

Utposten

7 2019
ÅRGANG 48

BLAD FOR ALLMENN- OG SAMFUNNSARBEID

Rapport fra Nidaroskongressen

Osteoporose

Legemidler
og beredskap

Legevakt

Ny fastlege-
rapport



**RMR/UTPOSTEN
v/Tove Rutle**

Sjøbergveien 32, 2066 Jessheim

MOBIL: 907 84 632

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

MOBIL: 454 84 047

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

MOBIL: 476 44 519

E-POST: mona.sondena@gmail.com**Kristine Asmervik**

MOBIL: 468 36 780

E-POST: kri-as-d@online.no**Dag-Helge Rønnevik**

MOBIL: 954 01 616

E-POST: daghelgerh@hotmail.com**Kristina Riis Iden**

MOBIL: 951 08 932

E-POST: kristina.iden@gmail.com**Marit Tuv**

MOBIL: 975 66 647

E-POST: marittuv@hotmail.com**Kjell-Arne Helgebostad**

MOBIL: 416 74 290

E-POST: helgebos@gmail.com**Laila Didriksen**

MOBIL: 951 15 815

E-POST: dr.lailadidriksen@gmail.com**Magnus Hjortdahl**

MOBIL: 975 62 697

E-POST: Magnus.Hjortdahl@gmail.com

FAGLIG MEDARBEIDER:

Eli Berg

MOBIL: 913 18 180

FORSIDE: Colourbox

DESIGN/LAYOUT:

Morten Hernæs

07 Media

REPRO OG TRYKK:

07 Media

Du finner Utposten på
www.utposten.no**1 LEDEr: Klimaendringer og den ubehagelige sannhet**

Tom Sundar og Kristine Asmervik

2 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Enkel måling kan avdekke hjertesykdom hos kolssyke

Lene Gjølseth Dalbak intervjuet av Lisbeth Nilsen

4 UTPOSTENS DOBBELTTIME: Vil ha pasientenes stemme inn i legeerklæringene

Guri Aarseth intervjuet av Lisbeth Nilsen

8 ALLMENNMEDISINSKE UTFORDRINGER: Osteoporose. Jesper Dahl**12 Erfaringer fra skadestedsarbeid – legevaktlegens rolle**

i samarbeidet med nødetater og det militære. Elin Mikalsen

18 Helsebrev fra felten. Mine opplevelser fra Nasjonal Helseøvelse 2018

Lars Terje Olsen

22 Helsemessig og sosial beredskap – hvordan fungerer dette?

Leif Edvard Muruvik Vonen

24 Nasjonal legemiddelberedskap – vurderinger og anbefalinger

Kirsten Hjelle

24 Samarbeid om legemiddelberedskap i Trøndelag. Bjørn Buan**29 Svangerskap hos kvinner med revmatisk sykdom. Ingrid Rekaa Nilssen****32 NY FASTLEGERAPPORT: Nasjonale tiltak må ivareta geografisk fordeling**

Finn Henry Hansen

34 Medikalisering av lav ervervsevne – et samfunnsperspektiv

Aksel Tveråmo, Ine Marlen Baug Johnsen og Eivind Meland

40 Kommunelegene – fra dobbeltstemme til hviskeleik?

Dag-Helge Rønnevik, Geir Sverre Braut og Betty Pettersen

42 KOLLEGAHJØRNET: Nevrologisk forening. Anne Hege Aamodt intervjues**43 Norske Allmennlegers bidrag og deltagelse i akuttmedisin**

Presentasjon av Magnus Hjortdahls doktoravhandling

46 Ni allmennmedisinske kjøreregler – fra siste smågruppemøte

Karsten Kehlet

48 Rustesting – helsehjelp eller sakkyndighetsarbeid? Cato Innerdal**50 NIDAROSKONGRESSEN 2019: 'Allmennmedisin som balansekunst'.**

Kjell-Arne Helgebostad og Tove Rutle

53 BOKANMELDELSE: Engasjerende og lettfattelig om hjernen

«Hjernen er stjernen» anmeldt av Eli Berg

56 BOKANMELDELSE: Respektfullt om epilepsi. «Epilepsi» anmeldt av Eli Berg**56 MEDISINSK HISTORIE: 1754: Skjørbruk. Harald Siem****57 MEDISINSK HISTORIE: Urbanisering og trangboddhet fra 1700-tallet. Harald Siem****60 BOKANMELDELSE: Et solid oppslagsverk – og mere til.**

«Utviklingshemming. Årsaker og konsekvenser» anmeldt av Eli Berg

61 FASTE SPALTERHVA LESER LEGEN **61**RELIS **62**LYRIKKSTAFETTEN **64**

Klimaendringer og den ubehagelige sannhet

Skal vi leger mene noe om klimakrisen? I høst har Legenes klimaaksjon utfordret oss til både refleksjon og handling i klimasaken. Aksjonen har i klare ordelag sendt ut følgende 'stormvarsel':

«Klimakrisen er en helsekrise. Global oppvarming er den største trusselen mot verdens folkehelse i det 21. århundre. Derfor kreves det handling nå.»

Allerede i 2009 proklamerte det medisinske tidsskriftet *The Lancet* at global oppvarming er den største trusselen mot verdens folkehelse i dette århundret (1). Senere har tidsskriftet fulgt opp med en serie risiko- og sårbarhetsanalyser, helsekonsekvensutredninger og anbefalinger – et imponerende og omfattende arbeid i regi av Lancet Commission on Health and Climate Change (2).

På sin liste over de ti største truslene mot global helse i 2019 har Verdens helseorganisasjon (WHO) rangert luftforurensning og klimaendringer på første plass, foran livsstilssykdommer («non-communicable diseases») på andre og pandemisk influensa på tredje (3). WHO anslår at kreftsykdommer, hjerneslag, hjerte- og lungesykdommer som er direkte assosiert med luftforurensning tar livet av sju millioner mennesker altfor tidlig hvert år. Om lag 90 prosent av disse premature dødsfallene skjer i lav- og mellominntektsland.

Forurensning og klimaendringer henger nøye sammen, understreker WHO, fordi den største driveren av klimaendringer er fossile brensler – kull, olje og gass – som også utgjør den viktigste årsaken til luftforurensning og drivhuseffekten. Tidligere i høst uttalte FNs klimapanel at kullrevet elektrisitet må opphøre innen 2050 dersom vi skal holde den globale oppvarmingen innenfor 1,5 °C (4). Hvis ikke, må vi forvente en betydelig klimakrise om få tiår, fastslår panelet. Den kritiske grensen er 2 °C.

Helseutfordringene som følger klimaendringene blir stadig mer tydelige (5). Økt hyppighet av ekstremvær som flom, storm, tørke og hetebølger sammen med en generell temperaturøkning gir dårligere utsikter for jordbruk og for matsikkerhet i mange områder, særlig i deler av Afrika og Asia hvor det er stor fattigdom og hungersnød. Både ute i verden og her hjemme kan klimaendringer i økende grad true tilgangen til rent vann og legemidler, samt skape nye smittevernutfordringer og skjerpede beredskapsbehov. Dette nummeret av *Utposten* har flere artikler om ulike aspekter ved helseberedskap, levert av Leif E. M. Vonen, Lars Terje Olsen og Elin Mikalsen. I tillegg har vi to artikler om det dagsaktuelle temaet legemiddelberedskap, skrevet av Kirsten Hjelle og Bjørn Buan.

Lancet-kommisjonen har påpekt at klimaendringer vil forverre sosiale ulikheter i helse, fordi de som rammes hardest er verdens fattige (1, 2). Med økende global urbanisering vil mennesker som bor tett i fattige byområder være spesielt sårbare for klimarelaterte helsetrusler. Et stort antall klimaflyktninger kan bli en av de mest dramatiske konsekvensene av klimaendringene.

Den ubehagelige sannhet er at det er de rike landene som har drevet frem klimakrisen. Derfor kan man med rette hevde at vi også må ta ansvaret for å reparere skadene og justere vår levestandard. Heldigvis viser ny forskning at bekjempelse av klimaendringer kan gi helsegevinster og oppveie kostnadene ved tiltakene (5). Den 'behagelige sannhet' er derfor at det nytter å handle – og at det ennå er tid. I så måte er det gledelig at Kina – som vi ofte kaller klimaverstingen fordi landet for øyeblikket står for 23 prosent av verdens energietterspørsel (mer enn USA) – har varslet at de skroter sine planer om å etablere 85 nye kullkraft-

verk og isteden investerer 360 milliarder dollar på fornybar energi (6). Om noen år blir det kanskje vi nordmenn som må lære av kineserne, og ikke vice versa, slik vi har lett for å tenke.

Tilbake til det innledende spørsmålet: Skal vi leger engasjere oss i klimasaken? Vil for eksempel det å signere oppropet fra Legenes klimaaksjon gjøre oss til politiske aktivister? Vi handler jo politisk når vi erklærer «fastlegekrise» eller «sykehuskrise» og ber staten om å bevilge eller omfordele penger. Da bør det også være legitimt å erklære en klimakrise som er nokså åpenbar.

I juni i år vedtok Legeforeningens landsstyre en klimaresolusjon som forplikter foreningen til å «fremme klimasaken overfor den enkelte lege, helsetjenesten, samarbeidspartnere og forvaltning», samt «være en pådriver for økt kunnskap om helseskader som følge av klimaendringer». I 2020 vil *Utposten* bidra til å sette klima på dagsorden ved å se nærmere på helseutfordringer, samt avbøtende og forebyggende tiltak.

Alle monner drar!

TOM SUNDAR OG
KRISTINE ASMERVIK

REFERANSER

1. Costello A, Abbas M, Allen A et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009; 373: 1693–1733.
2. Watts N, Amann M, Arnell N et al. The 2018 report of the Lancet Countdown on health and climate change: shaping the health of nations for centuries to come. *Lancet* 2018; 392: 2479–2514.
3. www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019
4. www.who.int/air-pollution/news-and-events/how-air-pollution-is-destroying-our-health
5. Kvåle G, Skagen KM, Fadnes LT, Mæland JG. Klimakrisen – vårt ansvar som leger. <https://tidsskriftet.no/2019/04/kronikk/klimakrisen-vart-ansvar-som-leger>
6. www.weforum.org/agenda/2017/08/how-china-is-leading-the-renewable-energy-revolution

Enkel måling kan avdekke hjertesykdom hos

■ TEKST OG FOTO: LISBETH NILSEN

Pulsoksymetri bør brukes i mye større utstrekning ved kontroll av kolssyke enn det retningslinjene anbefaler. Det mener fastlege og ph.d. Lene Gjølseth Dalbak.

Pulsoksymetri, måling av oksygenmetning i blodet eller såkalt SpO₂-måling, er et nyttig verktøy ved oppfølging av astma- og kolspasienter. En metning på 95 prosent eller mindre har sammenheng med redusert lungefunksjon ved spirometri og med diastolisk dysfunksjon vist ved hjerteultralyd. Lav oksygenmetning kan forutsi risikoen for koronar hjertesykdom.

Det er blant hovedfunnene i doktoravhandlingen til fastlege ph.d. Lene Gjølseth Dalbak ved Lillestrøm legesenter i Akershus. Hun disputerte for snaut et år siden med nytten av diagnostiske tester i allmennpraksis hos pasienter med astma og kols som tema. Doktorarbeidet er finansiert med blant annet støtte fra allmennmedisinsk forskningsfond.

– Tung pust, som gjerne er et tegn på forverring av kols, kan være et symptom på hjertesykdom. Måling av oksygenmetning er en enkel prøve som kan styrke mistanken om udiagnostisert koronar hjertesykdom hos kolspasientene, sier Gjølseth Dalbak.

– Det er ofte ikke lett å skjønne hva som er hva, sier ph.d. og fastlege Lene Gjølseth Dalbak. Nedenfor et eksempel på et pulsoksymeter, type fingermåler.

Unormale ultralydfunn

I den ene studien, som ble publisert i fjor, brukte Gjølseth Dalbak data fra Tromsøundersøkelsen.

Funn fra hjerteultralyd avdekket en diastolisk dysfunksjon hos hver tredje person, det vil si hos 595 av 1782.

Diastolisk dysfunksjon, som kan være tegn på begynnende eller etablert hjertesvikt, betyr at hjertet fyller seg dårligere med blod mellom hjerteslagene.

Etter at det i studien ble justert for alder, kjønn, tidligere hjerteinfarkt, røykestatus, tungpustethet, fedme og redusert lungefunksjon, var SpO₂-verdi på 95 prosent eller lavere forbundet med 60 prosent økt sannsynlighet for diastolisk dysfunksjon.

Lav oksygenmetning hadde like stor sammenheng med diastolisk dysfunksjon som høyt blodtrykk og fedme hadde.



kolssyke

Drøyt én av fem

I 2015 ble resultatene fra allmennlegepraksis publisert. 82 av de 372 pasientene med astma og/eller kols – det vil si drøyt én av fem – hadde en oksygenmetning på 95 prosent eller lavere. 11 hadde en SpO₂-verdi på 92 prosent eller lavere.

Det ble gjort separate analyser for pasienter med astma og med kols, inkludert pasienter med både astma og kols.

For både astmapasienter og kolssyke var en oksygenmetning på 95 prosent eller lavere signifikant forbundet med redusert lungefunksjon, målt ved spirometri. Redusert SpO₂ ga også økt signifikant risiko for å ha en diagnostisert koronar hjertesykdom.

Utover retningslinjene

Dagens retningslinjer for behandling av kols anbefaler SpO₂-måling.

– Men anbefalingen gjelder bare hos de aller sykeste. Vi fastleger ser derimot få med veldig alvorlig kols, som ofte følges opp på lungepoliklinikkene. Funnene våre tyder på at pulsoksymeter bør brukes også på de med mindre alvorlig kols, mener Gjelseth Dalbak.

Hun understreker at det ikke er enkelt å skille mellom kolsforverring og komorbid hjertesykdom.

– Siden det er vanskelig å vite om tung pust skyldes forverring av kols eller kan være et symptom på en hjertesykdom, bør vi måle oksygenmetningen også hos de med mindre alvorlig kols. Hvis oksygenmetningen er under 95 prosent, må vi vurdere om behandlingen av lungesykdommen er tilstrekkelig, og i tillegg vurdere henvisning til videre undersøkelser for eventuell udiagnostisert hjertesykdom.

Vanskelig å skille

Den erfarne fastlegen husker godt én episode som klart viste nytten av pulsoksymetri.

– Jeg hadde en kolspasient som fikk mer og mer kolsmedisin samtidig som hun rapporterte mer tungpustethet. Til slutt målte

jeg oksygenmetningen, som var lav. Og kanskje hadde jeg tenkt på noe annet enn kolsforverring hvis jeg hadde gjort denne målingen tidligere. Det viste seg at hun hadde hjertesvikt på grunn av en stor klaffefeil, og ble operert for det. Jeg synes det var tungt å vite at jeg burde ha skjont dette før, og det sa jeg også til pasienten min – som fortsatt kommer til meg med hekleduker.

– Hvor vanskelig er det å skille mellom kolsforverring og en mulig hjerte- og kar-sykdom?

– Det er ofte ikke lett å skjønne hva som er hva. Kommer det en kolspasient som forteller om tung pust, lytter vi godt på lungene, men holder kanskje ikke stetoskopet lenge nok til at vi for eksempel kan høre en bilyd på hjertet. Vi vet at mange med kols utvikler hjertesvikt, og mange har andre sykdommer i tillegg til kols – men så glemmer vi kanskje det og tenker at den tunge pusten skyldes kolsforverring, svarer Gjelseth Dalbak.

Hun viser til at kolssyke ikke er den pasientgruppen som roper høyest når de blir dårligere.

– Jeg hadde en pasient som kom med et problem knyttet til diabetes. Jeg målte oksygenmetningen. Den var lav. Pasienten hadde ikke sagt et ord om at han var dårlig, ikke før jeg presset på. Det viste seg at han var svært syk. Jeg tenker det er viktig å ha en «åpen dør» også for det pasienten ikke kommer for. Kanskje kan vi forhindre en sykehusinnleggelse.



– Funnene våre tyder på at pulsoksymeter bør brukes også på de med mindre alvorlig kols, sier ph.d. og fastlege Lene Gjelseth Dalbak ved Lillestrøm legesenter.

Ikke ukritisk

I dag setter hun pulsoksymeteret på fingeren til mange av pasientene sine, også hjertesyke, men ikke ukritisk.

– Jeg er opptatt av ikke å overdiagnostisere og overbehandle, men en påvist lav oksygenmetning kan være det som vipper vurderingen vår i riktig retning. Bruken av pulsoksymeter kan også bidra til å gjøre pasientene tryggere. Når jeg sier «metningen din er fin, det tyder på at du tar opp nok surstoff», blir de beroliget, kommenterer Gjelseth Dalbak og tilføyer:

– Det er mange feilkilder ved målingene, så sykehistorien er enda viktigere enn oksygenmetningen alene. Men med en god sykehistorie og enkle verktøy, kan vi fastleger gjøre mye. Så tenker jeg på det en hjertespesialist sa til meg: «Det er mye viktigere og vanskeligere det du gjør enn det jeg gjør».

Les hele avhandlingen *Diagnostic tests for lung and heart diseases in primary care – from quality assurance to epidemiology*, også med en studie av spirometri som verktøy for å justere medisiner: <https://munin.uit.no/handle/10037/14068>

- Dataene fra Tromsøundersøkelsen er hentet fra 1782 personer over 50 år, med gjennomsnittsalder på 67,5 år og med 54 prosent andel kvinner
- I studien fra allmennpraksis deltok sju legekontor fra Finnmark, Tromsø, Lillestrøm og Oslo med pasienter over 40 år
- De 372 pasientene hadde en gjennomsnittlig alder på 61,5 år, og drøyt seks av ti var kvinner

Vil ha *pasientenes* inn i legeerklæringene

■ TEKST OG FOTO: LISBETH NILSEN

– Pasientens egen presentasjon av seg og sine problemer må få like stor legal og legitim tyngde som fastlegens medisinske legeerklæring, mener fastlege ph.d. Guri Aarseth.

Utilstrekkelige, uklare, vage, subtile og motstridende. Dette er beskrivelser av språket i 33 fastlegers legeerklæringer om arbeidsuførhet. Symptomene dominerer, pasienten skrives ned og er ofte usynlig.

Tekstene i legeerklæringene til NAV om arbeidsuførhet utgjør grunnlaget for doktorarbeidet til ph.d. Guri Aarseth, fastlege ved Sentrum legekontor i Larvik. Hun disputerte i juni, og har fått støtte fra blant andre allmennmedisinsk forskningsfond.

Aarseth vil at pasientens stemme skal inn i legeerklæringene.

– Pasientens egen, skriftlige presentasjon av seg og sine problemer må få like stor legal og legitim tyngde som fastlegens medisinske legeerklæring – og på samme måte som legeerklæringen, oppfylle samme krav til sannferdighet, korrekthet og

etterprøvbarhet. Tydeliggjøringen av pasientens stemme er ikke en trussel mot noe som helst. Og hvis pasienten pynter på sannheten, er det like ille som at legen gjør det.

Pasienten blir objekt

– Hva er det viktigste funnet i avhandlingen din?

– Til min overraskelse er holdningen min til tekstene ganske annerledes i dag enn før jeg startet. Jeg gjennomgikk en mental prosess, ikke bare en forsknings-



stemme

prosess. Plutselig så jeg dette som et humaniseringsprosjekt. Og kanskje er dette det viktigste med studien.

– Hva mener du med humaniseringsprosjekt?

– Opplevelsen av at legene skriver pasienten ned som person og aktør og ut av yrkeslivet – at pasienten skrives ned med hensyn til evner, muligheter, motivasjon og vilje og blir et objekt i en patroniserende måte å skrive på. Symptomene er de sterke aktørene, og ofte er pasienten usynlig i teksten. I et par erklæringer er ikke pasienten nevnt i det hele tatt, bare symptomene, svarer Aarseth.

Legenes konflikt

Aarseth har jobbet mange år som fastlege, hun er spesialist i allmennmedisin og hun har en master i Art and Literature in Medicine.

Hun viser til at i dagens NAV-skjema etterspørres ikke hvordan pasienten opplever funksjonstapet, og det er ikke plass i skjemaet til pasientens stemme.

– Når legen overtar pasientens stemme og opptre som en tradisjonell autoritet, er det uten den medisinske evidensen som kan gi autoriteten tyngde. Vi later som vi har tilgang til hvordan pasienten fungerer i livet, men det har vi jo ikke, påpeker Aarseth.

Tekstene i erklæringene viste legenes konflikt mellom lojalitet til pasienten og portvokterrollen – å bidra til riktig forvaltning av det offentlige midler.

Uklart om usikkerhet

Et overraskende funn for fastlegeforskeren var å se at leger kan være uenige i pasientens egen oppfatning av sykdommen, men likevel gå inn for uføretrygd.

SLIK SKRIVER DU SOM FASTLEGE BEDRE ERKLÆRINGER

- Ta utgangspunkt i og beskriv pasienten, ikke symptomene
- Ta personlig ansvar for det medisinske
- Forklar alle sammenhenger eksplisitt
- Unngå elendighetsbeskrivelser, moralske føringer eller å gi pasienten en offerrolle
- Involver pasienten, gi pasienten ansvar for å fremstille sine symptomer, sin funksjons- og arbeidsevne

KILDE: PH.D. OG FASTLEGE GURI AARSETH

– Og mange leger begrunner ikke og skriver for eksempel bare at «smerter gjør det umulig å jobbe». Hvis det er vanskelig å begrunne hvorfor sykdom fører til et funksjonstap, som igjen går utover arbeidsevnen, må ikke legen skrive noe om det, sier Aarseth og tilføyer:

– NAV vil ikke ha usikkerhet. Er det ingen funn ved prøver, tester og undersøkelser, skal det komme frem i den medisinske erklæringen. Men det er nettopp dette legene er redde for å skrive, og vi ser hvordan denne usikkerheten slår ned i teksten.

Promoterer pasienten

Andre funn i doktorgradsarbeidet var at fastlegene ofte vil underbygge at pasienten er en verdig søker, ved for eksempel å si at pasienten har betalt behandling av egne penger, har positive egenskaper, god moral og vilje til samarbeid.

– Slike utsagn gjør det også vanskelig å se en sammenheng mellom sykdom og arbeidsevne. Kanskje påtar legene seg en rolle de ikke bør innta.

Ikke sjelden beskrives pasienten som tolt hjelpeløs med en handlingsevne som er svak, ikke-eksisterende eller svært betinget. I innledningen til avhandlingen viser Aarseth til en pasientklage som ble behandlet i Legeforeningens etiske råd i 2014.

– Pasienten klaget fastlegen sin inn til

etisk råd fordi hun ble fremstilt som helt uten evne til å fungere eller jobbe. Hun følte seg krenket, forteller Aarseth.

Undervisning og takst

– Hva kan bidra til bedre legeerklæringer og større tydeliggjøring av pasientens stemme?

– Én enkelt løsning er ikke nok til å skape store forandringer. Jeg har foreslått mer undervisning i hvordan legene kan skrive tekster. En takst som indikerer en tidsbruk på minst to timer for å skrive en legeerklæring – og ikke 40 minutter som i dag – kan muligens øke statusen ved dette arbeidet og bedre kvaliteten. Og NAV-skjemaet, må endres – noe som også er på gang nå. Så må også folketrygdloven endres ved å gi pasientens selvrepresentasjon en legitimitet på linje med legens, mener Aarseth.

Selv om NAV vektlegger det medisinske, vil Aarseth at pasientens egen opplevelse av funksjons- og arbeidsevne skal komme frem.

– Hos hundre blinde personer, har vi hundre ulike funksjonsnivåer. Det må vi inkorporere i helheten. Når vi får øre for dette, vil mange pasienter føle seg mer respektert, sett og hørt. Jeg mener det er viktig å belyse at en og samme sykdom kan slå ulikt ut – selv om NAV ikke tar så mye hensyn til dette.

- Avhandlingen: «The language of work disability, a study of medical certificates written by Norwegian general practitioners»
- Studien er basert på 33 fastlegeerklæringer om arbeidsuførhet til NAV skrevet i perioden 2007–2013.
- De 20 mannlige pasientene og de 13 kvinnelige pasientene som søkte om uføretrygd, var hjemmehørende i Nordland, Telemark, Vestfold og Sogn og Fjordane.
- En tredel av erklæringene gjaldt psykiatriske diagnoser, en tredel muskel- og skjelettlidelser og de resterende omfattet andre sykdommer.

– Er ikke nettopp det grunnen til at mange leger i erklæringene blir knappe, fordi de tenker at andre forhold ikke har betydning?

– Delvis, og jeg tror vi kan løse det med en strengere arbeidsdeling mellom pasienten og legen. Det er pasienten som søker om uføretrygd. Men det er selve legeerklæringen som betyr noe for NAV, og derfor mener jeg det er viktig at pasientens stemme kommer inn i erklæringen på linje med doktorens.

Selv innkaller Aarseth pasienten til en dobbelttime før erklæringen sendes til NAV.

– Jeg ber pasienten om å skrive ned hvordan sykdommen hindrer ham, hvordan han opplever funksjonstap. I timen gjennomgår vi sammen hva pasienten ønsker

skal med til NAV. Min erfaring er at pasientene kommer med kortfattede og presise beskrivelser.

Den gode vilje

Noe skjedde som sagt med Aarseth i de årene hun jobbet med doktorgradsarbeidet. Hun ble mer ydmyk for at legene har en vanskelig oppgave og ofte gjør ting i beste mening. I 2017 skrev hun en kronikk i *Klassekampen* med tittelen «Snill lege, passiv pasient».

– Da mente jeg at legene nokså ukritisk støttet pasientens krav om uføretrygd – og

jeg hadde ikke tenkt så mye på alternativene, annet enn at pasientene måtte få større plass. Jeg ville formulert meg mer nyansert i dag.

Guri Aarseth forstår at legene trekkes i ulike retninger når de skriver erklæringer.

– Det er tydelig at legen har en agenda: Å hjelpe pasienten. Men det er vanskelig når legenes profesjonelle integritet blir utfordret.

Det handler blant annet om etiske dilemmaer.

– Når vi omtaler pasienter som symptomer, betyr det at vi er absorbert av et system og et helsevesen som til dels har en del inhumane sider. Fraværet av pasienten som person i erklæringene er en slags økonomisering av skriften. Mangel på tid blir den store syndebukken for alt vi gjør. Men så enkelt tror jeg ikke det kan være. Mye handler om etikk. Vi vil gjøre det beste for pasienten, utrede, behandle, henvise, hjelpe. Så er det som om noe av individualiteten går i stykker i all hjelpsomheten, og at vi leger bare ser symptomene.

Les hele doktoravhandlingen her: <https://www.duo.uio.no/handle/10852/68312>



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

Osteoporose

■ JESPER DAHL • Lege og postdoktor, Folkehelseinstituttet

Skjelettet vårt ser tilnærmet likt ut fra slutten av tenårene og fremover, men det foregår en kontinuerlig og livslang utskiftning av beinvevet. Hvis nedbryting av beinvevet skjer i alvorlig grad, kalles det osteoporose. Det finnes i dag en rekke effektive tiltak for å forebygge brudd hos pasienter med osteoporose.

Beinhomeostasen

Gammelt bein brytes ned og skiftes ut med nytt, små og store skader repareres. Denne prosessen er avhengig av både faktorer som bryter ned og de som bygger opp, og ved en forstyrrelse av disse faktorene vil beinets styrke kunne påvirkes.

De fleste av oss oppnår vår høyeste beintetthet en gang i løpet av 20- eller 30-årene, ettersom beinhomeostasen frem til da domineres av de faktorene som bygger opp skjelettet. Deretter starter et gradvis tap av beinmasse, som så akselererer rundt 50 års alder. Dette gjelder spesielt for kvinner etter menopausen, hvor østrogenets beskyttende effekt mot beintap har falt bort. Siden risikoen for brudd øker fortløpende med en fallende beinmasse, vil dette aldersbetingede beintapet føre til en stadig økende bruddrisiko etter hvert som vi blir eldre.

Begrepet osteoporose beskriver en alvor-

lig grad av beintap hvor beinmassen er såpass lav at det medfører en betydelig bruddrisiko. Ordet ble brukt for første gang av den franske patologen Lobstein (1833) for å beskrive det hullede eller porøse utseendet til beina hos enkelte avdøde pasienter (1). Det er et godt begrep som har tålt tidens tann, og i 1994 ga WHO det en operasjonell definisjon som er knyttet til beinmassemåling (2).

Definisjoner og måling

Beinmasse, eller «bone mineral density» (BMD), blir vanligvis målt med røntgenundersøkelsen «dual-energy X-ray absorptiometry» (DXA). Man kan i dag også bruke CT (quantitative computed tomography, QCT), men DXA er fortsatt å foretrekke, ettersom man har meget presise data på hvordan mekanisk styrke og bruddrisiko

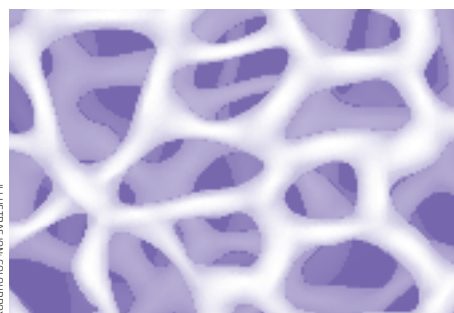
relaterer seg direkte til DXA-målinger. Målinger med DXA for å påvise osteoporose gjøres primært i lumbalcolumna, lårhalsen eller hofta. Det kan dog være verdt å merke seg at disse målingene i utgangspunktet gir et mål på den kvantitative beinmassen, men ikke nødvendigvis kvaliteten av beinet. En kvalitativ vurdering krever egne undersøkelser. Dette gjennomføres imidlertid ikke rutinemessig, ettersom det har vist seg å være av begrenset klinisk betydning for bruddrisiko.

