

Utposten

2 2018
ÅRGANG 47

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSMEDISIN

Per, du lever!

Forebygging av selvmord
Digitale møteplasser
Bivirkninger av sykmeldinger

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: 468 36 780

E-POST: kri-as-d@online.no

Dag-Helge Rønnevik

Århaugbakken 9

5541 Kolnes

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com

Kristina Riis Iden

Vågsmyra legesenter

4020 Stavanger

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com

Alexander Løvdahl

Postboks 25

2601 Lillehammer

MOBIL: 907 16 411

E-POST: alexander.loevdahl@gmail.com

FORSIDE: Grethe Lindseth

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs, 07 Media – 07.no

REPRO OG TRYKK: 07 Media – 07.no



Du finner Utposten på
www.utposten.no

ILLUSTRASJONER: COLORBOX

1 LEDER: Digital utvikling

Anne Grethe Olsen

2 Fastlege med teft for formidling

Kari Løvendahl Mogstad intervjuet av Kristine Asmervik

7 ALLMENNEMEDISINSKE UTFORDRINGER:**Hygienetiltak på legevakt**

Knut Steen, Tone Morken og Steinar Hunsbår

12 Bedre behandling av depresjon i primærhelsetjenesten – et viktig selvmordsforebyggende tiltak

Lars Mehlum, Egil Haga, Hilde Thomassen og Erlend Mork

15 Mangeltilstander ved inflammatorisk tarmsykdom

Svein Oskar Frigstad

16 Det er forskjell på å behage og å hjelpe

Eivind Meland

19 ENQUÊTE: Digitale møteplasser for diskusjon og fagutvikling i primærhelsetjenesten**24 Kommuneoverlegeforum – en oversikt**

Utpostens redaksjon ved Dag Helge Rønnevik

26 Kommunelegeforum i Buskerud

Einar Braaten

28 Per, du lever!

Kjell-Arne Helgebostad

32 Sykmelding kan ha bivirkninger

Ragnhild Jordet og Linda Vaagan

35 KRONIKK: Leger i hardt vær

Kari Isaksen Rø

38 Vekta øker, blodtrykket synker. Nye tall om helsetilstanden i befolkningen.

Astrid Nylenna og Inger Ariansen

42 EL-SENSITIVITET: Kommuneoverlegar i Vesterålen satte foten ned

Ingebjørn Bleidvin

45 KRONIKK: På hver vår tue?

Cato Innerdal

46 I natt får fire nordmenn gonoré...

Hanne Rasmussen og Åse Haugstvedt

48 BOKANMELDELSE:**Grundig, men omstendelig om ungdom og folkehelse**

«Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid» anmeldt av Hege Raastad

49 BOKANMELDELSE: Leger som tenker oppstrøms – med fokus på de sosiale helsedeterminantene

«Upstream Medicine – doctors for a healthy society» anmeldt av Dag-Helge Rønnevik

50 FASTE SPALTER

RELIS 51

LYRIKKSTAFETTEN 52

Digital utvikling

Sola er for lengst tilbake i nord, OL er over med et solid medaljedryss over Norge og *Utposten* kommer med sin andre utgave i 2018. Dette året har vi også fått en langt bedre nettutgave, som vi håper vil være til glede og nytte for våre lesere. I dette nummeret av bladet har vi spurt våre kolleger om bruk av digitale møteplasser for faglig diskusjon og erfaringsutveksling, samt bruk av andre informasjonskilder på nettet. Alle respondentene bruker informasjonskilder, og mange følger med på diskusjonene på møteplassene, men ikke alle er aktive debattanter.

Den teknologiske utviklingen skjer i rekordfart, og nye digitale møteplasser får stor oppslutning. Gruppa «Allmennlege-initiativet» på Facebook har allerede rundt 3000 medlemmer. For travle allmennleger, som tilbringer mye av tiden sin på kontoret, er det fint at det nå finnes enkle og effektive måter å komme i kontakt med kolleger på. Det bidrar til flere treffpunkter og mange diskusjoner, og sannsynligvis til bedre beslutninger i egen praksis. Leger bør være opptatt av hvordan man på en god måte kan bruke disse mulighetene for å få dekket sitt informasjonsbehov og delta i diskusjoner, og samtidig ivareta både taushetsplikt og åpenhet.

De digitale mulighetene vi har i hverdagen, både privat og på jobb, er mange, men fortsatt er det bare i Helse Vest at det er mulig for allmennleger og sykehusspesialister å kommunisere med hverandre via dialogmeldinger. Det er ikke mulig å laste ned prøvesvar og andre parametere fra pasientenes apper og måleinstrumenter inn i pasientjournalen, for eksempel fra insulinpumper og glukosemålere, og det er heller ikke mulig for pasientene å legge noe inn i egen journal. Det er kanskje en sikkerhetsrisiko, men hvem er det som definerer risikoen? Når det gjøres risiko- og sårbarhetsanalyser på dette, er det da slik at pasientenes syn også legges til grunn i disse analysene? Blir pasienter og behandlere spurt om hvilke muligheter kjernejournalene bør åpnes opp for? Direktoratet for e-helse jobber sikkert med dette, og de bør spørre brukerne om ønsker og behov.

Denne utgaven av *Utposten* har med en artikkel om de vanligste hygienetiltakene som er aktuelle ved norske legevakter. Data fra Nasjonalt legevaktregister viser at mange legevakter mangler gode hygienerutiner, og at de anbefalte tiltakene etterleves i varierende grad. Det er et ledelsesansvar at slike rutiner finnes ved alle legevakter. Der hvor skriftlighet mangler, bør det utarbeides skriftlige rutiner. Retningslinjene kan tilpasses den enkelte legevakts behov. De trenger ikke være omfattende, særlig ikke for mindre legevakter. God håndhygiene er fortsatt et av de viktigste hygienetiltakene, og i en verden hvor vi ikke alltid vet hvem som er smittebærere og av hva, så må vi alltid være føre var i vår kontakt med og mellom pasienter.

Smittsomme sykdommer er en helserisiko for store deler av verdens befolkning, og i dette nummeret av *Utposten* har vi en artikkel om NCD-strategien (Non Communicable Diseases), som viser at Verdens helseorganisasjon (WHO) også ønsker at det satses mere på forebygging av de ikke-smittsomme sykdommene. Dette gjelder kreft, hjerte- og karsykdommer, KOLS og diabetes, og deres felles risikofaktorer; tobakk, skadelig bruk av alkohol, fysisk inaktivitet og usunt kosthold. Norge har forpliktet seg til WHO sitt hovedmål som er en reduksjon av for tidlig død før 70 år, av disse sykdommene, med 25 prosent fra 2010 til 2025. Så langt viser tallene at reduksjonen har vært på 18 prosent. På noen områder ser vi store endringer, og dette gjelder spesielt nedgangen i dagligryking. Hovedårsaken er at færre begynner å røyke. I 2017 var andelen dagligrykere

i hele den voksne befolkningen 11 prosent, og statistikken viser nå et høyere antall daglige snusbrukere enn dagligrykere. Mange piler peker i riktig retning, men for overvekt og fedme går pilene feil vei.

Den digitale utviklingen kan være en av årsakene til at befolkningen går opp i vekt. Vi henter ny kunnskap, shopper og er sosiale på nettet. Det gjør det mindre nødvendig å bevege seg. Her har den digitale utviklingen gått fortere enn vår evne til å finne andre måter å røre oss på. Behovet er absolutt til stede, og vi som skal bidra til å forebygge sykdom må gå foran.

ANNE GRETHE OLSEN

Fastlege med teft

Kari Løvendahl Mogstad ■ INTERVJUET AV KRISTINE ASMERVIK

Kari Løvendahl Mogstad har mye på hjertet. Hun er brennende opptatt av det hun opplever rundt seg og i samfunnet, noe som kommer til uttrykk i bloggen hun skriver og gjennom meningsytringer i *Adresseavisas* spalter. Presset på å ha et vel trent og «fresht» utseende har engasjert henne i den grad at hun har skrevet bok. Og med det har hun lansert det treffende begrepet «kroppsklemma».



Kari Løvendahl Mogstad skriver om det hun opplever i hverdagen – fra temaer som magen som det siste tabu, barsel og kvinnehelse til refleksjoner rundt stillhet. Så en dag for tre til fire år siden fikk hun en mail fra Cappelen og Damm: De lurte på om hun ville gå inn i en prosess med dem og skrive en bok. Kari skrev en hel bok med tittelen *Kroppsklemma* – som hun også kaller «vår tids korsett» og som handler om kroppspress og jaget etter å strekke til.

UTPOSTEN: Hvorfor nettopp dette temaet, Kari?

– Det er en prosess som har fått bygd seg opp over tid og som kulminerte med denne boka i fjor vår. Jeg har i mange år vært opptatt av barn og ungdoms helse og velvære. I tillegg er jeg veldig glad i å skrive. Så fikk jeg forespørselen fra forlaget, som hadde sett det jeg hadde skrevet i bloggform og i kronikker og fått en nysgjerrighet på meg. Jeg brukte vel et år på å si ja, for jeg visste ikke helt hva jeg ville skrive om. Underveis modnet ideen om å skrive nettopp om kroppspress og prestasjonsjag som barn og unge er utsatt for. Som mor til fem barn har jeg selv fått se og følge barnas utvikling, hvordan det er å vokse opp og komme i puberteten og bli tenårings.

Å skrive en bok

Da Kari først hadde bestemt seg for å skrive en bok, var det med ydmykhet hun tok fatt på oppgaven, siden dette var noe hun aldri hadde gjort før. Hun forestilte seg at det måtte være et enormt arbeid å gjøre, og det fikk hun virkelig bekreftet.

– En ting er selve skrivingen, sier Kari. – Det andre er alt arbeidet som ligger bak før du kan sette deg ned og skrive det ene og andre kapittelet! legger hun til.

– Jeg er kjempeglad for at jeg har gjort dette og har lært enormt. Men det er klart at arbeidet med å tenke, reflektere og sette ting i kontekst er en krevende jobb, utdyper 51-åringen.

– Og så er det all lesinga. Jeg har sikkert lest flerfoldige tusen sider med faglittera-

for formidling

tur, ukeblad, aviser og kronikker. Jeg har jo flere forskjellige tema i boka mi, så jeg har slukt alt fra forskningsartikler til ukeblad-oppslag for å få inn alle aspekter av tematikken. En ting var at jeg skulle skrive om kroppspress, det ble jo en liten del av hele greia. Jo mer jeg jobbet med det, jo mer komplekst ble bildet. Så det ble mange temaer som jeg forsøkte å bake sammen, og det var en av de største utfordringene for å få det til å henge sammen og gi en mening også for andre enn meg. Alt fra kroppspress via doping til plastikkirurgi og psykisk helse skulle henge sammen. Det å koke det sammen var en ganske voksen jobb, avrunder Kari. Jeg så jo sammenhengene, men utfordringen var at dette skulle gi mening og sammenheng for andre også, sier Kari.

Hun forteller at hun brukte mye tid på å skrive en disposisjon, når det hun skulle skrive om først hadde utkrystallisert seg. Omtrent den samme disposisjonen på fire ark brukte hun i hele prosessen i ett og et halvt år da hun skrev boka: – Det ble et bevis for at førstearbeidet, skjelettet med boka, er utrolig viktig. Selvfølgelig endret det seg litt underveis fordi det dukket opp nye ting, men disposisjonen hjalp meg veldig – hele tiden.

Kari ler og kaller disposisjonen hun laget for boken for «den hellige gral» og sier disse arkene var veldig viktig for henne.

– Forlaget har alltid en mening, det var ikke hugd i stein at det var kroppspress og prestasjonsjag jeg skulle skrive om. De så vel for seg at jeg skulle skrive noe om barselhelse og svangerskap, men jeg så at det kunne være utfordrende å skrive noe nytt om dette teamet – all den tid det er skrevet mye bra om det fra før. Blant annet har Gro Nylander skrevet mye. Så ble det slik at jeg gikk inn i en prosess der jeg begynte å holde flere foredrag, lese og snakke og skrive om ungdom og oppvekst, og hvordan oppfatthet av kropp i større grad har blitt en del av samfunnet vårt – i en negativ forstand.

– Jeg har lest enormt mye i skriveprosessen. Senest i dag gikk jeg hjem fra jobb og



Det var med ydmykhet Kari tok fatt på oppgaven å skrive bok.

laget meg et forsett om at nå skal jeg lese vanlig litteratur. Det har jeg ikke orket de siste årene, da det ellers har vært så mye annet jeg har måtte lese.

Rett på sak

Hvilken lærdom eller hvilke aha-opplevelser har bokprosjektet gitt henne personlig? Kari tenker seg om før hun svarer at det er mange av de temaene hun tar opp i boken som det ikke er forsket mye på.

– Tenk bare på sosiale medier! sier Kari. – Det er 10 år siden Facebook kom, så det sier seg selv at sosiale medier og internett og hva det gjør med oss og barna våre ennå er på det eksperimentelle stadiet. Vi er bare i startfasen og vi vet lite om konsekvensene. Jeg har også blitt mer bevisst på - og også veldig skremt over - hvilken makt og kraft pornoen har i samfunnet vårt, ikke minst på hva som er dagens utseendeideal, men kanskje også når det gjelder den

økende seksualiseringen vi ser rundt generelt i ungdomskulturen.

– Ellers har jeg fått bekreftet hvor utrolig mye arbeid som ligger bak det å skrive en bok og at man må være enormt tålmodig når man opplever inspirasjonstørke – det vil si at du ikke kommer videre eller at du venter på tilbakemelding fra forlaget. Det er mange detaljer du ikke tenker på når du sitter der med ei bok du leser – hvor mange ganger manus har vært frem og tilbake, omgjort eller flikket på, eller til og med forkastet!

UTPOSTEN: Møter du kropps- og prestasjonsjaget i hverdagen som fastlege også?

Ja, det har jeg blitt spurt mye om og det gjør jeg. Det er jo sjeldent at en fjortenåring eller attenåring kommer og sier det direkte. Det er mer i form av at jeg ser flere som har kjøpt seg nye pupper, silikon i rumpa og leppene og sårne ting. Det jeg synes jeg ser mest av, som ikke går direkte på kropp,

er denne her utmattelsen og utslittheten som jeg synes mange unge kommer med. Det kommer de konkret med på legekontoret som en problemstilling – at de kjenner seg så slitne. Etter hvert i samtalen kommer det ofte frem at de er helt utslitt av det de opplever som et press og jag til å nå opp på et nivå på alle fronter som er helt urealistisk, også med kropp. Fordi det er blitt et enormt fokus på det å holde seg sunn – og det er nå bra. Men treningsfokus har dessverre blitt veldig utseenderelatert. Det opplever jeg at jager folk.

UTPOSTEN: Når du har lest så mye litteratur, føler du at du har egen nytte av det med tanke på din egen praksis og hvordan du møter utfordringene som barn og unge står overfor?

– Klart jeg har fått økt kompetanse- og kunnskapsnivå på mange av de her frontene, for eksempel om å snakke med ungdom om kost- og proteintilskudd og hva som er sunt, eller unødvendig. Det handler om å bevisstgjøre ungdommen og ikke være redd for å ta den kleine praten. Jeg har blitt litt tøffere med både egne barn og andre – med å tørre å gå rett på sak og snakke med dem om ting jeg vet de er opptatt av. Jeg tør å påstå at jeg nå vet mer om hva dagens ungdommer strever med, og at jeg kjenner til innfallsvinklene, slik at jeg kan nå dem på deres nivå, og vi skjønner hverandre fortere. Som fastlege i voksen alder

til både ungdommer og deres foreldre har jeg mer kunnskap og erfaring og vet kanskje litt mer hvor skoen kan trykke. Og det er jeg opptatt av å formidle også – både til fagfolk og til foreldre – at vi må tørre å snakke med barna og ungdommene våre og ha mer kunnskap om hvordan det er å vokse opp i dag, for å kunne være der for dem. Vi må være «på» og ikke bare lukke øynene for problematikken ungdommen står overfor fordi det er for komplisert, dumt eller pinlig for oss.

Valgets kval

Samtalens tema penser over på bloggen hennes: *Livslangs*. Her skriver hun om de nære ting, om det som er vanskelig å snakke om og det som engasjerer henne i samfunnet.

– Å ja! Den stakkars bloggen min har ligget litt på sotteseng ei stund, utbryter Kari spontant med et smil om munnen når vi tar opp temaet bloggskrivning. – Jeg var veldig aktiv ei stund, og så har det gått litt tregere igjen, men jeg går til stadighet og tenker at nå skal jeg skrive litt igjen på bloggen.

Hun forteller at hun begynte å skrive blogg i 2009, da hun var nyoperert for prolaps og lå på sofaen hjemme med lite å foreta seg. Men hun begynte med skrivning da hun gikk på ungdomsskolen i Surnadal, der hun kommer fra – og der hun var fri-lansjournalist gjennom hele gymnastiden

i *Tidens krav*, lokalavisen i Kristiansund. Siden skrev hun også i *Adresseavisen*.

– Jeg tenkte på å bli journalist egentlig, men så kom jeg rett inn på legestudiet fra gymnaset – og tenkte det var for dumt å si nei til det. Etter et år på medisinstudiene tok jeg permisjon fordi jeg var så i tvil, og da jobbet jeg som journalist og lærervikar i et halvt år. Så dro jeg jorda rundt i et halvt år før jeg dro tilbake til legestudiene i Bergen og fortsatte.

UTPOSTEN: Dersom du måtte velge mellom det å skrive og det å være lege – hva ville du valgt?

– Å, det er umulig å si. Jeg elsker jobben min som lege også, så dette er et kjempevanskelig spørsmål. Som lege vet jeg jo at jeg har til salt i maten, mens det å skrive har vært mer som en hobby. Samtidig er jeg nå så privilegert at jeg får betalt for noen av skrivejobbene jeg gjør, men det er de færreste som blir Jo Nesbø eller Anne B. Ragde og kan leve av å skrive.

– Sakprosa som det jeg skriver, er sjeldent noen millionbedrift, ler Kari, og hun fortsetter: – Lidenskapen min er jo å skrive. Det er min kunstform og min kreative form. Noen liker å sitte og tegne og male, sy eller strikke. Men jeg liker å skrive! Jeg får utløp for ting og slapper av med å skrive. Folk lurer på hvordan jeg får tid til å skrive så mye, men saken er at det er min måte å koble av på.

Lidenskapen er å skrive

UTPOSTEN: Men egen blogg – hvorfor har du det? Er det økonomisk motivert på en eller annen måte? Mange vil jo kunne tenke det.

– Nei, det er ikke økonomisk motivert. Bloggen er ikke så populistisk at jeg kan tjene noe på den. Men det er klart at den bloggen gjorde sitt til at Cappelen Damm og *Hjemmet* oppdaget meg. Jeg har fått tilbakemelding om at jeg skriver om ting som folk kjenner seg igjen i, og at jeg har en skriveform som er lett tilgjengelig – og at jeg klarer å skrive om vanskelige temaer som mange kan klare å skjønne. Og det er vel kanskje dette som også har gjort at jeg har blitt kontaktet for å skrive fagstoff. *Hjemmet* ønsket at jeg skulle skrive om kvinnehelse på en moderne måte, for eksempel.

UTPOSTEN: Hva er din motivasjon for bloggen og hva ønsker du å formidle? Hva er det som driver deg?

– Siden minstemann var født, har jeg hatt pasientfri på tirsdager og fredager, så jeg har hatt tid til å kunne gjøre dette. Motivasjonen er rett og slett formidlingstrang og for-





Jeg prøver å skrive enkelt om vanskelige temaer, sier forfatteren.

midlingsglede. Og den formidlingen består ikke i å få andre til å mene det samme som meg, for det synes jeg høres kjedelig ut. Men formidlingstrangen og gleden min består nettopp i å ta noen begrep som *skam* eller *stillehet* – som jeg er veldig opptatt av å oppsøke – og filosofere rundt dette. Gleden ligger i å formidle det folk ikke nødvendigvis snakker så mye om, men som de kan kjenne seg igjen i. Folk behøver slett ikke være enig med meg, men det betyr noe for meg at det jeg skriver vekker engasjement – alt fra samfunnsengasjement til et indre engasjement. Jeg hørte fra noen som hadde vært i Byåsen kirke søndagen etter at jeg hatt en artikkel i *Adressa* om skam; da hadde presten referert til artikkelen min i prekenen – og det er artig. Da er det mange andre som får høre om temaet skam og da kjennes det ut som om

jeg gjør et samfunnsoppdrag. Skam er jo noe man kjenner på og ikke snakker så mye om. Det jeg skriver om kan være alt fra plastikkkirurgi til botoxinjeksjoner, bekkenbunns trening eller det å gå eller å hvile. Å skape engasjement, debatt og bevisstgjøre er det jeg ønsker. Jeg ønsker ikke bare å skrive kjedelige fakta, men heller ta opp ting vi ikke snakker nok om, som for eksempel inkontinens.

UTPOSTEN: Hvordan bestemmer du deg for hva du vil skrive om? Har du alt klart når du setter deg ved tastaturet, eller kommer det etter hvert?

– Jeg går gjerne til og fra jobben min, det er nesten sju kilometer. Da får jeg litt tenketid. Og så har jeg fridagene mine, og da går jeg meg gjerne en tur eller jogger og får

luftet hodet. Si at jeg har en dag jeg skal skrive; da tar jeg gjerne en trimtur om morgenen, og da vet jeg kanskje ikke hva jeg skal skrive om. Men underveis plinger det inn ideer om hva jeg skal skrive om. Ellers har jeg alltid med meg notisbok på tur, reise, jobb og på nattbordet for å notere ned tips jeg får inni hodet mitt til hva jeg kan skrive om. Da er det bare å notere stikkord. Så kan jeg gå tilbake i notatblokkene min og hente opp ideer og tanker jeg har tenkt på tidligere. Eller så kan det være noe som er aktuelt i avisen eller media som jeg kan begynne å kverne på – jeg er jo en nysgjerrig person og leser mye, sier Kari lurt og legger til at det hender hun spør ektemann og legekollega Nils Ivar Leraand om tips til hva hun skal skrive om.

– Men det hender også jeg har deadline på strupen og har tre timer på meg til å bestemme meg for hva jeg skal skrive om. Noen ganger må jeg skrive litt på plikt, og det er tungt. Oftest har jeg bare den journalistiske teften min og hodet mitt med tanken om at dette kan jeg skrive noe om.

Menneskemøtene er viktigst

Før hun ble fastlege hadde Kari Løvendahl Mogstad planer om å bli ortoped. Hun var fem-seks år på skade- akuttavdelingen ved St. Olavs Hospital og ble konstituert overlege. Da avdelingen ble underlagt ortopedisk avdeling ble hun ansatt der og bestemte seg for å bli ortoped. Men etter hvert som hun fikk flere barn – og med en ektemann som også var lege – kjente hun at vaktarbeidet tynget. Hun og mannen Nils slo seg begge inn på fastlegepraksis; han startet først og hun fulgte etter – og senere begynte ekteparet i samme praksis.

– Jeg er generalist og interessert i alt mulig, og liker å se det store bildet fremfor å dykke ned i superdetaljer – også faglig. Dessuten var det fristende å være privat og selvstendig – og så ønsket vi å jobbe sammen. Med små barn var det genialt. Vi kunne starte klokken ni en dag eller gå tidlig hjem, spesielt når vi jobbet sammen og kunne ta litt for hverandre. Fleksibiliteten var et gode, samtidig som det er sårbart også. Jeg tenker på «fastlegestyret» som er nå, og at du ikke får ei krone om du er hjemme med syke barn, eller blir skadet selv. Det har vi merket på godt og på vondt.

UTPOSTEN: Ut fra medieoppslagene og mediedebatten, kan en nesten få inntrykk av at det å være fastlege nærmest er ensbetydende med en selvmordsaksjon... Er du enig i elendighetsbeskrivelsene?

– Nei, det er det ikke. Jeg er enig i at det



Menneskemøter er viktige. Her er det boksignering og møte med kunder i bokhandelen.

har blitt vanvittig mange krav fra oven som bare er lesset over på fastlegen. Bare i dag kom det et skriv fra BUP om at fastlegen må skrive ut medisiner i stedet for at de bare gjør det selv. Mange vil påtvinge oss en sekretærfunksjon, men det er vi ikke interessert i. Det er heller ikke faglig akseptabelt å gjøre slike ting, når vi ikke har sett pasienten. Vilklårene har blitt mye trangere og det har medført mer stress. Jeg støtter Trønderopprørets aksjon 100 prosent, for det er på høy tid at vi sier klart ifra om endrete og dårligere vilkår. Men jeg trives godt i jobben min, og syns jeg har et fantastisk spennende yrke, konstaterer Kari Løvendahl Mogstad

UTPOSTEN: Hva er det positive ved å være fastlege? Hva ville du sagt dersom du skulle selge inn fastlegeyrket til ferske leger?

– Det er menneskemøtene som er viktigst. Det er så meningsfylt å få møte mennesker på den måten du gjør som fastlege. Tenk at du er kanskje den eneste i verden som vet og får høre ting – det får man ærbødighet og respekt av. Jobben er fantastisk fin og du oppretter en langvarig relasjon til et annet menneske som en profesjonell aktør som det å være fastlege. Du får lov til å være en viktig person i menneskers liv i dette yrket. Selv om det er mye jobb og lange dager er det også mye fleksibilitet. Kanskje er jeg litt bortskjemt siden jeg har Nils som tar en del øyeblikkelig hjelp for

meg når jeg er borte, men vi stortrives jo begge to i yrket som fastleger. Det er ikke en dag som er lik og det er en spennende variasjon i yrket.

Må ikke miste grunnlaget for fastlegeordningen

UTPOSTEN: Fastlegeordningen er i vinden. Hva tenker du som etablert fastlege om ordningens fremtid?

– Jeg er spent på fremtiden. Enkelte har sovet i timen og ting har bare gått sin gang – og mange kolleger har ikke tatt seg tid til å reflektere over hvordan vi egentlig har det. Da kan andre, ikke minst politikerne, lett tenke at vi har det veldig godt ved bare å se på ligningsinntektene våre. Jeg tror det er veldig viktig at noen har stukket fingeren i jorda nå, og at vi tar en status på fastlegeordningen. Jeg håper inderlig at ordningen fortsetter – og det sier også folk i utlandet; at vi har en veldig verdifull fastlegeordning. Samtidig er jeg skremt over andre yrkesgrupper som ønsker å ta over enkelte av våre funksjoner. De argumenterer med at vi har så mye, uten å spørre oss hva eller hvilke funksjoner vi kunne tenke

oss å gi slipp på, for eksempel svangerskaps-helse. Svangerskap er en viktig og naturlig del av et livsløp som fastlegen ellers følger – og det faglige samarbeidet mellom fastlegene og jordmødrene rundt svangerskaps-helsen er en god ting, det bør fortsette og utvikles, påpeker intervjuobjektet.

Hun har selv deltatt i nasjonale arbeidsgrupper i Helsedirektoratets regi, spesielt innenfor områdene barselomsorg, svangerskaps-helse og spedbarnsernæring. I disse fora og diskusjonene har hun opplevd en viss grad av profesjonskamp, noe hun ser på som naturlig. Men det kan også virke ødeleggende at flere kokker skal hevde sin rett, advarer hun:

– Faren er at dersom funksjon etter funksjon blir tatt bort fra fastlegens ansvarsområdet, så forsvinner også helhets- og kontinuitetsprinsippet. Da er det en del av grunnlaget for fastlegeordningen som blir borte, avslutter Kari Løvendahl Mogstad.



Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisin 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.

Hygienetiltak på legevakt

■ KNUT STEEN

Fastlege ved Krambua legesenter i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin

■ TONE MORKEN

Fastlege ved Krambua legesenter i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin

■ STEINAR HUNSKÅR

Professor i allmennmedisin ved Universitetet i Bergen og forsker ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktdisin

Artikkelen gjør rede for de vanligste hygienetiltakene som er aktuelle ved norske legevakter. Tiltakene beskrives, inkludert lov- hjemmel og den vitenskapelige dokumentasjonen. Data fra Nasjonalt legevakregister viser at mange legevakter mangler gode hygiene- rutiner, og at mange av de anbefalte tiltakene etterleves i varierende grad ved norske legevakter. Resultatene er også relevante for norske allmennlegekontorer.

Hygiene og smitteverntiltak ved legevakter er hjemlet i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* med tilhørende veileder (1), samt Helsepersonell-lovens krav om forsvarlig virksomhet. Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester plikter å ha et system for internkontroll. Den som yter helsetjenester skal skaffe seg oversikt over områder hvor det er fare for svikt, og iverksette tiltak for å unngå eller redusere slik svikt. Dette gjelder også for hygiene og tiltak mot infeksjonsspredning. *Forskrift om smittevern i helse- og omsorgstjenesten* med tilhørende veileder (2) gir flere detaljer om de ulike elementer et slikt system skal ha. Imidlertid gjelder forskriften bare for spesialisthelsetjenesten (unntatt avtalespesialister som ikke driver dagkirurgisk poliklinikk), samt for kommunale institusjoner med senger som f.eks. sykehjem og ØHD-senger. Den gjelder altså ikke formelt for legevaktene, men må oppfattes som en norm og som en mal for et godt system.

Adekvate smitteverntiltak er et ledelsesansvar. Det er den øverste lederen som har det overordnede ansvar for at gode internkontrollsystemer, inkludert hygienetiltak, er på plass. For legevakter er dette kommunens administrasjonssjef, men i det daglige vil det være delegert til legevaktens leder.

De lokale retningslinjene skal være skriftlige. *Basale smitteverntiltak* er smitteverntiltak som skal gjennomføres rutinemessig og overfor alle pasienter, uavhengig av deres kjente smittestatus, og baserer seg på at alle kroppsvæsker, sekreter og ekskretorer kan være smitteførende. Det absolutt viktigste tiltaket her er god håndhygiene. Men basale smittevernrutiner omfatter også prosedyrer for blant annet bruk av hansker, munnbind, stellefrakk, rengjøring og desinfeksjon av pasientutstyr. *Spesifikke smitteverntiltak* er tiltak som tar for seg smitteverntiltak rettet mot et spesifikt smittestoff, for eksempel MRSA (meticillinresistente *Staphylococcus aureus*) eller hepatitt.

Legevakt og hygienetiltak

Figur 1 på neste side viser den grunnleggende tankegangen bak hygienetiltakene. Når det identifiseres en risikofaktor for infeksjonsspredning (for eksempel økt bakterievekst på hender), settes det inn korrigerende tiltak (hånddesinfeksjon med sprit) for å begrense eller eliminere denne risikofaktoren (redusert bakterievekst på hender), som så til slutt skal gi lavere klinisk infeksjonsfrekvens hos pasientene (tiltaket skal ha klinisk effekt). De fleste vitenskapelige studiene på dette området er gjort på sykehus. Det er ikke åpenbart at alle resultatene er overførbare til allmennmedisin og legevakt. Generelt vil smittepresset være høyere i sykehus enn i legevakt, og enda lavere i allmennpraksis. På legevakten oppholder pasientene seg kortere tid enn i sykehus, de fleste er mindre syke, de utsettes ikke for store traumatiske kirurgiske inngrep og bakteriefloraen er mindre virulent. Imidlertid er antallet pasienter på legevakten stort, og ved større legevakter klart større enn ved mange av sykehusene. Dessuten er mange av pasientene ukjente fra tidligere, og smittestatus er derfor ikke kjent for legevaktpersonellet.

De fleste vitenskapelige studiene på hygieneområdet har reduksjon/fjerning av uønsket bakterievekst som endepunkt (eksempelvis fjerne ringer og klokker grunnet

Legevaktene må ha

- Skriftlige retningslinjer for hygiene
- Spritsdispensere tilgjengelig

Helsepersonell på legevakt må

- Ha god håndhygiene med hyppig spritvask av 20–30 sekunders varighet

Ved store og mellomstore legevakter må helsepersonell:

- Bruke arbeidstøy levert av arbeidsgiver og skifte etter hver vakt

økt bakterievekst under disse), og ikke reduksjon i infeksjonsfrekvens hos pasientene etter hygienetiltaket. Oftest blir ikke den kliniske effekten av hygienetiltaket målt, altså vet vi ikke om det fører til færre pasientinfeksjoner.

