet med sikte på koding av ulike typer *talehandlinger* som utsagnet representerte (1). Kodegruppene var ikke forhåndsbestemte, men ble utviklet i møte med materialet. 53 utsagn lot seg kode på denne måten. Eksempler på talehandlinger som ofte gikk igjen var «anerkjenne», «berolige» og «normalisere».

Deretter gjennomgikk vi materialet på ny for å undersøke hvilke *formål* vi vurderer at disse talehandlingene kunne brukes til. Her var vi spesielt opptatt av talehandlingenes mulige *endringskraft* i lys av legepasientforholdet. Til slutt sammenfattet vi funnene fra hver av disse resultatkategoriene illustrert med et utvalg av utsagn som var egnet som eksempler og inspirasjon. Der vi hadde opplysninger om situasjonen der utsagnet ble brukt, tok vi med dette for å synliggjøre konteksten best mulig.

verktøykasse

ILLUSTRASJON
COLOURBOX

Resultater

I disse og de øvrige utsagnene finner vi rikelig med spissformuleringer og humor. Dette synes å være mye brukte virkemidler blant kolleger når vanskelige ting skal for-

klares på en forståelig måte. Vår analyse illustrerer et repertoar av erfaringsbaserte talehandlinger fra norske allmennleger som kan tenkes å bidra til at pasienten kan se seg selv på en annen måte, at pasienten

kan se på sin *tilstand* på en annen måte, eller at pasienten kan se på *legens oppdrag* på en annen måte. Her gir vi en kort presentasjon av hver av disse resultatkategoriene.

1 UTSAGN SOM KAN BIDRA TIL AT PASIENTEN KAN SE SEG SELV PÅ EN ANNEN MÅTE

FORMULERING	SITUASJON
<<Det er mange måtar å gjere ting riktig på>>	Når eg veileder usikre foreldre, gjerne dei nybakte mødre som helst vil ha ei oppskrift på tilværelsen.
<<Jeg stoler mer på deg enn på teknologien, selv om teknologien er god>>	
<<Uflaks. Den vanligste årsaken til sykdom>>	
<<Du kan ikkje prøve ut om du orkar å jobbe andre stader enn på jobben>>	Ved drøfting av sjukefråver
<<Jeg husker at du har hatt det tøffere før og da kom du styrket ut av det, hva får deg til å tenke at du ikke skal klare denne utfordringen?>>	
<<Nå har du fått en sykemelding. Sykemelding er ikke fri, men behandling. I dette tilfelle riktig behandling slik jeg ser det – hvordan foreslår du å bruke behandlingen?>>	

Her finner vi utsagn med talehandlinger som indikerer at legen bruker disse ordene til å advare, akseptere, anerkjenne, ansvar-

liggjøre, bekrefte, konfrontere, motivere, overtale, smigre, styrke, støtte, utfordre, vise oppmerksomhet. Noen av utsagnene

gir støtte og kan legge grunnlag for tillit og allianser, andre representerer motforestillinger til pasientens egen oppfatning.

2 UTSAGN SOM KAN BIDRA TIL AT PASIENTEN KAN SE PÅ SIN TILSTAND PÅ EN ANNEN MÅTE

FORMULERING	SITUASJON
<<Hadde det vært kreft, hadde du vært død for mange år siden>>	
<<Det er som å bruke sukker fra Eldorado eller Dansukker, kaka blir like søt. Og du kan være trygg på at du ikke får brunt sukker eller melis>>	Jeg har lenge lett etter en måte å forklare pasientene hvorfor de trygt kan bruke synonympreparatene apoteket leverer ut. Etter tips fra en kollega pleier jeg å si noe som dette.
<<Jeg har jobbet som lege noen år nå, og selv om jeg ikke kan være 100 prosent sikker, så har jeg sett mange nok pasienter med plager lik dine til at jeg føler meg trygg på at dette er unødvendig>>	Om å overtale pasienten til IKKE å gjøre unødig utredning
<<Det er normalt å føle at alle ser på deg når du er 14 år, det gjør alle. Det gjorde også jeg>>	Tenåringer (jenter) med en følelse av å ha sosial angst.
<<Nå skal jeg male litt med brei pensel, nei med rulle faktisk...>>	Bruke overdrivelse for å forenkle og illustrere et klinisk poeng
<<Det blir urettferdig når du samanliknar innsida di med andre si utside>>	Når eg har samtaletimar med pasientar som har for mykje tid åleine med tankane sine.

Her finner vi utsagn med talehandlinger som indikerer at legen bruker disse ordene til å adressere, avklare, berolige, forklare, forsikre, normalisere, overdrive, overraske

eller understreke. Noen av disse utsagnene inneholder tankevekkende metaforer, andre trekker inn legens livserfaringer fra tilsvarende situasjoner. Ofte vil målet være

å hjelpe pasienten til å se sin egen situasjon som mindre truende.



3 UTSAGN SOM KAN BIDRA TIL AT PASIENTEN KAN SE PÅ LEGENS OPPDRAG PÅ EN ANNEN MÅTE

FORMULERING	SITUASJON
«Hva tenker du er min rolle?»	Særlig hos pasienter som framstår som 'vanskelige'.
«Dette er vurderingen jeg har gjort nå, ting kan forandre seg når du har gått ut av døren. Du vet hvor du finner meg dersom dette ikke går som forventet.»	Etter en vurdering i forhold til infeksjoner/akutte magesmerter.
«En må alltid til slutt akseptere å leve med en usikkerhet uansett hvor mange prøver som blir tatt. Alle undersøkelser er gjenstand for tolking, og en kan aldri gi svar med 100 prosent sikkerhet.»	Når pasienter spør om videre utredning og jeg er fornøyd med konklusjonen.
«Her har vi hatt alvorlig sykdom i dag, jeg er legevaktslege for alle dere som har meg som fastlege på dagtid, så blir du akutt syk er du førsteprioritet neste gang.»	Er det noen som er åpenbart sure (relativt sjelden det skjer)
«Fortell meg med stikkord hva du har på lappen, så kan jeg bidra til å velge det som er viktigst akkurat i dag. Så får du en ny time dersom vi trenger mer tid til det andre du har på hjertet.»	Til de med 'lister'
«Dette vil kreve mer tid enn det jeg har i dag.»	Komplisert problemstilling på akutt-time

Her finner vi utsagn med talehandlinger som indikerer at legen bruker disse ordene til å avgrense, avslutte, gardere, love,

redigere, utvide tid. Mange av disse utsagnene kan bidra til å forankre samhandlingen i konkrete rammebetingelser, andre

involverer pasienten på en slik måte at han eller hun blir medansvarlig for deler av forløpet.

Vår analyse illustrerer et repertoar av erfaringsbaserte talehandlinger fra norske allmennleger, som kan tenkes å bidra til at pasienten kan se på seg selv, sin tilstand eller legens oppfatning på en annen måte. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



Diskusjon

Vi identifiserte tre områder der slike intuitive, erfaringsbaserte formuleringer kan tenkes å ha endringskraft, nemlig utsagn som kan representere endringskraft angående pasientens selvvrdering, tilstandsvurdering eller syn på legens oppdrag. Utsagnene og situasjonene de stammer fra er hentet fra sentrale områder i allmennmedisinsk klinisk praksis, hvorav noen må regnes å være blant de mest utfordrende for legen. Å komme fram til en felles forståelse med pasienten om ståsted i verden, medisinsk tilstand, og hva legen kan gjøre, krever ofte både kløkt og fantasi. Mange kolleger som har lært seg å bruke slike faste formuleringer, vil trolig ha forsøkt og forkastet en rekke andre.

Problemstillinger som berører pasientens oppfatning av seg selv er noe de fleste allmennleger ofte møter i ordinære konsultasjoner. Det vil ofte oppleves som nyttig at allmennlegen gir pasienten personlig feedback som ikke er farget av andre relasjoner enn lege-pasientforholdet. Mange av oss har opplevd at dette kan føre til at pasienten styrker sitt selvilde.

Vi opplever ofte at pasientene bruker ord om sine helseplager som definitivt ikke fremmer helse. Dette er det allmennlegens oppgave å motvirke, men det er ingen enkel oppgave. Leger som har laget seg faste formuleringer for dette, beskriver at dette kan være nyttig. Men det kan være en stor utfordring å formidle komplisert medisinsk informasjon med enkle ord, og det er ikke alltid at legens metaforer gir gjenklang hos alle pasienter.

Det er ikke så sjelden at pasienten har urealistiske eller urimelige forestillinger om hva legen kan utrette eller bidra med. Slike forventninger kan omfatte både medisinske og ressursmessige forhold. Hvis man forklarer dette på en forståelig og ikke avvisende måte, vil det vanligvis bli akseptert. Utsagn av den typen vi har presentert ovenfor, har i det minste fungert godt i den konteksten der de ble presentert, slik legen opplevde det.

Mange allmennleger har erfart at det språket de har lært på legestudiet, kommer til kort i pasientsamtaler. Pasientene synes ofte de får for dårlig tid hos legen, ikke minst når legen har en overveldende mengde informasjon å formidle, uten at det nødvendigvis oppleves relevant av pasienten. Legekunst handler mye om å lytte til pasienten, men også å bruke det man

mottar til å formidle det man ønsker på en måte som pasienten kan motta.

Internasjonal forskningslitteratur om klinisk kommunikasjon gir mange anvisninger om hva som bidrar til å fremme en *pasientsentrert tilnærming*. Det er for eksempel enighet om at dette er samhandlingsferdigheter som:

- ① styrker lege-pasient-relasjonen
- ② samler informasjon
- ③ gir informasjon
- ④ tar beslutninger
- ⑤ responderer på følelser
- ⑥ fremmer atferd som støtter opp om behandling av sykdommen (11).