Måleenheten for DXA er g/cm^2 , altså masse per areal, men de endelige resultatene angis også i form av en T-score. Denne T-scoren gjengir hvor mange standardavvik målresultatet avviker fra gjennomsnittsverdien for referansepopulasjonen. En T-score på -1 betyr altså at pasientens beintetthet ligger ett standardavvik under gjennomsnittsverdien. Disse gjennomsnittsverdiene, samt standardavvikene, er vanligvis bestemt ut ifra DXA-mål hos friske personer i 20-årene. En T-score mellom 0 og -1 angis som normalt. Mellom -1 og -2,5 bruker vi begrepet osteopeni, mens en T-score $\leq -2,5$ omtales som osteoporose. For å stille diagnosen osteoporose må det påvises en T-score $\leq -2,5$ enten i lumbalcolumna, lårhalsen eller hofta.

Samfunnsmessige konsekvenser

Norge er helt i verdenstoppen hva gjelder risiko for osteoporotiske frakturer, og da

Normal beinstruktur.



Beinstruktur med osteoporose.





ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

spesielt hoftefrakturer (3). Tall fra Tromsø-undersøkelsen har vist at 11 prosent av alle menn og 21 prosent av alle kvinner har osteoporose i lårhalsen, og at begge disse tallene øker med omtrent to tredjedeler hvis man bare ser på individer i alderen over 70 år (4). I samsvar med dette fant man også at 25 prosent av alle menn og 55 prosent av alle kvinner opplever et osteoporotisk brudd etter fylte 50 år (5). Kanskje enda mer urovekkende er det at omkring 25 prosent av alle kvinner i alderen 75–79 år vil oppleve et lårhalsbrudd i løpet av sin resterende levetid (upublisererte data fra NORHIP). Det er viktig å huske at denne tendensen til lav beinmasse ikke forklarer alle disse bruddene. Andre risikofaktorer, slik som falltendens, spiller også inn.

Antall lårhalsbrudd går litt ned fra år til år, men foreløpig ikke nok til å motvirke effekten av en stadig aldrende befolkning (6, 7). Vi må dermed forvente at sykdomsbyrden av lårhalsbrudd vil øke. Det er ingen som har en komplett oversikt over hva slike brudd medfører av total belastning på samfunnet vårt. Men man vet at et konservativt estimat for total kostnadene ved et lårhalsbrudd som må opereres ligger rundt 500 000 kr ett år etter bruddet, og 800 000–1 000 000 kr når det har gått to år (8). Når vi så ser at det er i overkant av 9000 lårhalsbrudd pr. år i Norge (7), og mer enn 8000 primære hoftebrudd som blir

operert (9), så vil de totale utgiftene være betydelige. Disse kostnadene reflekteres også i funksjonstapet som et lårhalsbrudd medfører. Hvis man sammenligner status før og etter bruddet, ser man at både andelen av hvor mange som kan gå uten hjelpemiddel, eller i det hele tatt bevege seg utendørs uten hjelp, halveres (10). En betydelig andel blir sykehjemspasienter, hvis de ikke allerede var det. Det er også ikke overraskende en økt dødelighet blant disse pasientene, spesielt innenfor de første to ukene etter bruddet, og som vedvarer i årevis (11).

Klinisk vurdering av osteoporose

Vi forventer i utgangspunktet at kroppen vår skal tåle et fall fra egen høyde. Hvis man møter pasienter hvor dette ikke har vært tilfellet, bør man vurdere muligheten for at underliggende faktorer kan være tilstede. Ettersom en lav beinmasse i seg selv ikke gir noen symptomer, så vil det nettopp være ved lavenergibrudd at man bør starte en klinisk utredning.

Det kanskje aller mest karakteristiske bruddet med tanke på osteoporose er et kompresjonsbrudd i ryggspylen, da dette sjelden ses hos pasienter med normal beinmasse. Slike brudd kan være vanskelige å oppdage, da klinisk presentasjon kan variere fra asymptomatisk til intenst smertefullt. Pasienter med slike brudd kan også

etter hvert utvikle høydetap og kyfose. Bortsett fra kompresjonsbrudd er det de vanligste bruddene ellers i befolkningen som også er vanlig blant osteoporotiske pasienter, altså brudd i distale radius, proximale humerus og lårhalsen.

Det er flere faktorer som øker risikoen for å utvikle osteoporose. Lav vekt, raskt vekttap, under- eller feilernæring, fysisk inaktivitet, sentral fedme, røyking og høyt alkoholinntak vil alle påvirke beinmassen negativt. Flere sykdomstilstander vil også øke risikoen. Dette gjelder spesielt pasienter med gastrointestinale forstyrrelser, slik som Crohns sykdom eller cøliaki, og pasienter med autoimmune sykdommer, som revmatoid artritt eller systemisk lupus erythematosus (SLE). Mange av disse pasientene vil også oppleve en ytterligere forverring av sin risiko ved at de behandles med glukokortikoider, som i seg selv vil kunne føre til osteoporose.

Det kan også være verdt å merke seg at det pågår et omfattende arbeid med å kartlegge hvordan man bør håndtere risikoen for osteoporotiske frakturer blant pasienter med diabetes type 1 og 2 (12). Diabetes type 1 gir en høyere risiko enn type 2, men type 2 utgjør allikevel en større samfunnsmedisinsk utfordring grunnet et større antall pasienter. Man forventer også at forekomsten av diabetes type 2 vil øke vesentlig på verdensbasis i årene fremover. For begge typer vil det være dårlig regulerte pasienter

med lange sykdomsforløp som har størst risiko for brudd. Blant disse pasientene må man etter hvert også tenke på at en økt falltendens betinget i diabetisk nevropati, vil bidra ytterligere til risikoen for brudd.

Ved en klinisk vurdering av bruddrisiko vil scoringsverktøyet FRAX kunne være til stor hjelp (13). Dette er et bruddprediksjonsverktøy utviklet ved Universitetet i Sheffield, som beregner en ti års absolutt risiko for brudd basert på kliniske risikofaktorer. FRAX kan brukes både med og uten T-score. Man regner som regel en risiko på ≥ 3 prosent for lårhalsbrudd eller ≥ 20 prosent for større osteoporotiske brudd som en høy risiko (14), hvor pasienten bør vurderes for medikamentell behandling.

Behandling

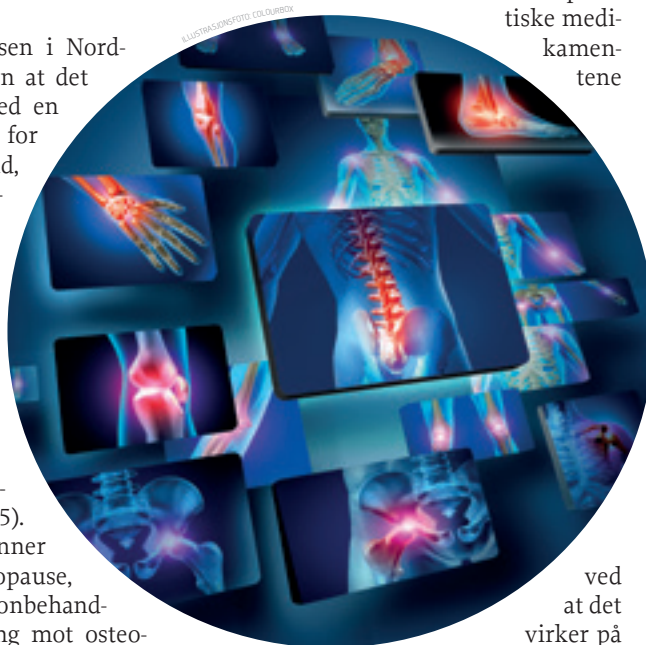
I data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) fant man at det blant kvinner og menn med en tiårsrisiko på ≥ 20 prosent for større osteoporotiske brudd, kun var henholdsvis 25 prosent og 17 prosent som mottok behandling med antiosteoporotisk medisin (14). Dette utgjør med stor sannsynlighet en vesentlig underbehandling.

Detaljene rundt behandling av osteoporose står beskrevet i nasjonal veileder for endokrinologi som er gratis tilgjengelig på nett (15). Bortsett fra hos yngre kvinner som har vært gjennom menopause, hvor man må vurdere hormonbehandling, vil førstelinjebehandling mot osteoporose være perorale bisfosfonater. Deres primære virkning er å redusere videre nedbrytning av bein, og dermed stoppe bein-tapet. Det er imidlertid verdt å merke seg at

de i liten grad oppjusterer beinformasjon utover kroppens fysiologiske nivå. Behandling utover fem år ser ikke ut til å ha noen effekt på beintettheten.

Ved svelgvansker eller andre faktorer som gjør det vanskelig å innta perorale bisfosfonater, tilbys som regel intravenøst bisfosfonat i form av zoledronsyre én gang årlig i tre år. Ved nyresvikt eller to eller flere brudd under behandling med bisfosfonater, kan denosumab subkutant én gang hver sjetten måned være et godt alternativ. Denosumab refunderes bare på blå resept til kvinner over 75 år. I motsetning til bisfosfonatene, forsvinner effekten av denosumab i løpet av kort tid etter siste sprøyte, og behandlingspause anbefales ikke før man har gitt denosumab i en periode. Teriparatid skiller seg fra de andre

antiosteoporotiske medikamentene



ved at det virker på osteoblastene og har en anabol effekt. Behandling med dette medikamentet er forbeholdt de med alvorlig osteoporose, det vil si svært lav T-score

eller tilkommet brudd under annen behandling.

Uavhengig av behandlingsvalg vil det også være viktig å sikre at kroppens tilgang på byggesteiner til nytt bein er tilstrekkelig. Dette gjelder spesielt tilskudd av kalsium og vitamin D, som må vurderes hos alle pasienter som skal behandles med antiosteoporotisk medisin.

Forebygging

Det foreligger i dag ikke noe anbefalt screeningprogram for osteoporose i Norge, men det arbeides med primærforebyggende tiltak som anbefalinger rundt fysisk aktivitet, kosthold, kalsium og vitamin D. Flere kommuner jobber også aktivt med fallforebyggende tiltak.

Da osteoporose i seg selv ikke gir kliniske symptomer før det oppstår et brudd, vil det være vanskelig å forhindre det første lavenergibruddet. Det andre bruddet derimot, har vi muligheten til å forebygge. God sekundærprofylakse vil sannsynligvis ha en betydelig forebyggende effekt, ettersom det er en spesielt økt risiko for nytt brudd innenfor det første året etter et osteoporotisk brudd (16, 17). Behandlingsveilederen for lavenergibrudd til Norsk ortopedisk forening anbefaler derfor utredning med tanke på osteoporose for alle menn og kvinner ≥ 50 år med lavenergibrudd (18). En slik utredning gjøres også i økende grad ved sykepleierdrevne osteoporoseklinikker, såkalte *fracture liaison services* (FLSs).

Avslutningsvis er det viktig å poengtere at alt bruddforebyggende arbeid må inkludere både en vurdering av beinets styrke samt hvilken energi det påføres. Hvis vi ikke klarer å forbedre beinmassen, må vi heller fokusere på å unngå fall, og vice versa. Helst bør vi nok gjøre begge deler.

■ JESPER.DAHL@FHI.NO

REFERANSER

- Lobstein JF. Traité d'anatomie pathologique: Levrault; 1833.
- Organization WH. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: report of a WHO study group [meeting held in Rome from 22 to 25 June 1992]. 1994.
- Cooper C, Cole Z, Holroyd C, Earl S, Harvey NC, Dennison EM, et al. Secular trends in the incidence of hip and other osteoporotic fractures. 2011; 22(5): 1277.
- Emaus N, Omsland TK, Ahmed LA, Grimnes G, Sneve M, Berntsen GKJ. Bone mineral density at the hip in Norwegian women and men—prevalence of osteoporosis depends on chosen references: the Tromsø Study. 2009; 24(6): 321–8.
- Ahmed LA, Schirmer H, Bjørnerem Å, Emaus N, Jørgensen L, Størmer J, et al. The gender-and age-specific 10-year and lifetime absolute fracture risk in Tromsø, Norway. 2009; 24(8): 441–8.
- Omsland T, Magnus JJOI. Forecasting the burden of future postmenopausal hip fractures. 2014; 25(10): 2493–6.
- Søgaard A, Holvik K, Meyer H, Tell G, Gjesdal C, Emaus N, et al. Continued decline in hip fracture incidence in Norway: a NOREPOS study. 2016; 27(7): 2217–22.
- Hektoen LFJHR. Kostnader ved hoftebrudd hos eldre. 2014 (3): 41.
- <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-hoftebruddregister>.
- Osnes E, Lofthus C, Meyer H, Falch J, Nordstøtten L, Cappelen I, et al. Consequences of hip fracture on activities of daily life and residential needs. 2004; 15(7): 567–74.
- Omsland TK, Emaus N, Tell GS, Magnus JH, Ahmed LA, Holvik K, et al. Mortality following the first hip fracture in Norwegian women and men (1999–2008). A NOREPOS study. 2014; 63: 81–6.
- Ferrari SL, Abrahamsen B, Napoli N, Akesson K, Chandran M, Eastell R, et al. Diagnosis and management of bone fragility in diabetes: an emerging challenge. 2018; 29(12): 2585–96.
- <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/>
- Hoff M, Skurtveit S, Meyer HE, Langhammer A, Søgaard A-J, Syversen U, et al. Anti-osteoporosis drug use: too little, too much, or just right? The HUNT study, Norway. 2018; 29(8): 1875–85.
- <http://www.endokrinologi.no/>.

Erfaringer fra skadesteds

– Legevaktlegens rolle i samarbeidet

■ ELIN MIKALSEN • Allmennlege, spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin, Tydal kommune

Norge var høsten 2018 vertsland for NATOs øvelse Trident Juncture. Øvelsen var den største militære aktiviteten i Norge på mange tiår. Mange nasjoner deltok, og øvelsen var også en test for det gjeninnførte totalforsvaret, som er den samlede innsatsen fra nasjonen i krise og krig – militært og sivilt.

En militærkolonne fra US Forces ble utsatt for en reell trafikkulykke i starten av øvelsen. Ulykken skjedde på en fjellovergang i Tydal kommune i Trøndelag. Vi fikk utfordret den akuttmedisinske beredskapen i distriktet, i tillegg til samhandlingen mellom de sivile nødetater og det militære apparatet (fra to land). Totalt ble det svært mange aktører, og det ble avdekket flere forbedringspunkter, særlig innen kommunikasjon og organisering på skadestedet.

Utrykningsfasen

Gjennom trippelvarsling ble det meldt om trafikkuhell med militærkolonne. En person satt fastklemt, ifølge den initiale meldingen. Legevakslege rykket ut i ambulanse fra Ås i Tydal. Annen lege rykket ut sammen med medisinstudent.

Ulykka hadde skjedd på en fjellovergang mellom Tydal og Røros, ca. 150 km fra traumemottak ved lokalsykehuset St. Olavs hospital. Ambulansen og legene var på stedet etter ca. 35 minutters kjøring. Radioterminalen til legevaktlegen mistet oppkoblinga allerede i utrykningsfasen. Legene fikk ikke oversikt over hvilke andre redningsressurser som var underveis, eller informasjon om at det var opprettet BAPS talegruppe på nødnettet. Brannbil kom like etter ambulansen og tok ansvar for trafikkreguleringa. De varslet de andre ressursene



Ulykka i forbindelse med NATO-øvelsen Trident Juncture høsten 2018 skjedde på en fjellovergang mellom Tydal og Røros, ca. 150 km fra traumemottak ved lokalsykehuset St. Olavs hospital.

arbeid

med nødetater og det militære



om det vanskelige føret slik at sekundære trafikkhendelser ble unngått. Politiet ankom skadestedet etter ca. én time.

Situasjon og arbeidsforhold

En kolonne med åtte store militærkjøretøy var involvert. Ett av disse var kjørt av veien og lå på siden et stykke unna vegen. Et annet sto på vippen på veiskulderen, og det var bekymring for at det skulle velte ned ei skråning. Flere av de andre kjøretøyene hadde skader etter kolonnekollisjon. En sivil bil hadde også kjørt av veien på ulykkesstedet for å avverge kollisjon med militært kjøretøy på det glatte føret. Det var ikke mulig å jobbe utenfor vegen på grunn av ulendt terreng og skråninger på begge sidene.

Det var 18 amerikanske soldater og en sivil person involvert. Like uniformer gjorde soldatene vanskelig å skille fra hverandre. For et sivilt øye var det også vanskelig å identifisere militære ledere.

Situasjonen opplevdes kaotisk, og det var svært vanskelig forhold å jobbe under. Det var vind og snøvær. På grunn av glatt føre var det flere fall blant redningspersonellet. Sikten var dårlig også fordi kjøretøyene blokkerte veien. Motorene var i gang for å holde varmen – det gjorde det også vanskelig å høre hva som ble sagt. Kommunikasjonen gikk på engelsk.

Redningsarbeidet i driftsfasen

Ved ankomst skadested ble det initialt meldt om tre skadde, etter hvert kom det melding om en fjerde skadd. Ambulansearbeider tok rollen som innsatsleder helse (ILH) og lege tok rollen som medisinsk leder helse (MLH). Begge bar hvite vester. Det ble raskt igangsatt individuell triage/primærundersøkelse. På grunn av fare for hypotermi måtte de skadde oppholde seg i kjøretøyene. Det var ikke plass til å gjøre medisinsk undersøkelse annet enn en rask grovundersøkelse stående i døråpninga på stiggjerd på de høye kjøretøyene.

Fra de involverte i ulykken var det vanskelig å få informasjon om hendelsesforløpet og skademekanismer (f.eks. fart, bråstopp osv.). Uklar anamnese gjorde at det ble lagt inn en «sikkerhetsmargin» på de skadde, og de ble nok vurdert til å ha mer alvorlig skade enn det som var reelt.

Da alle fire skadde var undersøkt, ble det gjort en rask felles oppsummering, og MLH avgjorde rekkefølge for prioritet til transport og rapporterte videre inn til AMK.

Etter hvert kom det til militære ressurser, både sanitetspersonell og militærpolit. Det at redningsressurser ankom skadestedet fra begge sider av veien, og at det var vanskelig å forflytte seg fra den ene til den andre siden, gjorde det vanskelig for innsatsleder å få samlet oversikt over ressursene etter hvert som de ankom. Nødnettet

fungerte dårlig på grunn av dårlige dekningsforhold.

Et militærhelikopter landet nær skadestedet. Luftambulansen hadde mellomlandet i nabokommune lenger nord, trolig på grunn av dårlig vær. Det ble ikke sett behov for to helikopter, så luftambulansen returnerte til St. Olavs hospital.

Senere ankom en militær ambulansebil, og noen fra det militære besluttet at denne skulle frakte en pasient til Røros legevakt. Start av transport ble sannsynligvis noe forsinket, da det ble opplyst om at militært personell ikke kunne dra alene, og følgesoldat måtte klareres. Dette medførte at sivil ambulanse ikke ble frigjort så tidlig som ønskelig.

Det ble avtalt med militært sanitetspersonell at de tok ansvar for oppfølging av de øvrige involverte som kom uskadd fra hendelsen.

Fra ankomst av første redningspersonell til siste pasient hadde forlatt skadestedet, tok det ca. 1 time og 20 minutter. Dette må betraktes som akseptabelt, arbeidsforhold og omstendigheter tatt i betraktning. Mobiliseringen av helseressurser var både formidabel og rask, både av luft- og bilambulanse, legevakt, brann- og redningsmannskap og fra to nasjoners militære. Heldigvis var det ingen ustabile/hardt skadde eller døde. Det er små marginer, og en ser lett at ulykken kunne hatt et alvorligere utfall.

Erfaringer – sårbarhet med avstand og utrykningstid

Det er lange avstander og utrykningstider i distriktet. Til alt hell var ambulansen til stede på stasjonen i Tydal da varselet kom. Hvis ambulansen hadde vært ute på annet oppdrag, kunne det tatt betydelig lengre tid før første ambulanse var på stedet. Og dersom ulykka hadde skjedd en halv time senere på dagen, ville legevakslegen vært ca. 85 km lengre unna. Det er ca. to timers kjøring fra interkommunal legevakt på Stjørdal til skadestedet. I praksis ville nok ikke legen rykket ut.

Vi var også heldige med at begge legene var til stede på legekantoret da alarmen gikk, at medisinstudent i praksisperiode også kunne rykke ut, og at det var tilgjengelig kommunal bil for utrykning. I likhet med mange andre legevakter i Norge er det ikke egen legevaktbil tilhørende legevakten.

Erfaringer – organisering på skadested

Ledelsen består vanligvis av innsatsleder politi (også skadestedsleder), innsatsleder brann og innsatsleder helse. Skadestedsleder bør tidlig opprette innsatslederens kommandoplass (ILKO). Innsatsledere må ta

rollen tydelig, være godt merket med vester og oppholde seg på ILKO. De bør blant annet avtale kommunikasjonsform og fordelte oppgaver. Ambulansearbeider har vanligvis funksjon som innsatsleder helse, og lege har funksjon som medisinsk leder helse (jf. *Nasjonal veileder for organisering av helsepersonell på skadested*). I dette tilfellet hadde det vært naturlig at en militær leder også hadde hatt funksjon som innsatsleder på ILKO.

Vi erfarte at ledelse og organisering fungerte suboptimalt. Politiet som skal være skadestedsleder og blant annet utpeke ILKO, ankom sist av alle redningsressurser, på tampen av aksjonen. Politiet fungerte altså ikke som skadestedsleder. ILKO ble ikke satt – en medvirkende årsak kan være at det naturlig ikke var noe sted langs skadestedet som egnet seg som ILKO.

Ved fravær av innsatsleder politi skal brann- og redningstjenesten ha funksjon som skadestedsleder. Det var ingen som tok denne rollen i dette tilfellet, og ved tverretattlig gjennomgang av hendelsen i etterkant, framkom det at det ikke er klare rutiner på hvem i den lokale brann- og redningstjenesten som får rollen på et skadested. I Tydal er det et deltidsbrannvesen – de er ansatt i tiprosentstillinger ved siden

av sitt hovedarbeid. Arbeidsfeltet deres er svært vidt og det er få utrykninger, slik at de får lite mengdetrening. Det forventes at de skal gjøre brannslukking, røykdykking, håndtere PLIVO¹- og CBRNE²-situasjoner, ha dykkeberedskap, dirigere trafikk, frigjøre fra kjøretøy, gi førstehjelp og HLR inkludert bruk av hjertestarter, samt da også innta rollen som skadestedsleder ved politiets fravær. Har vi nådd grensen for lengst for hva vi kan pålegge brann- og redningstjenestene i distriktet?

At skadestedet var preget av stor militær dominans skapte også usikkerhet rundt hvem som hadde kommandoen. Skulle militæret som «eier» av øvelsen og ulykka, og som i hovedsak skulle ha egen primærhelsetjeneste under Trident Juncture, også styre redningsarbeidet? For eksempel ble det tatt en avgjørelse underveis om at militærhelikopter og den militære bilambulanse skulle brukes for transport av skadde. Dette var en militær avgjørelse, som gjorde at legevakslegen måtte sende av gårde skadde personer uten å kjenne til hvilken kompetanse og utstyr som var tilgjengelig i fartøyene. Det var tegn på at det sivile og det militære ikke kjenner hverandre godt nok.

I en øvelsessituasjon som Trident Juncture var, er det ansvars-, likhets- og nærhetsprinsippet sammen med samvirke som er lagt til grunn for vertslanstøttekonseptet. Det er kun der det er erklært krigsskueplass i en krig at det militære overtar ansvaret for helsetjenesten.

Erfaringer – kommunikasjon

Nødnettdekninga var ikke adekvat, noe som åpenbart gjorde det vanskelig å kommunisere på skadestedet, men også opp mot AMK. Helsedirektoratet skal være orientert om situasjonen. For å bedre kommunikasjonen på skadestedet kunne man med fordel ha gått over i direkte talemodus (DMO) på radioterminalene. DMO er ikke koblet til nødnettet, men kan brukes over korte avstander direkte mellom radioterminalene. Det er aktuelt der nødnettdekninga kan være dårlig, som i tunneler eller på fjellet. Det ville utvilsomt også vært en fordel om det sivile og det militære kunne brukt samme samband.

Vi erfarte også at språk i seg selv ble noe utfordrende. Åpenbart ved at vi måtte skifte mellom engelsk og norsk, men også ved at det sivile og det militære har egne interne begrep og sitt «stammespråk». Et ek-

1 PLIVO; pågående livstruende vold.

2 CBRNE; fellesbetegnelse for kjemiske, biologiske, radioaktive, nukleære og eksplosive hendelser.



1.101 Gjennomførte brann- og redningsvesenet innsats på hendelsesstedet?

Ja

1.102 Hvilke typer innsats/oppgaver ble utført på hendelsesstedet?

Politioppgaver

1.103 Spesifiser politioppgaver

Innsatsledelse, Trafikkdirigering



sempel på utsagn som var vanskelig å skjønne umiddelbart, var «Bell har ankommet». Dette var altså ikke besøk av en historisk person, men beskjed om at militærhelikopteret hadde landet.

Ved denne ulykka var det legevaktslegen som rapporterte inn omfang av ulykka, samt hvor og hvordan de skadde skulle transporteres. Legevaktslegene har vanligvis lite øvelse i bruk av radiosamband for slik rapportering, da denne oppgaven vanligvis gjøres av ambulansepersonell. Dette trengs det nok jevnlig øving på, f.eks. ved bruk av verktøyet «METAFOR»³. Det vil sikre at nødvendig og eksakt informasjon rapporteres inn til AMK.

Et annet forslag er at nødetatene går bort fra å kalle fartøy på land, luft og til sjøs med tallbenevelser, for eksempel «3-2-2». For personell som ikke er borti dette ofte, synes det tungvint. Begrep som «luftambulanse» er mer intuitivt og enkelt, samt at en unngår misforståelser.

Erfaringer – praktiske tips

I Norge kan det være snøvær og vinterføre også i oktober. Redningspersonell må være kledd og skodd etter værforhold.

Alt personell må ha øregarnityr for å

sikre kommunikasjonen når det er støy/vind.

Triagering med merkemateriell (armklips med rødt/gult/grønt/svart), samt å gjøre notater om funn/vurdering, er svært nyttig selv ved svært få skadde. Oversikten mistes fort, særlig når skadde beveger seg rundt på skadestedet.

Erfaringer – ressursbruk

Det ble kalt ut store redningsressurser både fra militær og sivil side. Det kan blant annet skyldes at det var meldt om mange involverte kjøretøy og personer, samt at det initialt var vanskelig å få oversikt over skadeomfanget. Dermed ble ambulanseflåten i et ganske stort område forskjøvet med sannsynligvis dertil mer svekket beredskap i andre deler av fylket. Traumeteam ble også utløst ved St. Olavs hospital i og med at skadene initialt ble vurdert som mulig alvorlige.

Med tanke på Norges totalforsvar i en reell krigssituasjon – er vi forberedt på de prioriteringer som må gjøres når de samlede ressursene blir for knappe? Vil vi fordele ressursene riktig mellom det militære og det sivile? Eller vil en militær hendelse av natur ha så dramatisk preg at de siviles behov havner i skyggen?

Hovedbudskap

- Beredskapen i distriktet er svært sårbar på grunn av lang utrykningstid (store legevakt- og politidistrikt) og fordi brann- og redningstjenesten forventes å dekke et vidt fagfelt med begrensede ressurser.
- Innsatsleder politi, brann og helse må raskt og tydelig ta sine roller og etablere kommandoplass. Derfra sikres oversikt, riktig prioritering og behandling av pasienter. Innsatsleder politi er skadestedsleder og har dermed en svært sentral funksjon. Innsatsleder brann er dennes stedfortreder.
- Nødnettet har dårlig dekning i noen områder. Dette må utbedres.
- Alt akuttmedisinsk helsepersonell må kjenne og bruke prinsippene i Nasjonal veileder for organisering av helsepersonell på skadested. Nødetatene inkludert legevaktslegen vil trolig ha stort utbytte av jevnlig fellesøvelser. Kanskje burde det fra nasjonale helsemyndigheter legges klare føringer for dette, slik at det ikke blir opp til «ildsjeler» i hvert enkelt distrikt å dra i gang øvelser?
- Den militære saniteten og det sivile apparatet må kjenne hverandres ressurser og kompetanse, samt kunne kommunisere både med felles språk og felles samband. På overordnet nivå må vi være forberedt på ressursknapphet og sikre riktige prioriteringer, både ved NATO-øvelser og eventuelle fremtidige krigssituasjoner.

³ METAFOR – Masseskadehendelse – Eksakt posisjon – Type hendelse – Ankomst/avreise – Farer på stedet – Orientering om pasienter – Ressursbehov.

Helsebrev fra felten

Mine opplevelser fra Nasjonal Helseøvelse 2018

■ LARS TERJE OLSEN • Oberstløytnant, Forsvarets liaison til Helsedirektoratet

Vi befinner oss på trafostasjonen nede ved elva i Trysil sentrum. Disen ligger lavt over elva. Plutselig eksploderer det – noen skyter og det høres skrik. Hva i all verden er det som skjer?

Denne gang er det bare øvelse – Nasjonal Helse Øvelse 2018 (NHØ). Øvelsen er planlagt i lang tid, og det skal øves fem steder i landet med alle nødetater og sammen med Forsvaret. Tynset er det første stedet øvelsen gjennomføres etter generalprøven på Ørlandet. Scenarioet er at noen ukjente er på vei inn til trafostasjonen for å kutte strømforsyningen til store deler av området.

ETTER EN KORT STUND kan vi se politiet nærme seg trafostasjonen. De er forsiktige; det har tross alt vært både eksplosjoner og skyting på stedet. Alle nødetater er i nærheten, og forsvaret som «tilfeldigvis» er på NATO-øvelse i nærheten samtidig, har sagt de vil delta. I dag skal det øves med Sanitetsbataljonen. De skal støtte evakuering fra det som oppleves som en såkalt «Hot Zone» ved og rundt trafostasjonen.