Alkoholbasert håndhygiene

Det aller viktigste hygienetiltaket er god håndhygiene. Folkehelseinstituttet har utgitt en egen veileder om håndhygiene (3). Den anbefaler alkoholbasert hånddesinfeksjon av 20 til 30 sekunders varighet. Alkoholbasert håndhygiene har bedre bakteriedrepende effekt enn håndvask med såpe og vann og tar også kortere tid før full effekt (20–30 sekunder versus 40–60 sekunder). Ved synlig forurensing anbefales vask med såpe og vann, idet alkoholbasert håndhygiene har dårlig evne til å trenge inn i organisk materiale. Håndhygiene skal alltid gjennomføres før kontakt med pasient, før rene eller aseptiske prosedyrer, samt alle aktiviteter som innebærer direkte eller indirekte kontakt med slimhinner, ikke-intakt hud eller invasivt medisinsk utstyr. Håndhygiene skal gjennomføres etter kontakt med pasienten, og alltid gjennomføres etter risiko for kontakt med pasientens kroppsvæsker. For å hindre smittespredning mellom samfunn og legevakt skal håndhygiene alltid utføres når man ankommer legevakt og før man forlater legevakten. God tilgjengelighet på spritdispensere og håndvasker er en forutsetning for å kunne gjennomføre god håndhygiene i tråd med retningslinjene i veilederen. Til forskjell fra mange andre hygienetiltak foreligger det ganske mye vitenskapelig dokumentasjon på at god håndhygiene har effekt i klinisk praksis i form av redusert infeksjonsfrekvens hos pasientene (4). Nesten all forskning her er gjort på sykehus, men den vitenskapelige dokumentasjonen er ganske omfattende, så det er ingen grunn til å tvile på at dette også gjelder for legevakt og allmennpraksis.

Figur 2 viser hvordan god håndhygiene gjennomføres i praksis (3).

Klokker og ringer

Veilederen i håndhygiene anbefaler at helsearbeidere i kontakt med pasienter ikke benytter ringer, klokker eller armbånd når de deltar i pasientrettet arbeid. Anbefalingen bygger på flere studier som har funnet økt bakterievekst, blant annet med gule stafylokokker og gramnegative staver under klokker og ringer, samt også økt bakterievekst på hendene hos klokke- og ringbrukere (5–7). Disse studiene er fra sykehus. Det foreligger ikke studier som viser at fjerning av ringer og klokker hos helsepersonell med pasientkontakt gir reduksjon i antall pasientinfeksjoner. Studier fra allmennpraksis og legevakt er fraværende.

Arbeidstøy

Det anbefales også eget arbeidstøy og at dette skiftes hver dag. Det er vist at arbeidstøy koloniseres med bakterier, blant annet med gule stafylokokker (8, 9), og dette skjer etter få timers bruk (10). Videre er det vist større bakterievekst ved frakkeermer og lommer enn fra andre steder på frakken (11, 12). Derfor anbefales bruk av arm-løse kitler i helsevesenet. En nyere studie fant imidlertid at bakteriekoloniseringen var uavhengig av om det ble brukt korte eller lange ermer (10). Det foreligger heller ikke kliniske studier som viser reduksjon i infeksjonsfrekvens blant pasientene. Det synes likevel fornuftig at eget arbeidstøy kan ha en barrierefunksjon mot verden utenfor legevakt, slik at en ikke drar med seg smitte i eget tøy til verden utenfor legevakt. Men heller ikke her foreligger det vitenskapelig dokumentasjon.

Arbeidstilsynet har gitt pålegg om bruk av arbeidstøy til ansatte i sykehjem og hjemmesykepleien, med begrunnelser som vil være de samme i legevakt. Kommunene er blitt pålagt å holde arbeidstøy, samt å vaske tøyet. Ulike former for «uniformstillegg» der de ansatte selv skal kjøpe og vaske arbeidstøy, har ikke blitt akseptert.

Resultater fra legevakt-registerundersøkelsen

Nasjonalt legevaktregister drives av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) i form av en nettbasert spørreundersøkelse hvert annet år til alle norske legevakter. Hygiene og smitteverntiltak har tidligere vært lite undersøkt ved norske legevakter, men undersøkelsen i 2016 inneholdt et avsnitt om hygiene. Det ble spurt om legevaktene hadde skriftlige generelle retningslinjer for hygiene og om de hadde spesifikke retningslinjer for MRSA-smitte. Videre kartla man om legevaktene hadde spritdispensere tilgjengelig, om det var rutine for helsepersonell å fjerne klokker og ringer før vakt, samt hvilke rutiner man hadde for arbeidstøy. Ved analyse av dataene ble legevaktene inndelt i store (mer enn 100 000 innbyggere), mellomstore (mellom 10 000 og 100 000 innbyggere) og små (mindre enn 10 000 innbyggere).

På det tidspunktet undersøkelsen ble gjennomført, var det 182 legevakter i Norge. Svarprosenten var 100 prosent. Ikke alle legevaktene svarte på alle spørsmålene, slik at for noen variabler var svarprosenten noe lavere. Tabell 1 gir en samlet oversikt over svarene i undersøkelsen.

Undersøkelsen viste at 63 prosent av alle legevakter hadde skriftlige generelle hygienerutiner, og flere større enn mindre legevakter hadde dette. Men selv blant mellomstore og store legevakter manglet omtrent en tredel av legevaktene skriftlige generelle hygienerutiner. En del flere hadde spesifikke rutiner for håndtering av MRSA-smitte, men også her manglet nesten firedel av alle legevaktene skriftlige rutiner.

Som et indirekte mål på håndhygiene ble det spurt om det var spritdispensere til håndhygiene tilgjengelig på legevakten. Nesten samtlige legevakter, store som små, hadde spritdispensere til håndhygiene tilgjengelig.

Leger tok sjelden av seg klokker og ringer før vakt (10–20 prosent), noenlunde

FIGUR 1. Grunnleggende tankegang ved hygienetiltak.



FIGUR 2. Retningslinjer for god håndhygiene.
FIGUR: FOLKEHELSEINSTITUTTET

Hånddesinfeksjon

MED ALKOHOLBASERT HÅNDDESINFEKSJONSMIDDEL

1a



1b

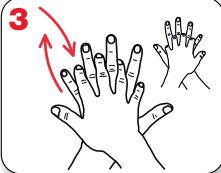


Tilfør tilstrekkelig hånddesinfeksjonsmiddel til å dekke begge henders overflater.

2



Gni håndflatene mot hverandre.

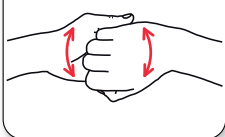


Gni høyre håndflate over venstre håndbak inkludert mellom fingrene, og motsatt.



Gni håndflatene mot hverandre med fingrene flettet.

5



Gni baksiden av fingrene mot motsatt håndflate, med sammenlåste fingre.



Grip med høyre hånd rundt venstre tommel og gni med roterende bevegelser, og motsatt.



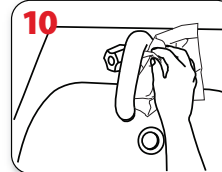
Plasser fingrene på høyre hånd i venstre håndflate og gni i roterende bevegelser, og motsatt.



Skyll hendene under rennende vann.



Tørk hendene grundig med engangshåndkle.

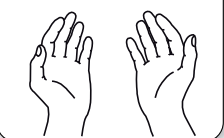


Benytt håndkle til å skru av vannet.



20-30 sek

8

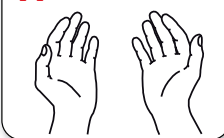


Når hendene er tørre er de rene.



40-60 sek

11



.. og du har rene hender

Basert på 'How to Handrub'
URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandRub_Poster.pdf
Etter tillatelse fra © World Health Organization 2009

Basert på 'How to Handwash'
URL: http://www.who.int/gpsc/5may/How_To_HandWash_Poster.pdf
Etter tillatelse fra © World Health Organization 2009

Design: mondragills network

likt ved store og små legevakter. Sykepleierne ved omtrent halvparten av legevaktene (45 prosent) tok av seg klokke og ringer før vakt, og noe hyppigere ved store legevakter enn ved de små.

Ved de fleste legevaktene som hadde sykepleiere ansatt, var det rutine at de skiftet alt tøy før vakt (77 prosent), spesielt gjaldt dette for de mellomstore og store legevaktene, hvor andelen lå mellom 80 og 90 prosent. For legene var bildet mer sammensatt, hvor antall legevakter fordelte seg ganske likt på andelen leger som brukte egne klær, frakk utenpå eget tøy, ingen rutiner eller skiftet alt.

Diskusjon

Mange legevakter mangler lovpålagt skriftlighet med hensyn til hygienrutiner. Det er et ledelsesansvar at slike rutiner finnes ved alle legevakter. Der hvor skriftlighet mangler, bør den lokale ledelsen ved legevaktene utarbeide skriftlige rutiner. Retningslinjene kan tilpasses den enkelte legevakts behov. De trenger ikke være omfattende, særlig ikke for mindre legevakter.

Målt etter antallet legevakter som har spritdispensere tilgjengelig, kan det synes som håndhygien er god ved norske legevakter. Det er imidlertid ikke undersøkt hvor lett tilgjengelige spritdispenserne er i praksis (antall og hvor de befinner seg), og heller ikke helsepersonellens bevissthet og holdninger til håndhygiene og dermed bruk av spritdispensere i hverdagen.

Få leger og noen flere sykepleiere følger anbefalingene om å fjerne klokke og ringer før vakt. Det mangler vitenskapelig dokumentasjon på om dette er nødvendig i primærhelsetjenesten, og spesielt ved små legevakter hvor helsepersonellet ikke er kontinuerlig til stede i legevaktslokalet, kan det synes upraktisk å fjerne klokke og ringer før vakt.

Også når det gjelder å skifte alt eget tøy og bruke eget arbeidstøy, er det svært få legevakter hvor dette er rutine blant legene (17 prosent), mens de fleste sykepleiere skifter alle klær før vakt (77 prosent). Skifte av tøy og effekt i klinisk praksis i allmennmedisin og legevakt mangler også god vitenskapelig dokumentasjon. Dette synes likevel fornuftig, i alle fall ved de fleste legevaktene, ut fra tankegangen at arbeidstøy har en barrierefunksjon i forhold til smitte fra legevakt til samfunnet for øvrig. I tillegg har arbeidstøy på legevakt en uniformeringseffekt som signaliserer en rolle som helsepersonell, noe som blant annet er understreket ved utviklingen av en nasjonal legevaktuniform (13). Arbeidstilsynet har lagt seg på en streng

TABELL 1. Hygiene på legevakt

	LITEN LEGEVAKT N = 85	MELLOMSTOR LEGEVAKT N = 88	STOR LEGEVAKT N = 89	TOTALT N = 182
Foreligger det skriftlige hygieneretningslinjer				
Generelle	46 (54 %)	60 (68 %)	8 (89 %)	114 (63 %)
MRSA	47 (55 %)	66 (75 %)	9 (100 %)	122 (67 %)
Tilgjengelig spritdispenser på legevakten*	81 (95 %)	88 (100 %)	9 (100 %)	178 (98 %)
Fjerner klokke og ringer før vakt*				
Leger	14 (17 %)	12 (14 %)	1 (11 %)	27 (15 %)
Sykepleiere/annet helsepersonell	26 (31 %)	51 (58 %)	5 (56 %)	82 (45 %)
Rutiner for arbeidstøy på legevakt				
LEGER				
Egne klær:	24 (28 %)	15 (17 %)	1 (11 %)	40 (22 %)
Frakk:	17 (20 %)	16 (18 %)	3 (33 %)	36 (20 %)
Skifter alt tøy:	6 (7 %)	22 (25 %)	3 (33 %)	31 (17 %)
Ingen rutiner:	22 (26 %)	19 (22 %)	0 (0 %)	41 (23 %)
Annet/mangler svar:	16 (19 %)	16 (18 %)	2 (22 %)	31 (17 %)
SYKEPLEIERE **				
Har sykepleiere:	44 (52 %)	83 (94 %)	9 (100 %)	136 (75 %)
Egne klær	0 (0 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	1 (1 %)
Frakk	2 (5 %)	1 (1 %)	0 (0 %)	3 (2 %)
Skifter alt tøy	26 (59 %)	71 (85 %)	8 (89 %)	105 (77 %)
Ingen rutiner	4 (9 %)	3 (4 %)	0 (0 %)	7 (5 %)
Annet/mangler svar	12 (28 %)	7 (8 %)	1 (11 %)	17 (13 %)

* Tre små legevakter ikke besvart spørsmålet

** Prosentsetter ulike typer arbeidstøy for sykepleiere regnet ut fra antall legevakter som har sykepleiere ansatt

linje når det gjelder bruk av arbeidstøy i helsetjenesten.

Ikke uventet er det flere store enn små legevakter som har egne hygieneprosedyrer og som også etterlever offisielle retningslinjer for arbeidstøy, samt fjerning av klokke og ringer. Det generelle smittepresset er sannsynligvis mindre på små legevakter enn ved de større. Flertallet av legevaktene har generelle hygieneretningslinjer. Relativt få legevakter har imidlertid rutine for fjerning av klokke og ringer eller at eget arbeidstøy ikke skal brukes på legevakt, og dette gjelder spesielt for små legevakter.

Konklusjoner

Mange legevakter mangler egne skriftlige hygieneretningslinjer, flere små enn større legevakter. Etterlevelsen av offisielle hygieneretningslinjer er også varierende.

REFERANSER

1. Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Oslo: Helsedirektoratet, 2017.
2. Rettleier til forskrift om smittevern i helsetenesta. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2006.
3. Nasjonal veileder. Håndhygiene. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2017.

4. Allegranzi B, Pittet D. Review: Role of hand hygiene in helath care – associated infection prevention. J Hosp Infect 2009; 73: 305–15.
5. Fagernes M, Lingaas E. Factors interfering with the microflora on hands: a regression analysis of samples from 465 healthcare workers. J Adv Nurs 2011; 67: 297–307.
6. Trick WE, Vernon MO, Hayes RA et al. Impact of ring wearing on hand contamination and comparison of hand hygiene agents in a hospital. Clin Infect Dis 2003; 36: 1383–90.
7. Velvizhi G, Anupriya G, Sucilathangam G et al. Wristwatches as the potential sources of hospital – acquired infections. JCDR 2012; 6: 807–10.
8. Treake AM, Thom KA, Furuno JP et al. Bacterial contamination of health care workers, white coats. Am J Infect Control 2009; 37: 101–5.
9. Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B et al. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. Am J Infect Control 2011; 39: 555–9.
10. Burden M, Cervantes L, Weed D et al. Newly cleaned physician uniforms and infrequently washed white coats have similar rates of bacterial contamination after an 8-hour workday: a randomized controlled trial. J Hosp Med 2011; 6: 177–82.
11. Loh W, Ng VV, Holton J. Bacterial flora on the white coats of medical students. J Hosp Infect 2000; 45: 65–8.
12. Wong D, Nye K, Hollis P. Microbial flora on doctors white coats. BMJ 1991; 303: 1602–4.
13. Aksnes A, Mikaelson PM, Valdersnes G et al. Legevakt – nasjonal uniformering. Rapport nr. 6-2014. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2014.

■ KNUT.STEEN@UNI.NO

Bedre behandling av helsetjenesten – et viktig

■ LARS MEHLUM

Professor og senterleder, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

■ EGIL HAGA

Prosjektkoordinator, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

■ HILDE THOMASSEN

Seniorrådgiver, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

■ ERLEND MORK

Lamanuensis og forskningsleder, Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Universitetet i Oslo

Bare en liten andel av alle som lider av depresjon får adekvat hjelp i helsevesenet til tross for at det finnes effektive behandlingsmetoder. Nye satsinger på folkeopplysning, kunnskapsformidling til helsepersonell og nye verktøy til bruk i primærhelsetjenesten kan forhåpentligvis bedre situasjonen.

Bakgrunn

Alvorlig depresjon er en stor folkehelseutfordring i de fleste land idet om lag en av fem innbyggere vil oppleve minst én depressiv episode i løpet av livet. I Europa står depresjon for 25 prosent av leveår som går tapt på grunn av sykdom og for tidlig død. I gjennomsnitt lider mer enn 10 prosent av pasientene på venteværelset til en allmennlege av depresjon (1), men under halvparten søker helsehjelp for depresjonen. Det finnes gode metoder for behandling av depresjon, men bare en liten andel av alle som lider av depresjon får tilstrekkelig hjelp (2). Dette kan blant annet skyldes at det er svake kunnskaper i befolkningen om at depresjon er en virkelig sykdom som kan behandles. Negative holdninger til det å bli identifisert som psykisk syk eller være mottaker av psykiatrisk behandling kan også være et hinder for at mange søker hjelp. Slike holdninger er ofte mer utbredt blant menn og blant unge. For deprimerte som faktisk kommer i kontakt med helsetjenesten kan manglende kompetanse hos helsepersonellet i å stille rett diagnose og gi rett behandling, også forklare noe av svikten i tilbudet. Selv med rett diagnose og rett behandling kan det svikte, fordi behandlingen ikke virker eller fordi pasienten mister troen på behandlingen og slutter å bruke den.

Alvorlig depresjon medfører høy risiko for selvmord (3). Det er derfor et viktig selvmordsforebyggende tiltak å sørge for at en større andel av de mange som lider av depresjon får tidlig og effektiv behandling. Dette er også et viktig mål for den europeiske alliansen mot depresjon EAAD (European Alliance Against Depression) (4) som Norge nylig har sluttet seg til. En rekke tilnærminger tas i bruk for å nå målet om at flere skal få behandling for depresjon og at man på denne måten også når målet om å redusere forekomsten av selvmord. I første omgang er det i Agder-fylkene, som pilotregion, man har tatt i bruk de nye tilnærmingene og i denne artikkelen skal vi presentere noen av erfaringene som er gjort så langt.

Flernivåintervensjon – hvorfor og hvordan?

En årsak til at mange eksisterende forebyggingstiltak vil ha vansker med effektivt å redusere forekomst og varighet av depresjon og suicidal atferd i befolkningen, er at en relativt stor andel av dem som har de aktuelle problemene ikke naturlig kommer i kontakt med tiltakene. På den ene side er det altså behov for at allerede eksisterende tiltak utnyttes bedre og gjøres bedre kjent, samtidig som eksisterende tiltak

suppleres med nye og målrettede initiativ for å styrke behandlingen av depresjon og suicidal atferd. Et sentralt prinsipp for samarbeidet gjennom EAAD er altså å sette inn tiltak *på flere nivåer samtidig i samme geografiske område*. Denne metodikken med flernivåintervensjon har vist gode resultater i flere land i Europa (5), og innebærer å sette inn samtidige forebyggingstiltak på følgende fire nivåer (6):

- ❶ tiltak rettet mot allmennheten
- ❷ tiltak rettet mot nøkkelpersoner i lokalsamfunnet
- ❸ tiltak i primærhelsetjenesten
- ❹ tiltak rettet mot pasienter og pårørende.

Vi skal kort beskrive hva disse tiltakene konkret kan handle om.

Tiltak rettet mot allmenheten – folkeopplysning

Det grunnleggende tiltaket her er å etablere eller styrke regionale nettverk som har til formål å senke tersklene for å søke hjelp og gjøre eksisterende tilbud bedre kjent. De konkrete tiltakene retter seg mot allmennheten og omfatter informasjonskampanjer med mål om å motvirke stigmatisering og feiloppfatninger om depresjon og suicidalitet og å senke terskelen for å søke hjelp ved depresjon og selvmordsfare (f.eks. å formidle budskap som «Depresjon kan ramme alle», «Behandling hjelper», «Våg å bry deg» når du ser noen som sliter). EAAD har utviklet en nettside (www.ifightdepression.com/no) som er tilgjengelig på norsk med informasjon om depresjon, selvhjelpsressurser og behandlingsmuligheter, rettet mot allmennheten og mot undergrupper (ungdom, nøkkelpersoner i lokalsamfunnet, helseperso-

depresjon i primær- selvmordsforebyggende tiltak



ILLUSTRASJON: COLOURBOX

nell). I Agderregionen har man i pilotperioden satsset mye på å få satt depresjonsbehandling og selvmordsforebygging på dagsorden i aviser og regionalt TV og gjennom folkemøter og temakvelder. Gode omtaler av vanskelige tema gjør det lettere å nå lenger ut med folkeopplysning, ikke minst gjennom at personer står frem med sin historie og gir et ansikt til psykiske lidelser som depresjon. Når folk forteller om vendepunktene i sin historie og hva som hjalp dem, skapes håp og engasjement, og myter og tabuer kan brytes.

Tiltak rettet mot nøkkelpersoner i lokalsamfunnet

Slike tiltak har som mål å øke kompetansen hos nøkkelpersoner i lokalsamfunnet til å oppdage og motivere personer med depresjon og suicidal atferd til å søke hjelp. Tiltakene er korte kurstilbud tilrettelagt for personell som sosiallærere, helsesøstre, personalledere, medarbeidere i bedriftshel-

setjenester og studenthelsetjenester, NAV, barnevernstjenester, Røde Kors, Kirkens SOS, idrettslag, kirkesamfunn, attføringsbedrifter, politi, ambulansetjenester, frivillighetssentraler, frisklivssentraler og ungdomsklubber. Altså en lang rekke grupper av mennesker. Lokalsamfunn er ofte preget av at det ikke er så mange medlemmer i hver av disse gruppene, men til sammen er de mange! Kursene som er rettet mot nøkkelgrupper inneholder alle den egen undervisningsmodul om hvordan «Samtale med personer i selvmordsfare» hvor sentrale element er å bryte ned myter, øve opp ferdigheter i å snakke med personer i selvmordsfare og motivere til å søke hjelp for sine plager.

Tiltak i primærhelsetjenesten

Dette er i første rekke kompetansehevende tiltak med sikte på å forbedre klinikerens ferdigheter i å diagnostisere og behandle personer med depresjon, samt ferdigheter i

å oppdage, vurdere og intervensere ved suicidalfare. Undervisningsressursene er tilpasset til de ulike faggruppene i primærhelsetjenesten, og kursene gis gjerne lokalt og i mindre grupper av klinikere. I Agder er det holdt en rekke lokale kurs, men også opplæring gjennom emnekurs for allmennleger og på regionale legekonsferanser. De som deltar i kursene får opplæring i og tilgang til behandlingsverktøy og vurderingsverktøy (www.selvmordsrisikovurdering.no). Leger og annet helsepersonell som skal være veiledere for pasienter og brukere som tar i bruk selvhjelpsverktøyet iFightDepression (se nedenfor), får særskilt opplæring i dette, enten ansikt til ansikt eller på nett. I Agder har mange primærleger allerede skaffet seg slik opplæring og har tatt i bruk selvhjelpsverktøyet overfor sine pasienter. Hittil har det vist seg lettest å få med personell fra primærhelsetjenesten i griskrendte strøk i slike satsninger, kanskje fordi terskelen for å henvise pasienter er høyere i slike områder.

Tiltak rettet mot pasienter og pårørende

I tillegg til å gjøre informasjon, behandling og ressurser mer tilgjengelig gjennom nettsider og informasjonsmateriell og kampanjer, arbeider man her for å gjøre bedre kjent og tilgjengelig eksisterende tiltak som kan styrke mestring eller tilknytning til lokalsamfunnet (selvhjelpsgrupper, frivillige organisasjoner, tros- og livssynsamfunn o.l.) for personer i risiko og deres pårørende. Ofte er det mange slike ressurser, men de er for lite brukt fordi de er for lite kjent eller de mest risikoutsatte personene får ikke tilgang på grunn av høye terskler, myter eller tabuer. Der man ser at det er mangel på slike tiltak lokalt, prøver man å få iverksatt nye tiltak.

Bruk av et veiledet internettbasert selvhjelpsverktøy (iFightDepression)

iFightDepression er et internettbasert selvhjelpsverktøy for personer med mildere og moderate former for depresjon. Verktøyet er opprinnelig utviklet av kliniske forskere ved universitetet i Leipzig, mens en faggruppe ved Nasjonalt Senter for Selvmordsforskning og forebygging (NSSF) ved Universitetet i Oslo, er ansvarlig for norsk oversettelse og tilpasning samt implementering og administrering av verktøyet i Norge.

iFightDepression bygger på prinsipper fra kognitiv atferdsterapi (KAT) og er bygd opp av strukturerte tekster og illustrerende grafikk. I tillegg legger programmet opp til jevnlig registrering av humør/stemningsleie og øvelser for den enkelte pasient gjennom bruk av arbeidsark. Pasienten kan enten jobbe med disse arbeidsarkene direkte på PC, eller han/hun kan skrive dem ut og arbeide med dem offline. Programmet inneholder seks kjerne-workshoper:

- 1 Tenke, føle og handle
- 2 Søvn og depresjon
- 3 Planlegge og gjøre ting som gir glede
- 4 Få ting gjort
- 5 Kjenne igjen negative tanker
- 6 Endre negative tanker

De to første workshopene tar sikte på å øke brukerens forståelse av hvordan tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd henger sammen, og bli mer bevisst på hvordan søvnmonstret kan virke inn på stemningsleiet. Her blir man også introdusert for de første øvelsene med tilhørende arbeidsark. Eksempelvis i den første workshopen registrerer brukeren aktiviteter og hvordan humøret varierer med forskjellige aktiviteter. I de resterende workshopene er det mer fokus på endring; i workshop 3 og 4 på å øke aktivitet, og i de to siste workshopene på å

bli mer bevisst på og arbeide med å endre negative tankemønstre. Pasientene gjennomfører workshopene i sitt eget tempo, men det blir anbefalt at man bruker en uke pr. workshop (ca. 30–45 minutter pr. uke).

Det er godt dokumentert at veiledele selvhjelpsprogram gir bedre effekt enn programmer uten veiledning (7, 8). Derfor er det viktig at pasienten bruker programmet mens han/hun er under oppfølging av en veileder (fastlege, psykolog eller annet helsepersonell). For å kunne få tilgang til verktøyet som veileder må man ha gått gjennom en opplæring. Det ble i 2017 gjennomført flere veilederkurs i Agder-fylkene og man vil også utarbeide en internettbasert opplæring i bruken av iFightDepression. Veilederen inviterer egne pasienter som brukere av programmet etter å ha gjort en vurdering om pasienten tilfredsstiller kriteriene:

- Pasienten har subklinisk, mild eller moderat depresjon (påvist ved hjelp av et screeningskjema (WHO-5 eller PHQ-9), og behandlerens kliniske vurdering)
- Alder > 16 år

Veilederne blir anbefalt så langt som mulig å ha regelmessig kontakt med brukerne. De tekniske løsningene for datasikkerhet sikrer konfidensialitet og er godkjent av NSD (Personvernombudet for forskning).

Diskusjon

Fortsatt er det mange som ikke anser depresjon for å være en «virkelig» sykdom på linje med hjertesykdom eller kreft. Slike holdninger er ikke bare vanlige blant folk flest, men kan også finnes hos helsepersonell. Men depresjon har alle de kjennetegn som ellers karakteriserer en sykdom, slik som et klart og veldefinert symptom-bilde, typisk sykdomsforløp, et organisk forklaringsgrunnlag (i tillegg til psykologiske forklaringsvariabler) og kjente genetiske og miljømessige risikofaktorer. Depresjon er også tilgjengelig for kunnskapsbasert behandling, særlig ulike typer psykoterapi og antidepressiver, og tilbakefall kan forebygges gjennom effektive tiltak. Det å ikke anerkjenne depresjon som sykdom er derfor i beste fall kunnskapsløst, i verste fall uttrykk for diskriminerende holdninger. Men både kunnskapsmangel og negative

holdninger kan representere et farlig hinder for at mange som sliter med depresjon kan få hjelp. Dette kan i verste fall ta liv og er en stor samfunnsutfordring som krever handling og systematisk innsats. Her er det ikke høyspesialiserte intervensjoner som skal til, men bred respons fra mange gode krefter i lokalsamfunnet. Den europeiske alliansen mot depresjon (EAAD) er et bredt samarbeid på tvers av fagmiljøer, regioner og lokalsamfunn i Europa som gir håp om at vi skal kunne gjøre mer ved å satse på flere tiltak i lokalsamfunn samtidig når mange samarbeider. I Norge vil tiltakene i Agderregionen bli evaluert med tanke på videre implementering av strategiene også i andre deler av Norge.

REFERANSER

1. Wittchen HU. Epidemiological research in mental disorders: lessons for the next decade of research—the NAPE Lecture 1999. Nordic Association for Psychiatric Epidemiology. Acta psychiatrica Scandinavica. 2000 Jan; 101(1): 2–10. PubMed PMID: 10674945.
2. Kessler RC, Wittchen HU. Anxiety and depression: the impact of shared characteristics on diagnosis and treatment. Introduction. Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum. 2000 (406): 5–6. PubMed PMID: 11131469.
3. Inskip HM, Harris EC, Barraclough B. Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 1998 Jan; 172: 35–7. PubMed PMID: 9534829.
4. Haga E, Thomassen H, Mork E, Mehlum L. iFightDepression- selvhjelpsverktøy for personer med depresjon. Suicidologi. 2017; 22(2): 3.
5. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2010 Aug; 260(5): 401–6. PubMed PMID: 19921299. Epub 2009/11/19. eng.
6. Hegerl U, Cibis A, Arensman E, Aromaa E, Van Audenhove C, Bouleau JH, et al. The «European Alliance Against Depression» – a four-level intervention programme against depression and suicidality. Suicidologi. 2008; 13(1): 12–4. eng.
7. Hilvert-Bruce Z, Rossouw PJ, Wong N, Sunderland M, Andrews G. Adherence as a determinant of effectiveness of internet cognitive behavioural therapy for anxiety and depressive disorders. Behav Res Ther. 2012 Aug; 50(7–8): 463–8. PubMed PMID: 22659155. Epub 2012/06/05. eng.
8. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. Psychol Med. 2007 Sep; 37(9): 1217–28. PubMed PMID: 17306044. Epub 2007/02/20. eng.

■ LARS.MEHLUM@MEDISIN.UIO.NO
 ■ EGIL.HAGA@MEDISIN.UIO.NO
 ■ HILDE.THOMASSEN@SSHF.NO
 ■ ERLEND.MORK@MEDISIN.UIO.NO



iFightDepression

Mangeltilstander ved inflammatorisk tarmsykdom

■ SVEIN OSKAR FRIGSTAD • Seksjonsoverlege ved Vestre Viken Bærum Sykehus

Mangeltilstander ved inflammatoriske tarmsykdommer (IBD) er viktig å være oppmerksom på i den kliniske hverdag. Mangeltilstander kan være forårsaket av dårlig opptak eller økt forbruk ved kronisk sykdom- eller kanskje ha sammenheng med alvorlighetsgrad og aktivitet i sykdommen. Både jernmangel og lave nivåer av vitamin D er vanlig hos pasienter med IBD.

Vitamin D og IBD

Det er påvist sesongvariasjon av debut av ulcerøs kolitt med økt forekomst av nye tilfeller i vinterhalvåret når vitamin D-nivåene er lavest. Mangel av vitamin D forekommer også tidlig i forløpet av IBD og kan således være en risikofaktor for sykdomsutvikling. Vitaminmangel gir økt risiko for indusert kolitt i dyremodeller og tilskudd beskytter tilsvarende. Studier støtter økt sykdomsaktivitet og økt risiko for kirurgi ved Crohns sykdom hos pasienter med lave nivåer av vitamin D, men ytterligere studier må til for å kartlegge prediktorer og konsekvenser av vitamin D-mangel ved inflammatorisk tarmsykdom.

Jernmangel ved IBD

Jernmangel er en hyppig forekommende komplikasjon til inflammatorisk tarmsykdom (IBD) og har negativ effekt på livskvalitet. Anemi regnes som en ekstraintestinal manifestasjon av IBD og forekommer hos 20–42 prosent av pasienter med IBD. Adekvat jernsubstitusjon ved jernmangel er derfor viktig. I europeiske retningslinjer anbefales intravenøs jerntilførsel ved aktiv tarmsykdom, hemoglobin < 10 g/dl og/eller intoleranse for peroralt jerntilskudd. Infusjonsreaksjoner er i kliniske studier rapportert å forekomme ved 1–3 prosent av infusjoner.

Fatigue og mangeltilstander

Fatigue er vanlig ved inflammatorisk tarmsykdom med forekomst 44–86 prosent ved aktiv sykdom og 22–41 prosent ved sykdom i remisjon. I tillegg til sykdomsaktivi-

tet er søvnforstyrrelser, anemi, smerter og depresjon relatert til fatigue. Betydningen av vitamin D mangel for fatigue er uklar, mens jernmangel synes å være forbundet med fatigue og redusert konsentrasjonsevne.

Anbefalinger om tilskudd

Det foreligger ikke nok kunnskap til å anbefale vitamin D-tilskudd for å forebygge kroniske sykdommer.

I offisielle næringsstoffanbefalinger fra Helsedirektoratet anbefales 10 µg (400 IE) vitamin D per dag til voksne og 20 µg (800 IE) pr. dag til eldre. I sommerhalvåret vil mange få dekket behovet uavhengig av kosten ved å være ute i solen. Eksponering på armer og ben over 30 minutter minst to ganger i uken på dagtid gir nok vitamin D. Om vinteren vil mange trenge tilskudd som tran eller inntak av matvarer som inneholder rikelig vitamin D. Ved kroniske sykdommer og påvist mangel vil behovet for tilskudd være betydelig høyere. Ofte anbefales minst 50 µg (2000 IE) daglig i tre måneder ved påvist lavt nivå av vitamin D.