Men språkhandlingene av den typen vi har sett nærmere på i denne artikkelen, er kulturspesifikke fenomener som det er vanskelig (eller kanskje helt umulig) å oversette. Derfor må vi grave der vi står, altså lete i det norske språkområdet, for å få øye på fenomener som kan tenkes å ha tilsvarende talehandlingskraft. Engelskspråklig forskningslitteratur er til liten hjelp når det gjelder de språkspesifikke idiomene (uttrykk eller vending som er karakteristisk for et språk) med hårfine nyanser i ironi, metaforer eller referanser.

Våre data stammer fra et bredt utvalg av deltakere med god variasjon i bakgrunn, språkvaner og kliniske situasjoner. Dette kan styrke overførbarheten av våre resultater. Vi kjenner imidlertid ikke alltid deltakernes intensjoner med disse talehandlingene, heller ikke de konsekvenser de aktuelle talehandlingene fikk. Hvis vi skulle uttale oss forpliktende om dette, måtte vi ha supplert våre data med intervjuer og observasjoner. Med solid feltkunnskap fra ulike kulturelle kontekster har vi i stedet valgt å stole på våre fortolkninger av utsagnenes karakter og potensielle kraft. Vi har gjennomført en systematisk analyse og presenterer herved våre motforestillinger om rekkevidde og gyldighet av disse resultatene. Alle allmennleger erfarer av og til «gylne øyeblikk» der pasienten er ekstra mottakelig for å komme til ny erkennelse. Slike uttrykk og formuleringer vi viser her kan være til nytte i slike situasjoner, og har også betydning for å frambringe dette.

Vi oppfatter våre resultater som eksempler til inspirasjon. Det er utsagn som må tilpasses eget språk, gemytt og kultur, og som – ikke minst – må ha samklang med den aktuelle situasjonen og den aktuelle pasienten. Samtidig ønsker vi å bidra til å skjer-

pe vår egen og kollegenes oppmerksomhet på betydningen av tilsynelatende små språklige grep som kan tenkes å ha stor betydning. Hvis andre kolleger har kunnet bruke dette til å møte vanskelige utfordringer, kan deres erfaringer stimulere andre som leter etter redskaper som er brukbare til hverdags.

Her har vi gitt noen eksempler på situasjoner og formuleringer fra klinisk praksis. Noen av disse vil passe for flere av dere, men alle kan også lage sine egne. Dette er sannsynligvis enda bedre enn å overta en formulering som en annen har oppfunnet. Med bakgrunn i våre analyser og resultater anbefaler vi våre kolleger å utvikle et bevisst forhold til bruken av slike formuleringer. Skriv dem gjerne ned når de er ferske og dere har dem i bevisstheden, da blir det lettere å ta dem fram til seinere bruk. Samtaler med kolleger kan også bidra til å utvide repertoaret.

Lykke til i egen praksis!

Takk til 27 kolleger som delte sine erfaringer og utfordringer.

REFERANSER

1. Austin JL. How to do things with words: the William James lectures delivered at Harvard University in 1955. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1962.
2. Nessa J. Talk as medical work. Discourse analysis of patient-doctor communication in general practice. Bergen: Universitetet i Bergen; 1999.
3. Stensland PS. Approaching the locked dialogues of the body – Communicating symptoms through health diaries. Bergen: University of Bergen; 2003.
4. Malterud K. Allmennpraktikerens møte med kvinnelige pasienter. Oslo: Tano; 1990.
5. Lid TG, Malterud K. General practitioners' strategies to identify alcohol problems: a focus group study. Scand J Prim Health Care. 2012; 30(2): 64–9.
6. Aamland A, Fosse A, Ree E, Abildsnes E, Malterud K. Helpful strategies for GPs seeing patients with medically unexplained physical symptoms: a focus group study. Br J Gen Pract. Epub 03.07.2017. DOI:10.3399/bjgp17X691697.
7. Fosse A, Svensson A. Fastlegeordningens faglige fundament. Utposten. 2016; 45(6): 16–9.
8. Malterud K. Nøkkelspørsmål – et språklig verktøy der hvert ord betyr noe spesielt. In: Malterud K, editor. Legekunst i praksis: kommunikasjon lege-pasient. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
9. Schön DA. The reflective practitioner: how professionals think in action. Aldershot: Avebury; 1991.
10. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
11. King A, Hoppe RB. «Best Practice» for Patient-Centered Communication: A Narrative Review. J Grad Med Educ. 2013; 5(3): 385–93.

■ PETERPR@ONLINE.NO
■ KIRIST.MALTERUD@UIB.NO

Utposten får ny nettside

www.utposten.no

Utposten ble utgitt for første gang i 1972. Det har skjedd en rivende teknologisk utvikling siden bladet hadde sin spede begynnelse for mer enn 45 år siden.

Jostein Holte i ferd med å utarbeide de nye nettsidene, mens Morten Hernæs, Utpostens faste grafiker på 07 Media på Aurskog, står smilende ved siden av.

FOTO: BJØRN OLSEN, 07 MEDIA



Frem til 1995 var det kun mulig å lese artiklene i *Utposten* i den trykte utgaven. Det året startet man imidlertid å legge ut artikler enkeltvis på den stadig voksende verdensveven via Institutt for samfunnsmedisins (UiB) internettsider. John Leer var primus motor i dette arbeidet.

Etter hvert fikk *Utposten* sitt eget domenenavn, og stoffet ble gjort tilgjengelig på nett artikkelvis i pdf-form. Mange av våre lesere har dratt nytte av denne tjenesten opp gjennom årene. Nå er tiden imidlertid inne

for å forbedre *Utpostens* nettsider. Gjennom mange år har 07 Media på Aurskog vært *Utpostens* grafiske leverandør. Da Tove Rutle fikk presentert mPublish – én av 07 Medias nettløsninger for tidsskrifter – så hun og redaktørene raskt at dette var en god måte å presentere bladets innhold digitalt på.

De nye nettsidene, som ble lansert 12. februar i år, gir leserne mulighet til å lese stoffet både enkeltvis, og i tillegg er også bladet tilgjengelig i sin helhet som pdf. Og *Utposten* fra 1972 kan også leses, da nettsidene også inneholder et fullstendig arkiv av alle bladene helt tilbake til førsteutgaven.

Utpostens nye nettsider er responsive og tilpasser seg ulike skjermstørrelser, slik som her på nettbrett og mobil.

FOTO: JOSTEIN HOLTE, 07 MEDIA

Hudkreftdiagnostikk i allmennpraksis

Er du allmennlege i Nordland, Troms eller Finnmark og vil lære mer om hudkreft? Er du nysgjerrig på dermatoskopi og databasert beslutningsstøtte?

Da kan denne forskningsstudien være interessant for deg. Vi søker etter allmennleger som kan tenke seg å prøve ut et databasert beslutnings-

støtteverktøy for melanom og annen hudkreft. I en randomisert kontrollert studie vil vi undersøke om leger som bruker beslutningsstøtteverktøyet, klassifiserer hudforandringer bedre enn leger som ikke har tilgang til verktøyet. Det søkes om å få inntil 20 poeng godkjent som tellende til legers videre- og etterutdanning innen allmennmedisin. Studieperioden for hver lege er på tre måneder.

Hvem kan være med?

Leger i allmennpraksis inkl. turnusleger.

Hva skal legen gjøre i studien?

Legen skal vurdere hudforandringer hos egne pasienter som møter til vanlig legetime. Utvalgte leger skal bruke dataprogrammet «Nevus doctor». Pasienter som er villig til å delta i prosjektet, får time hos hudlege etter konsultasjonen på fastlegekontoret.

KONTAKTPERSON

Forsker og overlege Thomas Schopf, Nasjonalt senter for e-helseforskning, Universitetssykehuset Nord-Norge.
E-POST: thomas.schopf@ehealthresearch.no

UTLYSNING



Utposten

annonseinfo 2018

Blad for allmenn- og samfunnsmedisin har et opplag på 2000 og utkommer sju ganger årlig med dobbelt julenummer. Åtte primærleger er redaktører.

ABONNEMENT: Kr 580,- i året

TEKNISK

ANNONSEANSVARLIG: Tove og Karianne Rutle

RMR, Sjøbergvn. 32, 2066 Jessheim

☎ 907 84 632 ✉ karianne.rutle@gmail.com | rmrtove@online.no

MATERIELL:

Elektronisk (e-post/07 filoverføringstjeneste, se: www.07.no)

FORMAT: A4, 210 x 297 mm + 3 mm for utf. helside

SATSFLATE: 185 x 249,5 mm 3 spalter

TRYKKERI: 07 Media – 07.no, Aurveien 14, 1930 Aurskog

KONTAKTPERSON: Morten Hernæs, ☎ 916 98 412 ✉ morten.hernaes@07.no

UTGAVE	BESTILLINGSFRIST	MATERIELLFRIST	UTSENDELSE
①	17. januar	1. februar	12. februar
②	21. februar	8. mars	19. mars
③	15. mars	19. april	30. april
④	2. mai	24. mai	4. juni
⑤	22. august	6. september	17. september
⑥	26. september	11. oktober	22. oktober
⑦/⑧	31. oktober	22. november	3. desember

ANNONSEINFO

FORMAT		MÅL	MÅL UTF.	4-FARGER	S-HV
1/1		185 x 238,2	210 x 297*	10 800,-	6 200,-
4. omslag		–	210 x 237*	14 500,-	–
2/3	↕	122 x 238,2	136 x 297*	9 100,-	5 500,-
1/2	↔	185 x 122	210 x 147,5*	7 300,-	3 900,-
1/3	↕	59 x 238,2	73 x 297*	6 700,-	3 300,-
1/3	↔	185 x 92	210 x 117*	6 700,-	3 300,-
1/4	↔	185 x 61	210 x 87*	5 900,-	2 500,-

* +3 mm for utfallende alle sider

BILAG: Pris ved forespørsel.

RABATT: Annonsebestilling i hver utgave – siste annonse gratis.

WEB

Utposten lanserer
nye nettsider fra
12.2.2018

FORMAT OG PLASSERING

Annonnene vil vises gjennomgående på alle sider på utposten.no.