Politiet erklærer at de har tilstrekkelig kontroll i området, og vinker inn forsvarets pansrede SISU-ambulanser slik at behandling og evakuering kan starte. En stund etterpå kan også sivile ambulanser slippes inn i området sammen med brannvesenet. For oss som har planlagt denne øvelsen i lang tid, er det veldig gøy å se på når alle nødetater og forsvaret samarbeider om å bære en pasient på bære inn i en ventende ambulanse.

Litt tidligere på morgenen hadde en buss med skoleelever veltet over på siden – med veldig vanskelige evakueringsforhold. Dette var selvfølgelig også en øvelse. Sivile nød-

Tynset er det første stedet øvelsen gjennomføres etter generalprøven på Ørlandet.



FOTO: HÆREN, FORSVARET



Omlastning på Orkdal fra militær til sivil ambulanse.

FOTO: JOHANNA GARLI, FORSVARETS SANITET



På Orkdal står alle ambulansene og venter i kø.

FOTO: JOHANNA GARLI, FORSVARETS SANITET

etater samarbeidet med Forsvaret for å få pasientene ut og evakuert mot sykehuset. Det var så livaktig at en polsk førstehjelper som deltok på NATO-øvelsen Trident Juncture 18 i området kom løpende fra bilen sin og spurte om han kunne hjelpe – han var ikke kjent med den nasjonale helseøvelsen.

Også sykehuset på Tynset er involvert i øvelsen. Alle pasienter som skal til sykehus evakueres dit. Det var ikke planlagt at en SISU-ambulanse skulle komme dit, men vi sendte en likevel – men personalet ved sykehuset lot seg ikke affisere! Det gikk så bra at Sanitetsbataljonen og sykehuset ble enige om å øve mer sammen etter at NHØ dro videre.

DAGEN ETTER DRO VI videre til Kristiansund. Der hadde vi planlagt et impulsivt angrep på Vestbase. I tillegg skulle vi spille inn NATO-forsterkninger som kom fra Trøndelag med helikopter. Dette helikopteret skulle så «utsettes for» en hard landing på Kvernberget, selvfølgelig med enda flere markører som ble «skadet». Og alle skulle evakueres til Kristiansund sykehus, der de ønsket å ta noen av pasientene helt inn i operasjonssalen for å øve skikkelig.

Alarmen går: Vestbase (kaiområde for logistikk og forsyninger til oljeindustrien) er under angrep! Kaos og forvirring råder, men HV-11 etablerer seg i samråd med ledelsen på Vestbase. De finner etter kort tid ut hva som har skjedd, og bruker eget nett til å varsle egne ressurser. De innser raskt at de har behov for støtte og benytter seg av nødnett til å be om assistanse. Relativt raskt er det et stort antall ambulanser ved administrasjonsbygget på Vestbase. Forsvarets ambulanser kjører inn på området, tar med seg pasienter tilbake til parkeringsplassen ved administrasjonsbygget, hvor de stabiliseres i et telt som sanitets-troppen i HV-11 har satt opp. Derfra lastes pasientene etter stabilisering inn i sivile ambulanser og kjøres til Kristiansund sykehus. Alle kan jobben sin, så det går raskt og effektivt for seg.

Selv har jeg flyttet meg til sykehuset. Det

kommer en jevn strøm av ambulanser til akuttmottaket. Der inne er det hektisk aktivitet, men ingen panikk. Alle vet hva de skal gjøre. Så bra går det at nesten ingen legger merke til en reell pasient som trilles forbi og kort tid etter evakueres til Trondheim med helikopter. Det er noen markører med amputasjoner, så sårskadene ser virkelige ut selv for trenet fagpersonell. Vi passer på så ingen proteser forsvinner eller ødelegges i iveren etter å behandle pasienten!

Nå passer det å gjøre oppmerksom på at både på Tynset og i Kristiansund hadde vi mellom 60 og 70 markører. Det var alle typer mennesker, men i hovedsak skoleelever. De møtte alle opp tidlig på morgenen for å la seg sminke og bli fortalt hvordan de skulle spille rollen sin. Alle skulle ikke evakueres til sykehusene, men gi øvingsmomenter i forbindelse med overlevering mellom sivile og militære helsemyndigheter.

DAGEN ETTER DRAR ØVELSEN videre. Vi er ca. 25 stykker, og vi kjører buss. Våre markører med amputasjoner kommer fra England. De har med seg sminkører selv. De er overgitt over det flotte landskapet de kjører gjennom! I tillegg har vi med oss sminkør fra forsvaret – Andreas administrerer utstyret vårt sammen med logistikkansvarlige Line. Vi som følger bussen er fra hele landet og representerer flere profesjoner – selv om de fleste er fra Helse Vest og Helse Stavanger – som har fått ansvaret for å gjennomføre øvelsen.

Fremme på Orkanger starter arbeidet med neste øvelse. Her skal det være et overraskende angrep på NATO-kaia i sentrum, i tillegg til en bussulykke med elever fra en nærliggende skole. Det hviler en liten nervøsitet over alle – i morgen skal direktøren for Helsedirektoratet samt sjefen for Forsvarets sanitet komme for å se på øvelsen. Alle vil vise seg fra sin beste side.

NESTE MORGEN: Plutselig smeller det ved en båt som ligger til kai! En liten gjeng kommer stormende fra sjøkanten og kas-

ter håndgranater. De skyter på en liten gruppe HV-soldater som holder vakt på området også. Det tar litt tid før de første ambulansene kommer. Men når de kommer, starter de umiddelbart med å hente ut pasienter, får oversikt og starter behandling. Området er ansett som usikkert, slik at sivile nok en gang holdes tilbake. Militære ambulanser fra HV 12 og fra Forsvarets sanitet kjører skytteltrafikk til et sted litt utenfor Orkdal sentrum. Der venter både sivilt og militært ambulanshelikopter i tillegg til et stort antall sivile ambulanser. Pasientene lastes over for transport til St. Olavs hospital i Trondheim.

Midt i dette: En buss har kjørt av veien rett sørvest av Orkdal. Det viser seg at to av dem som angrep kaia har kommet seg unna og forsøkt å stoppe bussen. En av våre markører har fått oppgaven med «å stoppe bussen på en brutal måte». Bussen har kjørt av veien og markøren har kommet i klem under det ene hjulet. Det ser veldig livaktig ut – men han har jo likevel ikke noe bein! Denne pasienten evakueres feilaktig (også det planlagt) til Orkdal sykehus for å få et lite øvingsmoment der også.

NÅ ER VI KOMMET til St. Olavs hospital. Ambulansene kommer inn i en jevn strøm. Helsedirektøren har blitt fløyet inn sammen med en markør. Han og sjefen for Forsvarets sanitet får en omvisning slik at de får se hva sykehuset har planlagt i forbindelse med øvelsen. De har klargjort en hel avdeling for å ta seg av de skadde. Alt går ordnet for seg også på St. Olavs.

Etterpå får alle som har vært med delta på en oppsummering – også markørene fra Orkdal og HV 12. Alt går ikke gjennom i detalj, men de mest sentrale aktørene får legge frem sine opplevelser.

Nasjonal helseøvelse snur bussen sør-øst. På mandag skal den siste øvelsen gjennomføres på Elverum. Det er varslet interesse fra massemedia. Fra forsvaret skal det denne gang også delta en fransk enhet som deltar på en øvelse – de er spesialister på å håndtere kjemiske angrep.



Scenarioet i denne sekvensen av øvelsen finner sted på parkeringsplassen utenfor et kjøpesenter i Elverum sentrum. FOTO: JOHANNA GARLI, FORSVARETS SANITET

Det starter i det små. Et fåtall personer faller om utenfor en bil på parkeringsplassen utenfor et kjøpesenter i Elverum sentrum. De har pustevansker og fråder rundt munnen – de ser ikke fredelige ut! Hva er dette?

Samtidig varsles brannvesenet om en eksplosjon og brann i en bil utenfor en nedlagt skole sør for Elverum. Den scenen man spiller her er at dette har vært en skjult kjemisk fabrikk, og ved et uhell har noe eksplodert under klargjøring for bruk mot sivilbefolkningen i og rundt Elverum. Oslo brannvesen deltar også. De som skal ha det største øvingsutbyttet går inn først. Bygget erklæres til slutt fritt for kjeltringer, men det er mange som er skadet av noe de ikke vet hva er – både særskader og noe ukjent kjemisk – her må pasientene renses og det raskt!

Det settes opp en rensesstasjon. Pasientene evakueres til Elverum og Hamar sykehus. Pasienter utsatt for ukjente kjemiske stoffer bør snarest bli kvitt sin påkledning og renses for disse ukjente stoffene. Det betyr ofte at markørene blir kalde – det blir de denne gangen også, men det er både forventet og godt forberedt – det går godt denne gangen også.

NHØ 18 hadde noen viktige øvingsmoment: Styrk helseberedskapen, forbedre samarbeidet sivil-militært og ta vare på befolkningen og samfunnet i pressede situasjoner. Dette klarte vi å øve på!

Denne øvelsen foregikk i fjor høst. Alt gikk ikke bra denne gangen heller, men evalueringen er veldig omfattende, så jeg skal ikke gå mer inn på det. I denne øvelsen var det også veldig mange involvert. Sann behøver det ikke alltid være. En øvelse kan vare fra to timer en fredag ettermiddag til flere uker. Tidligere i høst (onsdag 11. september) var jeg med Forsvaret på en evakueringsøvelse med en 737-maskin fra SAS. De skulle fly et antall pasienter til Kirkenes sykehus, og pasientene skulle

helt inn på akuttmottaket. Både

Høybuktnoen flyplass, lokalt politi, ambulanse, brannpersonell på flyplassen samt sykehuset var involvert. Og mesteparten var planlagt på kun få uker! I slutten av september gikk Øvelse Oslofjord av stabelen – jeg var i august på besøk på Vestfold sykehus og snakket til flere helsepersonell som jobber der for å fortelle om sivilt-militært samarbeid innenfor helse i Norge.

Nå er fjorårets nasjonale helseøvelse grundig analysert, og vi har trukket lærdom av den. Totalt finnes over 80 læringspunkter – både punkter vi må forsterke og noen vi bør forbedre. Vi har noen forskjellige læringspunkter, men de fleste deler vi. Og den viktigste lærdommen er krystallklar:

Vi må øve mer – og vi må øve mer sammen.

HVIS DERE OGSÅ VIL TRENE på samfunnsoppdraget vi alle har i en sivilmilitær kontekst, så ta kontakt med nærmeste HV-avdeling eller større militære garnison eller base. Ta kontakt med sjefen der, så skal du se du snart får til en felleshendelse slik at alle får øvd!

Bli med du også da, vel! Vi sees snart på øvelse?

■ LARS.TERJE.OLSEN@HELSEDIR.NO

Dette var også en del av øvelsen som fant sted på Elverum.

FOTO: JOHANNA GARLI, FORSVARETS SANITET



Helsemessig og sosial beredskap – hvordan fungerer

■ LEIF EDVARD MURUVIK VONEN • Kommuneoverlege Stjørdal kommune

Kommuner – på lik linje med fylkeskommuner, regionale helseforetak og staten – plikter å utarbeide en beredskapsplan for de helse- og omsorgstjenester eller sosialtjenester de skal sørge for et tilbud av, eller er ansvarlige for. Dette i henhold til lov om helsemessig og sosial beredskap.

Dette innebærer at kommunen plikter å kartlegge hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i kommunen, vurdere sannsynligheten for at disse hendelsene inntreffer og hvordan de i så fall kan påvirke kommunen (jf. folkehelseloven § 5, forskrift om miljørettet helsevern § 5 og helseberedskapsloven § 2-2). Resultatet av dette arbeidet skal vurderes og sammenstilles i en helhetlig risiko- og sårbarhetsanalyse (ROS-analyse), som skal til politisk behandling og legges til grunn i planverk (jf. sivilbeskyttelsesloven §§ 14 og 15 og forskrift om kommunal beredskapsplikt §§ 2 og 3). Kommunen plikter å utarbeide en beredskapsplan for sin helse- og om-

sorgstjeneste i samsvar med helseberedskapsloven (jf. helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-2 og 5). Planen skal samordnes med kommunens øvrige beredskapsplaner.

Plan for helsemessig og sosial beredskap skal inneholde en oversikt over hvilke tiltak kommunen har forberedt for å håndtere uønskede hendelser. Risikoforståelsen som dannes i ROS-analysen skal utdypes i beredskapsplanen. Denne planen skal være et hjelpemiddel for å kunne reagere rasjonelt og effektivt i en krise. I beredskapsplanen skal det stå hva som skal gjøres, hvem som skal gjøre det, hvordan det skal gjøres, og i hvilken rekkefølge det skal

gjøres. Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner ligger til det ordinære beredskapsarbeidet, der tjenestene skal hjelpe til å redde liv og helse gjennom sin innsats.

I planhierarkiet er plan for helsemessig og sosial beredskap underlagt kommunens overordnede beredskapsplan. Denne skal som et minimum inneholde en plan for kommunens kriseledelse, varslingslister, ressursoversikt, evakueringsplan og plan for informasjon til befolkningen og media (jf. forskrift om kommunal beredskapsplikt § 4).

I tillegg kommer virksomhetenes eller tjenestenes beredskapsplaner og en rekke fagtemaplaner. Plikten gjelder både kommunens ledelse i ekstreme situasjoner, og helse- og omsorgstjenestenes planlegging av tiltak for å kunne yte forsvarlig hjelp til mange nok i enhver situasjon. Planene skal henge sammen, så her må toppledelsen i flere sektorer i hver kommune og sykehus gå sammen om å se helheten i sin beredskap. Men hva skal de se etter?

FIGUR 1. Planhierarki – slik kan det se ut

PLAN	ANSVAR
Overordnet beredskapsplan i kommunen	Rådmann
Plan for informasjonsberedskap	Enhetsleder kommunikasjon
Beredskapsplan vannverk	Enhetsleder kommunalteknikk
Beredskapsplan havn	Havneshjefen
Plan for helsemessig og sosial beredskap Plan for EPS (Evakuerte- og pårørendesenter) Plan for psykososialt kriseteam Smittevernplan	Kommunalsjef helse og sosial Leder for EPS/kriseteam Leder EPS/kriseteam Smittevernlege
Enhetene/virksomhetens beredskapsplaner • Evakueringsplaner fra institusjon • Legemiddelberedskap m.m. • Brøyteberedskap institusjoner m.m.	Virksomhetsleder/enhetsledere
Avdelingenes beredskapsplaner • Brann • Strømbortfall • Trygghetsalarm • Svikt i vannforsyning osv. • Evakuering	Avdelingsleder

Den akuttmedisinske kjede

Vi må ha velfungerende samspill og helhet i helsetjenestene i kommuner og sykehus for å hjelpe personer hurtig når det trengs. Den daglige beredskapen er en naturlig del av kommunal helse- og omsorgstjeneste, med fastleger, legevakt, akutte døgnplasser, hjemmetjenester og vaktjenester for varslingsystemer og telefonhenvendelser.

Tankeøvelse – analysere «scenario X»

Beredskapsplaner skal utarbeides på bakgrunn av en ROS-analyse. Nødvendig risikovurdering og alle grader av konsekvenser må gjøres av ledelsen i alle fagsektorer samtidig. Lederne må kunne besvare spørsmålet «Hvis scenario X oppstår, hva ser jeg da som største utfordring fra mitt ståsted – i mitt ansvarsområde?». Kravet er at tjenestene også i ekstremt belastende situasjoner

dette?



ILLUSTRASJON: COLOURBOX / MODIFISERT

skal være forsvarlige. Behovet for justeringer, tilpasninger, tilgang på ekstra ressurser og trygg ledelse må beskrives i planene for tjenestene.

Kriseledelse

Det er avgjørende for ledelsen i kommunen å ha en innøvd modell for innsats i kriseledelsen. Ved regelmessige møter bør kriseledelsen «spille» sin innsats ved en krise, og hver og en som har plass der bør i alle møter bli stilt spørsmålet: «Hvis scenario X oppstår, hva ser jeg da som største utfordring fra mitt ståsted – i mitt ansvarsområde?». Da er rollene klare til å bli brukt ved neste reelle hendelse.

Ekstraordinære tiltak ute i tjenestene skal ta hensiktsmessig retning – det fungerer best at ansvar og kommando følger vanlig tjenestevei, i tråd med ansvars- og likhetsprinsippet.

Helsemessige utfordringer – skade, sykdom og hjelpebehov

Kapasitet og kvalitet påvirker om helse- og omsorgstjenestene er forsvarlige. Problemet ved uønskede scenarioer kan være at antall ansatte på jobb er kraftig redusert pga. sykdom, eller antall pasienter og brukere kan være ekstremt høyt pga. ulykke, sykdom eller annet. Planen må si noe om reservekapasitet eller kontinuitetsplanlegging i virksomhetene, og hvordan denne kan igangsettes for å opprettholde tjenestene som kommunen plikter å gi sine innbyggere.

Sosial ivaretagelse

Andre scenarioer kan være natur- eller miljøkatastrofer som truer befolkningen gjennom direkte eller indirekte påvirkning. Planen må si noe om hvordan kommunen skal vurdere farepotensialet, og hvordan evakuering og ivaretagelse av berørte innbyggere skal igangsettes. Større antall personer berørt krever ekstra tiltak ut over or-

dinære tjenester, og helsemessig og sosial ivaretagelse kan dreie seg om å skaffe tak over hodet, mat og drikke, erstatte tapte medisiner eller å få være sammen med andre når en skal takle tunge emosjonelle påkjenninger.

Informasjonsarbeid

Krisehåndtering er både en lederutfordring og en utfordring for den enkelte ansatte i kommunen. Situasjonen er preget av at vi mangler tilstrekkelig informasjon om hva som skjer, hvor mange som er berørt, hvilken konsekvens det får for folk eller når hendelsen er over. Beredskapsarbeid må derfor ha sterkt fokus på informasjon, både innhenting, bearbeidelse og kommunikasjon ut. Derfor er både politi og brannvesen viktige deltakere sammen med kommunens faglige tjenesteansvarlige i kriseledelsen. Politiet har best kunnskap om de akutte hendelser som krever deres innsats for å opprettholde ro og orden. Kunnskap om hendelsen gjør det kommunale systemet i stand til å sette i gang en målrettet innsats. Mangel på informasjon skaper fort kaos og svikt i nødvendige tjenester – og et dårlig omdømme.

Kommuneoverlegens plass i helsemessig og sosial beredskap

Kommuneoverlegen bør ha fast plass i kommunens kriseledelse. Gjennom øving og personlig kjennskap til sentrale personer i kommunens ledelse skapes rom for å gi medisinsk risikovurdering og forståelse av helsemessige behov i vanskelige situasjoner. Analyse av risiko og vurdering av tiltak bør være kommuneoverlegens oppdrag i forsamlingen. Det vil styrke kommunens kriseledelse. I tillegg vil kommuneoverlegen ha et godt kontaktnett og forutsetning for hensiktsmessig samarbeid med sykehuset i en krisesituasjon. Ofte har også kommuneoverlegen en opp-

gave med å igangsette eller lede et evakuerert- og pårørendesenter hvis det skulle bli aktuelt.

Fungerer det?

En sammenhengende kjede av arbeid med ROS-analyser, kloke planer, politiske vedtak, implementering og øving er svært krevende. Og hvis det svikter, er det befolkningen som får merke det – de som kommunen er satt til å hjelpe. De fleste kommuner er organisert i faglige sektorer, og har en helhetlig håndtering av økonomien gjennom årlig økonomiplanlegging. Men å håndtere helheten på tvers av fagfelt og organisasjon når det gjelder forebygging, beredskap eller samordning krever en annen innsats. Det er ikke like enkelt å fastslå naturlige ansvarsområder innen beredskap, og ROS-analyser kan påvise behov for andre former for samarbeid enn det som gjelder i daglig drift. Noen kommuner har en egen ansatt for beredskapsarbeid og som pådriver på dette feltet, for å stå bedre rustet i en krisesituasjon. Arbeidet er lovpålagt, det er nyttig, det er krevende, og det er spennende. Og det er avgjørende for at innbyggerne skal kunne greie seg bedre gjennom kommende krisesituasjoner – det styrker folkehelsen og de sosiale forholdene vi lever i.

KILDER

- Lovdata
- Akuttmedisinforskriften
- <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231?q=akuttmedisi>
- Lov om helsemessig og sosial beredskap § 2
- <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-06-23-56?q=helsemessig%20og%20sosial%20beredskap>
- Lov om kommunal beredskapsplikt, sivile beskyttelsestiltak og Sivilforsvaret §§ 14 og 15
- https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-06-25-45/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4
- Forskrift om kommunal beredskapsplikt §§ 2, 3 og 4
- <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-08-22-894?q=kommunal%20beredskap>
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester §§ 3-2 og 5-2
- https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

■ LEIF.EDVARD.MURUVIK.VONEN@STJORDAL.KOMMUNE.NO

Nasjonal legemiddel – vurderinger og anbefalinger

■ KIRSTEN HJELLE • Seniorrådgiver Helsedirektoratet

Legemiddelmangel er et økende, globalt problem som krever både nasjonale og internasjonale løsninger. Med et stadig økende antall tilfeller av mangel på legemidler, er det viktig å planlegge for økt forsyningssikkerhet av legemidler og felles beredskapsløsninger.

I rapporten *Nasjonal legemiddelberedskap – vurdering og anbefalinger* som ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet, er det sett på sårbarheter med dagens legemiddelforsyningskjede, svakheter med dagens legemiddelberedskap, og med bakgrunn i dette utarbeidet tiltak (1).

Bakgrunn

Det økende antallet mangelsituasjoner viser at legemiddelforsyningen er blitt mer sårbar enn den var for noen år siden, og temaet får stadig større internasjonal oppmerksomhet.

I de senere årene har problematikken rundt forsyningssvikt blitt mer og mer aktuell, og det er dermed her behovet for en revidert beredskap også er blitt tydeligst. Legemiddelberedskap ved etterspørselsjokk (katastrofer eller andre større hendelser) inngår i arbeidet med revisjon av helseberedskapsloven, men henger nøye sammen med forsyningssvikt av legemidler.

Formålet med en nasjonal legemiddelberedskap er å sikre den norske befolkningens tilgang til legemidler, slik at nødvendig medisinsk behandling kan opprettholdes ved forsyningssvikt eller etterspørselsjokk. Legemiddelberedskap inngår også som en del av totalforsvarsperspektivet. Dette handler om samarbeidet mellom forsvarssektoren og det sivile samfunnet for å ivareta samfunnssikkerheten.

Den forenklede forsyningskjeden

Forsyningskjeden for legemidler omhandler alle aktiviteter fra produksjon av virkestoff til legemiddelet er hos pasienten. Den går på tvers av landegrenser, og involverer

aktører som Norge i liten grad kan påvirke eller styre.

Produksjon og distribusjon til Norge: De aller fleste legemidler som brukes i Norge er produsert i utlandet. Legemiddelproduksjonen er global og markedsstyrt, med høy grad av konsolidering og oppkjøp, samt produksjon i lavkostland. Norge er derfor avhengig av import for å dekke behovet for legemidler. Noen få kommersielle legemiddelprodusenter har produksjon i Norge, men en stor andel av deres produkter eksporteres ut av landet. Det foregår i tillegg en begrenset produksjon av legemidler på eller i regi av apotek i Norge, men disse er imidlertid avhengig av import av råvarer fra utlandet.

Distribusjon i Norge: Dette inkluderer transport og lagring av legemidler i Norge, fra et legemiddel kommer til Norge, distribusjon til grossist og videre distribusjon til apotek. Legemiddelprodusentene har i stadig mindre grad egne lagre i Norge, men konsoliderer disse i Norden eller Europa.

Salg og forbruk i Norge: Legemiddelet kommer frem til den enkelte pasient ved

Samarbeid om legemiddelberedskap i Trøndelag

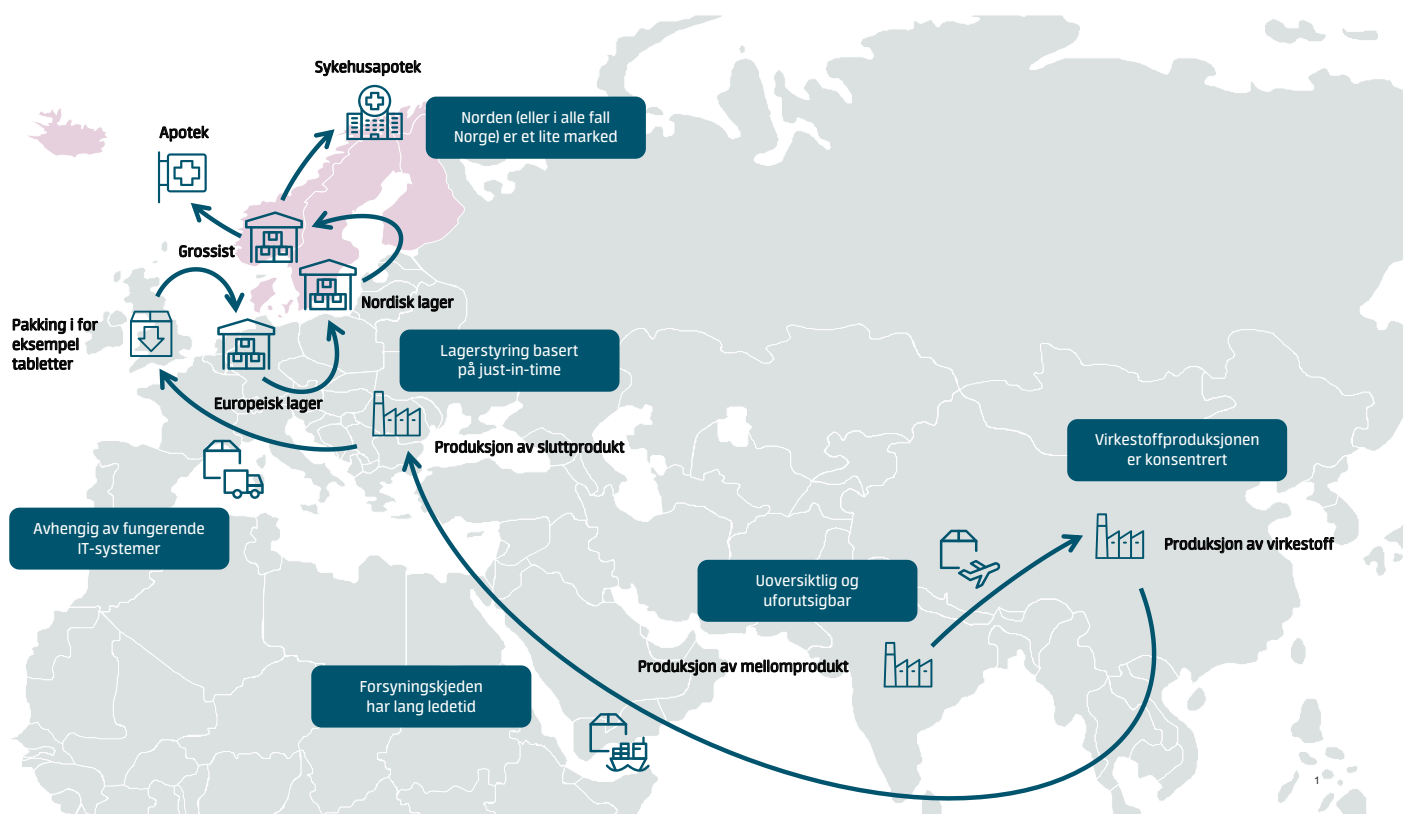
Kommunene i det sørlige Trøndelag og St. Olavs hospital er i ferd med å inngå en samarbeidsavtale om felles løsning for legemiddelberedskap. Avtalen skal omfatte en beskrivelse av en lagerløsning med nødvendige legemidler.

I regi av den lovpålagte samarbeidsavtalen mellom St. Olavs hospital og kommunene i sørlige Trøndelag har fagråd for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede iverksatt et utviklingsarbeid for å etablere en felles løsning for legemiddelberedskap mellom sykehuset og kommunene. For kommunenes del var tanken



at et slikt samarbeid kunne styrke både kompetanse, kapasitet og ressursbruk forbundet med etterlevelse av kravene til den kommunale legemiddelberedskapen. Sykehuset skal se nytten av god lokal beredskap ved at innleggelser under hendelser kan begrenses til de pasienter som trenger det mest, og dermed bli i stand til å opprettholde kapasitet på senger, bemanning og andre ressurser. Samarbeid om legemiddelberedskap gir avtalepartene gjensidig innsyn og innsikt i hverandres beredskap og partene får samtidig en ekstra møteplass som åpner for å skape ytterligere forbedringer i samarbeidet mellom sykehus og kommuner.

beredskap



FIGUR 1. Sårbarheter knyttet til forsyningskjeden for legemidler. FIGUR: HELSEIDIREKTORATET/MODIFISERT

resept direkte fra lege, eller ved at kommunal helse- og omsorgstjeneste/sykehus rekvirerer legemidler fra avtaleapotek/ sykehusapotek for utdeling til den enkelte

pasient. I forsvarssektoren gis førstehjelp eller helsetjenester, inkludert legemiddelbehandling, av militært sanitets- eller helsepersonell.

Sårbarheter knyttet til forsyningskjeden

Sårbarhetene i det globale legemiddelmarkedet krever et omfattende samarbeid mellom mange land (FIGUR 1). Det globale trus-

Status og forventninger til et avtalesamarbeid

Det understrekes at det pr. i dag ikke er inngått en forpliktende avtale mellom partene, men vi har oversikt over vesentlige deler av avtaleinnholdet. Avtalens begrunnelse forankres først og fremst i partenes gjensidige forpliktelse til å samarbeide om helseberedskap, slik at partene hver for seg og i fellesskap kan være forberedt på å møte alvorlige situasjoner som setter tjenesteapparatet på prøve.