Hva vi enda ikke vet

Det er mange ubesvarte spørsmål om vitamin D og IBD. Vi vet ikke om vitamin D-mangel er en medvirkende årsak eller en markør for IBD. Kanskje kan tilskudd til enkelte grupper forhindre IBD eller gi økt

effekt av medikamenter f.eks. synergistisk effekt ved biologisk behandling med anti-TNF. Hvilke doser og nivåer som eventuelt kan være terapeutiske eller om vitamin D kan redusere kreftrisiko ved IBD er viktige spørsmål som så langt er ubesvarte.

Fastlegens rolle

Pasienter med inflammatorisk tarmsykdom følges ofte i spesialisthelsetjenesten, men de fleste pasienter har behov for oppfølging også hos sin fastlege. Pasienter med kontrollert sykdom kan gjerne i hovedsak få oppfølging i primærhelsetjenesten. Når det gjelder mangeltilstander anbefaler vi kontroll av jernstatus (hemoglobin, ferritin og jernmetning) fire ganger i året ved aktiv tarmsykdom, og to ganger i året ved tarmsykdom i remisjon. Vitamin B₁₂ og folsyre bør sjekkes årlig, og vitamin D måles ved økt sykdomsaktivitet og en gang i vinterhalvåret.



■ SVEIN.OSKAR.FRIGSTAD@VESTREVIKEN.NO

Det er forskjell på å behage og å hjelpe

■ EIVIND MELAND • Professor og allmennpraktiserende lege, Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen

Artikkelen tar utgangspunkt i Knud Løgstrups etiske filosofi. Medisinsk og helsefaglig praksis kan representere bjørnetjenester og bidra til sementering av lidelse og til marginalisering av medmennesker. Slike konsekvenser skjer med de beste hensikter og med behandler-atferd som ikke åpenbart bryter med normer for etisk atferd. Artikkelen argumenterer for et etisk perspektivskifte med vekt på å anerkjenne at vi er moralske og meningssøkende subjekter, at hjelpen vi gir skal være til selvhjelp og mestring, der vi også aksepterer at lidelse er et menneskelig grunnvilkår og ikke forfører medmennesker inn i illusjoner om et symptomfritt liv.

DET VAR KNUD EJLER LØGSTRUP (1905–81) som skrev at vi måtte forstå forskjellen på å behage og å hjelpe (1). Hans mest kjente utsagn fra boken *Den etiske fordring* er kanskje at «vi ikke kan møte et annet menneske uten å holde noe av dets liv i våre hender». Hvis dette sitatet kan misforstås i retning av sentimentalt føleri, skal vi være oss bevisst at Løgstrup advarte mot en slik misforståelse med å slå til lyd for at hjelp var basert på at vi gjennom talens frihet var kompetente til å hjelpe på en ærlig måte som ikke har behaget og selvbehaget som målsetting.

Løgstrup representerte også en kultur- og sekularitetskritikk som viser seg å være økende relevant i vår samtid, mer enn 30 år etter han døde. Han mente at erkjennelsesfilosofien hadde gitt menneskene en hersker-posisjon over naturen, en posisjon som var livsfiendtlig. Det spesielle ved Løgstrups sekularitetskritikk er at den i like stor grad rettet seg mot de troende som de ikke-troende. Han mente at overbetoningen av frelsesteologien var med på å undergrave opplevelsen av kroppslig tilhørighet i livskilden, i skaperverket. Derfor var problemene med det sekulære prosjekt et felles ansvar for ikke-troende og troende, fordi de gjensidig hadde bevirket at mennesket var brakt i en ensom og avsondret stilling med naturen som kulisser mer enn som kilde.

En slik grunnleggende forståelse sammenfaller med dagsaktuell analyse av den terapeutiske kultur og det diagnostiserende samfunn (2, 3). Veksten i antall terapeuter, i kategorier som blir tilkjent sykdomsstatus i

medisinske diagnoselister og den økende funksjonssvikten knyttet til mentale sykdomsplager er ikke resultat av uetisk atferd i omsorgs- og behandlerdisiplinene. Disse fenomener er snarere resultat av den rådende ideologi og tenkemåte i vestlig medisin og helsefag. Det har å gjøre med et perspektiv der vi tildeler oss en «navne- og kategorisettende myndighet» over livet, for å bruke uttrykk fra Løgstrup og hans kritikk av nominalismen (4). Vi overbetoner sykdom som objektiv kategori, såkalt essensialisme, og evner i mindre grad å forstå sykdom og symptomer som kommunikasjon og moralsk fordring (5).

NORGE STÅR IKKE I NOEN SÆRSTILLING

i forhold til andre OECD-land, men når det gjelder sykdomsplager utmerker vi oss. Det er en økende andel av dem som faller ut av yrkeslivet som permanent får varige trygdeytelser på grunnlag av medisinsk begrunnet uførhet. De mister status som «påmeldte» (med arbeidsledighetstrygd og andre midlertidige ytelser) og går over i de «utmeldte» rekker (med permanent trygd), og svært få av dem som får medisinsk begrunnede ytelser kommer seg inn i yrkeslivet igjen. I de siste 20 år er det skjedd en sterk forskyvning og forsterkning av denne medikaliseringen også når vi sammenlikner oss med andre OECD-land (6).

For det andre har uføretrygding av ungdom vist en sterk vekst. Selv om det i absolutte tall rammer et mindretall, er den årlige tilgangsraten på uføretrygd blant ungdom under 25 år tredoblet siden 80-tallet, og vi har også sett en sterk økning i al-

dersgruppen 25–29 år. Denne trenden startet med trygding av personer med alvorlige psykiske lidelser som for eksempel schizofreni og alvorlige utviklingsforstyrrelser, men har etter tusenårsskiftet i økende grad omfattet unge med lettere former for personlighetsforstyrrelser, ungdom med rusproblemer og med lettere psykiske problemer som angst og depresjon (7).

SLIKE ENDRINGER SKJER IKKE som følge av etisk uansvarlighet og mangel på gode intensjoner. Tvert imot kan det ligge mekanismer bak som best kan karakteriseres som etisk overansvarlighet og overdreven hjelpeliver. Kanskje kan vi karakterisere virksomheten som «selvlysende samaritanisme» eller det som historikeren Terje Tvedt (1951–) kalte «narsissismens triumf» i en kronikk i *Morgenbladet* (29. mai 2015). Tvedts poeng var i likhet med Løgstrups tydelige skille mellom å hjelpe og behage, at virksomheten ikke handlet om å hjelpe, men om å konstituere seg selv som god, om å behage seg selv.

Kritikken mot den terapeutiske kultur er berettiget, men deler av kritikken skyter etter min oppfatning over målet ved å være for ensidig (2, 8). Det er lett å miste av syne at aktuelle endringer i allmennkulturen og i den terapeutiske kultur innvarsler etiske perspektivskifter som med nødvendighet vil omforme behandlersamfunnet og kulturen vår. Vi ser endringer i den måten vi forstår oss selv. Den «kantianske» forestilling (etter Immanuel Kant, 1724–1804) om et objekt-selv avløses av et situert og relasjonelt selv. Vi kan observere slike endrin-

*Den barmhjertige
samaritan, malt av
Vincent van Gogh.*

ger i nyreligiøsitet og en økende vektlegging av rituelle fellesskapshandlinger i den etablerte religiøsiteten, som for eksempel medvandring, retreat, pilgrimsvandring og gjenoppdagelse av praksiser fra kristen og annen religiøs mystikktradisjon.

SELV OM NOEN SLIKE KULTURYTRINGER kan være uttrykk for en overfladisk forbrukerinnstilling til religiøs praksis, kan vi ikke stikke under stol at for mange handler det om en dyp nyorientering i livspraksis og selvforhold (9). Det handler om en orientering mot en «løgstrupsk» sansefilosofi og naturreligiøsitet. På helsefeltet vil en slik endring innebære at vi kan skape en helseforståelse som ser på helse som «hel og tilhørende». Det vil være en befriende endring fra selvforsterkende leting etter defekter og patologier, som i alt for stor grad har hatt definisjonsmakt i moderne medisinsk og helsefaglig praksis.

Vi skal ikke underslå at sykdomsfokus og diagnosetenkningen har definisjonsmakt i våre fag. Men vi ser tydeligere hvilke problematiske artefakter slik tenkning medfører med overdiagnostikk av pseudo-sykdom og unødig ressursbruk med å behandle og avklare falskt positive funn (10). Vi opplever også en tydelig spenning i forhold til et alternativt perspektiv med fokus på ressurser og mestring. Vi ser det på barnevernsområdet og i det helsefremmende perspektivet i arbeidet med familier og foreldre. Det er godt dokumentert at å arbeide helsefremmende med barnets foresatte og nærmiljø er regningssvarende (11, 12). Et sykdoms- og defektorientert perspektiv er unntagelsesvis påkrevet der barn utsettes for overhengende fare, men som hjelpere er vi avhengige av at tilliten har forrang. Tilliten hører til det Løgstrup kalte spontane livsytringer, og livet ville ikke vært mulig uten en slik forrang (1).

TILLITSDIMENSJONEN og hvordan tilliten kan trues i behandler-pasient-møtet kan også illustreres med hvordan vi histo-



risk har sett på moralitet og roller i dette møtet. Tradisjonelt var psykoanalysen og andre lege-sentrerte behandlingsformer preget av at terapeuten hadde objektiv ekspertkunnskap om essensielle sider ved pasientens væren og (under)bevissthet, som var skjult og utilgjengelig for pasienten selv (13). Løgstrup oppfattet en slik rolle som å bryte inn i et medmenneskes nærhetssone med mistenksomhet mot den andres hensikter (1). Behandling forstått som en verdifri manipulasjon av vitenskapelige og objektive fakta er bare sjelden et relevant perspektiv på behandling. Behandling har i de siste desennier i økende grad blitt forstått som en relasjonell og dialogisk virksomhet hvor gjensidig respekt har vært en hjørnestein. Det er etiske utfordringer også med et slikt ståsted, spesielt dersom hjelp forveksles med behag og respekt misforstås som viljeløs liberalitet (1, 14, 15). Men jeg mener vi skal være glade for at etos for forsvarlig behandling i dag bygger på gjensidighet og selvbestemmelse slik det kommer fram av moderne helselovgivning.

DET BETYR IKKE AT VI IKKE TRUES av autoritær anvendelse av fagkunnskap. Spesielt der hjelpe- og omsorgsfagene har sterke innslag av maktanvendelse, slik vi ser det innen psykiatrien og i sakkyndighetsdisiplinene, mener jeg det er viktig med årvåken og åpen kritikk (16). Behandlings- og omsorgsfagene har også i de to siste desennier blitt satt på strekk av et voksende og dels berettiget krav om dokumentert effekt, slik det er formulert av forkjempere for kunnskapsbasert praksis. Selv om denne bevegelsen var et berettiget og antiautoritært opprør mot uokumentert ekspertkunnskap, er det med dette kunnskapsperspektivet lett å tape av syne at effekter og fakta om terapier må vurderes også i et etisk lys. Behandling er alltid en normativ virksomhet, og behandlingsprosedyrer er alltid informert av og må forstås i lys av de normative forutsetninger som ligger til grunn for behandlingene (17). For å sette det på spissen: ytre press, straff og bestikkelser har effekt på menneskers helse-atferd, men er det etisk forsvarlig?

Løgstrup blir av og til oppfattet som utelukkende en spontanitets- og nærhets-eti-

ker. I et oppgjør med sammenbruddet av de etiske normene i moderniteten har for eksempel Zygmunt Baumann (1925–2017) fremhevet hans spontane etiske ytringer som et bolverk mot moralsk forfall. Et slikt ståsted er bare delvis treffende for Løgstrups innsats som moral-filosof. Hans etikk er først og fremst en komplementaritet-etikk ved at han fullt ut anerkjente betydningen av de samfunnsskapte moralske normene, men så på dem som utilstrekkelige. Løgstrups posisjon var at slike normer må stå i et komplementært spenningsforhold til de spontane ytringene, slik som åpen tale, barmhjertighet og tillit. Det er et gjensidig konstituerende forhold mellom norm og spontanitet ved at de er deler av en forenede motsetning (18, 19). Løgstrup tok avstand fra scientisme og ideen om at fakta talte uformidlet til menneskelivet. Kunnskapsbasert praksis skal ikke forveksles med ensidig vektlegging av vitenskapelig dokumentasjon, en misoppfatning som han ofte karakteriserte som at «begrepsapparatet rasler og går». Gjennom et kroppslig «skjønn» kunne vi som mennesker inkorporere ytre dokumentasjon i vår spontant etiske tilstedeværelse i eget liv (1, 20).

NÅR MENNESKER SETTER SEG OVER NATUREN og overser hvilke begrensninger og grunnvilkår livet setter, er det «hyklari» for Løgstrup. Hvis vi later som om moralsk vandel eller vitenskapelig baserte terapier kan avskaffe menneskelig lidelse har vi gått oss vill. I den videreutvikling av kognitiv terapi, som kalles «metakognitiv terapi» eller «aksepterings og forpliktelsesterapi» karakteriseres dette hykleriet med betegnelsen: «dead mans aspiration».



Den dansk filosofen, teologen og presten Knud Ejler Løgstrup (1905–1981). FOTO: ARKIVFOTO / KRISTENDOM.DK

Vi må forsone oss med den kjensgjerning at den dagen vi ikke opplever plagsomme følelser og symptomer, er vi sannsynligvis døde. Når vi forfører dem vi skal hjelpe inn i forestillingen om at terapiens målsetting er symptomfrihet, opptrer vi som regel antiterapeutisk. Antiterapien består i at terapeuten anviser dysfunksjonelle mestingsstrategier med unnvikelse som et kjerneelement. Det kan være til behag på kort sikt, men fremmer sjelden pasienters funksjonsevne på lengre sikt (21). De spesielle kjennetegnene ved norsk håndtering av lettere psykiske plager og mentale sykdommer, som i dag spesielt truer unges deltagelse i arbeidsliv og sosialt fellesskap, er sannsynligvis et uttrykk for at vi kollektivt

har vansker med å forstå og ta konsekvensen av Løgstrups formaning om at det er forskjell på å hjelpe og å behage.

Det er ingen tvil om at den terapeutiske kultur har kritikkverdige sider ved seg. Spesielt er overdiagnostikk og overbehandling et økende problem i moderne samfunn generelt og i en norsk overskuddsøkonomi spesielt. Slik jeg ser det er der imidlertid endringer i den terapeutiske kultur, nyskaping og nykjennelser som peker framover som løsninger på de problemer vi skaper. Knud Løgstrup har på mange måter vært et etisk omdreiningspunkt i nødvendige endringer i vår etiske horisont.

■ EIVIND.MELAND@UIB.NO

REFERANSER

1. Løgstrup KE. Den etiske fordring. Trondheim: Cappelen Forlag AS; 2000.
2. Madsen OJ. Den terapeutiske kultur. Oslo: Universitetsforlaget; 2010. 205 p.
3. Brinkmann S. Det diagnostiserte livet. Økende sykkeliggjøring i samfunnet. Bergen: Fagbokforlaget; 2015.
4. Løgstrup KE. Kants kritik af erkendelsen og refleksionen. Aarhus: Forlaget Klim; 2009.
5. Hertz S. «There is a crack in everything, that's how the light gets in». I: Brinkmann S, editor. Det diagnostiserte livet Økende sykkeliggjøring i samfunnet. Bergen: Fagbokforlaget; 2015. s. 78–97.
6. Terum LI, Hatland A. Sysselsetting og trygd under arbeidslinjen. Søkelys på arbeidslivet. 2014; 31(01-02): 3–22.
7. Berg H, Thorbjørnsrud T. Hvorfor blir det flere unge uføre? Søkelys på arbeidslivet. 2009; 26(3): 389–99.
8. Rieff P. The Triumph of the Therapeutic. Uses of Faith after Freud. Chicago and London: The University of Chicago Press; 1987.
9. Aadnanes PM. Framand i eige hus? Kyrkja og den refortrylla kulturen. I: Engelsviken T, Olsen R, Thelle NR, red. Nye guder for hvermann? Femti år med alternativ spiritualitet. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag; 2011. s. 11–26.
10. Roksund G, Brodersen J, Johnson GE, Hjørleifsson S, Laudal M, Swensen E. Overdiagnosis - Norwegian general practitioners show the way. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2016; 136(22): 1903–5.
11. Olds DL, Kitzman HJ, Cole RE, Hanks CA, Arcoletto KJ, Anson EA, et al. Enduring effects of prenatal and infancy home visiting by nurses on maternal life course and government spending: follow-up of a randomized trial among children at age 12 years. Arch Pediatr Adolesc Med. 2010; 164(5): 419–24.
12. Christiansen Ø, Bakketeig E, Skilbred D, Madsen C, K.J.S. H, Aarland K, et al. Forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak. Bergen: UNI Researh Helse; 2015.
13. Jensen UJ. Sygdomsbegreber i praksis. København: Munksgaard; 1986.
14. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. JAMA. 1992; 267: 2221–6.
15. Skjervheim H. Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug & Co; 1996.
16. Meland E, Sjogren LH. Når barn skades med de beste hensikter. Tidsskrift for den Norske lægeforening. 2016; 136(16): 1334–5.
17. Berg H, Slaattelid R. Facts and values in psychotherapy-A critique of the empirical reduction of psychotherapy within evidence-based practice. Journal of Evaluation in Clinical Practice. 2017; 23(5): 1075–80.
18. Førland O. Universell moralitet og samfunns-kapt etikk?: Bakgrunn for og kontroverser i Zygmunt Baumanns moralsosiologi. Sosiologisk Tidsskrift. 2011; 19(4): 359–78.
19. Meland E, Brodersen J. Why several truths can be true. Scand J Prim Health Care. 2016; 34(3): 282–5.
20. Løgstrup KE. Norm og spontanitet. Etikk og politikk mellom teknokrati og dilettantokrati. København: Gyldendal; 1976.
21. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Nov 2016. Behavior Therapy. 2016; 47(6): 869–85.



ENQUÊTE 

Digitale møteplasser for diskusjon og fagutvikling i primærhelsetjenesten

Mailinglisten Eyr ble nylig lagt ned – og gjenåpnet igjen av nye moderatorer. For noen år siden forsvant Kompass, som var en samfunnsmedisinsk variant av Eyr. Det er relevant å stille spørsmålet: Hvordan hadde primærhelsetjenesten sett ut uten disse informasjonskanalene?

I lys av dette kan vi skue fram i tid. Den teknologiske utviklingen skjer i rekordfart, og nye digitale møteplasser har på kort tid fått stor oppslutning. Det er enkelt å opprette lukkede eller åpne grupper på sosiale medier, og både på Facebook og Yammer finner vi grupper for leger, noen er åpne, andre er lukkede. Gruppen «Allmennlegeinitiativet» på Facebook har f.eks. rundt 3000 medlemmer, mens «Samfunnsmedi-

sinerne» så langt har rundt 200 medlemmer.

Først og fremst er det spennende at det nå finnes enkle, effektive og morsomme måter å komme i kontakt med kolleger på. Det bidrar til økt aktivitet, flere treffpunkter, flere diskusjoner, bedre beslutninger og økt innsikt. Vi bør absolutt være opptatt av hvordan vi på en god måte kan bruke disse mulighetene som man bare kunne drømme om

før i tiden. Men ny teknologi har som regel sine skyggesider som vi bør være oppmerksom på. Hva skjer om viktige debatter går over til å foregå i lukkede rom der alle er enige? Kan ny teknologi virke ekskluderende på den eldre garde? Forsviner kvalitet i kvantitet? Hvordan forholder vi oss til taushetsplikten i disse fora?

Utposten stilte et utvalg leger følgende spørsmål:

- 1 Bruker du digitale møteplasser for faglig diskusjon og erfaringsutveksling i din jobb, i så fall hvilke, på hvilken måte og hvor ofte?
- 2 Hvilken betydning har disse for deg i jobben din?
- 3 Hvordan tror du de nye digitale møteplassene (som de nevnte gruppene på Facebook) vil kunne prege utviklingen av primærhelsetjenesten i årene som kommer?
- 4 Hvilke andre informasjonskilder er viktige for deg i din jobb?
- 5 Er du aktiv debattant og bidragsyter, eller sitter du mer på gjerdet og følger med? Forklar hvorfor det ene eller det andre.
- 6 Andre kommentarer



JOE SIRI EKGREN
allmennlege, Majorstua klinikk
og redaktør for nye «Eyr»

1 Jeg bruker hver dag: e-post, SMS, Skype, Google docs, MailMan m.m. Facebook er fint for korte innspill, men for langsiktige prosjekter skjærer jeg klar av hvis mulig. Telefon er imidlertid klart viktigst. Blogg blir viktig, savner gode prosjektstyrings verktøy i EPJ. Mailinglister, Tidsskriftet, PubMed – viktig, men problematisk fordi den er også en kommersiell aktør. ****Sci-Hub**** er uvurderlig.

2 Uhyre viktig.

3 I liten grad. Facebook representerer «Slacktivisme». Uhyre bra på kasuistikker.

4 Se 1

5 Aktiv. Viktig å ta ansvar og bidra til fel-

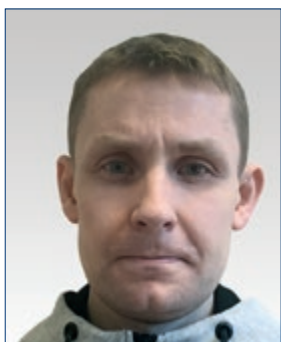
les forståelse og nyvinninger til glede for pasienter.

6 Utposten er et eksempel på et foreldet format som ikke tar hensyn til mobilbruk eller interaksjon. Når skal den lages som en nettavis med moderert kommentarfelt? Det er tiltalende å lese et tidsskrift med fin layout, men det ene utelukker ikke det andre. Nedlasting av PDF er passé.*

* RED. ANM.: Utposten lanserte nye nettsider i februar i år: www.utposten.no. Utpostens nye nettsider er responsive og tilpasser seg ulike skjermstørrelser. Den vil også ha gode søkemuligheter. Se Utposten nr. 1/2018, side 36.

www.utposten.no





CATO INNERDAL
kommuneoverlege Molde kommune

① Ja, Sharepoint, Yammer og Facebook benyttes daglig på jobb. Førstnevnte er til «intern» diskusjon i kommunen, mens de to andre sosiale mediene er flotte arenaer å «treffe» kolleger fra andre kommuner.

② Jeg ser på dem som et viktig arbeidsverktøy. Både for faglig oppdatering og som en måte å dele erfaringer på. Mye god samfunnsmedisin gjøres rundt om i landet, og da er det ikke nødvendigvis slik at man må finne opp hjulet på hver vår tue. Jeg har spart mye tid på at gode kolleger har delt egne arbeider.

③ Jeg tror de i all hovedsak vil være et positivt bidrag til primærhelsetjenesten. Primært gjennom at det er en effektiv måte å dele informasjon på. Framfor at innboksen blir fylt opp med all verdens nyhetsoppdateringer, så finner man alt på en plass. Jeg brukte Yammer gjennom min jobb som ass. fylkeslege. I en gruppe for leger i Møre og Romsdal delte jeg anonymiserte svar på enkelthenvendelser. Dette gjorde at et svar jeg gav til en lege, kunne leses av alle andre interesserte. Samtidig opplevde jeg at dette også bidro til at leger faktisk tok kontakt og spurte om ting de lurte på. Jeg har, uten å lykkes foreløpig, utfordret både fylkesmenn, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet til å opprette egne grupper. Jeg tror dette vil gi myndighetene mye nyttige innspill i sitt arbeid. Trolig også økt legitimitet når man ser at de beveger seg utenfor «komfortsonen» og tør å la seg involvere direkte. Det krever byråkratisk trygghet, nytenkning og mot.

④ Jeg er regelmessig innom nettsidene til Helsedirektoratet og Statens helsetilsyn. I tillegg mottar jeg også e-postoppdateringer fra Helfo, Folkehelseinstituttet, det lokale helseforetaket og det regionale helseforetaket. Jeg benytter også mye Rettsdata, som er en utvidet versjon av Lovdata. I tillegg er Norsk elektronisk legehåndbok og Helsebiblioteket relativt ofte brukt.

⑤ Jeg er nok blant de «aktive» og var en av dem som står bak Yammer-gruppen for

kommuneoverleger, helsesjefer og andre med samfunnsmedisin som arbeidsområde. Denne gruppen teller pr. 1. januar 236 medlemmer. Siden begynnelsen i mai 2017 har det blitt lagt inn 722 meldinger som har blitt lest 25183 ganger (av ulike lesere). Jeg synes det er interessant å delta i diskusjonene og lærer mye av det. Jeg har flere ganger delt egne prosedyrer, rutiner osv. Det som ofte skjer er at reflekterte kolleger kommer med gode innspill til forbedringer. Resultatet blir at prosedyren blir bedre og «kvalitetssikret» av et lass av skarp-skodde kolleger. Samtidig er jo også mulighetene gode for at «sluttresultatet» av en slik prosess blir å finne i flere kommuner. Altså en «vinn-vinn»-situasjon, hvor både kvalitet, kompetansedeling og effektivitet er i fokus. Jeg har stor sans for disse møteplassene, hvor man på en helt annen måte kan interagere med kolleger. Tiden hvor e-post er måten man har dialog på omkring en utfordring, tror jeg er forbi. E-post er i for stor grad «lineær». Disse foraene gjør det mulig å søke opp «gamle» diskusjoner, komme med nye innspill og oppdateringer. Og med ett er man kommet enda et skritt lengre.



HELEN BRANDSTORP
leder Nasjonalt senter for
distriktsmedisin (NSDM)

① Digitale møteplasser har vært en daglig berikelse i mange år. Jeg er med på Facebook og Allmennlegeinitiativet, nye Eyr og Twitter. Dessuten drifter jeg Nasjonalt senter for distriktsmedisin sin Facebookside med 1,8 K følgere og vår Twitterkonto. På Facebook opplever jeg et godt nasjonalt samtaleklima med rom for uenighet. Nye Eyr sliter litt foreløpig, men jeg gir ikke opp. På Twitter følger jeg blant annet utenlandske distriktsmedisinkolleger og norske politikere og samfunnsdebattanter. Det er mer upersonlig, men også et interessant sted.

② Slike møteplasser har stor betydning for å utvikle kunnskap og bidra til at denne

blir anvendt. Det er via sosiale nettverk at vi alle lærer og kan få både kunnskap og sosial støtte som trengs for utvikling. Den skriftlige formen gjør at jeg trenes i å formulere budskap klart og entydig, samt tilpasset ulike publikum og fora. Dessuten gir formen meg tid til å tenke meg om. Som leder for et nasjonalt kompetansesenter er jeg avhengig av å kunne følge og samtale med mange mennesker i både inn- og utland – i klinikken, academia og i lokal, regional og nasjonal forvaltning. Når mange deler det de er opptatt av, får man et inntrykk av hva som rører seg og man kan melde seg på samtalen. Terskelen er veldig mye lavere enn å få publisert et leserinnlegg eller kronikk, og også enklere enn e-post eller telefon.

③ Jeg tror at slike medier vil få en økende rolle. I forbindelse med revisjonen av Akuttmedisinforskriften ble f.eks. relevante lenker delt på Facebook, til opplysning og inspirasjon. Selve høringssvaret vårt ble til slutt drøftet blant kolleger på Allmennlegeinitiativet og jeg fikk gode innspill som ble inkludert. Troen på at vi skal forske oss frem til krystallklar «evidens» for det meste og at dette skal drive utviklingen nærmest av egen kraft, er vel på hell. Nå ser nok de fleste at menneskers egen vurderingsevne fremdeles trengs. Biter av fakta kobler vi jo alle automatisk og verdibasert med vår erfaringsbaserte kunnskap, da det er mye viktig vi ikke kan «bevis». Verken faktabiter eller mennesker gjør noen forskjell alene. De må spille sammen med andre i sosiale nettverk.

Slik som leger må samarbeide med pasienter de forsøker å hjelpe, må forskere, fagforeningsfolk, byråkrater og andre spille sammen med dem som de er satt til å bistå.

④ *Dagens Medisin*, *Tidsskriftet*, NRK og andre mediehus, i tillegg til vitenskapelige tidsskrift, men også samtaler på de mange ulike fysiske møteplassene jeg forsøker å reise rundt til og alle henvendelsene som kommer fra fjern og nær.

⑤ Jeg er aktiv. Noen synes sikkert det kan bli litt mye fra min kant, men det må jeg tåle. Grunnen til min aktive form er at det er nyttig å kunne dele kunnskap med andre, men også å trene seg i saklig drøfting. Jeg tror dessuten terskelen til å melde noe til meg blir lavere om jeg deltar. For NSDM er det slik at om ingen lar seg engasjere av det vi driver med, har det ingen verdi.

⑥ *Utposten* er et svært verdifullt tidsskrift vi alle burde abonnere på. Vi trenger lengre tekster også. Kanskje kan litt mer aktiv deltagelse i FB-gruppene fra redaktørens side gjøre bladet enda mer kjent og aktuelt å abonnere på?



LINE CECILIE CHRISTIANSEN
fastlege Stavanger medisinske senter

- ① Jeg bruker Allmennlegeinitiativet og Yammer.
- ② God informasjonsutveksling og nyttige tips. Mange av innleggene bidrar også til å skape refleksjon rundt vår praksis og hvorfor vi arbeider som vi gjør. Det har også vært veldig nyttig med diskusjon rundt forholdet til spesialisthelsetjenesten og krav og forventninger i samfunnet til den oppgaven vi er satt til å løse.
- ③ Jeg tror de kan skape engasjement, interesse og nyttige diskusjoner rundt kvalitet i praksis. NEL, Helsebiblioteket, smågruppeaktivitet, informasjon fra Folkehelseinstituttet, retningslinjer fra Helsedirektoratet og *Månedsskriftet* og *Utposten*.
- ④ Sitter mest på gjerdet, men kommer med innlegg der jeg kjenner jeg kan bidra.



CHRISTOFFER LANDFALD SANDVIK
fastlege Maura legesenter

- ① Leser på Facebook, Allmennlegeinitiativet et par ganger i uken. Noe på Twitter.
- ② Oppdatering på diskusjon angående fastlegeordningen, Trønderopprøret etc. Faglig påfyll med medisinske kasus. Innspill ang. kontordrift og løsninger.
- ③ Rask informasjon til dem som følger med. Kan bli utfordringer med hva som deles i «lukket» gruppe på internett.
- ④ NEL, kurs.
- ⑤ For det meste leser jeg for å holde meg oppdatert.



TORSTEIN SAKSHAUG
fastlege Sørbyen legesenter

- ① Jeg er ofte inne på Allmennlegeinitiativet på Facebook for å lese faglige diskusjoner og bidra med erfaringsutveksling. Er inne flere ganger daglig på jobb, samt at det kommer varsler på mobilen ved aktivitet i tråder jeg følger. Jeg bruker nok relativt mye tid på dette – og opplever det veldig meningsfullt. Jeg var med på Eyr tidligere men sluttet pga. debattklimaet.
- ② Jeg har lært masse! Det er en fantastisk kilde til kunnskap, og jeg liker spesielt at ingen spørsmål er for enkle/dumme – man får veldig raskt mange gode svar på det man spør om. Spesielt muligheten til å få vurdering av hudlidelser ved å legge ut et anonymisert bilde er helt supert.
- ③ Jeg håper disse møteplassene kan føre til at fastleger i større grad opplever seg som del av et fellesskap. Informasjon kan spres raskt og effektivt, problemstillinger kan avklares og man erfarer raskt at mange andre har samme utfordringer som man selv har. Dette er viktig både som ung fastlege og som mer erfaren – og kan redusere følelsen av å sitte helt alene for seg selv.
- ④ Legehåndboka (NEL), Helsebiblioteket, nettsøk/pubmed. *Dagens Medisin*.
- ⑤ Må vel kategoriseres som en meget aktiv debattant. Jeg velger å bidra aktivt og bruke mye tid på dette fordi jeg synes det er meningsfullt – det er viktig å kunne dele kunnskap! Jeg forsøker å holde fokus på at det er lov å være ny og fersk i faget, og spørsmål/tema som for noen oppleves som banaliteter og selvfølgeligheter kan være viktig for andre. Lav terskel for spørsmål er utrolig viktig, og de som drister seg til å spørre (og eksponere seg selv) fortjener gode svar. I tillegg blir jo disse forumene et sted å opprettholde kontakt med folk man kjenner fra før – som kan føre til mange humoristiske meldingsutvekslinger. Disse er kanskje ikke alltid like givende for alle andre, men jeg håper de senker takhøyden i gruppa.