Ta kontakt for info vedrørende formater og plassering.

STANDARDPRIS

- Standardrullering (visningsperiode tilsvarende fra ny utgave legges til neste kommer): 3500,- ekskl. mva pr. annonse
- Ta kontakt for andre visningsalternativer

For å nå ut til flest mulig lesere kan det være en god kombinasjon å ha annonser både på nettet og i papir-utgaven av tidsskriftet.

DATO FOR UTLEGGING PÅ NETT:

- 12.2: 7/8-2017
- 9.4: 1-2018
- 14.5: 2-2018
- 25.6: 3-2018
- 30.7: 4-2018
- 12.11: 5-2018
- 17.12: 6-2018
- 28.1.2019: 7/8-2018

WEB ANNONSEANSVARLIG:

Karianne Rutle

☎ 907 84 632

✉ karianne.rutle@gmail.com

WWW.UTPOSTEN.NO

Hva var det som hjalp?

■ ELI BERG • 1.amanuensis emeritus UiO, Campus Åhus, tidligere allmennpraktiker

Journalist og sykepleier Ingeborg Senneset har i 2017 gitt ut boken «Anorektisk» (1). Det som slo meg under lesningen av denne, var at forfatteren ikke sier eksplisitt hva det var som gjorde at hun kom seg ut av et helvete med mangeårig alvorlig – til tider livstruende – spiseforstyrrelse. Mot slutten nevner hun en psykolog ved navn Bjørn, og at han var viktig for at hun bokstavelig talt kom seg på beina igjen. Men veldig kortfattet og uten å nevne hva de faktisk fokuserte på og hvordan.



I boken beskrives et skremmende regime på tre forskjellige psykiatriske institusjoner med et utenfra-perspektiv som neppe kan være terapeutisk. For behandlerne var det om å gjøre å få opp vekten, men sjelden noen interesse for bakenforliggende forhold som kunne bidra til en gjensidig forståelse av hva som måtte til for å ta tilbake livet. Det er klart at det å få i seg mat er helt essensielt for en anorektiker. Men det er jo ikke nok, om det skal bli mulig å få en varig bedring – ja, kanskje å bli helt frisk. Jeg tenker jo at livsfortellingen må få ord. Men regimene var rigide – gikk du ikke opp i vekt de foreskrevne 200 gram på en uke – kanskje mer enn én gang –, så var det rett hjem for en «tenke-uke». Og var oppførselen din ikke slik personalet kunne godta, ja, så var det utskrivning. At de våget å ta en slik risiko med personer som knapt orket å holde fast ved livet!

Så fikk jeg en idé: hva om vi tre kunne møtes og snakke om det som ikke står i boken? Ingeborgs bakgrunn ville jeg naturligvis ikke ta initiativ til å snakke om – den er privat. Men møtene mellom psykolog Bjørn Angvik og henne kunne det være svært interessant å få et lite innblikk i – til opplysning for oss alle i hjelper-yrkene våre.

Myndiggjøring

«Velkommen! Hva vil dere ha å drikke til fiskesuppen?» – Og så er vi i gang. Jeg repeterer kort hvorfor jeg har invitert dem til en samtale: Det var til tider hjerteskjærende å lese beskrivelsene i Ingeborgs bok om hvordan det var å ha en nedbrytende sykdom og ikke bli møtt på en måte som hjalp henne ut av det hun beskriver som et helvete. Et par steder i boken nevner hun altså psykologen Bjørn. «Han skulle bli den som klarte å hjelpe meg.» Men hva ble vesentlig for henne hos denne terapeuten? Det skriver hun ikke mye om. Og mitt ønske er at det kan bli ettermiddagens tema.

«Det er du som har myndiggjort meg» sier Ingeborg henvendt til Bjørn. Dette ble en viktig overskrift for samtalen. Mye av det Ingeborg har erfart ved innleggelser i psykiatrien kan samles i begrepet kosmetikk. «Mine symptomer bygde på rigiditet. Og da er det ganske rart å behandle med stramt regime. Det blir fighting fire with fire, å hive olje i stedet for vann på bålet. Hvis måltidene skal være enda mer rigide enn de du hadde i utgangspunktet, risikerer man en ren symptomskole. Du legger liksom bare et lag utenpå uten å gjøre noe med det under.»

Bjørn følger opp: «Grunnlagstenkninen er jo at folks problemer ikke oppstår ut fra intet. De oppstår i relasjoner, de opprettholdes i relasjoner og på en måte heles de i relasjoner. Og for meg er det umulig å forstå hvis jeg ikke får historiene om hvordan dette har oppstått – vanligvis i oppveksten.» Og han fortsetter med at for de aller fleste av de pasientene han møter som lider av alvorlige spiseforstyrrelser, har de opplevd alvorlige grensekrenkelser tidlig i livet. Men det er ikke alltid dette alene som er verst, men hvordan barna blir møtt – om «de har mistet mor si, den viktigste personen når noe går galt, den mest trøstende og forstående. Du mister tryggheten, den som kan se deg.»

Ingeborg er enig. «Ikke fordi de er slemme, men du føler at du ikke kan si det til dem. Vi er veldig redde for å krenke pårørende. Man skal ikke plassere skyld, men man må kunne løfte ansvar over på dem som var voksne – og ikke på en som var fire år.»

Ingeborg gir mange eksempler på hvordan selvtilliten ytterligere kan svekkes av hjelpeapparatet. «Selvtillit kan både læres og avlæres. I psykiatrien kan du bli avlært – flere ganger. Blant annet med tanke på medisiner og behandling opplevde jeg at det ikke var verdt å høre på meg... Det var ikke før jeg møtte Bjørn at jeg begynte å snakke.»

Men flere pleiere – spesielt nattevakter – har hun mye godt å si om. «Det er snedig at det tar et halvt år før du skjønner at her er det ikke noen som gjør det av andre grunner enn at du er verdt det. Det var for eksempel en sykepleier som så at jeg slet med seg at jeg alltid sovner når jeg sitter i bil. Så når han hadde sjansen, sa han 'jeg har rekvirert bil, jeg'. Vi kjørte nesten ikke ut av sykehusområdet før jeg lå sidelengs og sov. Han bare gjorde det for at jeg skulle få noen pauser. Det var mer terapeutisk enn så utrolig mye annet, for han ga en følelse av å bry seg. En 'feil' i forhold til hvordan systemet virker.»

Motsatsen er når personalet på en avdeling ikke er «gode mennesker». «Jeg satt på gulvet i korridoren med ryggen mot veggen og hylte, grein og grein. Så kommer hun bort. Jeg kjente henne ikke spesielt godt. Jeg var fortsatt der at når noen stopper ved siden av meg, så er det ganske naturlig å gi en klapp på skulderen. Det kom ikke noen hånd, men en sko – som dulta borti meg som om jeg var et veislakt. Her kunne jeg ikke sitte.»

«Rettferdigheten» – reglene i avdelingen – tilsa at en pasient som skremte medpasienter med hyling, skulle hjemsendes. Bjørn hadde derimot sagt at det var ikke så farlig med hylingen, men bedre om hun lot det være. Han skjønte at det lå en massiv frustrasjon i dette – over ikke å komme noen vei i behandlingen – og dermed en sterk motivasjon. Ingeborg selv var livredd hun var i ferd med å utvikle schizofreni. Hun hørte stemmer og så syner. Men Bjørn tok det hele ned et nivå og fortalte om en amerikansk stemme-hører-forening – bl.a. var en av Ingeborgs favorittskuespillere medlem. Det ble dermed en positiv ting for henne. «Hvis noen hadde satt en diagnose på meg i denne perioden, og jeg hadde fått medisiner, hadde jeg neppe sittet her nå.»

Lojalitet

Vi får en lengre samtale om hvor lojaliteten i de psykiatriske institusjonene synes å ligge for tiden. Bjørn har klar tale om at det var alltid den gjengen som skulle ha orden, dette at de måtte bli enige. Dette kravet kom aldri fra dem som brydde seg, aldri fra nattevaktene på sengekanten, aldri fra dem som tok med pasientene ut på stua (når de ikke våget å legge seg i senga). «For det ble et kjempeproblem for dem som var strengere. De ville ha ro og fred, og de gjør en masse ting som ikke er noen behandling... Noen var helt håpløse når det var snakk om omsorg og det å bryr seg, men de var kjempegode hvis de skulle ha struktur.» Hans triste erfaring de siste årene har vært at kanskje bare så mange som fire av 40 er naturlige og gode omsorgspersoner, og nattevakter var overrepresentert her.

«Du skulle ha sett hvor vi sto og studerte vaktlista og lurte på om vi skulle få en god natt eller ikke. Yes, i kveld skal vi få sove!», er Ingeborgs respons.

Et skikkelig menneske

Jeg vil tilbake til de første møtene mellom Ingeborg og Bjørn. «Han var kjempe-rar.» Han hadde invitert Ingeborg til å sette seg i stolen på kontoret, men hun ville sitte på en puff – våget ikke å sette seg i en stol med armlener. Hun kunne risikere å bli sittende fast – hun opplevde kroppen som altfor stor for å få plass i stolen. «Det hang han seg ikke opp i i det hele tatt... Han spurte meg om hva som hadde skjedd. Og han myndiggjorde ordene mine slik at jeg stolte mer og mer på meg sjøl. For det jeg sa fikk konsekvenser. Han ble berørt av det jeg sa. Det var ikke som å snakke til en vegg. Han var et menneske. Det var ikke bare det jeg gjorde som telte, men hvem jeg var og.»

«Bjørn utfordra meg jo veldig. Jeg var fryktelig sliten etter samtalene våre. 'Hvorfor det?' gikk igjen – du spurte sikkert fem ganger pr. time. Da ble det ofte ganske vanskelig. For de tingene jeg gjorde og sa, var ofte fordi jeg trodde at det var forventet av meg.» Hun fortsetter med å poengtere at man ikke behøver å være en perfekt behandler hele tiden, men å være et skikkelig menneske. «Og så var du et veldig inspirerende forbilde ved at du var engasjert i mennesker, historie, politikk og samfunn.»