Krav til samarbeid er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og i lov om spesialisthelsetjenester. Nærmere beskrivelse av beredskapskrav er omtalt i helseberedskapsloven. Avtalen skal understøtte partenes be-

hov for forutsigbarhet under akutt og vedvarende legemiddelmangel. De økonomiske sider ved et avtaleforhold begrunner i seg selv ikke avtalen, men det antas at et slikt samarbeid vil kunne redusere ressursbehovet som kommunene alternativt, og hver for seg, må allokere for å opprettholde en forsvarlig legemiddelberedskap.

For større kommuner behøver ikke denne forutsetningen være til stede, men muligheten for faglig samarbeid kan likevel vise seg betydningsfull. Avtalen skal gi en gjensidig gevinst for avtalepartenes helseberedskap, og avtalen skal være et virkemiddel for å samle kompetanse fra sykehus og kommunehelsetjeneste, inkludert farmasøytisk kompetanse.

Krav til et felles legemiddellager

Avtalen skal ivareta kommunenes beredskapsbehov for legemidler, og den skal omfatte en beskrivelse av en lagerløsning med nødvendige legemidler i tilstrekkelige mengder og forpakninger ut fra et realistisk og omforent risikobilde som avtalepartene er enige om. Risikobildet bygger på scenarier som vedrører beredskapskjeden mellom kommune og sykehus, og avtalen skal ivareta partenes ansvarsforhold under hendelser.

Det er begrensninger i hvilket omfang det er anledning til å opprette lokale lager av legemidler. Det omfang som her planlegges, vil omfattes av apotekloven. Her reguleres forhold som generelle krav til apoteker, forhold ved innkjøp, lagerhold



Legemiddelproduksjonen er konsentrert til få land, få produsenter og forsynings-kjeden har lang ledetid. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

selbildet har endret seg de siste årene, og dermed også beredskapsutfordringene. Legemiddelmangel er et økende globalt problem, og temaet får stadig større internasjonal oppmerksomhet.

Legemiddelproduksjonen er konsentrert til få land, få produsenter og forsyningskjeden har lang ledetid: En komplisert forsyningskjede med delproduksjoner i forskjellige land, samt oppkjøp og fusjoner mellom internasjonale legemiddelfirmaer og kjøp og salg av markedsføringstillatelser har ført til en stadig mer globalisert legemiddelproduksjon, med lange forsyningskjeder og mange aktører som et resultat. I tillegg er produksjon av legemidler ofte konsentrert innenfor bestemte geografiske områder og til få produsenter av virkestoff. Avbrudd i produksjonen hos en av disse produsentene får store ringvirkninger. I en tid med økende politisk ustabilitet er det også uheldig å være avhengig av forsyning fra et fåtall land, som det globale markedet for legemidler må forholde seg til.

Legemiddelproduksjonen er uoversiktlig og uforutsigbar: Forsyningskjeden har blitt kompleks og uoversiktlig for flere legemidler ved at virkestoffet kan produseres i et land, mellomproduktet i et annet land og sluttproduktet i et tredje land, og frigivelse av legemiddelet for salg kan foregå i et fjerde land. Deretter sendes legemiddelet til et sentralt lager før videre distribusjon til Norge. Manglende inntjening på eldre legemidler som ikke lenger har patentbeskyttelse (generika), kan medføre at produksjonen flyttes til lavkostland, eller at produksjonen overtas av mindre generikaprodusenter. Siden dette kan skje uten forvarsel, og siden det kan gjelde legemidler som fortsatt brukes av store pasientgrupper, skaper det en uforutsigbarhet i forsyningen.

Norge er et lite marked med begrenset styringsmulighet: Norge er et lite marked, og representerer et lite volum for legemiddeldprodusentene sammenlignet med andre land.

Lagerstyring er basert på «just-in-time»:

Alle ledd i forsyningskjeden for legemidler, fra produsentene, via grossistene, til apotekene, sykehusene og institusjonene har så små lagre som mulig for å holde lagerkostnadene nede. Det produseres ikke flere legemidler enn det som forventes solgt. Nye sykehus og apotek bygges med små medisinerom og liten mulighet for lagring over tid. Mangel på buffer gjennom alle ledd i forsyningskjeden gjør at spesielt et land som Norge, som er et lite marked, befinner seg i en utsatt posisjon dersom det oppstår en mangel, enten årsaken er forsyningssvikt eller etterspørselssjokk.

Informasjon fra media kan føre til hamstring av legemidler: Nyheter til befolkningen om legemiddelmangel kan føre til at apotekenes lagre tømmes raskt, fordi folk blir engstelige for at de ikke skal få nødvendige legemidler. Dette kan føre til hamstring og at en mangelsituasjon eskalerer unødvendig.

Forsyningskjeden er avhengig av fungerende IKT-systemer: IKT-svikt kan ramme ulike deler av forsyningskjeden både internasjonalt og nasjonalt. Dette omfatter leverandørenes produksjon- og logistikkssystemer, internasjonale transportører, legemiddelgrossister, apotekenes logistikkssystemer, sykehusenes elektroniske kurvesystemer og også nasjonale e-helseløsninger som e-resept.

Multidose pakkes kun få steder i Norge: Multidose er tabletter/kapsler pakket maskinelt sammen i en pose for hvert doseringstidspunkt og merket med pasient-id, legemiddelopplysninger og tidspunkt for inntak. Multidose pakkes få steder i Norge og sendes til aktuelle kommuner eller definerte apotek for utlevering til hjemmetjenesten eller sykehjem. Hendelser som kan føre til opphør av pakking ved et av apo-

og utleveringer og ulike konsesjonsvilkår.

For den løsning som vi beskriver, skal valg av legemidler skje innenfor sykehusets legemiddelliste. Det forenkler en del forutgående faglige og økonomiske vurderinger, inkludert logistikk og lagerhold. De legemidler og forpakninger og mengder som skal inngå i lageret, vil være et resultat av ytterligere gjennomgang av de scenarier som kommunene skal være forberedt på, og vurderingene må forventes å endre seg over tid.

Avtale om beredskapslager skal i detalj beskrive forhold som kan garantere hel-døgns tilgjengelighet, og detaljerte utleveringsbestemmelser skal understøtte korrekt og rask utlevering under lokal for-

syningssvikt og ved akutte hendelser. Avtalen skal også beskrive hvordan utlevering av legemidler skal ledsages av rask og betryggende transport fram til avtalt sted i kommunen.

Avtalen skal endelig avklare hvordan eventuelle kapasitetsoverskridende hendelser også for dette lageret skal reguleres. Her vil det beskrives særlige utleveringsbestemmelser som prioriterer mellom rekvisitter. Anvendelse av slike bestemmelser forankres innenfor overordnet og samordnet beredskapsledelse.

Pr. i dag er det beskrevet roller for fagrådet for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede for å holde tak i avtalesamarbeidet.

Fagrådet avgir på vanlig vis råd til administrativt samarbeidsråd (ASU) for større og prinsipielle beslutninger mellom partene.

Vurderinger

Innholdet i legemiddellageret vil kunne ha behov for å endre seg med endret risikobilde og endringer i legemiddelmarkedet. Avtalen må derfor regulere hvordan partene skal enes om endringer i beholdningen på lageret. Det legges derfor opp til at det etableres et faglig råd bestående av kommuneoverleger, farmasøyt og kompetente leger fra sykehuset.

Sykehuset har avtale med sitt sykehusa-

tekkjedenes pakkeanlegg for multidose vil få store konsekvenser for de kommunene som benytter multidose.

Norge har særegne terapitradisjoner: Særnorske terapitradisjoner kan påvirke leveransesituasjonen ved at aktuelle legemidler har lav omsetning eller selges i få land. Et eksempel på dette er bruk av penicilliner.

Svakheter ved dagens legemiddelberedskap

En sviktende beredskap vil ha svakheter der man ikke er i stand til å kompensere for forsyningskjedens sårbarheter på en tilfredsstillende måte. Med bakgrunn i utviklingen i det globale legemiddelmarkedet de siste årene ble det i Helsedirektoratets prosjekt om legemiddelberedskap avdekket flere svakheter.

Beredskapsorganisering: Mange aktører med forskjellig ansvar for legemiddelberedskap i Norge gjør landskapet uoversiktlig. Inndelingen i primær- og spesialisthelsetjenesten med tilhørende sentrale beredskapslagre hos grossister bidrar til et behov for å koordinere beredskapslagring av legemidler i helsetjenesten. Særlig i primærhelsetjenesten er organiseringen for å kunne håndtere legemiddelmangler svak. Forsvarsektoren er ikke en del av den sivile helsetjenestens apparat for legemiddelberedskap, og totalforsvarsevnen svekkes som en følge av det.

Beredskapsforsyning: Kun en marginal andel av legemidlene som forbrukes i Norge produseres i Norge. De nasjonale beredskapslagrene som skal sikre at vi har legemidler på norsk jord er hovedsakelig konsentrert på det sentrale Østlandet, og har også mangelfullt innhold. Mange kom-

muner har heller ikke sikret lokal beredskapsforsyning av legemidler for helsetjenestene de yter til sin befolkning. Spesialisthelsetjenesten er bedre stilt, men bruker andre legemidler enn primærhelsetjenesten, slik at beredskapsnyttene for sistnevnte er begrenset.

Beredskapsrutiner: Mekanismene for analyse og varsling av legemiddelmangler er mangelfulle i primærhelsetjenesten. Det er ikke avklart hvordan pasienter, fastleger og annet helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste skal informeres. Det finnes heller ingen måte å identifisere hvilke pasienter og fastleger som er berørt av en alvorlig legemiddelrelatert hendelse som for eksempel tilbakekallinger av legemidler på grunn av produksjonsfeil, avregistreringer som krever bytte av legemiddel eller alvorlige mangelsituasjoner. Varsling av slike hendelser foregår nå via media, internett og sosiale medier. Mynlighetene står i dag uten virkemidler for å

hindre og begrense eskaleringen i en situasjon hvor det er begrenset tilgang til et legemiddel. Det vil raskt kunne oppstå hamstring av legemidler fordi pasienter og helsetjeneste vil sikre seg legemidler, noe som vil føre til en forverret mangelsituasjon hvor tilgangen til legemidler tømmes raskere enn nødvendig.

Anbefalte tiltak

Siden forsyningskjeden for legemidler er internasjonal, ligger årsakene til legemiddelmangel ofte utenfor Norges grenser. Risikoen for at pasienter i Norge ikke får nødvendige legemidler vil reduseres med de foreslåtte tiltakene i rapporten, men den vil ikke forsvinne. De grunnleggende sårbarhetene ved dagens internasjonale legemiddelforsyning er utenfor vår kontroll. Derfor er det viktig å jobbe internasjonalt på lang sikt, for å komme rotårsakene til livs, og samtidig jobbe nasjonalt i Norge på



FIGUR 2. Grupper av tiltak på internasjonalt, nasjonalt og regionalt/lokalt nivå.

potek om levering av legemidler, og dette apoteket er en sentral aktør for å understøtte sykehusets legemiddelberedskap. Det inngår imidlertid ikke krav i konsesjonsvilkårene for sykehusapotek å samarbeide med kommuner om helseberedskap. Slike krav kan følge konsesjonen, men er i dag ikke vanlig. Det eksisterer heller ikke et forbud om slikt samarbeid, men krav til offentlige innkjøp skal ivaretas. Dette punktet må påaktes fra første stund.

Vi mener at løsningen vi har arbeidet med ivaretar et behov for beredskapssamarbeid mellom sykehus og kommuner, og begge parter må yte en innsats for å få til dette. Vi mener derfor at en avtale mellom

kommunene og sykehuset ligger innenfor rammene for offentlig tjenestesamarbeid, uten krav til innkjøp gjennom anbud.

I første omgang legges det opp til at kommunene og sykehuset inngår avtale om tjenestesamarbeid. Sykehuset kan i neste omgang inngå en tilleggsavtale med sykehusapoteket for å innfri sin del av avtalen. Det vil bl.a. innebære økt lagerkapasitet. På denne måten vil det bli mulig å få til et gjennomstrømningslager som reduserer svinn på grunn av dato til et minimum.

Videre arbeid

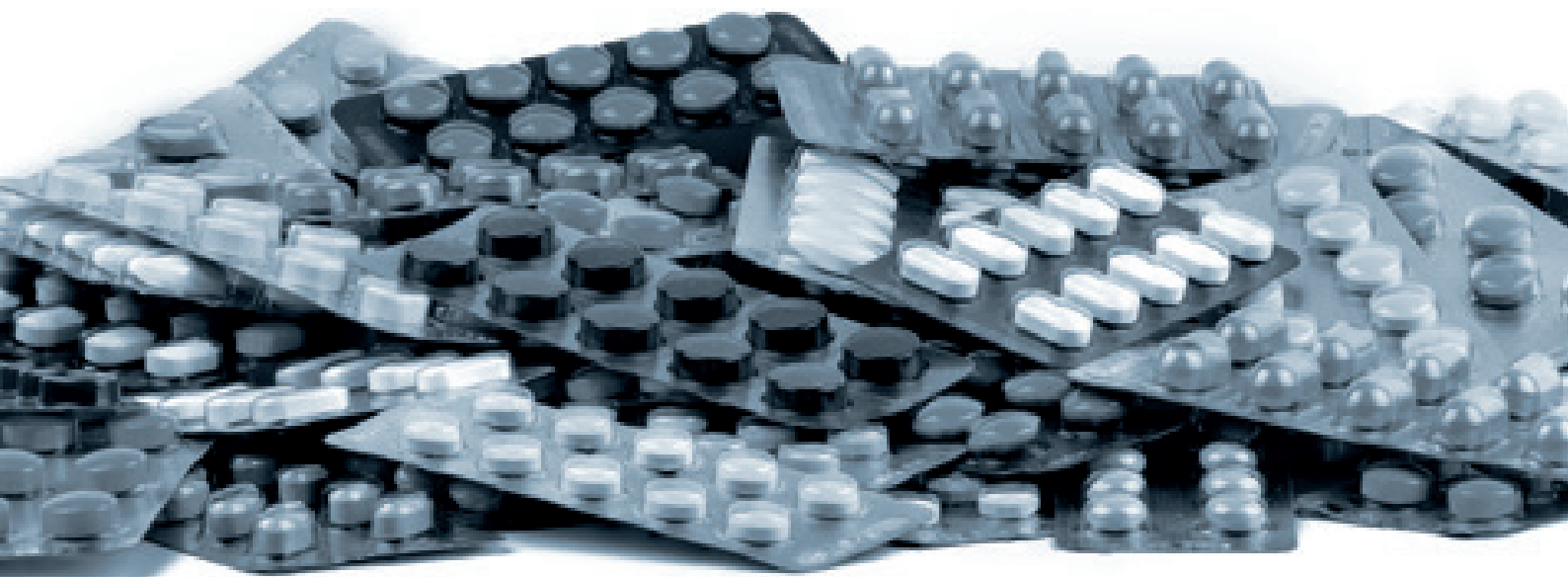
Det gjenstår kvalitetssikring av avtalevilkårene opp mot lovverk og de endelige konsekvenser for partene. Støtte fra sentrale helsemyndigheter har vært nyttig, og må videreføres.

Når avtalepartene er enige om innholdet, må de praktiske forberedelser iverksettes. Av størst betydning antas det å få på plass en faglig og administrativ organisasjon som kan forvalte løsningen.

BJØRN BUAN

Samhandlingsleder for Orkdalsregionen, fagrådsleder for helseberedskap og akuttmedisinsk kjede i sørlige Trøndelag mellom kommunene og St Olavs hospital

■ BJORN.BUAN@ORKDALREGIONEN.NO



Norge vil aldri bli selvforsynt av legemidler, da prosessene og kostnadene er for komplekse og store. ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

kortere sikt med tiltak som vi selv kan kontrollere gjennomføringen av.

Internasjonalt nivå: Legemiddelmangel som et internasjonalt problem krever internasjonale løsninger, og beredskapslagring i Norge vil ikke løse dette problemet. Det er viktig for Norge å samarbeide med andre land, og å delta på internasjonale arenaer for å jobbe for tiltak som ligger nærmere årsaken til legemiddelmangel. For at Norge skal kunne bidra på en best mulig måte og også ivareta norske interesser knyttet til legemiddelområdet i nordisk og internasjonal sammenheng, bør det utvikles en helhetlig norsk strategi om hva som skal være hovedpunkter for Norges overordnede arbeid internasjonalt.

Nasjonalt nivå: Selv om hver enkelt kommune i lovs forstand har beredskapsansvar for de helse- og omsorgstjenester de yter til alle som oppholder seg i deres kommune, er det ikke hensiktsmessig at hver kommune individuelt skal komme opp med en lokal løsning for et globalt problem. Tiltakene i rapporten reflekterer denne erkjennelsen, både gjennom styrket nasjonal beredskapslagring av legemidler som er kritisk viktige for pasienter som trenger langvarig legemiddelbehandling og som hovedsakelig brukes i primærhelsetjenesten, og gjennom forbedrede analyse- og varslingsmekanismer. Spesialisthelsetjenesten har allerede nasjonal organisering av både beredskapslagring og analyse- og varslingsmekanismer, og behovet for tiltak er derfor tilsvarende mindre. Primærhelsetjenestens beredskapslager må tilpasses dagens mangelsituasjoner og sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestens sentrale lagre. Det er også behov for å utvikle varslingsmekanismer i

primærhelsetjenesten, på linje med varslingsordningen som er etablert i spesialisthelsetjenesten.

Regionalt/lokalt nivå: Prinsippene om ansvar, nærhet, likhet og samvirke er gjeldende og sees i sammenheng med anbefalte nasjonale tiltak. Foreslåtte tiltak handler om å øke bevisstheten rundt legemiddelberedskap i kommuner og helseforetak/regionale helseforetak og å utforme helhetlige beredskapsplaner. Økt fokus og bevissthet på legemiddelberedskap er viktig for å forebygge redusert tilgang på legemidler i hele helsetjenesten. Dette oppnås også ved å inkludere legemiddelberedskap i helsetjenestens beredskapsøvelser. Legemiddelberedskap i forsvarssektoren baserer seg i hovedsak på det sivile samfunnet og er avhengig av at helsetjenesten fungerer og er operativ ved større hendelser. Tiltak relatert til etterspørselssjokk inngår i arbeidet med revidert helseberedskapslov, men flere av tiltakene som foreslås i denne rapporten omfatter også etterspørselssjokk. Tiltak som angår produksjon vil bli omhandlet i en egen rapport.

Konklusjon

Med et stadig økende antall tilfeller av mangel på legemidler, er det viktig å planlegge for økt forsyningsikkerhet av legemidler og felles beredskapsløsninger. Det økende antallet mangelsituasjoner viser at legemiddelforsyningen har blitt mer sårbar enn den var for noen år siden, og temaet får stadig større internasjonal oppmerksomhet.

Norge må fortsette sitt internasjonale engasjement for å motvirke legemiddelmangel. I denne sammenheng trengs det

nye ideer og nye arbeidsmåter ved et langsiktig internasjonalt samarbeid om risikoreduserende tiltak. Det må likevel fortsatt gjøres en innsats i Norge for å avhjelpe og motvirke mangler, særlig i primærhelsetjenesten. Norge vil aldri bli selvforsynt med legemidler, da prosessene og kostnadene er for komplekse og store, men det er viktig å vurdere om det er mulig og hensiktsmessig at vi kan produsere noen legemidler i Norge, Norden eller Europa. Primærhelsetjenestens beredskapslager må tilpasses dagens mangelsituasjoner og sees i sammenheng med spesialisthelsetjenestens sentrale lagre. Kommunene må vurdere egen situasjon og vurdere økt bufferkapasitet for legemidler.

Spesialisthelsetjenesten er godt koordinert når det gjelder analysering og varsling av legemiddelmangler, mens tilsvarende mangler i primærhelsetjenesten. Det er også et stort behov for å bistå kommunene med råd og veiledning når det gjelder legemiddelberedskap. Kartlegging, rapportering og oversikt over viktige legemiddelmangler er viktig for å sikre en god og sikker legemiddelforsyning. Et viktig bidrag til økt pasientsikkerhet er at den enkelte pasient og fastlege som er berørt av en legemiddelrelatert hendelse, raskt får målrettet og pålitelig informasjon. Gjennomføring av foreslåtte tiltak vil samlet sett bidra til en mer robust legemiddelberedskap både når det gjelder forsyningssvikt og etterspørselssjokk.

REFERANSE

1. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonal-legemiddelberedskap>

■ KIRSTEN.HJELLE@HELSEDIR.NO

Svangerskap hos kvinner med revmatisk sykdom

■ INGRID REKAA NILSSEN • Sykepleier/MSc ved nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSR) og revmatologisk avdeling ved St. Olavs hospital

For kvinner med revmatisk sykdom kan god planlegging av svangerskap og fødsel redusere risikoen for uønskede hendelser og negative svangerskapsutfall. Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer har utarbeidet en egen veileder, og bidrar gjerne med råd og veiledning.

Planlegg helst i god tid

Inflammatoriske revmatiske sykdommer kan i varierende grad påvirke svangerskapet og svangerskapet kan påvirke sykdomsaktiviteten. Det anbefales derfor at kvinner med revmatisk sykdom helst har hatt lav sykdomsaktivitet i minimum seks måneder før de begynner planlagte forsøk på å bli gravide. Det er også en stor fordel at kvinnen er i god fysisk form, da dette gir det beste utgangspunktet under og etter svangerskapet.

Det er betydelig variasjon i grad av risiko knyttet til de ulike revmatiske sykdommene. Generelt kan man si at kvinner med system-sykdommer, som for eksempel bindevevs- og vaskulittsykdommer, har høyere risiko for komplikasjoner forbundet med svangerskap sammenlignet med kvinner med artrittsykdommer. Samtidig er det viktig å huske at kvinners sykdomsforløp er svært individuelt, selv for de med samme diagnose, og en individuell tilnærming er derfor vesentlig for å gi best mulig tilpasset oppfølging. Områder som kan gi ekstra utfordringer for disse kvinnene er blant annet smerter, fatigue, medikamentell behandling, psykososiale utfordringer, troen på egen evne som mor samt samliv og seksualitet.

Fødsel

De fleste revmatiske sykdommer øker ikke risikoen for komplikasjoner under fødsel, og som regel anbefales vanlig vaginal fødsel. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på eventuelle begrensninger sykdommen kan gi, da mange kvinner har tanker og bekymringer rundt dette temaet. For eksempel kan det være smertefullt å være i samme posisjon over lengre tid under selve fødselen. Etter fødsel kan også smerter og fatigue gi utfordringer ved mating og stell av barnet. Samtale om disse temaene i god tid før fødsel er derfor vesentlig.

Selv om kvinner med revmatisk sykdom skal ha oppfølging i spesialisthelsetjenesten under svangerskapet, er det fortsatt viktig at de følger de ordinære svangerskapskontrollene i primærhelsetjenesten for å ivareta det «normale» i svangerskapet. For kvinner med aktiv sykdom og et komplekst sykdomsbilde vil et godt tverrfaglig samarbeid være ekstra viktig. Det kan være overveldende for den gravide å forholde seg til mange ulike spesialister i tillegg til primærhelsetjenesten. For den gravide, som på grunn av sin grunnsykdom har hyppigere kontroller, kan det være vanskelig å vite hvem som har ansvar for hva gjennom graviditeten. Mange opplever dessuten motstridende råd

om blant annet legemiddelbruk i svangerskapet fra ulike aktører i helsevesenet, noe som kan skape stor grad av usikkerhet og engstelse. Notater på helsekortet dersom det er spesielle hensyn som trengs for den gravide, kan derfor være nyttig for helsepersonell og betryggende for den gravide.

Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer

Ved St. Olavs hospital i Trondheim ligger Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatiske sykdommer (NKSR). Våre hovedformål er å inneha og formidle oppdatert kompetanse om tiden før, under og etter svangerskap ved alle revmatiske sykdommer. NKSR skal spre kunnskap ut til de andre helseforetakene og til helsepersonell i primærhelsetjenesten, slik at pasienter over hele landet sikres likeverdig informasjon.

Et viktig nettbasert verktøy er «veileder i svangerskap og revmatiske sykdommer.» Den dekker temaene medikamentell behandling, diagnose, planlegge svangerskap, oppfølging, prevensjon, fertilitet, amming og ikke-medikamentell behandling. Her finnes også sjekklister som skal hjelpe klinikerne til å gjøre de nødvendige undersøkelser og vurderinger før, under og etter svangerskap for kvinner med inflammatorisk revmatisk sykdom. Veilederen finnes på nettsiden www.stolav.no/nksr. Den oppdateres fortløpende, for å sikre at kvinnene mottar lik informasjon fra alle aktuelle helsepersonell, og at rådene de får er oppdatert og kunnskapsbaserte.

NKSR arrangerer årlig et nasjonalt seminar for helsepersonell. Målgruppen for disse seminarene er leger, sykepleiere og annet helsepersonell fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. Både kvinnene selv, fastleger og annet helsepersonell kan ta direkte kontakt med NKSR på telefon eller e-post for råd og veiledning. Egen pasientinformasjon er også utarbeidet og er tilgjengelig på nettsiden helsenorge.no

Artrittsykdommer	Revmatoid artritt Psoriasartritt Spondyloartritter (blant annet Bekhterevs sykdom)
Systemisykdommer	Systemisk lupus erythematosus (SLE) Sjøgrens syndrom Mixed Connective Tissue Disease (MCTD) Systemisk sklerose/sklerodermi Polymyositt og dermatomyositt
Vaskulittsykdommer	Granulomatose med polyangiitt (GPA) Takayasu arteritt

TABELL. *Eksempler på ulike typer inflammatoriske revmatiske sykdommer.*



ILLUSTRASJON: COLOURBOX/SHUTTERSTOCK

NY FASTLEGERAPPORT

Nasjonale tiltak må ivareta

■ FINN HENRY HANSEN • Spesialrådgiver i Helse Nord RHF

En ny rapport fra Helse Nord RHF tar til orde for en flerårig, nasjonal opptrappingsplan for fastlegeordningen som skal understøttes av trepartssamarbeidet.

Rapporten fra Helse Nord RHF om fastlege-tjenesten i Nord-Norge ble publisert 7. september (1). Den supplerer en rapport fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) som kom i 2018 (2). Bakgrunnen for disse rapportene er økt bekymring i landsdelen for at en krise i fastlegetjenesten også vil ramme og svekke spesialisthelsetjenesten. Saken har vært drøftet både i Regionalt samarbeidsutvalg¹ og i styret for Helse Nord RHF.

Rapporten fremmer en serie av konkrete tiltak, adressert til aktører på flere nivåer. Rapporten er utarbeidet av en gruppe ledet av Helse Nord RHF med øvrige medlemmer fra KS Nord-Norge, NSDM, ALIS-Nord, Fylkesmannen i Troms og Finnmark, fastleger fra kommuner i Nord-Norge og Universitetssykehuset Nord-Norge. Rapporten bygger på flere ulike datakilder, både tidligere utredninger og nylig innsamlet materiale.

Status for fastlegetjenesten

Fastlegetjenesten i Nord-Norge er organisert på måter som avviker vesentlig fra resten av landet. Bare sju kommuner har organisert virksomheten etter hovedmodellen (næringsdrift), men disse har så mye som 38 prosent av fastlegene. Fastlegene fordeler seg slik på de øvrige modellene: næringsdrift med kommunal subsidiering (19 prosent), fast lønn med bonus (28 prosent) og fast lønn alene (15 prosent). Det innebærer at det store flertall av kommuner i Nord-Norge subsidierer fastlegetjenesten utover den finansieringen som følger med hovedmodellen.

NSDMs utredning om fastlegetjenesten i Nord-Norge avdekker klart høyere årlig gjennomtrekk i fastlegestillingene (12,8 prosent) i denne landsdelen sammenliknet med resten av landet (7,3 prosent). Turn-

over er høyere i perifere kommuner med lavt folketall enn i mer sentrale og folkerike kommuner. Det er relativt flere legeløse lister og vikarer i kommunene i nord. Videre er listene kortere, og det er færre av fastlegene som er spesialister i allmennmedisin. Dette bildet bekreftes gjennom oppdatert informasjon for perioden fram til mars 2019.

Blant de fastlegene som i perioden oktober 2017 til mars 2019 flyttet ut av landsdelen, fortsatte en stor andel som fastleger. Derimot var det få av legene som i samme periode flyttet innenfor Nord-Norge som fortsatte i fastlegestilling; flertallet av disse legene tiltrådte stillinger i sykehus. Det er ellers en tydelig tendens til at fastlegene som har sluttet i sine stillinger i Nord-Norge, flytter til mer folkerike og sentrale kommuner.

En spørreundersøkelse i 2019 til ledere av legetjenesten i kommunene i landsdelen ble besvart av alle unntatt én kommune. Den viser at andelen ledige hjemler øker i de sentrale og folkerike kommunene. Lederne i disse kommunene melder om et betydelig behov for flere fastlegehjemler. Samlet melder disse lederne at kommunene i Nord-Norge har behov for 12 prosent flere fastleger. Få kommuner har utarbeidet en plan for legetjenesten, slik avtaleverket anbefaler, og det samarbeides i liten grad med andre kommuner om annet enn legevakt. Av forbedringer etterspørres særlig bedre finansiering, både for pasientrettet fastlegearbeid og for spesialistutdanning av fastleger. Bedre tilgang til sykehus-tjeneste for fastleger under spesialisering nevnes også. Flere helseledere nevner behovet for å forankre legetjenesten bedre i kommunens toppledelse og å styrke ledelsen av tjenesten.

Arbeidsgruppen har gjennomført en kartlegging av legeavtaler i de fleste av landsdelens kommuner. Det er et betydelig spenn i avtalene mht. økonomisk godtgjøring og andre arbeidsvilkår innen samme

avtaletype, mellom leger i samme kommune og mellom kommuner. Dette gjenspeiler både forskjeller i oppgaver og arbeidsbelastning og forskjeller i markeds-situasjon og forhandlingsstyrke.