AXEL GRAHAME SØHOLT LUPTON
fastlege Kirkenes legesenter

- ① Nei, jeg bruker sjeldent eller aldri digitale møteplasser for faglig diskusjon. For meg blir det for mye støy blant annet på Facebook. Man må lete gjennom mange diskusjoner som jeg føler ikke angår min hverdag før jeg finner noe interessant. Det skal sies at jeg ofte har gode diskusjoner der mine kolleger har lest noe interessant, og man kan diskutere dette åpent. Jeg tenker at om man er jevnlig på Facebook, er man også jevnlig på Allmennlegeinitiativet. Er man som meg og sjekker Facebook én gang pr. uke så er den konkrete anvendelsen liten.
- ② Dette har særdeles liten betydning for meg i jobben.
- ③ Man får jo samlet personer om ett tema, og man får diskusjoner. Sammen er man sterke, og om det er ett tema eller en sak som er viktig å få oppslutning rundt, er dette en god arena for dette. Slik kan nok disse fora klare å endre hverdagen gjennom oppslutning rundt de store sakene som er viktige for oss. I det små og daglige ser jeg nok ikke at dette er et viktig supplement.
- ④ For meg er nok den viktigste kilden til endring i praksis gjennom litteratur, NEL, diskusjoner med andre kolleger og ikke minst kurs. Jeg føler at det er på kurs og under forelesninger man får nok informasjon og dyptgående informasjon om et tema slik at man kan gjøre endringer i praksis. På nett blir jeg sittende igjen med et inntrykk av at de som svarer kanskje ikke kommer med fasit, men mer med et synspunkt på en problemstilling.
- ⑤ I digitale fora er jeg absolutt ikke en aktiv bidragsyter, da jeg er så sjeldent på Facebook at dette nok ikke vil være hensiktsmessig. Det har nok med vaner å gjøre. Det er ikke alle som bruker Facebook like aktivt, og for oss som står på sidelinja virker det kunstig å hive seg inn i diskusjoner for så å vente med å svare på motargumenter til uka etter.



JAN SCHILLE
kommuneoverlege og
fastlege Bokn kommune

① Las Eyr dagleg før, skreiv av og til, er avmeldt der no. Bruker no diverse grupper på Facebook dagleg. Les, deltek i diskusjonar, gler meg over interessante lenker som dukker opp.

② I nokre få tilfeller kan ein raskt få faglege innspel eller luften ein frustrasjon. I hovedsak gir gruppene ein lett og ledig blanding av fagleg og fagpolitiske relevante diskusjonar, ispedd litt nødvendig humor.

③ Facebook har gitt folk ein ekstremt lett tilgjengeleg arena der ein kan samle svært mange på kort tid. Formatet har sine ulemper og fordeler, men det vil vere vanskeleg å lage nye fora som trekk folk vekk frå FB dei neste par åra.

④ I all hovudsak nettet, men også diverse tidsskrift. Eg er truleg eit born av min tid.

⑤ Både og. Personleg har Facebookgrupper senka terskelen for å delta, det er lettare å filtrere ut «støy» og ein kan ytre seg på fleire måter.



HOGNE SANDVIK
fastlege Morvik legekantor,
administrator «gamle Eyr»

① Fra 1996 til 2017 var jeg administrator av e-postlisten Eyr og fulgte derfor meningsutvekslingen der kontinuerlig. Jeg følger fortsatt med på denne listen. Jeg er medlem av to grupper på Facebook, All-

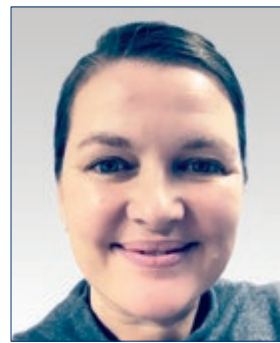
mennlegeinitiativet og Infobruk. Jeg er innom disse gruppene daglig.

② Jeg ser at det kan være nyttig å diskutere vanskelige pasientkasus på Allmennlegeinitiativet. Mange hoder tenker vanligvis bedre enn bare ett. Det har da også vært eksempler på at vanskelige problemer har funnet en løsning gjennom slike diskusjoner. Men dette er en juridisk gråsoner hvor taushetsplikten utfordres. Selv om Allmennlegeinitiativet er både lukket og hemmelig, er det åpenbart at gruppen må betraktes som et offentlig rom når det er flere tusen deltakere. Jeg har derfor ikke benyttet meg av denne muligheten. Brukere av EPJ-systemet Infodoc har en egen gruppe (Infobruk) med 5–600 medlemmer. Her deles det tips som bidrar til å effektivisere arbeidsdagen. Deltakerne kan også komme med innspill til videre utvikling av Infodoc. Vi utsettes til stadighet for nye regelverk og retningslinjer. Myndighetene er lite flinke til å informere om dette, og det oppstår alltid uklarheter og spørsmål. Her opplever jeg at kompetente kolleger gjør en svært god jobb med å spre kunnskap. Det samme gjelder spørsmål om takstbruk. Det er verdifullt at sentrale tillitsvalgte er til stede og kan bidra når slike spørsmål dukker opp.

③ En viktig effekt er at disse møteplassene virker meningsdannende, de påvirker holdninger og bidrar til «det store vi». De kan være utgangspunkt for aksjoner og påvirke politisk og organisatorisk utvikling. Det er flere eksempler på at fastlegene har brukt digitale møteplasser til å organisere effektive aksjoner på svært kort tid. Det ligger en særlig påvirkningsmulighet i digitale fora som er åpne, slik at journalister og myndigheter kan følge med på hva som rører seg blant fastlegene.

④ På kontoret bruker jeg ofte Felleskatalogen og NEL. Av og til bruker jeg også UpToDate, RELIS og nettsidene til helseforretak og Helsedirektoratet. Jeg har også en bistilling som forsker, og da er PubMed et sentralt verktøy, sammen med en rekke internasjonale tidsskrifter. I andre sammenhenger er jeg ofte innom nettsidene til *Dagens Medisin* og *Tidsskriftet*.

⑤ Jeg er nå bare passivt medlem av Eyr, men deltar noen ganger aktivt i Allmennlegeinitiativet og Infobruk. Diskusjonene på Eyr ble etter hvert lite fruktbare og signal/støy-forholdet utviklet seg negativt. Det er bare få aktive deltakere igjen, og nytteverdien er liten. Diskusjonstrådene på Facebook er mer fokuserte og saklige, men skjer i lukkede rom uten innsyn fra andre. Dette gjør det nok lettere å bidra aktivt, men samtidig er det en fare for at deltakerne blir mer navlebeskuende og at møteplassen utvikler seg til en digital klagemur.



INGER JOHANNE RAVN
fastlege Fjaler legekantor

① Som administrator av Allmennlegeinitiativet på Facebook bruker jeg daglig tid på den plattformen. Jeg drøfter rent medisinsk-faglige spørsmål, drift av praksis, takstsystemet, helselovgivning, helsepolitikk og mye annet med kolleger rundt om i landet. Jeg bruker også Twitter. Der kan jeg spesielt holde øye med hvordan det går med allmennpraksis i Storbritannia, Irland, Australia, Danmark og Sverige. Twitter er også en fin arena for å komme i kontakt med politikere.

② Jeg holder meg faglig oppdatert og føler meg faglig tryggere på at jeg ikke står alene med dagligdagse utfordringer som fastlege. Jeg føler en sterk faglig og sosial tilhørighet med fastlegekolleger jeg aldri har møtt (selv om det kanskje kan høres litt rart ut). Som fastlege i en liten utkantkommune er det lang reisevei hvis jeg skal møte kolleger ansikt til ansikt.

③ Jeg har hørt fra flere kolleger rundt om i landet at de har fått større arbeidsglede etter at Allmennlegeinitiativet dukket opp som diskusjonsforum. Fastlegejobben kan være en ensom jobb selv om man har andre kolleger på samme kontor. Lett tilgang til faglig sparring uten geografisk hinder er avgjørende for bevarelsen av allmennpraksis i distriktene. Digitale møteplasser kan bidra positivt til dette.

④ Jeg bruker NEL hver dag. Jeg abonnerer på nyhetsbrev fra bl.a. Relis, HELFO og FHL.

⑤ Jeg er aktiv debattant og bidragsyter, men som administrator må jeg av og til gjerne holde en litt mer nøytral og tilbakeholden linje. Det er vanskelig å ikke la seg rive med når diskusjonen går i gang.

⑥ Allmennlegeinitiativet har i skrivende stund 3357 medlemmer. Jeg ser at det er en gjeng på rundt 50 personer som er de mest aktive debattantene og bidragsytere. Endel er flinke til «å like» innlegg, veldig mange (de aller fleste) er antagelig bare inne på gruppen for å følge med uten at de gir noe tilbake. Som dere selv nevner innledningsvis er faren ved lukkede fora at diskusjonen lett forblir der inne i det lukkede rom og at man ofte er veldig enige med hverandre. Taushetsplikten er

en utfordring når gruppen blir stor. På Allmennlegeinitiativet er det jevnlig fokus på dette og kolleger får raskt beskjed når taushetsplikten er i fare. Det oppfordres også til at kolleger legger ut sykehistorier for hverandre. Aldersfordelingen i Allmennlegeinitiativet ser slik ut: Ca. 12 prosent av medlemmene er mellom 25–34 år. Ca. 20 prosent er mellom 35–44. Ca. ni prosent er mellom 45–54. Ca. seks prosent er mellom 55–64. Ca. to prosent er eldre enn 65 år. Kjønnfordelingen er 53 prosent kvinner og 47 prosent menn.



EIRIK VISTE
fastlege Byhaugen legesenter

❶ Allmennlegeinitiativet via Facebook bruker jeg mest som fagpolitisk arena, men ser at det brukes også en del i kliniske problemstillinger. Brukes av meg noen ganger i uken. HANGOUTS: Vårt senter bruker Google apps til å håndtere dokumenter og e-post. I dette systemet ligger det inne en snakke-funksjon. Her kan vi sende problemstillinger adhoc. Brukes flere ganger daglig på vårt senter. FUA (Forening for ultralyd i allmennpraksis) via Facebook. ULTRALYD: Holder meg oppdatert og kan sende problemstillinger jeg har vært borti ved bruk av ultralyd. Mulighet til hjelp, men ikke brukt det på denne måten. EYR E-POSTLISTE: Meldte meg ut pga. at sterke personligheter styrte mye av gruppen.

❷ Det hjelper med å skape fellesskapsfølelse i en hektisk hverdag. De kliniske beslutningene endres sjelden, men kan gi refleksjon i ettertid.

❸ Jeg har lest studier på møteplasser på nettet, og flere av disse finner at de fungerer bra. Gruppen ender opp med å moderere hverandre. Fagpolitisk og politisk: Jeg er litt usikker når jeg leser i Allmennlegeinitiativet (AI), om dette er en positiv gruppe i forhold til fagutvikling. Tiden vil

vise. E-postlisten Eyr resulterte i at det var noen få sterke stemmer som preget meningsutvekslingen. Så lenge gruppen tillater forskjellige ytringer uten at den føler at en blir frosset ut, tror jeg gruppen kan bli noe positivt for fellesskapet til fastlegen. AI har i hvert fall vist seg å være god til å mobilisere fastlegene, som Trønderopprøret viste. Det er bra, så det vil nok i høyeste grad prege utviklingen. Klinisk på AI: Jeg tror her at det er et uutnyttet potensial. Problemet her er at det tar tid å legge ut kasus, det tar tid å følge med på kasus som dukker opp og det tar tid å svare på kasus. Det er en utfordring i en travel hverdag, og derfor er jeg usikker om det vil prege utviklingen.

❹ Jeg har podkast, Praksisnytt, BMJ Learning, NEL.

❺ Jeg forsøker å ta del i fagpolitiske tema. For tiden primærhelseteam, som det er mye motstand mot i vårt kollegium. Jeg ser også fallgruver, men ønsker å være en stemme som belyser fordelene ved primærhelseteam. Min opplevelse er at i store byer er primærhelsetjenesten fragmentert, og primærhelseteam vil kunne bidra til å hjelpe de som trenger oss mest.



Kommuneoverle

■ UTPOSTENS REDAKSJON • ved Dag Helge Rønnevik

Å være en del av et kommuneoverlegeforum kan være en viktig støtte og inspirasjonskilde for kommuneoverleger. En uformell kartlegging viser at det finnes mange slike nettverk i ulike deler av landet.

Stillingen som kommuneoverlege er i de fleste kommuner en stilling som ikke deles med andre. De geografiske avstandene kan også være store, så i praksis er det mange som sitter ganske alene i jobben sin. Samfunnsmedisin er dessuten trolig en av de medisinske spesialitetene der mester/svenn-modellen står svakest. Det er heller ikke krav for kommuner å ansette spesialister i stillingen, og i teorien kan man gå fra å være turnuslege til å bli kommuneoverlege. Vi vet også at over halvparten av kommuneoverlegene i Norge er fastleger i tillegg (kombistillinger), noe som tilsier at det er ekstra viktig å ha tilgang på kolleger når man ikke selv sitter med svarene.

Ekte og digitale nettverk

Einar Braaten skriver i dette nummeret av *Utposten* om kommuneoverlegeforumet i Buskerud, og hvordan slike fora og nettverk er viktig i jobben som kommuneoverlege. I tillegg til «ekte» nettverk, finnes det også digitale møteplasser som kan være til nytte i jobben som kommuneoverlege, eller for leger i andre samfunnsmedisinske stillinger (smittevernlege, legvaktsjef osv.). Sosiale medier og ny teknologi gjør avstandene mindre og bidrar til at flere får utvidet sine nettverk. De som har vært med en stund, husker e-postlista «Kompass» som var en samfunnsmedisinsk versjon av Eyr. Den forsvant plutselig for noen år siden og har vært savnet av mange. I 2017 så imidlertid både «Samfunnsmedisinerne» på Facebook og «Samfunnsmedisin for helsesjefer og kommuneoverleger i Norge» på Yammer dagens lys. Det har vært ganske mye aktivitet på begge disse gruppene. Yammer kan fungere som en slags dynamisk digital lærebok med tydelig temainndeling og mulighet til å dele filer på en oversiktlig måte, mens facebookgruppen fungerer bedre til mer fortløpende kommunikasjon, deling av linker til aktuelle tema og samfunnsmedisinsk nettverksbygging.

Kartlegging på «Samfunnsmedisinerne»

I 2017 ble det startet en «tråd» på Facebook-gruppa om hvilke forum som finnes for kommuneoverleger. Følgende spørsmål ble stilt: «Er det noen som har oversikt over i hvilke deler av landet det er aktive kommuneoverlegeforum? Og eventuelt hvordan de fungerer?» Fram til januar 2018 var det kommet en rekke innspill fra medlemmer i gruppa som her gjengis i korte trekk for å vise noe av mangfoldet av nettverk:

- **ROGALAND:** I Sør Rogaland er det aktivt forum knyttet til det interkommunale miljørettet helsevern-samarbeidet.
- **TROMS:** Troms har hatt et nettverk som har fungert. Fylkesmannen har invitert alle kommuneoverlegene to ganger årlig. Både faglig godt innhold og veldig sosialt. Nyttig erfaringsutveksling. Invitert direktøren i helseforetaket en gang årlig. Helsedirektoratet ved behov og andre etter ønske.
- **NORDLAND:** I Nordland er det i hvert fall aktive fora i Salten og i Vesterålen. Vet ikke om Helgeland er aktive for tiden. Fylkesmannen er ikke aktiv eller involvert i disse.
- **TRØNDELAG:** Vi hadde i Sør-Trøndelag. I Nord-Trøndelag har vi et selvorganisert kommuneoverlegeforum som møtes fire til fem ganger i året en halv dag. Fylkesmannen inviteres og holder av og til lokale. Fagsjef (tidligere titulert sjefslege) inviteres også til en del av møtet.
- **MØRE OG ROMSDAL:** Fylkesmannen har hatt årlig kommuneoverlegemøte (dagsmøte). Har vært et samfunnsmedisinsk forum tidligere.
- **HORDALAND:** Fylkeslegen i Hordaland har årlig kommuneoverlegesamling over halvannen dag. I tillegg har kommuneoverlegene i Nord-Hordland eget fagråd for regionen med ca. 40 000 innbyggere.
- **VESTFOLD:** I Vestfold har vi kommuneoverlegemøter i regi av Fylkesmannen fire ganger i året. Med bare 12 kommuner, (seks om ikke så lenge), og korte avstander, har dette vært et ønsket format, med to-timers møter. Såvidt jeg vet er det ikke kommuneoverlegeforum utenom dette.

- **OSLO:** I Oslo hadde vi regelmessige bydels-/kommuneoverlegemøter, i tillegg til egne møter med Fylkesmannen (felles for Oslo og Akershus).
- **VESTERÅLEN:** I Vesterålen møtes vi hver tredje til fjerde måned, halvdagsmøter. Fungerer fint. Ikke i regi av fylkesmannen.
- **ØSTFOLD:** I Østfold møtes vi også i regi av Fylkesmannen. Med korte avstander er det som regel halvdagsmøter, og vi starter med lunsj og uformell prat. Fungerer meget bra.
- **ROMERIKE:** Både på Øvre og Nedre Romerike er det aktive samarbeidsfora for kommuneoverlegene. Fylkesmannen i Oslo og Akershus inviterer til møter ca. halvårlig.
- **SOGN OG FJORDANE:** Fylkesmannen i Sogn og Fjordane har årleg møte (én kveld + én dag).
- **HEDMARK:** Fylkesmannen i Hedmark har invitert kommuneoverlegene to ganger årlig, i hvert fall de siste to årene. Det forsøkes satt en dagsorden for hvert møte.
- **ØSTRE AGDER:** Østre Agder har et bra kommuneoverlegeforum forankret hos rådmennene, fungerer veldig bra.
- **BUSKERUD:** Herlig kommuneoverlegeforum med flinke folk! Og så fylkeslegens obligatoriske møter to ganger i året i tillegg.
- **HARDANGERREGIONEN:** Vi har kommuneoverlegeforum ca. annenhver måned. Her er det Hardangerregionen som har slått seg sammen. Har fungert veldig bra





legeforum – en oversikt

ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

i flere år! Det går på runde hvor den inviterende kommune er ansvarlig for innkalling, program, mat, referat osv. Menner at dette er forankret på rådmannsnivå.

- **KRISTIANSAND:** I Kristiansand møtes kommuneoverlegene (fem totalt) ukentlig til fast morgenmøte hver torsdag, og den første torsdagen i måneden inviteres kommunelegene i nabokommunene (tidligere Knutepunkt Sørlandet, nå «Region Kristiansand») til felles kommunelegeforum. Vi har stor glede av disse fora, passe balanse mellom formelt og uformelt. Fylkesmannen i Agder (nå slått sammen) inviterer til Kommunegemøte årlig, én kveld + én dag, høres ut som flere fylker har liknende modell.

Dette er nok ikke en uttømmende liste, men viser at det finnes mange slike nettverk i store deler av landet. Innspillene viser også at nettverkene varierer i organisering, forankring og møtehyppighet. Noen nettverk drives av kommuneoverlegene selv, mens i andre har fylkeslegen en sentral rolle. Og noen følger fylkesinndelingen, mens andre er mer lokale. Det er trolig en styrke at man finner den løsningen som passer best ut fra lokale forhold. Sannsynligvis er det mange kommuneoverleger som ikke er en del av slike nettverk. Dette sier kartleggingen ingenting om, og er kanskje noe som burde vært undersøkt nærmere. Det vekker også nysgjerrighet hvor-

for staten ved Fylkesmannen/fylkeslegen i noen fylker bruker ressurser på samlinger for kommuneoverleger, mens i andre fylker ikke.

Finn deg et nettverk!

Nye kommuneoverleger og andre leger i samfunnsmedisinske stillinger har mye å vinne på å ta del i de ulike lokale og regionale nettverk. Det har uvurderlig verdi å få drøftet problemstillinger med andre kolleger, og det er tids- og arbeidsbesparende at ikke alle trenger å utarbeide de samme rutiner og planer i hver eneste kommune. Hvordan var nå det der med bekymringsmeldinger om alvorlig psykisk syke pasienter? Eller disse villkattene og rottene som stadig vender tilbake? Og hva med støy fra utekonserterne på sommeren? Ikke minst kan det være inspirerende og gi samfunnsmedisinske vurderinger større tyngde dersom flere står sammen om dem. Har dere ikke slike nettverk? Drøft med kolleger i nabokommunene hvordan dere kan opprette et. Ta kontakt med kommuneoverleger i andre regioner og spør hvordan de har gått fram. Det kan også være nyttig å være medlem i de nevnte gruppene på Facebook og Yammer. Men vi skal også huske at ny teknologi kan ha en bakside, blant annet at den eldre garde (og andre) som ikke er så god på slike ting lett kan bli ekskludert. Det kan være lurt å huske på dette, og sørge for at alle har mulighet til å bli inkludert. Kanskje kan du

som er god på data sette av tid og ha litt opplæring på han som ikke er så god?

Nettverkene som springbrett for formidling av samfunnsmedisin

Fra *Utpostens* redaksjon kommer en spesiell oppfordring til alle der ute om å bidra til formidling av praksisnær, kommunal samfunnsmedisin. Det kommer til å bli stor etterspørsel etter samfunnsmedisinsk kompetanse i årene som kommer, og vi trenger å øve oss på å formidle vårt fag og våre synspunkter. Det er ute i kommunene folk lever livene sine, og det er der vi må bidra til å ta pulsen på befolkningen og være aktive premissleverandører både i det nye folkehelsearbeidet, ledelsen av fastlegeordningen og utviklingen av gode helsetjenester generelt. Mye av det vi jobber med har sammenheng med ting utenfor helsesektoren, og da må vi ordlegge oss og formidle på en slik måte at vi blir forstått også i andre sektorer. Og det krever øvelse! Nettverkene våre – både de ekte og de digitale – er en utmerket plass å begynne. Der kan vi utveksle tanker og erfaringer, legge fram synspunkter og teste argumentene våre, og bli beriket av andres innspill. Nettverkene er våre springbrett for at vi våger oss ut av komfortsonen og blir mer aktive formidlere andre steder, med innlegg på sosiale medier, kronikker og debattinnlegg i aviser, blogger, og ikke minst; artikler i *Utposten* og *Tidsskriftet*.

For samfunnsmedisinen løfter vi best sammen, ikke hver for oss.

Kommunelegeforum i

■ EINAR BRAATEN • Kommuneoverlege Øvre og Nedre Eiker

I mer enn 15 år har kommuneoverleger i Buskerud og omegn møttes for å utveksle erfaringer og gi hverandre inspirasjon og faglig påfyll. Suksessfaktorene har vært en enkel organisering, rulling og fordeling av arbeidsoppgaver, humor og engasjerte samfunnsmedisinere.

Vi kommuneoverleger er ofte alene i faget i den kommunen vi jobber. Noen av oss er heldige som jobber i større kommuner eller interkommunale tiltak med flere kolleger i samarbeid. Allikevel er vi i små fora med et behov for et større nettverk og mulighet til å diskutere problemløsninger og nivåere egne avgjørelser i forhold til hva som skjer i andre kommuner. Å samle kolleger i et eget forum er ikke noe spesielt for oss i Buskerud, men vi har over tid fått

til et godt og aktivt kommunelegeforum som gir oss et stort nettverk til støtte i egen jobb.

Møter uten referat

Det var enkelt å starte opp og lett å holde i gang. For mange år siden tok jeg opp og videreførte drift av Kommunelegeforumet i Buskerud fra den gang fylkeslegen trappet ned og gikk over til dialogkonferanser med kommunelegene i fylket. Oppskriften var på enkleste vis. Jeg tok ansvaret for å lage en e-postliste med alle kommuneoverlegene i kommunene og sende ut en invitasjon om samling. Motivasjonen er kort og godt et behov for å diskutere med kolleger de hverdagslige utfordringer vi står over for i hverdagen.

I Buskerud ble dette raskt et viktig møtested med godt oppmøte. Vi har vært åpne for å ta inn kommuneoverleger fra kommuner utenfor Buskerud og i dag kaller vi møtestedet bare for «kommunelegeforumet» fordi invitasjonen går ut til mange kommuner. Vi møter som regel mellom 15–20 kolleger.

I dag gjør vi det slik:

- En kollega tar ansvar for å kalle inn til avtalt møtetidspunkt
- Kommuneoverlegen som holder møtested leder også møtet
- Sakslista har fire viktige overskrifter:
 - «Runden» hvor hver deltaker kan ta opp en aktuell sak
 - Lunsjen hvor diskusjonene går fritt!
 - Planlagte, innmeldte temaer som den enkelte ønsker
 - Neste møtetidspunkt og sted
- Vi fører ikke referat fra møtene



Buskerud



Vi har ca. tre til fire møter i året og har prioritert at møtetidspunktene skal legges på den dagen kombilene har sin kommuneleagedag. Møtene varer som regel fra klokka 10 til 15. Vi bruker hverandres kompetanse, kolleger, venner, andre fagfolk i kommunene og andre offentlige etater til å legge fram emner. Noen kommuner er spesialister innen enkelte områder som de presenterer for oss andre. Det blir alltid diskusjon rundt emnene fordi de utføres forskjellig ute i kommunene. Vi har ikke noe budsjett. Enkelte ganger betaler vi hver vår del av hva det koster å gjennomføre møtet. Noen ganger har vi nistemat til lunsjen – andre ganger dekker møtekommunen lunsjen.

Engasjement og humor

Det mest dyrebare i kommunelegeforumet kan ikke betales. Det er engasjementet, humoren og gleden over å møte kollegene til diskusjon. Utfordringen i møtene er ikke å få saker nok. Bare «runden» kan ta hele dagen når engasjerte kolleger legger fram sine dagligdagse utfordringer. Samtidig vet vi at vi kan ta opp hva som helst. Vi er strenge med intern taushetsplikt og at saker som diskuteres ikke skal beskrives utenfor forumet.

Jeg har lenge vært «sekretær» for kommunelegeforumet og jobber etter to grunnleggende holdninger: «Livet er en dugnad»

og «Hvis du ikke spør kan du ikke få ja». Alle deltakerne har sine forbindelser, og vi kjenner nesten alltid noen som er flinke innen emnene vi tar opp. Jeg er blitt gledelig overrasket over at også sentrale personer innen for eksempel Helse direktoratet, Helsetilsynet og Folkehelseinstituttet prioriterer å møte oss i kommunelegeforumet. Vi representerer et uformelt forum av fagfolk med et fokus på å øke egen kompetanse.

Derfor skal det være enkelt for representanter fra alle instanser å møte oss for uformelle diskusjoner. Vi har nytte av å høre og lære hvordan man tenker andre steder, samtidig med at vi innehar mye kompetanse, erfaring og mening som kan formidles andre veien.

Min erfaring med å drifte et slikt nettverk som kommunelegeforumet er at det er enkelt så lenge deltakerne viser interesse for å møtes, bidra og hjelpe til. Jeg mener det er viktig at det legges på et enkelt og billig nivå. Kombinert med entusiasmen fra deltakerne blir arbeidsmengden på den enkelte liten. Dette mener jeg er viktigste suksessfaktorer for et kommunelegeforum som har bestått i mer enn 15 år.

Variert sakskart

Det er svært forskjellige saker vi tar opp i forumet. Ved en anledning sendte jeg en e-post til direktør for Folkehelseinstituttet, Camilla Stoltenberg, og spurte om hun kunne komme for å fortelle om omorganiseringen av Folkehelseinstituttet og vår bekymring for rådgivningstjenesten de er så gode på overfor oss kommuneoverleger. Jeg fikk et hyggelig svar tilbake, og vi fikk raskt avklart et tidspunkt hvor hun kunne komme til Drammen for å møte oss. Hun møtte ivrige kommuneoverleger med mange spørsmål i en uformell diskusjon hvor også hennes medarbeidere deltok.

På samme møte tok vi igjen opp hvordan vi forholder oss til bekymringsmeldinger fra andre tjenester, politiet og publikum.

En av kollegene kan legge fram en sak han eller hun synes er vanskelig. Som regel har en av de andre i forumet vært borti lignende, og alle deltar i diskusjonen om løsninger. Vaktordning for kommuneoverleger og hjelp til å dekke kommunelegefunksjonen ved akutt fravær er blitt diskutert mange ganger. Og legevaktorganisering og fastlegeordningen dukker nesten alltid opp. Ingen saker er for små og ingen for store for å ta opp!

Viktig nettverk

Den største utfordringen under møtene er nok møtedisiplin. Noen må styre møtene og styre ordfloppen fra engasjerte deltakere! Vi legger den oppgaven til kommuneoverlegen fra den kommunen vi møtes i, så får alle føle på viktigheten av å lede møter!

Vi møtes ofte i de kommunene som har lett tilgang for de fleste av deltakerne. Derfor er det mange kommuner det er sjelden vi møtes i. Buskerud er også et langstrakt fylke, og kommuneoverlegene i øvre del av fylket har i alle år hatt eget kommunelegeforum. Dette gjør at de har mindre behov for å reise langt til våre møter. Flere kommuneoverleger møter hos oss fra andre fylker og har også lignende fora der. De har allikevel valgt å reise til oss for å bidra i vårt forum. Hver gang når vi får et ønske om en ny deltaker er det plenum i kommunelegeforumet som bestemmer inntak. Vi nærmer oss 40 på vår e-postliste. Jeg er usikker på om møtene ville fungere hvis alle møtte, men det er sjelden flere enn halvparten som får til å møte.

Dette har vært det viktigste nettverk og støtte for meg gjennom mange år alene i en eller to kommuner. Nå er vi to sammen i våre kommuner, men behovet for kommunelegeforumet er ikke mindre og nettverket vi har fått ut fra det er bare blitt viktigere. Jeg oppfordrer alle kolleger til å jobbe for å få til et godt kommunelegeforum som dere har styring og ansvar for selv!

Det er så lite som skal til, men gevinsten er så stor!

■ EINAR.BRAATEN@OVRE-EIKER.KOMMUNE.NO

Per, du lever!

■ **KJELL-ARNE HELGEBOSTAD** • Fastlege og kommuneoverlege på Røst i Lofoten.
Han er medlem av komiteén som skal utvikle Røst litteraturpark og synger tenor i Røstkoret

Per Fugelli fikk påvist kreft med spredning i 2009 og døde i september 2017. Helt fram til han gikk bort skrev han på boka *Per dør*, og de siste månedene av livet hans ble dokumentert av regissør Erik Poppe i filmen *Per Fugelli – siste resept*. Fugelli var en fremragende fagmann, formidler og forfatter som har satt dype og varige spor i norsk allmennmedisin og i andre områder av samfunnslivet. Han var raus med ros og språklige smykker, spesielt om allmennlegene, Værøy og Røst. Det er

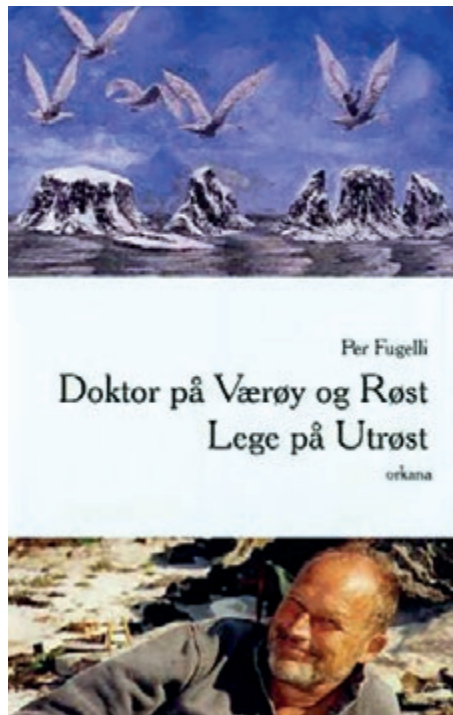
god grunn til å tro at tankene hans vil fortsette å være til glede og nytte på Røst legekonsultasjon og i helsetjenesten for øvrig, og på Røst arbeides det med en litteraturpark.

Verdenspremiere i aulaen

Fugelli og filmfolkene var på tre opptaksturer til Røst, og 13. januar tok de igjen turen for vise fram det ferdige resultatet for aller første gang. Til tross for at en av de mest fol-

kerike familiene på Røst feiret dobbelt 80-årsdag i omsorgsstua på sykehjemmet den samme lørdagen, var det helt fullt på verdenspremiere i skolens aula av røstværinger i alle aldre. Mange av dem hadde kjent familien Fugelli siden 70-tallet. I salen satt gamle omgangsvener, kolleger fra kommunehelsetjenesten, pasienter, jaktkamerater, fiskere og fans, på de første radene filmfolkene, enken Charlotte, generalsekretæren i Kreftforeningen og Røstkoret.