Begrenset ytringsfrihet

Motsatsen til dette er summert opp i en refleksjon fra Ingeborg omkring ytringsfriheten innen psykiatrien – det å si ifra om dårlig praksis f.eks. «Jeg synes det er vanskelig å tilgi at du klarer å se en pasient gå til grunne – og la det skje. Du ville ikke latt det skje om det var en bilulykke. Vi ville ikke engang ha

gått forbi et dyr med labben viklet inn i et gjerde. Men det var en del som gikk forbi, gode mennesker som lot dårlige mennesker behandle pasienter. Det er mye bra i norsk psykiatri. Men det er et ekstremt tungrodd system, der det kan være vanskelig for de gode å utføre gjerningen sin.»

Ingeborg er reist, og Bjørns fly går litt seilere. Vi rekker noen flere refleksjoner før han drar hjem igjen. «Du må finne den andre der den er, du må først forstå den andre før du kommer med din mer-forståelse, sier Søren Kierkegaard. For Ingeborg var det viktig med myndiggjøring. Hos en annen pasient må du igjen finne den andre, selv om diagnosen er den samme – spiseforstyrrelse. Du får ikke noe til før du har gått den veien. Der oppstår forståelse, troverdighet, tillit – når du oppfører deg som et godt menneske. Og jeg tror vi må si: Når man har en viss frihet i forhold til det systemet man jobber under.»

«Mange unge kolleger er redde for å bli 'hengt', for å bli tatt, at du mister 'førerkortet' hvis du nevner at du har gjort noe som ikke er helt etter boka, ikke er profesjonelt. Det er imidlertid blitt sagt at en teori kan være en god tjener, men en slett herre. Når terapeutene går ut over reglene og gjør 'feil',

da skjønner pasientene at her er det en som bryr seg. Og som fagperson skal det noe til når du argumenterer etisk – det skal noe til at systemet sier at det får du ikke lov til.»

«Men man har nå fått til å gjøre folk lojale i den forstand at man mister det ekstra man trenger for å greie å få tillit hos pasienter som virkelig har mistet tilliten. Dette er en kreativ prosess og ikke noe man kan lese seg til. Kanskje har vi gjort en feil når vi velger ut folk på grunnlag av akademisk kompetanse. Vi skulle kanskje ha valgt dem ut på grunnlag av relasjonskompetanse. Den enkelte teori forklarer ikke så mye av suksessen. Det er relasjonen som forklarer det meste, den relasjonen du greier å skape. Så det igjen sier at de fleste teorier er mer eller mindre like gode. – Det å krysse av på spørsmål i tester og undersøkelsesmanualer er ikke i nærheten så trygt for pasienter som om du har en samtale hvor du sjekker ut kontekst, hvor du sjekker ut hvordan dette blir forstått.»

Så langt vår felles samtale.

REFERANSE

1. Senneset I. Anorektisk. Oslo: Cappelen Damm; 2017.

■ EL-BE4@ONLINE.NO



Ansvarsfraskrivelse omdøpt til 'frihet' og 'menneskeverd'

Helseministeren svikter de sykeste psykiatriske pasientene

■ ELISABETH SWENSEN • Kommuneoverlege, Seljord kommune

FRA 1. SEPTEMBER 2017 er Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern endret. Pasientenes rett til å nekte innleggelse og behandling er styrket, likeledes retten til å avbryte behandling – selv om den har ført til bedring. Helseministerens viktigste kunnskapsgrunnlag synes å være avisen VG samt anekdotiske vitnesbyrd fra den mest taleføre gruppen av psykiatriske pasienter: «Jeg får signaler om at pasienter opplever at de ikke blir lyttet til. Å tvangsmedisinere et menneske er en dyp inngripen. Mange endrer personlighet, andre blir sløve,» sier Bent Høie, som får tilbakemeldinger om at dagens regelverk gir for vide fullmakter til bruk av tvang. Det er særlig brukerforeningene som melder om dette», skrev *Aftenposten* i april 2016. Leder for Norsk psykiatrisk forening, Anne Kristine Bergem, var kritisk til mangelen på faglige vurderinger og en forsvarlig prosess i forkant av lovendringen. «Det finnes vel ingen evidens på at politikere alene er best til å utforme psykisk helsevern?» var hennes respons til Høies utspill.

AVDEKKING AV UNØDIG tvangsbruk er viktig. Ingen er i prinsippet tilhenger av tvang der frivillighet er mulig. Derfor er det viktig å forstå hvorfor tvang blir benyttet og ikke minst når det er påkrevet og når det er feil – før man gjør politisk lettvinne formalgrep. Helse Vest har i flere år iverksatt flest tvangstiltak. Både sykehusene i Stavanger og Bergen forteller at de har hatt betydelig overbelegg på sine psykiatriske akuttposter. Den faglige ledelsen mer enn antyder sammenheng mellom stress i avdelingen, mangel på psykiatere og tvangstiltak. «Mye tyder på at det har gått fra dårlig til verre for de aller dårligst stilte psykiatriske pasientene», skrev overlege María Sigurjónsdóttir i etterkant av Opp-

trappingsplanen for psykisk helse (1998–2006). I juni 2016 slo hun alarm om forholdene ved Dikemark sykehus. «Bygget er så gammelt og uegnet at det kan gjøre pasienter sykere og mer voldelige», sa hun til VG.

PASIENTENE I SYKEHUS er stort sett de med alvorlige, tilbakevendende psykiske lidelser. Denne gruppen er overrepresentert blant de med lavest inntekt og utdanning, enslige og bostedsløse. Den stadige nedbyggingen av sengeplasser i psykiatrien rammer disse pasientene hardest. Samtidig øker tilbudene til relativt velfungerende pasienter som kan møte til avtalt poliklinisk time. De sykeste taper, mens vi med normale livsfaseproblemer omfavnes av hjelperne innen «psykisk helse». Nå skal til alt overmål de alvorlig syke «slippe» å behandles når de er på sitt dårligste. Dette er «pasientens helsetjeneste» på sitt mest brutale og parodiske. De få pasientene jeg tvangsinnlegger trenger garantien jeg kan tilby. Det er ikke tvang som er disse pasientenes problem, men mangel på gode behandlingstilbud, ressurser og forutsigbarhet. Hjemmelen for å tvangsinnlegge og muligheten for å bli tvangsinnlagt er en god gjensidig krisekontrakt.

BEGREPET ERFARINGSKOMPETANSE brukes hyppig i debatter om psykiatri. De som har hatt vonde sko på, vet hva gnagsår er. Min mor og en av mine brødre var alvorlig psykisk syke store deler av sitt liv. Hun ble 61 år gammel, han 56. Til tross for sosial flaks, føyer de seg inn i statistikken som viser at psykiatriske pasienter lever betydelig kortere enn gjennomsnittet. Uten gjentatte innleggelser og behandling – med og uten tvang – ville begge gått bort tidligere. Selv om mye ble vanskelig, var de like umistelige for oss som andres mor, far,

søsken, ektefelle og barn. Når symptomene meldte seg, var skadebegrensning det overordnede målet. Vi gjenkjente mønstrene, og så det som vår oppgave å hindre at sykdommen ødela for mye. Konkret betyr det å ikke vente, slik Høies lovendring krever, til pasienten har mistet «samtykkekompetanse». Å bidra til å tvangsinnlegge en man elsker – for den saks skyld også en pasient man bryr seg om – føles ofte som et overgrep der og da. Likevel har jeg aldri vært i tvil om at det er riktig å redde pasienter ut av sitt indre kaotiske helvete og samtidig bidra til at pårørende får hjelp til å holde ut.

PÅ DEN TIDEN min mor ble psykotisk første gang, sto idéen om sinnssykeasylet fortsatt sterkt. Asyl betyr «tilfluktssted», den syke skulle skjermes, min mor var takknemlig for det – også når hun var lagt inn med tvang. Hun var vekselvis pasient, aktiv pasientvenn og medlem av kontrollkommisjonen som skal påse at de innlagtes rettigheter er ivaretatt. Jeg var ikke særlig stolt av henne den gangen. Når jeg nå gjenfinner utklipp fra lokalavisen, skylder jeg henne en forsinket anerkjennelse for hennes mot på vegne av de mest sårbare og stigmatiserte. Under fullt navn, som pasient, har hun skrevet flere innlegg. «Takk til Presteseter sykehus» sto på trykk etter hennes sjette opphold. «Det er ikke alltid lett å hjelpe en sinnslidende som jeg, som iblant har glemt de mest elementære ting som å vaske seg og kle på seg» skriver min mor, og avslutter med en oppfordring: «Ikke vær redd for hjelpen! Den fins nemlig».

Denne kronikken har tidligere vært publisert i *Klassekampen* 7. oktober 2017

■ ELSWENSE@ONLINE.NO

Menneskerettane gjeld alle, også dei som slit psykisk

■ TROND F. AARRE • Avdelingssjef, Nordfjord psykiatrisenter

■ KRISTINA RIIS IDEN • Fastlege, Vågsmyra legesenter, Stavanger | Medredaktør i Utposten

Med verknad frå 1. september 2017 er psykisk helsevernlova endra slik at pasienten sin rett til å nekte innlegging og behandling er styrkt, likeeins retten til å avbryte behandling – sjølv om den har ført til betring. Dette har skjedd ved at manglande samtykkekompetanse er innført som eit tilleggsvilkår for bruk av tvang. Vilkåret gjeld vel å merke ikkje når pasienten er til fare for eige liv eller andres liv eller helse. Dette vil føre til at nokre pasientar misser eit gode – klinisk betring av plagene. Men samstundes vinn dei noko som òg har verdi – respekt for autonomien deira og fridom frå tvang.