Arbeidsgruppen har lagt særlig vekt på å få fram nye og skjerpede myndighetskrav til kommuner om at nye fastleger må være spesialister i allmennmedisin eller være under slik spesialisering. Det redegjøres for ALIS-Nord-prosjektet, etableringen av permanente regionale ALIS-kontor og viktigheten av at alle kommuner i landsdelen tilpasser seg de nye utdanningskravene.

Mulige forbedringstiltak

Siden utfordringene i fastlegetjenesten gjelder store deler av landet, er rapporten tydelig på at det trengs nasjonale tiltak, ikke minst mht. økt tilfang, bedre finansiering og bedre tilrettelegging for spesialistutdanning av fastleger. Arbeidsgruppen er opptatt av at nasjonale tiltak må innrettes slik at de ivaretar geografiske fordelings-hensyn. Det må ikke skapes en ubalanse i legemarkedet som kan bidra til å tømme utkantområder for leger. Utfordringene ved for sterk stillingsvekst i sykehusene drøftes også, med henblikk på konsekvenser for rekruttering av fastleger.

Arbeidsgruppen drøfter sammenhengen mellom rekruttering og det å legge til rette for at fastlegene forblir lenger i jobben. Dette er to sider av samme sak, ettersom det langt på vei er de samme vilkår som fremmer rekruttering og stabilitet.

Videre drøftes betydningen av at kommuner i større grad samarbeider innbyrdes om legetjenester og styrker samarbeidet med helseforetakene. Integrering av fastleger i større faglige fellesskap – gjennom organisatoriske og virtuelle nettverk – vil kunne kompensere for noen av de småskala-ulempene som følger av å jobbe i perifere kommuner.

Arbeidsgruppens anbefalinger

Arbeidsgruppen anbefaler i alt 34 enkelttiltak, tematisk organisert i åtte hovedgrupper:

¹ Regionalt samarbeidsutvalg er et partssammensatt utvalg med medlemmer av Helse Nord og KS, inkludert tillitsvalgte fra både kommunene og helseforetakssiden.



Dato: 07.09.19

geografisk fordeling

Nasjonal opptrappingsplan for fastlegetjenesten

Arbeidsgruppen foreslår at det i regi av trepartssamarbeidet utarbeides en fireårig nasjonal opptrappingsplan (2020–23) for fastlegetjenesten.

Utdanning og rekruttering

For å styrke rekruttering til fastlegetjenesten, foreslås en økning av antallet LISr-stillinger og en målrettet medvirkning fra kommunene. Det foreslås å etablere 60–70 flere ALIS-stillinger i landsdelens kommuner, 30–40 øremerkede ALIS-stillinger i landsdelens helseforetak, styrket veiledningstjeneste, samt mulighet for ALIS til å velge mellom fastlønn og næringsdrift.

Finansiering, takster og legeavtale

Det tas til orde for finansieringsordninger som understøtter praksismodeller tilpasset forskjeller mellom kommunene. Det foreslås å øke basistilskuddets relative andel av totalfinansieringen, og at tilskuddet risikojusteres mht. legenes pasientpopulasjon. Det bør vurderes å etablere «knekkpunkt» for basistilskuddets størrelse relatert til listelengde, og videre foreslås særlige takster eller tilskudd som kan gjøre det enklere for unge fastleger å etablere praksis etter næringsdriftmodellen.

Tiltak som kan avlaste fastlegene

Det anbefales å vurdere kritisk oppgaveoverføringene fra sykehus til kommuner; å styrke felles oppgaveløsning og samarbeid; og å sørge for at fastlegene ikke belastes unødig med administrative oppgaver. Videre foreslås det å legge til rette for at arbeidsoppgaver utført av annet helsepersonell ved fastlegekontorene finansieres gjennom takster, og at tilsvarende løsninger vurderes for tverrfaglige team. Fastlegene bør få bedre og mer tilgjengelige digitale løsninger som kan forenkle, forbedre og effektivisere arbeidet.

Organisering og ledelse av legetjenesten i kommunene

Kommuner bes vurdere felles organisering av legetjenester i samarbeid med andre kommuner, der geografiske forhold ligger

til rette for det. Like viktig er det at kommunene – i egen regi eller i samarbeid med andre kommuner – styrker ledelsen av legetjenestene samt utrednings- og planleggingskompetansen. Det anbefales at kommunene tar i bruk rammeverket «Recruit & Retain – Making it work» som kunnskapsgrunnlag for rekruttering til og stabilisering av legetjenesten.

Bedre samarbeid mellom fastleger og helseforetak

Det anbefales å bredde samarbeidsflaten mellom kommuner og helseforetak til å innbefatte rekruttering, fagutvikling, planlegging og e-helse. Arbeidsgruppen foreslår lokalt tilpassede retningslinjer for samarbeid og oppgavedeling mellom fastleger og sykehus, at praksiskonsulentordningen styrkes og at fastlegerådene og andre kliniske samarbeidsutvalg brukes aktivt.

Fastlegetjenesten og samiske pasienter

Det tas til orde for kartlegging av status for fastlegenes ivaretagelse av hensynet til samisk språk og kultur – ikke bare i samiske kjerneområder, men også i andre kommuner, inkludert bykommuner. Dersom kartleggingen avdekker at kommuner ikke i nødvendig grad ivaretar disse hensyn, skal avbøtende tiltak iverksettes.

Utdanningskapasitet og desentraliserte utdanningsmodeller

Det skal legges til rette for økt utdanningskapasitet av leger ved UiT, Norges arktiske universitet, herunder inkludere Helgeland i den desentraliserte utdanningsmodellen. Det foreslås også å styrke desentraliserte utdanningsmodeller for helsepersonell generelt, og i større grad eksponere studentene for arbeid i kommunehelsetjenesten.

Oppsummerende vurderinger

Formålet med rapporten er primært å supplere de nasjonale utredninger som er levert høsten 2019 (3). Rapporten inneholder oppdatert og ny informasjon om status og utfordringer for fastlegetjenesten i nord, som antas å ha gyldighet også for utkant-

kommuner i andre landsdeler. Forbedringstiltak må derfor tilpasses den betydelige variasjon i forhold og forutsetninger som foreligger mellom ulike kommuner.

Arbeidsgruppen som står bak rapporten erkjenner at problemene i fastlegetjenesten er nasjonale og gjelder alle deler av landet. Situasjonen tilsier behov for omfattende nasjonale tiltak. En handlingsplan for fastlegetjenesten bør derfor utformes som en flerårig opptrappingsplan (2020–23), og understøttes av et oppfølgingsregime i regi av trepartssamarbeidet. Fastlegenes utålmodighet er forståelig, men heller ikke på dette området finnes det noen «kvikk fikse». Det er bare gjennom systematiske, målrettede og flersidige tiltak over flere år, at det er mulig å skape en fastlegeordning som sikrer rekruttering av nye fastleger og får dem til stå lenger i jobben.

Rapporten fra nord har både et nasjonalt og et regionalt perspektiv, der utfordringene i byene så vel som i Utkant-Norge erkjennes. Å legge til rette for at næringsmodellen fortsatt skal være foretrukket modell i byene, ivaretar produktiviteten på måter som også kommer utkanten til gode. Kostnadseffektive løsninger for byene reduserer det nasjonale behovet for nye hjemler/stillinger. Det reduserer samtidig mobiliteten av leger fra periferi til sentrum. I utkantkommunene vil det være behov for andre modeller. Det er blant annet gode erfaringer med at fastlønnsavtaler kan kombineres med incentiver som fremmer produktivitet.

Tiltak som sikrer spesialistutdanningsløpet for fastleger bør prioriteres høyt i en opptrappingsplan. Slike tiltak må ivareta både faglige, arbeidstidsmessige og økonomiske hensyn. I tillegg til kvalifisert veiledning og oppfølging, er det viktig med tiltak som kan redusere den økonomiske belastningen og risikoen for fastleger under utdanning.

REFERANSER

1. <https://helse-nord.no/nyheter/nord-norge-sliter-med-a-holde-pa-fastlegene>
2. www.nsd.no/fastlegeordningen-i-nord-norge/
3. www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-er-evaluert/id2667485/

■ FINN.HENRY.HANSEN@HELSE-NORD.NO

Medikalisering av lav ervedsevne – et samfunns

■ AKSEL TVERÅMO • Fastlege i Bergen kommune

■ INE MARLEN BAUG JOHNSEN • Psykolog ved Nevropsykologisk Tverrfaglig Helsetjeneste Vest

■ EIVIND MELAND • Fastlegevikar og professor emeritus Universitetet i Bergen

Artikkelen presenterer en samtdiagnose med utgangspunkt i en kasuistikk. Analysen skal vise hvordan strukturelle forhold i samfunnet kan føre til at et individ med gjennomsnittlige ressurser får tilpasningsproblemer i kunnskapssamfunnet, og ender på diagnosebasert offentlig forsørging.

Vi innfører begrepet *medikalisering av lav ervedsevne*, og forstår dette som den sosiale prosessen der samfunnet setter diagnoser på individene som ikke mestrer kravet til å være et selvforsørget individ ved arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet.

KASUISTIKK: 'ARILD' 30 ÅR

Kasuistikken er fiktiv, men sammensatt fra erfaringer i allmennpraksis og psykologpraksis.

Arild vokste opp med mor, far og en to år eldre søster. Han begynte i barnehagen ved ett års alder, trivdes godt. Førskolelærer testet ham med skjemaet Tidlig registrering av språkutvikling (TRAS) ved tre og fem års alder. Resultatet var innenfor normalområdet, men like under normert gjennomsnitt for alder. Han begynte på skolen seks år gammel, var lite interessert. Søstren trivdes derimot godt på skolen. Foreldrene ble skilt ved ti års alder, far flyttet til en annen landsdel, og de mistet kontakten.

Arild hadde ved elleve års alder konsentrasjonsproblemer, slet med lesingen og lekser var et ork. Klasselæreren tok kontakt med pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), og skolen sendte sammen med mor en henvisning til PPT med spørsmål om lese- og skrivevansker og problemer med oppmerksomhet og konsentrasjon.

Ved tolv års alder ble Arild utredet av en psykolog på PPT. Sakkyndig vurdering fra PPT konkluderte med at han ikke oppfylte kravene for spesialundervisning. Fastlegen ble bedt om å henvise til barne- og ung-

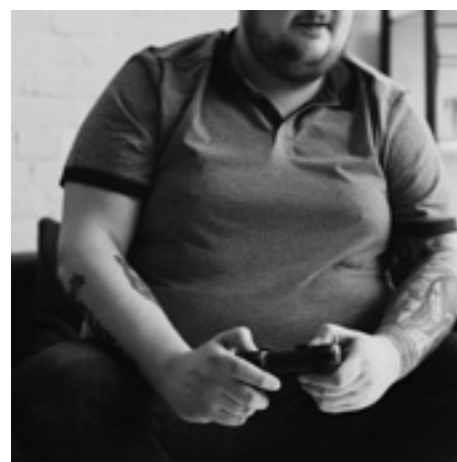
domspsykiatrisk poliklinikk (BUP), for ytterligere å utrede Arilds vansker med oppmerksomhet og konsentrasjon.

BUP gjorde kartlegging i forhold til diagnosene Attention-Deficit Disorder (ADD) og Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Han fylte ikke de diagnostiske kriteriene. Videre undersøkelser indikerte nedstemthet, noe tilbaketrekning, engstelse i forhold til å prestere, samt en noe lav sosial kompetanse i samspill med jevnaldrende.

Da Arild kom i puberteten, viste han vansker med psykososial fungering i hjemmet og på skolen. Fjorten år gammel ble han beskrevet som *sensation seeking* og var flink i risikopreget idrett. Han gjorde sjelden lekser på ungdomsskolen, fikk lite hjelp til skolearbeidet hjemme og fikk dårlige karakterer.

Seksten år gammel begynte han på videregående skole (yrkesfag), men var mer interessert i dataspilling på kveld og natt enn i skolen, og brukte noe alkohol på fester i helgene. Han hadde mye fravær, slik at han nitten år gammel ikke fikk godkjente eksamenspapirer. Han søkte på lærlingstilling i en bedrift, men fikk ikke jobb.

Han bodde fortsatt hjemme hos moren, og ble forsørgt av henne. Det ble en del PC-spilling om kvelden og lite sosial omgang med jevnaldrende. Med sin interesse for idrett hadde han håpet å kunne begynne i det militære eller i politiet, men dette var umulig, fordi han ikke hadde bestått videregående skole. Han hadde på dette tidspunktet ingen faste gjøremål.



I denne kasuistikken presenteres en fiktiv kasuistikk sammensatt av erfaringer i allmennpraksis og psykologpraksis. Personen på bildet har ingen tilknytning til artikkelen.

Livssituasjonen førte til grubling om egen framtid, og han framstod ifølge mor som engstelig og nedstemt. Etter et års tid tok moren kontakt med fastlegen, og sa at sønnen trengte hjelp pga. vedvarende nedstemthet. Fastlegen brukte screeningskjemaene Hospital Anxiety Depression Scale (HADS), og Montgomery and Åsberg Depression Rating Scale (MADRS), som viser symptomscore for angst og depressive symptomer.

Resultatene indikerte at Arild var behandlingstrengende i forhold til angst og depresjon. Fastlegen skrev ut antidepressiv medisin, men Arild var fortsatt nedstemt etter seks måneder. Mor henvendte seg igjen til fastlegen for en vurdering av om Arild hadde rettigheter i forhold til økonomisk hjelp fra velferdssystemet. Fastlegen skrev en legeerklæring som beskrev at Arild av helsemessige grunner ikke var i stand til å arbeide i det ordinære arbeidsmarkedet.

NAV Stat innvilget offentlig forsørging



perspektiv

med arbeidsavklaringspenger (AAP) fra 21-25 års alder med diagnosen P73 Blandet angst/depresjon fra diagnoseklassifikasjonssystemet International Classification of Primary Care (ICPC). NAV Stat krevde at han måtte gå i offentlig godkjent behandling. Fastlegen henviste til det lokale distriktpsikiatriske senteret (DPS). Ved 22 års alder ble han utredet av psykolog på DPS. Det ble konkludert med at han hadde angst, var deprimert og sosialt tilbaketrukket. Han gikk etter dette i en periode til psykolog på DPS med fokus på sosial angst og lav selvfølelse. I tillegg ble fastlegen anbefalt av DPS å endre type og styrke på antidepressiva mot angst- og depresjonssymptomene.

NAV Stat organiserte arbeidstrening først i en matbutikk, og deretter i en ideell organisasjon. Han trivdes og tilpasset seg sosialt begge steder, men hadde for mye ureglementert fravær til å få fast jobb. Det viste seg at han hadde gode og dårlige dager, og slet med angst for ikke å mestre arbeidsoppgavene. Han ville ikke vise seg for andre når han følte seg dårlig.

AAP i fire år førte ikke fram til fast ansettelse i det ordinære arbeidslivet. Da Arild fylte 25 år, hadde ikke familien, NAV Stat eller helsevesenet flere tiltak å sette inn, og han gikk over på sosialstønad fra NAV Kommune. Han fikk bostøtte så han kunne flytte hjemmefra, men hadde ikke råd til sosiale aktiviteter. Fysisk passivitet hadde ført til 20 kg vektøkning, så han likte ikke lenger å drive med idrett. Etter fem års tid med sosialstønad, var han fylt med avmaktsfølelse, og hadde gitt opp tanken på å bli et selvforsørget individ med arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet.

Ved 30 års alder tok NAV Kommune kontakt med NAV Stat, med en forespørsel om Arild burde søke uføretrygd. NAV Stat kontaktet fastlegen med en forespørsel om vurdering av hans helsetilstand og arbeids-

evne. Fastlegen konkluderte i sin legeerklæring med at Arild ikke hadde restarbeidsevne av helsemessige årsaker. Han satt ICPC-diagnosen P73 Blandet angst/depresjon. NAV Stat innvilget uføretrygd.

Ved 36 års alder blir han igjen henvist av fastlegen til DPS som var bekymret for en økende sosial tilbaketrekning, og økt angst og depresjon målt ved HADS og MADRS. I psykologsamtaler ble det avdekket at han slet med lav selvfølelse.

Diskusjon

Kasuistikken illustrerer hvordan medikalisering av lav ertvervsevne virker som en buffermekanisme mellom arbeidsmarked og helsepolitikk. Individer som ikke oppfyller kravene i skolen og arbeidsmarkedet, får diagnoser som fokuserer på symptomer framfor kontekst, og sykdomsresultat framfor prosess. Diskusjonen vil drøfte prosesser og årsaksmekanismer ved å integrere ulike fagteorier.

Medisinsk sosiologi

Individualisering av samfunnsproblemer skjer når individer blir symptombærere for maktstrukturer og konflikter i samfunnet. Strukturelle maktforhold bidrar til hierarkisk organisering, slik at samfunnet deles inn i samfunnsklasser, der de maktesløse har lavest status. Tilstanden av maktesløshet har en symptomprofil, og lav sosioøkonomisk status er slik forbundet med dårlig helse (1).

Medikalisering handler om hvordan menneskelige variasjoner, plager og funksjonsvansker underlegges en medisinsk diskurs. Diagnostikk av psykisk uhelse representerer en sortering av mennesker. Diagnosene bidrar til å ordne samfunnet hierarkisk med et lavt nivå av sosial konflikt (2, 3).

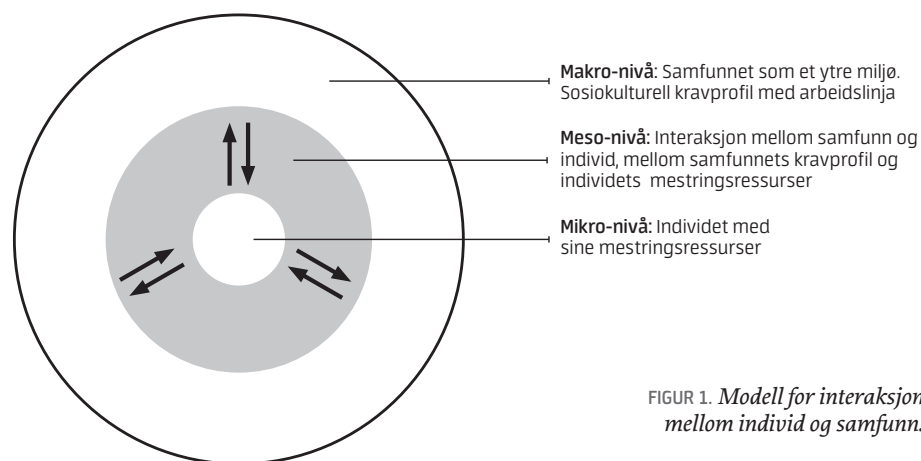
I dagens postindustrielle norske samfunn har legestanden fått et ansvar for å ta

seg av dem som ikke kan forsørge seg selv, de som ikke mestrer «arbeidslinja». Tidligere i jordbruksamfunnet, der religiøst formidlede normer sto sterkt, kunne normbrudd tolkes som moralbrudd. I den sekulære tankegangen i kunnskapssamfunnet tolkes normbrudd som et helseavvik som skal diagnostiseres. Diagnosen blir gjort til en forutsetning for at velferdsstatens hjelpesystem skal kunne rette eller kompensere avviket. Arbeidsideologien og likhetsideologien er to viktige normdannende systemer som produserer avvik som et helseproblem. Skal normbryterne utenfor det ordinære arbeidsmarkedet forstås som umoralske eller syke (4, 5)?

Psykologi

Stressrelaterte tilstander kan forstås som mestringssvikt som oppstår ved ubalanse mellom individets mestringsressurser og sosiokulturelle krav. Ved stor ubalanse oppstår symptomtilstander uten objektive funn som kan kalles subjektive lidelser (6). Der sosiologien har fokus på individualisering av samfunnsproblemer, har psykologifaget en tilsvarende analyse på familienivå. Individet kan bli symptombærer for maktstrukturer og konflikter i familien, ved å utvikle subjektive lidelser. Atferdsproblemer hos barn og unge, diagnostisert som for eksempel spiseforstyrrelser hos jenter, eller ADHD hos gutter kan slik leses som kulturelle symptomer (7, 8).

På gruppenivå ser vi at de som ikke mestrer arbeidslinjekravet, oppsøker helsevesenet for hjelp, og blir diagnostisert og eventuelt behandlet i en sosial prosess der lav ertvervsevne ytrer seg som subjektive lidelser (5). Samspillet mellom arbeidsmarkedet og velferdssystemet kan betraktes som et buffer- og økosystem. Utstøtningsfaktorer i skolen og arbeidsmarkedet, og medikaliseringsfaktorer i helsevesenet og velferdsstaten, resulterer i utenforskap.



FIGUR 1. Modell for interaksjon mellom individ og samfunn.

En sosialpsykologisk modell beskriver individets psykologiske utvikling som del av et økosystem (9). En forenkling av denne modellen kan brukes til å betrakte individnivået (mikro), samfunnsnivået (makro), og interaksjonen mellom individ og samfunn (meso), som vist i figur 1.

Økonomi

Økonomiske insentiver i velferdssystemet kan virke som attraksjonsfaktorer ved at offentlig omsorg med diagnose er mer fordelaktig enn offentlig omsorg uten diagnose, slik Tabell 1 viser. Dette gjelder ikke bare for det diagnostiserte individet, men også for legene som skriver legeerklæringer til NAV, og for kommunene som kan få overført utgifter på helse- og sosialbudsjettet til staten via arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Individet kan i enkelte tilfeller tjene mer på trygd enn ved ordinært arbeid. Slik blir velferdsøkonomien en sterk driver for medikalisering av lav ervervsevne.

Jus

Velferdsrettigheter knyttes til diagnose i NAV-skjemaene, og er den byråkratiske forbindelsen mellom mestringssvikt og helseproblem. I sykmeldingsskjemaet, som offisielt heter *Vurdering av arbeidsmulighet/sykmelding*, bestiller NAV fra legen som sykmelder diagnosekode i ICPC (punkt 3.1), og legen må bekrefte at «...det er syk-

dom som er årsaken til nedsatt arbeidsevne» (punkt 12.1).

I *Legeerklæring for arbeidsuførhet* skal NAV vurdere om klienten oppfyller kriteriene for å få utløst helserelaterte velferdstjenester. Legen må fylle ut ICPC-diagnose i punkt 2, og begrunne hvordan funksjons- og arbeidsevne er nedsatt på grunn av sykdom i punkt 5. En studie fra Sverige avslører at legene forholder seg taktisk for å «hjelp» pasienter til ytelser (10).

Diagnosesystemet

En forutsetning for medikalisering av lav ervervsevne, er et system for kategorier og klassifikasjoner. Den amerikanske psykiaterforeningens symptombaserte diagnosesystem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) har i dag stor betydning som forklaringsmodell for psykiske lidelser. DSM ble i 1994 integrert i WHO's ICD-system, og DSMs modelltenkning for psykisk lidelse ble allmenngyldig (11). I 1997 tilpasset verdens allmennlegeorganisasjon sitt ICPC-system til ICD (12). DSMs sykdomsforståelse fokuserer primært på symptomer, mens funksjons- og kontekstforhold har sekundær betydning. Markedsmekanismer med etterspørsel etter sykdomsidentiteter har bidratt til diagnoseinflasjon og endret selvforståelse (13).

Statsvitenskap

New Public Management er en styringsmodell i offentlig forvaltning som krever

kvantifiserbare mål. Leger leverer diagnoser i NAV-skjemaer som fungerer som bokstav- og tallkoder som utløser velferdsrettigheter. Medikalisering av lav ervervsevne får slik en funksjon som et politisk styringsinstrument. Diagnosene fungerer mer som økonomiske- og juridiske styringsverktøy enn medisinske behandlingsverktøy, fordi diagnosene ikke peker mot funksjon og kontekst.

Tiltakene som iverksettes er prosedyrestyrte og automatiske. En åpen og ansvarliggjørende dialog er ofte fraværende, og utløser sjelden relevant medisinsk og psykologisk behandling. Velferdsstaten har tatt i bruk produksjons- og effektivitetstenkning fra det private næringslivet, og innført markeds- og konkurransemodellen. Velferdsstaten har tilpasset seg den globale nyliberalismen, og blitt en konkurransestat (14).

Akselererende samfunnsendringer

Automatisering, robotisering og digitalisering av samfunnet, fjerner repetitive arbeidsoppgaver som før kunne utføres av lavkvalifisert arbeidskraft (15). Dette bidrar til arbeidsledighet i den lavt utdannede befolkningsandelen som kamufleres gjennom medikalisering (16, 17). Utviklingen forsterkes av redusert tilgang på manuelt arbeid på grunn av arbeidsinnvandring. Unge menn fra familier med lav utdanning kommer spesielt dårlig ut, og sosiale forskjeller forsterkes (18).

Seleksjon og klassesdannelse

Kunnskapssamfunnets arbeidsgivere ønsker arbeidskraft som passer i service- og kunnskapsindustrien, og selekterer på personbaserte sosiale- og kognitive ferdigheter. Individualisering og identitetsbehov har stor betydning i kunnskapssamfunnet. Individene må kunne «selge seg selv». De som ikke har ferdighetene som arbeidsgiverne ønsker, påføres personlige nederlag, ikke bare ved avslaget på jobbsøknader, men ved å få sin identitet underkjent. Dette skaper en følelse av avvising.

Når helsevesenet legitimerer arbeids-

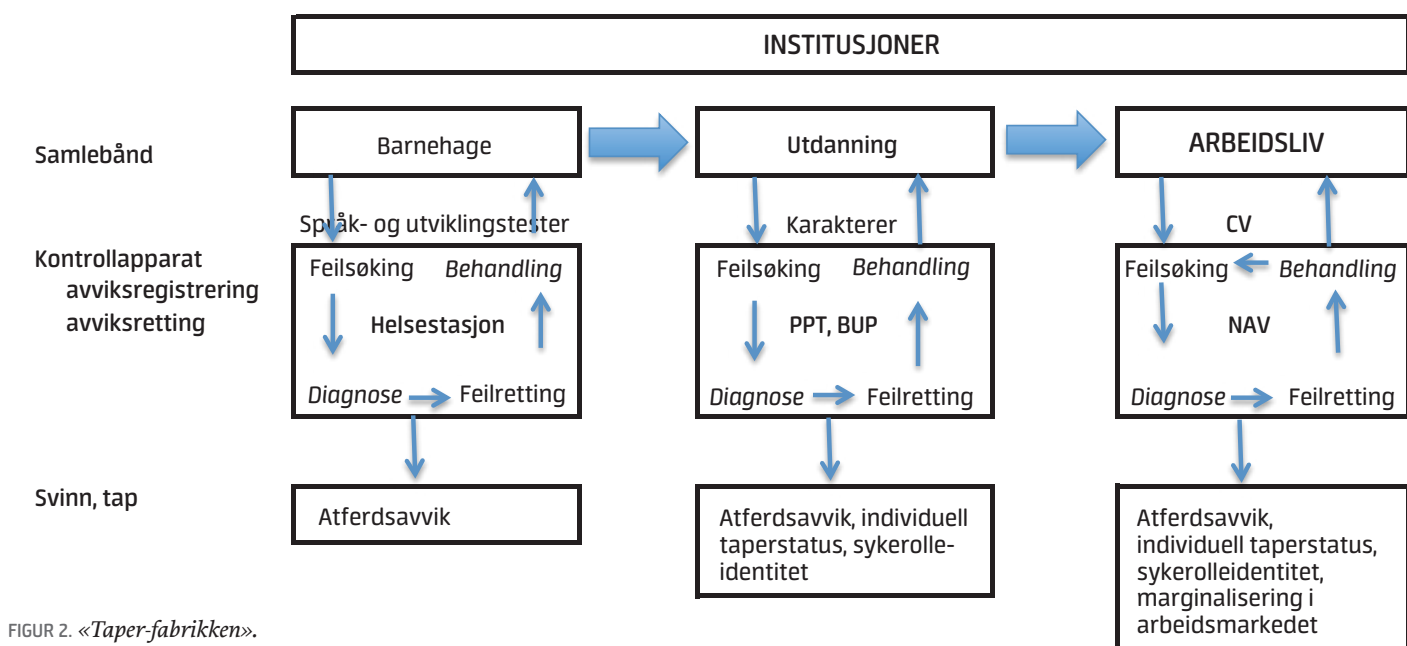
TABELL 1. Økonomisk insentivsystem i velferdssystemet. Offentlig forsørging med- og uten diagnose. Gjennomsnittlig utbetalt beløp pr. mottaker pr. mnd i aldersgruppene 20–39 år i 2016. Ytelsene er gruppert etter om NAV krever diagnose før tildeling. Ved søknad om sykmelding > 8 uker, AAP eller uføretrygd, krever NAV at lege skal oppgi en diagnosekode fra ICPC i NAV-skjemaet *Legeerklæring for arbeidsuførhet*.

Hvem betaler?	Diagnose	Ytelse ved offentlig forsørging	Ytelsestid	20–24 år	25–29 år	30–34 år	35–39 år	Gradient
Staten	med-	Uføretrygd	livslang	22 222	21 650	20 856	20 279	↑
		Arbeidsavklaringspenger (AAP)	max 4 år*	14 970	15 777	17 424	18 455	
	uten-	Dagpenger	max 2 år	11 367	14 244	15 876	16 831	
Kommunen		Sosialhjelp	livslang	6 927	8 356	9 522	10 352	

KILDE: TALL PÅ GRÅ BAKGRUNN ER FRA KUNNSKAPSAVDELINGEN, ARBEIDS- OG VELFERDS DIREKTET

*Fra 2018 får individet max 3 år AAP.

ARBEIDSKRAFTPRODUKSJON



FIGUR 2. «Taper-fabrikken».

markedets seleksjon, vil det framstå som om de som mislykkes i arbeidsmarkedet er syke. Men medikalisering av lav ervervssevne er ikke primært et uttrykk for endret sykkelighet i befolkningen. Medikaliseringen fungerer snarere som en innsnevring av hva arbeidsgiverne og dermed samfunnet oppfatter som normalt, uten at man tar hensyn til biologisk heterogenitet (19).