Doktor på Værøy og Røst. Lege på Utrøst.
2006, Orkana forlag



Ordfører Tor Arne Andreassen (Ap), æresborger Johanne Meyer Nilsen og mangeårig lege på Røst, Harald Broch i omsorgsstua på Røst sykehjem, april 2015. FOTO: TOVE ANDREASSEN



PER FUGELLI

PER
DØR





Filmplakat *Per Fugelli – siste resept* (2018) PRODUKSJONSSKAP: PARADOX. DISTRIBUSJON: NORDISK FILM DISTRIBUSJON AS

Æresborger og skarv over Røst

Under filmopptakene ble Røstkolet bedt om å fremføre *Skarv over Røst*, en sang som ble laget i forbindelse med utnevnelsen av Per Fugelli som æresborger av Røst kommune. Æresborgertittelen er en høythengende utmerkelse som før juli 2013 kun var tildelt de to herrene Walter Bosso og Michele Benetazzo for deres ekstraordinære innsats med å promotere tørrfisk fra Røst i Italia.

Sønnen Aksel beskriver begivenheten slik (1):

«Vi skifter til klær som ikke lukter sild og saueskitt og tar motorbåten fra Lyngvær til Røst. Det er lundefestival på øya. I dag skal far utnevnes til æresborger, men før han får medalje og diplom skal han holde foredrag i aulaen. Hele befolkningen er til stede utenom nitti år gamle søster Johanne, hans trofaste medhjelper på sykestua i gamle dager, som avfeide invitasjonen med: *Nei, han har e nu hørt nok av.*»

Etter innspill fra Harald Broch, som i mange år har jobbet som lege på Røst, vedtok kommunestyret i 2015 å hedre en fjerde æresborger: jordmor, sykehjemsbestyrer og trofast medhjelper Johanne Meyer Nilsen. På starten av 70-tallet hadde distriktslege Fugelli sin doktorbolig på Værøy, utekontoret på Røst var åpent noen få dager i uka og vaktansvaret var overlatt til søster Johanne. Hun er strålende beskrevet i *Doktor på Værøy og Røst* (2) og i begravelsen hennes i 2016 var meldingen på bærekransen klar: «Farvel, heltinne. Per og Charlotte.»

Fagmann og formidler

Også med kroppen full av kreft var Fugelli intenst til stede i norsk offentlighet gjen-

nom mange år, og han var en populær foredragsholder. De siste årene snakket han mest om allmenne verdspørsmål, om sin egen sykdom og vei mot død. Poppes film handler mest om dette.

Allerede på Primærmedisinsk uke i 2012 hadde han begynt å holde avskjedstaler. Fra talerstolen kalte han de fremmøtte allmennlegene og medarbeidere for velferdstatens smykker og lovet å følge med på allmennmedisinen fra et kikkhull i himmelen (3). Noen tenker kanskje på Fugelli som en samfunnsrefser, men han hadde en forbilledlig evne til å løfte fram saker og personer han respekterte og trodde på. Vi allmennleger må bare finne oss i å dele betegnelsen «velferdsstatens smykker» med både sykepleierne (4) og sosialarbeiderne (5).

Fugelli ble etter hvert professor i sosialmedisin, men han fortsatte å målbære en ukuelig stolthet og optimisme på vegne av det allmennmedisinske faget og fastlegene. I *Utposten* har Steinar Hunskaar og Kirsti Malterud beskrevet hvordan «Per F» gjennom mange års arbeid som akademisk skribent og leder har satt varige og viktige spor i norsk allmennmedisin (6). Han bidro blant annet til å løfte fram allmennmedisinen som et eget forskningsbasert fag, og han var sentral i arbeidet mot en egen norsk lærebok i faget. Totalt medvirket han til over 450 artikler og nesten 50 bøker med et imponerende spenn i tema fra *Diare og obstipasjon* i allmennpraksis til *Pasienten jorden* (7).

Fiskerens helsebok

Fugellis brede interessefelt og engasjement kommer tydelig fram i *Fiskernes helsebok* (8)

fra 1984. Innimellom fem råd til den hjertesyke fisker, HMS-råd om antisklimatter og avsnitt om at fiskerlagsarbeid også er helsearbeid er det plass til sitater fra Petter Dass, Alexander Kielland, Gabriel Scott og fiskervisen *Til havs stend vår hug*.

Jeg har en kopi av *Fiskerens helsebok* i hyl-la på kontoret og gjør innimellom noen spede forsøk på å tyvlåne litt av forfatterens moralske autoritet og evne til folkelig formaning ved å dele ut en papirkopi av kapittelet om *Fiskeren og tobakken*. I tillegg til mange fine røykesluttetips er innledningen meget effektiv (8):

«Tobakken har fra gammelt av vært en nytelse for fiskeren. Før gikk det mest på skrå, snus og karva blad. Nå røykes det helst rullings og sigaretter. Mange fiskere synes det følger trivsel med røyken. Røyken hører til sammen med Kaffelars og prat ved utror og på hjemtur og i små pauser mellom lange, kalde arbeidsøkter på feltet er det fint å kose seg med, ja, varme seg på en røyk. Jeg har sjøl sett hvilken glede røyken gir mange fiskere og vil derfor ikke opphøye meg til anklager eller dommer. Men jeg vil at fiskeren skal vite om farene ved å røyke, slik at han kan velge på forstandig vis. Hvis fiskeren finner ut at nytelsen og trivselen ved røyken er større en helseskadene, og derfor velger å røyke, da vil jeg uten videre godta det. Ja, jeg vil til og med forstå det.»

Helse skapes utenfor legekontoret

Gjennom hele *Fiskernes helsebok* er det tydelig at forfatterens har en sterk tro på at fiskere og folk flest selv kan bygge god helse og gode samfunn, og at helsen blir *fellesskapt*, utenfor legekontoret. Fugellis skarvejaktkamerat på Røst, Arnfinn Ellingsen, ble senere ordfører og statssekretær og ledet arbeidet med en

offentlig utredning om folkehelse som vektlegger nettopp dette (9).

Allerede i *Medisinalberetningen fra Værøy og Røst* fra 1971 kan man merke et tydelig engasjement for de sosiale forholds innvirkning på helsen, men også den karakteristiske humoristiske stilen som er både respektfull og rebelsk (10):

«Alkoholvanene er sunne og naturlige uten annet 'misbruk' enn det en Lofotfisker fortjener etter en strabasios uke på sjøen».

Forelsket i det nordnorske

Det er tydelig at Fugelli hadde et spesielt forhold til Nord-Norge og nordlendingene. Avisa *Nordlys* valgte å publisere en 'nekrolog' allerede i mai 2016, over et år før han faktisk døde. Artikkelen ble en klikkvinner på nettet, Fugelli selv synes dette var festlig og leser utdrag av teksten i filmen (11):

«Verdiene nordpå var forenlige med det han søkte – ærligheten, gjestfriheten, ydmykheten, det saftige språket, menneskenes forhold til vær og natur, hav og land, humøret, gleden, trollskapen, troen på seg selv. 'Jeg lærte mye på universitetet, men mest har jeg lært på folkeuniversitetet – under mine år blant flotte folk i nord', har Fugelli uttalt.»

Hva han lærte i nord beskriver han best selv i *Lege på Utrøst* (2):

«Værøy og Røst bringer deg nær livet, rått og uten pynt. Du erfarer på Værøy og Røst at helse har lite med å dyrke det perfekte å gjøre. Helse følger av å mestre trøbbel, tåle fare, skape trivsel gitt de muligheter far og mor og Vår Herre og kommunestyret og EØS-reglene og havet og kjærligheten gir deg. På Værøy og Røst kommer du nær målet: Intet menneskelig skal være deg fremmed. Du blir glad i det du erfarer av gode og onde og blandede liv.»

Jeg har selv opplevd hvordan Per elsket å bruke god tid på nærbutikken og gå rundt og bokse folk vennskapelig i magen og dra røverhistorier ut av dem. Det går gjetord om den gangen han og Charlotte fortøyde i kaia ved butikken på høyvann og måtte be om kyndig hjelp da de flere timer senere oppdaget at båten hang som et slips i løse luften.

Røstværingene satte uten tvil pris på anerkjennelsen. I 1993 uttalte Fugelli til *Nordlandsposten* at «Det er der de kloke bor!» Ordfører Ellingsen beskriver reaksjonene slik (7):

«Røstværingene trykket uttalelsen begjærlig til sine bryst og brukte den for hva den måtte være verdt. Forstørrede kopier ble lynraskt hengt opp på Kommunehuset i butikken og i mange hjem. De mer beskjedne, som ikke hengte utklipp på veggen gjemte

dem trolig i skuffer og skap for så å ta dem, fram ved oppbyggelige anledninger.»

Anklager om at han innimellom bikket over i det romantiserende tok Fugelli ikke så tungt (2):

«Du prøver å være saklig, men det er forelsket du er. Ja vel. Kan hende er jeg forelsket og blind. Men bør ikke alle holde seg med en himmel på jorden? Har ikke alle godt av å ha mennesker og steder å være glade i, uten pro- og kontra-regnskap? Jeg tror ikke på himmelen der oppe. Men her ute falt himmelen ned en gang og dannet tre hemmelige punkter på kloden: Værøy, Røst og Utrøst. Så hemmelige at de ikke vises på globusen. Så hemmelige at Pietro Querini ble bedt om å senke stemmen da han i Vatikanet berettet om sitt skipsforlis på Røst i 1432 og fortalte paven at han hadde vært i Paradisets første krets.»

Litteraturpark på Røst

I 2014 fikk Røst kommune besøk av den italienske ambassadør til Norge, Giorgio Novello, som lanserte ideen om en litteraturpark på Røst med utgangspunkt i den venetianske adelsmannen Pierto Querini og hans beretning om sitt møte med Røst-samfunnet. Historien om det dramatiske forliset som endte ytterst i Lofoten har blitt utgangspunktet for flere romaner og operaen Querini, som skal settes opp for tredje

Utsikt over den sørlige delen av Røst og farvannene der Pietro Querini drev i land i 1432. Skipet hans forliste i Irskesjøen i 1431. Til Røst kom en av livbåtene med 29 overlevende, hvorav bare 11 til slutt levde videre.



Fastlege og kommuneoverlege på Røst Kjell-Arne Helgebostad, Italias ambassadør i Norge Giorgio Novello og tidligere Røstordfører Arnfinn Ellingsen ved Querinistøtta på Sandøya utenfor Røst, juli 2014. FOTO: PRIVAT



Per Fugelli på Røst i 2016.

gang i august 2018. Pietro Querini går også igjen i flere av Fugellis tekster. Blant annet skriver Fugelli at grunnlaget for både doktortograd og videre helsepolitisk engasjement var at han i tre samfulle år på Værøy og Røst observerte «ad modum Querini» (12). Jeg er med i den kommunale komite-

en som skal utvikle litteraturparken og vi håper at dette kan bli en spennende måte å presentere også Fugellis rikholdige forfatterskap.

Takk og farvel

Før lyset ble slukket i aulaen hadde regissør Poppe gitt oss i publikum streng beskjed om at på verdenspremierer blir man sittende stille til rulleteksten er helt ferdig. I løpet av filmen hadde det gått både sus og latter gjennom salen etterhvert som kjente fjøs og fjell og Pers utstoppede ørn dukket opp på lerretet, men etter at Per og Charlotte forsvant ut av fokus for siste gang var det ingen som hadde problemer med å sitte stille. Poppe og Per hadde uten tvil klart å berøre hjemmepublikummet på Røst. Lokalradiojournalisten som var leid inn for å lede en samtale med regissøren etter filmen lurte på om noe var galt siden det var så stille med så mange røstværinger samlet på en plass.

Vi er mange som sitter igjen med gode minner og takknemlighet for Per Fugellis utrettelige samfunnsinnsats og for at han på sitt særegne vis skrev både sitt liv og sitt fag.

REFERANSER

1. Fugelli, Aksel. PER Glimt av min far. Oslo: Cap-pelen Damm, 2014.
2. Fugelli, Per. Doktor på Værøy og Røst. Lege på Utøst. Stamsund: Orkana, 2006.
3. PMU 2012 skapte begeistring og engasjement. Søndena, Mona, Rutle, Tove og Sundar, Tom. 7, Oslo: Utposten, 2012, Vol. 2012.
4. Fugelli, Per. Journalen. Oslo: Universitetsforlaget, 2013.
5. Per Fugelli (1943-2017): Professor Godt Nok. Liane, Vibeke. Oslo: Fontene, 1. januar 2014. <http://fontene.no/nyheter/per-fugelli-19432017-professor-godt-nok-6.47.487256.d1d805b981>.
6. Per Fugelli og allmennmedisinen 1943–2017. Malterud, Kirsti og Hunskaar, Steinar. 6, Oslo: Utposten, 2017.
7. Bjørndal, Arild og Nylenna, Magne (red.). Med makten i sitt ord. Festskrift til Per Fugelli på 60-årsdagen. Oslo: Unipub forlag, 2003.
8. Fugelli, Per. Fiskerens helsebok. Oslo: Universitetsforlaget, 1984.
9. Ellingsen, Arnfinn. Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene. Sosial- og helsedepartementet. Oslo: Statens forvaltnings-tjeneste, Statens trykning. NOU 18; 1998.
10. Tellnes, Gunnar. Medisinske beretninger fra Værøy og Røst. Værøy: Lofotboka, 1985.
11. Det varme medmennesket. Tonstad, Per Lars. s.l.: Nordlys, 24. mai 2016. <http://nordnorskdebatt.no/article/hyllest-en-doende>.
12. Fugelli, Per. Tilbake til huslegen – Søkelys på norsk medisin. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 1975.

■ HELGEBO@GMAIL.COM

Sykmelding kan ha bivirkninger

■ RAGNHILD JORDET • Spes. allmennmedisin og rådgivende overlege i NAV Hedmark

■ LINDA VAAGAN • Psykologspesialist i klinisk arbeidspsykologi, NAV Hedmark

Per Fugelli snakket om verdien av å ta vare på flokken. Har dette en betydning også når det gjelder inkludering av sykmeldte?

Arbeidsdeltakelse fremmer helse

Kunnskapsoppsummering har vist at arbeidsdeltakelse gir bedre helse hos de fleste. Særlig gjelder dette mennesker med psykiske helseplager. Personer utenfor arbeid får flere fysiske og psykiske helseproblemer og har høyere forbruk av helsetjenester enn de som er i arbeid. Det er positive sammenhenger mellom det å være/ komme i arbeid og god helse (1).

I enkelte tilfelle kan det å være på jobb føre til at det tar lengre tid å bli frisk. Og i noen situasjoner kan man smitte andre ved å være på jobb. Da vil jo sykmelding være aktuelt. Men i de aller fleste situasjoner vil det å være i jobb fremme helsen. Det å bli verdsatt i et kollegium og å føle seg nyttig, er verdier vi umiddelbart gjenkjenner som allmenne goder ved å være i jobb. Å være arbeidsaktiv styrker sosial identitet og mestringsopplevelse; det gir struktur og mening i hverdagen (2). Forutsetningen for at arbeidsdeltakelse skal være helsefremmende er at arbeidsmiljøet ikke er dårlig, og at man i gitte tilfeller må prioritere individuell tilrettelegging.

Funn fra arbeidspsykologisk forskning viser høy grad av konsensus: Arbeid er stort sett bra for helsa, og arbeidsdeltakelse gir mange andre positive ringvirkninger.

Sykmelding øker sjansen for utenforskap

Sykmelding bygger på ideen om at hvile og fravær fra arbeid hjelper ved sykdom. Og i noen tilfeller er jo behovet for hvile viktig å

ivareta i en periode. Samtidig synes sykmelding å ha enkelte bivirkninger. I forskningslitteraturen ser man et såkalt «kritisk brekkpunkt» ved åtte til tolv ukers tidspunkt (3, 4). Ved sykmelding ut over denne perioden er det en økt risiko for å falle ut av arbeidslivet og bli langtidsmottaker av trygdeytelser. Med andre ord, den økte risikoen er ikke bare et resultat av helseproblemer, men også av at langtidsfraværet i seg selv reduserer sjansen for å komme tilbake til arbeid. Vi står altså overfor mange eksempler på at lengre sykmeldinger faktisk fører til det motsatte av de ønskede helseeffektene og tvert imot opprettholder lidelser.

Arbeidspsykologisk forskning viser at *tidlig intervensjon* ved psykisk sykdom, som behandling *kombinert med* aktivitetsfokus, fremmer tilfriskning. Det samme gjør også vanlig hverdagsliv og jobb (5–9).

Hvordan kan det ha seg at en sykmelding som starter som et godt og nødvendig tiltak på ett tidspunkt, går over til å gi uhelse når tiltaket blir forlenget over tid? Har vi ikke alle kjent på noen av de psykologiske faktorene som gjør seg gjeldende når vi er borte fra jobben en stund? Hva har skjedd mens jeg har vært borte? Duger jeg fortsatt til jobben min? Snakker de andre negativt om meg når jeg er fraværende? Er jeg fortsatt verdsatt som arbeidstaker og medmenneske? I tillegg kommer spesifikke negative faktorer ved ulike tilstander som økt tid til depressiv grubling, økt anledning til unngåelsesadferd osv. Sannsynligheten for retur til arbeidslivet innen rimelig tid kan bli sterkt redusert.

Mestringsforventning viktigere enn symptomtrykk

Nyere arbeidspsykologisk forskning har vist at det ikke er omfanget av psykiske plager, dvs. graden av symptomtrykk, som van-

ligvis har mest å si for om en person med lettere til moderate psykiske plager kommer tilbake til jobb igjen etter en periode med sykmelding. Det er hvor sterk mestringsstro (også kalt 'mestringsforventning') den sykmeldte har som best predikerer sjansen for å komme tilbake i jobb (10, 11).

Sosialpsykologen Albert Bandura innførte begrepet 'mestringstro' (eng: *self-efficacy*) på 1970-tallet, og dette har siden vært et av de viktigste begrepene innenfor helsepsykologien. Kort fortalt øker sannsynligheten for at vi skal gjøre noe proporsjonalt med den troen vi har på at vi skal klare å gjøre det (12). Nyere forskning har altså gjenopplivet fenomenet, nå med et arbeidsfokus.

Forskerne fra Uni Helse har funnet at *forståelsesmodeller* for sykdom er knyttet til *forventninger* om å komme tilbake til jobb (10). Alle individer danner seg en slags modell for å forstå sin sykdom/sine plager, også når det gjelder psykiske helseplager (13). Det å tenke at plagene er alvorlige eller gir alvorlige konsekvenser, har svært mye å si for forventningene til å komme tilbake til jobb. I tillegg viser det seg at faktiske helseplager er mindre viktige enn tankene om dem (11). Dette betyr at for mennesker som strever med å være i jobb på grunn av lette – og moderate-psykiske helseplager, så vil forventningene om å komme tilbake til arbeid ha større betydning enn faktisk symptomnivå. Den tradisjonelle tenkningen om at symptomlette alene er assosiert med økt arbeidsevne og tilbakeføring til arbeid, blir altså her utfordret sterkt. Det samme blir også tanken om at en bestemt diagnose fører til en bestemt funksjon!

Denne nye kunnskapen fortjener sin plass i sykefraværsarbeidet. I tillegg til forskning som viser at tidlig intervensjon fremmer tilfriskning (5–9) understøtter også resultatene fra Uni Helse en forbedret



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

helseutvikling hos personer etter at de kom seg tilbake og ble værende i jobb (10, 11). Økt fokus på å jobbe med å styrke mestringsforventning tidlig hos den sykmeldte og tilrettelegging for et positivt sykenærvær, blir derfor helt essensielle aktive ingredienser for å lykkes i sykefraværarbeidet.

Kan denne forskningen ha en overføringsverdi til flere av helseutfordringene som fastlegen står overfor i pasienthverdagen? Ut fra klinisk erfaring tror vi kunnskapen om betydningen av å styrke mestringsforventning og å understøtte tidlig sykenærværarbeid som for eksempel dialog med arbeidsgiver kan være verdifullt å ha med seg i møtet med de fleste pasienter.

Hvordan kan vi understøtte mestringsforventningen hos pasienten uten å risikere at pasienten påføres nederlagserfaring gjennom at iveren hos oss hjelpere blir for sterk? Kan vi unngå å medvirke til at fallhøyden blir for stor? Hvilke grunnleggende psykologiske behov bør da ivaretas for å øke sjansen for å lykkes med tilbakeføring til arbeidslivet?

- **AKSEPT OG MESTRING.** Individet har et grunnleggende psykologisk behov for å føle seg vel, kjenne seg akseptert og oppleve seg god nok. Der vi lykkes i å finne balansen mellom passe grad av utfordring og god støtte, er mestringsopplevelsen sterkest (14).

- **TRYGGHET.** Vi mennesker er trygge når

flokkdyret i oss er ivaretatt – når vi kjenner oss inkludert og opplever at andre bryr seg og er der for oss. Vi trenger altså noen å vende oss mot for trøst, støtte og oppmuntring. Da våger vi også mer! Dette gjelder også i arbeidslivet.

- **AUTONOMI.** Et annet viktig grunnleggende behov er at vi trenger å oppleve at vi kan påvirke verden rundt oss, også på arbeidsplassen. Ved å gi den sykmeldte innflytelse og reelle valg innenfor rammer definert av arbeidsgiver, ivaretas både arbeidsgivers interesser og et grunnleggende psykologisk behov hos arbeidstakeren. Dette er viktig å tenke igjennom ved individuell tilrettelegging, som kan spille en nøkkelrolle for at arbeidstakeren skal bli stående i arbeidslivet (2).

Det er flere aktører som gjennom sine kontaktpunkter med den sykmeldte kan bidra til å styrke mestringsforventning og understøtte grunnleggende menneskelige behov:

- Nærmeste leder har et ansvar for å ta modige initiativ til samtaler med den sykmeldte om hva som skal til, eventuelt av tilrettelegging, for at medarbeideren skal komme tilbake til jobb.
- Legen skal sammen med pasienten nøye vurdere om hel sykmelding er nødvendig eller om gradert eller hel friskmel-

ding kan finne sted, eventuelt parallelt med utrednings- og behandlingstiltak.

- NAV har en rolle i å lete etter muligheter for arbeidsdeltakelse på tross av plager, og vurdere om noen av deres tiltak vil hjelpe den sykmeldte tilbake til jobb.

Men også kolleger, familie, venner og bekjente av den sykmeldte, kan heie på en som er blitt stående utenfor arbeidslivet, slik at han eller hun kan komme raskere tilbake i jobb.

Samme budskap fra et samlet NAV og viktige aktører rundt den sykmeldte øker troverdighet og forsterker forventningen om aktivitet. OECD-rapporten om arbeid og psykisk helse fra 2013, konkluderte med at velferdslandet Norge har et fragmentert helse- og velferdssystem (15). Studier har vist at samtidige helsemessige og arbeidsrettede tiltak i samarbeid mellom helsetjenester, NAV og arbeidslivet, virker (16). Vi tenker at det er et stort forbedringspotensial i å få til en god kommunikasjon mellom viktige aktører rundt pasienten om videre planer for aktivitet og deltakelse i arbeidsliv. Sosialpsykologisk forskning understreker dette ved å påpeke universelle påvirkningsmekanismer hos oss mennesker. Den tydeliggjør viktigheten av å stå samlet med et entydig budskap for å nå igjennom med sosial påvirkning (17).



Den sykmeldtes mestringstro er en faktor som predikerer sjansen for å komme tilbake i jobb.

ILLUSTRASJONS FOTO

Fastlegen som autoritetssymbol med fokus på pasientens potensial

Har det da noen betydning om legen er seg bevisst sin rolle som sykmelder? Har ikke pasienten ofte «bestemt seg» for hva vedkommende synes hun/han trenger når lege oppsøkes? Sosialpsykologisk forskning viser at når vi opplever at andre har større kunnskap og klokskap enn oss selv, er det større sannsynlighet for at disse såkalte *autoritetssymboler* har større påvirkningskraft enn andre (17). Det er derfor ikke det samme for pasienten hvem som for eksempel foreslår røykeslutt eller setter i gang andre typer motiverings tiltak overfor helseutfordringer.

Er da fastlegen og andre sentrale personer rundt den sykmeldte bevisst på både hvor vanskelig det kan være å komme tilbake til jobben etter flere ukers sykmelding, og sin egen rolle som autoritetssymbol i sykefraværsarbeidet? Det essensielle for å lykkes med tilbakeføring til arbeid vil ofte være å sette seg inn i pasientens forståelsesmodell for sykdommen, involvere seg i tilbakeføringsplanen, samt å jobbe med å styrke troen på at pasienten skal klare å komme tilbake til arbeid – til tross for helseutfordringer og andre barrierer.

Sykmeldingssituasjonen er kompleks. Ofte er det andre faktorer enn objektive funn som avgjør om det blir skrevet ut sykmelding. Fastlegen kan iblant oppleve det

som en forhandlingssituasjon mellom pasient og lege. I tillegg til allerede eksisterende momenter i denne situasjonen vil fastlegen kunne legge til ovennevnte nyere kunnskap om arbeidsdeltakelse og helse:

- Arbeidsdeltakelse på rett plass og i riktig omfang er vanligvis helsefremmende. I mange situasjoner er det ikke snakk om å være for syk til å jobbe, men for syk til å la være!
- I balansen mellom å tilby avlastning og å understøtte utfordringer kan det være verdt å huske på at pasienten kan trenge påfyll i sin mestringstro.
- Fastlegen er i en unik posisjon til å støtte opp under forsøk på deltakelse hvis han eller hun vurderer det som faglig riktig å manøvrere mot friskmelding, fordi legen framstår som et autoritetssymbol.
- Om fastlegen er en del av et team omkring pasienten – der man forsikrer seg om å trekke i samme retning – er det større sjanse for å oppnå mestring som inkluderer arbeidsdeltakelse.

Kollegaomsorg basert på kunnskap

Så kan vi helsearbeidere være med og opplyse allmennheten der de fleste er noens kollega. Hører vi ikke ofte det bli sagt: Ta

hensyn til deg selv, bli helt frisk før du begynner på jobb? Ut fra kunnskapen om arbeidsdeltakelse som helsefremmende faktor og styrking av mestringstro som viktig faktor for retur til arbeid, er det kanskje vel så ivarettende å minne en kollega om at arbeidsplassen ikke er den samme uten ham eller henne – og at vi kollegene har tro på personens mulighet til fortsatt å bidra til verdiskaping og miljø på arbeidsplassen.

Eller, som Per Fugelli kanskje ville ha sagt det: Flokken trenger den sykmeldte!

REFERANSER

1. Nøkleby H, Berg R, Nguyen L, Blaasvær N, Kurtze N. Helseeffekter av arbeid. Notat – 2015. ISBN 978-82-8121-969-4.
2. Waddell and Burton (2006); Is work good for your health and well-being? London: Department of work and pensions.
3. St-Arnaud, L., St-Jean, M., & Damasse, J. (2006). Toward an enhanced understanding of factors involved in the Return-To-Work process of employees absent due to mental health problems. *Journal of Community Mental Health*, 25 (2), 303–315.
4. Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., Larivière, C., Tremblay, C. (2001). Disability Prevention – New Paradigm for the management of occupational Back Pain. *Disease Management and Health Outcomes*, 9, 351–360.
5. Berge, T., & Falkum, E., (2013). Se mulighetene. Arbeidsliv og psykisk helse. Oslo: Gyldendal Akademisk.
6. Borg, M. (2007). The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life: Perspectives of individuals recovering from severe mental health problems (doktoravhandling). Institutt for sosial arbeid og helsevitenskap, NTNU, Trondheim.
7. Borg, M. & Topor, A. (2007). Virksomme relasjoner: Bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Oslo: Kommuneforlaget.
8. Mykletun, A., Knudsen, A. K., Mathiesen, K.S. (2009). Rapport 2009–8: Psykiske lidelser i Norge – et folkehelseperspektiv. Oslo: Folkehelseinstituttet.
9. Schafft, A. (2009). Å få seg en jobb. Arbeidsrettet rehabilitering ved psykiske helseproblemer. Oslo: Kommuneforlaget.
10. Løvkvik, C., Øverland, S., Hysing, M., Broadbet, E. & Reme, S.E. (2014) Association Between Illness Perceptions and Return-to-Work Expectations in workers with Common Mental Health Symptoms. *Journal of occupational rehabilitation*, 160–70.
11. Løvkvik, C., Shaw, W., Øverland, S. & Reme, S.E. (2014) Expectations and illness as predictors of benefit reciprocity among workers with common mental disorders: secondary analysis from randomised controlled trial. *BMJ Open*.
12. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
13. Leventhal H, Nerenz DR, Steele DJ (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, and S.E. Taylor & A. Singer (Eds.), *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
14. Karasek, R. A., & Teorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and Reconstruction of Working Life*. New York: Basic Books.
15. OECD (2013): *Mental Health and Work*. Norway. OECD Publishing (<http://dx.doi.org/10.1787/9789264178984-en>).
16. Damberg, G. Sykmelder i kryssild. Foredrag ved Inkluderingskonferanse, 18.–19.9.2017.
17. Cialdini, R.B. (2011). *Påvirkning: Teori og praksis*. Oslo: Abstrakt forlag.

■ RAGNHILD.JORDET@NAV.NO / LINDA.VAAGAN@NAV.NO

Leger i hardt vær

■ KARI ISAKSEN RØ • PhD, Instituttleder LEFO – Legeforskningsinstituttet

KAN EN LEGE SAMMENLIGNES med en vindsurfer? En som har valgt å oppsøke bølgene og finner tilfredshet i å mestre også i hardt vær – faglig, emosjonelt og praktisk? En som ønsker å oppfylle forventninger og blir stående på brettet i tøffe situasjoner og miljøer?

Forskning blant leger i Norge kan tyde på det. Leger oppgir høy grad av tilfredshet, særlig med pasientarbeid, og rapporterer at de har god helse og er lite sykmeldte (1, 2). Dette på tross av høy grad av arbeidspress der man må håndtere stort ansvar, stor arbeidsmengde og lange arbeidsdager, tidspress, emosjonelt krevende situasjoner og mange avbrytelser i jobben (3).

NÅR ARBEIDSSITUASJONEN i utgangspunktet kan være en krevende balansekunst trengs det oppmerksomhet på hvordan man kan legge til rette for å bevare en god balanse. Fra ulike kanter hører vi nå om uro blant leger vedrørende hvordan man kan opprettholde en god arbeidssituasjon fremover. I allmennpraksis er det en klart uttalt bekymring for hvordan man kan rekruttere og beholde leger i fastlegeordningen. Det rapporteres også om et økende antall leger, ikke minst unge kvinner, som søker råd og veiledning i hvordan de skal takle utfordringer i arbeidssituasjonen (4, 5). Leger tar i økende grad kontakt med juridisk avdeling i Legeforeningen grunnet intensivt arbeidsbelastning (tidspress, mindre merkantil støtte) og styringspålegg som kommer i konflikt med medisinsk skjønn. Både blant mannlige og kvinnelige leger er det et større fokus på at balansen mellom arbeid og familie, eller andre forpliktelser utenom jobb, også må ivaretas (6, 7).

ENDRINGER I SAMFUNNET, med nye forventninger og krav både fra pasienter, offentlige aktører og legene selv, bidrar til at legerollen utfordres. Parallelt med denne utviklingen endres sammensetningen av legegruppen der vi nå har over 50 prosent kvinner og et økende kulturelt mangfold med 37 prosent av nye spesialistgodkjenninger siste året av leger som er utdannet utenfor Norge (norske leger som har studert utenlands og leger med andre statsborgerskap) (8).

Fra å oppfatte det å være lege som en livsstil, vil flere nå i større grad beskrive det som en jobb (9).

BETYDNINGEN AV Å TENKE forebyggende for å ivareta legers tilfredshet og helse er minst tre-delt. For det første er det vesentlig for enhver yrkesgruppe å identifisere spesifikke utfordringer og forhold på jobb som er viktige for å opprettholde god helse. For det andre er legers helse viktig for pasientbehandlingen, og det er en økende interesse for å undersøke sammenhenger mellom legers tilfredshet/helse og behandlingskvalitet og hvordan dette henger sammen med organisatoriske faktorer (10). For det tredje ser vi at leger ofte nøler med, eller utsetter å oppsøke behandling for egen del (11).