Lovendringa har vorte kritisert av mellom andre professor Tor Ketil Larsen (1) og fastlege Elisabeth Swensen (2). Vi har undra oss over kva som er så opprørande med denne lovendringa, over kvifor professoren skriv eit innlegg som berre verkar villleiar og kvifor fastlegen vert usakleg i sin kritikk av statsråden. Kvifor blir det kjenslemessige engasjementet så sterkt?

Vi trur det skuldast den vanskelege balansegangen mellom sjølvrådet til den einskilde og omsorgsansvaret vi kjenner som helsepersonell. På den eine sida ynskjer vi å gjere det beste for pasientane våre. På den andre sida har pasientane krav på dei same menneskerettane som alle oss andre. Dette går ikkje alltid i hop, og med lovendringa har balansepunktet blitt flytta i retning meir sjølvrådet og snevrare inngrepsheimlar. I denne artikkelen argumenterer vi for at dette er ei moralsk forsvareleg utvikling som korkje dreier seg om populisme eller å svikte dei som treng oss.

Vi har lange røynsle frå ålmennpraksis og spesialisthelseteneste og meiner at bruk av tvang er ein uheldig konsekvens av å medikalisere psykiske plager. Vi skriv denne artikkelen fordi vi ynskjer å støtte opp under ei utvikling der målet er større sjølvrådet for pasientane og meir respekt for

deira oppleving av sin eigen situasjon. Målet er at kollegaer skal forstå kvifor lovendringa var både naudsynt og rett.

Kvifor desse endringane?

For ordens skuld vil vi presisere at tvunge psykisk helsevern, særleg i form av tvangsmedisinering, er mellom dei mest inngripande tiltaka som er heimla i norsk lov. Vi har vondt for å sjå føre oss eit meir ekstremt inngrep i fridomen til den einskilde enn å påtvinge individet endra hjerne-kjemi, og soleis endra tanke- og kjensleviv. Nokre pasientar fortel at dei kjenner seg framande for seg sjølve etter eit slikt inngrep. Difor krev slike inngrep uvanleg god grunngjeving.

Kva er grunnlaget for å påtvinge medborgarar behandling for psykiske plager? I helse retten er hovudregelen at helsehjelp krev eit gyldig samtykke frå pasienten. Skal vi behandle personar som ikkje samtykker, krev det særskilt heimel i lov. Slike heimlar har vi mellom anna i helsepersonellova § 7 om påtrengande naudsynt helsehjelp i naudsituasjonar og i pasient- og brukarrettlova kapittel 4A om helsehjelp til personar utan samtykkekompetanse som motset seg helsehjelpen. Og så har vi



FOTO: PAULA RIIS IDEN

reglane i psykisk helsevernlova, som gjeld personar med «alvorlig sinnslidelse».

Dersom vi skal tvangsbehandle ein somatisk sjuk person, er det eit krav at han eller ho manglar samtykkekompetanse. Før 1. september 2017 var det ikkje eit tilsvarende krav for å tvangsbehandle folk med alvorlige sinnslidingar. Kva skuldast denne juridiske asymmetrien? Kvifor kan det vere rett å behandle ei alvorlig sinnsliding, men ikkje til dømes diabetes mellitus, mot pasienten sitt samtykke? Kva er det med alvorlege psykiske plager som gjev dei ei anna juridisk og moralsk status enn andre helseplager? Dersom ein ikkje kan svare overtydande på dette spørsmålet, vil forskjellsbehandlinga framstå som usakleg og vilkårlig – og dermed som diskriminerande, i strid med menneskerettane og eit brot på Grunnlova § 98.

Den tradisjonelle forklaringa har vore at personar med alvorlege sinnslidingar, til dømes psykosar, ikkje kan gjere realistiske vurderingar av sin eigen situasjon – kort sagt at dei manglar avgjerdskompetanse når det gjeld helsehjelpa. Det er openbert at dette ikkje alltid stemmer. Det finst mange personar med psykosar og andre psykiske plager som fell inn under omgrepet «alvorlig sinnslidelse» som er utmerkt i stand til å ta

stilling til spørsmål om helsehjelp. Det verkar juridisk og moralsk betenkeleg at dei skal omfattast av ein tvangsheimel berre fordi dei deler diagnostisk merkelapp med andre menneske som har nedsett avgjerds-kompetanse i slike spørsmål. Det er eit utslag av uhaldbar gruppetenking, der vi tilleggs medmenneske eigenskapar ut frå gruppa dei høyrer til, i staden for å vurdere dei konkret og individuelt.

Vi må altså svare på spørsmålet «Kva er det med alvorlege sinnsliedingar som gjer det rett å bruke tvang?» Kan vi ikkje svare på spørsmålet, fell grunnlaget for bruk av tvang bort. Dersom vi kan svare på det, så er det svaret – og ikkje den alvorlege sinnsliedinga – som legitimerer tvangen.

Lovendringa byggjer på ei tilråding frå Paulsruddutvalet (3), som tok innvendingane mot eit diagnosebasert lovverk inn over seg. Så lenge diagnosen i seg sjølv er inngangsporten til tvunge vern, kan lovverket klagast for å vere diskriminerande. Paulsruddutvalet meinte at bruk av tvang ikkje kan legitimerast av sjølve sinnsliedinga, men berre av den nedsette avgjerdskompetansen som kan følgje med alvorlege psykiske plager. Det opnar for eit lovverk som handsamar alle likt: det er berre når pasienten manglar avgjerdskompetanse i spørsmålet om helsehjelp at vi kan ty til tvang for å få hjelpen gjennomført.

Det er av fleire grunnar klokt av lovgjevar å ikkje la diagnosen aleine vere det juridiske grunnlaget for bruk av tvang. Ein grunn er at dei psykiatriske diagnosane neppe er gyldige, men snarare er faglege konvensjonar som er sterkt omstridde (4). Dette er ikkje staden for å gå i djupna på denne problemstillinga. Vi vil berre presisere at det vil vere uråd å forsvare bruk av tvang berre med at pasienten har fått sett ein diagnose.

Meir om avgjerdskompetanse

Det er påtakeleg at det fyrst er no, etter lovendringa, at fagfolk problematiserer samtykkekompetanse. Helsepersonell har lenge hatt ansvar for å vurdere samtykkekompetanse. Hovudreglen om samtykke føreset at pasienten har evne til å gje eit fritt og informert samtykke til helsehjelp. Pasient- og brukarrettlova kapittel 4A dreier seg om helsehjelp til personar som manglar samtykkekompetanse, men som motset seg helsehjelpa. Samtykkekompetanse er soleis noko helsepersonell bør ha kjennskap til frå før.

Nokre meiner at det er så vanskeleg å vurdere samtykkekompetanse at ein burde unngå slike vurderingsemne. Det kan vere vanskeleg frå tid til anna, men stort sett er det ei handterleg utfordring. Det finst gode hjelpemiddel for den som ynskjer det, til



FOTO PAULA RISE DEN

dømes *Aid to Capacity Evaluation* (5). Naturlegvis byggjer også vurdering av samtykkekompetanse til ein viss grad på skjønn, og vurderinga er dermed i høgste grad feilbarleg. Men dette er ikkje noko nytt eller einestående i psykisk helsevern. Striden om diagnosen til Anders Behring Breivik viste oss til fulle at det også kan vere uvisst om hovudkriteriet for tvunge psykisk helsevern er oppfylt. Det nye er altså ikkje at det skal gjerast skjønnsmessige vurderingar. Det nye er at me har fått eit nytt vurderingsemne som ikkje dreier seg om diagnostisk tilhøyrse, men om individet si evne til å ta stilling til helsehjelp.

Kva følgjer vil lovendringa få?

Lovendringa vil få ulike konsekvensar. Nokre pasientar kjem til å leve med plager som dei før vart tvangsbehandla for. Nokre av dei kjem nok til å bli gåande med alvorlege plager i lang tid, kanskje for alltid, og nokre av dei vil leve liv som andre ser på som avvikande og mindre verdfulle enn det ein kunne sikra dei med tvangsbehandling. Desse pasientane vil vi lett få auge på, og det er lett å meine at plagene deira er prov på at lovendringa ikkje har så mykje føre seg.

Så er det ein del pasientar i psykisk helsevern som har fått langvarig tvungen behandling som var verknadslaus og kanskje skadeleg for dei. Dersom dei har samtykkekompetanse når det gjeld helsehjelpa, kan dei no få sleppe unna eit psykisk helsevern som har vore til lite gagn for dei.

Til sist er det ei gruppe menneske som vi sjeldan ser i psykisk helsevern. Dette er dei vi har krenka mest, og som difor held seg så langt borte frå psykisk helsevern som dei kan. Vi veit ikkje kor mange dei er, og vi kjenner ikkje sogene deira, for dei gjer alt dei kan for å halde seg unna helsetenesta. Nokre av dei har opplevde helsetenesta som undertrykkande fordi ho krenka menneskerettane deira. Har dei samtykkekompetanse, vil dei no ha lite å frykte.

Konklusjon

I Noreg er det Stortinget, og ikkje helsetenesta, som vedtek lovene. Det er nok ei

god ordning. For folkevalde har god trening i å halde ulike omsyn opp mot kvarandre. I denne saka skal omsorgsansvaret haldast opp mot rettstryggleik og menneskerettar. Her kjem kollegaer som Swensen og Larsen ut med eit anna standpunkt enn lovgjevar. Det er legitimt, men det er ikkje akseptabelt av dei å kalle det for populisme utan anna grunngeving enn at ein er usamd i konklusjonen. Vi får sjå på det som eit arbeidsuhell.

Pasientane våre skal ha fulle menneskerettar, ikkje noko mindre. Det ligg i dette at inngrep i fridomen deira til å rå seg sjølve, skal ha heimel i lov. Lovendringa som vart sett i verk 1. september 2017 styrkar rettsvernet til menneske med psykiske plager. Mange av dei som før vart utsette for tvang, men som har samtykkekompetanse, står no fritt til å treffe avgjerder som vi ikkje forstår eller som vi åtvarar mot. Dersom dei gjer dårlege val, er det eit ansvar dei sjølve må bere. Pasientane har ikkje mista rettane sine, og dei kan når som helst be om helsehjelp dersom dei skulle skifte sinn. Men dei må ville det sjølve.