Deler av arbeiderklassen omdannes til den nye samfunnsklassen «trygdeproletariatet». I samme klasse, men med et usikkert interessefellesskap, finner vi den lavkvalifiserte andelen av ikke-vestlige innvandrere. Oppdragsbasert vikararbeid blir en ny norm i stedet for fast arbeid, og den nye samfunnsklassen «prekariatet» dukker opp (20).

Helsevesenet som sorteringsinstrument

Helsevesenet har fått en integrert rolle med avvikshåndtering i samfunnets styringssystem. Feilsøking og feilretting utføres av leger og psykologer ved diagnostisering og behandling. Denne sorteringsmekanismen har definisjonsmakt til å avgjøre hvilke individer som har akseptabel atferd og ervervsevne. De uakseptable er tapere i systemet.

Avslutning

Medikalisering av lav ervervsevne er foreløpig en relativt konfliktfri måte å etablere samfunnshierarkier på. Diagnosen fungerer som «plaster på såret» for de ekskluderte i form av verdighet og økonomisk hjelp. Diagnosen legitimerer overfor skattebetalere at de ikke-arbeidende har gyldig fravær

fra det ordinære arbeidsmarkedet. Samfunnsmaskineriet unngår kritikk, og den nyliberalistiske samfunnsordenen opprettholdes som en legitim styringsmodell.

Hvis skattebetalerne derimot opplever de ikke-arbeidende som umoralske i stedet for syke, kan sosial konflikt øke. Hvis mange ikke-arbeidende opplever seg undertrykket av samfunnsaktører og sin egen selvnedvurdering, kan også dette utløse sosial uro. Samfunnskontrakten som begrunner velferdsstaten kan komme i fare. Medikalisering av lav ervervsevne vil da ikke kunne fungere som et bærekraftig politisk styringsinstrument for stabilisering i samfunnet.

REFERANSER

- Kolstad A. Psykologisering / individualisering av sosiale og strukturelle problemer. Kolstad A, Kogstad, R, editor. Haugesund: Alpha Forlag 2010.
- Ekeland T. Medikalisering - epistemologiske forutsetninger. Kolstad A, Kogstad, R, editor. Haugesund: Alpha Forlag; 2010.
- Price J, Sloman L, Gardner R, Jr, Gilbert P, Rohde P. The social competition hypothesis of depression. Br J Psychiatry. 1994; 164(3): 309–15.
- Grene GT, Lie AK. Å synge salmer til visetakt. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018; 138(20).
- Hatland A, Bruusgaard D, Syse A. Et Nødvendig gode: folketrygdens plass i velferds-Norge. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1994.
- Tveråmo A, Johnsen IB, Meland E. En integrert forståelse av subjektive lidelser i klinisk praksis. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2014; 134(22): 2174–6.
- Løkke P. Jenters stumme raseri - i diagnosens tidsalder. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2014; 51(9): 767–72.
- Vogt H, Lunde C. AD/HD-medisinerer - svakt vitenskapelig grunnlag. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018; 138(2).
- Bronfenbrenner U. Ecological Systems Theory (1992). Making human beings human: Bioecological perspectives on human development.

Thousand Oaks, CA: Sage Publications Ltd; 2005. p. 106–73.

- Shutzberg M. Unsolicited techniques for having sickness certificates accepted: a qualitative exploration and description of the strategies used by Swedish general practitioners. Scand J Prim Health Care. 2019; 37(1): 10–7.
- Pommier G. Patologisering av livet. Norske Le Monde diplomatique 2018. <https://www.lmd.no/2018/03/patologisering-av-livet/> (11.4.2018)
- WONCA. ICPC-2. Den internasjonale klassifikasjonen for primærhelsetjenesten. Oversatt og tilpasset til norske forhold av KITH i samarbeid med Norsk selskap for allmennmedisin med tillatelse fra Wonca. Sosial- og helsedirektoratet, 2004.
- Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. BMJ. 2013; 347:f7140.
- Pedersen OK. Konkurrencestaten. København: Hans Reitzel; 2011. 334 s.
- Brynolfsson E, McAfee A. The second machine age: work, progress, and prosperity in a time of brilliant technologies. New York: Norton; 2014.
- Kristiansen G. Til ungdommen. Vi må spørre om ungdommer får en medisinsk diagnose når de egentlig har problemer med arbeid, utdanning, økonomi og sosial tilpasning. Tidsskrift for Norsk psykologforening. 2016; 53(6): 476–7.
- NHO. Unge trenger jobb, ikke diagnoser. Vi trenger en ungdomsreform for å sikre den viktige førstejobben til dem under 30 år. NHOs årskonferanse: Remix Det nye arbeidslivet. 2016.
- Markussen S, Røed, K. Egalitarianism Under Pressure: Toward Lower Economic Mobility in the Knowledge Economy? IZA Discussion Paper 2017; 10664: 56.
- Ørstavik R. Født sånn og blitt sånn. Selv sosiale konstruksjoner som utdanningslengde påvirkes av et urettferdig, genetisk lotteri. Tidsskr Nor Laegeforen. 2018; 14.
- Standing G. The precariat: the new dangerous class. London: Bloomsbury Academic; 2011. IX, 198 s.

AKSEL.TVERAMO@UIB.NO
NEVROPSYK@GMAIL.COM
EIVIND.MELAND@UIB.NO

Kommunelegene

– fra dobbeltstemme til hviske

■ **DAG-HELGE RØNNEVIK** • Spesialist i samfunnsmedisin, stipendiat ISM, NTNU

■ **GEIR SVERRE BRAUT** • Seniorrådgiver SUS, professor II UiS og HVL

■ **BETTY PETTERSEN** • Spesialist i samfunnsmedisin, 1. aman. II ISM, NTNU

Det er ingen særskilte mekanismer lengre som eksplisitt sikrer kommunelegens uttalelse og tilrådinger i kommunal saksbehandling. Gradvis har legens formelle makt og myndighet blitt redusert. Er det som det bør være, eller har kommunelegen havnet for mye på sidelinjen?

Alle kommuner skal i henhold til § 5-5 i helse- og omsorgstjenesteloven ha en eller flere kommuneleger. Kommunelegen skal fungere som kommunens medisinskfaglige rådgiver. Dette er nærmere utdypet i § 27 i folkehelseloven. Folkehelseloven stiller krav om at kommunen skal ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse. Nedenfor ser vi litt nærmere på hvordan kommunelegens rolle har endret seg de siste 40 årene.

1984

Fra distriktslege til kommunelege

Distriktslegene var fram til 1984 statsansatte leger med sitt virke ute i kommunene. Lovgrunnlaget for distriktslegeordningen var *Lov om utførelsen av de offentlige lægeforretninger* fra 1912. Distriktslegene var ledere av de kommunale helserådene der de hadde dobbeltstemme. I den sammenheng hadde de tittelen *helserådsordfører* og hadde mye politisk og administrativ makt og myndighet. Helsesrådenes virksomhet var hjemlet i sunnhetsloven av 1860. Sentralt sto oppgaven med å overvåke befolkningens helsetilstand og sette i verk nødvendige tiltak for å forebygge sykdom og bedre helseforholdene.

Etter omfattende utredninger og debatter med ganske steile meningsmotsetninger ble kommunehelsetjenesteloven av 1982 satt i verk i 1984 (1). Distriktslegene ble gjort om til kommunalt ansatte kommuneleger. Helsesrådene ble lagt ned i 1988, da et nytt kapittel om miljørettet helsevern kom inn i kommunehelsetjenesteloven

og dermed erstattet store deler av den tidligere sunnhetsloven. I en kort periode, fra 1988 til 1994, ble det tidligere helserådets oppgaver utført av et helse- og sosialstyre som politisk særlovsorgan.

1994

Fra medisinskfaglig ansvarlig lege til rådgiver

De nye kommunelegene fungerte til å begynne med som medisinskfaglige ansvarlige: «En lege ansatt i kommunen skal ha det medisinsk-faglige ansvar for helsetjenesten», stod det i § 3-4 i den dagjeldende kommunehelsetjenesteloven. Dette ble endret i 1994, i forbindelse med at det ble gjort endringer i kommunehelsetjenesteloven for å tilpasse den til den nye kommuneloven (2). Storkingskomiteen, med flertall fra Ap, Sp og KrF, gikk inn for en endring fra medisinsk-faglig ansvarlig lege til medisinsk-faglig rådgiver. De mente endringen ville klargjøre begrepet og stillingens innhold, og rydde opp i rotet som begrepet «medisinsk-faglig ansvarlig» hadde skapt ute i kommunene. Høyre, SV og FrP stemte mot endringen, og advarte mot at det ville være å svekke legens posisjon.

1994

Fra møte- og talerett til uttalelser

En annen endring som ble gjort samtidig med tilpasning til ny kommunelov i 1994, var at bestemmelsen om medisinsk-faglig leges deltakelse i helse- og sosialstyrets

møter ble opphevet. Helse- og sosialstyrene hadde erstattet helserådene, og kommunelegene hadde der hatt møte- og talerett. Departementet og Stortinget mente at kommunelegenes møte- og talerett brøt med prinsippene i den nye kommuneloven, og var derfor enige at det måtte oppheves. Møte- og taleretten ble erstattet med følgende:

«Men for å sikre at kommunelegens skriftlige utredning om saken som et minimum alltid foreligger ubeskåret i kommunestyret, foreslås det en ny lovbestemmelse om at kommunelegenes rådgiving og begrunnelse alltid skal følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern og smittsomme sykdommer».

Helsemessig beredskap kom også inn under denne bestemmelsen.

2011

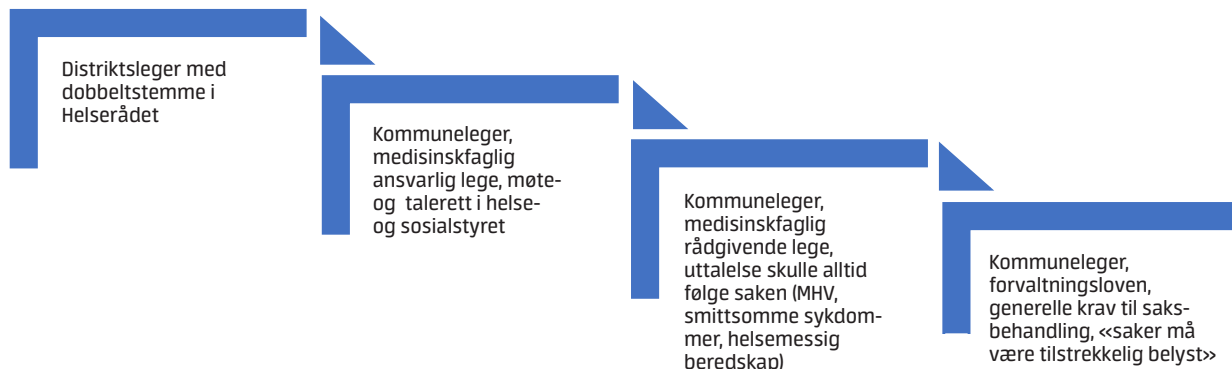
Fra lovpålagt uttalelse til vanlig forvaltningspraksis (2011)

Det var altså tidligere et lovkrav at kommunen ved behandling av saker vedrørende miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap, skulle innhente og vedlegge vurdering og tilråding fra medisinsk-faglig rådgiver. Dette skulle følge med til den instans som skulle fatte vedtak i saken. Dette ble endret i forbindelse med samhandlingsreformen, der kommunehelsetjenesteloven ble erstattet av lov om helse- og omsorgstjenester og folkehelseloven.

I Prop.91 L (2010–2011) (3) står det i kapittel 18:

«Departementet foreslår også to øvrige endringer i forhold til gjeldende rett. I dag skal kommunelegens tilråding og begrunnelse alltid følge saken når kommunen behandler saker om miljørettet helsevern, smittsomme sykdommer og helsemessig beredskap, jf. kommunehelsetjenesteloven § 3-5 tredje

lek?



FIGUR 1. Fire trinn fra distriktslege til kommunal saksbehandler.

ledd. Denne særlige saksbehandlingsregelen anser departementet at det ikke lenger er behov for, og den foreslås derfor ikke videreført i lovforslaget. Forvaltningsloven har regler om forsvarlig saksbehandling, og det vil kunne være å betrakte som en saksbehandlingsfeil om en innstilling innen nevnte fagområder ikke forelegges kommunelegen eller fremmes uten at dennes syn fremkommer».

Selv om det altså ikke er et krav lenger, vil det likevel ofte være nødvendig med en medisinskfaglig vurdering og tilråding dersom kommunen skal ivareta sin plikt etter forvaltningsloven om å opplyse saker så godt som mulige før vedtak fattes. Der kommunelegen tidligere fikk mange av disse sakene på sitt bord, må han nå selv holde seg orientert og bli involvert av dem som «eier» saken. Det er slett ikke selvsagt at interne saksbehandlingsprosedyrer fanger opp dette i alle relevante saker. Det er derfor grunn til å tro at mange saker behandles ferdig i norske kommuner uten at de er belyst fra medisinskfaglig hold.

Krav om konsekvensutredninger

Det er beskrevet tydelige og omfattende krav til kommuner og virksomheter om konsekvensutredninger i plan og bygningsloven (§§ 4-2 og 14-6), i forskrift om konsekvensutredninger § 21 og i folkehelse-loven § 11. De skal *vurdere* om det for en

politikk, et program, et prosjekt eller tiltak er nødvendig å gjøre konsekvensutredninger, inkludert konsekvenser på helse, og så eventuelt *gjennomføre* en slik utredning. Dette gjelder for eksempel ved arealplanlegging og store utbygginger. Ofte forutsetter dette omfattende prosesser med mange aktører, også noen med helsekompetanse. Folkehelse-lovens § 27 peker på kommunelegen når det gjelder tiltak og planer med betydning for helse (§§ 4-7). Dette er nok en underkommunisert inngang for kommunelegen, og også en kompetansekreverende prosess. Det er grunn til å tro at forvaltningen i for liten grad til nå har utløst krav om full konsekvensutredning med også helsekonsekvensutredning.

Metodikken er i begrenset omfang formidlet av nasjonale myndigheter inntil for kort tid siden. Men kommunen skal fremme folkehelse «innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting» (§ 4). Noen kommuner har i sin mal for saker til kommune/bystyre satt inn et krav om at hensyn til folkehelse skal være vurdert på lik linje med miljø- og likestilling/diskriminering, uten at dette nødvendigvis sikrer at kommuneoverlegen blir tatt med i utredning og vurdering.

Oppsummering

Vi har altså hatt en utvikling der legene har gått fra å være statsansatte distriktsleger og ledere av det kommunale helserådet, til å være rådgivere som skal gi innspill til aktuelle saker i henhold til forvaltningslovens generelle krav til forsvarlig saksbehandling. Krav om helsekonsekvensutredninger i annet lovverk synes å være underkommunisert og lite brukt.

Vi har identifisert fire trinn i denne utviklingen som vi kan oppsummere i figur 1. I hvor stor grad er kommuneleger i norske kommuner i posisjon til å fylle sin rolle som medisinskfaglig rådgiver? Hvor mange saker gir kommunelegen innspill til? Dette er spørsmål vi ikke vet svaret på, men som vi tror er viktig å diskutere. Der som det kommer få innspill, kan neste trinn på stigen være at det ikke lenger anses som nødvendig med et eget lovkrav om å ha kommuneleger.

MERKNAD: Vi gjør oppmerksom på at titlene kommunelege og kommuneoverlege brukes om hverandre, og at de som regel har samme innhold.

REFERANSER

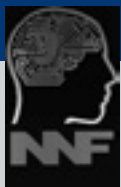
1. Innføringen av kommunehelsetjenesteloven (1984): <http://www.michaeljournal.no/i/2007/10/Kommunehelsetjenestereformen-i-Norge-pa-1980-tallet-personlige-betraktninger>
2. Endringer i kommuneloven (1994): <https://stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Odelstinget/1993-1994/inno-199394-065/6/>
3. Prop. 91 L (2010–2011) kap. 18: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-91-l-20102011/id638731/sec3#kap18-6>

§ 5-5. Kommunelege – medisinskfaglig rådgivning (helse- og sorgstjenesteloven)

Kommunen skal ha en eller flere kommuneleger som skal utføre de oppgaver kommunelegen er tillagt i lov eller instruks. Kommunen kan samarbeide med andre kommuner om ansettelse av kommunelege. Kommunelegen plikter på anmodning fra departementet å delta i lokal redningssentral.

Kommunelegen skal være medisinskfaglig rådgiver for kommunen.

■ DAG.H.RONNEVIK@NTNU.NO
■ GEIR.SVERRE.BRAUT@SUS.NO
■ BETTY.PETTERSEN@NTNU.NO



Til denne spalten inviteres representanter for de ulike legespesialitetene i Norge. Hva er de opptatt av og hva tenker de om samarbeid og overdiagnostikk?

Nevrologisk forening

Anne Hege Aamodt

- Dr.med. og spesialist i nevrologi
- Overlege ved nevrologisk avdeling ved Oslo universitetssykehus

Velkommen til kollegahjørnet, Anne Hege Aamodt, avtroppende leder i Norsk nevrologisk forening

Hvor mange barneleger har vi i Norge?

Norsk barnelegeforening har omkring 1050 medlemmer. Vi har 650 som er spesialister i pediatri, de øvrige medlemmene er i hovedsak leger i spesialisering.

Hvor mange nevrologer har vi i Norge?

Vi har 800 medlemmer i norsk nevrologisk forening, inkl. omlag 500 spesialister.

Hva er de viktigste faglige nyhetene innenfor deres felt de siste årene, og hvilke konsekvenser kan dette få for allmennpraksis?

Det har vært store behandlingsgjennombrudd både innen hjerneslag, hodepine og MS. Dette vil kunne bidra til at mange av pasientene med disse tilstandene som følges i allmennpraksis har høyere funksjonsnivå, men i mange tilfeller også mer avansert behandling som krever tettere oppfølging av spesialist enn før. Pasienter med spesielle hodepiner som ikke har vært hos nevrolog på en stund, kan gjerne få en ny vurdering med tanke på nye behandlingstilbud.

Har deres forening diskutert oppgavefordeling mellom nevrologer og fastleger?

Ja, vi har samarbeid om blant annet hodepine. I oppfølgingen av nasjonal hjernehelsestrategi samarbeider vi om en rekke forhold innen hjernehelsefeltet. Det er veldig nyttig at vi har fått med lederen i norsk forening for allmennmedisin (NFA), Marte Kvittum Tangen, i partnerskap for oppfølgingen av nasjonal hjernehelsestrategi i Helsedirektoratet.

Nevrologene har bidratt til kampanjen «Gjør kloke valg» mot overdiagnostikk. Hva er deres beste råd til allmennlegene?

Våre viktigste råd gjelder hodepine og effektiv behandling for å hindre kronifisering og utvikling av medikamentoverforbrukshodepine. Her har allmennlegene en kjempe-



viktig rolle! 90 prosent av de over 600 000 nordmennene som ifølge europeiske tilrådninger trenger helsetjeneste for hodepine følges i allmennpraksis. Allmennlegene har en nøkkelrolle i å forebygge kronifisering av hodepine. Rådene i Kloke valg-kampanjen penses seg direkte inn mot dette:

Unngå å skrive ut opioid/kodein-preparater eller benzodiazepiner mot hodepine. Opioider og benzodiazepiner gir avhengighet og toleranseutvikling. Opioider kan også øke smertesensitiviteten og utløse medikamentoverforbrukshodepine. Deres førstelinjebehandling med paracetamol eller ibuprofen ikke virker mot migreanfall, er neste trinn ikke-steroid anti-inflammatoriske midler (NSAIDs) som diklofenak eller tolfeamsyre. Ved manglende effekt av NSAIDs, bør pasienten tilbys triptanbehandling (sumatriptan, eletriptan, frovatriptan etc.).

Unngå å tilråde anfallsmedisiner mot hodepine uten å informere pasienten om medikamentoverforbrukshodepine. Ved hyppig hodepine bør medikamentinntaket overvåkes med hodepinedagbok.

Alle mennesker med hodepine kan utvikle medikamentoverforbrukshodepine dersom de bruker akutt medikasjon mot smerte for ofte. Bruk av opioider, triptaner, ergotaminer eller alle typer kombinasjonsmedikamenter mer enn ni dager i måneden, eller bruk av NSAIDs eller paracetamol mer enn 15 dager i måneden, vil øke risikoen for utvikling av kronisk daglig hodepine. Informer pasienten om dette når dere diskuterer bruk av smertestillende, og før du skriver ut resepter. Den enkleste måten å holde oversikt over medikamentbruk på, er å bruke hodepinedagbok på mobilen eller på papir.

Norske allmennlegers bidrag og deltagelse i akuttmedisin



■ **MAGNUS HJORTDAHL** • Allmennmedisinsk forskningsenhet, institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

■ **PEDER HALVORSEN** • Hovedveileder, professor, allmennmedisinsk forskningsenhet, institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

■ **ERIK ZAKARIASSEN** • Biveileder, førsteamanuensis, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKL), Norge

■ **METTE BECH RISØR** • Biveileder, professor, allmennmedisinsk forskningsenhet, institutt for samfunnsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

AVHANDLINGENS TITTEL: «Norwegian General Practitioners Contribution and Participation in Emergency Medicine»

BAKGRUNN

Allmennlege i vakt (legevaktlegen) utgjør sammen med lokalt ambulansepersonell de primære ressursene ved akutt skade og sykdom utenfor sykehus i Norge. Nasjonale rapporter og planer fremhever at legevaktlegen er en viktig akuttmedisinsk ressurs. Til tross for dette viser studier at akutt medisinsk kommunikasjonssentral (AMK) varsler legevaktlegen i mindre enn halvparten av de aktuelle tilfellene. Legevakt vurderes å være det svakeste leddet i den akuttmedisinske kjeden, og nytten av legens deltagelse i akuttmedisin diskuteres. Samtidig er kunnskapsgrunnlaget om allmennlegens deltagelse og bidrag i akuttmedisin begrenset.

METODE

Avhandlingen er basert på tre studier som resulterte i tre artikler publisert i 2014, 2016 og 2018.

Den første er en kvalitativ studie med ambulansearbeidere som jobber i distrikt. Hensikten med studien var å undersøke ambulansearbeideres erfaringer med allmennlege i prehospital akuttmedisin. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju av ambulansepersonell ved fire ambulansestasjoner, hvorav tre var lokalisert minst to timers kjøring fra nærmeste sykehus. Intervjuene ble analysert ved hjelp av systematisk tekstkondensering (ad modum Malterud).

Den andre studien er en kvalitativ studie med allmennleger som jobber i distrikt. Hensikten med studien var å undersøke allmennlegenes holdning til akuttmedisin og uttrykkninger. Vi gjennomførte fokusgruppeintervju av allmennleger på legevakt. Informantene rekrutterte vi fra en veiledningsgruppe og fra tre forskjellige legevakter, som alle er lokalisert et stykke fra nærmeste lokalsykehus. Intervjuene ble analysert ved hjelp av Braun og Clarkes tematisk analyse.

Den siste studien i mitt doktorgradsarbeid er en kvantitativ studie basert på spør-

reskjema til alle norske allmennleger (n = 4701). Hensikten med studien var å undersøke allmennlegers deltagelse i akuttmedisin, samt trekk hos legen og legevakt som kan være forbundet med deltagelse i akuttmedisin. Data ble analysert med hjelp av logistisk regresjonsanalyse.

RESULTAT

Ambulansepersonell i utkantstrøk ønsker legens tilstedeværelse i uklare situasjoner som ikke passer inn i deres retningslinjer. Legens tilstedeværelse kan føre til bedre pasientbehandling, ifølge ambulansearbeiderne. Ambulansepersonellet så et behov for kompetansekrav til leger i legevakt, samt en arena for samtrening.

Til tross for at legens rolle i akuttmedisin er endret, mener legene vi intervjuet, at allmennlegen fortsatt har en rolle i akuttmedisin. Allmennlegene fortalte at de deltar i akuttmedisin på forskjellige arenaer. Legene opplever at de vedlikeholder sine ferdigheter og bidrar til bedre pasientbehandling ved å delta på ambulansetrykninger.

Av 4701 inviterte leger deltok 1002 leger (21 prosent) på spørreundersøkelsen. 46 prosent av legene opplevde i stor grad at de som allmennlege har en rolle i akuttmedisin (5 eller 6 på en skala fra 1 = liten grad til 6 = stor grad). 63 prosent av legene rapporterte at de hadde regelmessig vakt (ukentlig eller månedlig). 28 prosent av legene rapporterte at de vanligvis (75 prosent til 100 prosent av tilfeller) deltar på trykninger (lege-ambulansealarm). Deltagelse i akuttmedisin (opplevd rolle, vakthypighet og utrykning) var sterkt assosiert med å jobbe ved en legevakt der det regelmessig trenes på akuttmedisin med andre aktører. Deltagelse i akuttmedisin var også assosiert med trekk vi vanligvis finner ved små legevakter (å jobbe alene, uten beredskapsvakt, uten støttepersonell og avstand til sykehus).

KONKLUSJON

Studiene indikerer at allmennlegen spiller en viktig rolle i akuttmedisin på forskjellige arenaer. Allmennlegens bidrag er, ifølge deltakerne i studiene, diagnostiske ferdigheter og klinisk beslutningstaking. Å jobbe ved legevakter som gjennomfører tverrfaglig teamtrening, var sterkt assosiert med selvrapportert deltagelse i akuttmedisin.

Avhandlingen har fått støtte fra følgende:

- Allmennmedisinsk forskningsutvalg (AFU)
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKL)
- Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF)
- Nasjonal forskerskole i allmennmedisin (NAFALM)
- Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

PUBLIKASJONER:

Artikkel I

Hjortdahl, Magnus; Zakariassen, Erik; Wisborg, Torben. «The role of general practitioners in the prehospital setting», as experienced by emergency medicine technicians: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 2014; Volume

Artikkel II

Hjortdahl, Magnus; Halvorsen, Peder Andreas; Risør, Mette Bech. «Rural GPs' attitudes toward participating in emergency medicine: a qualitative study». *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2016; Volume 34:4.

Artikkel III:

Magnus Hjortdahl, Erik Zakariassen; Peder A. Halvorsen. «Self reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway», *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2018; Volume 36:2.

■ MAGNUS.HJORTDAHL@GMAIL.COM

Ni allmennmedisinske kjørereregler – fra siste små

■ KARSTEN KEHLET • Spesialist i allmennmedisin, tidligere fastlege ved Senjalegen

MIN OLDEFAR VAR SMED. Det fortelles at han engang hadde en lærling som han hadde bedt om å gjøre en arbeidsoppgave. Etter en stund kommer denne lærlingen tilbake og sier: «Mester, dette klarer jeg ikke. Det går ikke an å få til.» Min oldefar ser ham i øynene og sier: «Slik må du aldri si! Intet er umulig for Vårherre og en smed!»

Dette er store forventninger å skulle leve opp til, selv i 3. generasjon etter oldefar. Etersom smeden tidligere hadde det tyngste yrket i bygda, og dermed var bygdas sterkeste mann, var det vel like greit for meg å finne et annet fagfelt for min yrkesutøvelse. Allikevel er det noen punkter hvor landsbysmeden (som han kalles i Danmark) og fastlegen har sine likhetstrekk – ikke minst at man er den folk kommer til med problemer som ikke kan løses andre plasser. I tillegg nyter vi stor respekt i befolkningen, og ikke helt sjeldent må vi løse problemer som oppstår til alle døgnetstider.

Så kanskje går det en linje fra smeden til fastlegen? Men fastlegen består, det gjør ikke den gamle omnipotente smeden. Det at befolkningen har en inngang til helse-tjenesten som fortsatt går via en høyt utdannet generalist, er en stor og i noen grad undervurdert fordel. For legene er det både vår velsignelse og forbannelse: Velsignelse, fordi det gir oss innsikt i en populasjon, i familier og grupper og i enkeltindividet som er vesentlig for at vi kan yte helsetjenester på høyt nivå – hvilket er en stor tilfredsstillelse, og for mange av oss en essensiell årsak til at vi elsker faget og jobben. Men også en forbannelse, fordi det kan være enkelt å overføre oppgaver til oss. Over tid har arbeidsoppgavene økt og i dag står vi overfor den største utfordring for fastlegjetjenesten siden dens etablering i 2001: overarbeidede leges.

FASTLEGENE MÅ VÆRE TRYGGE på at oppgavene ligger innenfor vårt kompetanseområde. Vi kan være villige til å påta oss nye oppgaver, men vi må kreve at vi har tid

og kapasitet til det – og vi må kompenseres for arbeidet.

Jeg skal komme med ni kjørereregler til bruk i allmennmedisin – det man på engelsk gjerne kaller «life lessons». Men før det: La oss se vårt arbeid i et historisk, om enn kortvarig perspektiv:

DA EN NY DISTRIKTSLEGE tiltrådte i Lenvik kommune i 1957 hadde kommunen 8500 innbyggere, altså omkring 70 prosent av dagens folketall. Til gjengjeld var han den eneste legen i kommunen.

En kollega advarte: «Det er flere før deg som har knekket nakken på Lenvik». Og når man leser Odd-Karl Jordheims (1) beskrivelser av håndteringen av polioepidemi; ivaretagelse av TB-sjuka, akuttkirurgi på kjøkkenbordet hjemme hos pasientene, følgetransporter i datidens ambulanser – som var ombygde drosjer, så det kunne legges inn bære, og det å være nesten alltid aleine, ja da får man illustrert hvordan utviklingen har vært i løpet av 50–60 år. Også den gang var det slik at noen forventet syk-meldinger på tvilsomt grunnlag, og andre hadde vansker med å forstå at deres 'mindre' plager ikke kunne prioriteres her og nå.