Først og fremst trenger vi å tenke på forholdene på arbeidsplassen for å unngå at været blir så hardt at man risikerer å velte i bølgene. Vi får stadig mer kunnskap om hva som skal til, og nylig publiserte Shanafelt og Noseworthy en artikkel om endringer som legegrupper har prøvd ut på ar-

beidsplasser for å øke jobbengasjement og å redusere risikoen for slitenhet/utbrenthet (12). De beskriver at legene har deltatt med å lage strategier for å påvirke arbeidsbelastning og arbeidskrav, opplevelse av mening i jobben, arbeidskultur og verdier, kontroll og fleksibilitet, sosial støtte og samvær på jobb og balansen mellom jobb og hjem.

UTOVER Å TENKE TILTAK på arbeidsplassen ser vi at det også trengs individuelle tilbud til leger. I de etiske reglene står det i kapittel 2, § 2-3 at leger skal hjelpe, råde og veilede kolleger, samt tilby hjelp ved sykdom eller rusmiddelmisbruk.

På bakgrunn av urovekkende internasjonale rapporter om utbrenthet blant leger, og med kunnskap om at leger nøler med å oppsøke helsehjelp, opprettet Legeforeningen i 1990-årene tre typer helse- og omsorgstilbud for leger.

Kan en lege sammenlignes med en vindsurfer? spør artikkelforfatteren. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX



I LEGE-FOR-LEGE-ORDNINGEN gir utvalgte allmennleger og noen spesialister tilbud om å ha kolleger som pasienter. I forbindelse med fastlegereformen ble denne ordningen fjernet flere steder, men finnes fortsatt i halvparten av fylkene. For mange er det betryggende å komme til en lege som man vet har erfaring med å ha kolleger som pasienter (13).

I tillegg ble det utviklet to støttetilbud: Støttekollegaordningen (5) og Ressurssenteret Villa Sana (14, 15). Begge ordningene kan

brukes av leger som sliter med yrkesidentitet, stressproblematikk, utbrenthet eller samlivsproblemer. Disse to ordningene er tiltak som bygger på et kollegialt møte, ikke formell behandling. Dette innebærer at det ikke er journalføring og at samtalerne er helt konfidensielle. Tilbudene er gratis for den enkelte lege, og betales av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), begrunnet i denne stiftelsens formålsparagraf om å «yte støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer».

STØTTEKOLLEGER FINNES i alle fylker. Dette er erfarne leger som er oppnevnte til å bistå leger som trenger støtte. Det er hovedsakelig allmennpraktikere og psykiatere, men også andre spesialister. Leger som kontakter støttekollegaordningen (det trengs ingen henvisning) får raskt et tilbud om inntil tre samtaler. Tilbudet kan benyttes av alle leger og medisinstudenter uavhengig av medlemskap i Legeforeningen. Via annonsering på Legeforeningens nettsider, i *Tidsskrift for den norske legeforening* og i flere lokale medlemsblader ønsker man å gjøre ordningen kjent (5).

Støttekollegene opplever at deres viktigste funksjon ofte er å være lyttende og støttende. De hjelper til med å sortere i mange forskjellige og ofte sammensatte problemstillinger, og de kan ta opp og diskutere behov for eventuell videre oppfølging og behandling. Ved at Legeforeningen på denne måten legitimerer at leger kan trenge å søke hjelp, kan ordningen være holdnings- og skapende i en gruppe som i liten grad søker behandling selv. En støttekollega formulerte det slik: «Ja, det er jo det viktigste, å få en bevissthet på at det går an å snakke med noen, det går an å få hjelp, du behøver ikke sitte alene.» Samtalen i seg kan også bidra til at legen lettere søker behandling i helsevesenet når det er behov for det. Støttekollegaordningen er en viktig beredskapsordning som skal være tilgjengelig når legen har behov for det (5).

RESSURSSENTER VILLA SANA er et samarbeid mellom Legeforeningen og Modum Bad. Her kan leger fra hele landet ta direkte kontakt (uten henvisning) og komme til rådgivning som innebærer fem til seks timers samtale i løpet av en dag, eller til et kurs som går over fem dager. Rådgivningstilbudet kan være del av en viktig prosess, der legene setter av tid til å reflektere rundt sin arbeidssituasjon og helheten i hverdagen inklusive balansen mellom jobb og privatliv. Det er ofte nyttig å diskutere hvordan man forstår sin legeidentitet og hvilke mestringsstrategier man kan bruke for å gjøre hensiktsmessige endringer i hverdagen – heller enn å holde ut en situasjon som ikke er bærekraftig. Stort sett er bakgrunnen når man søker støtte sammensatt, med mer enn en problemstilling eller en enkelt utløsende hendelse. I økende grad ønsker også leger å komme til parsamtaler og parkurs sammen med sin ektefelle eller samboer/partner. Dette understreker også at det er en kompleks helhetssituasjon man ønsker å jobbe med.

Kollegastøtteordningen tilbyr kollegial hjelp med å sortere i mange forskjellige og ofte sammensatte problemstillinger. ILLUSTRASJON: KOLLEGASTØTTE



I konflikt som tærer på kreftene?

Å være lege kan være vanskelig og arbeidet byr på spesielle påkjenninger. Legeforeningen har oppnevnt leger i alle fylker med funksjon som støttekolleger. Disse har erfaring med å gi råd og støtte ved problemstillinger som:

- Høyt arbeidspress/overbelastning
- Sykdom hos leger
- Utbrenthet
- Personlige kriser
- Misbruksproblemer
- Vanskelige arbeidsforhold
- Klagesaker mot leger
- Negativ medieomtale

Støttekollegene kan kontaktes av leger med slike problemer eller av personer som har omsorg for leger med problemer. Nærmere opplysninger om støttekollegene i ditt og andre fylker finner du på Legeforeningens nettsider.

Se www.legeforeningen.no/kollegastotte



FOR 15 ÅR SIDEN ble det gjort en oppfølgingsundersøkelse av leger som kom til Villa Sana. De som benyttet seg av ordningen var leger fra alle spesialiteter, representativt fordelt sammenlignet med leger i Norge generelt. Det var like mange menn og kvinner som kom. Sett i forhold til yrkesaktive leger i Norge i 2004 var det dermed relativt sett litt flere kvinner som søkte støtte. Det var også relativt sett litt færre unge leger. Legene som kom hadde ofte ventet lenge med å søke, og mange var slitne eller utmattede. Over halvparten sa at det var en kollega, en kone eller samboer, eller til og med en pasient som hadde oppfordret dem til å søke hjelp. Etter ett og etter tre år ble det målt bedring i jobbstress, utbrenthet og depressive symptomer. Resultatene tydet på at man, istedenfor å holde ut en vanskelig arbeidssituasjon over tid ved å skylde på egne mangler eller å håpe på at det ville bli bedre siden, klarte å få til endringer i situasjonen som monnet over tid (14–16).

Men hva er det disse legene gjør som hjelper? Vi vet at omtrent halvparten har gått noen eller flere ganger til terapismøter etter kontakten med Villa Sana. Vi vet også at sykmelding etter oppholdet var en viktig faktor for bedring i utbrenthet tre år senere (17).

SØKNINGEN TIL RESSURSSENTERET har økt gjennom årene, mer enn økningen i antall leger skulle tilsi. Fra 2012 til 2016 var økningen på 35 prosent, og andelen unge leger, særlig kvinner, er økende. Vi ser også at det blir flere par (der en eller begge parter er leger) som søker hjelp (4).

Med endringene i helsevesenet og de endringer vi ser i hvem som søker seg til støtteordningene trenger vi nå å gjenta den kvantitative undersøkelsen. Hvilke grupper leger er det nå som søker rådgivning? Er terskelen for å søke hjelp fremdeles like høy, eller tar flere nå kontakt på et tidligere tidspunkt? Er grunnene for å søke hjelp annerledes nå? Hvordan går det over tid med legene som søker hjelp? Det er også viktig å få mer informasjon om betydningen av sykmelding i slike situasjoner, siden leger er en gruppe med langt lavere sykmeldingsrater enn andre grupper i befolkningen.

VI PLANLEGGER også å spørre leger som benytter seg av Støttekollegaordningen og Ressurssenter Villa Sana om vi kan få kontakte dem seks til tolv måneder senere for å høre om de vil la seg intervjues om både hva som førte til at de oppsøkte en støtteordning, og hva som har vært viktig i etter-

kant av den kontakten. Slike kvalitative intervjuer kan gi oss verdifull og nyansert informasjon om vesentlige elementer både i arbeidssituasjonen og i et mer helhetlig bilde. Det gir oss muligheter til å kunne utforske mer komplekse sammenhenger. Hva er det som fører til nyttige endringer over tid? Modum Bad og SOP spleiser på kostnadene til et tre-års prosjekt for å gjøre denne undersøkelsen, og det er ansatt en stipendiat i stillingen fra nyttår.

FOR Å KUNNE SURFE godt på høye bølger, trenger man en del grunnleggende rammebetingelser i arbeidssituasjonen. Dessuten, når vinden er blitt til storm (kanskje en klagesak som kommer uventet), eller det har vært pøsregn over tid (opplevelsen av at det er altfor mye – man opplever å «gå for tidlig fra jobb og komme for seint hjem hver dag»... lenge), eller en tsunami rammer, alvorlig sykdom hos seg selv eller nær pårørende, dødsfall, gjort en alvorlig feil...) kan det være nødvendig å søke ly og få støtte til å komme i litt smulere farvann.

Balansen mellom nødvendige systemtiltak ved ledelse, tillitsvalgte eller via andre kanaler på jobb og individuell kollegial støtte kan være uklar, men det er viktig at støtteordningene ikke blir en buffer eller unnskyldning for å opprettholde systemsvikt (18).

Kombinasjonen av denne kvantitative og kvalitative forståelsen av hvorfor leger søker støtte og hva som er viktig over tid for å få en god arbeids- og helhetssituasjon, vil være et viktig innspill i forhold til organisering av helsevesenet videre. Vi trenger mer kunnskap for å se på sammenhengene som legger best mulig til rette for gode surfemuligheter.

REFERANSER

1. Sendén MG, Løvseth LT, Schenck-Gustafsson K, Fridner A. What makes physicians go to work while sick: a comparative study of sickness presentism in four European countries (HOUPE). *Swiss Med Wkly*. 2013; 143: w13840.
2. Rosta J, Aasland OG. Doctors' working hours and time spent on patient care in the period 1994–2014. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2016; 136(16): 1355–9.
3. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland O. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health*. 2012; 85(7): 819–28.
4. Flere unge leger sliter Dagens Medisin 2017 Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/05/flere-unge-leger-slir>
5. Rø K, Aasland OG. Støttelegers syn på støttekollegaordningen. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2016; 136(4): 313–6
6. Hertzberg TK, Rø KI, Vaglum PJW, Moum T, Rø Vik JO, Gude T, et al. Work-home interface stress: an important predictor of emotional exhaustion 15 years into a medical career. *Industrial Health*. 2016; 54(2): 139–48.



Ressurssenter Villa Sana. Leger fra hele landet kan ta kontakt og komme til rådgivning eller kurs.

7. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R, Aasland OG, Isaksson Rø K. Dagens sykehuslege – fremdeles alltid på vakt. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2016; 136(19): 1635–8.
8. Legeforening Dnlf. Legestatistikk, DNLF. 2017. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>.
9. Hertzberg TK, Skirbekk H, Tyssen R, Aasland OG, Isaksson Rø K. Den gode legen – sterk og utholdende. *Tidsskr Nor Laegeforening* 2016; 136(19): 1631–4.
10. Sikka R, Morath JM, Leape L. The Quadruple Aim: care, health, cost and meaning in work. *BMJ quality & safety*. 2015;bmjqs-2015-004160.
11. Tyssen R. Health problems and the use of health services among physicians: a review article with particular emphasis on Norwegian studies. *Industrial Health*. 2007; 45(5): 599–610.
12. Shanafelt, T. D, Noseworthy, J. H. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. *Mayo Clinic Proceedings* 2017; 92(1): 129–146
13. Kollegastøtte Lege-for-lege ordning 2017 Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/kollegastotte/lege-for-lege-ordningen/>
14. Isaksson Rø KE, Gude T, Aasland OG. Does a self-referral counselling program reach doctors in need of help? A comparison with the general Norwegian doctor workforce. *BMC Public Health*. 2007; 7: 36.
15. Isaksson Rø KE, Gude T, Tyssen R, Aasland OG. Counselling for burnout in Norwegian doctors: one year cohort study. *BMJ: British Medical Journal*. 2008; 337.
16. Isaksson Rø K, Tyssen R, Hoffart A, Sexton H, Aasland O, Gude T. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counselling intervention for help-seeking physicians. *BMC Public Health*. 2010; 10: 213.
17. Isaksson Rø K, Tyssen R, Gude T, Aasland O. Will sick leave after a counselling intervention prevent later burnout? A 3-year follow-up study of Norwegian doctors. *Scand J Public Health*. 2012; 40(3): 278–85.
18. Isaksson Rø K, Veggeland F, Aasland OG. Peer counselling for doctors in Norway: A qualitative study of the relationship between support and surveillance. *Social Science & Medicine*. 2016; 162: 193–200.

■ KARIN.RO@LEGEFORENINGEN.NO

Vekta øker, blod

Nye tall om helsetilstanden

■ ASTRID NYLENNA • Folkehelsedivisjonen i Helsedirektoratet

■ INGER ARIANSEN • Avdeling for ikke-smittsomme sykdommer i Folkehelseinstituttet

Vekten i befolkningen stiger, mens blodtrykk og kolesterolnivåer går ned. Det er flere paradokser knyttet til nye tall som viser helsetilstanden i befolkningen.

– Blodtrykket synker og vekta går i været. Dette er et av mange paradokser, sa Erik R. Sund, forsker ved Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), NTNU. En av de mest interessante trendene er nedgangen i blodtrykk i alle aldersgrupper kombinert med den klare vekttoppgangen som sees i alle aldersgrupper, både i tallmateriale fra HUNT og fra Tromsøundersøkelsen. Forskerne klør seg i hodet over disse to kurvene som går hver sin vei. Det er lite sannsynlig at det er blodtrykksmedikasjon som er hele forklaringen, for nedgangen i blodtrykk sees også i den yngre aldersgruppen, under 45 år, hvor det er lite medikamentbruk. Det samme argumentet gjelder for nedgangen i kolesterol. Også her er det en nedgang i alle aldersgrupper, også hos de yngste under 45 år, hvor det er lite medikamentbruk (SE FIGUR 1–3).

De nye tallene for helsetilstanden i befolkningen ble presentert i et fullsatt «Amalie Skram» på Litteraturhuset i Oslo 24. januar i år.

Seminarer var åpent for alle, og det var en interessert forsamling dominert av representanter fra frivillige organisasjoner, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektorat, Folkehelseinstituttet, og leger og studenter.

Seminarer hadde som mål å vise fram resultatene av et bredt nasjonalt samarbeid mellom Tromsøundersøkelsen, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT), Kreftregisteret, Idrettshøgskolen, Universitetet i Bergen, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Samarbeidet er satt i gang for å fremskaffe tall på indikatorene som ligger til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin satsing på å bekjempe de ikke-smittsomme sykdommene; kreft, hjerte- og karsykdommer, KOLS og diabetes, og deres felles risikofaktorer; tobakk, skadelig bruk av alkohol, fysisk inaktivitet og usunt kosthold.

WHO har laget i alt 25 indikatorer som støtter opp under hovedmålet og åtte andre delmål (SE FIGUR 4, SIDE 39). Norge har forpliktet seg til WHOs hovedmål som er en reduksjon av for tidlig død før 70 år av disse

sykdommene med 25 prosent fra 2010 til 2025. Så langt viser tallene at reduksjonen har vært på 18 prosent (SE FIGUR 5, SIDE 40).

I november 2017 lanserte Folkehelseinstituttet en nettside (<https://www.fhi.no/nettpub/ncd/>) med oppdaterte tall for å følge utviklingen på indikatorene WHO har fastsatt for å følge utviklingen av ikke-smittsomme sykdommer og deres risikofaktorer.

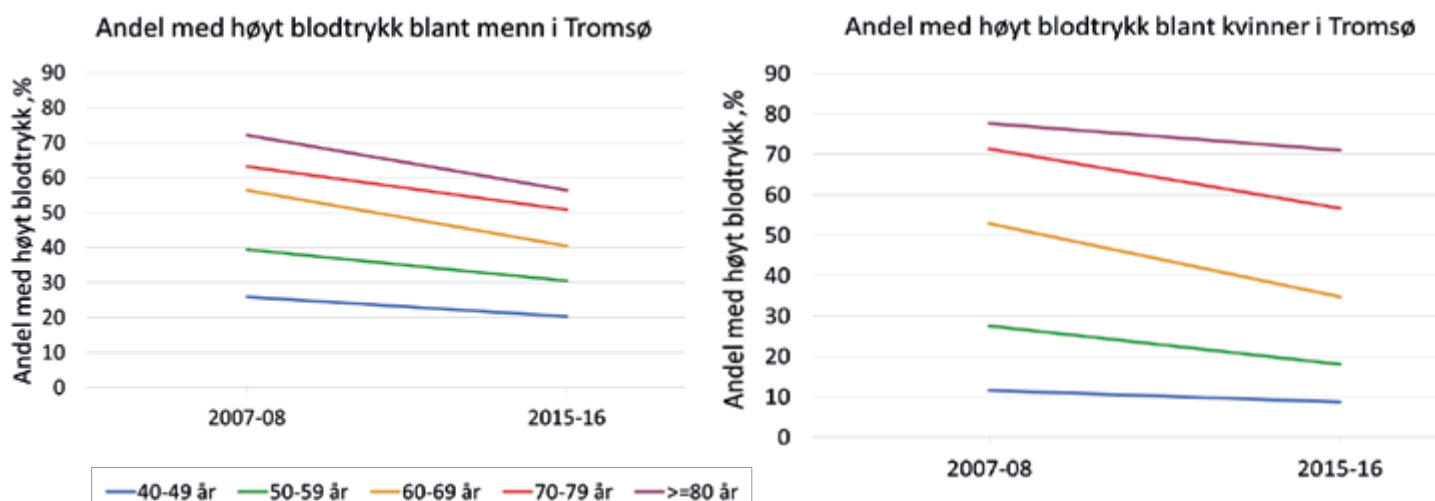
Flere lever med diabetes

– Endelig har vi fått oppdaterte tall for utviklingen i andelen som har diabetes i befolkningen, takket være målinger av langtidsblodsukker i Tromsøundersøkelsen. Her har andelen med diabetes økt fra fire til sju prosent for menn og fra tre til fem prosent for kvinner i perioden 2008–2016, sa Hanne Løv-dal Gulseth, forsker ved Folkehelseinstituttet og lege ved Oslo Universitetssykehus. Hun presenterte utviklingstallene på diabetes.

Hun pekte på at økt forekomst av diabetes kan skyldes ulike mekanismer; enten reelt flere nye tilfeller av diabetes, at diabetespasientene lever lenger, eller at flere tilfeller av uoppdaget diabetes nå blir diagnostisert.

– Om færre dør av følgetilstander til diabetes, betyr det at vi er blitt flinkere til å behandle disse pasientene, sa Gulseth.

FIGUR 1. Andel menn og kvinner med høyt blodtrykk i Tromsø, i prosent. Høyt blodtrykk er definert som systolisk blodtrykk over eller lik 140 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk over eller lik 90 mm Hg. Personer som bruker blodtrykksmedisiner og som har blodtrykk under denne grensen vil her ikke regnes blant personer med høyt blodtrykk. KILDE: TROMSØUNDERSØKELSEN



trykket synker i befolkningen

Hva dør vi av?

De viktigste dødsårsakene i befolkningen er kreft og hjerte- og karsykdom. For kreft har tallene for død ligget jevnt over flere tiår, men de siste to tiårene har det vært en nedgang. Derimot er antall nye krefttilfeller langt høyere nå enn for 50 år siden, så overlevelsen har gått opp. 70 prosent overlever nå sin kreftsykdom de første 5 årene etter diagnose. Tallene fra Kreftregisteret viser en klare økning i nye tilfeller av fø-

flekk-kreft og en absolutt klare nedgang i nye tilfeller av magekreft (SE FIGUR 6, SIDE 39). Lungekreft er den kreftformen som tar flest liv, både for kvinner og menn.

Hva forklarer nedgangen i røyking?

En av de store endringene over de siste tiårene er den store nedgangen i dagligrøyking. I 2017 var andelen dagligrøykere i hele den voksne befolkningen 11 prosent, mens

det i gruppen unge mellom 16 og 24 år var tre prosent som røyker daglig. For første gang viste statistikken et høyere antall daglige snusbrukere enn dagligrøykere.

Det ble stilt spørsmål fra salen om hva som har vært suksessfaktorer for nedgang i røyking.

– Nedgangen er basert på to samtidige forhold – hvor mange som begynner og eldre som slutter. Økende «ikke-begynnelse» har stått for mest av nedgangen. Denne største gevinsten ved at unge ikke begynner å røyke er nå hentet ut. For videre nedgang må vi få folk til å slutte i større grad, sa Tord Finne Vedøy, forsker ved Folkehelseinstituttet.

Han fortsatte med å si at det ikke uten videre er slik at de samme tiltak som har virket positivt på røyking i befolkningen også vil virke på snus.

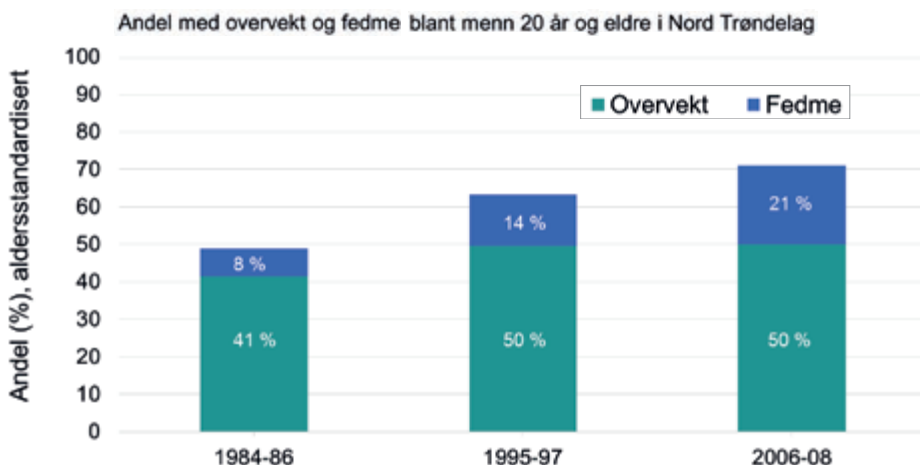
– Tobakk koster like mye nå som på 70-tallet tatt i betraktning lønnsutviklingen. Det tror jeg man kunne gjøre noe med, sa Finne Vedøy (SE FIGUR 7, SIDE 40).

Sosiale ulikheter

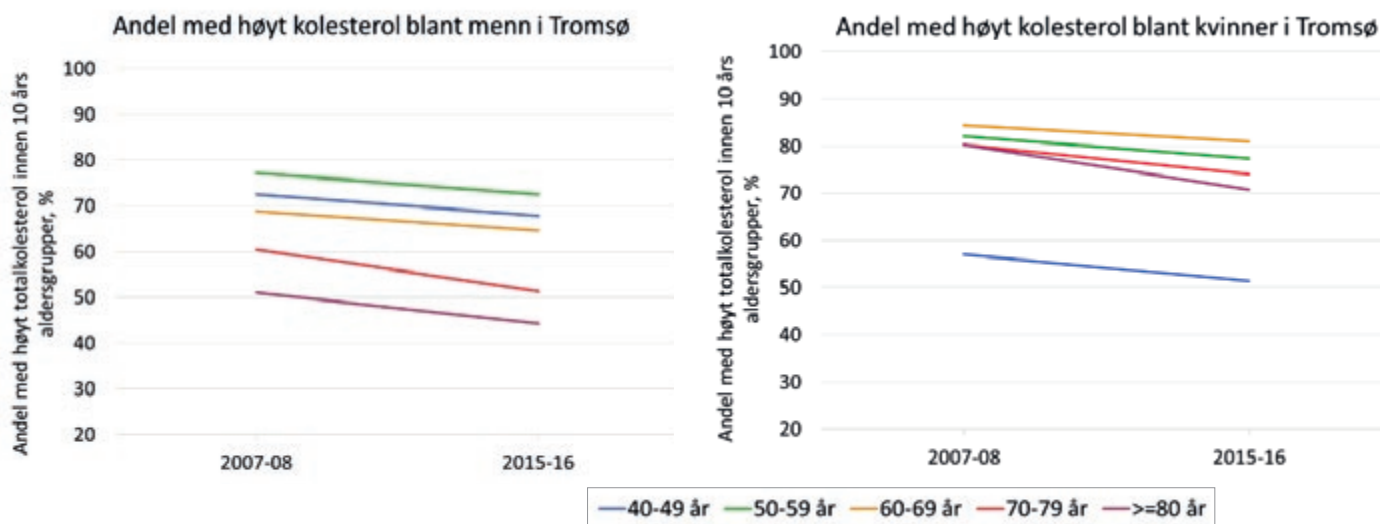
Den sosiale gradienten er tydelig for risikofaktorene for de ikke-smittsomme sykdommene, og forskjellene i røykevaner og kosthold er godt kjent.

– Vi finner høyere nivå av risikofaktorer hos personer med lavere utdanning, dette

FIGUR 2. Andel menn 20 år og eldre med overvekt og fedme i Nord-Trøndelag, i prosent, aldersstandardisert. Overvekt er definert som kroppsmasseindeks over eller lik 25 kg/m². Fedme er definert som kroppsmasseindeks over eller lik 30 kg/m². KILDE: HELSEUNDERSØKELSEN I NORD-TRØNDELAG (HUNT)



FIGUR 3. Andel menn og kvinner med høyt kolesterol i Tromsø, i prosent. Høyt kolesterol er definert som kolesterolnivå over eller lik 5,0 mmol/l. Personer som bruker kolesterolsenkende medisiner og som har kolesterolverdi under denne grensen vil her ikke regnes blant personer med høyt kolesterol. KILDE: TROMSØUNDERSØKELSEN



gjelder både for blodtrykk, kolesterol, røyking og fedme. For kolesterol har den sosiale ulikheten blitt mindre, sa Sameline Grims-gaard, professor ved Norges Arktiske uni-versitetet UiT og leder for Tromsø-undersøkelsen. Fedme er også assosiert med ut-danningslengde, og det er en tendens til at utdanningsforskjellene øker, i alle fall i materialene fra Nord-Trøndelag.

For fysisk aktivitet sees også en sterk so-sial gradient. De med høyere utdannelse er mer fysisk aktive. Denne trenden er enda mer tydelig blant menn enn kvinner.

Kjønnsbildet er ellers noe ulikt i Norge og verden for øvrig når det gjelder fysisk aktivitet.

– Flere kvinner enn menn er tilstrekke-lig fysisk aktive. Internasjonalt skiller Nor-

ge seg der, i andre land er det ofte menn som er mest fysisk aktive, sa Ulf Ekelund fra Seksjon for idrettsmedisinske fag, Nor-ges idrettshøgskole.

Hva gjør vi med det?

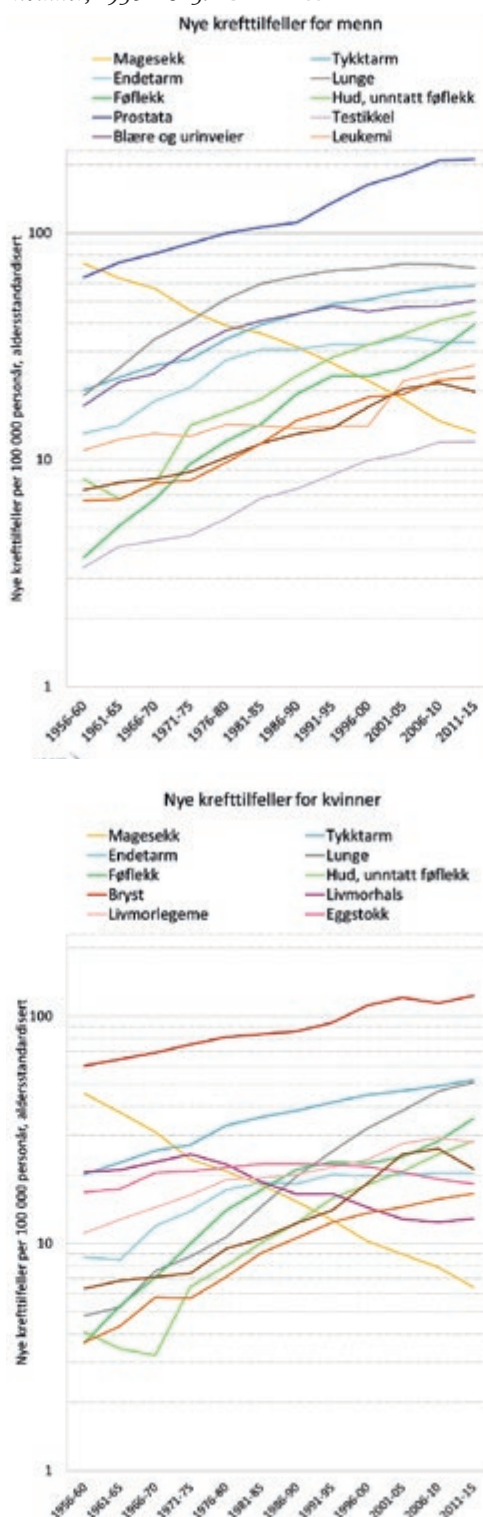
Daglig røyking har gått ned, vi spiser mer frukt og grønnsaker enn tidligere (men fort-

FIGUR 4. Oversikt over WHO sine 9 mål og 25 indikatorer for de ikke-smittsomme sykdommer (NCD: noncommunicable diseases, ikke-smittsomme sykdommer). HPV = humant papilloma virus.

KILDE: OVERSATT FRA WHO NCD GLOBAL MONITORING FRAMEWORK SIN OVERSIKT.

Mål	Indikator
Sykelighet og dødelighet	
1. Dødsfall for 70 års alder: 25 prosent nedgang	1. For tidlig død av ikke-smittsomme sykdommer
Tilleggsindikator	2. Nye krefttilfeller
Adferdsrisikofaktorer	
2. Alkohol. Minst 10 prosent nedgang i skadelig bruk	3. Alkoholforbruk per innbygger 4. Høyt alkoholinntak 5. Alkoholavhengighet
3. Fysisk inaktivitet: 10 prosent nedgang	6. Fysisk inaktivitet - ungdom 7. Fysisk inaktivitet - voksne
4. Salt i kostholdet: 30 prosent reduksjon	8. Saltinntak
5. Tobakksbruk: 30 prosent reduksjon	9. Tobakksbruk blant ungdom 10. Tobakksbruk blant voksne
Biologiske risikofaktorer	
6. Høyt blodtrykk: 25 prosent nedgang i andelen som har høyt blodtrykk	11. Høyt blodtrykk og blodtrykksnivå
7. Stoppe økning i andelen med diabetes og fedme	12. Diabetes hos voksne 13. Overvekt og fedme blant ungdom 14. Overvekt og fedme blant voksne
Tilleggsindikatorer	15. Mettet fett 16. Lavt inntak av frukt og grønnsaker 17. Høyt kolesterol og kolesterolnivå
Nasjonale helsesystemer	
8. Minst 50 prosent av de som trenger det, får behandling med legemidler for å forebygge hjerteinfarkt og hjerneslag	18. Medikamentell behandling for å forebygge hjerteinfarkt og slag for høyrisikopersoner
9. Minst 80 prosent av befolkningen har tilgang til medisinsk behandling for ikke-smittsomme sykdommer	19. Tilgjengelighet av NCD medisiner
Tilleggsindikatorer	20. Smertebehandling ved kreft 21. Begrense mettet fett 22. HPV vaksine 23. Begrense markedsføring rettet mot barn 24. Hepatitt B vaksine 25. Screening for livmorhalskreft

FIGUR 6. Nye krefttilfeller pr. 100 000 personår for utvalgte kreftformer i Norge for menn og kvinner, 1956–2015. KILDE: KREFTREGISTERET



satt mye mindre enn anbefalt) og det er tegn på at det er noen flere voksne som oppfyller anbefalingene til fysisk aktivitet. Mange piler peker i riktig retning, men for overvekt og fedme går utviklingen feil vei (FIGUR 8).

Linda Granlund, divisjonsdirektør for folkehelse i Helsedirektoratet, ga eksempler på tiltak som er gjennomført i perioden for den nasjonale NCD-strategien (NCD: noncommunicable diseases, ikke-smittsomme sykdommer) fra 2013 til strategiperioden gikk ut i fjor. Pakkeforløp for kreft, nye retningslinjer for primærforebygging av hjerte- og karsykdommer, pakkeforløp for hjerneslag og nøytrale tobakkspakker var noen av tiltakene som ble nevnt. Igangsatte tiltak er forventet å gi resultater i årene som kommer.