Menneskerettar er ikkje metervare som kan målast ut alt etter som – ein meter til ho, trekvart meter til han. Her er det alt eller inkje. Med lovendringa fekk menneske med psykiske plager dei same menneskerettane som alle andre. Det var på høg tid.

REFERANSAR

- Larsen TK. Alvorlig psykisk syke uten rett til behandling: Stavanger Aftenblad, 6. september 2017. Tilgjengelig på: <https://www.aftenbladet.no/mening/debatt/i/XyEBm/Lovendring-Alvorlig-psykisk-syke-uten-rett-til-behandling>. (Lastet ned 08.01.2018).
- Swensen E. Ansvarsfraskrivelse omdøpt til «frihet» og «menneskeverd». Helseministeren svikter de sykeste psykiatriske pasientene. Klassekampen 7. oktober 2017.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet. Balansgangen mellom selvbestemmelsesrett og omsorgsansvar i psykisk helsevern. Oslo: NOU 2011.
- Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. World Psychiatry. 2016; 15(1): 1–2.
- Aid to Capacity Evaluation. Tilgjengelig på <http://www.med.uio.no/helsam/tjenester/kunnskap/etikk-helsetjenesten/praksis/tema/samtykkekompetanse/>. (Lastet ned 08.01.2018).

■ KRISTINA.IDEN@GMAIL.COM

■ TROND.FJELLAND.AARRE@ONLINE.NO

Litium – et metall til glede og

Egenskaper ved litium

Litium gis i form av et salt; litiumkarbonat, -sitratt eller -sulfat. Det har både antimaniisk, antidepressiv og stemningsstabiliserende effekt. I tillegg forsterker litium virkningen av antidepressiva og kan virke anti-suicidalt. Litium påvirker omsetningen av intracellulære «budbringere» slik som inositolfosfat som igjen er involvert i signal-kaskaden til eksempelvis serotonin. Hvordan dette konkret gir den farmakoterapeutiske effekten er ukjent (1–3).

Indikasjon

Primær indikasjon for litium er profylakse mot bipolar affektiv sykdom hvor litium reduserer både antall og alvorlighetsgrad av tilbakefall. Litium er mer effektivt i å forebygge tilbakefall av mani versus depressiv sykdom. Litium brukes også i noen tilfeller i akutt behandling av mani, men denne indikasjonen begrenses av at det kan ta inntil én uke å oppnå respons, noe som delvis skyldes at det tar tid å oppnå terapeutisk nivå i serum (og CNS). I tillegg kan det være vanskelig å monitorere serumkonsentrasjon med tanke på toksisitet hos en pasient som i mindre grad samarbeider. Som nevnt benyttes litium også ved unipolar depresjon, særlig som augmentering av andre antidepressiva hvor monoterapi ikke har gitt tilfredsstillende klinisk effekt (3–4).

Kortvarig behandling

Intermitterende behandling med litium ser ut til å kunne forverre de naturlige svingningene av bipolar sykdom. De første månedene etter seponering er det observert høyere insidens av maniske tilbakefall enn det som normalt forventes, selv hos pasienter som har vært symptomfri i så lang tid som fem år. Flere oppslagsverk fraråder derfor klinikere å starte litiumbehandling dersom en ikke har intensjon om å fortsette behandlingen i minst tre år. Den naturlige implikasjon av dette er tilbakeholdenhet med å bruke litium til en pasient som motsetter seg

dette, eller hos en pasient som er kjent for i varierende grad å være non-kompliant (3). Behandling med litium krever nøye monitorering og legemiddeletterlevelse, da terapeutisk område for serumkonsentrasjon er smalt og velavgrenset (3–8).

Dosering og monitorering av litium

Kan bivirkninger ha sammenheng med formuleringen?

Det er bare ett litiumpreparat registrert i Norge, og dette er et depotpreparat med litiumsulfat (9). Formuleringer med andre salter, både konvensjonelle tabletter, mikstur og depotpreparater, kan skaffes etter søknad om godkjenning. Prinsipielt vil ikke formuleringen ha innvirkning på den terapeutiske effekten av litium, da dette er relatert til serumkonsentrasjonen av litium og mengden litium inntatt, noe som uansett skal følges ved serumkonsentrasjonsmålinger (3, 8). Det er beskrevet at depotformulering på generelt grunnlag kan gi færre mage/tarm-relaterte bivirkninger sammenlignet med konvensjonell formulering. Unntaket er diaréplager hvor frigivelse av litium i større deler av tarmen (mer distalt), kan gi økt insidens av diaré (8). Ved depotformulering vil pasienten få en lavere toppkonsentrasjon enn ved konvensjonell formulering (se også kinetikkavsnittet). Dette ser ut til å redusere forekomst og/eller intensitet av noen litiumrelaterte bivirkninger, som tremor, magekramper og kvalme, antall blæretømminger og kognitiv svekkelse (10, 11). Denne effekten vil også kunne variere fra depotformulering til depotformulering, uten at vi konkret har gjennomgått alle tilgjengelige alternativer som kan skaffes via norske apotek.

Farmakokinetikk

Litium blir generelt svært godt absorbert og har tilnærmet 100 prosent biotilgjengelighet (ingen førstepassasjemetabolisme), noe som medfører at antall mmol litium administrert pr. dag er proporsjonal med serumkonsentrasjonsnivået ved likevekt (steady-

state) (9). Toppkonsentrasjon i serum oppnås fire til fem timer etter inntak av depotformulering, og absorpsjonen fra depotformulering er tilnærmet fullstendig etter åtte til tolv timer. Litium elimineres renalt, og halveringstiden er derfor primært avhengig av renal eliminasjonskapasitet. Dette er også avhengig av salt- og vannbalansen. Dehydrering (mindre væske å fordele på, mindre utskillelse av litium) vil følgelig kunne gi høyere litiumkonsentrasjon med risiko for toksisitet. Økt saltinntak (natrium) vil gi økt utskillelse av natrium og dermed også litium, med den konsekvens at serumkonsentrasjonen av litium kan bli for lavt (8).

Litium har lang distribusjonsfase, og av den grunn skal serumkonsentrasjonsmåling baseres på blodprøve tatt 12 timer etter siste dose (8). Flere oppslagsverk anbefaler at blodprøven tas på morgenen tolv timer etter kveldsdosen (2–3, 8). Halveringstiden er cirka 24 timer (men varierer fra pasient til pasient, alt fra 7 til 36 timer (unge voksne til eldre) (2, 12). Ved oppstart av litium anbefales det at første serumkonsentrasjonsmåling tas fem til sju dager etter første innledende dose (som bør være relativt lav for å redusere forekomst av bivirkninger under oppstart). Først etter fem til sju dager har det inntrådt en likevekt mellom tilførsel og eliminasjon av litium. Dersom dosen ikke endres (eller forhold hos pasienten endres) vil nivået av litium fluktuere mellom topp og bunn innenfor en likevektskonsentrasjon (steady-state). Dette gjelder også ved doseendring; ny måling tas etter fem til sju dager (3, 5, 8).

På grunn av proporsjonaliteten mellom inntak og serumnivå kan en på generelt grunnlag si at en pasient som har en serumkonsentrasjon på 0,3 mmol/L ved en døgndosering på 12 mmol morgen og kveld vil få en serumkonsentrasjon på 0,6 mmol/L ved en dose på 24 mmol morgen og kveld (samme formulering) (9). Korrekt dosering bør selvsagt monitoreres ved måling av serumkonsentrasjon, men ved justering av oppstarts- eller vedlikeholdsdose kan prinsippet benyttes.

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

besvør?

Dosering – én eller to ganger daglig?

Anbefalt doseringsfrekvens varierer i hovedsak mellom fordeling på én eller to doser daglig. Preparatet som er registrert i Norge doseres vanligvis morgen og kveld (9). Ved dosering én gang pr. døgn (kvelden) vil serumkonsentrasjonen ved likevekt være noe høyere (~25 prosent) enn ved samme totalmengde fordelt på to (eller tre) doser pr. døgn, ifølge oppslagsverket UpToDate. Dette forklares ved at den renale eliminasjonen av litium er lavere på natten enn om dagen, og ved tolv-timers måling vil serumkonsentrasjonen dermed kunne ligge noe høyere (8). Samme oppslagsverk angir at tilnærmet alle studier som har undersøkt optimalt litiumnivå er basert på todelt doseringsregime (8). Uavhengig av om man doserer to eller én gang om dagen er det derfor fortsatt anbefalt at serumkonsentrasjonen måles i prøve tatt tolv timer etter siste dose, og da fortrinnsvis etter kveldsdosen (3, 8, 12). Dosering én gang om dagen kan også medvirke til forbedret etterlevelse (enklere regime), og ser ikke ut til å være forbundet med en reduksjon i terapeutisk effekt (8, 10).

Ved dosering to ganger om dagen kan det imidlertid være greit å huske på at man måler en tilnærmet bunnkonsentrasjon ved tolv-timersmåling grunnet nytt inntak etter at blodprøven er tatt. For pasienter som inntar hele døgndosen om kvelden vil serumkonsentrasjonen fortsatt reduseres med en $1/2$ halveringstid ($T_{1/2}$ ~24 timer), og en pasient som ligger på eksempelvis nivå 0,6 mmol/L på morgenen vil dermed ha en lavere bunnserumkonsentrasjon. Som nevnt i avsnittet om formulering gir depotformulering en lavere toppkonsentrasjon og en senere absorpsjon enn konvensjonell formulering. Dosering én gang om dagen av en depotformulering vil gi lavere bunnkonsentrasjon og kun én topp innenfor 24 timers intervallet sammenlignet med to ganger om dagen ved dosering morgen og kveld. Hos pasienter hvor rapporterte bivirkninger kan være relatert til antall serumkonsentrasjonstopper (peak-

related), kan dette representere en mulig justeringsmulighet (8). En doseringsjustering fra to til én gang pr. døgn må ledsages av serumkonsentrasjonsmåling da mulig redusert renal eliminasjon om natten samt større dose på én gang medfører økning i serumkonsentrasjon dersom samme totaldose gis (8). Pasientspesifikt litiumnivå samt justering kan diskuteres med laboratoriet hvor prøven er analysert. Det kan være at det for en enkeltpasient er riktig at serumkonsentrasjonsnivået ved 12 timer ligger litt høyere innenfor terapeutisk område ved dosering én gang i døgnet versus to ganger i døgnet. Dette tilpasses også klinikken (13).