DA JEG BEGYNTE SOM LEGE for 30 år siden var ambulansene kun ambulanser: Sjøførene hadde seksukers kurs og rett til å ha oksygen og bandasjemateriell i bilene. Seks ansatte betjente tre ambulanser på Finnsnes. Telefonnummeret til ambulansen var velkjent, og ofte ringte folk direkte. Helikoptertjenesten hadde ikke anestesilege, så vi måtte selv følge pasientene når de trengte rask innleggelse på Regionssykehuset i Tromsø. Magesår var fortsatt ikke en infeksjonssykdom og betablokkere var kontraindisert ved hjertesvikt. Rohypnol var en populær sovemedisin og Lobac ble mye brukt som muskelavslappende middel. Fra 1995 fikk vi hjelpepersonell med på vakt på dag og kveld, og 1. september

1997 åpnet den nye legevaktsentralen. Da fikk vi assistanse gjennom hele døgnet!

I 1997–98 fikk vi LHL til å sponse hjertestartere i alle ambulanser, og vi kurset ambulansesjåførene i bruken av dem. Fortsatt var det vanlig at legen gikk på vakt rett etter dagarbeid, og så på dagarbeid dagen etter vakt. Mange ting er endret siden den gang, men allikevel er mye som før – og distriktslegens, kommunelegens eller fastlegens rolle som et av helsetjenestens fyrtårn er der fortsatt.

Over til de allmennmedisinske kjøreregelene (life lessons). Jeg er selv ansvarlig for dem, men de har oppstått gjennom mange diskusjoner med kolleger fra ulike steder i landet. De kan og bør fortsatt diskuteres!

1 Husk hva som er vårt viktigste redskap

Nei, det er ikke stetoskopet eller CRP, EKG, BT-apparatet, kognitive metoder, ultralyd eller MMS 1, 2 eller 3. Vårt viktigste redskap er samtalen, ansikt til ansikt med pasientene. Ikke anamnese, tidligere sykdommer eller andre deler av journalopptaket, men selve samtalen – samtalen som danner grunnlag for kontakt og dialog med pasienten. 50 prosent av diagnostikken kommer utelukkende fra samtalen. Resten krever ytterligere undersøkelser, som igjen er basert på samtalen. Dyrk samtalen med pasientene, da blir du en bedre lege!

2 Vær bevisst om at du ikke fullt ut kjenner pasienten som sitter overfor deg

Samtidig kan du være den som pasienten har fortalt sin dypeste hemmelighet til. Bak uklare magesmerter, muskelsmerter, pustevansker, angst og fortvilelse kan det ligge forhold som selv ikke du får frem, og som er for vonde til at de kan eksponeres. Den unge jenta som for tredje gang på en av dine vakter kommer ved to-tre-tiden om

gruppemøte

natten, med underarmene kuttet opp, og du bruker tre suturer og sju sett steristrips i løpet av de fem kvarterene du benytter; hun får det neppe bedre hvis din holdning er: «Nå må du slutte med dette tøvet». Også selv om du ikke sier det. Og mannen som jevnlig tror at han er alvorlig hjertesjuk, i hvert fall når han har fått for mye å drikke, og gang på gang krever å få tatt EKG; han bør man nok gi en tanke om hvorfor det er blitt slik og hva som trigger hans angst, og ikke bare at det ikke er behov for å gjenta undersøkelser som allerede er gjort mange ganger tidligere.

3 Det er enhver fastleges plikt til jevnlig å ikke følge veiledninger, retningslinjer og anbefalinger

De er basert på populasjoner og ikke på enkeltmennesket som sitter overfor deg. De er ofte preget av det snevre fagmiljø som ikke i samme grad som fastlegene ser de menneskene vi møter. Nemlig de som har et liv bak seg, et liv som ikke kan reduseres til en diagnose; de som har mange diagnoser og de som ofte ikke inngår i beslutningsgrunnlaget for retningslinjene, f.eks. eldre. Derfor er de ikke tilpasset alle, og derfor må de ikke sjeldent fravikes. Når det er sagt er det ofte både hensiktsmessig og fornuftig å følge retningslinjer.

4 Søk faglig oppdatering der den finnes

Dette er ikke enkelt når vi befinner oss i en tid hvor vi ikke engang fullt ut tør å stole på Cochrane lenger. Vær kritisk! Spør dem du stoler på! Ikke tro på legemiddelindustrien, deres mål er salg, ikke opplysning.

Spør en venn! Diskuter. En del av dere er så heldige å være utdannet på UiT eller har jobbet på UNN. Bruk kontaktene. Spør dem. De får det igjen i form av bedre og kanskje færre henvisninger.

5 Les og lytt!

Det finnes enormt mye viten i skjønnlitteratur, ikke medisinsk faglitteratur, dagspressen, blogger m.m. En av tingene jeg ser frem til, er å kunne lese mer. Skjønnlitteratur gir et annet perspektiv, en helt annen tilnærming til liv, lidelse, glede, helse, trivsel og lykke enn det vi får fra faglitteratur. Det er anbefalinger jeg har hørt flere ganger, og oftest fra kolleger på min alder. Så erkennelsen av nytten av å lese annet enn faglitteratur fra eget fagfelt, kommer kanskje med årene. Det gjør den ikke nødvendigvis mindre relevant.

6 Velg dine helter med omhu

Det er ikke alltid de som gjør seg mest bemerket som fortjener den største ros. De som jobber langvarig med lavstatuspasienter får sjeldent oppmerksomhet eller skryt. Samtidig som det opprettes protosenter uten fagmiljøenes anbefaling, skjæres det ned på AAP-tilbudet til svake pasientgrupper. Det er lettere å samle inn penger til Lucas-maskiner enn til bibeholdelse av rehabiliteringstilbud. Vi er for dårlige til å presentere dette for andre.

7 Vær lærer

Kunnskap er etterspurt. Kan den presenteres i en ramme hvor den reflekteres over på

en forståelig måte, gir den innflytelse og rom for endring. Vi er i de situasjoner hver dag. Vi underviser våre pasienter hver dag, og antakelig bør vi utvikle og fornye våre evner på dette område. Vi bør gi vår kunnskap mer kraft, mer «impact».

8 Skriv. Ikke bare faget, men også erfaringene

Vi vet hvem det er som ikke får det tilbudet de trenger, og vi vet bedre enn mange andre hvilke krefter som påvirker de svake – de usikre, de unge, de ensomme, de utstøtte, de misbrukte. Jeg gleder meg over at unge kolleger setter spørsmålsteget ved om kosmetisk kirurgi bør oppfattes som en medisinsk disiplin, og jeg gleder meg når en erfaren kollega – eldre enn jeg – skriver jevnlig om nettopp de som ofte blir oversett, og ikke får det tilbud de burde hatt.

9 Ta vare på hverandre!

Ingen kommer gjennom en karriere som fastlege uten opplevelser som berører en djupt, og kanskje reaktiverer opplevelser i oss selv. Dine kolleger er også sårbare, og kan trenge hjelp og støtte. Gi dem din støtte! Tenk på dem som har vært i traumatiske situasjoner, de som har fått en klagesak – og spesielt de som har gjort feil. Vær oppmerksom på de som har flere belastende situasjoner etter hverandre, og vær oppmerksom på de som er mer sårbare.

REFERANSE

1. Odd Jordheim: Doktor'n må komme. Lyche forlag 1978

■ KAKEHLET@GMAIL.COM

Rustesting – helsehjelp eller sakkyndighetsarbeid?

■ CATO INNERDAL • Spesialist i samfunnsmedisin og kommuneoverlege i Molde

Kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene, tar en rekke «rusprøver» i sin tjenesteutøvelse. Det er da viktig å være bevisst på om prøvetakingen er et ledd i ytelse av helsehjelp eller om det er i forbindelse med sakkyndighetsarbeid.

Rustesting har både økonomiske og «administrative» konsekvenser for så vel personen det tas prøver av som for tjenesteyter.

Der rustestingen er en del av helsehjelpen til pasienten, gjelder de vanlige reglene for taushetsplikt og pasientbetaling. I realiteten er det «gratis» for pasienten, med unntak av at de utgiftene som pasienten skal betale etter forskrift om dekning av utgifter hos lege – det vil si det pasienten betaler av egenandel etter normaltariiffen. Øvrige utgifter dekkes av Helfo med grunnlag i folketrygdlovens bestemmelser.

Pålagte vs. selvvalgte oppdrag

Fastlegene utfører imidlertid en rekke sakkyndighetsoppdrag hvor det sentrale ved prøvetakningen er å avdekke eventuelt rusmiddelbruk. Dette er gjerne sakkyndighetsoppdrag på vegne av arbeidsgiver, barnevernstjenesten, politiet, vegmyndigheten eller rettsapparatet. Majoriteten av disse sakkyndighetsoppdragene er, etter min mening, ikke en fastlegeoppgave, jf. fastlegeforskriften. Dette innebærer i så tilfelle at fastlegen ikke kan pålegges et slikt oppdrag med henvisning til fastlegeforskriften. Likevel er det ofte slik at fastlegene påtar seg slike oppdrag. Derfor er det særlig viktig å være seg bevisst hvilken «hatt» man har på hodet.

Sakkyndighetsoppdrag som beskrevet forutsetter at fastlegen ønsker å påta seg oppdraget. Et unntak er leges plikt til å foreta blodprøve eller lignende undersøkelser på anmodning av politiet eller kriminalomsorgen, jf. helsepersonelloven § 12 første og tredje ledd som lyder:

Lege, sykepleier, helsesekretær eller bioingeniør skal etter anmodning fra politiet ta blodprøve eller foreta lignende undersøkelser av personer som er mistenkt for straffbart forhold under påvirkning av alkohol eller annet berusende eller bedøvende middel når dette er hjemlet i lov og kan skje uten fare. [...]

Ved anmodning om rusprøve fra politiet, ved vilkår for påtaleunntatelse, fra kriminalomsorgen, ved vilkår for betinget dom, og fra ungdomsordinator, ved gjennomføring av ungdomsstraff og ungdomsoppfølging, skal lege, sykepleier, helsesekretær og bioingeniør ta blodprøve eller lignende rusprøve av personer som var under 18 år på handlingstidspunktet. Plikten inntreder når personen møter opp til prøvetaking.

Prøvetaking eller undersøkelse etter første ledd («første avsnitt») krever en eksplisitt lov hjemmel. Dette vil eksempelvis kunne være vegtrafikkloven § 22 a som gir politiet adgang til undersøkelse av motorvognførere som mistenkes for ruspåvirket kjøring.

Tredje ledd (andre ledd i bestemmelsen er ikke sitert) pålegger lege å ta «rusprøver» av unge personer som er dømt eller fått påtaleunntatelse betinget i rusprøver.

Hvem skal betale?

Helfo yter som angitt tidligere stønad til dekning av undersøkelse og behandling til sykdom eller mistanke om sykdom. Helfo gir ikke stønad til forebyggende tiltak eller til tiltak som har klare «kontrollformål». Stønad gis kun der det er medisinske grunner for prøvetakningen. Der undersøkelser gjøres av kontrollformål, dekker Helfo verken konsultasjon hos lege eller selve analysekostnadene. Prøvetaking med klare kontrollformål vil eksempelvis være rustesting i forbindelse med utstedelse av helseattest for førerkort, sjømannsattester og andre «skikkethetserklæringer». I tillegg gjelder det oftest prøvetaking i saker hvor barnevernstjenesten, politi, kriminalomsorgen og rettsapparatet er involvert.

Kostnader med slik prøvetaking, analyse og vurdering må følgelig dekkes av andre enn Helfo, vanligvis vil dette måtte bli oppdragsgiveren. Eksempelvis vil dette i førerkortsaker være den personen som ber om helseattesten. Om kostnader forbundet

med politiets ordning om «ruskontrakt» skriver Helsedirektoratet følgende i brev av 9. april 2018:

Dersom hensikten med rustesting er kontrollformål og/eller av forebyggende karakter, vil utgiftene til testing ikke falle inn under folketrygdloven. Ordningen med ruskontrakt synes å ha et helt annet formål enn medisinsk behandling, og vi kan ikke se at Helfo har hjemmel i gjeldende regelverk til å dekke disse utgiftene. Etter Helsedirektoratets vurdering kan/skal Helfo ikke dekke disse utgiftene.

Det eneste unntaket fra det som fremgår over, er stønad til testing i forbindelse med LAR. Denne ordningen er særskilt hjemlet i regelverket.

Helsedirektoratet kan ikke uttale seg om hvor finansieringsansvaret naturlig bør ligge dersom folketrygden ikke dekker utgiftene. Vi mener at dette må vurderes av kommunen og politiet, eller at problemstillingen løstes til KS og Politidirektoratet.

I lys av overstående er det viktig at fastlegene er bevisste på at deres ordinære rekvirentnummer ikke skal benyttes der ruskontroll tas i sakkyndighetssammenheng. Dersom dette gjøres, vil analysekostnaden automatisk bli fakturert til Helfo. Dette er det altså ikke adgang til. Konsekvensen av dette er at eksempelvis barnevernstjenesten må ha et eget rekvirentnummer. Prøvene vil da bli fakturert barnevernstjenesten og prøvesvarene blir også sendt direkte til dem, eventuelt med kopi til lege om dette angis i rekvisisjonen.

Isamtaler med representanter for blant andre barnevernstjeneste og politi har det blitt uttrykt bekymring for de konsekvenser slike kostnader vil ha for både virksomhetene og enkeltpersonene som testes. Det er ikke vanskelig å forstå denne bekymringen, samtidig er det likevel ikke noe fastlegene kan «bufre» ved å bruke eget rekvirentnummer.

Som kommuneoverlege har jeg oppfordret disse instansene til å ta denne bekymringen opp med sine overordnede instanser. Dette er etter min oppfatning noe som må løses på overordnet nivå, og ikke hos hver enkelt fastlege eller i hver enkelt kommune. Men slik regelverket er nå, er det bestilleren av sakkyndighetsoppdraget som skal betale for «gildet».

■ CATO.INNERDAL@MOLDE.KOMMUNE.NO

NIDAROSKONGRESSEN 21.–25. OKTOBER 2019

'Allmennmedisin som

■ KJELL-ARNE HELGEBOSTAD OG TOVE RUTLE • *Utpostens redaksjon*

Den 16. Nidaroskongressen åpnet 21. oktober i sjarmerende Trondheim, byen som Olav Tryggvason etablerte i år 997.

Litt hustrig høstvær var det, men det var det ingen av de til sammen over 1000 påmeldte allmennlegene og medarbeiderne som var påvirket av. Kongressen inneholdt hele 28 ulike kurs, i tillegg til en rekke andre faglige og sosiale arrangementer.

Kjærlighet og kampvilje for fastlegeordningen

Etter en flott åpning med nydelig sang av Are Hemre, ønsket lederen av kongresskomiteen, Ingjerd Murvoll, velkommen. «Allmennmedisin som balansekunst» var overskriften for kongressen. Marit Hermansen, president i Den norske legeforening, holdt åpningsforedraget. I et presist innlegg viste presidenten at hun kjenner fastlegeordningen og primærhelsetjenesten godt.

Som tidligere fastlege snakket hun om

kjærligheten til faget, pasientene og praksisen. De sju tesene for allmennmedisin, som ble utarbeidet i år 2001 av Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM, nå NFA) var et gjennomgående tema. Mot slutten av innlegget snakket Hermansen om at forutsetningene for en fastlegetjeneste i tråd med disse sju tesene for tiden er truet. Når fastlegene beskriver hverdagen som en uholdbar, med altfor lange dager, ukontrollert oppgaveoverføring, og mindre tid til pasientrettet arbeid, må dette tas på al-

Komiteen for årets Nidaroskongress besto blant annet av fra venstre Lene Johnsen, Brit Skarsvåg, Ingjerd Murvoll (kongressens leder), Lena Ervik og Mona Jacobsen.



balansekunst'

vor. Presidenten var tydelig på at Legeforeningen er skuffet over årets statsbudsjett, og at hun og foreningen har store forventninger til handlingsplanen for fastlegeordningen som skal legges frem til våren. Blant annet er det behov for flere stillinger for unge leger og justeringer i finansieringsordningen.

– Vi trenger en opptrapping i milliardklassen, og vi gir oss aldri, avsluttet Marit Hermansen.

Engasjert nobelprisvinner

Plenumsforelesningen på tirsdagen var ved selveste May-Britt Moser, hjerneforskeren som i 2014 ble tildelt nobelprisen i medisin sammen med Edvard Moser og John O'Keefe. I 2005 oppdaget de nevrone som utgjør hjernens posisjoneringssystem, de såkalte gittercellene. Siden har professor Moser og de andre forskerne ved Centre for Neural Computation i Trondheim gått videre og funnet både fartsceller, retningsceller, grenseceller og objektvektorceller i enterohirnal cortex, et område i hjernen i nærheten av hippocampus. Moser fortalte svært engasjert om hvordan forskningen deres krever både enorm presisjon, kreativitet og et håndlag med dyr. Det var nesten utrolig å høre om en ny teknikk, to-foton-mikroskopi, som har gjort at det er mulig å observere mye mer av aktiviteten i hjernen til mus, mens de beveger seg i laboratoriet. Kongresspublikummet satte tydelig pris på innlegget, og May-Britt Moser fikk stående applaus.

Professor i rettferdighet

Den tredje hovedforeleseren var Sara J. T. Willems, professor ved Universitetet i Gent i Belgia. Hun er leder i «The Equity in Health Care Research Group», og forsker på rettferdighet (equity) i primærhelsetjenesten. Det er en kjent sak at det er store forskjeller i forventet levealder og helse mellom befolkningen i ulike europeiske land, men også innad



Marit Hermansen, president i Den norske legeforening, holdt åpningsforedraget.



May-Britt Moser holdt en engasjerende plenumsforelesning. (Bildet er tatt ved en annen anledning). FOTO: WIKIMEDIA COMMONS.

i land. Som eksempel brukte Willems to belgiske gutter. De bor i det samme område, men foreldrene har ulik økonomi og utdanning. Selv om begge familiene ligger godt over fattigdomsgrensen, vil de to guttene statistisk sett ha ulik forventet levealder og sannsynlighet for å bli rammet av sykdom. De risikerer også å bli møtt og behandlet ulikt i helsetjenesten. Forskningen til Willems har blant annet dokumentert at kvinner, fargede og pasienter med lav inn-



Den tredje hovedforeleseren ved Nidaroskongressen var Sara J. T. Willems, professor ved Universitetet i Gent i Belgia.

tekt har større risiko for feil diagnose, for sen henvisning og komplikasjoner til kreftbehandling. Vaksinerer er et annet konkret eksempel på tiltak som treffer ulikt i ulike grupper. Dette gjør det nødvendig med spesielle tiltak for å nå de mest sårbare. Rettferdighet i helsetjenesten (equity) er altså noe annet enn likebehandling (equality) Willems oppfordret tilhørerne til å reflektere over at helsepersonell bør sørge for at forskjeller i tilbudet til ulike pasienter



bunner i en vurdering av hvem som har størst behov. Ved medisinstudiet i Gent foreleser Willems i

sosiale ulikheter i helse ved flere terminer, og hun er ansvarlig for et opplegg der de helt ferske studentene blir sendt på hjemmebesøk til familier med sosiale og økonomiske utfordringer. Mange av studentene kommer fra privilegerte familier og har aldri vært i disse områdene av byen og truffet denne typer mennesker før, fortalte hun.

Nidarosprisen til Linn Getz

Nidarosprisen deles ut til en allmennmedisiner som har gjort en fremragende innsats for utviklingen av faget, særlig når det gjelder utdanning, informasjon og fagutvikling. Årets vinner ble Linn Getz, professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU. Hun har i mange år vært opptatt av å samle og formidle kunnskap om sammenhenger mellom menneskets biologi og biografi. Under årets kongress var hun med å arrangere kurset «Helhetlig helseforståelse – god allmennmedisin» som fikk svært gode tilbakemeldinger fra deltagerne.

Linn Getz holdt en flott plenumsforelesning og fikk også stående applaus.



Linn Getz

PRISVINNERE UNDER NIDAROS



Juan Carlos Aviles Solis

AFUs forskningspris

under Nidaroskongressen 2019 ble tildelt: **Juan Carlos Aviles Solis**, stipendiat ved AFE/ISM/UiT, Norges arktiske universitet, Tromsø, for prosjektet: «Prevalence and diagnostic value of wheezes and crackles in the general population»

På grunnlag av data fra den store, befolkningsbaserte Tromsø-studien og undersøkelser av 4033 personer ved hjelp av stetoskop og lydopptak, vurderte kandidaten kraften av lyder i thorax med henblikk på lydenes diagnostiske treffsikkerhet. Hans funn tillater spørsmålet om stetoskopet fortsatt har en plass som et tilforlatelig redskap i diagnostikk av luftveissykdommer.

FOTO: LISBETH NILSEN



Nilam Shakeel



Rolf Martin Tande mottar Anders Forsdahls pris av Anette Fosse.

Anna Luise Kirkengen og Bente Mjølstad delte ut AFUs forskningspris og AMFFs reisestipend.



AMFFs reisestipend

i 2019 ble tildelt **Nilam Shakeel**, for presentasjonen av sitt doktorgradsarbeid:

«Depressive symptomer i svangerskap og etter fødsel, betydningen av etnisitet, integrering og fysisk aktivitet».

Prisvinneren har med sitt arbeid bidratt til å belyse betydningen av integrering blant gravide kvinner i en multi-etnisk populasjon i en norsk kontekst.

Dessverre kunne Nilam Shakeel ikke ta imot prisen personlig på Nidaroskongressens festmiddag, fordi hun på det tidspunktet allerede befant seg på vei til Stockholm hvor hun dagen etter skulle presentere sin avhandling på en internasjonal kongress.

KONGRESSEN



Anders Forsdahls pris

ble tildelt **Rolf Martin Tande**, som har utmerket seg som en klok kombilege for sin befolkning i Masfjorden kommune, og som en god strateg, en bredt forankret entreprenør som får til regionale tjeneste-innovasjoner. Han beskriver sin metode slik; Begynn med å bygge relasjoner gjennom å vise respekt. Legg så til rette for at flere eier problemet og kan finne gode løsninger sammen.

Mest kjent er nok Tande for å ha bygget opp det store, statsstøttede pilotprosjektet vedrørende nye utdanningsstillinger for fastleger, ALIS-Vest. Disse stillingene har vist seg å rekruttere unge leger i både by og land og inkluderer nå kommuner i hele fire fylker på Vestlandet, og har fått et søsterprosjekt som dekker hele Nord-Norge.

Engasjerende og lettfattelig om hjernen



Kaja Nordengen
HJERNEN ER STJERNEN
Ditt eneste uerstattelige organ
208 sider
Kagge forlag
Oslo 2019
2. utgave, 12. opplag

Forfatteren er lege i spesialisering og post-doc. i nevrologi ved Ahus, samt førstelektor ved UiO. Denne boken er til nå solgt i ca. 110.000 eksemplarer og er videreformidlet til 20 land. Dette i seg selv antyder betydningen av og begeistringen for boken. Og det med god grunn.

Et ytterligere kvalitetstegn er at forordet i boken er skrevet av ingen ringere enn nobelprisvinner May-Britt Moser. Forfatterens søster, Guro Nordengen (sivilingeniør og IT-konsulent), står for de delikate og instruktive illustrasjonene i boken.

May-Britt Moser skriver at vi sannsynligvis nå «står på terskelen til en kunnskapsrevolusjon om hjernen og samspillet mellom kropp, gener og miljø». Og at «kunnskapen må bringes videre fra fagmiljøene og ut i samfunnet, inn i livene til folk.»... «Å forstå hvordan hjernen vår fungerer og medvirker i alle kroppens prosesser, er å forstå hvem vi er som mennesker og hva vi har kapasitet til».

Og dette er nettopp essensen i denne utgivelsen. Som forfatteren skriver i innledningen:

«I denne boka skal vi utforske hjernens mysterier – alt fra hva som skjer når du er

forelsket, til hvor vi finner 'jeg-et'. Det dukker opp mange interessante spørsmål når vi snakker om hjernen: Hvem er vi? Hva gjør deg til deg? Hva er personlighet? Hva er fri vilje? Hvor starter tanken?»

Boken er mettet med interessant stoff både for lek og lærd. Innholdsfortegnelsen antyder spennvidden i tematikken:

- Tanke(r)evolusjon
- Jakten på personligheten
- Hukommelse og læring
- Hjernens GPS
- Den følgende hjernen
- Intelligens
- Multitasking
- Kultur og hjernen
- Å spise med hjernen
- Dophue
- Virkelighet versus persepsjon
- Persepsjon i praksis
- Veien videre.

Bakerst i boken finner vi en solid referanseliste for hvert kapittel i tillegg til en stikkordsliste.

Boken er – som antydnet – skrevet med tanke på å skulle nå ut til befolkningen. Og jeg vil si som mangeårig allmennpraktiker at en slik detaljert beskrivelse av hjernen og dens funksjoner ville jeg kunne hatt mye bruk for og glede av også i arbeidet med pasienter – ingen tvil. Boken er videre skrevet med en slik detaljrikdom og i et så drivende og godt språk at den er vanskelig å legge bort når en først har begynt å lese den. Vi geleides nærmest fra nervecelle til nervecelle og med dagligdagse eksempler på hvilke funksjoner som initieres i de ulike områdene i hjernen – og kroppen for øvrig.

Jeg velger ikke å gå inn på detaljer i boken – det vil uansett bli altfor platt sammenlignet med det å lese originalen. I stedet vil jeg bare med stor ærbødighet gi boken en varm anbefaling. Den er et sterkt faglig bidrag til vår forståelse av hvem vi er som mennesker, og hvordan vi kan hjelpe hverandre på en bedre måte i mange av livets sammenhenger, både som medmennsker og som medisinerere. Stor takk til Kaja Nordengen for denne perlen.

ELI BERG

Hvordan?

Jeg vet ikke hvordan jeg
best kan være for deg, det
du trenger. Hvor er
manualen? Det er

en gjettelek. En gjettelek mot
tiden som partisk dommer. Det er

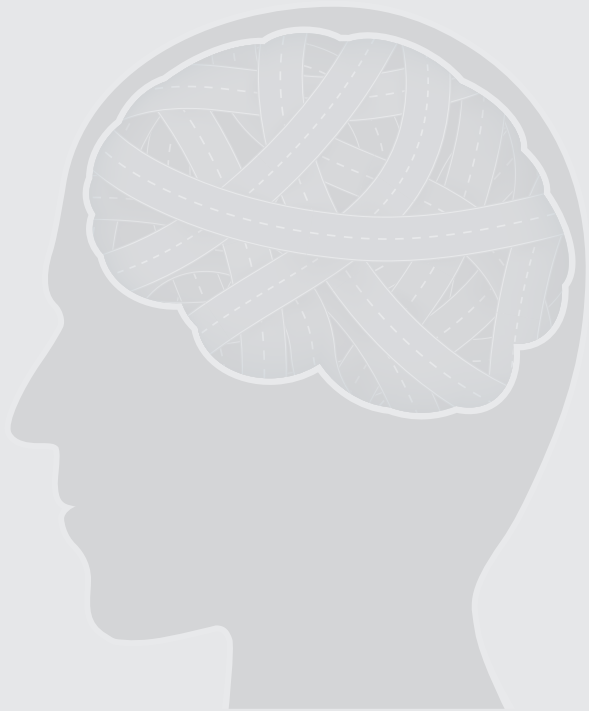
så mange lag. Så mye støv
over den dunkle overflaten. En monolog
i disharmoni. Hvordan ta steg
når ingen retning er framover?

Betyr det noe hvilken
vei jeg velger
om ingen
vet hvor vi skal?

Jeg mangler verktøy. Jeg
har bare
meg
selv.

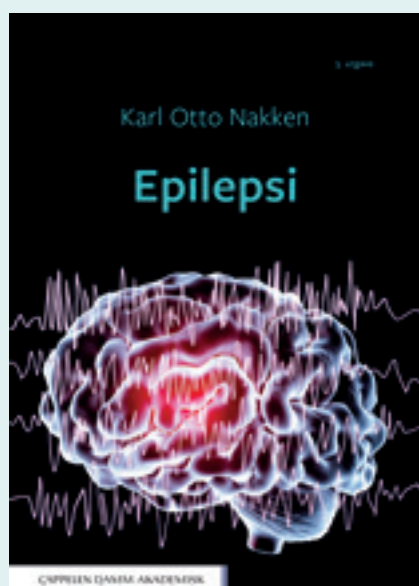
Hvordan skal jeg
stole på at
det er nok?

MORTEN MUNKVIK



ILLUSTRASJON: COLOURBOX / MANIPULERT

Respektfullt om epilepsi



Karl Otto Nakken
Epilepsi
 175 sider
 Cappelen Damm Akademisk
 Oslo 2019
 ISBN 978-82-02-60376-2

ILLUSTRASJONER: Halvard Nakken, Kari Toverud

Forfatter Karl Otto Nakken er kliniker og forsker innen nevrologi, tidligere overlege og sjef ved Sentralsykehuset for epilepsi i Sandvika. Denne utgivelsen er den tredje utgaven av boken om epilepsi, men en kortere versjon enn de to foregående. Teksten er omskrevet og forenklet, mens «målsettingen stadig er å formidle den store spennvidden i dette fagfeltet – fra molekylærbiologi til psykososiale utfordringer». Målgruppen er «personer med helsefaglig bakgrunn som i sitt yrke får befatning med epilepsi, men at boken også kan leses med utbytte av personer med epilepsi og deres pårørende, som er uten forkunnskaper om nervesystemet». En «epileptologisk ordliste» bakerst i bo-

ken oversetter og utdyper det forfatteren betegner som «medisinsk stammespråk».

Sentrale temaer som forfatteren tar opp er blant annet:

- Hva er epilepsi?
- Hvordan arter epilepsi seg?
- Hva utløser, og hvordan oppstår anfall?
- Hvordan diagnostiseres epilepsi og aktuelle differensialdiagnoser?
- Hvilke behandlingsformer finnes?
- Hvordan er prognosen?
- Hvordan leve med epilepsi?