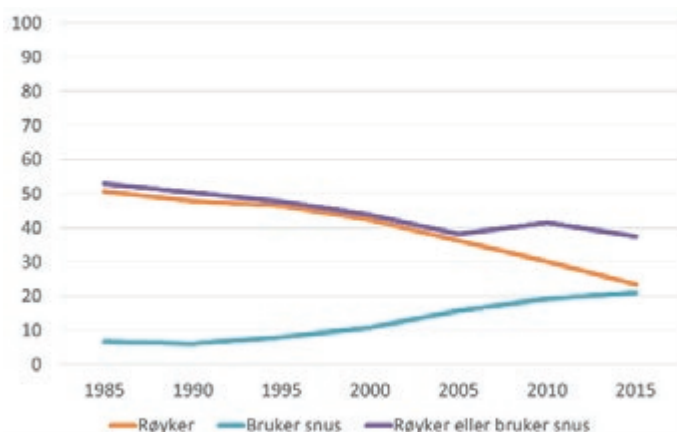
– Nøkkelhullsmerkingen av matvarer og intensjonsavtalen med matvarebransjen – med en tidshorisont til 2021 – lover godt. Å redusere mettet fett, salt og sukker er målet, sa Granlund. Hun anga også at det er igangsatt et arbeid med en ny strategiperiode, og at Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet er i gang med oppdrag for å se på hva som utgjør den største sykdomsbyrden i Norge og hvilke tiltak som kan være effektive for å gjøre noe med sykdomsbyrden.

■ ASTRID.NYLENNA@HELSEDIR.NO
■ INGER.ARIANSEN@FHI.NO

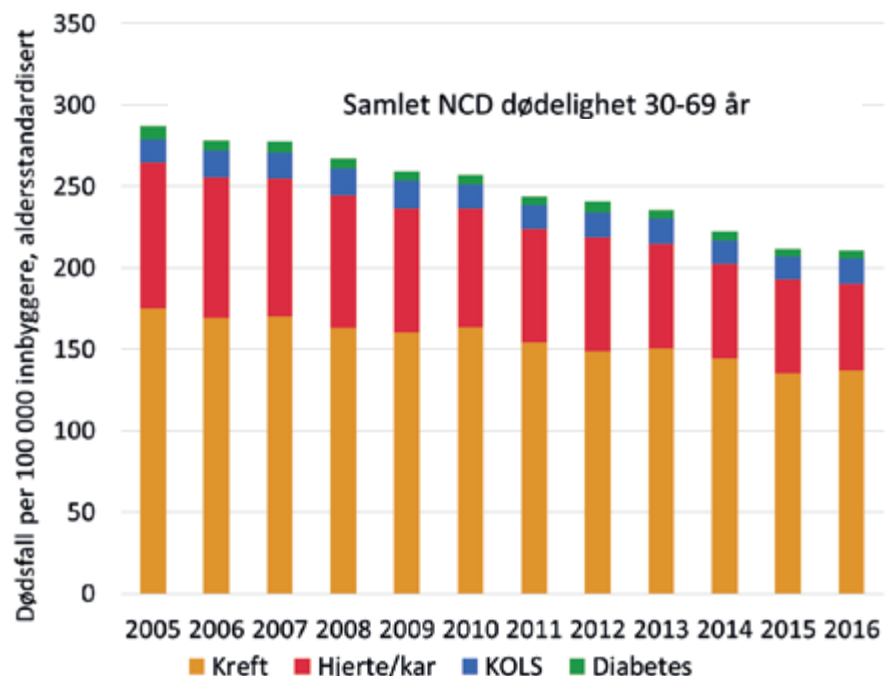
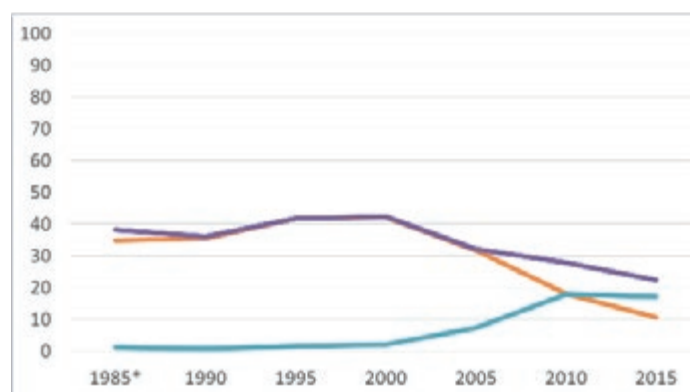
FIGUR 8.
De 9 målene
for ikke-smittsomme
sykdommer og status
for Norge pr. 2017.
KILDE: FOLKEHELSE-
INSTITUTTET

FIGUR 7. Andel som røyker eller bruker
snus daglig eller av og til, menn og kvinner
18-74 år, i 5-års aldersgrupper, i prosent,
aldersstandardisert. KILDE: RØYKEVANE-
UNDERSØKELSEN, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Bruk av tobakk daglig eller av og til,
voksne menn (18-74 år), prosentandeler



Bruk av tobakk daglig eller av og til,
unge kvinner (16-19 år), prosentandeler



FIGUR 5. Dødelighet av de ikke-smittsomme sykdommene (NCD: noncommunicable diseases, ikke-smittsomme sykdommer); kreft, hjerte- og karsykdom, kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) og diabetes i Norge, 2005–2015. Aldersgruppe 30–69 år; dødsfall pr. 100 000 innbyggere, aldersstandardisert. KILDE: DØDSÅRSÅKSREGISTERET, FOLKEHELSEINSTITUTTET

Mål for ikke-smittsomme sykdommer 2010-2025		Når Norge målet?
	Dødsfall før 70 års alder: 25 % nedgang	Går riktig vei: 18 prosent nedgang
	Alkohol: Minst 10 % nedgang i skadelig bruk	Går riktig vei: 0-8 prosent nedgang
	Fysisk inaktivitet: 10 % nedgang	Tendens til at det går riktig vei for voksne
	Salt i kostholdet: 30 % reduksjon	?
	Tobakksbruk: 30 % reduksjon	Går riktig vei: 10-22 prosent nedgang
	Høyt blodtrykk: 25 % nedgang i andelen som har høyt blodtrykk	Nesten i mål
	Stoppe økningen i andelen med diabetes og fedme	Går feil vei
	Hjerte- og karsykdom: Minst 50 % av de som trenger det, får behandling med legemidler for å forebygge hjerteinfarkt og hjerneslag	JA
	Minst 80 % av befolkningen har tilgang til medisinsk behandling for ikke-smittsomme sykdommer	JA

EL-SENSITIVITET: Kommuneoverlegar i Ve

■ INGEBJØRN BLEIDVIN • *Kommuneoverlege i Hadsel kommune*

I forbindelse med lansering av nye automatiske straummålarar, har kraftselskap gått ut med informasjon om at personar som anser seg som el-sensitive kan søkje om å få sleppe å installere slike målarar dersom dei har legeerklæring. Kommuneoverlegane i Vesterålen satte ned foten.

Konstruerte fiendebilder, konspirasjonar og djup skepsis mot det som ein gong var rekna som velmeinande samfunnsinstitusjonar må kunna seiast å vera eit aukande problem i vår tid. Det tydelegaste uttrykket for dette er enkelt og greitt alt Donald Trump foretar seg, men det slår óg inn på mange andre frontar, og me er ikkje immune i Norge og Norden. Eg har aldri sett meg syn i å bruka mykje tid og krefter på diskusjon med vaksineskeptikarar, kreasjonistar, healerar, eller homøopatar. Dei som driv med slikt er vanlegvis så grundig overbevist om sanninga i det dei gjer, at det er uråd å snakka seg gjennom skodda som omgir dei. Likevel vart eg i haust involvert i ein disputt med ein utpost av vitenskaps-skepsisen: El-overfølsomheit, og den beslekta aksjonen mot nye, automatiserte straummålarar.

Oppgradering av straumnettet

Problema starta med det som eigentleg er eit godt og viktig prosjekt: Oppgradering av straumnettet (1). Alle norske husstandar skal få installert automatiske straummålarar (AMS) den komande tida. Det minst viktige med dette er at me slepp målaravlesing. Langt viktigare er det at dette gir kraftselskapa mykje betre kontroll over nettet. Dei kan overvåka belastninga på nettet langt meir detaljert, og bruka både kraft og nett meir effektivt. Som med all ny teknikk er ikkje dette uproblematisk, og Datatilsynet har uttrykt ei viss bekymring (2).

Stadig fleire hushaldningsmaskiner er tilkobla trådløst nett. På sikt vil det vera teknisk mogeleg å samanstill data frå ditt wifi og din straummålar for å finna ut kor

ofte du brukar mikrobølgeovnen, kor ofte du vaskar opp, og om det er meir enn to veker sidan du køyrde programmet for treningstøy på vaskemaskina. Dette siste kan for eksempel treningssenteret ha nytte av å vita, slik at dei kan senda deg reklame for sitt introduksjonstilbod akkurat når trimsamvittigheita di er på sitt svartaste. Dette er imidlertid hypotetiske situasjonar, og all slik marknadsføring og datainnsamling vil sjølvsagt vere underlagt personvernlover og samtykkekrav (3). Slike persondata bleiknar i samanlikning med den mengde informasjon me meir enn gjerne deler med Facebook, Apple og Google.

Folkemøte

I starten av august i fjor bestemte Facebook sine algoritmar at eg kanskje ville ha interesse av ein invitasjon til «Folkemøte om nye skadelige 'smarte' strømmålere» (4), og la den inn i feeden min. Lett provosert og lett oppgitt klikka eg meg inn. Det var ei lokal gruppe i min kommune som hadde starta ein nettaksjon for å åtvara folk mot dei nye målarane. Dels var det grunna frykt for helsefare, dels grunna frykt for overvaking. Gruppa hadde også blitt intervjuet i lokalavisa (5). Om elektromagnetisk stråling sa dei at det «foreligger forskning fra utlandet som tyder på at det kan utgjøre en helserisiko vi i dag bare ser konturene av. Det finnes flere sykdomshistorier via foreningen for el-følsomme om folk som har fått helseproblemer på grunn av wi-fi- og mobilstråling».

Etter litt nettsøk såg eg at slike påstandar var eit problem fleire stader i landet, i den grad at myndighetene faktisk konkret måtte forsøka å håndtera protestane på eit

nokolunde konsekvent vis. På den offentlege informasjonssida nymåler.no var denne problemstillinga lista opp under «Ofte stilte spørsmål». Der stod det at «El-sensitive kan søke om fritak», og «Legeerklæring må legges ved søknaden».

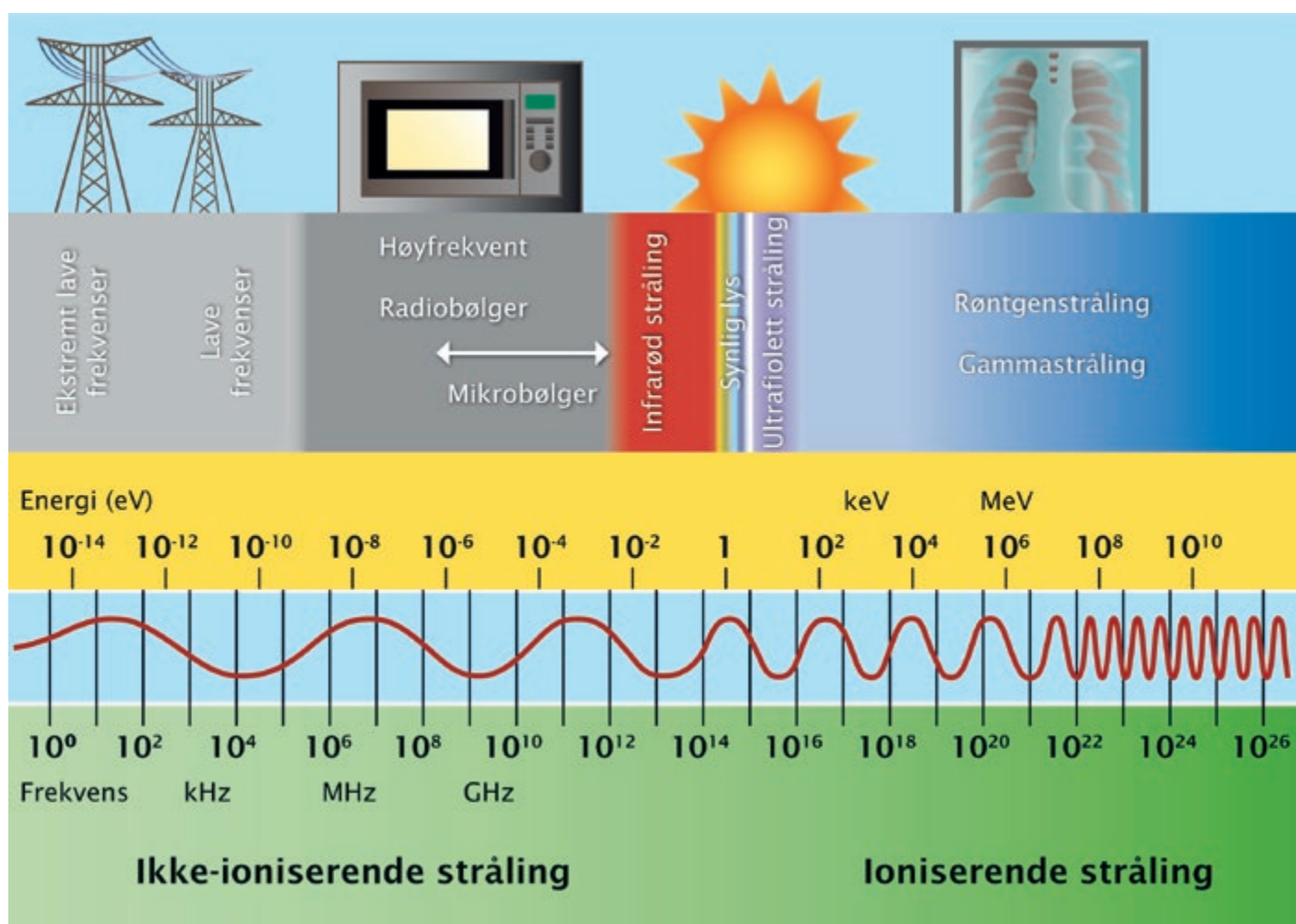
«Vil ikke blandes inn»

Det er alltid nok å ta tak i for ein allmennlege og kommuneoverlege. Kva som gjorde at akkurat situasjonen vart irriterande nok til å bruka tid på skal eg ikkje sei for sikkert. Kanskje var det alt det konstante tullet frå Trump. Kanskje var det Siv Jensen og Sylvi Listhaug si bekymringslause avvising av klimaforskning (6) og den devalue-ringa av all anna naturvitenskap det implisitt medfører. Kanskje var det at legane i kommunen skulle få endå ei tullete attestoppgåve, i tillegg til den nye fråversgrensa på vidaregåande skule. Uansett; dette skulle ikkje få passera utan vidare.

Primus motor bak mykje av skepsisen syntes å vera bloggaren Einar Flydal (7). Han er ein særdeles dedikert skribent, og bloggen hans inneheld svært mange, svært lange, innlegg om alle former for skadevirkningar frå ei rekke ulike former for elektromagnetisk stråling. Utan å leggja ord i hans munn kan hans standpunkt truleg oppsummerast med at Statens strålevern og så godt som alle etablerte forskarar på feltet tek feil. Han meiner stråling er skadeleg på ein rekke måtar for menneskekroppen, og at det i tillegg er farleg for dyr, fuglar, og totalt sett utgjer ein miljøkatastrofe. Han skulle få 5000 kroner i honorar for å koma og snakka på AMS-møtet.

Eg måtte no litt tilbake og repetere grunnleggande fakta om elektromagnetisk stråling. Grensa mellom ioniserande og ikkje-ioniserande stråling går rundt rekna like over bølgelengda til synleg lys, i ultrafiolett-området. Ioniserande stråling har kort bølgelengd, inneheld meir energi, og kan som følgje av dette slå elektronar ut av posisjon og medføra vevsskade. Ikkje-ioniserande stråling, altså alt som

sterålen satte ned foten



FIGUR 1: *Ikkje-ioniserande stråling, altså alt som er under bølgelengda til ultrafiolett, har ikkje tilstrekkeleg energi til å påføra vevet skade.*
FIGUR BRUKT MED LØYVE FRÅ STATENS STRÅLEVERN

er under bølgelengda til ultrafiolett, har ikkje tilstrekkeleg energi til å påføra vevet slik skade. Det finst ingen biologisk forklaringsmodell (8) for korleis slik skade skal kunna oppstå. Det er ei viss bekymring knytt til magnetfelt frå lågfrekvente magnetfelt, som høgspenledningar, men tross mykje forskning er det ikkje påvist noko klar årsakssamanheng her heller. Strålinga frå AMS ligg i megahertz-området (SJA FIGUR). Målarane er så langt unna skadeleg nivå i både sendestyr-

ke og frekvens at å hevda at dei kan skada menneskekroppen strider mot grunnlegande fysiske lover.

Felles brev

I Vesterålen har me eit godt samarbeid mellom kommuneoverlegane i regionen. Me møtest relativt ofte, jobbar med ting saman og kjem tidvis med felles uttalelsar i aktuelle saker. Etter ein kort og ubyråkratisk diskusjon blei me einige om å koma med

ein felles uttalelse. Me sendte deretter følgjande brev til våre tre lokale nettselskap, til NVE og til Energi Norge, som er interesseorganisasjonen til norske energiselskap:

«Vedrørende automatiske strømmålere
Det har den siste tiden oppstått noe debatt rundt installasjon av og stråling fra automatiske strømmålere (AMS). Vi ønsker å klargjøre følgende:

El-sensitivitet/el-overfølsomhet er en tilstand som aldri har latt seg påvise, tross grundige og omfattende studier internasjonalt.



nalt gjennom mange år. Det er derfor ikke mulig å utstede en legeattest på at noen har en slik tilstand.

Noen mennesker har angst/fobier knyttet til det å oppholde seg nær visse elektriske produkter. Det er meget veldokumentert at angst kan utløse sterke, fysiske plager, og disse pasientene må man selvsagt ta hensyn til og tilpasse der det er mulig. Plagene er imidlertid ikke utløst av elektromagnetisk stråling.

Spesifikt angående automatiske strømmålere vil vi understreke følgende: Strålingen fra disse er så svak at det strider mot grunnleggende vitenskap å påstå at denne strålingen skal kunne oppfattes av mennesker eller skade menneskekroppen.

Vi er kjent med at de fleste norske nettselskaper, inkludert våre tre regionale, har gått ut og bedt om legeerklæring for at kunder skal slippe installasjon av AMS. Det finnes ikke noe grunnlag for å gi slike attester, og vi ber derfor om at dere snarest fjerner denne informasjonen fra deres nettsider og endrer politikk på dette området.

Uenighet om installasjon av AMS er uteslukkende en sak mellom nettselskap og kunde.»

Reaksjonar

Brevet fekk ei viss merksemd i media, med artiklar regionalt hos oss, og eit lengre intervju med *Dagbladet*. Flydal vart naturleg nok indignert og sendte lokalavisa eit lengre innlegg der han skreiv at «legene trenger voksenopplæring, i likhet med mange andre som ikke har fulgt med» (9).

Det kom rundt 110 personar på folkemøtet og hørte på foredraget til Flydal. NVE, Statens strålevern og nettselskapa

var óg inviterte, og møtte prisverdig nok med sine representantar. NVE stilte med ein sivilingeniør i radioteknologi, Statens strålevern med ein biofysikar. Ifølge lokalavisa snakka Flydal i halvanna time, deretter fekk strålevernet og NVE rundt fem minutt kvar (10). Det var nok ikkje så mange som endra meining, korkje eine eller andre vegen. Folk bak møtet gjekk vidare med saka og etablerte Smarts-skandalen. info. Flydal er fortsatt aktiv på bloggen sin.

Informasjonen på nettsidene til nettselskapa og på *Nymåler.no* vart i etterkant av episoden endra til følgende:

«Strålingen fra de nye smarte strømmålerne er så svak at det ikke innebærer noen helsefare. Dersom du likevel mener at måleren medfører helsemessige ulemper for deg, kan du søke nettselskapet om fritak. Søknaden må ledsages av attest fra lege eller psykolog» (11).

Endringa i teksten var lita, men viktig. Det står ikkje noko om el-følsomheit som diagnose, og det er presisert og konstatert at målarane ikkje medfører helsefare.

Fag og autoritet

Ein kan stilla spørsmål ved om dette er rett bruk av tid og krefter, og om dette er eit spørsmål der samfunnsmedisin ar skal blanda seg inn. Eg vil sei at slike debattar kan vera både i vår eigen interesse og i befolkninga si interesse. Medisinstudiet er ei av dei grundigaste og lengste naturvitenskaplege utdanningane i Norge. Er det noko me legar skal halda hellig, ut over det å hjelpa pasientane våre, bør det vera vitenskapens

integritet. Me lever i ei tid der samfunnsdebatten er angripen av degenerative lidelsar som «alternative fakta» og «falske nyheter». Me har eit visst ansvar for å kjempa tilbake mot denne trenden.

Samfunnsmedisin er å ta legens kunnskap og autoritet ut frå sengeposten, ut frå legekontoret, og bruka den i ein større samanheng. Legen har, enn så lenge, ein viss autoritet og fagleg tyngde, og samfunnsmedisinane er dei i blant oss som er best posisjonert til å ta slike debattar.

REFERANSER

1. <https://www.nve.no/stromkunde/smar-te-strom-malere-ams/>
2. <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plik-ter/overvaking-og-sporing/strommaling/>
3. <https://www.nve.no/stromkunde/elhub/>
4. <https://www.facebook.com/events/1950738085207150/>
5. <http://www.blv.no/hadsel/sier-nei-til-den-nye-strommaleren-1.2073977>
6. <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/klima-trusselen/ler-av-klimahysteri/a/10085754/>
7. <https://einarflydal.com>
8. <https://www.forbes.com/sites/quora/2016/05/19/a-radiation-oncologist-says-everything-you-need-to-hear-about-wifi-and-cancer-risk/#13846efb7267>
9. <http://www.blv.no/nyheter/voksenopplering-om-smarte-malere-1.2107870>
10. <http://www.blv.no/nyheter/tusen-ganger-hoyere-faregrense-1.2137014>
11. <https://www.nymaler.no/sporsmal-og-svar/>

KILDER

- Statens strålevern infoside om automatiske strømmålere: <https://www.nrpa.no/publikasjon/straale-verninfo-09-2017-smarte-stroemmaalere.pdf>
- FELO (Foreningen for el-sensitive): <http://www.felo.no/hjem/>

■ INGEBJORN.BLEIDVIN@HADSEL.KOMMUNE.NO

På hver vår tue?

■ CATO INNERDAL • Kommuneoverlege i Molde

Cato Innerdal er kommuneoverlege i Molde og en av initiativtakerne til et samfunnsmedisinsk forum på Yammer. Faglig ensomhet har blitt erstattet med begeistring og flokksvermeri.

I begynnelsen av min karriere sto jeg et halvårs tid på lønningslisten til Roan kommune. Mens kona var turnuslege i nabokommunen Osen, pendlet jeg daglig til et legekontor hvor det ikke ventet andre legekolleger. Til tross for engasjerte og trivelige medarbeidere, som visste det meste om hva som rørte seg i kommunen, ble det likevel faglig ensomt. Som den eneste legen i kommunen fikk jeg bryne meg på mange utfordringer som kommuneoverlegetitlen førte med seg. Haner (bokstavelig talt) som lagde leven, vedtak om tvungen legeundersøkelse (som jeg selv måtte gjennomføre), medisinsk faglig rådgiving til rådmann og kommunestyre, kommunalt planarbeid, beredskapssituasjoner med mobilisering av kriseteam, pandemitrusel og massevaksinerings mot svineinfluensa og faglig veiledning til samarbeidende helsepersonell.

MANGE AV DE SAMME utfordringene møter jeg nå i min stilling som kommuneoverlege i Molde kommune. De samme engasjerte medarbeiderne finnes også der, og jeg har selvsagt flere ressurser å «spille på». Men fortsatt er jeg alene som samfunnsmedisiner i den kommunale administrasjonen. Med dette som bakteppe begynte en kommuneoverlegekollega og jeg å sende e-postmeldinger til hverandre. Løst og fast ble spurt om, diskutert og luftet. Selv om vi satt på hvert vårt hjørne av Vestlandet var det likevel til stor nytte å ha noen å spørre. Min kollega responderte på mine spørsmål og uvitenhet, som et jovialt leksikon på sentralstimulantia. Løsningsforslag og tips kom sent og tidlig, helg og helligdag. Den faglige forelskelsen blomstret!

Men så begynte vi å spørre oss selv: Kan vi innlemme flere kolleger i denne forelskelsen? Og hvordan skal vi få dem til å falle for oss? Skal tilnærmingen skje via e-post? Messenger? Facebook? Snapchat? Tinder? Yammer ble svaret! Yammer er et diskusjonsforum som likner på Facebook. Men i motsetning til Facebook er Yammer særlig god på deling av dokumenter. Dette gjør det mulig å laste opp et dokument, andre kan revidere det, og laste opp revidert versjon i samme «diskusjonstråd». Med

Yammer hadde vi redskapet, nå gjensto det bare å få andre kommuneoverleger til å falle for oss (og «verktøyet»)! Om det var mangelen på faglig kontakt eller våre varme faglige følelser som gjorde utslaget skal være usagt. Men det gikk ikke lenge før vi hadde fått invitert inn noen kolleger i diskusjonsforumet. Som forelskelser flest var vi vel alle litt famlende i starten, men etter hvert begynte kommuneoverleger å sette ord på sine følelser. Spørsmål om smittevern, miljørettet helsevern, helsestasjon, sykehjem, tvangsregler, legevakt og helsejuss ble stilt inne i forumet. Og ikke uventet kom svarene oftest med kort latenstid, gjerne vedlagt prosedyrer, brevmalers og annen relevant dokumentasjon.

RYKTENE OM ET LUKKET FORUM hvor den faglige forelskelsen blomstret spredte seg raskt! Plutselig begynte e-poster fra «beilere» over hele landet å fylle innboksene til oss to som var selvutnevnte administratorer. Og vi var ikke tunge å be. Alle som banket på fikk komme inn. Dette inkluderte også noen få helsesjefer, jurister og andre som har samfunnsmedisin som sitt daglige arbeidsområde.

Fra å være et monogamt samfunnsmedisinsk svermeri som startet etter påske 2017, passerte vi nærmere 100 kolleger innen utgangen av august. Og da fyrverkeriet ble skutt opp besto forumet av bortimot 250 medlemmer, i all hovedsak kommuneoverleger, assisterende kommuneoverleger og smittevernleger. I løpet av forumets første sju måneder har det blitt lagt inn 722 meldinger/innlegg/svar. Disse har blitt lest 25 183 ganger! I januar har 173 av medlemmene vært innlogget og lest meldinger, stilt spørsmål eller svart på andres spørsmål. Totalt er det bare i januar lagt inn 105 nye meldinger! Og medlemmene har totalt lest meldingene 4166 ganger. Det hele har med andre ord utviklet seg til et samfunnsmedisinsk flokksvermeri!

DET STORE ANTALLET meldinger gjorde at vi etter hvert måtte rekruttere inn en administrator til. Med han kom nye forslag og en ny giv. Det store antallet meldinger

gjorde at det ble uoversiktlig og vanskelig å finne tilbake spørsmål som allerede var besvart. Det ble derfor laget en rekke undergrupper for medlemmer med spesielle preferanser. Disse undergruppene er tilgjengelig for alle som ønsker å bli med, og er ment å fungere som kapitlene i ei samfunnsmedisinsk bok. Dette har gjort at vi har fått et forum med undergrupper for blant annet beredskap, smittevern, folkehelsearbeid, kommuneoverlegefunksjon, miljørettet helsevern, samhandling med spesialisthelsetjenesten, legevakt og akuttmedisin, kvalitetsarbeid og internkontroll, medisinsk faglig rådgiving og helserett.

I MOTSETNING TIL hva navnet (Yammer) skulle tilsi er det ikke et forum som preges av klaging og ynking. Forumet har på alle måter videreført den blomstrende faglige forelskelsen mellom to ensomme kommuneoverleger. Som en av tre administratorer er det en glede å se at kolleger bruker forumet aktivt og bidrar til å spre gode erfaringer. For min egen del har dette spart meg for mye arbeid! Prosedyrer, maler og planer som andre har lagt mye arbeid i har blitt lastet ned og tilpasset lokale forhold. Fantastisk er det også at prosedyrer og annet jeg har lastet opp har blitt lest og «vurdert» av velmenende kolleger. Kloke hoder har kommet med forslag til forbedringer. Forslag som uten unntak er blitt tatt til følge! Dette har gjort sluttresultatet vesentlig bedre enn utgangspunktet.

Selv om jeg fortsatt sitter alene som samfunnsmedisiner i Molde kommune, er 258 kolleger bare noen museklikk unna. Når jeg nå får henvendelser som gjør at blikket flakker og rådvillheten hersker, ja, da er veien kort til Yammerforumet. En eller annen plass i dette landet sitter det en samfunnsmedisiner som allerede har løst ei slik utfordring før!

FRA EN TILVÆRELSE som ensom samfunnsmedisiner på hvileløs vandring i tåkelandskap, opplever jeg nå et faglig fellesskap. Kanskje var det et resultat av samfunnsmedisinere som ved tilfeldigheter kolliderte i tåkelandskapet og som så ble en flokk. I kjemien omtaler man prosessen hvor partikler samler seg på grunn av kollisjoner som *flokkulering*. Samtidig er det likevel uinteressant om årsaken til det faglige fellesskapet er en vitenskapelig vanskelig forklarlig forelskelse eller et resultat av et kjent fenomen fra kjemiens verden. For sammen er vi uansett bedre enn om vi sitter på hver vår tue!

■ CATO INNERDAL@
MOLDE.KOMMUNE.NO

I natt får fire nordmenn gonoré...

■ HANNE RASMUSSEN • Lege i spesialisering, Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus

■ ÅSE HAUGSTVEDT • Overlege Olafiaklinikken, Oslo universitetssykehus

Fra å være ansett som nærmest utryddet her til lands, er gonoré på nytt blitt en viktig differensialdiagnose hva angår seksuelt overførbare infeksjoner. Hva bør vi vite om sykdommen og dens utbredelse, diagnostikk og behandling?

I Norge ble det i 1975 rapportert flere enn 14 000 tilfeller av gonoré. Grunnet effektiv diagnostikk, screening, smitteoppsporing og behandling var sykdommen i en periode nesten utryddet. I 1998 ble det meldt kun 166 tilfeller (1). Dessverre har man det siste tiåret sett en femdobling av antall smittede, og det foreligger en ytterligere økning i 2017 som gir grunn til bekymring (2). Ifølge Øivind J. Nilsen, seniorrådgiver ved Folkehelseinstituttet, viser foreløpige tall at det pr. august var diagnostisert nær-

mere 1000 tilfeller, mot 1096 i hele 2016 og 851 i 2015 (TABELL 1). Man regner med å ha over 1500 tilfeller på landsbasis i løpet av 2017 (3). Den største økningen er blant menn som har sex med menn (MSM), men en ser også en økning blant heteroseksuelle menn og kvinner (GRAF 1). De aller fleste er smittet i Norge, men 39 prosent av heteroseksuelle menn ble smittet i utlandet i 2016 (flest i Thailand). Blant menn som er meldt til MSIS så langt i år er 73 prosent MSM (3). Økningen skyldes dels mer effek-



Plakat fra 1976

tiv diagnostikk som PCR* (NAAT*) fra eks-tragenitale lokalisasjoner og dels en reell økning i forekomsten.

85–90 prosent av menn med uretral gonoré har symptomer, mens opptil 50 prosent av kvinnene er asymptomatiske. 10–15 prosent av kvinner med ubehandlet gonoré utvikler bekkeninfeksjon (4). Faryngeale og rektale infeksjoner er som regel asymptomatiske. Gonoré i hals innebærer et større smittepotensial enn klamydia i hals. Siden veldig få bruker kondom ved oralsex antas faryngeale infeksjoner å være et «stille reservoar» og en betydelig årsak til smitte. Det er derfor viktig å gjøre en god seksualanamnese og huske prøver fra hals og anus hos MSM og hos heteroseksuelle som har vært i risiko.

På grunn av lav sensitivitet ved dyrkning av gonokokker er prøve til PCR førstevalget. Dette gjelder spesielt ved prøvetaking fra hals og anus. Hos asymptomatiske heteroseksuelle kvinner og menn tas ikke prøve som screening, men ut fra anamnese som tilsier risiko. Hos kvinner tas vaginalpenselprøve (PCR), eventuelt også prøve fra hals og anus. Hos menn tas urinprøve (PCR) (de første 10–15 ml). Asymptomatiske MSM screenes med PCR-prøver fra urin, hals og anus (4, 5). For andre indikasjoner for prøvetaking se antibiotika-veilederen for primærhelsetjenesten (5).