Bivirkninger relatert til doseringsfrekvens

Polyuri og polydipsi (tørste) er vanlige bivirkninger ved litium, og man mistenker at tørsten oppstår sekundært til polyurien. Mekanismen bak er trolig en resistens mot antidiuretisk hormon (ADH) utløst ved at litium interfererer med ADHs fysiologiske effekt; mindre reabsorpsjon av vann. I de fleste studier ser denne effekten ut til å være mer plagsom enn alvorlig (funksjonelt), men ved langtidsbruk kan nyreskaden bli irreversibel. Om polyuri på et tidlig tidspunkt i litiumbehandling er en indikasjon på risiko for irreversibel skade er ikke klarlagt. Det diskuteres også om dosering én eller flere ganger om dagen innvirker på slik risiko, da dosering én gang om dagen gir en lavere bunnkonsentrasjon av litium som kan være gunstig med tanke på irreversibel nyreskade. Det er imidlertid vist at dosering én gang om dagen gir mindre urinproduksjon (kanskje relatert til lavere serumkonsentrasjon i større deler av døgnet), og slik sett kan det være et mulig virkemiddel hos pasient som plages med polyuri/hyppig vannlating (10, 11). Plutselig oppstått nokturni hos pasient kan være et tidlig tegn på at nyrenes konsentreringskapasitet reduseres, og er et symptom som bør følges opp (7).

RELIS hadde i 2017 vel femti henvendelser om litium fra helsepersonell, i hovedsak fra leger. Spørsmålene dreide seg om valg av dose, endring av dosering (morgen og kveld eller bare én gang om dagen), formulering (depot versus konvensjonell), interaksjoner med andre legemidler, maraton(!) og dehydrering, bivirkninger også videre. I denne artikkelen gjør vi en gjennomgang av et utvalg av egenskaper ved dette unike alkalimetallet samt noen prinsipper som kan være greit å ha kunnskap om i forbindelse med doseendring og monitorering av effekt/bivirkninger.

Terapeutisk nivå

Anbefalt terapeutisk nivå for litium varierer noe fra oppslagsverk til oppslagsverk. I Farmakologiportalen er referanseområdet angitt å være 0,5–1,0 mmol/L. Ved forebyggende langtidsbruk av litium anbefales serumkonsentrasjoner i området 0,5–0,8 mmol/L. Noen pasienter kan ha nytte av konsentrasjoner opp mot 1,0 mmol/L. Det finnes noe dokumentasjon for at litiumkonsentrasjoner ned mot 0,4 mmol/L kan være adekvat ved profylaktisk behandling. Man ser sjelden ønsket klinisk effekt ved serumkonsentrasjoner under 0,3 mmol/L (12). Ved påvist lavt nivå er det på generelt viktig å sikre seg at pasienten har tatt medisinen som foreskrevet, slik at man ikke eventuelt justerer dosen på uriktig grunnlag.

Grense for toksisk serumkonsentrasjon relatert til overdosering over tid (kronisk intoksikasjon) er også nokså klar. Mild grad av toksisitet inntreffer generelt ikke før ved nivåer over 1,5 mmol/L. Nivåer over 2,0 mmol/L kan gi koma og kramper, og regnes som alvorlige (potensielt dødelige) (3, 4, 8). Tidlige symptom på intoksikasjon er mer uttalte bivirkningsplager, spesielt tiltakende kvalme/oppkast, magesmerter, appetittløshet, økende tremor, ataksi, taleforstyrrelser og andre nevromuskulære fenomener (2).

I tillegg til monitorering av serumkonsentrasjon av litium skal nyrefunksjon (s-kreatinin), thyreoideafunksjon (TSH, fritt T₄), kroppsvekt, blodtrykk, EKG og s-elektrolytter inkludert kalsium følges under behandlingen. Initialt gjøres hyppige målinger, etter hvert sjeldnere, men ikke sjeldnere enn hver sjette måned (2). Noen medisiner kan medføre økning i nivået av litium i blod, blant annet gjelder det noen mye brukte betennelsesdempende medisiner (NSAIDs). Pasienter som bruker litium, bør alltid huske å fortelle om litiumbruk ved forskrivning av nye medisiner (2).

Oppsummering

Litium er fortsatt et aktuelt legemiddel, noe antall henvendelser til RELIS antyder.

Ved bruk av litium eller ved vurdering av bruk av litium er det viktig at pasienten og legen er innforstått med at serumkonsentrasjonsmåling er et viktig verktøy for å monitorere behandlingen. Hos pasient med klinisk effekt hvor serumkonsentrasjonen ligger i terapeutisk område, men pasienten opplever plagsomme bivirkninger, det være seg kvalme, diaré, hyppig vannlating, tremor også videre, kan en endring av totaldose, doseringsfrekvens samt formulering representere ulike justeringsmuligheter. Ved slik justering av behandlingen vil vi imidlertid understreke viktigheten av at dette gjøres på riktig beslutningsgrunnlag. Behandlende lege må ta hensyn til eventuelt interagerende medisiner, behandlingsetterlevelse, samt endrede forhold hos pasienten (reduisert nyrefunksjon eller dehydrering).

TERJE NILSEN • Rådgiver, farmasøyt RELIS Nord-Norge

ELISABETH NORDMO • Cand.pharm. ved RELIS Nord-Norge

LINN ÅRNES • LIS klinisk farmakologi, Laboratoriemedisin UNN Tromsø

REFERANSER

1. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Litium. <http://legemiddelhandboka.no/> (Sist oppdatert: 22. desember 2015).
2. Norsk elektronisk legehåndbok.Litium.<http://www.legehåndboka.no/> (Sist endret: 9. juli 2017).
3. Taylor D, Paton C et al. The Maudsley prescribing guidelines in psychiatry 2015; 12th ed.: 190–6.
4. Gitlin M. Unipolar depression in adults: Treatment with lithium.Version 16.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 17. juli 2017).
5. Solberg DK, Refsum H. Oppfølging av pasienter som bruker litium. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 1410–2.
6. Bazire S. Psychotropic drug directory 2016: the professionals' pocket handbook and aide memoire 2016: 43–5.
7. Lerma EV. Renal toxicity of lithium. Version 21.0. In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 25. september 2017).
8. Janicak PG. Bipolar disorder in adults and lithium: Pharmacology, administration, and side effects. Version 35.0 In: UpToDate. <http://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 31. august 2017).
9. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Lithionit. <http://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 24. januar 2017).
10. Girardi P, Brugnoli R et al. Lithium in bipolar disorder: optimizing therapy using prolonged-release formulations. Drugs R D 2016; 16(4): 293–302.
11. Gitlin M. Lithium side effects and toxicity: prevalence and management strategies. Int J Bipolar Disord 2016; 4(1): 27.
12. Farmakologiportalen. Litium. www.farmakologiportalen.no. (Lest: 12. januar 2018).
13. Specialist pharmacy service – NHS. Suggestions for therapeutic drug monitoring in adults in primary care. <https://www.sps.nhs.uk>. (Sist oppdatert: 12. desember 2017).

Nyttig manual for legevakter

Elisabeth Holm Hansen

og Steinar Hunskaar

Legevaktarbeid

Gyldendal

1. utgave 2016

392 sider

Legevaktarbeid er en ny manual for legevakter som er skrevet spesifikt med tanke på norske forhold. Det er en bok der over 30 forskjellige forfattere deler erfaringer og viten om legevakt, redigert med sikker hånd av Elisabeth Holm Hansen og Steinar Hunskaar.

Boken er både en introduksjon for de ferske og en oppdatering for de erfarne, på tvers av fag og yrke. Særlig kan den anbefales for kommunale legevaktsjefer i planleggingsstadiet for ny legevakt, og for sykepleiere og turnusleger som skal i gang med vaktarbeid. Når det er sagt, må man også tilføye at denne boken ikke har en naturlig plass i frakkelommen. Til det er den for svær, og dessuten er dette en bok som dreier seg mer om forberedelse og organisering enn om behandling.

Boken er unik, siden ingen tidligere har samlet et så stort erfaringsgrunnlag som er oppdatert for dagens legevaktjeneste. Noen av tekstene er beregnet på nybegynneren på legevakt, andre er skrevet til dem som har vært i legevaktssystemet lenge.

For planlegging av legevaktjeneste vil boken være en verdifull ressurs, helt fra første samtale med administrativt ansvarlige og arkitekter – før legevaktmottaket er bygget eller renovert – og helt til legen som skal legge til rette for vakten sin. Det blir dog av og til en overfladisk omtale av enkelte emner, f.eks. blir det nevnt at legevakten må ha legekoffert tilgjengelig, men når det relevante spørsmål om hva som bør være av utstyr i denne kofferten skal besvares, da henvises det til legevakt- og legemiddelhåndboken. Gjennomgang av innholdet i legevaktkofferten er et tema som alt for sjeldent gis den oppmerksomheten det fortjener. Her kunne forfatterne viet dette mer plass.

Bokens andre del omhandler utvalgte tilstander, der kunnskapen «flyter fritt». Ottawa-kriteriene for ankelskader tas opp, SIRS-kriteriene og deres betydning i pasientflyt behandles og det febrile barnet

gjennomgås. Det er gode beskrivelser av pasientforløp, på en måte som er relevant for forholdene ved legevakt. På et punkt virker dog beskrivelsene av pasientforløp lite formålstjenlig; det er når den selv-mordstruede pasient skal beskrives.