Det er en fryd å lese en bok som er så spekket med vitenskapelig kunnskap og kliniske erfaringer og som samtidig fenger og engasjerer leseren. En bok som denne vil kunne være til stor hjelp for leger både i kommunehelsetjenesten og i sykehus. Forfatteren tar naturligvis opp betydningen av samarbeidet som er nødvendig mellom fastlegen, nevrolog/barnelege og i ytterste konsekvens spesialsykehuset for epilepsi i Sandvika. Som i resten av boken er ikke tematikken her kun i overskrifter à la festtaler, men i stedet jordnære, praktiske råd for en rekke ulike situasjoner som pasienter, pårørende og fastlegen kan komme opp i, og som fordrer nært og godt samarbeid med spesialister i sykehus.

Boken underslår ikke at epilepsi fortsatt er et krevende og svært omfattende fagområde – hvor mye etter hvert er kjent, men hvor det er mange spørsmål som fortsatt savner svar.

Respekten for pasientene med epilepsi og forståelsen for utfordringene som både pasienter og deres pårørende kan møte, går som er rød tråd gjennom boken.

Boken anbefales!

ELI BERG



1754 Skjørbuk

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Skjørbuk var fryktet av sjømenn som ofte var ute på langvarige seilaser. Gradvis ble de slappe, slimhinnene ble blødende, tenner falt ut, de fikk gulsott, smerter og blødninger. Dødeligheten av sykdommen var høy.

Sykdommen skyldes mangel på C-vitamin, som er viktig i dannelsen av bindevevsproteinene kollagen. Skjørbuk er dermed en bindevevssykdom som gir blødningstendens med mange symptomer, blant annet anemi og hjertesvikt. Ubehandlet er skjørbuk dødelig.

Den skotske marinelegen James Lind (1716–1794) (maleriet over) fikk mistanke om at sitrusfrukter kunne forebygge skjørbuk, og gjennomførte det som må ha vært det første kontrollerte kliniske forsøk i verden: Han tok for seg tolv sjømenn og testet ut sitroner og appelsiner mot fem andre tilskudd som var i bruk mot skjørbuk, blant annet eddik og sider. De som fikk frukt, ble friske. Lind publiserte sine resultater i 1754 (*A Treatise on Scurvy*), hvor han anbefalte sitrusfrukten lime eller sitronsaft mot skjørbuk.

Hvilken betydning hadde dette for folkehelsen?

Dessverre gikk det femti år før marinen anerkjente James Linds funn og begynte å gi sjømenn limesaft. «Limey» ble et amerikansk slangord for britiske sjømenn som sugde på sitroner.

I Norge var skjørbuk heller ikke uvanlig på ettervinteren. Men etter at den C-vitaminrike poteten ble en del av hverdagskosten i Norge på slutten av 1700-tallet, forsvant også skjørbukuken her (se *Utposten* nr. 1/2019).

■ SIEMH@ONLINE.NO

Urbanisering og trangboddhet fra 1700-tallet

■ HARALD SIEM • Seniorrådgiver, Folkehelseinstituttet

Stadsfysikus Fredrik Mellbye sa en gang at bygningsloven kanskje er den viktigste loven vi har når det gjelder god helse. Kanskje hadde han rett.

Vi tenker på epidemier og barnedødelighet som overskyggende helsetrusler. Men når disse er under rimelig kontroll, som de er i Norge i dag, er det de gode boligene og det sikre nabolaget som har betydning for folkehelsen.

Bakgrunnen for at den første bygningsloven fra 1827 ble vedtatt, var først og fremst av brannvern hensyn. Imidlertid vektla lovteksten også sunnhetsspørsmål, og at nye bygninger ikke skulle være helsefarlige.

Loven kom like etter den verste brannkatastrofe i norgeshistorien. I pinsen 1822 brant Grue kirke ned til grunnen. Minst 112 mennesker brant inne fordi kirkedørene åpnet innover, og den stakkars menigheten ble presset mot lukkede dører (se *Utposten* nr. 2/2019).

Dagens plan- og bygningslov har som en viktig målsetting å fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller. Det skal tas hensyn til lys og varme, luft,



Trondheim 1942. FOTO: BUNDESARCHIV

I 1825 passerte Norges befolkning én million. Dette er et maleri av George Haas med motiv fra Bergen fra ca. 1800. WIKIMEDIA COMMONS



grøntarealer, kommunikasjonssystemer og miljø i bred forstand.

Det sier seg selv at disse reguleringsene er viktigere jo tettere man bor.

Vi har rimelig gode tall for befolkningen i Norge fra slutten av 1600-tallet (SSB). I 1701 var befolkningen en halv million. Folkemengden passerte en million i 1825, to millioner i 1890, tre millioner under annen verdenskrig og fire millioner i 1980. Nå er befolkningen i landet på over fem millioner.

I 1700 bodde ti prosent av befolkningen i tettbygde strøk, det vil si områder med minst 200 innbyggere, der avstanden mellom husene som regel ikke overstiger 50 meter. I 1946 var det like mange som bodde i spredtbygde strøk som i tettbygde strøk, og i 2000 var det tre ganger så mange som bodde tett som spredt.

Utfordringene ved urbanisering og trangboddhet er mange. Vann og kloakk, luftforurensning, vold, smitte og sedat livsstil er alle faktorer som kan påvirkes.

■ SIEMH@ONLINE.NO

Et solid oppslagsverk – og mere til



Ivar R. Mæhle, Jarle Eknes, Gunnar Houge
**Utviklingshemming
Årsaker og konsekvenser**
288 sider
Universitetsforlaget, 2. utgave
Oslo, 2018
ISBN 978-82-15-03087-6

Førsteutgaven av denne boken kom ut i 2011. På de få årene som har gått siden den gang har det skjedd så mye når det gjelder forståelsen av ulike funksjonshemninger – såpass omfattende – at forfatterne har funnet det riktig med en oppdatering.

Og en solid presentasjon er det blitt. Boken innleder med en grunnleggende gjen-

nomgang av oppbygningen av vårt arvemateriale. Her har det skjedd mye på forskningsfronten, kunnskap som i varierende grad kan peke på genetiske årsaker til flere i det store mangfoldet av utviklingshemninger som etter hvert har tegnet seg.

En gjennomgang av de til nå kjente syndromene følger, logisk delt opp i grupper alt etter hvilke genetiske endringer som har funnet sted – enten det er hele kromosomer som avviker fra det normale eller det dreier seg om genetiske endringer i DNA. Også miljøfaktorer som kan føre til funksjonshemming gjennomgås. Hvilke tilleggsvarer som kan følge med de ulike syndromene blir også gjennomgått, enten det gjelder cerebral parese, epilepsi eller autisme for å nevne noen.

Men boken er ikke bare en gjennomgang av selve funksjonshemningene. Tvert imot har forfatterne et ønske om å presentere både hvordan de aktuelle barna og de voksne utvikler seg underveis, hvordan familiene kan mestre hverdagen, og hvordan hjelpeapparatet kan bidra til et så velfungerende og meningsfullt liv som mulig for den funksjonshemmede. Sentralt står også behovet for genetisk veiledning for mange familier.

Teksten levendegjøres av eksempler innenfor de ulike tilstandene, inklusive bilder av personer som har det aktuelle syndromet som beskrives. Boken avsluttes med tre litt lengre historier om hva det kan innebære for henholdsvis et barn, en ung-

dom og en voksen å ha en alvorlig funksjonshemming.

Forfatterne har tatt mål av seg til å skrive en bok som kan være til hjelp for helsepersonell, men også for andre som kommer i kontakt med de aktuelle personene allerede fra tidlig alder og gjennom livsløpet. Forfatterne håper også at nære personer som foreldre, den større familien og andre rundt den funksjonshemmede skal kunne ha nytte av å lese denne presentasjonen.

Er så dette en bok som er relevant for *Utpostens* lesere? Antakelig vil de fleste leger i kommunehelsetjenesten ha stor nytte av både gjennomgangen av det rent biologiske stoffet og ikke minst beskrivelsen av de ulike syndromene og utfordringene både for familier og hjelpeapparat lokalt og sentralt. Etter flere av syndrombeskrivelsene følger – ikke minst viktig: Hvor kan familier, helsepersonell og andre finne ressurser både for å forstå mer og vite hvem som kan bistå i situasjonen? (nasjonale og internasjonale nettsteder, Frambu, Statens senter for epilepsi osv. osv.) I tillegg er det nærmere 20 sider med referanser.

Boken kan nok med fordel leses fra perm til perm, men kan også fungere som et oppslagsverk. Et stikkordsregister bakerst i boken kan hjelpe på orienteringen i stoffet.

Kanskje et eksemplar av denne boken på hvert legesenter og en på hver helsestasjon ville være en god idé?

ELI BERG



Leger leser hver dag, journaler, rapporter, epikriser og fagblader. Men hva leser legen utenom faglig relatert litteratur? Og når leser legen dette – om kvelden, i helgene, i feriene, lydbok i bilen på vei fra jobb? I denne spalten ønsker vi å lese om akkurat det, om boka legen leser og hvorfor akkurat den boka ble valgt.

HVA LESER...

Lisbeth Homlong



Hva leser du nå, Lisbeth Homlong, fastlege ved Kurbadet legesenter og seniorrådgiver i Statens Helsetilsyn?

Eg har stort sett mange bøker gåande på same tid. Eg har nettopp lese den siste romanen til Dag Solstad, *Tredje, og siste, roman om Bjørn Hansen*. Eg er generelt svært begeistra for Solstad, og denne boka skuffa heller ikkje! Eg tok meg sjølv i å le høgt undervegs. Bjørn Hansen, den tidlegare kemneren på Kongsberg, mannen som snudde ryggen til samfunnet – og det kan eg til dels forstå.

Av meir klassiske romanar, så har eg Charles Dickens på nattbordet; *A Tale of Two Cities*. Den tek eg fram og koser meg med i ny og ne. Ei spennande historie frå ei dramatisk epoke i historia. Lokalisert i London og Paris, under og etter den franske revolusjon og det som skjer i kjølvatnet. Språkleg briljant. Kva meir kan du be om i eit litterært verk? Eg vender alltid tilbake til første avsnitt, som eg kan lese på nytt og på nytt; «It was the best of the times, it was the worst of times, it was the age of wisdom, it was the age of foolishness».

Trolldomsfjellet av Thomas Mann er eit anna klassisk verk eg har ligande. I fleire år har eg prøvd å lese den ferdig, og eg gir meg ikkje! Ein nyare roman som eg har hatt glede av å lese i seinare tid er *The End of the Story* av amerikanske Lydia Davis. Det er ei nydeleg, fragmentarisk historie om eit forhold som har tatt slutt, og der hovudpersonen strevar med å finne ut av kva som eigentleg skjedde og korleis ho skal finne balansen på eiga hand. På veg heim frå Nidaroskongressen, kjøpte eg elles med meg Mathias Faldbakken sin nye roman, *Vi er fem*. Han er ein interessant forfattar som skil seg ut frå mengda.

Hvorfor valgte du denne boka?

Etter at eg i si tid leste debutromanen hans, *The Cocka Hola Company*, som han skreiv under pseudonymet Abo Rasul, har eg følgt med på han. Han er original både i tema og språkføring. Og han er ein god observatør av samtida. Eg har sansen for den mørke, dystopiske tonen i bøkene hans.

Hvor leser du?

Eg kan lese kvar som helst i prinsippet. Eg har alltid ein stabel bøker på og ved sidan av nattbordet, og les ofte på senga før eg legg meg til for å sove. I stova ligg eg gjerne på sofaen og les. Eg les elles på T-banen, på kafe eller ein benk i parken. Og på flyreiser og togturar. Hovudproblemet er å få kontinuitet i lesinga oppi alt det andre som skal gjerast i kvardagen. Det får eg stort sett berre til når eg har ferie.

Hvilke bøker vil du helst lese?

Eg les helst skjønnlitteratur. Det er der eg får dei store leseopplevingane. Eg les ei salslig blanding av samtidslitteratur og klassiske verk. Romanar og noveller, men også dikt. Sjølvsaft les eg også faglitteratur, men betydeleg mindre sakprosa. Ein og annan biografi hender det likevel at eg les. I kjølvatnet av metoo har eg likevel henta fram igjen *Sexual Personae*, skrive av feminist og provokatør Camilla Paglia. Boka er ei original framstilling av vestleg kulturhistorie, og er eit slags oppgjør med rådande feministisk tankegods og poststrukturalistisk teori. Allereie på 90-talet meinte Paglia at politisk korrekthet var i ferd med å øydelegge akademia. Etter metoo er det mykje eg har undra meg over og tenkt på når det gjeld relasjonar mellom menn og kvinner i moderne vestlege samfunn. Og eg synst Paglia skriv forløysande godt om dette temaet. Vi må alltid ha med oss at vi menneske er biologiske vesen, vi er både natur og kultur samtidig. Vi må vere audmjuke og rause med kvarandre, og ta høgde for at ingen av oss alltid handlar gjennomtenkt og rasjonelt – verken kvinner eller menn.

Har du en anbefaling til *Utpostens* lesere?

Alice Munro sine noveller. Alt av Ian McEwan. Det meste av Vigdis Hjort. Carl Frode Tiller er ein annan favoritt. Trilogien *Innsirkling* er noko av det beste norsk samtidslitteratur har å by på. I tillegg skriv han på nynorsk, noko som sjølvsaft er eit pre!

Lisbeth Homlong leser både nåtidig og klassisk skjønnlitteratur, men også faglitteratur. Den siste boken hun har lest er Dag Solstads roman «Tredje, og siste, roman om Bjørn Hansen».



RELIS

Nord-Norge: 77 75 69 98
 Midt-Norge: 72 82 91 10
 Sørøst-Norge: 23 07 55 00
 Vest-Norge: 55 97 53 60
www.relis.no

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

Legemidler mot overvekt – viktigere å fokusere på livsstilsendringer?

Det foreligger tre legemidler med godkjent indikasjon for vektreduksjon på det norske markedet, orlistat (Xenical), naltrekson+bupropion (Mysimba) og liraglutid (Saxenda). Legemidlene har indikasjon, i kombinasjon med kalorifattig diett og økt fysisk aktivitet (naltrexon+bupropion og liraglutid) eller kun i kombinasjon med kalorifattig diett (orlistat), hos pasienter med fedme (kroppsmasseindeks (KMI) større eller lik 30 kg/m²) eller hos overvektige pasienter med vektrelaterte komorbiditeter. Orlistat og naltrekson+bupropion skal seponeres etter 12 uker, og liraglutid etter 16 uker, hvis behandling ikke har resultert i minimum 5 prosent vektreduksjon (1–3).

Vi vurderer at orlistat, naltrekson+bupropion og liraglutid som vektreduserende legemidler har negativ nytte-skadebalanse, da legemidlene har bivirknings- og interaksjonsrisiko som ikke kan oppveies av et marginalt vekttap (4, 5). Prescribe oppgir at det er bedre å fokusere på kostholds- endringer og trening hos pasienter med overvekt (5).

Virkningsmekanismer

Orlistat er en potent, spesifikk og langtidsvirkende hemmer av gastrointestinale lipaser. Virkestoffet utøver sin terapeutiske effekt i ventrikkelen og tynntarmens hulrom ved å danne kovalente bindinger til det aktive serinbindingsstedet på gastro- og pankreaslipaser. Det inaktiverte enzymet blir dermed ikke i stand til å hydrolysere fett i kosten, fra triglyserider til absorberbare frie fettsyrer og monoglyserider (1).

Bupropion er en reopptakshemmer av dopamin og noradrenalin. Naltrekson er en opioidantagonist som kompetitivt blokkerer virkningen av morfinlignende stoffer. Dette skal gi en synergistisk vektreduksjon gjennom påvirkning av sentrale mekanismer som kontrollerer appetitt og matinntak (6).

Liraglutid som først ble godkjent som et antidiabetikum, ble i februar i år også markedsført som et vektreduserende legemiddel (3). Ved diabetes type 2 doseres liraglutid med 1,2–1,8 mg daglig og ved vektreduksjon doseres liraglutid med 3 mg daglig. Liraglutid er et glukagonlignende peptid-1 (GLP-1) analog og bindes til og aktiverer GLP-1-reseptorer. GLP-1 er blant annet en fysiologisk regulator for appetitt og matinntak, men nøyaktig virkningsmekanisme for vektreduksjon er ikke helt klarlagt (3, 7).

Bivirkninger

De tre legemidlene gir alle betydelige gastrointestinale bivirkninger, som i seg selv kan gi vekttap.

Orlistat

Gastrointestinale bivirkninger er svært vanlig (>10 prosent) ved bruk av orlistat. Disse inkluderer blant annet magesmerter, oljeaktig lekkasje fra rektum, flatus med tarmtømming og kraftig avføringstrang (1). En metaanalyse viste en frekvens på 15–30 prosent. Bivirkningene hadde en tendens til å avta når pasientene unngikk mat med høyt fettinnhold og holdt seg til anbefalingen om at omtrent 30 prosent av daglig kaloriinntak skal komme fra fett. Det forelå ingen evidens for økt risiko for gallestein, nyrestein og kardiovaskulære eller sentralnervesystem hendelser (8).

I sjeldne tilfeller er det blitt rapportert om alvorlig leverskade ved bruk av orlistat. U.S. Food and Drug Administration (FDA) har ved en tidligere gjennomgang identifisert 13 rapporter hvor alvorlig leverskade er satt i sammenheng med bruk av orlistat. Gjennomgangen gikk over en 10-års periode og det ble estimert at omtrent 40 millioner mennesker har brukt orlistat på verdensbasis. En kausal sammenheng har ikke blitt etablert (8).

I en metaanalyse har det blitt sett lavere

nivåer av fettløselige vitaminer (K, A, E og D) og betakaroten. Nivået av vitamin D var oftere affisert enn de andre (8). Ved langvarig behandling med orlistat anbefales derfor tilskudd med vitamin A, D og E (9).

Oksalat-indusert akutt nyreskade har blitt rapportert hos orlistatbrukere (8).

Naltrekson+bupropion

I kliniske studier har kvalme (30 prosent versus 5 prosent), hodepine (14 prosent versus 9 prosent) og forstoppelse (15 prosent versus 6 prosent) oppstått hyppigere ved bruk av naltrekson+bupropion sammenlignet med placebo. Andre bivirkninger inkluderer insomni, oppkast, svimmelhet og munntørrehet, som har oppstått hos 7–10 prosent (8).

Siden naltrekson+bupropion øker blodtrykket og hjertefrekvensen, krever nå FDA studier etter markedsføring som evaluerer kardiovaskulære hendelser. Sikkerhet ved bruk av naltrekson+bupropion og risiko for kardiovaskulære hendelser er uvisst. På grunn av at legemidlet inneholder bupropion informerer FDA også unge voksne (18–24 år) om risikoen for suicidalitet. FDA opplyser videre om at det har vært rapportert om alvorlige nevropsykiatriske hendelser hos pasienter som har brukt bupropion for røykeslutt (8), som ofte doseres noe lavere enn ved behandling av overvekt (2, 9).

Liraglutid

Gastrointestinale bivirkninger, inkludert kvalme, oppkast, diaré og forstoppelse er svært vanlige (10 prosent) bivirkninger av liraglutid (3). Studier viser at pasienter rapporterer gastrointestinale bivirkninger i større grad ved dosering for vektnedgang (høyere dosering) enn ved diabetes. Sammenlignet med placebo er det rapportert om flere tilfeller av kvalme (37–47 prosent versus 5–15 prosent) og oppkast (12–16 prosent versus 2–4 prosent) når liraglutid gis i dosering for vektnedgang. Dermed

kan vekttap delvis skyldes gastrointestinale bivirkninger direkte og delvis undertrykkelse av appetitten (8).

Andre kjente bivirkninger er lavt blod-sukker og anoreksi. Alvorlige, men mindre vanlige bivirkninger inkluderer pankreatitt, sykdom i galleblæren og nedsatt nyrefunksjon (8).

Liraglutid har vist å redusere risiko for nye kardiovaskulære hendelser hos voksne med diabetes type 2 og samtidig kjent kardiovaskulær sykdom. Kardiovaskulære utfall er ikke studert hos overvektige pasienter uten diabetes som behandles med liraglutid (8).

Forventet vektnedgang

Ulike kilder oppgir ulik grad av forventet vektnedgang ved behandling med orlistat, naltrekson+bupropion og liraglutid.

Orlistat

Orlistat har vist å ha en beskjeden effekt, omtrent 5 prosent vektnedgang, når kostholdsendringer og trening gjøres i tillegg (11). En kunnskapsoppsummering viser at orlistat gir omtrent 3 kg ekstra vekttap etter 60 uker med behandling når placeboeffekten og effekten av trening og kostholdsendringer trekkes fra (9,12). En av studiene med lengst oppfølgingstid inkluderte 3304 overvektige pasienter, der 21 prosent hadde nedsatt glukosetoleranse. Disse deltakerne ble randomisert til placebo eller orlistat. Etter det første året var vektnedgangen størst i orlistat-gruppen, 11 prosent nedgang fra utgangsvekten sammenlignet med 6 prosent i placebo-gruppen. Pasientene ble fulgt opp i fire år og orlistat-gruppen hadde 6,9 prosent vektnedgang fra utgangsvekten, sammenlignet med 4,1 prosent i placebo-gruppen. Tilfeller av diabetesdiagnoser i oppfølgings-tiden var lavere i orlistatgruppen, 6,2 prosent sammenlignet med 9 prosent i placebo-gruppen (8).

Naltrekson+bupropion

UpToDate oppgir at sammenlignet med placebo har naltrekson+bupropion vist å redusere vekt med omtrent 4–5 prosent. I en randomisert studie med varierende dose av naltrekson+bupropion sammenlignet med placebo var vekttapet større hos dem som fikk naltrekson+bupropion. Gjennomsnittlig nedgang i kroppsvekt var 5–6 prosent sammenlignet med 1,3 prosent. Kun 50 prosent av deltakerne fullført 56 uker med behandling. Selv om gjennomsnittlig vektnedgang var større i naltrekson+bupropion-gruppen, var gjennomsnittlig reduksjon i blodtrykk og hjertefrekvens signifikant høyere i placebo-gruppen (8). *Norsk elektronisk legehåndbok* (NEL) oppgir at fire randomiserte studier

samlet viste gjennomsnittlig vekttap på 6,8 prosent eller 7,3 kg etter ett år med behandling. Pasientene fikk råd om livsstilsendringer (kosthold og trening) i noe ulik grad og oppfølging i de fire studiene. Vekttapet var større der behandlingen ble kombinert med intensiv livsstilsintervensjon (11, 13–16).

Liraglutid

I en studie som varte i 56 uker ble behandling med 3 mg liraglutid én gang daglig sammenlignet med placeboinjeksjoner. Totalt 3731 pasienter ble inkludert med KMI større eller lik 30 kg/m² alene, eller KMI større eller lik 27 kg/m² med dyslipidemi og/eller hypertensjon i tillegg. Pasientene fikk 3 mg liraglutid som supplement til trening og kostholdsendringer. Gjennomsnittlig vektreduksjon var signifikant høyere i liraglutidgruppen, 8 kg sammenlignet med 2,6 kg i placebo-gruppen. I tillegg var kardio-metabolske risikofaktorer, HbA_{1c} og livskvalitet beskjedent, men signifikant forbedret (8,17). En kunnskapsoppsummering viser at liraglutid gir omtrent 5,5 kg ekstra vekttap etter 65 ukers med behandling når placeboeffekten og effekten av trening og kostholdsendringer trekkes fra (11, 12).

Behandlingslengde

Orlistat er det eneste legemidlet mot overvekt som det foreligger data om sikkerhet og effekt ved bruk over lengre tid (fire år). UpToDate oppgir at pasienter som ønsker å bruke legemidler mot overvekt i lengre tid enn fire år, bør informeres om manglende data på effekt og sikkerhet på langtidsbehandling (8).

I den godkjente norske preparatomtalen (SPC) til naltrekson+bupropion oppgis det at behovet for fortsatt behandling bør vurderes etter 16 uker og deretter revurderes årlig (2).

For liraglutid i dosering for vektreduksjon har vi kun sett studielengder på maksimum 65 uker. SPC oppgir ikke informasjon om behandlingslengde.

Hva er førstevalget?

Den nasjonale faglige retningslinjen for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne er ikke oppdatert siden oktober 2010 og orlistat oppgis der som eneste registrerte legemidler mot overvekt (18).

I UpToDate oppgis det at monopreparater foretrekkes fremfor kombinasjonspreparater (som naltrekson+bupropion) hos pasienter der legemiddelbehandling mot overvekt er indisert. Naltrekson+bupropion har flere bivirkninger og kontraindikasjoner enn orlistat og liraglutid. Orlistat angis ikke

lenger som førstevalg ved legemiddelbehandling mot overvekt (8).

I *BMJ Best Practice* oppgis orlistat som førstevalg ved behandling mot overvekt. Som andrevalg oppgis liraglutid eller naltrekson+bupropion (11).

Oppsummering

Ingen legemidler mot overvekt har vist å kunne gi varig vektnedgang, og de har alle betydelig bivirkningspotensial. Orlistat, liraglutid og naltrekson+bupropion synes å ha omtrent like beskjeden effekt på vekt-nedgang. Vi vurderer at samtlige legemidler har en negativ nytte-skade-balanse, og at hovedfokus bør ligge på livsstilsendringer.

REFERANSER:

1. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Xenical. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 22. januar 2019).
2. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Mysimba. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 14. august 2019).
3. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Saxenda. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 23. juli 2019).
4. Widnes SF, Jahnsen JA. Legemidler til vektreduksjon – mer til besvær enn til glede. <https://relis.no/> (Publisert 29. mai 2018).
5. Review by the editorial staff. Towards better patient care: drugs to avoid in 2018. *Prescrire* 2018; 27(192): 107–1.
6. RELIS database 2019; spm.nr. 7729, RELIS Midt-Norge (www.relis.no).
7. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Victoza. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 15. oktober 2019).
8. Perreault L. Obesity in adults: Drug therapy. Version 54.0. In: UpToDate. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 13. august 2019).
9. Norsk elektronisk legehåndbok. Overvekt og fedme. <https://legehandboka.no/> (Sist endret: 8. oktober 2019).
10. Statens legemiddelverk. Preparatomtale (SPC) Zyan. <https://www.legemiddelsok.no/> (Sist oppdatert: 2. oktober 2017).
11. Obesity in adults. In: *BMJ Best practice*. <https://www.helsebiblioteket.no/> (Sist oppdatert: 3. mai 2019).
12. Dong X, Xu L et al. Comparative efficacy of five long-term weight loss drugs: quantitative information for medication guidelines. *Obes Rev* 2017; 18 (12): 1377–85.
13. Greenway FL, Fujioka K et al. Effect of naltrexone plus bupropion on weight loss in overweight and obese adults (COR-1): a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. *Lancet*. 2010; 376 (9741): 595–605.
14. Apovian CM, Aronne L et al. A randomized, phase 3 trial of naltrexone SR/bupropion SR on weight and obesity-related risk factors (COR-11). *Obesity* (Silver Spring). 2013; 21 (5): 935–43.
15. Wadden TA, Foreyt JP. Weight loss with naltrexone SR/bupropion SR combination therapy as an adjunct to behavior modification: The COR-BMOD Trial. *Obesity* (Silver Spring). 2011; 19 (1): 110–20.
16. Hollander P, Gupta AK. Effects of naltrexone sustained-release/bupropion sustained-release combination therapy on body weight and glycemic parameters in overweight and obese patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2013; 36 (12): 4022–29.
17. Pi-Sunyer X, Astrup A et al. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med*. 2015; 373 (1): 11–22.
18. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige retningslinjen for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme. <https://www.helsedirektoratet.no/> (Sist oppdatert: oktober 2010).

MARI NORVICK

Master i farmasi, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

HANNE FISKVIK FLEINER

Master i farmasi, PhD, RELIS Midt-Norge, Avdeling for klinisk farmakologi, St. Olavs hospital

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

Velkommen og lykke till! 🌿 Tove Rutle – lagleder

Spennende legeliv

Jeg takker min gode venninne og kollega Inger Johanna Meltvedt som ga meg utfordringen i lyrikkstafetten.

Få dager etter at jeg fikk utfordringen viste sjefen min meg diktet om Svalbard, så det måtte bli dette diktet.

Etter snart seks år på Svalbard så fyller naturen og stemningene fra denne meg fremdeles opp til fulle, det å bo her gir en helt spesiell energi og følelse av ydmykhet. Vi er sårbare her og må samtidig være sterke når vinden blåser.

Det er et spennende legeliv å jobbe her under disse forholdene.

Nå er det mørketid, og etter det så venter fantastisk lys i februar.

Svalbard

Her på Svalbards golde strender
ligger lerketrær fra Lena-Jenisei-Ob,
trær flådd av flommen i Sibir
renset for kronens sang og muntre kongler
renset for rotens krypt og mørke drømmer
gnurt og tygget på av steinkjefter
barkens hieroglyfer av liv
skrellet av

trær lukket inn i milelang is
og langsomme år over polhavet
før de endelig kommer til syne
her i solen og stormen,
veldige orgelpiper
av knokkelhvit kjerneved,
dødsorgel
og Guds instrument i sanden,
solhymner hører jeg,
issalmer, stjernesalmer.

Blant disse orgelpiper fant jeg likevel
en barneball med rester av munter maling,
kanskje mistet fra en landsbybrygge
ved Lena-Jenisei-Ob¹.

HARALD SVERDRUP (1923–1992)
FRA «SANG TIL SOLEN», 1964

Jeg sender stafettpinnen videre til min gode venninne og kollega Maria Fitje Hoffmann på Askerlegene.

Hilsen fra

TORILD BERG, SVALBARD

¹ Lena, Jenisei og Ob: store russiske elver som har utløp i eller mot Nordishavet