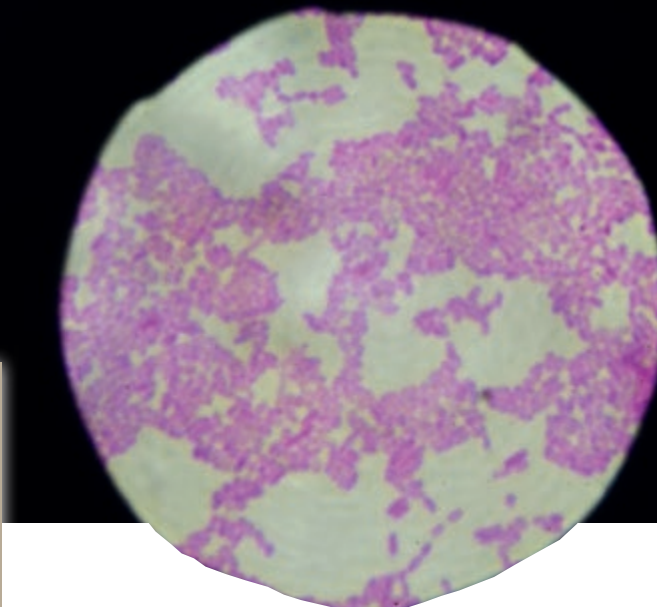
* PCR; polymerase chain reaction, NAAT; nukleinsyre amplifiseringstest (nucleic acid amplification test) DOT; direkte observert behandling (treatment)

TABELL 1. Gonore i Norge meldt MSIS 2007–2016. TABELL: FHI/NO

Fylke	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Østfold	3	19	11	8	12	14	19	13	20	12
Akershus	25	32	32	33	35	43	49	46	76	125
Oslo	129	128	116	250	206	233	293	383	451	638
Hedmark	4		2		1	1		5	8	18
Oppland	3	6	4		1	2	10	5	8	12
Buskerud	6	9	3	8	11	12	13	14	25	28
Vestfold	6	11	11	6	8	14	8	7	16	25
Telemark	3	2	4	6	6	7	2	11	17	12
Aust-Agder	3		5	5		1		8	5	3
Vest-Agder	5	2	6	6	7	3	2	5	11	10
Rogaland	7	23	19	23	17	21	37	58	45	55
Hordaland	15	29	28	29	20	23	27	28	54	56
Sogn & Fjordane	4		4			1			3	1
Møre & Romsdal	1		4	11	9	9	11	11	18	17
Sør-Trøndelag	10	15	4	9	14	22	12	49	47	37
Nord-Trøndelag	3	4	1	3		1	3	5	8	4
Nordland	4	14	2	4	13	21	8	9	23	22
Troms	3	6	9	7	10	12	8	18	15	17
Finnmark	4	1	4	3		4	3	5	1	4
Ukjent fylke							1	2		
Totalt	238	301	269	411	370	444	506	682	851	1096

OLAFIAKLINIKKEN

Olafiaklinikken tilhører Oslo universitetssykehus. Vi har «drop-in» poliklinikk og er landets største lavterskeltilbud for diagnostikk og behandling av seksuelt overførbare infeksjoner (SOI). Vi har også ordinære timeavtaler og tar i mot henvisninger fra primærhelsetjenesten.



Gonokokkene har en utstrakt evne til å utvikle antibiotikaresistens, noe som har ført til at man har endret behandlingsstrategi flere ganger de siste tiårene. For eksempel var anbefalt behandling i Norge fram til 2012 et kinolonpreparat, men da 60–80 prosent av gonokokkene etter hvert var resistente, måtte man på nytt endre retningslinjene (4). Resistens mot dagens antibiotika-regime er et økende problem internasjonalt. Det er derfor viktig å ta dyrkningsprøver til resistensbestemmelse før behandling, først og fremst for overvåking og ved eventuell behandlingssvikt. En trenger ikke å vente på dyrkningssvar før behandling. Hos symptomatiske hvor man velger å gi behandling før positivt PCR-svar foreligger, skal det tas dyrkningsprøver i tillegg til PCR. Hvilket medium man bruker til dyrkningsprøven avhenger av laboratoriet. Selv om dyrkning fra hals og anus er lite sensitiv, anbefales det å forsøke dyrkning herfra også ved positiv PCR.

Internasjonale retningslinjer og behandlingsveiledere har endret seg siste tiårene og er dessverre ikke samstemte til enhver tid. Dette vanskeliggjør behandlingen for alle som ikke behandler gonoré jevnlig. Standardbehandling i Norge ved ukomplisert

gonoré, uten resistensbestemmelse, er pr. i dag ceftriaxon 500 mg i.m. som engangsdose i kombinasjon med azitromycin 2 gram per os som engangsdose/DOT*. Dette er i henhold til de siste internasjonale retningslinjer (6) og gjelder både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Antibiotikaveilederen for primærhelsetjenesten vil bli oppdatert.

Vi anbefaler å henvise pasienter med påvist gonoré til nærmeste venerologiske eller infeksjonsmedisinske avdeling. Der som man velger å behandle selv, er ikke ceftriaxon tilgjengelig i egnet forpakning for intramuskulær injeksjon, og man må kjøpe 5 ampuller à 1 g. En ampulle blandes med 4 ml lidokain 10 mg/ml uten adrenalin og 2 ml av blandingen settes intramuskulært (1). Hvis resistensbestemmelse foreligger før behandling, kan man gi antibiotika i henhold til denne.

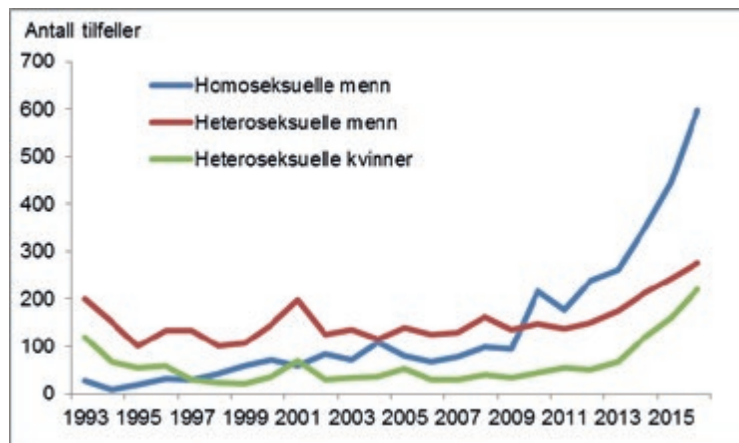
Kontrollprøve anbefales uansett to uker etter behandling. Leger er ifølge smittevernloven pålagt å gjøre smitteoppsporing, men denne kan delegeres til annet helsepersonell. Vær oppmerksom på at pasienter med gonoré også har vært i risiko for andre seksuelt overførbare infeksjoner, spesielt er det viktig å ta blodprøve for hiv og syfilis (7).

REFERANSER

1. Hartgill U, Jakopanec I, Vestheim DF. Tidsskr Nor Legeforen 2011 No. 7, 8. april 131:671-2 <http://tidsskriftet.no/2013/06/kommentarartikkel/ny-behandlingsanbefaling-ved-gonore>.
2. Folkehelseinstituttet. Årsrapport 2016, «Gonoré femdoblet siste 10 år» <https://www.fhi.no/nyheter/2017/gonore-og-syfilis-i-2016/>.
3. Midlertidige tall fra MSIS 2017 (Øyvind Nilsen), Folkehelseinstituttet.
4. Folkehelseinstituttet. Smittevernveilederen; Gonoré – veileder for helsepersonell <https://www.fhi.no/nettpub/smittevernveilederen/sykdommer-a-a/gonore---veileder-for-helsepersonell/#om-gonore>.
5. Antibiotikaserteret for primærmedisin. Nasjonale faglige retningslinjer for antibiotikabruk i primærhelsetjenesten http://www.antibiotikallmennpraksis.no/index.php?action=showtopic&topic=DDNE84Tb&book_request=antibiotika&highlight=true.
6. IUSTI – International union against sexually transmitted infections. Guidelines Europe <http://www.iusti.org/regions/Europe/euroguidelines.htm>.
7. Haugstvedt Å, Moi H. No.1, 14. januar 2014 Tidsskr Nor Legeforen 2014 134: 48–50 <http://tidsskriftet.no/2014/01/noe-laere-av/en-mann-i-30-arene-med-utfloed-og-dysuri>.

■ HANNRA@OUS-HF.NO
■ AASEHA@OUS-HF.NO

TABELL 2. Antall tilfeller av gonoré i Norge 1993–2016 etter smittemåte. GRAF: FHI NO



Karakteristisk utfloed ved uretral gonoré.



Grundig, men omstendelig om ungdom og folkehelse



Knut-Inge Klepp og Leif Edvard Aarø (red.)
Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid.
Gyldendal Akademisk.
4. utgave 2017.
421 sider.

Første utgave av denne boken kom i 1991. Nå foreligger den 4. utgaven som omfatter 19 kapitler skrevet av 22 bidragsyttere i tillegg til redaktørene. Boken er tekst-kompakt, men med en del tabeller og illustrasjoner.

Målgruppen er svært sammensatt og beskrives som «helsefaglige studenter, leger, psykologer, sykepleiere og annet helsepersonell, foreldre, lærere, politikere, samt

alle som interesserer seg for folkehelse, helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid overfor barn og ungdom». Jeg leser boken både som kommuneoverlege, spesialist i samfunnsmedisin og tenåringsmor. Jeg kjenner ikke de tidligere utgavene.

Boken er interessant og innholdsrik. Samtidig må jeg si at mange av kapitlene er spekket av begreper og teorier som er tungt tilgjengelig og krever trening i å lese faglitteratur. Ambisjonen om svært vid målgruppe mener jeg derfor er for optimistisk. Kapitlene favner kunnskap fra et vidt spekter av fagområder, og bakgrunnen til leseren vil være avgjørende for hvor tilgjengelig og begripelig stoffet oppleves å være. Alle kapitlene har rikelig med referanser, og mange av disse har årstall etter forrige utgave (2009). En rekke kapitler er nye. Redaktørene har hatt et godt samlet grep om boka ved at det er henvisninger mellom kapitlene og gjennomgående godt språk. Nesten alle kapitlene har en god avslutning/konklusjon som kan fungere som oppsummering og leseveiledning.

Innledningskapittelet *Folkehelse og folkehelsearbeid blant barn og unge i Norge* gir en god innføring i – eller påminnelse om – sammenhengen norsk folkehelsepolitikk og folkehelseloven fra 2012 står i. Ellers har jeg hatt mest utbytte av følgende kapitler:

- KAP. 3. *Subjektiv livskvalitet: Lykke og trivsel blant ungdom* fordi kapittelet går inn i dette kompliserte temaet som vi ofte forholder oss overflatisk til. *Livskvalitetens kilder* synes jeg særlig var en tankevekkende tekst.

- KAP. 4 *Psykisk helse blant ungdom* fordi temaet som sådan er sentralt for arbeid med ungdom og fordi kapittelet viser til ulike tall-kilder, problematiserer begreper og går konstruktivt inn i problemstillingen «Hva virker inn på ungdoms psykisk helse?»

- KAP. 18 *Mobbing i skolen: Grunnleggende fakta og tiltak med Olweusprogrammet* fordi teksten er grundig og gir et nyansert bilde med flere perspektiv.

- KAP. 19 *Trådlaus og sårbar ungdom? Helserelevansen ved bruken av sosiale medium* fordi kapittelet hjelper meg å sortere ulike aspekter ved dette overveldende temaet. Men her skulle jeg ønsket noe om nevropsykologiske mekanismer.

Savner jeg noe? Ja, jeg savner en eksplisitt drøfting av det å vokse opp i konfliktfylte eller oppløste hjem og om det forebyggen- de barnevernets ansvar og tiltak for å løse barn, ungdom og foreldre gjennom de avgjørende årene og livsfasene. Her vil også systematiserte brukererfaringer med for eksempel bidrag fra Barnevernsproffene hatt sin rettmessige plass.

I mange av kapitlene er skolen angitt som en sentral arena både for å fange opp ungdom og etablere helsefremmende tiltak. Det er i seg selv en sterk oppfordring til å styrke arenaer og prosesser i kommunene og fylkeskommunene slik at hele den lokale kapasiteten til å bidra til bedre folkehelse blir utnyttet i samarbeid med tjenesteapparatet og lokalsamfunnene.

HEGE RAASTAD

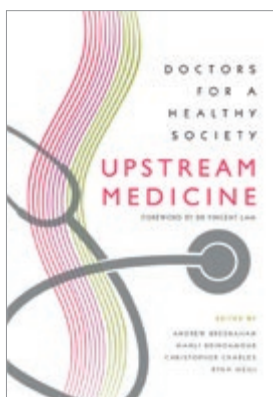
POST

Har du skiftet adresse?

Meld inn din adresseforandring på
www.utposten.no/p/kontakt

Leger som tenker oppstrøms

– med fokus på de sosiale helsedeterminantene



Andrew Bresnahan, Mahli Brindamour,
Christopher Charles, Ryan Meili.

UPSTREAM MEDICINE

– doctors for a healthy society

241 sider, Purich Publishing, The University

of British Columbia, Vancouver (Canada)

Upstream: Institute for a healthy society 2017

Pris: ca. 300,-

ISBN 978-1-895830-87-3 (softcover)

En kollega fortalte meg nylig om en gang han rykket ut til ei ulykke på legevakt. Han la merke til at ulykken hadde skjedd i et trafikkfarlig kryss der det hadde vært flere ulykker tidligere. For å bidra til å hindre framtidige ulykker valgte han å bruke noen minutter på å skrive et brev til kommunen og vegvesenet. Ikke lenge etter så han at det kom opp skikkelig skilting og veily, og i ettertid har det nesten ikke vært noen ulykker der.

Fokus på de sosiale helsedeterminantene er langt fra noe nytt. Heller ikke krav om å forebygge mer og reparere mindre. Det kan allikevel være godt med faglig på-

fyll fra bøker som minner oss på å løfte blikket og tenke oppstrøms, slik vår kollega gjorde den gangen på legevakt.

Boka *Upstream medicine* er ei slik bok, og ble gitt ut på det kanadiske forlaget Purich i 2017. Den har undertittelen «Doctors for a healthy society» og har sitt utspring i fagmiljøet rundt non-profit-stiftelsen Upstream i Canada. Boka er engelskspråklig, består av 241 sider og kan bestilles blant annet på Amazon.com. Den består av et forord, innledning, 21 kapitler og et etterord. Det er ingen figurer, og heller ikke mange referanser. Allikevel føles boka moderne, med fin forside og oversiktlig oppbygging. De fire redaktørene er leger, og alle intervjuere og intervjuobjekter i boka er også leger eller medisinstudenter.

Boka er resultatet av et samarbeid mellom Upstream og medisinstudentforeningen i Canada. Noe av det som gjør boka spennende å lese, er at den utelukkende bygger på medisinstudenters intervjuer av mer erfarne leger med erfaring fra oppstrøms legearbeid i ulike sammenhenger. Gjennom intervjuene utforsker de sine egne tanker rundt legens plass i medisinen, og medisinsens plass i samfunnet.

Hvert kapittel er et eget intervju, og kan dermed leses helt uavhengig av hverandre. Kapitlene dekker et bredt spekter av tema: Fra minoritetshelse til akuttmedisin, fra sosial ulikhet i helse til klimaendringer, fra hva er et liv verdt til hvordan får pasienter lov til å dø. Tema som går igjen er de sosiale helsedeterminantenes betydning for folks helse. Grepet med at det er medisinstuden-

ter som stiller spørsmålene fungerer godt, og man får følelsen av å være med å utforske temaene med «ferske øyne».

Boka tar opp grunnleggende verdier i legeryrket. I forordet oppfordres vi til å spørre oss selv: «As a physician, what will be my response toward the injustice outside the walls of my clinic?». Den bærer også et budskap om at sjansen er til stede for at vi blir så opptatt av mulighetene innen avansert moderne medisin, at vi mister fokus på de bakkenforliggende årsakene til hvorfor folk blir syke. I etterordet slås det også fast at om vi som leger mislykkes i å utjevne sosial ulikhet i helse, da har vi også feilet som leger. Som leger kan vi være med å påvirke politiske beslutninger for å skape et bedre samfunn (advocate upstream) der færre får helseplager av samfunnsrelaterte faktorer.

Kanskje kan boka også kaste lys over debatten om fastlegeordningen som i disse dager er under press, der fastlegens kjennskap til pasientens liv og sosioøkonomiske bakgrunn blir fremhevet. Skal vi kunne hjelpe pasienten på best mulig måte, må vi forstå hennes bakgrunn og hvilke økonomiske, politiske og sosiale krefter som påvirker henne og livet hennes. Det er i praksis en oppstrøms tilnærming til pasientene og samfunnet.

Boka er et fint tilskudd til debatten rundt legers rolle i folkehelsearbeidet, og anbefales varmt til både klinikere og samfunnsmedisinere. Men aller mest anbefales den til studenter og nyutdannede leger som sitter med en følelse av at vi må tenke nytt også i helsevesenet.

DAG-HELGE RØNNEVIK

Les
Utposten på nett og papir
www.utposten.no

Inkontinensmidler for eldre

Mange eldre skjuler at de lider av urininkontinens. Inkontinensmidler med antikolinerg effekt kan medføre forvirring, obstipasjon, urinretensjon og munntørrehet hos eldre (1). Ved både stress- og urgeinkontinens finnes det alternativer til behandling med antikolinerge midler (muskarinreseptorantagonister) (2). Vi skal i denne artikkelen se nærmere på medikamentell og ikke-medikamentell behandling av stress- og urgeinkontinens.

Ulike typer urininkontinens

Urininkontinens inndeles i følgende undergrupper: Stressinkontinens, urgeinkontinens, overløpsinkontinens, funksjonell inkontinens eller som inkontinens av andre årsaker. Ved stressinkontinens er sfinkteren defekt, og det blir som en «utett kran». Særlig ved framoverbøy, som ved knytting av sko, kan dette medføre en utfordring for eldre. Også ved hoste eller latter kan det forekomme små lekkasjer. Ved urgeinkontinens er detrusor overaktiv, og tømningsreflekse er ukontrollert. Det oppstår en plutselig sterk trang, og det kan tømme seg store mengder urin før man rekker fram til toaletet. Overløpsinkontinens forekommer ved overfylt blære, der blæretrykket overgår lukketrykket i uretra. Ved funksjonell inkontinens kan årsaken være kognitiv svikt, psykisk sykdom eller immobilisering. Inkontinens ved andre årsaker kan skyldes urinveisinfeksjon, andre tilstander eller komplikasjoner etter kirurgi (3).

Eldre med urininkontinens

Forekomsten av urininkontinens er 30 prosent hos personer over 65 år. Kvinner rammes dobbelt så hyppig som menn. Urgeinkontinens er årsak til at av tre tilfel-

ler med urininkontinens hos eldre. To tredjedeler blir bedre av utredning og behandling. Ved manglende effekt etter seks måneder med tiltak, bør pasientene henvises til relevant spesialist. Ved urgeinkontinens er CNS-skade trolig hyppigste årsak. Det foreligger ofte en blanding av stress- og urgeinkontinenssymptomer. Gynekologisk undersøkelse kan være normal, men ofte er det tegn til østrogenmangel i form av atrofi og descens. Uretraobstruksjon og obstipasjon må utelukkes hos eldre (2).

Mange eldre skjuler tilstanden, og det er knyttet tabu til problemstillingen. Det er en myte at inkontinens er en aldersforandring med små muligheter, og mange lar kanskje være å oppsøke lege av den grunn. Kanskje tenker mange eldre at dette er «noe de må leve med»?

Hvilke antikolinerge inkontinensmidler har vi?

Darifenacin (Emsalex), fesoterodin (Toviaz), oksybutynin (Kentera), tolterodin (Detrusitol) og solifenacin (Vesicare, Vesikur) er midler som har markedsføringstillatelse i Norge (5). Blant disse er oksybutynin og tolterodin mye studert, mens fesoterodin og solifenacin er nyere midler. Tolterodin og solifenacin angis som aktuelle legemidler ved behandling av urgeinkontinens i Norsk elektronisk legemiddelhåndbok (2).

Hvor vanlig er bruk av antikolinerge inkontinensmidler?

I en populasjonsstudie med hjelp av HUNT-materiale ble over 21 000 kvinner eldre enn 20 år inkludert, med selvrapporterte data på urininkontinens. Det ble vist at insidensen på bruk av antikolinerge inkontinensmidler hos kvinner med urininkontinens i den 12 måneder lange studieperioden var 4,5 prosent sammenlignet med 1,6 prosent i den totale befolkning. Det ble også funnet at alder over 50 år, urge- eller blandede symptomer, alvorlige eller veldig alvorlige symptomer og inntak

av fire eller flere kopper kaffe daglig, i tillegg til å ha konsultert lege for sin urininkontinens, er faktorer som er assosiert med bruk av slike antikolinerge midler. Kombinasjon med en fullstendig nasjonal forskrivningsdatabase (NorPD) styrker studien, men denne inkluderer ikke sykehjem og sykehus og representerer kun den hjemmeboende populasjon. En svakhet er at deltakelsen kun var 54 prosent, mens pasientene i aldersgruppen 50–80 år deltok i større grad (65–70 prosent) (4). Det sistnevnte er et interessant funn i seg selv.

Virkningsmekanisme og bivirkninger

Indikasjonen for bruk av antikolinerge inkontinensmidler er overaktiv blære eller urgeinkontinens. Ved å hemme perifere muskarinreseptorer fører midlene til at blæremuskulaturen avslappes. Det gir reduksjon i overaktivitet i urinblæra og dermed økt kapasitet og utsatt vannlatingstrang. For de fleste midlene utøves effekten av en aktiv metabolitt. Effekten er raskt innsettende, innen fire uker for tolterodin og innen én uke for solifenacin, der den stabiliseres innen 12 uker. Behandlingen evalueres innen to–fire uker og dernest innen tre måneder for begge legemidlene (5, 6).

Bivirkningene ved bruk av antikolinerge inkontinensmidler er doseavhengige og reversible. Forvirring, obstipasjon, urinretensjon og munntørrehet er viktige bivirkninger, hvor munntørrehet og obstipasjon er vanligst. Munntørrehet gir økt risiko for karies, vansker med å svelge tabletter og generelt redusert livskvalitet. Akkomodasjonsforstyrrelse, tørre øyne og hodepine er også vanlige bivirkninger. Ufullstendig blæretømming kan forekomme og gi urinveisinfeksjon og urinretensjon. Urinretensjon ved prostatahypertrofi er vanligst, men urinretensjon kan også oppstå hos kvinner. Tolterodin og solifenacin kan gi forlenget QT-tid. Spesielt langsomme omsettere av CYP2D6 er utsatt ved bruk av tolterodin. Mens tolterodin metaboliseres via

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.

CYP2D6, er solifenacin substrat for CYP3A4. Begge legemidlene utskilles i hovedsak via nyrene (5).

Kontraindikasjoner og forsiktighetsregler

Ved følgende tilstander er antikolinergika kontraindisert: Urinretensjon, ventrikkelretensjon, ubehandlet trangvinkelglaukom, myasthenia gravis, uttalt ulcerøs kolitt og toksisk megakolon. Det diskuteres om ikke også demens bør stå på denne lista, da det er risiko for økt forvirring og agitasjon ved bruk av antikolinerge inkontinensmidler. Ved demens og hjernesykdom gjelder forsiktighetsregler, likeså ved prostatahypertrofi, gastrointestinal obstruksjon, ulcerøs kolitt i mild til moderat grad og diaré og hjerte/karsykdom (5). Vi vil råde forskrivende lege til å tenke seg godt om ved forskrivning av antikolinerge legemidler til disse pasientgruppene.

Antikolinerge urininkontinensmidler står anført i STOPP 2-kriteriene (Screening Tool of Older Persons' Prescriptions), en oversikt over potensielt uhensiktsmessige legemidler hos personer over 65 år. Disse legemidlene gir som nevnt risiko for økt forvirring og agitasjon ved kognitiv svikt eller demens, akutt forverring av trangvinkelglaukom og urinretensjon ved prostatisme. Ved kombinasjon av flere antikolinerge legemidler øker risikoen for antikolinerg toksisitet. Dette gjelder særlig for andre urinveis- eller tarmspesifikke spasmolytika, for tri-sykliske antidepressiva, mange antipsykotika og førstegenerasjons antihistaminer, som alimemazin (Vallergan) og deksklorfeniramin (Polaramin) (1).

Fesoterodin og tolterodin får skår 3 i en oversikt over legemidler med potensiell antikolinerg aktivitet, noe som betyr sterk antikolinerg aktivitet. De troner øverst på listen, sammen med midler som blant andre alimemazin, amitriptylin (Sartex) og klorprotiksen (Truxal). Oksybutynin og solifenacin får skår 2, som betyr klinisk signifikant antikolinerg aktivitet. Darifenacin får skår 1, som står for potensiell antikolinerg effekt (7).

Effektstørrelse

Medikamenter kan ikke helbrede stressinkontinens (2). Antikolinerge urininkontinensmidler er vist å kunne ha en liten ef-

fekt hos eldre med urgeinkontinens. Det dreier seg da om reduksjon med en halv lekkasje pr. døgn. Effekt er ikke vist for oksybutynin (8).

Hva er da effektiv behandling av urininkontinens hos eldre?

Bekkenbunnstrening (stressinkontinens), generell fysisk trening, blæretrening (urgeinkontinens) og hjelp til toalettet er tiltak med dokumentert effekt (9). Ved manglende bedring bør pasienten henvises til relevant spesialist etter seks måneder (2).

Ved stressinkontinens er det, i tillegg til bekkenbunnstrening, anbefalt å forsøke østrogen hos kvinner med atrofi eller fremfall. Dette har i kombinasjon vist bedring hos noen. Østriol (Ovesterin) vagitorier/krem benyttes da én gang daglig i tre uker, etterfulgt av én dose to dager hver uke videre. Elektrostimulering er også nevnt som et alternativ.

Ved urgeinkontinens er blæretrening vist å være minst like effektivt som legemidler. Da er prinsippet som følger: 1. Late vannet hver 1.–2. time. 2. Øke intervallet med 30 minutter når kontinens er oppnådd. 3. Øke til intervall på fire til fem timer (10). Dette opplegget kan kreve noe oppfølging, men er til gjengjeld bivirkningsfritt. Sammen med blæretrening er østrogen hos kvinner og elektrostimulering alternativer til antikolinerg behandling.

Hvis antikolinerge legemidler skal benyttes ved urgeinkontinens, vil det være aktuelt å forsøke tolterodin eller solifenacin. Et alternativt legemiddel kan være en adrenerg beta-3-reseptoragonist, mirabegron (Betmiga). Det er et nyere legemiddel merket med svart trekant i Felleskatalogen og den godkjente norske preparatomtalen (SPC) (11). Det innebærer at helsepersonell bør være spesielt oppmerksomme på å registrere bivirkninger. Det er kjent at mirabegron kan øke blodtrykket. Mirabegron har avslappende effekt på glatt blæremuskulatur. Omdanningen skjer delvis ved glukuronidering og mirabegron utskilles dels via nyrene og dels via feces. Effektstudier har vist en reduksjon i antall inkontinensepisoder med 1,50 mot 1,11 for placebo (2). Effekt ses i løpet av åtte uker (12).

De antikolinerge midlene er også oftest studert placebokontrollert og ikke kontrollert mot et komparativt legemiddel. Når effektstørrelsene i tillegg er små, slik som for ved urininkontinensmidler, bør vi tenke oss godt om før vi forskriver disse midlene til eldre. Bruk av antikolinergika må veies opp mot risikoen for mange bivirkninger. Ved bruk bør jevnlig monitoring av effekt og bivirkninger, og laveste effektive dose være et mål.

Oppsummering

- Kun en liten andel av pasienter med urininkontinens bruker antikolinerge inkontinensmidler
- Effektstørrelsen er omtrent en halv tømming pr. døgn
- Det bør gjøres en grundig nytte/risikovurdering ved bruk av inkontinensmidler
- Lokalbehandling med østrogen kan være aktuelt hos kvinner
- Bekkenbunnstrening kan forsøkes ved stressinkontinens
- Blæretrening er minst like effektivt som antikolinergika ved urgeinkontinens

REFERANSER

1. Norsk geriatrisk forening. START OG STOPP versjon 2. <http://legeforeningen.no/fagmed/norsk-geriatrisk-forening/geriatrisk-test-og-undervisningsmaterieell/tester-og-registreringsskjemaer/> (Oversatt til norsk 2014).
2. Norsk elektronisk legehåndbok. Urininkontinens hos eldre. <http://www.legehåndboka.no/> (Sist endret: 23. mars 2016).
3. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Blærefunksjonsforstyrrelser. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 3. februar 2017).
4. Mauseth SA, Svetlana Skurtveit et al. Incidence of and factors associated with anticholinergic drug use among Norwegian women with urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 4. November 2017.
5. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Spasmolytika i urologien. Antikolinergika. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 3. februar 2017).
6. RELIS database 2013; spm.nr.4743, RELIS Midt-Norge (www.relis.no)
7. Efstad AS. Oversikt over legemidler med antikolinerg effekt. Kartlegging og håndtering av kombinasjonsbehandling mellom kolinesterasehemmer og antikolinerge legemidler – en studie ved Bærum sykehus. Master i klinisk farmasi. Farmasøytisk institutt. 2012.
8. Samuelsson E, Odeberg J et al. Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatr Gerontol Int*. 2015; 15: 521–34.
9. Stenzelius K, Molander U, et al. The effect of conservative treatment of urinary incontinence among older and frail older people: a systematic review. *Age Ageing*. 2015.
10. Teunissen TAM, de Jonge A et al. Treating urinary incontinence in the elderly – conservative measures that work: a systematic review. *J Fam Pract* 2004; 53: 25–32.
11. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Betmiga. <http://www.legemiddelverket.no/legemiddelsok> (Sist oppdatert: 15. mars 2016).
12. Norsk legemiddelhandbok for helsepersonell. Spasmolytika i urologien. Adrenerge beta-3-reseptoragonister. <http://www.legemiddelhandboka.no/> (Publisert: 3. februar 2017).

CHRISTINE LINDEBØ BANDLIEN

spesialist i allmennmedisin, lege i spesialisering, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St.Olavs hospital. (Ingen interessekonflikter/bindinger til legemiddelindustrien)

ANN-KATRIN ERIKSEN

Cand.pharm, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St.Olavs hospital. (Ingen interessekonflikter/bindinger til legemiddelindustrien)

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

Verdens vakreste dikt?

Takk til min gode venn og kollega Torgeir Gilje Lid som har bedt meg ta lyrikk-stafetten videre til neste etappe. Dikt har alltid berørt meg. Jeg kan oftest ikke forklare hvorfor den knappe teksten som tar så kort tid å lese blir værende så lenge i bevisstheten. Diktet jeg har valgt er ganske nytt for meg.

Annabelle Despard (f. 1943) er en norsk-

britisk poet bosatt i Kristiansand. Jeg fikk nylig høre at diktet hennes «Skulle du dø først» var kåret til et av de 50 vakreste kjærlighetsdikt i verden. Det ble skrevet på norsk opprinnelig, men en engelsk oversettelse, «Should you die first», ble i 2002 publisert på over 2000 ulike steder i London Underground.

Jeg synes diktet er utrolig fint, brutalt,

fysisk og konkret, samtidig abstrakt og flyktig. Går rett i sjelen min. Jeg sender stafettpinnen videre til en ung kollega på Finnøy legekontor, Maria Madland Skeie. Jeg gleder meg til å se hva hun finner fram.

Hilsen fra
KARI ERSLAND

Skulle du dø først

Skal du dø først
La meg i det minste bevare
luktene dine på glass: armhulene
ullgenseren, håret, fingrene gule av røyk
Jeg må ta latteren opp på bånd
og lage avtrykk av din fot

Dette arkivet tar jeg med meg i eksil
Min kropp en St. Helena der båter
aldri legger til; en klippe i havet;
en målestasjon der vinden uler
og isbjørn knuser døren

Should You Die First

Let me at least collect your smells
as specimens: your armpits, woollen sweater,
fingers yellow from smoke. I'd need
to take an imprint of your foot
and make recordings of your laugh.

These archives I shall carry into exile;
My body a St Helena where ships no longer dock;
a rock in the ocean; an outpost where the wind howls
and polar bears beat down the door.