Forberedelse til legevakt betyr også å forberede seg på det verst tenkelige, og kjenne de ressurser og muligheter som finnes når ting ikke går etter planen. Det betyr også å kjenne de rutiner som finnes prehospitalt. Det er for eksempel svært nyttig å ha denne boken som grunnlag for å samhandle rundt SIRS og ha felles forståelse for omfanget av tiltak som kan gjøres prehospitalt og på legevakt. Noen foretrekker å bruke SIRS-kriteriene for sepsis, andre velger qSOFA (Quick Sequential Organ Failure Assessment). Man kan ikke forvente at den enkelte legevaktlege skal holde orden på sensitivitet og spesifisitet til SIRS og qSOFA, men i en legevaktmanual kan dette omtales.

Enkelte av pasientflytbeskrivelsene virker dog virkelighetsferne, det gjelder som nevnt den suicidale pasient. Det beskrives i dette pasientforløpet en lege som drar alene på sykebesøk til en ung og antakelig psykisk syk, selvmordstruet mann med kjærestetribbel. Legevakten ankommer og gir støtte, håp, hjelper pasienten til å finne løsninger på krisen og behandling for den psykiske lidelsen. Dertil sørges det for adekvat oppfølging, det mobiliseres nettverk rundt pasienten, det er tid til å legge en sikkerhetsplan om hvem pasienten kan kontakte ved forverring og forslag til kriseløsninger for vanskelige følelser. Ingenting nevnes om hvordan den ferske legen på vakt skal håndtere den lange reisevei til en eventuell innleggelse. Naturligvis er det en dårlig ide å legge inn kronisk suicidale pasienter, men jeg savner en diskusjon av hva som skal gjøres i stedet med den impulsive og selvskadende selvmordskandidaten. Her får man et inntrykk av at pasientforløpet ses fra spesialisthelsetjenestens håpefulle ståsted, og ikke fra legevaktens – slik det kan være på en travel lørdagskveld.

Helt annerledes gjelder det i kapitlene om barn og eldre, der det gis kyndig veiledning med gode forslag innenfor tidsrammene. Et kapittel står dog over alle andre, og burde innrammes og henges



Drøftende og gjenkjennende om kroppshysteriet



Kari Løvendahl Mogstad
Kroppsklemma

Hvordan være trygge og gode voksne for barn og unge i et kroppsfiksert samfunn. Cappelen Damm AS, Oslo, 2017
239 sider. Pris 332,- kr / ISBN 978-82-02-52470-8

Kroppsklemma er Kari Løvendahl Mogstads første bok. Boken henvender seg til voksne, foreldre og personer som arbeider med barn og unge, herunder allmennleger. Boka er skrevet som sakprosa og debatterer temaet helse og trivsel i et stadig mer «intensivert» samfunn der ytre press og jag påvirker barn og unge i økende grad. Sentrale problemstillinger er: Hva er kroppsfiksering og kroppspress? Hvordan arter og utarter dette seg? Hvordan påvirkes barn og unge i stadig yngre aldersgrupper?

Forfatteren er fastlege, idrettslege og universitetslektor ved NTNU. Hun er mor til fem barn og en aktiv skribent og samfunnsdebattant. Hun har spesielt interesse seg for barn, unge og kvinnehelse – og hun innleder denne boken med spørsmålet: «Hvordan har du det?»

«Jeg vet ikke, jeg har ikke sett meg i speilet ennå.»

Forfatterens intensjon er å bidra i kampen mot det hun kaller kroppsklemma. Hun har et ønske om at vi skal få være oss selv i vår egen kropp og være fri fra kropp-

klemma som hun definerer som den ubehagelige følelsen av å være ufri og ukomfortabel i egen kropp.

Boka er inndelt i tre deler og ni kapitler med titler som speiler innholdet på en måte som vekker nysgjerrigheten. I del én tar hun opp temaet når perfektjonering av kroppen går på helsa løs. I første kapitlet *Sykt, skjønn barn* konfronteres vi med det som er hverdagen for en del av våre ungdommer. Ikke bare skal de ha gode karakterer og en veltrent kropp, men også det siste innen moteriktige klær som krever deltidsjobbing for inntektenes skyld. Forfatteren belyser samfunnet der barna våre er og påpeker at mange av dem opplever seg stresset over perfektjonspresset – noe som gjenspeiles i et økt forbruk av for eksempel smertestilende tabletter blant ungdom, og særlig jenter. Dette følges opp av *Mat og kropp til glede og besvær*, om kroppsbilde og spiseforstyrrelser. Underveis gir forfatteren råd og veiledning både for å oppdage en spiseforstyrrelse og fremme et positivt kroppsbilde. I del to tar forfatteren opp temaene glutenallergi, kosttilskudd, doping, slanking og hun drøfter hva som skjer når sunn kost og trening går over streken til det usunne. I kapitlet *Shop en kropp* kan vi lese om skjønnhetsindustriens voksende marked og dens alminneliggjøring av det å fikse på utseende sitt og konsekvenser dette kan ha. Forfatteren tar også opp spørsmålet om hvor alt kroppspresset kommer fra og i del tre diskuterer hun hva vi som foreldre eller voksne forbilder kan gjøre med dette. Blant annet setter hun fokus på hvordan vi som godt voksne forholder oss til treningspress og holdninger til å «fikse» på eget utseende.

Flere av emnene i boken er det gjort lite forskning på – slik som sosiale mediers innflytelse på barn og unge eller kroppspress hos gutter. Forfatteren påpeker at det er li-

ten oversikt over både det kosmetiskkirurgiske og det ikke-kirurgiske kosmetiske markedet i Norge og stiller oss overfor noen utfordringer vi kan møte som foreldre og helsepersonell. Hvor går grensen mellom kjønnslemlestelse eller kosmetikk når det gjelder intimkirurgi (fiksing av underlivet)? Mogstad treffer spikeren med hammeren:

«Hva sier du forresten til datteren din, som har arvet din opprinnelige oppstoppernese, den du opererte bort til fordel for en mer 'perfekt' nese? Du ligner på en prikk på slik jeg var, før jeg opererte meg...?»

Språket i boken er folkelig og ledig, uten bruk av yrkesspesifikke faguttrykk, samtidig som den innehar et godt fundamentert faglig innhold. Mogstad setter ord på det vi observerer i dagens samfunn, men ikke alltid vet hvordan vi skal forholde oss til eller snakke om. Hun skriver slik at problemstillingene er gjenkjennbare, hun stiller undrende spørsmål underveis i tekstene og hun gir leserne rom for egen refleksjon rundt temaet hun drøfter.

For å belyse problemstillinger så godt som mulig refererer forfatteren til et stort spekter av litteratur, fra populærvitenskapelige artikler til bøker, ekspertuttalelser og artikler i ukeblad og aviser. Hun viser også til sine erfaringer som mor til egne barn og hun viser til møter med barn og unge på legekontoen. Sist i boken finner du kildehenvisninger og med referanselister til hvert kapittel. Disse er i seg selv verdt å ta en kikk på for mer utdypende lesing.

Denne boken er unik fordi den står alene om å samle det vi i dag vet om kroppsfiksering. Den er absolutt verdt å lese og treffer målgruppene godt. Jeg vil spesielt anbefale boken til alle som er foreldre, samt til leger eller helsepersonell som arbeider med barn og unge.

KRISTINE ASMERVIK

opp på legevakten: Det gjelder kapitlet om kortvarig sykdom, overdiagnostikk og overbehandling. Her er det utallige poeng som vedrører god praksis på en legevakt, og hvordan konkrete problemstillinger kan håndteres. Her kan selv en erfaren spesialist lese og nikke gjenkjennende, og i noen avsnitt få til en god og fornyet refleksjon over egen praksis.

I bokens tredje del er det et opplysende kapittel om kulturforståelse og bruk av tolk. Dette er nyttig, for når legevakten først er begynt, da er det ikke alltid enkelt å få tid og anledning til å gjøre de tiltak som skal til når pasienten fra en fremmed kultur skal vurderes. Her vil det alltid være rom for forbedring.

Overordnet sett er dette en nyttig bok

som bør anskaffes av alle legevakter – og dens innhold kan inngå i opplæringen av legevaktpersonell. Den beskriver god praksis og inkluderer refleksjoner over legevaktarbeid som er både hensiktsmessige og lærerike for alle, fra ferske turnusleger til spesialister med mange års fartstid.

ALEXANDER LØVDAHL

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

Røynsle

Takk for utfordringen til lyrikkstafetten! Jeg må innrømme at det har blitt lite diktlesning de siste årene, men likevel er det noen dikt som sitter i bevisstheten fra langt tilbake. Noen av dem er skrevet av Rolf Jacobsen eller Olav H. Hauge. Derfor var det bøker av disse to lyrikerne jeg først måtte hente fram da utfordringen kom fra Anette Fosse, fastlege og sykehjemslege i Mo i Rana og forskerkollega ved Allmennmedisinsk forskningsenhet i Bergen.

Det fine med sånne utfordringer er at en kommer over andre dikt enn de en lette etter. Diktet jeg har plukket ut har jeg ingen spesiell erindring om fra tidligere, men det traff meg nå.

Jeg utfordrer Kari Ersland, fastlege og kollega ved Nytorget legesenter.

Hilsen fra
TORGEIR GILJE LID

Mange års røynsle med pil og boge

Det er i den svarte prikken
midt i skiva du skal treffa,
nett den, der
skal pili stå og dirra!
Men nett der treffer du ikkje.
Du er nær, nærare,
nei, ikkje nær nok.
So lyt du gå og plukka upp pilene,
gå tilbake, prøva på nytt.
Den svarte prikken tergar deg.
Til du forstår pili
som stend der og dirrar:
Her er òg eit midtpunkt.

OLAV H. HAUGE



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX